

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY NESPECIFICKÝCH BOLESTÍ ZAD A JEJICH
TERAPIE

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Barbora Škařupová, obor Fyzioterapie

Vedoucí práce: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

Olomouc 2020

Jméno a příjmení autora: Barbora Škařupová

Název bakalářské práce: Psychosomatické aspekty nespecifických bolestí zad a jejich terapie

Pracoviště: Katedra společenských věd v kinantropologii

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2020

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá psychosomatickými aspekty ve vztahu ke vzniku, diagnostice a terapii dlouhodobé bolesti zad. V teoretické části jsou popsány východiska psychosomatické medicíny a jejích komponent. Zároveň jsou zde popisovány metody, které ve svém přístupu k pacientovi využívají komplexních poznatků a umožňují léčit nespecifické bolesti zad v širším kontextu než somatickém. Každá z těchto metod je v závěru doplněna rešerší studií, které porovnávají a vyhodnocují prospěšnost jednotlivých přístupů.

Praktická část obsahuje hodnocení interakce fyzioterapeuta a pacienta na základě psychosomatických principů a kazuistiku pacienta s nespecifickými bolestmi zad s psychosomatickým pozadím.

Klíčová slova: fyzioterapie, psychosomatika, komplexní terapie, nespecifická bolest zad, bio-psycho-sociální přístup, chronická bolest zad

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Barbora Škařupová

Title of the bachelor thesis: Psychosomatic aspects of non-specific back pain and therapy

Department: Katedra společenských věd v kinantropologii

Supervisor: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.

The year of presentation: 2020

Abstract: Aim of this bachelor thesis is to describe psychosomatic aspects of etiology, diagnosis and therapy of non-specific back pain. Theoretical part involves a theoretical base of psychosomatic approach and each components of its model. At the same time there are described methods, which are using comprehensive approach in dealing with patient and are appropriate and useful tool in physiotherapy practise. Each of the methods is complemented with research of studies which compare and evaluate benefits of them. Practical part contains evaluation of interaction between physiotherapist and patient based on psychosomatic principles and a case study of a patient with non-specific back pain with psychosomatic background.

Key words: physiotherapy, psychosomatic, bio-psycho-social model, chronic back pain, non-specific back pain, multifactorial therapy

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Dany Štěrbové, PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etikety.

V Olomouci dne

.....

Děkuji paní doc. PhDr. Daně Štěrbové, PhD. za možnost zpracovat téma této bakalářské práce pod jejím vedením. Děkuji za otevřený přístup, inspiraci, cenné rady a připomínky při jejím zpracování. Také děkuji Mgr. Zuzaně Krchové za podnětné konzultace, nápady a připomínky a její ochotu. Děkuji své rodině a přátelům za oporu během studia a psaní této práce.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AM – Alexandrova metoda

AT – autogenní trénink

ATLAS – Alexander Technique Lessons nebo Acupuncture Sessions

ATM – Uvědomění prostřednictvím pohybu (Awareness Through Movement)

BPS – bio-psycho-sociální

BZ – bolest zad

CNS – centrální nervový systém

FI – Funkční integrace (Functional Integration)

GAS – obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrom)

HLoC – místo řízení zdraví (health locus of control)

KBT – kognitivně behaviorální terapie

MDPL – multidisciplinární program léčby

MUS – Medicínsky nevysvětlitelné symptomy (Medicaly unexplained symptoms)

NCHBZ – nespecifické chronické bolesti zad

OMPQ – Orebro Musculoskeletal Pain Questionare

SCEBS – Tělo (Soma), Kognice (Cognition), Emoce (Emotion), Chování (Behaviour), Sociální prostředí (Social environment)

SMART – specifická, měřitelná, akceptovatelná, realistická, časově vázaná

VAS – vizuální analogová škála

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 OBEČNÁ ČÁST.....	10
1.1 Teoretická východiska psychosomatiky.....	10
1.1.1 Význam slova psychosomatika.....	10
1.1.2 Psychosomatická medicína v historickém a současném kontextu..	11
1.1.3 Zdraví a nemoc.....	12
1.2 Somatické aspekty bolesti zad.....	12
1.2.1 Definice bolesti.....	13
1.2.2 Bolest zad.....	14
1.2.3 Fyziologicko-anatomické souvislosti.....	15
1.2.4 Reakce pohybového aparátu na emoční a psychické změny.....	17
1.2.5 Tělesné sebepojetí.....	18
1.3 Psychosociální aspekty bolesti zad.....	19
1.3.1 Vliv psychických faktorů na rozvoj bolesti.....	19
1.3.2 Osobnostní charakteristiky.....	20
1.3.3 Deprese a bolest zad.....	22
1.3.4 Stres.....	23
1.3.5 Pracovní stres ve vztahu ke vzniku bolesti zad.....	25
1.3.6 Coping pacientů s chronickou bolestí.....	25
1.4 Integrace bio-psycho-sociálního modelu do fyzioterapie.....	28
1.4.1 První kontakt s pacientem a odebrání anamnézy.....	29
1.4.2 Prostředky komunikace.....	30
1.4.3 Komunikace s pacientem.....	31
2 SPECIÁLNÍ ČÁST.....	33
2.1 Vybrané terapeutické techniky pro léčbu nespecifických bolestí zad z psychosomatického pohledu.....	33

2.1.1	Psychosomatický přístup ve fyzioterapii	33
2.1.2	Relaxační terapie a přístupy propojující mysl a pohybový aparát ..	34
2.1.3	Kognitivně behaviorální terapie.....	39
2.1.4	Kognitivně-funkční terapie	40
2.1.5	Informace – Motivace – Chování model.....	43
2.1.6	Motivační program.....	44
2.1.7	Akceptační program.....	45
2.1.8	Časová osa.....	48
3	PRAKTICKÁ ČÁST	50
3.1	Cíle práce.....	50
3.2	Metodika.....	50
3.3	Sběr dat a použité metody.....	51
3.4	Kritéria pozorování vzájemné interakce fyzioterapeuta a pacienta z hlediska psychosomatiky	51
3.5	Kazuistika.....	55
3.5.1	Anamnéza.....	56
3.5.2	Vyšetření	57
3.5.3	Návrh terapie.....	59
1.1.1	Závěr vyšetření.....	60
4	DISKUSE	61
5	ZÁVĚR.....	67
6	SOUHRN.....	69
7	SUMMARY.....	70
8	REFERENČNÍ SEZNAM	71
9	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	78
10	PŘÍLOHY	79

ÚVOD

Psychosomatika bývá často popisována jako propojení dvou entit – psychické a somatické. Toto tvrzení není zase až tak přesné, protože poté bychom museli na člověka nahlížet jako na jednotku složenou z těchto jednotlivých částí, což ostatně není. Pokud budeme člověka vnímat jako jednotku komplexní, projevující se současně ve všech svých aspektech, připustíme, že i nemoc nepřichází jako pouhý somatický jev, ale nese s sebou všechny ostatní složky – psychickou, sociální a spirituální. Tyto nemoci se mohou projevovat v mnoha podobách a pro mnoho příčin (Trapková & Chvála, 2009). Fyzioterapeut se nejčastěji setkává se ve své praxi s poruchami pohybového aparátu, velmi často se setkává s pacienty přicházejícími pro nespecifické bolesti zad. To znamená, že neexistuje žádná souvislost mezi bolestí a identifikovatelnou patologií páteře nebo okolních struktur. Toto onemocnění je v současné době jedním z hlavních problémů zdravotnictví. Pacienti přicházejí opakovaně pouze s krátkodobou úlevou od bolesti, ale bez dlouhodobého efektu. Onemocnění, kvůli kterému přicházejí a které vzniklo nerovnováhou celého systému, bude i nadále zasahovat a ovlivňovat pacienta v mnoha sférách (rodina, práce, vztahy atd.) (Durand et al., 2018).

Práce je rozdělena do třech částí. V první části jsou popsána teoretická východiska psychosomatiky a psychosomatické medicíny v historickém kontextu, ale i v současnosti. Jsou zde definovány jednotlivé aspekty bio-psycho-sociálního komplexu ve spojitosti s nespecifickými bolestmi zad a také význam psychosomatického přístupu při práci s pacientem. Druhá část je zaměřena na fyzioterapii. Jsou zde shrnuty poznatky o jednotlivých metodách a konceptech vycházejících z psychosomatického přístupu, jež je fyzioterapeut schopen využít ve své vlastní praxi. Poslední, třetí část, obsahuje kazuistiku pacientky, trpící nespecifickými bolestmi zad, se kterými se fyzioterapeuti setkávají ve svých ordinacích na denní bázi a hodnocení interakce fyzioterapeuta a pacienta na základě psychosomatických principů.

1 OBECNÁ ČÁST

1.1 Teoretická východiska psychosomatiky

1.1.1 Význam slova psychosomatika

Slovo psychosomatika vzniklo spojením dvou slov: psyché a soma. Psyché je slovo řeckého původu, jež by mohlo být přeloženo jako duše, duševno, psychično. Psyché lze vysvětlit jako uvědomělé i neuvědomělé duševní procesy a stavy, konkrétní životní situace a způsob, jakým na situace reagujeme. Dále od slova soma, jež znamená tělo (Poněšický, 2002).

Pojem psychosomatika poprvé použil lékař Heinroth v roce 1818. Toto slovo zmínil ve své knize jednou, když se domníval, že poruchy spánku mohou být psychosomatického charakteru, zejména v souvislosti se změnami nálad a duševním rozpolžením (Honzák, 2017).

Psychosomatika bývá často vysvětlována jako sekundární tělesný projev duševní nerovnováhy, což není zcela přesné. Pokud je člověk vnímán jako komplexní bio – psycho – sociální jednotka, mělo by se stejně nahlížet i na podstatu jeho onemocnění. Nelze tedy nemoci rozdělovat na čistě somatické, čistě psychické a dále nemoci psychosomatické. Pro správné pochopení daného problému bychom se měli podívat na člověka jako jednotku proměnlivou, kdy se mohou dostávat do popředí jednotlivé aspekty a vychýlit tedy daný systém z nerovnováhy. Tyto aspekty nemusí být pouze porušeny na úrovni vztahu těla a duše, roli zde hrají další systémy a vztahy. Kupříkladu to může být vztah člověka s vnějším světem a s ostatními lidmi, dále rodinné vztahy, životní události ať už jím přímo ovlivnitelné nebo ne (Danzer, 2010).

Definovat slovo psychosomatika se v průběhu let pokoušelo mnoho osob. Ve 40. letech následovník Freuda, Otto Fenichel (1985) ve své práci říkal: „Nemám výraz ‚psychosomatický‘ rád, neboť z něj snadno vyplývá dualismus, který neexistuje. Každé onemocnění je psychosomatické, neboť žádné ‚somatické‘ onemocnění není prosté ‚psychických‘ vlivů.“. Dalším, kdo tuto teorii také zastával je Maurice Merleau-Ponty, který tyto somatické projevy nazývá „řeč těla“. Podle něj je lidské tělo obrazem jednoty tělo-mysl-svět. Jednotlivé entity nemohou fungovat naprosto samostatně bez vzájemné propojenosti, ani nemohou být zaměněny jedna za druhou. Protože tam, kde je tělo, je bezpodmínečně i lidská mysl, která vnímá svět ze svého vlastního jedinečného pohledu.

Není zde osobnosti bez toho, aniž by zde bylo její tělo, i přestože v některých případech sama osobnost může být změněna nebo omezena z důvodu mentálních postižení. A stejně tak zde není svět bez osob, které jej mohou prožít (Bullington & Cronqvist, 2018)(WHO, 1948).

1.1.2 Psychosomatická medicína v historickém a současném kontextu

Koncept psychosomatického pojetí existuje už od počátků rozvoje lidského poznání, dávno před vytvořením tohoto termínu. Lékařské vědy Číny, Mezopotámie, nebo starých Inků, byly postaveny na tomto principu a respektovaly člověka jako celek. Žáci Indické nauky o józe se mentálními pochody snažili ovlivňovat tělesnou strukturu a zase tělesným cvičením jednotlivých jógových pozic ovládat zpětně mentální pochody. Od tohoto holistického konceptu se však upustilo v době postrenesanční, když se lékařství zařadilo k dalším vědeckým disciplínám. Zatímco otázky filozofie, tedy duše, dnes vědomí, byly z této disciplíny vyřazeny (Kebza, 2005).

Podle Klímové a Fialové (2015) je součástí komplexního přístupu pět složek, které se navzájem ovlivňují a potencují. Tím, kromě tělesné a psychické, je jednotka sociální, jelikož si člověk díky vztahu ke svému okolí uvědomuje také sám sebe. Vztahy mohou být vytvořeny k věcem, situacím, k prostoru okolo, ostatním lidem, a to zejména těm nejbližším – rodině. Další komponentou je spiritualita, se kterou člověk může být v kontaktu na různých úrovních. Poslední složkou je energetické fungování, jež vnímáme jako propojení na úrovni jednotlivých orgánů stejně tak jako celé bytosti a okolních energií. Jelikož jsou jednotlivé prvky propojeny, nerovnováha jednoho se následně promítá na ostatních úrovních.

Toto propojení můžeme vidět také na běžných životních situacích a často se odráží i v příslovích napříč jazyky. Často může člověk pocítit sevření v žaludku před důležitou zkouškou, zažívat bolesti hlavy a nespavost způsobené nevyřešitelným problémem nebo mít průjem způsobený úzkostí, panikou nebo netrpělivým čekáním. Dalším příkladem mohou být každodenně využívaná úsloví. Neschopnost vyřešit problém nám leží v žaludku, při nepřiměřeném strachu může tuhnout krev v žilách nebo se člověk necítí ve své kůži, pokud prožívá něco, co do jeho života nepatří (Poněšický, 2002).

1.1.3 Zdraví a nemoc

Definice Světové zdravotnické organizace (*World Health Organization*, WHO) pokládá zdraví za multidimenzionální systém. WHO (1948) zdraví definuje takto: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady.“. Lze tedy říct, že jednotlivé subsystemy (fyzický, psychický, sociální) tvoří dohromady jeden dynamický celek. Nevýhodou této definice je, že zakládá tento pojem na subjektivních pocitech člověka. A to už kvůli použité výrazu „pohoda“, který pro každého může představovat něco jiného. Stejně tak jako slovo „úplná“ vytváří zdání dokonalosti a neměnnosti. Je tedy nutné připustit, že na zdraví je třeba se dívat jako na dynamickou skutečnost a nezapomenout, že stav, který jedinec definuje jako nemoc, nemusí pro druhého bezpodmínečně znamenat to samé (Křivohlavý, 2001).

Pro udržení nebo navrácení zdraví je důležité neklást si za cíl pouze odstranění nemoci a dosažení fyzické, psychické a sociální pohody. Podle Bártlové (2005) je třeba optimálně rozvíjet a využívat všechny pozitivní biologické, psychické a sociální vlastnosti.

Z hlediska psychosomatiky je nemoc vnímána jako forma komunikace mezi naším vědomím a nevědomím. Je to způsob, jak se člověk adaptuje v prostředí, je to zpráva, která ukazuje potřebu změny. Pro pacienta to může být způsob, jak se vědomě či nevědomě vyhnout něčemu nepříjemnému. Může se též jednat o podvědomý obranný mechanismus. Existuje spousta situací, kterým by se lidé raději vyhnuli, než jim čelili. Nemocným se také dostává řady výhod, dostávají více pozornosti a lásky od členů rodiny a přátel. Někteří pacienti jsou také konfrontováni s existencionálními otázkami týkajícími se účelu jejich života. Ti, jež nejsou schopni si na tyto otázky odpovědět, svou nemoc nakonec proměňují ve smysl svého života (Probst, 2017).

1.2 Somatické aspekty bolesti zad

Pohybový systém se skládá ze dvou komponent: pasivní (kosti, klouby, vazy) a aktivní (svaly se svými úpony). Díky vzájemné souhře těchto dvou složek je zajištěna statika a dynamika. Etiologie příčin bolesti páteře může být v tomto případě dvojí, přičemž v obou případech se jedná o specifické bolesti zad (BZ). První z nich jsou poruchy funkční. Může jít o přetížení svalů a vazů dané vadným držením těla, špatnými pohybovými stereotypy, hypermobilitou, funkční blokádu způsobenou mechanickým

uskřípnutím, což dále vede k sekundárním reflexním svalovým kontrakturám. Porucha vnitřního orgánu může vyvolat reflexní reakci v daném segmentu zad. Mezi strukturální poruchy řadíme celkové degenerativní změny dané přetěžováním, zhoršenou stabilitou a přirozené opotřebení jako projev přirozeného stárnutí. To může být například spondylóza, chondróza, protruze nebo herniace disku. Dále jsou to úrazy páteře jako kontuze, distorze, luxace, zlomeniny. Součástí traumat je také riziko poranění míchy. Rovněž se může jednat o vrozené vady (Mlčoch, 2008).

Nespecifické BZ, tzn. bez jasně etiologie, jsou charakterizovány bolestí, svalovým napětím a tuhostí. Skupina nespecifických bolestí patří mezi nejčetnější a velmi často recidivující. Bývá zde omezení pohybového systému, velmi často blokáda, jejíž příčinou bývá mikrotraumatizace svalových úponů nebo kloubních struktur důsledkem nedokonale vyvinuté pohybové koordinace. K jejímu zhoršení dochází při mechanickém zatížení nebo psychickém vypětí. Tyto poruchy doprovází únava, ztráta proměnlivosti svalového napětí, zhoršení posturálních funkcí, ovlivnění respiračních funkcí a ztráta jemné motoriky. Často bývá spojena s bolestí jiných částí těla, jako je bolest hlavy, břicha nebo končetin. Bývá typické, že tato bolest přechází v chronickou. Zjistit přesný zdroj bolesti je zpravidla nesnadné, mnohdy dokonce nemožné. Podle Vrby (2010, 183) se: „klinické obrazy navíc často překrývají vzhledem k anatomickému uspořádání inervace v oblasti páteře, konvergenci nociceptivních vzruchů na míšní úrovni a jejich oboustrannému propojení, což vede k vertikálním i horizontálním (stranovým) diskrepancím“. Úlevou této bolesti může být lokální zásah v bolestivém segmentu nebo jeho inhibice, jedná se však pouze o dočasnou úlevu. Bolest se však bude navracet, pokud se nepodaří u nemocného stabilizovat jak stránku somatickou tak psychickou (Baštecký et al., 1993). Vrba (2010) také udává, že specifické BZ zaujímají pouze okolo 10 % všech případů, zatímco nespecifických BZ je až 90 %. U 90 % pacientů s BZ byl nalezen na RTG záznam strukturálních změn, avšak pouze 15 % potvrdilo přítomnost bolesti. Z této informace můžeme usoudit, že spouštěcím faktorem nemusejí být samotné anatomické změny, ale kaskáda dalších faktorů (Poněšický, 2002).

1.2.1 Definice bolesti

Bolest je nejčastější chorobný příznak. Jedná se o komplexní prožitek nebo zkušenost vycházející z poškození tkáně nebo podobající se takovému poškození. Bolest je vždy subjektivní. Bolest v pozitivním smyslu slova může být vnímána jako informátor,

který včasné upozorňuje na hrozící poškození tkáně a spouští obranné mechanismy (odstranit zdroj poškození, imobilizace bolestivého segmentu). Pokud bolest trvá delší dobu, ztrácí pozitivní význam, informační a adaptační mechanismy jsou vyčerpány a bolest se stává utrpením v oblasti fyzické i psychické (Chromý & Honzák, 2005).

Fyzická bolest je charakterizována mechanismem nocicepce. Je zprostředkována neurochemickými procesy v poškozené tkáni a ve vyšších nervových úrovních. Jsou drážděna volná nervová zakončení, které dále předávají signál v chemické, mechanické nebo termické podobě. Signály pokračují k zadním rohům míšním, kde dále pokračují především po spinothalamickém traktu do vyšších center centrální nervové soustavy (CNS). Tento systém je dále ovlivňován descendními vlákny, které mají modulující charakter a intenzitu bolesti. Na úrovni CNS dochází také k emočnímu zpracování bolesti (limbický systém, retikulární formace, hypothalamus) (Opavský, 2011).

Psychologická rovina bolesti je charakterizována emoční kvalitou a směsicí pocitů, které vyvolává. Podstatné jsou strategie (*coping*), které jedinec volí pro zvládnutí bolesti. U každého mohou být odlišné a také fungovat jinak (meditace, modlení, fyzická aktivita, imaginace, odpoutání se od bolesti nebo i agresivita) (Chromý & Honzák, 2005).

1.2.2 Bolest zad

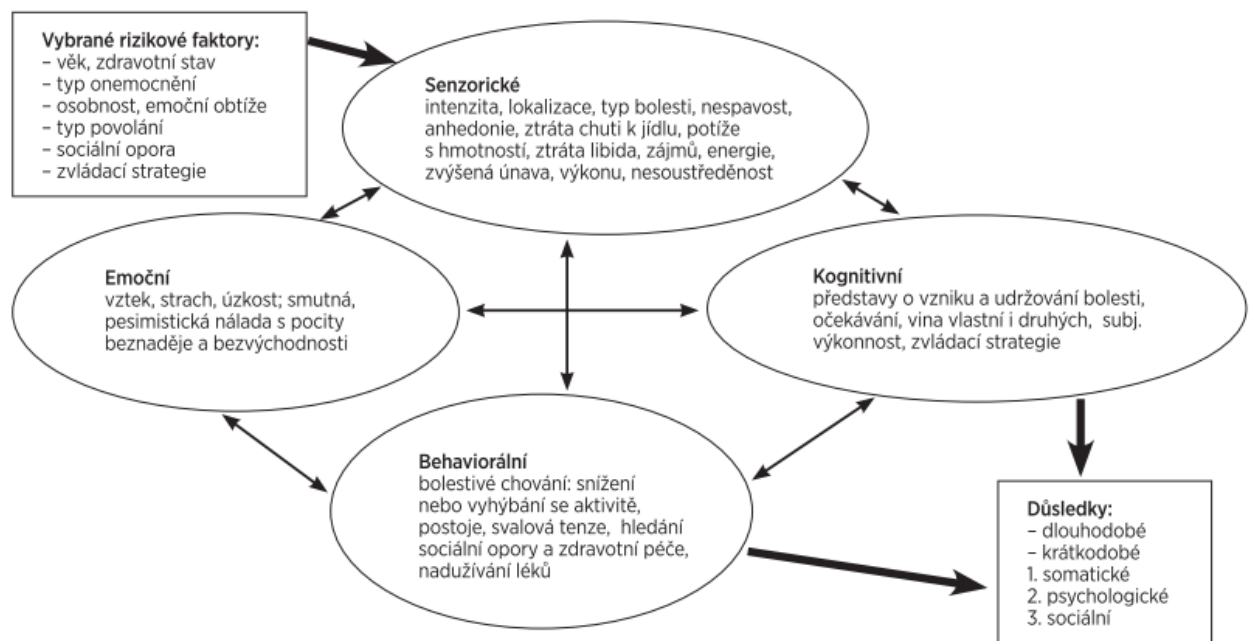
Bolesti zad rozdělujeme podle různých parametrů: dle příčiny (změny obratlových těl, meziobratlových plotének, okolních struktur), délky trvání (akutní, subakutní, chronická). Také rozlišujeme specifické a nespecifické bolesti zad.

Akutní bolest trvá méně než 4 týdny, poté přechází do stádia subakutního, které trvá mezi 4 týdny a 3 měsíci, následně bolest přechází do chronické. Akutní bolest nejčastěji doprovází úzkost a strach. Spolu s nimi dochází ke změnám činnosti autonomního nervového systému (zvýšení srdeční frekvence, krevního tlaku, zvýšené pocení) a změnám hladiny některých hormonů. U chronické bolesti dochází ke změně zpracování kognitivních, emočních, behaviorálních funkcí a projevů. „Kognitivní zpracování ovlivňují změny prahu bolesti, periferní a centrální senzitivace, změna hranice tolerované bolesti, paměťové engramy na přechozí bolestivou zkušenost, anticipace bolesti, frustrace z omezení denních, pracovních a dalších aktivit.“ (Opavský, 2011, 64).

60-90 % osob pocítí silnější bolest zad alespoň jednou v životě. Tento nárůst byl zaznamenán od druhé poloviny 20. století a stále pokračuje. Jedná se nejen o zdravotnický, ale i ekonomický problém, a to zejména chronické BZ, které se rozvíjí až

u 10 % pacientů (Opavský, 2011; Vrba, 2010). Další z problémů je nevhodná nebo špatná diagnostika a léčba, dále nedostatečná prevence vzniku. Celkově se prevalence i incidence celosvětově zvětšuje a je doprovázena vznikem funkčních omezení, hendikepů a disabilit. Přestože jsou prokázána rizika vzniku chronických BZ, identifikace rizikových jedinců a jejich následná diagnostika je stále obtížná (Vrba, 2010).

Bolesti v bederní části zad jsou lokalizovány v oblasti mezi spodními žebry a gluteálními rýhami (Wieland et al., 2017). Jsou spojeny se ztrátou produktivity práce, špatnou kvalitou života a vysokými zdravotními náklady. Odhaduje se, že 15 % až 20 % dospělé populace zažije bolest v bedrech alespoň jednou do roka. U krční páteře se jedná o minimálně jednu pětinu pracující populace. Bolest se však začíná projevovat už u dospívajících. Rozvoj bolesti u dětí často přichází okolo 13 a 14 roku života, 15 % až 50 % adolescentů udává bolesti v dolní části zad a 15 % až 30 % v krční páteři. Příznaky v dospívání mohou předpovídat bolesti zad v dospělosti (Rubin, 2007). Zároveň většina studií udává, častěji trpí BZ trpí ženy, a to zejména bederního úseku.



Obrázek 1 Systémové propojení modalit u chronické bolesti (Raudenská et al., 2013, 124)

1.2.3 Fyziologicko-anatomické souvislosti

Samotný pohyb je řízen z centrální nervové soustavy, což ukazuje na souvislost pohybové aktivity s intelektem a psychikou na úrovni řídicího procesu. Lze tedy říct, že

pohybová aktivita ovlivňuje psychiku a psychické procesy zpětně ovlivňují motoriku. Pohyb nám tedy může o jedinci poskytnout mnohem více informací. Odráží se v něm motivace, procesy probíhající v jeho podvědomí, ale i v nevědomí. Typickým postavením pro kladnou motivaci je extenční držení, a naopak pro negativní motivaci držení flekční. Ve vztahu psychiky a motoriky hraje velkou roli limbický systém. Tento systém má vliv na celou motoriku, rozhoduje o zaměření pohybu, ovlivňuje emoce a vegetativní systém. Celý pohyb spíše motivuje, než že by jej řídil. Limbický systém se tedy podílí na: iniciaci pohybu, reguluje svalový tonus, reguluje práh vnímání bolesti a schopnost vyrovnat se s bolestí, ovlivňuje svalový systém, především v oblasti šíje, hodnotí smyslové vjemy, jež mohou být podnětem motorické aktivity. Pracuje na principu paměťových engramů. Ty jsou potřebné pro vznik pohybových programů, k nimž je vždy potřeba i určitý emoční náboj. Při dysfunkci limbického systému nejčastěji dochází k redistribuci svalového tonu (v některých svalových skupinách stoupá, zatímco v jiných klesá) a to nejčastěji v oblastech mimických a žvýkacích svalů, šíjového svalstva (hlavně v oblasti hlubokých krátkých extenzorů, kde se nachází přibližně čtyřikrát více proprioreceptorů), lumbální oblasti, ve svalech pánevního dna a pánve. V těchto svalech je zvýšené napětí, jsou bolestivé na hlubokou palpaci, oblast zvýšené citlivosti není přesně ohraničena a hypertonus je závislý na poloze těla – v polohách méně posturálně náročných svalový tonus klesá. Tyto dysfunkce vznikají zejména při dlouhodobém působení stresu (Stackeová, 2011).

V důsledku nerovnoměrného rozložení svalového napětí a tonu dochází ke vzniku svalových dysbalancí. Pro optimální pozici těla je důležitá vyvážená souhra posturálních a fázických svalů. Svaly posturální se uplatňují při držení těla a jsou typické pomalým vytrvalým stahem. Proto mají tendenci stávat se hypertonickými a po určité době může dojít k jejich zkrácení. Naopak svaly fázické zajišťují rychlý a rozsáhlý pohyb. Mají tendenci ochabovat a dostávají se do funkčního útlumu. To vede k odchýlkám v držení v odpovídajících částech těla. Problém spočívá v tom, že tato lokální dysbalance může následně přejít v globální potíže. Významný funkční vztah je například mezi páteří a dolními končetinami. Změny funkčnosti kolenních kloubů nebo kotníků negativně ovlivňují stabilitu těla ve vzpřímené pozici. Samotná ploska má díky četnému množství proprioreceptorů vedoucí informaci do mozkové kůry pro celkovou posturu obrovský informační charakter. Zároveň tlumí mechanické rázy, které jsou přenášeny dále do těla. Pozice hlavy je další z tělních segmentů výrazně ovlivňujících držení těla. Jelikož je těžiště hlavy přesunuto před cervikokraniální spojení, vyžaduje neustálou činnost

šíjového svalstva. Také pohyb očních bulbů je spojen s činností posturálních svalů. V případě jejich poruchy mohou vznikat obtíže zejména v cervikokraniálním přechodu. Dále je zde souvislost žvýkacích a mimických svalů se zvýšeným napětím šíjového svalstva. Společně s intenzitou emočního prožitku sdělované informace roste i účast svalových jednotek. Do tohoto komplexu spadá také dýchání. Dýchání je řízeno autonomně z centra v prodloužené míše, nicméně jeho aktivitu můžeme také ovlivňovat volným úsilím. Dechová vlna je zprostředkována hlavně bránicí a mezižeberními svaly, dále se zde řadí velké množství pomocných svalů upínajících se na trup, ať už šíjových nebo břišních (Baštecký et al., 1993).

O činnosti posturálního svalstva a přítomnosti svalových dysbalancí se lze přesvědčit, pokud požádáme pacienta, aby se postavil rovně s otevřenými očima a předpaženými horními končetinami po dobu jedné minuty. Následně jej vyzveme, aby zavřel oči, a pozorujeme změny v postavení. Zaměřujeme se hlavně na polohu hlavy, horní část trupu, postavení ramen, křivku bederní lordózy, a zdali se vyklenuje břicho (Baštecký et al., 1993).

1.2.4 Reakce pohybového aparátu na emoční a psychické změny

Obecně lze říct, že s mírou stresu se mění svalový tonus. Zatímco ve svalech posturálních, fylogeneticky starších napětí stoupá a mají tedy tendenci ke zkrácení, ve svalech fázických, fylogeneticky mladších, dochází postupně k oslabení až hypotonii. Následkem této nerovnováhy, ať už jednostranným přetěžováním nebo psychickými vlivy, vznikají svalové dysbalance, které poté nepříznivě ovlivňují vznik bolesti (Stackeová, 2007).

Mezi zmíněné vlivy psychiky na svalový tonus můžeme řadit i tzv. obranná gesta, nevědomé pohyby, které používáme ve stavu napětí a stresu. Jedná se například o vytažení ramen vzhůru, předsunutí hlavy a stisknutí čelisti, skousnutí zubů. Tyto gesta způsobují zvýšení svalového napětí v oblasti krku a šíje, následně jejich bolestivost a popř. i kloubní blokády v oblasti horní krční páteře a temporomandibulárního skloubení. Také samotné psychické nastavení jedince se odráží na charakteru a lokalizaci bolesti v jednotlivých úsecích páteře. V oblasti šíje a krční páteře jsou problémy nejčastěji spojovány s úzkostí. Dochází ke změně dýchání, kdy v napětí převažuje horní typ dýchání se zapojením pomocných dýchacích svalů v oblasti šíje a ramen. Dýchání je celkově mělké a povrchní. Jedinec zároveň zaujímá výše uvedené postavení ramen, svaly se tímto

dostávají do spazmu a tato oblast je bolestivá a dráždivá. Naopak deprese se nejčastěji projevuje bolestmi v dolním úseku páteře (Stackeová, 2007).

Celkově pozice, kterou pacient v průběhu terapie nebo při rozhovoru zaujímá nejčastěji, vyjadřuje jeho psychologické rozpoložení a zábrany. Jedinec si tohoto držení nemusí být vůbec vědom, ale pro ošetřujícího terapeuta, už tohle může být návod ke komunikaci. Pokud pacient křečovitě svírá paži jedné ruky prsty ruky druhé nebo má ruce zkříženy a sevřeny v pěst, může se jednat o osobu vysoce úzkostnou, která touto pozicí zdůrazňuje svou obranu. Tato bariéra může být naznačena též proplétáním prstů, úpravou oděvu, hodinek, pohráváním si s předměty nebo postavením před sebe pomyslné zábrany. Pohyb ruka-krk značí úzkost a tíseň. Což lidé mohou pociťovat jako stažení hrdla, nebo nepříjemnými pocity v hrudníku nebo podbřišku (Honzák, 1999).

1.2.5 Tělesné sebepojetí

Tělesné sebepojetí definuje vnímání svého vlastního těla. Je to představa, kterou máme o rozměrech těla jako celku, o rozměrech jeho jednotlivých částí a jejich vzájemných vztazích. Obsahuje také emoční stránku, to, jak své tělo hodnotíme. Celkově můžeme považovat tělo jako hlavní prostředek sebevyjádření v interakci se světem. Naše tělo odráží emoce, obraz zdraví a plní také funkci sociální. To, jak naše tělo vnímáme, následně ovlivňuje náš vztah k němu a k prezentaci naší osobnosti v reálném životě. Jedinec se následně vlastní sebereflexí (subjektivní identita) a definováním vlastní osoby sociálním prostředím (objektivní identita). V procesu vlastního sebehodnocení se snažíme nalézt rovnováhu mezi subjektivní a objektivní identitou. Tento obraz se vyvíjí v sociálním kontextu. Utváří se na základě zkušeností z prostředí, ve kterém se vyskytujeme nejvíce, tedy rodinné. Přebíráme společenské stereotypy a očekávání a přizpůsobujeme je očekávání společnosti, ve které se nacházíme. Pokud tyto informace vyhodnocujeme negativně nebo s výhradami k naší osobě, nepříznivě tím ovlivňujeme naše jak naše fyzické, tak i psychické zdraví. Tato nespokojenost se pak odráží ve snížení sebedůvěry, zvýšené kritice ke své vlastní osobě a ke sníženému sebevědomí. S touto kvalitou hodnocení a vnímání svého vlastního těla úzce souvisí duševní pohoda a well-being. (Fialová, 2001; Vašina, 2002).

Fyziologicky nám toto vnímání zajišťují receptory, nejvýznamnější z nich proprioreceptory. Ty vysílají do CNS informace o postavení a pohybu jednotlivých svalů, šlach, kloubů. Na tomto schématu se podílí také aktuální psychické rozpoložení. Svalový

tonus, postura a rozložení svalového tonu se mění v závislosti na psychickém stavu. Typickým obrazem je například depresivní držení postury (Stackeová, 2007).

Stackeová (2007) udává, že pro diagnostiku tělesného schématu nám může pomoci řada testů. Jedním z nich je například Draw-A-Person Test, který zachycuje nevědomé vnímání vlastní postavy. Hodnotí se velikost nakreslené figury, plynulost nakreslené čáry (ukazuje jasnou představu o svém těle a jednotlivých partiích), reálnost rozměrů a tvar jednotlivých částí (určité části těla mohou být nadhodnocovány – problémové partie nebo části těla se zvýšenou nocicepcí), diferencovanost kresby (zdali a jak jsou nakresleny jednotlivé části, tzn. tvary kloubů, svalů apod.), pravolevá symetrie kresby (mohou se v kresbě odrazit pohybové asymetrie nebo klinicky nevýznamné skoliózy) a vyobrazení rukou a nohou, které je významné pro své velké množství receptorů. Stackeová (2007, 51) udává, že „absence nohou v kresbě svědčí o špatné percepci z oblasti chodidel, chybné tzv. úchopové funkci nohy při chůzi a narušení motorických stereotypů v oblasti pánve a posturálních funkcí.“

1.3 Psychosociální aspekty bolesti zad

1.3.1 Vliv psychických faktorů na rozvoj bolesti

Studie z roku 2016 (Piko et al., 2016) vyhodnocuje roli sebehodnocení, sociálního (potřeba sounáležitosti/začlenění, soutěživost, opuštěnost, plachost) a zdraví podporujícího chování (konzumace alkoholu, kouření) na rozvoj psychosomatických symptomů u adolescentů. Bylo zjištěno, že všechny tyto faktory rozvoj potencují, avšak u každého pohlaví v jednotlivých sférách více či méně. Větší potřeba začlenění a společenského přijetí vedla u chlapců k rozvoji psychosomatických symptomů, zatímco u dívek to byla plachost spojená s nenaplněným společenským kontaktem a potřebami.

Nejenom, že se psychické děje podílejí na vzniku bolesti, ale také ovlivňují prožitky a chování v průběhu nemoci. Nemocní ztrácejí sebedůvěru jak v uzdravení, tak ve své vlastní schopnosti napomoci léčení. Objevuje se negativní smýšlení o své vlastní osobě, sociálním a pracovním prostředí a rovněž o své budoucnosti. Přecházejí do pasivity. Může to být pohybová inaktivita, konzumace léků nebo konzumace alkoholu za účelem potlačení stresu. Vzdávají se zodpovědnosti za své obtíže, jež přenechávají na své rodině

a zdravotnických službách. Celkový negativní postoj potencuje úroveň bolesti zad. V konečné fázi se nemocný dostává do bludného kruhu, kdy bolest negativně potencuje psychické nastavení a naopak (Křivohlavý, 2001).

Pacienti často bolest katastrofizují, což vede ke strachu z pohybu. Předpokládaná hrozba intenzivní bolesti má často za následek neustálou ostražitost a sledování pocitu bolesti, což může zase způsobit, že i nízcce bolestivé pocity budou vnímat jako bolestivé (Gatchel et al., 2016). Očekávané zvýšení bolesti nebo opakované poranění může dále stimulovat vyhýbání se bolesti, vedoucí ke zvýšenému strachu, snížení aktivity a zhoršenému fungování (Woby et al., 2007). Další studie ukazuje, že pacienti, se zvýšeným strachem ve spojitosti s bolestí, vykazují vyšší úroveň bolesti a delší dobu rekonvalescence (Peters et al., 2005).

Lidé také často nevědomky mohou využívat svou bolest k jako prostředek k dosažení určitého cíle. Příkladem může být chování za účelem získání „darů“. Nemocný předpokládá, že když bude ukazovat, jak velkou bolest má, výsledkem bude lítost okolí, dosažení pozornosti a darů v podobě úlevy v práci nebo úlevy od domácích prací. Opačným typem reakce může být chování, kdy nemocný svou bolest neukazuje a doufá, že pokud nyní nedostane žádné úlevy, v budoucnosti se na něj lidé budou moct spolehnout, budou jej mít rádi a získá si jejich respekt (Kadaňka, 2009).

1.3.2 Osobnostní charakteristiky

Do psychických dějů a procesů patří celá škála pochodů, jako je myšlení, učení, vnímání, představivost nebo emotivita. Tyto pochody však nevidíme a je těžké si připustit jejich dopad na člověka a o to víc na jeho zdravotní stav. Důkazem jejich přítomnosti může být například myšlenka nebo pocit, která by ale nevznikla bez potřebného impulsu. Tato potřeba o nastolení rovnováhy se odehrává jak na úrovni fyzické, tak i psychické (Klímová & Fialová, 2015).

Ukazuje se, že pro přítomnost nebo absenci zdraví je podmiňující tzv. rizikové chování. To může zahrnovat kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu nebo naopak salutogenetické aktivity (Křivohlavý, 2001).

Salutogenezi se ve svých pracích zabýval Aaron Antonovski (1996). Jedná se o proces vedoucí k podpoře a rozvíjení zdraví nebo proces obnovy narušeného zdraví a stejně tak je kladen důraz na jeho upevňování a prevence jeho ohrožení. Na rozdíl od

klasické medicíny vychází z přístupu „z vrchu dolů“ (*upstream*). Jedná se tedy o přístup předcházející vzniku nemoci a podle Antonovského jsou základním pilířem pro udržení zdraví tyto tři aspekty:

- Přání, motivace, spolupráce – smysluplnost:

Osoba je schopna vnímat svět, chápat funkci a hodnotu lidí okolo sebe. V tomto chápání je řád, na který se může spolehnout a důvěřovat mu. V opačném případě se zdá být všechno chaotické, bez řádu a pravidel. Chybí zde pocit důvěry, převládá nepřehlednost a obtíže vnímání světa.

- Vědomí a pochopení, schopnost zvládnout úkol – srozumitelnost:

Člověk je schopen vnímat situace jako smysluplné a řešitelné. Úkoly vnímá jako výzvy a ochotně investuje energii do jejich řešení. V situacích využívá svou iniciativu a tvořivost. Na druhém pólu se nachází člověk neangažovaný, sociálně a citově izolovaný.

- Znalost zdrojů potřebných ke zvládnutí úkolu – zvládnutelnost:

Povědomí o možnostech úspěšně vyřešit danou situaci. Důvěra ve využití správných prostředků a efektivitu. V opačné percepci je představa neschopnosti zvládnout danou situaci (Antonovsky, 1996).

Julian Rotter (1966) udává, že dalším důležitým faktorem je to, jak lidé přistupují k různým obtížím a problémům. První strategií je „internal locus of control“ (*vnitřní místo řízení*). Lidé využívají svou vůli, iniciativu a své dovednosti ke zvládnutí úkolu. Na druhé straně se nacházejí lidé jednající podle „external locus of control“ (*vnější místo k řízení*). Tito lidé se oddávají naději na vyřešení situace vnější silou a stejně tak přenechávají iniciativu na okolí. V medicíně je používám termín „health locus of control (HLoC)“ (*místo řízení zdraví*). Který opět sestává ze dvou komponent, internality a externality. Studie Campbella, Hopové a Dunnové, zabývající se spojitostí bolesti zad s vnímáním zdraví z pohledu HLoC, ukazuje, že lidé s vědomím nemoci a motivací jich samotných, s tzv. nízkou internalitou vykazují vyšší známky asociace interference bolesti s depresivními příznaky (Campbell et al., 2017).

Všechny výše uvedené vlastnosti nám napomáhají zvládat obtížné a nepříjemné situace a z nich pramenící stres, jsou naše osobní charakteristiky. Napomáhají nám situaci zvládat nebo nás naopak uvádějí do větších nepříjemností. Do osobnostních charakteristik, působících na zvládání stresu se dále řadí nezdolnost, která lidem umožňuje lépe zvládat zdravotní těžkosti, lépe se o sebe starat, účinněji a aktivněji řešit problém a využívat sociální podporu. Bylo zjištěno, že lidé s vyšší schopností řídit a vnímat věci okolo sebe, angažovat se do dění, akceptovat a čelit výzvám, které jsou podle Kobasové (1979) základní charakteristiky nezdolnosti, pocítují nižší bolest a naopak (Shaykh & Anvari, 2018).

Optimismus je dalším zdrojem, který nám napomáhá zvládat obtížné životní situace. Obecně se vyznačuje očekáváním kladného výsledku dění. Pro diagnostikování tohoto rysu byl sestaven Life Orientation Test (Test životní orientace). Pomocí tohoto testu byla například porovnávána schopnost vyrovnávat se s muskuloskeletální bolestí. Podle výsledků, pacienti s chronickou bolestí pohybového aparátu, mající pozitivní očekávání jejich budoucího vývoje, vyvíjejí trvalé úsilí, i přestože dosažení jejich cílů může být momentálně ohroženo. Pacienti s vyšší mírou optimismu vykazovali vyšší úroveň flexibility při řízení svých cílů a schopnost reorganizace. Na rozdíl od pesimistických pacientů, pokud opakovaně nedosahují určitých cílů, nevzdávají se, ale nahrazují je jinými, dosažitelnými (Esteve et al., 2018).

Sebehodnocení/sebeuplatnění (self-esteem) vyjadřuje to, jak hodnotíme sami sebe. Jedná se o schopnost vidět a hodnotit sebe samotného stejně tak jako vidíme druhé. Zároveň to, jak realisticky jsme schopni ohodnotit sami sebe, ovlivňuje druhé v tom, jak nás vnímají a hodnotí. Lidé s nízkým sebehodnocením se cítí méněcenní, mají nižší úroveň asertivity a jejich představa „já“ a vlastního ideálu je od sebe velmi vzdálená. Naopak lidé s vysokým sebehodnocením jsou zvědaví, odvážní, častěji dosahují cílů, které si stanovili a mají méně vnitřních rozporů (Křivohlavý, 2001).

1.3.3 Deprese a bolest zad

Deprese je spojená s depresivní náladou, snížením zájmu o osoby a činnosti, s nespavostí nebo hypersomnií, se změnami hmotnosti nebo chuti k jídlu, s psychomotorickou agitovaností nebo útlumem, se zvýšenou únavností nebo ztrátou energie, s pocitem zbytečnosti a nepodloženými pocity viny, se snížením

koncentrace a schopnosti rozhodovat se, s opakujícími se myšlenkami na smrt a se sebevražednými úmysly (Opavský, 2011, 170).

Samotná deprese není přímým důsledkem bolesti, ale vzniká jako reakce na chronickou bolest. Vzhledem k její vysoké četnosti výskytu u pacientů s chronickými BZ, je vhodné ji zařadit k somatickým aspektům. Často bývá také přítomen hněv, buď samotný, nebo jako součást celkové frustrace, hostility, agrese a sebeobviňování. Celý tento stav má škodlivý vliv nejen na zdraví jedince, ale také může snížit efektivitu léčby. V souvislosti s depresí jsou kromě BZ časté také bolesti hlavy (Raudenská et al., 2013).

V klinických studiích bylo zjištěno, že vysoká deprese je asociována s 30-60 % případů, což je výše než u běžné populace. Zároveň pacienti s depresí vykazují vyšší funkční disabilitu než pacienti bez. Depresivní příznaky u akutní nebo subakutní bolesti patří mezi dlouhodobé rizikové faktory chronizace bolesti. Přitom se nemusí jednat o klinicky významnou formu deprese, ale pouze mírné depresivní příznaky. Dále 81 ze 100 pacientů udávalo nízkou kvalitu spánku (Srivastava et al., 2018).

Velké množství výzkumů prokázalo, že chronická bolest je nejčastěji spojená s: depresivními poruchami, úzkostnými poruchami, somatoformními poruchami a poruchami osobnosti. Z tohoto důvodu je nezbytné identifikovat psychopatologii z několika důvodů: neléčené problémy duševního zdraví mohou výrazně narušovat účinnost řízení bolesti, rehabilitační programy bez adekvátní složky duševního zdraví mohou vést k selhání pacienta, psychopatologie může zvýšit intenzitu bolesti a postižení, zejména s úzkostí a depresí existuje souvislost spojená se zvětšením zdravotních příznaků a snížené účinnosti léčebných výsledků (Hruschak & Cochran, 2017).

1.3.4 Stres

Stres je multifaktoriální proces, kdy se aktivují adaptační mechanismy na zátěžové podněty z vnějšího nebo vnitřního prostředí. Stresor je jakákoliv událost, která vyvolává stresovou reakci (Chapman et al., 2008). Křivohlavý (2001, 170) definuje stres jako: „negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.“ Pro vyjádření stresu je podstatný poměr mezi intenzitou stresogenní situace a schopnostmi danou situaci

zvládnout. Stres vzniká, pokud je intenzita stresoru vyšší, než schopnost danou situaci zvládnout (Křivohlavý, 2001).

Selye (1976) jako první tuto odpověď nazval jako GAS – General Adaptation Syndrom, obecný adaptační syndrom. Skládá se z poplachové fáze, kdy se mobilizují obranné mechanismy organismu, do krevního řečiště se vyplavuje adrenalin a sympatický nervový systém vykazuje zvýšenou aktivitu. Ve fázi rezistence bojuje organismus se stresorem. Závisí na síle stresoru a bojeschopnosti organismu, stejně tak jako na délce trvání. V poslední fázi vyčerpání dochází k aktivaci parasympatického systému, a to když organismus stresoru podléhá a hroutí se.

Podstatou stresové reakce je alostáza. Pokud stresor jako je poškození tkáně, přetrvává po delší dobu a rychle nebo trvale se vyskytnou jiné interní nebo externí a environmentální stresory může alostáza využívat zdroje rychleji, než je může tělo doplnit. Když se jedinec setká se stresorem, modifikuje svou úroveň metabolické aktivity tak, aby se přizpůsobila momentálním požadavkům. To může potenciálně vést k maladaptivním reakcím vyvolávajících řadu patofyziologických odpovědí souvisejících se stresem, které mohou na oplátku vyvolat zesílení a přetrvání bolestivého stavu, který může potenciálně vést ke chroničnosti (Chapman et al., 2008; Hruschak & Cochran, 2017).

Psychosociální systém obklopující jedince je možným zdrojem stresorů. Selhání adekvátní stresové odpovědi vede k nástupu chronické bolesti. Samotná reakce jedince na stres a to, jak vnímá stimul, může podporovat nebo potlačovat zdraví podporující chování a ovlivnit celkovou bolestivou zkušenost (Sullivan et al., 2001).

V souvislosti se stresem se používá termín diatéza, který vyjadřuje náklonost člověka k určité nemoci. Předpokládá, že vznik stresu podmiňuje vrozená náklonnost k určité nemoci a vystavení osoby určitému stresoru. Zahrnuje genetické, biologické, fyziologické, kognitivní a osobnostní faktory (Chapman et al., 2008). Lidé náchylnější ke stresu jednají patologicky v situacích, které jsou pro jiné jedince naprosto běžné (Křivohlavý, 2001).

Mezi nejčastější stresory patří: stres spojený se zaměstnáním (časový stres, neúměrně velká odpovědnost, nevyjasnění pravomocí, vysilující snaha o kariéru, kontakt s lidmi, nezaměstnanost), hluk, spánek, vztahy mezi lidmi, dlouhodobé napětí, nesvoboda a pocit bezmoci, omezený prostor (Křivohlavý, 2001).

1.3.5 Pracovní stres ve vztahu ke vzniku bolesti zad

Mezi nejčastější stresory patří pracovní zátěž. Více než polovina zaměstnanců hlásí stres jako běžný problém a asi 40 % zaměstnanců tvrdí, že na pracovišti není se stresem vhodně zacházeno. Nemoci spojené se stresem jsou tak běžné, že v odhadu zapříčiňují polovinu pracovní absence. Bylo zjištěno, že na vznik stresu má vliv nedostatek možností pro řízení dění. Pracovní pozice je také spojena s mírou stresu, kdy pracovníci střední pracovní vrstvy jsou vystaveni největšímu zatížení. Jsou na ně kladeny vysoké požadavky, avšak míra možností řídit chod věcí je nízká. Italská studie, zaměřující se na asociaci rizikových pracovních faktorů (v oblastech – Požadavky, Kontrola, Podpora nadřízených a kolegů, Vztahy, Pozice a Změny) ke vzniku stresu, vyhodnotila, že na vzniku stresu zaměstnanců se nejvíce podílí jejich pracovní pozice a udávali potřebu zlepšení vzájemných vztahů s kolegy. Zároveň se objevily specifické souvislosti mezi faktory stresu a místem bolesti. Pracovníci vystaveni vysokému stresu v oblasti „Požadavky“ byli nejčastěji ohroženi bolestmi krční páteře a ramen, na rozdíl od kolegů, kteří udávali nízkou míru stresu v této oblasti. Dále byla bolest krční páteře asociována se zvýšeným stresem v oblasti „Pozice“ a bolest v ramenu v oblasti „Vztahy“. Studie také ukázala, že ženy jsou 2,6 – 4,8 x více vystaveny riziku stresu než muži (Marratto et al., 2016).

1.3.6 Coping pacientů s chronickou bolestí

Termín coping chápeme jako reakci na stresující událost bez ohledu na její účinnost odstraněním stresoru. Označují se tím psychické procesy, udržující psychickou rovnováhu a adaptaci během stresujících situací. Během chronické bolesti tyto procesy rozhodují o psychické a sociální adaptaci jedince a podílejí se na somatických procesech. Jedná se v podstatě o to, jak jedinec reaguje, je-li vystaven stresující události (bolest nebo strach z bolesti). Podle této reakce se odvíjí i její význam, a to buď pozitivní, nebo negativní. Význam má i samotné individuální hodnocení jedince z hlediska jednání a kontroly. Ten může reagovat buď pasivně nebo aktivně. Při pasivní reakci člověk vykazuje vyšší míru stresu a poškození než ten, který reaguje aktivně a umí problémy efektivně zvládat nebo je sám kontrolovat. Při pasivní reakci jedinci hodnotí problém jako nevladatelný a společně s tím se objevuje strach a úzkost. Informace jsou hodnoceny zkresleně, problémy jsou popírány nebo odkládány nebo se jim člověk vyhýbá. Tato strategie je označována jako vyhýbání. Jedná se o neefektivní coping, který komplikuje

léčbu a podporuje psychosomatizaci. Na pozitivní zvládnutí má vliv to, jestli pacient hodnotí situaci jako zvládnutelnou a může tedy přijít s řešením. Ve vztahu k bolesti to znamená, že má možnost odstranit bolest a podílet se na jejím tišení. Obecně tyto osoby vykazují zlepšení fyzické aktivity a lépe se vyrovnávají s důsledky souvisejícími s bolestí než jedinci reagující pasivně. Také lépe spolupracují během léčby a dodržují léčebný režim. Pro efektivní zvládnutí bolesti je také nutná schopnost umět se na bolest zaměřit a stejně tak i odvrátit od ní pozornost. Pro každého pacienta je však tato strategie individuální a je důležité následovat to, co mu při zvládání bolesti vyhovuje. Pro pacienty je důležité pochopit význam bolesti. Na druhou stranu nemá smysl jej edukovat o významu bolesti, pokud pro její zvládání využívá spíše odvracení pozornosti. Jelikož bolest přerušuje klasické způsoby uvažování a podporuje strach a úzkost pro její efektivní zvládnutí je důležitá informace, co bolest způsobilo, co pro jedince znamená a hodnocení bolesti jako zvládnutelného procesu s hodnocením vlastních dispozic jako dostačujících pro management bolesti. Pacienti neznající diagnózu, etiologii bolesti, nechápou nebo neví proč je to bolí a často nereagují na běžné způsoby léčby. Neznalost navíc prohlubuje negativní prožívání nemoci. Jejich osobní porozumění má tedy význam pro uzdravení. Pro jedince je důležitá schopnost zvládání bolesti, možnosti její kontroly, předvídatelnost a její osobní význam, což výrazně ovlivňuje jeho chování, postoje, představy a názory (Raudenská et al., 2013). Brožek a Knotek (2015, 1) také udávají, že „výsledek efektivního copingu je postoj k bolesti jako k výzvě, motivace bolesti vzdorovat, uzdravit se nebo se adaptovat na přetrvávající chronickou bolest.“

Brožek a Knotek (2015) ve své studii porovnávali efektivitu coping bolesti. Osoby se řadily do skupin s faktorem „Vzdorování“, „Odhodlávání“ a „Přijetí“. Osoby s vyšším skóre „Vzdorování“, která je hodnocena jako nejefektivnější („přes bolest si užívám života“) mají nižší afektivní index bolesti, jsou méně úzkostné, depresivní a zlostné, neuzavírají se, nerezignují, jejich coping je efektivnější. Jsou minimálně změněny následkem bolesti a lépe tolerují zátěže spojené s bolestí a necítí se omezovány bolestí během běžných aktivit. Jsou méně závislí na podpoře blízkých při zvládání bolesti. Osoby s vyšším skóre „Odhodlávání“ („dělám všechno proto, abych se zbavila bolesti“) mají vyšší sensorický index bolesti, tj. popisují bolest pomocí více sensorických deskriptorů, tyto bolesti popisují s vyšší naléhavostí. Udávají větší výskyt bolesti během dne a mají z bolesti větší strach a více na ni zaměřují pozornost. Poslední, osoby s nejvyšším skóre „Přijetí“ („jsem smířen, že bolest nemohu nijak ovlivnit“), udávají delší trvání bolesti během dne a očekávají přítomnost bolesti i v budoucnu, pozitivní změnu neočekávají.

Změnu osobnosti vnímají jako následek bolesti ve spojitosti s omezením životních podmínek. Bolest u těchto osob trvá delší dobu (Brožek & Knotek, 2015).

1.3.6.1 Sociální opora a sociální coping pacientů chronickou bolestí

„Sociální coping je proces obnovy stability osobnosti, adaptivního chování a sociální integrity prostřednictvím komunikace s druhými lidmi.“ (Knotek & Zavadilová, 2006, 95)

Člověk je tvor sociální. Mezilidské kontakty jsou nedílnou součástí našich životů. Ve společnosti se vyskytujeme od narození, a proto je pro nás přirozené být v prostředí s ostatními lidmi. V průběhu života se zařazujeme do společnosti, vytváříme sociální struktury. Tyto struktury však nejsou vrozené ani geneticky podmíněné. Tvoří se zkušeností. Naše první sociální prostředí, které vnímáme, je matka. Postupně začneme vnímat otce, sourozence a širší rodinu. Dále se prostředí rozrůstá nástupem do školy, zaměstnání atd. Postupně se v prostředí učíme fungovat a osvojujeme si pravidla formující jednotlivá společenství. Naším cílem je najít si své místo, najít rovnováhu mezi sounáležitostí ke společenství, udržením naší individuality. V každém společenství zaujímáme určité role, které mohou být odlišné k jednotlivým členům (Bureš, 1960).

Stejně tak i naše zdraví je podmíněno sociálně. Zdraví člověka je ovlivněno tím, jak je vystavován stresorům, což také ovlivňují jeho osobnostní a sociální zdroje ve smyslu zvýšené zranitelnosti nebo podpory. Prostřednictvím vazeb ve společnosti člověk dosahuje sociální opory, jež moderuje vliv nepříznivých životních událostí na jeho psychický stav a zdraví. Mezi faktory sociální opory můžeme řadit například faktor Extraverze, který je spojen se schopností se prosazovat, uplatňovat ve společnosti adekvátním způsobem a zahrnuje také kvantitu intrapersonálních vztahů. Důležitá je však také kvalita neboli hloubka intrapersonálních vztahů, přiměřená emocionalita a empatie. V mnoha studiích bylo také prokázáno, že lidé s lepšími mezilidskými vztahy a jejich oporou mají mnohem lepší fyzické i psychické zdraví, které jim napomáhá mnohem lépe zvládat nemoci. Sociální opora má pro člověka také příznivý význam, pokud je vystaven dlouhodobému, tj. chronickému působení stresu. Také se předpokládá, že osoby s vyšším stresem a nižší sociální podporou mají vyšší pravděpodobnost vzniku nemoci. Sociální opora jedince chrání vůči negativním důsledkům stresu. Zároveň také ovlivňuje průběh nemoci. Samotné sociální vztahy mohou poskytnout pozitivní sebehodnocení

a sebeuplatnění (*self-efficacy*). Tato vlastnost také působí jako mediátor mezi životními událostmi a úrovní vnímaného stresu. Také pozitivně ovlivňuje vznik a vývoj deprese (Kebza, 2005).

Mezi aspekty sociálního copingu patří opora – očekávání komunikace, emoční podpora, požadované soucítění s bolestí a potřeba pochopení druhých. Dále se zde řadí ovlivňování – vnímaná aktivizace, poskytování opory nebo podpora bolestivého chování. Posledním, třetím aspektem, je sekundární zisk z bolesti, kdy je chronická bolest způsobem, jak uniknout od povinností, problémů nebo jako omluva za neúspěch a prostředek k dosahování ohledů a tolerance od druhých (Knotek, 2007).

1.4 Integrace bio-psycho-sociálního modelu do fyzioterapie

Pokud připustíme, že na vzniku nespécifické chronické bolesti zad se podílí jak fyzické, tak behaviorální, psychologické a sociální faktory, je nezbytné zajistit tento širší bio – psycho – sociální (BPS) přístup i v terapii. Při péči o pacienty s potenciální komplexní souhrou BPS faktorů bude tedy vyžadovat kromě tradičního pojetí vzdělání a praxe fyzioterapeuta také inkluzi psychosociálních faktorů. To vyžaduje alternativní zahrnutí perspektivy ve vztahu k tomu, jak jsou nespécifické BZ řízeny a chápány. Je také potřeba, aby fyzioterapeuti rozšířili svůj tradiční rozsah praxe a rozvíjeli specifické kompetence napříč více doménami. Nedávné studie naznačují, že fyzioterapeuti na rozdíl od biomechanického a fyzického pohledu, jsou nedostatečně vybaveni znalostí k účelnému porozumění psychosociálních faktorů (Cowell et al., 2018).

Fyzioterapeuti se potýkají s potížemi vedení pacientů, přestože mají povědomí o řešení nespécifických chronických bolestech zad (NCHBZ) z BPS pohledu. Ze studie z roku 2018 provedené ve Velké Británii vyplynulo, že fyzioterapeuti i přesto, že si uvědomují vícerozměrnou povahu BZ a potřebu se tomuto problému věnovat z pohledu BPS modelu, považují řešení psychologických faktorů za náročné kvůli nedostatečnému výcviku a vedení. Dalším klíčovým tématem, se kterým se potýkali, byl závazek umožnit pacientům převzít osobní kontrolu nad jejich poruchou, což bylo v konečném důsledku vnímáno jako velmi účinný postup. Fyzioterapeuti cítili, že pacienti byli často neochotni připustit, že i emoční stres se může podílet na jejich bolesti. Poukázání na psychosociální faktory a jejich začlenění do terapie, bylo pro pacienty v rozporu s klasickou fyzioterapií. Samotní fyzioterapeuti cítili nejistotu při zkoumání emocionálního stresu z důvodu

nedostatku praxe a také proto se častěji tomuto tématu vyhýbali. Dále udávali, že by v počátečních setkáních potřebovali více času, aby usnadnili a podpořili citové odhalení pacientů, zejména úzkostných (Cowell et al., 2018).

Pro úspěšnou spolupráci s pacientem byl považován za podmiňující důvěryhodný terapeutický vztah, účinné komunikační dovednosti, individuální přístup nebo změna chování související s bolestí (Cowell et al., 2018).

1.4.1 První kontakt s pacientem a odebrání anamnézy

Správným předpokladem navázání dobrého vztahu s pacientem je provedení vstupní pohovor, odebrání anamnézy. Nejedná se pouze o získání dat potřebných k diagnostice, ale také o navázání osobního kontaktu s nemocným. Už prvotním odebráním anamnézy navozujeme důvěrný vztah s pacientem, proto je třeba vymezit určitou dobu nerušeného rozhovoru, aby byl ošetřující schopen navázat s nemocným kontakt i emoční, který napomůže k identifikaci a pochopení obtíží. Anamnéza z řeckého překladu znamená „rozpomínání“ a pacient si pomocí dobře cílených otázek lékaře vzpomíná na okolnosti a příznaky spojené s jeho nemocí. Správně odebraná anamnéza odkryje až 80 % potřebných údajů ke stanovení správné diagnózy. Zbýlých 15 % je fyzikální vyšetření (aspekce, palpce) a pomocná laboratorní vyšetření obstarají zbylých 5 % informací. Důležité je správné pořadí kladení otázek. V počátku rozhovoru vyšetřující nechá pacienta vyprávět a pouze mu naslouchá, poté klade doplňující otázky (Susa, 2010). Podle studie Brancha a Malika (Branch & Malik, 1993) vyplynulo, že pacienti se cítili spokojeněji, pokud měli možnost se adekvátně vyjádřit. Lékař v průběhu konzultace, kromě otázek týkajících se zdravotního stavu, položil také otázku typu: „A co dál, trápí vás ještě něco?“. Následně ukončil téma vyjádřením porozumění nebo empatickým shrnutím důležitých vět. Tento čas zabral maximálně 25 % celé konzultace, avšak pro pacienta byl často klíčem k vytvoření důvěry a efektivní spolupráce.

Vztah vyšetřujícího a nemocného musí být zároveň dostatečně volný, aby nedošlo k fixaci nemocného na vyšetřujícího a aby bylo jej možné kdykoliv přerušit. Dalším nezbytným předpokladem je navázání fyzického kontaktu, který je realizován cestou klinického vyšetření. Už při kontaktu s pokožkou můžeme sledovat podráždění daných kožních receptorů, jejichž aktivita inhibuje bolestivou aferentaci. Stejně tak jsou velmi důležité aferentní signály pro vyšetřujícího, které jsou pro něj informací o motorických

reakcích systému. Vyšetřující by měl být stejně citlivý jak k vyšetřování pohybu pasivního, tak aktivního (Baštecký et al., 1993).

1.4.2 Prostředky komunikace

Pro správnou plnohodnotnou komunikaci je důležitá schopnost poslouchat, slyšet a umění klást otevřené otázky, tak aby byl nemocný schopen popsat co prožívá a jak svůj stav hodnotí. Dále je důležité umění empatie, přiměřené emoční reakce a schopnosti shrnout pacientovy obtíže na znamení jejich porozumění. Postup komunikace s pacientem na profesionální úrovni nabízí Maastrichtská škola. Tento postup se zaměřuje na zjišťování informací jak z oblasti biologické, tak z oblasti emoční (Honzák, 1999).

Maastrichtské anamnestické a poradenské postupy definují v několika kategoriích zásady zjišťování a sdělování informací. Mezi hlavní oblasti patří: schopnost objasnit důvod pacientovy návštěvy, shromáždit anamnestické údaje, navrhnou řešení, strukturovat rozhovor, zvládnout dovednosti mezilidského vztahu, zvládnout komunikační dovednosti. Níže budou vybrány ty zásady, které přestože jsou mnohým známé, ne vždy je na ně správně reagováno. Jak by se odpovídat nemělo bude znázorněno v odpovědích.

1. Vyjádřit svou emocionální účast ve vztahu ke stížnosti nebo problému.
„Jo, vás bolí klouby, to mě taky trápí už deset let a taky musím pracovat.“
2. Požádat pacienta, aby blíže objasnil svůj problém a jeho dopad na současný stav.
„Nezdržujte to, já potřebuju vědět, kde vás to bolí.“
3. Prozkoumat kvalitu vztahů v rodině/nejbližším okolí pacienta.
„Prosím vás rodinou se teďka nebude zdržovat, teď to musíme rozcvičit.“
4. Vysvětlit příčinu potíží.
„To se tak někdy stane.“
5. Zkontrolovat, zda pacient porozuměl navrženému doporučení.
„Rozumíte, že?“
6. Vymežit program rozhovoru a konzultace.
„Svlékněte se.“
7. Zeptat se na konci sezení, zda pacientovy problémy byly dostatečně probrány.
„Rozumíte tomu?“

8. Umět navodit u pacienta stav/pocit uvolnění, když je třeba.
„Uvolněte se!“
9. Dát a udržet přiměřené tempo rozhovoru.
„Nemáme tolik času, tak si pospěšte.“
10. Užívat správně cílené otázky.
„Doufám, že dnes už je to lepší, že ano?“
11. Kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci.
„Doufám, že tomu rozumíte.“
12. Jestliže je to nezbytné, umět konfrontovat problém.
„Jestli nezhubnete a nebudete se víc hýbat, do půl roku jdete na operaci (Honzák, 1999).“

1.4.3 Komunikace s pacientem

Komunikace slouží ke sdělování informace, což mezi dvěma lidmi může být prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Fyzioterapeut by si měl být vědom, že v komunikaci s pacientem zastává velmi významnou roli. Pro správnou a účelnou komunikaci je nezbytné být si vědom a řídit se určitými pravidly.

Honzák udává (Honzák, 1999, 12), že:

Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme:

- vědět, co chceme říct;
- rozhodnout, kdy informaci sdělit, odhadnout, zda je vhodný čas pro předání informace;
- rozhodnout, jak nejlépe informaci podat;
- pamatovat na skutečnost, že pro nás již jasné sdělované skutečnosti nemusejí být pro druhou stranu tak jasné;
- mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat;
- zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči;
- sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všímat si zejména jeho známek a projevů zmatku, hněvu, úzkosti, akceptování atd.;

- brát v úvahu pocity pacienta;
- udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem;
- kontrolovat své neverbální projevy;
- umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil;
- kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil.

Komunikace s pacientem by měla probíhat v obou směrech. Abychom dali pacientovi najevo, že mu rozumíme, můžeme použít formulace: „Jestli jsem vás dobře pochopil, nejvíce vás nyní obtěžuje...“. Zároveň se pacienta doptáváme, zda pochopil a slyšel informace, které jsme se mu snažili předat, například: „Mohli byste mi ukázat, co budete doma cvičit?“. Důležitou součástí je také samotná schopnost naslouchat. Protože správné odebrání anamnézy je jednou z nejdůležitějších složek pro stanovení správné diagnózy. Tato schopnost navíc vytváří ve vztahu s pacientem důvěrnou atmosféru a spolupráci. Lékař v průběhu konzultace kromě otázek týkajících se zdravotního stavu položil také otázku typu: „A co dál, trápí vás ještě něco?“ (Honzák, 1999).

Při komunikaci s pacientem je také vhodné uvědomit si, v jaké roli vnímáme sebe a v jaké pacienta, popřípadě jak to vnímá pacient. Transakční analýza zabývající se osobností a naším jednáním rozlišuje tři základní komunikační a osobnostní roviny, kterými jsou RODIČ, DÍTĚ a DOSPĚLÝ. DÍTĚ se v nás především projevuje po citové stránce, má v sobě také prvky závislosti a nejistoty, ale zároveň je nejvíce autentické ve hře. V roli RODIČE představujeme hodnoty, morálku, etiketu a tradici. Typickými projevy rodiče jsou péče, starost a ochrana, v extrémních projevech to jsou tresty a kritika. Pro DOSPĚLÉHO je typická logická struktura, objektivita, emoční vyrovnanost. Pacient nejčastěji přichází do ordinace v roli DÍTĚTE, vyhledává ochranu a pocit jistoty. Pro lékaře tedy jednoduché sklouznout do role RODIČE, ať už z počátku pečujícího nebo později kritického. Pro vyvážený vztah terapeut – pacient je třeba komunikovat v rovině DOSPĚLÝ-DOSPĚLÝ. Pacient přebírá kontrolu nad svým zdravotním stavem, opouští dětské pocity beznaděje nebo hněvu a z jeho slovníku mizí slova, jako „nechci, nemohu, proč“. Tento přístup přichází od lékaře, jako „pomocná ruka“. Lékař ze své pozice DOSPĚLÉHO umožňuje pacientovi nést svůj díl odpovědnosti a podporuje společnou činnost vedoucí ke zlepšení stavu pacienta. Z jeho slovníku nadále mizí výrazy jako: *musíte, nesmíte, vždycky, nikdy* (Berne, 2011).

2 SPECIÁLNÍ ČÁST

2.1 Vybrané terapeutické techniky pro léčbu nespecifických bolestí zad z psychosomatického pohledu

2.1.1 Psychosomatický přístup ve fyzioterapii

Fyzioterapie je specializovaným oborem ve zdravotnictví a je uznávána jako konvenční metoda. Fyzioterapeuti pracující v oblasti duševního zdraví používají intervence v rámci obecné fyzioterapie, ale potřebují nezbytné znalosti (psychologický rámec) a dovednosti (komunikace, empatie), aby mohli účinně posuzovat, léčit a podporovat. Cílem fyzioterapie při léčbě nespecifické chronické bolesti zad (NCHBZ) je napravit svalovou nerovnováhu a posturální odchylky, které jsou předpokladem pro rozvoj BZ. Vhodné jsou protahovací a posilovací cviky spolu se specifickými cviky zaměřenými na oslabené oblasti (Probst, 2017).

Čistě somatický přístup ve fyzioterapii je založen na fyzických a biologických aspektech problému. Jde o tradiční přístup, který obvykle řeší příznaky problému. Probst (2017) ve své práci popisuje psychosomatickou fyzioterapii jako obsáhlý pojem, jež zahrnuje léčbu fyzických symptomů, jako je bolest, únava, hyperventilace a úzkost ve vztahu k psychosociálním problémům. V rámci tohoto oboru se primárně jedná o léčbu somatických příznaků a s nimi souvisejících poruch. V rámci psychosomatické fyzioterapie jsou také řešeny somatické příznaky a související poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky (*Medicaly Unexplained Symptoms*, MUS). Ve všech těchto případech terapeut zkoumá vztahy mezi sociálními, psychologickými a behaviorálními faktory s tělesnými procesy a kvalitou života. Samotný terapeutický vztah má významnou roli. Pacient má zde prostor k reflexi behaviorálních zážitků během rozvoje zaměřeném na integraci myšlenek, emocí a akcí ve vztahu k motorickému výkonu. Cílem terapeuta je rozpoznat a získat vhled do komplexního vztahu s motorickými a psychickými aspekty a pozitivně ovlivnit narušené vnitřní a vnější regulační mechanismy. Terapeut může využít řadu specifických metod zvyšujících povědomí, jako jsou relaxační techniky, dýchací a komunikační metody, strategie řešení problémů a zvládnání stresu.

Stav pacienta je identifikován pomocí modelu tělo, kognice, emoce, chování, sociální prostředí (SCEBS). Samotná léčba je formulována podle kritérií SMART

(specifická, měřitelná, akceptovatelná, realistická, časově vázaná). Během terapie je analyzován slovní jazyk pacienta, řeč těla, držení těla, rovnováha mezi napětím a relaxací a vnímání těla a nemoci (Probst, 2017).

2.1.2 Relaxační terapie a přístupy propojující mysl a pohybový aparát

Relaxační techniky jsou při léčbě stresu a s ním spojenými somatickými problémy často doporučovány. Mezi relaxační terapie se řadí několik technik, které podporují snižování stresu a úzkosti v těle a navozují klidný stav mysli. Tento přístup se často používá při péči o duševní zdraví. Slouží zároveň jako prevence, léčba a ke zvládnutí určitých dovedností (relaxace mysli, podpora jasného a efektivního myšlení). Relaxační terapie se skládá ze tří částí: učení relaxační techniky, posouzení relaxačního účinku a automatizace a osvojení techniky během situací vyvolávajících stres. Mezi nejčastěji používané techniky ve fyzioterapii patří Jacobsonova progresivní relaxace, autogenní trénink, Feldenkraisova metoda, Alexanderova metoda. Mezi další cvičení pomáhající při zvládnutí stresových situací patří jóga, tai-chi, pilates a cvičení pomáhající pacientovi uvědomění přítomného okamžiku (Probst, 2017).

2.1.2.1 Jacobsonova progresivní relaxace

Jacobsonova progresivní relaxace je řízené relaxační ošetření, které učí pacienty uvolnit svaly pomocí dvou kroků. Pacienti nejprve úmyslně stahují svaly a drží napětí, ve druhé fázi veškeré napětí uvolní a soustředí se na pocit uvolnění. Pravidelné praktikování pomáhá pacientům rozpoznat napětí a následně cíleně uvolnit postižené svaly. Relaxace pozitivně ovlivňuje uvolnění autonomního nervového systému (ANS). Relaxace může snížit vnímání bolesti nebo úzkosti. Terapie zahrnuje vlastní relaxaci, což může podpořit fyzické a duševní uvolnění (Mateu et al., 2018).

Pacient cvičení nejdříve začíná relaxací a zklidněním v leže na zádech. Měl by být v klidném a příjemném prostředí bez jakýchkoliv distrakcí z vnějšku a s vypnutým mobilním telefonem. Každá relaxace trvá 60 minut. V prvních sezeních se učí rozeznávat kontrakci a relaxaci svalů při pohybu končetin. Pacient se tedy v počátku seznamuje s pohyby, které je končetina schopna provést. V těch dalších už svaly kontrahuje bez pohybu a to progresivně, tedy od periferie ke středu. Tato kontrakce, která může trvat přibližně 30 sekund je následována relaxací. Pacient se učí vnímat postupně jednotlivé

končetiny, trup, ramena, krk, mimické svaly. Probíhá také relaxace mentálních aktivit a řeči (Jacobson, 1976).

Studie zkoumající účinnost progresivní svalové relaxace zjistila, že tento typ terapie nejlépe účinkoval na pacienty s mírnou bolestí zad, u kterých se bolesti znatelně snížily na rozdíl od pacientů s těžkou BZ, kde se obtíže pouze lehce zmírnily. Účinek relaxace zde byl porovnán se skupinou, která po dobu testování poslouchala hudební nahrávky o stejné délce trvání jako relaxační cvičení. (Mateu et al., 2018). Ve studii porovnávající účinnost progresivní svalové relaxace a cvičení ve vodě u pacientů s BZ se zase ukázalo signifikantní zlepšení u pacientů, kteří se zúčastnili cvičení ve vodě (Prabhu & Dadmi, 2019).

2.1.2.2 Autogenní trénink

Koncept autogenního tréninku (AT) byla vypracován německým lékařem Schultzem. Tento trénink využívá metody autosugesce a autohypnózy, neboli léčení spánkem. V tomto stavu je jedinec mnohem více ve svém vlastním světě než spojen s vnější realitou, avšak informace jsou pro něj reálné. AT spojuje a vzájemně ovlivňuje oblast somatickou, psychickou a viscerální autonomní nervstvo. Relaxací svalstva dochází k reflexnímu uvolnění ANS a také psychické tenzi (Vojáček, 1988).

AT musí opět probíhat v klidném prostředí bez vnějších distrakcí. Jedna relaxační jednotka trvá přibližně 2-15 minut. Pacient buď leží, nebo lépe sedí v pohodlné poloze s podepřenou hlavou a rukama na rukojetích židle. Zpočátku by se mělo cvičení provádět dvakrát až třikrát denně. Jedinec má při cvičení zavřené oči a živě si představuje instruované pokyny. Cvičení začíná zaujetím pohodlné polohy a formulkou „jsem klidný“. Dochází k samostatnému uvolňování jednotlivých končetin. Nejčastěji se začíná dominantní paží. První instrukcí pro klienta je: „Pravá paže je těžká.“ Tuto formuli terapeut nebo jedinec opakuje až šestkrát a setrvává v tomto stavu až po dobu dvou minut. Následně se jedinec vrací do původního stavu, paži si může protřepat. V průběhu dnů se přidávají zbylé končetiny. Následně se do cvičení přidává nácvik pocitu tepla. Což se formuluje jako: „Pravá paže je teplá.“ Později už se používají jenom jednotlivá slova jako klid, tíže, teplo, která se opakují. Pokud je cvičení prováděno správně, teplota vzroste díky dilataci cév. Třetí cvičení je zaměřeno na srdce, s instrukcí: „Srdce bije silně a klidně.“ Čtvrté cvičení je zaměřeno na ovlivnění dechu. Nejde o zásah do rytmu dýchání, ale o uvolnění a navození klidového stavu, čehož se dosahuje opakováním věty: „Dýchání

je zcela klidné.“ Dále je pozornost zaměřena na plexus solaris, což je největší autonomní nervová pletěň v břišní dutině. Pro tuto oblast se používá věta: „Plexus solaris teple proudí, tělem proudí teplo nebo slunce září.“. Poslední cvičení, které je spíše psychického než somatického charakteru, je zaměřeno na hlavu a klient formuluje větu: „Čelo je příjemně chladné, nebo obličej je volný a těžký.“. Tento cvik pomáhá jedinci lépe se soustředit, nabudit organismus a osvěžit si mysl. Schulz doporučuje toto cvičení provádět třikrát denně, po dobu 10–15 minut. V průběhu cvičení si jedinec formule vybavuje pouze obrazně, nepředřikává je, což by vedlo ke zvýšenému napětí. Celkově je toto cvičení vhodné pro uvolnění a uklidnění (Schultz, 1969; Vojáček, 1988).

Ze studie porovnávají účinnost jednotlivých technik v rámci multidisciplinárního přístupu při léčbě BZ vyplynulo, že po individuální a skupinové fyzioterapii byly relaxační techniky pro pacienty třetí nejúčinnější technikou v léčbě BZ. Další v pořadí byla hydroterapie, škola zad, oproti tomu muzikoterapie a psychologická terapie bolesti zaznamenaly nejnižší účinnost (Nees et al., 2020).

2.1.2.3 Alexanderova metoda

Tělesné schéma neboli mentální obraz našeho těla charakterizují tři složky: kognitivní, emocionální a behaviorální. Kognitivní složka nám ukazuje představu o rozměrech těla jako celku, jeho jednotlivých částech a jejich vzájemném poměru. Emocionální složka ukazuje vztah k vlastnímu tělu, jeho částem a jejich vzájemném poměru a složka behaviorální obsahuje činnosti vedoucí k ovlivnění vzhledu našeho těla. Zdravotní a také psychické obtíže vznikají, pokud dochází k nesprávnému vnímání těla (Stackeová, 2007).

Alexanderova metoda (AM) se snaží s touto problematikou pracovat, učí své žáky přemýšlet o svém těle a uvědomovat si jej spolu s myslí. Pracuje s konceptem sebe-užívání, což znamená, jak vnímáme naše tělo během každodenních vědomých i nevědomých činností a stejně tak jak vnímáme jeho jednotlivé části vůči sobě. Velká pozornost je věnována celku hlava-krk-záda. Cílem je zajistit správné sebe-užívání jednotlivých částí ve všech činnostech. K tomu se používá sled příkazů, které mají za cíl, vědomě upravit svalovou aktivitu jedince. Žák, jak Alexander nazývá své klienty, dostává postupně příkazy: „uvolnit krk a šíji, aby hlava mohla jít dopředu a nahoru“, „záda prodloužit a rozšířit“ a „kolena dopředu a uvolnit“. Zároveň žák cvičí v pozicích, které by měl nadále využívat při každodenních aktivitách, jako je tzv. opice, výpad, klek, nebo

dřep. Zároveň do svých technik zapojuje techniky dýchání a dynamický odpočinek (Alexandr, 2001; Barlow, 2001).

Studie zkoumající účinnost AM u pacientů s BZ zjistila, že jedinci po 6 sezeních v 6 týdnech zaznamenali pouze mírné snížení bolesti, avšak udávali nižší nutnost užívání analgetik. Největší změnu žáci zaznamenali při vnímání bolesti, zvládnutí bolesti a změně významu bolesti. Tato studie však vyhodnotila pouze účinek AM bez kontrolní skupiny (McClellan et al., 2015). Z další studie vyplynulo, že kombinace 6 lekcí AM spolu s cvičením dosáhne stejných výsledků jako 24 lekcí AM, ale zároveň je mnohem účinnější než cvičení samotné (Little et al., 2008).

Studie ATLAS (*Alexander Learning Lesson nebo Acupuncture Sessions*) si dávala za cíl hodnotit účinnost AM u populace trpící chronickými muskuloskeletálními bolestmi v porovnání s obvyklou terapií. Hlavní cíle analýzy byly zhodnotit rozsah změny v soběstačnosti, péči o sebe a sebe-účinnosti (self-efficacy) během lekcí AM v porovnání se skupinou léčenou obvyklou péčí (farmakoterapie, fyzioterapie) a identifikovat vztahy mezi těmito změnami i z dlouhodobého hlediska. Výsledky byly porovnány s odstupem 6 a 12 měsíců. U pacientů, jež se zúčastnili AM, byla vyšší sebe-účinnost a stejně tak tato skupina vykazovala výrazně větší schopnost aplikovat to, co se naučila během lekcí ke zmírnění bolesti a v jejich každodenním životě. Na otázky týkající se zavedení rad do praxe nebo rad a vedení během terapie pacienti odpovídali mnohem méně nebo vůbec v porovnání s AM účastníky druhé skupiny. K největším rozdílům došlo ve schopnosti jednotlivců zlepšit způsob života a péče o sebe. To udávalo 87 % účastníků AM, zatímco při obvyklé péči to bylo pouze 25 % účastníků. Účastníci AM také udávali změny týkající se cvičení, relaxace, odpočinku a práce. Tyto čísla se shodovala v 6 i 12 měsíčním intervale (Woodman et al., 2018).

2.1.2.4 Feldenkraisova metoda (FM)

Moshé Feldenkrais, ukrajinsko-izraelský fyzik a vědec, zakládá svou metodu na obrazu našeho vnímání sami sebe. Tento obraz se skládá ze čtyř částí, kterými jsou: pocity, myšlení, smyslové vnímání a pohyb. Tyto složky působí současně a ve vzájemné interakci. Pokud tedy nastane změna v jedné, bezprostředně to ovlivní zbývající. Vzhledem k tomu, že je pro nás mnohem snadněji pochopitelné tělo než psychická oblast, začíná Feldenkrais právě prací s tělem a jelikož je tělo spjata s myšlenkami a pocity, může změna pohybového vzorce vyvolat komplexní změnu (Aljoscha, 2003).

Tato metoda učí žáka vnímat polohu a pohyb různých částí těla a jejím cílem je rozšířit pohybové schopnosti člověka. Pohyby jsou prováděny bez námahy a jsou přizpůsobeny aktuálnímu stavu jedince. Cvičení je často prováděno v pozicích nenáročných na gravitaci-leh, sed. Pokud je FM prováděna skupinově, nazývá se Uvědomění prostřednictvím pohybu (*Awareness Through Movement, ATM*), kdy učitel instruuje své žáky k vykonávání pohybu. Důležité je v průběhu cvičení uvědomit si pohyb a postavení těla ve vztahu k prostoru a změnám v pohybovém stereotypu. Žák se učí pohyb provést s vydáním co nejmenšího úsilí a bez neúčinných návyků. Objevuje jednodušší a pohodlnější alternativy pohybu. Během individuální terapie Funkční integrace (*Functional integration, FI*), učitel jemně a přesně pohybuje s částmi těla žáka, zatímco se žák snaží co nejlépe si uvědomovat tělo, což vede k odstranění neúčelných pohybů a úlevě od bolesti. (Bearman & Shafarman, 1998). Předpokladem této metody je vytvoření elegantního, spontánního a funkčního pohybu. Cílem FM hodin je snížení bolesti, podpora rovnováhy, mobility a chůze. Pomáhá starším pacientům a pacientům s neurologickými, respiračními a muskuloskeletálními poruchami (Mohan et al., 2017).

Během léčby a po léčbě Feldenkraisovy metody FI pacienti velmi často popisují změnu tělesného vnímání. Uvádějí, že kontakt jejich těla s podložkou se během léčby změnil. Pokud byla ošetřena pouze jedna strana, uvádějí, že má větší kontaktní plochu s podložkou. Pacienti také popisují, že ošetřená strana se následně zdá větší co do velikosti, povrchu a objemu. Tato změna sebepojetí by mohla souviset se změnou svalového napětí v důsledku výše proběhlé terapie. Je však možné, že kontaktní plocha se nemění, mění se pouze subjektivní vnímání jedince. Touto otázkou se zabývala studie, zkoumající, zda popsany subjektivní pocit zvýšené kontaktní plochy, je způsoben vlastní změnou vnímání účastníka, nebo v důsledku fyzické změny těla, kterou lze objektivně změřit. Účastníci byli měřeni před a po terapii přístrojem mapujícím rozložení tlaku. Studie dokázala, že jemné pasivní pohyby prováděné na jedné polovině těla terapií FI skutečně působí odlišně na vnímání těla. Tělo je relaxované, a proto také působí větší vahou na podložku. Nejvýraznější efekt, v porovnání s ostatními částmi těla, se projevil v oblasti pánve, jelikož je tato část těla obvykle nejcitlivější a má velkou kontaktní plochu. Dále byly pocity vždy silnější pro skupinu, která začínala nejprve na levé straně. Přestože druhá strana prokazovala také zvýšení tlaku těla do podložky, bylo slabší oproti první straně. Vědci se domnívají, že by tento fenomén mohl souviset s dominancí končetin. Jelikož je levá končetina nedominantní a ošetření se nejprve zaměřuje na tuto stranu, dochází zde k subjektivně silnějšímu efektu. Studie tedy dospěla k závěru, že

Feldenkraisova metoda FI skutečně uvolňuje tělo, což dokazuje zvětšená plocha a tlak těla na podložku, jež byl objektivně změřen (Brummer et al., 2018).

Studie porovnávající účinnost Feldenkraisovy metody se Školou zad, systémem, jež učí optimalizaci pohybu v nejrůznějších zátěžových situacích, zjistila, že FM snížila intenzitu bolesti rychleji a stejně tak rychleji změnila vnímání bolesti, zatímco Škola zad vykazovala lepší výsledky v sociální rovině a zlepšení vitálních funkcí. To bylo porovnáno pomocí vizuální analogové škály (VAS) a McGill Pain Questionare (MPQ). Tyto rozdíly odpovídají účelu jednotlivých rehabilitačních programů, FM zahrnuje propojení těla a mysli v přístupu k bolesti a Škola zad používá spíše edukativně ergonomickou metodu s cílem předcházet bolesti. Tyto výsledky odpovídají Feldenkraisovu přístupu, a to propojení těla a mysli (Paolucci et al., 2016).

2.1.3 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je založena na modelu vztahů mezi myšlenkami a chováním. KBT byla původně vyvinuta jako prostředek k léčbě deprese a dále úspěšně rozšířena o léčbu dalších psychologických poruch (Hall et al., 2018). Doporučuje se pro pacienty, kteří nezvládnou ovládnout svou bolest v první fázi pomocí fyzioterapie, nebo pro pacienty, kteří vykazují vysokou míru deprese a úzkosti související s jejich bolestí. Z dlouhodobého hlediska kontroly chronické bolesti může docházet u pacientů k psychosociálním změnám ve vnímání bolesti jako snížení strachu z pohybu a zvýšená schopnost vnímat a udržovat kontrolu nad bolestí. KBT je poradenský přístup, jehož cílem je pomoci pacientům rozpoznat vlivy přesvědčení, myšlenek a očekávání chování, které zmírňují nebo zhoršují příznaky. Cílem terapie je změnit dysfunkční kognitivní vzorce změnou nežádoucího chování pacientů, motivaci a přesvědčení související s jejich bolestí. KBT vyžaduje, aby se pacient učil aktivní vnímání bolesti a specifické zaměření pozornosti na způsoby, jakými bolest ovlivňuje jejich chování a pohyb. Pacienti jsou vybaveni technikami pro vlastní řízení bolesti, směřování pozornosti od bolesti se vyhýbajícemu chování (Sequin et al., 2010).

V souhrnné studii bylo zjištěno, že KBT prováděna fyzioterapeuty pomohla pacientům s chronickou bolestí modifikovat přesvědčení o bolesti, umožnit přechod k vyšším úrovním fyzické aktivity a navázat na obvyklé činnosti navzdory bolesti. Fyzioterapeuti by tedy mohli provádět kognitivně behaviorální intervence a v léčbě chronické BZ by dosáhli trvalého snížení bolesti z dlouhodobého hlediska. Zatímco

tradiční KBT zahrnuje širší rozsah intervencí a technik, pro praxi fyzioterapeuta byly vybrány a sestaveny techniky tak, aby omezily strach z pohybu a postižení spojené s bolestí. Jedná se například o stanovení tempa a cílů, řešení problémů, relaxace a vyrovnání se s obtěžujícími myšlenkami týkající se BZ (Hall et al., 2018).

Fyzioterapeut v tomto modelu vytváří spolu s pacientem plán ke zlepšení síly, výdrže a flexibility. Je zde v roli učitele a trenéra, pomáhá pacientovi v rozvíjení správných tělesných aktivit pro zvládnutí fyzických nároků pracovního zatížení a pro udržení správného životního stylu. Zároveň vede skupinové edukace a fyzioterapii založenou na principech učení. Používá metody behaviorální terapie (biofeedback a relaxace), posilování pozitivního chování a dokončení úkolu pochvalou. Bolestivému chování není věnována pozornost. Fyzioterapeut spolu s klinickým psychologem dohlíží na stupňování cvičení a chůze, posilují úspěch a pozitivní chování. Pacient své denní aktivity zapisuje a hodnotí se jejich vývoj a pokrok. Fyzioterapeut by měl absolvovat výcvik v behaviorální terapii (Raudenská et al., 2013).

U pacientů, kteří se zúčastnili multidisciplinárního programu léčby (MDPL) došlo k lepšímu zvládnutí bolesti. Průměrně o 20% se zmírnila intenzita bolesti, u 65% pacientů se zlepšila nálada a došlo ke snížení užívání opiátů, 67% pacientů se vrátilo do zaměstnání (Raudenská et al., 2013).

2.1.4 Kognitivně-funkční terapie

Kognitivně-funkční terapie (KFT) je poměrně mladá metoda, která byla vypracována profesorem Peterem O'Sullivanem a jeho výzkumným týmem. Jedná se o flexibilní, jednotný, behaviorální přístup pro individuální řízení BZ. Pro vyhodnocení klíčových cílů je třeba pečlivé naslouchání jedince a zkoumání bolestivého chování a reakcí na bolest. Základem terapie jsou tři vzájemně propojené komponenty. První složkou je Kognitivní trénink, který se také nazývá „Nalezení smyslu bolesti“ (*Making sense of pain*), která je významná pro uvědomění si jejího významu, což vede k usnadnění změny myšlení u lidí s bolestí. Druhou komponentou je Funkční pohybový trénink a třetí je Funkční integrace. Může být také přidána čtvrtá složka Fyzická aktivita a životní styl, nebo jednodušeji Změna životního stylu (O'Sullivan et al., 2018).

Během prvního setkání vyplňují jednotlivci dotazník bolesti a vícerozměrný screeningový dotazník, který pomáhá poskytnout vhled do vnímání pacientovy bolesti.

Poté rozhovor začíná otázkou „Řekněte mi váš příběh“, umožňující jednotlivcům vyjádřit jaký význam pro ně bolest má. Rozhovor je doplněn dalšími otázkami:

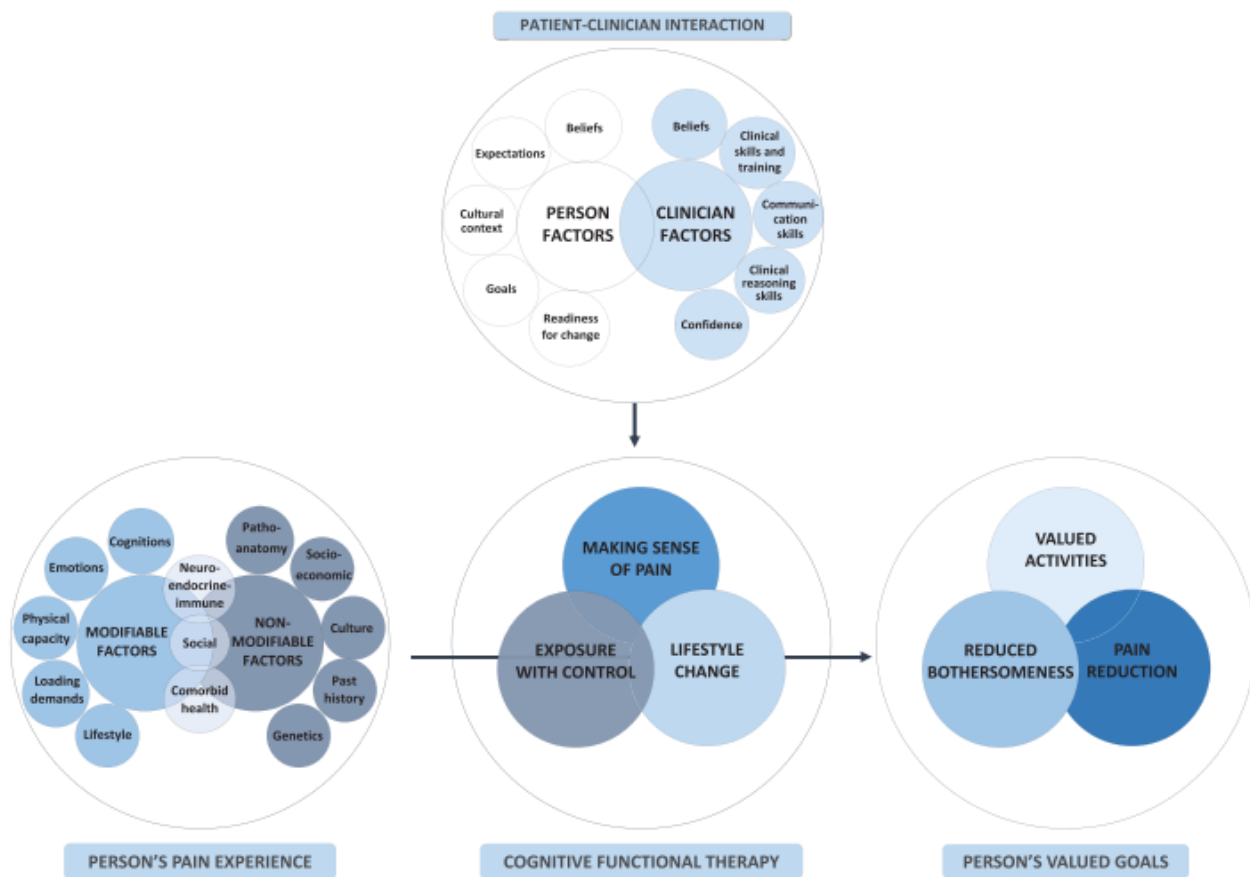
1. historie bolesti a související faktory (sociální, kognitivní, emoční, fyzické atd.), počátek bolesti – tento aspekt rozlišuje akutní BZ spojenou s postupně se rozvíjejícím traumatem daným drobnými mechanickými bolestmi nebo prudký nástup bolesti;
2. provokace a zmírnění bolesti vzhledem k držení těla, pohybu, zatížení a odpočinku, sloužící k odhalení mechanických stimulů provokujících bolest;
3. představa jednotlivců o jejich bolesti, včetně domněnky ohledně příčiny bolesti, budoucí časový průběh, kontrola, předvídatelnost a závažnost bolesti;
4. emoční reakce na bolest, strach a bolest související s utrpením a současná sociální situace
5. behaviorální reakce na bolest včetně strategií zvládnání bolesti, vyhýbající se nebo setrvávající reakce na bolest, ochranné posturální a pohybové návyky a životní styl;
6. definování aktivit vyvolávající bolest, obavy a strach;
7. celkové zdraví, úroveň únavy, další zdravotní komorbidity a jejich vztah k BZ;
8. vnímané překážky pro dosažení zdravého životního stylu;
9. osobní relevantní cíle, očekávání, vnímané překážky k dosažení cílů.

Dále je hodnoceno chování, během funkčních úkolů a samotného rozhovoru. Provádí se palpace pro posouzení citlivosti tkání, posuzuje se činnost trupových svalů a mechanismus dýchání. Tato pozorování pak tvoří základ pro experimenty řízeného chování. Tyto experimenty se snaží snížit sympatickou odpověď, odstranit bezpečné a komunikační chování s postupným vystavením jedince jeho obavám a bolestivým úkonům. U jedinců může docházet k vizualizaci už před samotným provedením úkonu, proto je během pokusu využíváno vizuálního feedbacku v podobě zrcadla nebo videa. Tato zpětná vazba má klinický význam pro kontrolu klíčových bodů těla navození relaxace. V potaz je rovněž vzata pacientova okamžitá odpověď na bolest provokující pohyb (O’Sullivan et al., 2018).

Hlavním cílem KFT je umožnit pracovat s pacienty jako s jedinci na své osobní cestě k nalezení smyslu bolesti, vypracování efektivních strategií ke kontrole bolesti a osvojení zdravého životního stylu (Caneiro et al., 2017; O’Sullivan et al., 2018). V terapii

tedy hraje roli pacientova (přesvědčení, očekávání, kulturní kontext, cíle, připravenost ke změně) a terapeutova (přesvědčení, klinická praxe a dovednosti, komunikační dovednosti, klinické úvahy a důvěra) vzájemná interakce, která je podmínkou pro vytvoření 3 základních pilířů KFT (nalezení smyslu bolesti, funkční pohybový trénink a funkční integrace a změna životního stylu). Díky tomu je pacient lépe seznámen s vnímáním bolesti a složkami, které v tomto smyslu jsou modifikovatelné (kognice, emoce, fyzická kapacita, zatížení povinnostmi a životní styl) a které ne (patologická anatomie, socioekonomie, kultura, historie a genetika), což vede k nastavení hodnotných cílů, jako jsou snížení bolesti a jejímu obtěžování a přehodnocení naplňujících aktivit (Obrázek 2) (O'Sullivan et al., 2018).

Fyzioterapeuti, kteří absolvovali kurz KFT, udávali: změny v chápání a přístupu k bolesti jako multidimenzionálnímu problému, zvýšené povědomí o vlivu očekávání a domněnek o bolesti nebo zvýšené povědomí o důležitosti vytvoření důvěrného terapeutického vztahu. V praxi si fyzioterapeuti osvojili několik kontrolních hodnotících nástrojů po ukončení sezení (*Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire*, OMPQ a the STarTback Tool) a vylepšili své komunikační dovednosti, přecházeli ze strukturovaného k otevřenému, neomezujícímu rozhovoru umožňující plynule otevřít kognitivní, sociální a psychologickou dimenzi problému. Také rozšířili své pole působnosti, naučili se kombinovat tradiční způsoby fyzioterapie s nově vyvinutými dovednostmi pro řešení kognitivních, psychologických a sociálních faktorů. Dále většina účastníků popsala zvýšenou důvěru v jejich schopnost identifikovat a řešit tyto faktory v praxi. Celkově byli spokojeni, že metoda KFT přispěla ke zvětšení spokojenosti terapeutů a lepších výsledků pacientů (Synnott et al., 2016).



Obrázek 2 Souhra faktorů specifických pro lékaře a pacienta při KFT (O'Sullivan et al., 2018, 419)

2.1.5 Informace – Motivace – Chování model

Tsamlag a kol. (2020) a Medina-Mirapeix a kol. (2009) poukazují na výhody cvičení u lidí s chronickou bolestí krku a zad. Dále poukazují na fakt, že dodržování těchto cvičení je pro jedince často závažným problémem. Odhady počtu pacientů, kteří dokončují cvičení podle doporučení, se liší, ale přibližně se jedná o 50 % a méně. Bylo identifikováno mnoho faktorů, které ovlivňují dodržování domácího cvičení. Patří zde charakteristiky pacientů jako jsou socio-demografické proměnné, motivace a sociální podpora, jejich nemoc a prostředí, aspekty předepsaného programu a poskytovatele. Některé faktory jsou vnímané jako bariéry spojené s každodenní rutinou nebo soběstačností. Tyto bariéry pak mohly ovlivnit zahrnutí cvičení do každodenní rutiny. Šlo zejména o zahájení činnosti a dodržování frekvence, ale ne jeho délku. Bariéry se mohou lišit pro různé populace, stejně tak jako pro různé typy cvičení.

Klíčovým faktorem pro dodržování domácího cvičení je integrace a komunikace fyzioterapeuta s pacientem. Ve skutečnosti, jednou z hlavních překážek dodržování uvedených cvičení byl nedostatek informací pro pacienta (Medina-Mirapeix et al., 2009; Tsamlag et al., 2020).

Podle modelu Informace – Motivace – Chování (*Information – Motivation – Behaviour*; IBM) samotná informace nestačí. Je předpokladem pro změnu chování, ale sama o sobě obvykle nedostačuje k dosažení této změny, pokud pacient není motivován ke změně chování. Informace se týkají přesných znalostí specifických pro chování. Motivace se dělí na osobní a sociální. Osobní motivace odráží postoj a přesvědčení jednotlivce, sociální závisí na vnímání sociální podpory. K behaviorálním dovednostem patří úroveň pozitivního sebehodnocení a obecné aspekty chování. Nejvíce motivovaní pacienti jsou ti, kteří se během setkání ptají nejvíce. Studie zároveň dokazuje, že poskytnutí požadovaných informací, má rozhodující vliv na provádění domácích cvičení při doporučené frekvenci (Medina-Mirapeix et al., 2009; Tsamlag et al., 2020).

2.1.6 Motivační program

Motivační program byl využit ve studii Fridricha, Gittlera a Halberstadta z roku 1988, kdy kromě standardního cvičebního programu pacienti absolvovali sezení v motivační skupině. V rámci těchto sezení bylo důležité, aby pacienti dostávali jasné pokyny, zdůrazňující význam pravidelného a důsledného cvičení za účelem snižování bolesti objevující se v opakujících se intervalech. Úkolem terapeuta bylo také posílit vnitřní motivaci pacientů tím, že byli informováni o závislosti prospěšnosti rehabilitace dle jejich chování. Terapeut dále s pacientem řešil jakékoliv problémy, se kterými se setkal v souvislosti s jeho bolestí a pokusil se je vyřešit ve vzájemné spolupráci, např. přizpůsobení režimových opatření (doba a délka cvičení) vzhledem k denní rutině pacienta. Pacient dostával pozitivní zpětnou vazbu a byl chválen za vynaložené úsilí. Terapeut ve spolupráci s pacientem vytvořil strategii trestů a odměn (např. šetření peněz za daným účelem) se zvláštní pozorností kladenou na pozitivní zpětnou vazbu (odměny za dodržování cvičení). Ústní dohody mezi pacientem a terapeutem byly dále potvrzeny písemně, formou „dohody o léčbě“. Podmínky této dohody byly sjednány individuálně s každým pacientem. Podpisem se pacienti zavázali k pravidelnému cvičení v daném čase i délce stanovené dohodou a k dalšímu navyšování intenzity cvičení. Tato dohoda také stanovuje odměny nebo tresty, které si každý pacient zvolil individuálně za dodržování

nebo nedodržování předpisů. Pacienti byli pobídnuti, aby smlouvu o léčbě zveřejnili doma na viditelném místě, aby jim připomínala cvičení. Všechna cvičení nakonec zapisovali do cvičebního deníku (Friedrich et al., 1998).

2.1.7 Akceptační program

Tato terapie byla vytvořena psychology Vowlesem a Sorrellem (2007) jako návod pro terapeuta a zároveň pacienta, jejímž cílem je pomoci rozvíjet vyšší psychologickou flexibilitu pomocí několika základních procesů: přijímání, kontakt s přítomným okamžikem, pojetí sebe v kontextu hodnoty a závazek k akci. Tato terapie probíhá v osmi setkáních po 90 minutách. V průběhu jednotlivých setkání dostávají pacienti otázky, úkoly a také domácí práce.

V prvním setkání dochází k představení, určení cílů terapie (pacient jmenuje deset důvodů, proč se účastní této terapie a co by se rád naučil), jsou stanoveny pravidla (účast na každém setkání, respektování druhých, zaměření se na přítomný okamžik, splnění všech aktivit a úkolů), je analyzována bolest pacienta a jejich předchozí zkušenost s léčbou z krátkodobého i dlouhodobého hlediska. Pacienti dostávají domácí úkol, kdy mají každý den strávit 5-10 minut zamyšlením se nad tím, jak by jejich život vypadal a jaké by byly jejich možnosti, pokud by bolest byla konstantní po zbytek jejich života. Pokud by pacient nebyl schopen vymyslet další alternativy, je instruován, aby napsal, co by dělal (nebo co dělal v minulosti) za nepřítomnosti bolesti.

Ve druhém setkání se pacienti učí rozpoznat souvislosti a vztahy mezi náladou, bolestí a funkcí. Vyplňují tabulku, která jim napomáhá pochopení souvislostí mezi jednotlivými složkami. V této tabulce jsou vyzváni, aby se snažili si uvědomit a vypsát situace, kdy a jak bolest ovlivňovala jejich náladu a fungování a naopak. Nakonec jsou pacienti seznámeni a navedeni k uvědomění si přítomného okamžiku (*mindfulness*). Domácí úkol je zaměřen na rozvíjení této dovednosti, kdy se mají pacienti párkrát během dne pokusit naladit se na sebe a být v přítomném okamžiku. Zároveň jsou vyzváni, aby každý den vyplnili tabulku, kde podávají reflexi na tyto okamžiky (kde byli, co zaznamenali, jak se chovali, jak reagovali, jestli a jak byli rozptýleni).

Během třetího sezení je pacient vyzván, aby se pokusil odpovědět, co pro něj znamená přijetí bolesti. Zároveň je mu poskytnut náhled a vysvětlení, jak k tomuto tématu přistupovat. Autoři definují přijetí jako způsob řešení neměnné životní situace nebo zkušenosti ne ve smyslu bezmoci a rezignace, ale jako mentální postoj, že je něco

uvěřitelné a pravdivé. Zároveň je pacient motivován, aby v pocitu tísně, bezmoci nebo bolesti se místo podlehnutí situaci pokoušel najít nové směry, které mu umožní nepodlehnout této situaci. Dále je pacient vyzván, aby se zamyslel nad hodnotami ve svém životě, pro které chce být pamatován. V domácím úkolu je pacient vyzván, aby vyplnil předpřipravenou tabulku s hodnotami a podle svého uvážení přidělil číselnou hodnotu jednotlivým bodům.

Ve čtvrtém sezení se definují hodnoty, cíle a bariéry, které zabraňují je uplatňovat. Pacienti jsou vyzváni, aby vypsali pro ně nejdůležitější hodnoty a zamysleli se jaké vnější nebo vnitřní bariéry jim brání v jejich naplnění. Dále jsou navedeni ke stanovení cílů a kroků, které k nim vedou na základě uvedených hodnot. Stanovené cíle musejí být specifické, měřitelné, realistické a autentické ke stanoveným hodnotám. Pacienti jsou následně vyzváni, aby i v jejich domácím úkolu vypracovali možnosti vedoucí k jejich cílům.

Páté sezení se zaměřuje na povinnosti, myšlenky a pocity. Pacienti v průběhu chronické bolesti mají období, kdy je jejich bolest mírnější a kdy je zase ochromující. Během těchto mírnějších dní se pacienti většinou snaží dohnat všechny své povinnosti, které zameškali během doby, kdy je pro bolest nebyli schopni vykonávat. To vede k tzv. modelu horské dráhy (viz. obrázek 3), kdy se pacienti ve dnech úlevy snaží zvládnout co nejvíce zanedbaných povinností, avšak z dlouhodobého hlediska jejich výkonost z důvodu přetížení i v těchto dnech klesá a navíc potřebují mnohem více odpočinku. Pacienti jsou tedy vyzváni, aby se pokusili upravit tento model tak, že se budou aktivitu snažit vykonat tak, aby dělali jen o něco více než ve dnech, kdy je bolest silná, a o něco méně, než by dělali ve dnech, kdy je bolest mírná. Jde tedy o správné dávkování aktivity. V domácí práci mají pacienti za úkol rozpracovat minulý úkol a dále se zamyslet nad tím, zdali jejich cíle vycházejí z jejich osobních hodnot nebo z povinností. Zároveň se mají snažit nastavit tempo svých aktivit během dne úměrně k jejich momentálnímu zdravotnímu stavu (Vowles & Sorrell, 2007).

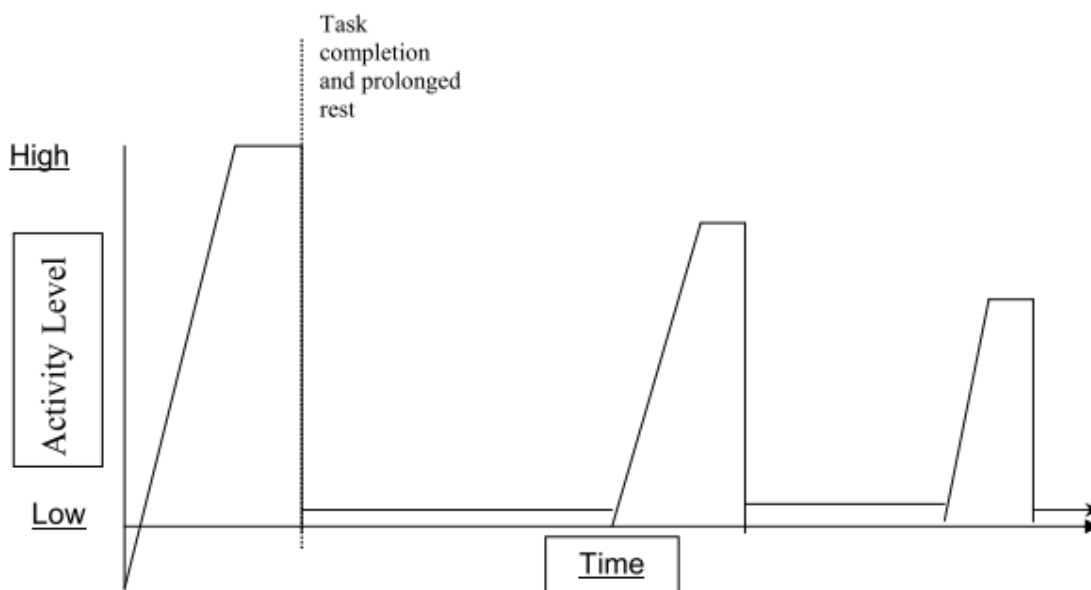


Illustration of the "Roller-Coaster" pattern of functioning.

Obrázek 3 Ilustrace fungování podle "modelu horské dráhy" (Vowles & Sorrell, 2007, 28)

V následujícím týdnu pacienti zpětně hodnotí probíhající terapii, co se naučili, co se změnilo, co potřebují ještě změnit, jaká důležitá témata ještě nebyla probrána. Dále se učí rozdíl mezi plánováním a konáním. Učí se udělat krok k opravdové akci než raději o ní mluvit. Stejně tak přistupují k domácímu úkolu, kdy se snaží aktivity, u kterých váhali nebo se vymlouvali pro nějaký důvod reálně uskutečnit.

V sedmém setkání je probrána vůle, ochota (*willingness*) a odhodlání. Pacientům je vysvětleno, že vůle je volba týkající se toho, zda jsme ochotni mít nepříjemné zkušenosti a pocity během následování našich hodnot a cílů. A vědomí, že přijetí toho může zahrnovat určité nepohodlí. Zároveň se nejedná o vyjednávání a není pasivní. Pacienti jsou také vyzváni, aby se zamysleli nad závazky, které jsou ochotni přijmout, aby následovali svou vůli. V domácím cvičení pokračují v dosavadních krocích.

V posledním sezení se stanovují závazky. Pacienti se také učí, jak rozpoznat a vyvarovat se regresi v dlouhodobém horizontu. Definují situace, které jsou pro ně náročné a mohou tedy vyvolat návrat nebo zhoršení bolesti. Zároveň se snaží prozkoumat danou situaci pomocí otázek:

Kde jste byl, když bolest začala?

Co se dělo ve vašem okolí?

Kdo byl s Vámi?

Byl zde nějaký definovatelný spouštěč?

Měl jste nějaké konkrétní myšlenky, pocity nebo fyzické reakce spojené s bolestí?

Zodpovězení těchto otázek může vést k lepšímu pochopení situace a pomoci k jejímu lepšímu zvládnutí.

Pacienti v průběhu všech setkání různými technikami trénují zlepšení vnímání přítomného okamžiku a jsou motivováni k této činnosti i v každodenním životě (Vowles & Sorrell, 2007).

Tuto metodu porovnávala iránská studie, která dokazuje pozitivní účinky v různých oblastech. Největší zlepšení bylo v psychické, společenské oblasti a celkové zlepšení kvality života. Zlepšení bylo i v rovině fyzické, avšak v porovnání s paralelně probíhající metodou biofeedbacku bylo nižší (Mousavi et al., 2019).

2.1.8 Časová osa

Chvála (1995, 26) říká, že:

I když je všeobecně známo, že nejrůznější životní události ovlivňují psychický (a proto i fyzický) stav člověka, v praxi je obtížné zpětně propojit události, duševní hnutí a somatizaci v jeden srozumitelný celek. I kdyby lékař byl ochoten se na nemoc dívat z širšího psychosociálního pohledu, pacient mu v tom nemůže vyjít vstříc. Událost, která se projevila somatizací (úmrtí matky, otce, svatba dcery...), je od svých následků v mysli oddělena, disociována.

Jelikož naše mysl běžně odděluje spojení mezi tělesnými symptomy a duševními prožitky a nevědomky potlačuje souvislosti, ani při přímé otázce nebo dotazníku se nemusíme dozvědět o jejich spojitosti. Proto tyto sociálně-somatické souvislosti nám zůstávají neodkryté nebo pouze tušené. Jedním důvodem je ochranná funkce našeho nevědomí. Pokud bychom si byli vědomi všech našich pohnutek, slabostí a všech souvislostí, bylo by to pro jednoho člověka neúnosné. Proto velká část našeho obsahu uchována v nevědomí. Také to je důvod proč lidé častěji hledají objektivní, na nich nezávislé příčiny svých onemocnění, než by si uvědomili vlastní podíl na vzniku onemocnění. Tato disociace tedy probíhá i mezi vznikem obtíží a jednotlivými událostmi.

Pro každého člověka má nemoc svůj osobitý význam. Trapková (2009, 48) říká, že „neexistuje choroba, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka. Neexistuje událost sama o sobě a neexistuje nemoc sama o sobě.“. Pro znovunalezení původních souvislostí se svou posloupností slouží časová osa.

Jedná se o přibližně hodinový rozhovor terapeuta s pacientem. Na rozdíl od běžné anamnézy se vyšetřující zaměřuje také na psychosociální kontext. Jsou brány v potaz jednotlivé časové údaje o příznacích, ale zároveň o životních událostech. Samotný pacient rozhoduje o důležitosti jednotlivých událostí a určuje výběr sdělení. V časové linii pacienta sledujeme jeho osobní vývoj a posloupnost příznaků a událostí a další osoby významné v pacientově životě. Tyto časové údaje jsou zaznamenány na časovou linku. Zároveň pátráme po všech příznacích, které jsou zde zaneseny. Pacienti nejčastěji začínají od současných obtíží, kdy se vyšetřující doptává na okolnosti vzniku, od kdy je mají, jak dlouho se vyskytují, co je zhoršovalo, co je zlepšovalo. Pacienti si buď okolnosti jasně pamatují a dokáží je i spojit s určitou událostí, nebo jsou pro ně vzpomínky na okolnosti mlhavé. Jakmile se dojde až k poslednímu bodu, který si pacient pamatuje, navrací se vyšetřující s pacientem po časové ose zpátky a rekonstruuje jeho životní příběh po současnost. Cílem je, aby se jednotlivé symptomy opět spojily s proběhlými událostmi. Při vzniku časové osy je tedy mnohem důležitější proces jejího tvoření než samotný výsledek (Chvála, 1995).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce je popsat možnosti využití psychosomatických poznatků při léčbě nespecifické bolesti zad v praxi fyzioterapeuta.

Dílčí cíle jsou:

1. popsat východiska psychosomatické medicíny v historickém a současném kontextu;
2. popsat pohled na nespecifickou bolest zad v bio – psycho – sociálních souvislostech;
3. popsat metody využitelné v praxi fyzioterapeuta vycházející z psychosomatického konceptu;
4. vypracovat kazuistiku pacienta s nespecifickou bolestí zad, která pracuje s psychosomatickými přístupy.

Výzkumné otázky:

1. Jaká je vzájemná interakce fyzioterapeuta a pacientky z psychosomatického hlediska?
2. Vnímá pacient psychosomatické souvislosti BZ?

3.2 Metodika

Teoretická část vychází z odborných literárních a internetových zdrojů zaměřených celkově na psychosomatické aspekty nespecifické bolesti zad. Druhá část je zaměřena na metody využívající psychosomatického přístupu v léčbě bolesti zad, které jsou využitelné fyzioterapeuty. Tato část vychází z odborných článků a studií, jež popisují jednotlivé metody a zároveň porovnávají jejich účinnost s ostatními.

Výzkumná část je zpracovaná formou kazuistiky. Jedná se o způsob práce s jednotlivým případem, kdy jsou podle daného schématu uspořádána všechna fakta, která nám jsou o případu známá a následně je analyzujeme (Yin, 2003). Kazuistika byla

vypracovaná podle předlohy Kazuistiky pro odbornou praxi KP1-4 pro studenty Fyzioterapie FTK UP. Kazuistika byla zpracována metodou zúčastněného pozorování. Jedná se o kvalitativní metodu, při které je výzkumník součástí prostředí se zkoumanými fenomény a dochází k jejich vzájemné interakci (Yin, 2003). Prostředí by mělo být nejpřirozenější z hlediska zkoumaného chování.

3.3 Sběr dat a použité metody

Odběr dat pro praktickou část proběhl v soukromé ambulanci v Praze 30.4.2020. Vyšetření trvalo 60 minut. Jednalo se o pacientku docházející na individuální terapie od roku 2018 kvůli bolestem Achillovy šlachy a krční páteře. Z počátku docházela na terapii týdně, v době vyšetření už pouze měsíčně.

Jednalo se o pozorování otevřené tzn. pacientka i fyzioterapeutka byly informovány o pozorování a zároveň vyjádřily souhlas s použitím dat v bakalářské práci podpisem Informovaného souhlasu (příloha č. 1). Touto metodou byly zjišťovány informace potřebné pro analyzování vzájemné interakce fyzioterapeutky a pacientky z hlediska psychosomatiky a dále informace potřebné pro kazuistiku (kineziologický rozbor, který zahrnuje vyšetření statické a dynamické antropometrické, goniometrické vyšetření, vyšetření svalové síly, vyšetření funkční hybnosti, vyšetření chůze a pohybových stereotypů). Výsledky pozorování vzájemné interakce pacientky a fyzioterapeutky byly zaznamenány do záznamového listu mnou vytvořeného (příloha č. 2), který hodnotí, zdali fyzioterapeutka jednala podle zásad psychosomatického přístupu a použila nějakou z metod uvedených ve Speciální části této bakalářské práce. Výsledky dat odebraných pro kazuistiku byly zaznamenány podle předlohy pro vypracování kazuistik na FTK UP (příloha č. 3). Součástí kazuistiky je také mnou vytvořený návrh terapie, který obsahuje metody fyzioterapie, ale i psychosomatické přístupy.

3.4 Kritéria pozorování vzájemné interakce fyzioterapeuta a pacienta z hlediska psychosomatiky

- 1. Komunikace fyzioterapeuta a pacienta. Hodnocení: délka úvodního rozhovoru, kladení otevřených otázek, dostatečné naslouchání, projevení zájmu o zdravotní stav pacienta, kladení doplňujících otázek, umožnění**

pacientovi vyjádřit se, zřetelné a srozumitelné informace podané fyzioterapeutem, přiměřené tempo a tón řeči

Úvodní rozhovor obsahoval otázky na momentální zdravotní stav pacientky a nynější obtíže. Pacientka rozhovor doplňovala svými vlastními postřehy z doby od posledního setkání. Pozitivně hodnotila vliv cvičení a rady fyzioterapeutky, ale také hlásila bolesti v nových pozicích. Fyzioterapeutka zachovával oční kontakt po celou dobu rozhovoru, také věnovala pozornost pacientce. Údaje zapisovala do počítače až ke konci rozhovoru. Polohy, které pacientka uváděla, že vyvolávají bolest si nechala názorně předvést. Dále je komentovala i s vysvětlením kineziologických souvislostí a vysvětlovala pacientce patologii vzniku bolesti. Na pacientce bylo zřetelné, že vysvětlení rozumí, avšak fyzioterapeutka se dále neujišťovala, zdali pacientka sdělení chápe, nebo zdali má doplňující informace. Fyzioterapeutka mluvila energeticky a stejně tak na ni reagovala i pacientka. Pokud se pacientka během svých odpovědí rozmluvila příliš, fyzioterapeutka ji nasměrovala zpět k tématu nebo položila další otázku. Tempo rozhovoru bylo svižné, rozhovor trval 5-10 minut z celkové terapie, pacientka však psychosociální souvislosti doplňovala během ošetření. Rozhovor se z velké části týkal nynějších onemocnění a symptomů. Význam bolesti ani strategie, strategie zvládání bolesti, cíle a bariéry probírány nebyly.

2. Jednání dle zásad Maastrichtských anamnestických a poradenských postupů

- Vyjádřit svou emocionální účast ve vztahu ke stížnosti nebo problému.

Poté co pacientka popsala své obtíže fyzioterapeutka vyjádřila své pochopení a snažila se pacientce navrhnout řešení.

- Požádat pacienta, aby blíže objasnil svůj problém a jeho dopad na současný stav.

V úvodním rozhovoru byla pacientka požádána, aby objasnila své nynější obtíže otázkou „jak se máte, co vás nyní trápí“ na kterou dostala pacientka možnost odpovědět. Když pacientka začala zabíhat do detailů, které se týkaly i jejího osobního života a mluvila v širších souvislostech byla zastavena.

- Prozkoumat kvalitu vztahů v rodině/nejbližším okolí pacienta.

Terapeutka se neptala přímo na vztahy v rodině a nejbližším okolí pacientky. V průběhu terapie se pacientka sama rozprávěla o vztazích ve svém nejbližším okolí a byla fyzioterapeutkou vyslechnuta.

- Vysvětlit příčinu potíží.

Pacientka popisovala bolest v různých pozicích během domácích prací. Fyzioterapeutka ji poté vysvětlila kineziologické souvislosti, které se nepříznivě projevují během určitých pohybů a postavení a popsala také správný způsob provedení pohybu a postavení.

- Zkontrolovat, zda pacient porozuměl navrženému doporučení.

Fyzioterapeutka se neujišťovala.

- Vymezit program rozhovoru a konzultace.

Po úvodním rozhovoru se fyzioterapeutka dohodla s pacientkou na bodech terapie. A také se pacientky, jestli je něco, co by si přála ošetřit.

- Zeptat se na konci sezení, zda pacientovy problémy byly dostatečně probrány.

Na konci terapie už se fyzioterapeutka neptala.

- Umět navodit u pacienta stav/pocit uvolnění, když je třeba.

Terapie byla vedena ve svižném tempu. Fyzioterapeuta prováděla jednotlivé manuální techniky rychle a zručně. Během protahování pacientku pouze upravila v pozici, aby byla pacientka schopna cvik provádět doma, ale protahování už nebylo dokončeno. Na závěr pacientka obdržela masáž a měla možnost si zvolit hudbu, která na ni působí relaxačně.

- Dát a udržet přiměřené tempo rozhovoru.

Během úvodního rozhovoru byla pacientka občas zastavena, pokud na otázku odpovídala příliš obšírně a byla nasměrována zpět k původní otázce. Tempo kladení otázek bylo svižné

- Užívat správně cílené otázky.

Fyzioterapeutka používala otázky typu: „jak se dnes máte“, „co se od poslední zlepšilo/zhoršilo“, „jaká byla lekce nordic walking“ atd. Otázky nebyly sugestivní a pacientka měla možnost na ně odpovědět, aniž by byla předem ovlivněna.

- Kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci.

Fyzioterapeutka se svá vysvětlení ohledně zdravotního stavu snažila uvádět i na příkladech z běžného života, avšak zdali pacientka porozuměla informaci už se dále nedoptala.

- Jestliže je to nezbytné, umět konfrontovat problém.

Během terapie se nevyskytnul problém, se kterým by fyzioterapeutka byla konfrontována.

3. Vzájemný vztah fyzioterapeuta a pacienta. Hodnoceno: důvěra, empatie, emoční kontakt, fyzický kontakt, možnost pacienta vyjádřit se, volnost/fixace ve vztahu k fyzioterapeutovi

Pacientka během terapie dává zpětnou vazbu fyzioterapeutce na proběhlou terapii (co bylo uvolňující, kde jí to bolí, jaká poloha je ulevující, jaký pohyb je nepříjemný). Ta se v průběhu také doptává na pocity pacientky během terapie. Pacientka není na fyzioterapeutku fixovaná, je si vědoma toho, že jí může pomoci a poradit, ale v každodenní životě je zodpovědná sama za sebe. Během terapie otevřeně mluví o svých problémech a svěřuje se fyzioterapeutce naprosto přirozeně. Pocit důvěry svědčí i o uvolnění během probíhající terapie. Pacientka také sama otevírá citlivé téma úmrtí matky. Fyzioterapeutka pacientku vyslechla a upozornila na možnou souvislost bolesti krční páteře se stresem a napětím.

4. Využití relaxačních technik a technik propojujících mysl a pohybový aparát (AM, FM)

Během terapie fyzioterapeutka nevyužila ani jednu z výše uvedených technik. Pro edukaci pacientky o správnosti pohybových stereotypů využila princip AM – sebe-užívání. Relaxace byla navozena masáží, jedná o přístup bez aktivního zapojení pacienta.

5. Využití KBT, KFT, Informace – Motivace – Chování modelu, Motivačního programu, Akceptačního programu, Časové osy

Vzhledem k tomu, že pro použití výše uvedených metod je potřeba doplňujícího vzdělání v podobě absolvování daných kurzů bude hodnoceno pouze zda fyzioterapeutka využila principy některé z metod.

- KBT

Jelikož se jedná o komplexní terapii a techniky využívané k dosažení těchto principů nejsou uvedeny nejsem schopna hodnotit praktické použití. Lze ovšem konstatovat, že fyzioterapeutka v terapii zaujímala roli trenéra nebo učitele. Pacientku edukovala o mechanismech bolesti a prospěšnosti kompenzačních cvičení vzhledem k jejímu pracovnímu zatížení, domácím činnostem i sportovní aktivitě. Pacientka nebyla informována o pozitivním účinku relaxace.

- KFT

Fyzioterapeutka během rozhovoru pokládala některé z doplňujících otázek, (historie a souvislosti, provokace a zmírnění bolesti, ochranné a obranné posturální návyky, definování aktivit vyvolávajících bolest, zdraví a únava ve vztahu k BZ, osobní relevantní cíle) neptala se však na domněnky příčiny bolesti, emoční reakce na bolest, vnímání překážky pro dosažení cílů). Z hlediska KFT je také důležité nalézt smysl bolesti, definovat význam bolesti a vypracovat efektivní strategie ke kontrole BZ. Z terapie nebylo patrné, zdali fyzioterapeutka s pacientkou pracovala také na těchto cílech.

- Informace – Motivace – Chování model

Pacientka byla informovaná o důležitosti domácího cvičení a jeho pravidelnosti, o správném sedu během práce na počítači a také o prospěšnosti krátkých přestávek s protažením během pracovní doby. Motivací pacientky možnost provádět bezbolestnou pohybovou aktivitu a udržovat se v kondici. Pozitivní sebehodnocení probráno nebylo.

- Motivační program

S pacientkou byla probrán význam pravidelnosti cvičení a režimových opatření. Pacientka je seznámena s možnostmi krátkého protahování během pracovní doby, možnosti ranního cvičení a důležitosti protahování po pohybové aktivitě. Pacientka obdržela pozitivní zpětnou vazbu zhodnocením jejího aktuálního stavu s poukázáním na výsledky a pokrok, kterých dosáhla od roku 2018, kdy začala docházet na fyzioterapii. Ústní dohoda ani strategie trestů a odměn nebyly použity.

- Akceptační program

Z tohoto programu nebyly využity žádné principy ani strategie.

- Časová osa

V průběhu rozhovoru se fyzioterapeutka ptá na tělesné symptomy a nechává pacientku aby doplnila psychosociální kontext. Pacientka udává události, které korelovaly s průběhem BZ. Nejedná se však o cílený rozhovor za účelem odhalení psychosociálních souvislostí. Není tedy zřejmé, zdali pacientka vnímá sociálně-somatické souvislosti.

3.5 Kazuistika

Pacientka: A.S.

Pohlaví: žena

Věk: 52 let

Diagnóza: Blokáda C2-C3, cervikalgie vystřelující do L HKK a hlavy

3.5.1 Anamnéza

Osobní anamnéza: Pacientka žije v Praze, kam se přestěhovala z Krkonoš za práci ve svých 19 letech. V té době trpěla častými záněty nosohltanu, zejména na jaře a na podzim. Během dalších deseti let podnikala. To ale skončilo v době svatby. O dva roky později se stává matkou dcery a syna. V té době trpěla bolestmi zad, které přičítala těhotenství a péči o dvě malé děti. V roce 2002 se vrátila zpět do zaměstnání po mateřské dovolené, začala také studium VŠ a opět se objevovaly opakované záněty nosohltanu, které přetrvávaly až do roku 2005. V roce 2007 zemřel otec a onemocněla matka. V roce 2017 pacientka změnila po 14 letech zaměstnání a objevila se bolest pravé Achillovy šlachy a lýtkového svalu mezi roky 2016–2019, kdy se také pacientka intenzivně připravovala na půl maraton, bolest na stupnici vizuální analogové škály (VAS) kolísala mezi 6-9.

Pracovní anamnéza: sedavé zaměstnání u počítače, v době vyšetření práce z domu

Sociální anamnéza: žije s manželem, dvě dospělé děti, dcera žije v Anglii a syn studuje VŠ

Sportovní anamnéza: velmi aktivní styl života – nově Nordic walking 1x týdně, během momentální koronavirové situace každý den na kolečkových bruslích cca 15 km, běhá 2-3 týdně 5-6 km, po cvičení se pokaždé protahuje

Alergie: neudává

Nynější onemocnění: Od roku 2018 pacientka dochází na rehabilitace kvůli problémům s pravou Achillovou šlachou (z běhání). Bolest přecházela do pravého lýtka, kde se nacházely četné trigger pointy. Achillova šlacha nyní bolí jenom při vyšší zátěži. Od podzimu 2019 dochází na fyzioterapii kvůli bolestem v krční páteři. Bolest vystřelovala do hlavy a levé horní končetiny. Na počátku udávala bolest 9 z 10 na stupnici vizuální analogové škály (VAS), nyní 2-3. Bolest se objevovala v době, kdy se zhoršoval zdravotní stav matky a pacientka byla zatížena starostmi a péčí o ni. Vysoké bolesti se také objevily v době jazykového kurzu na Maltě (únor 2020), kdy byla pacientka nucena dorozumívat se anglicky, což pro ni byla zkušenost mimo komfortní zónu a cítila se

nejistá a nervózní z obtížné komunikace v cizojazyčném prostředí, v březnu 2020 umírá maminka.

3.5.2 Vyšetření

Aspekce

Pohled zezadu: ramena v protrakčním držení, postavení ramen symetrické, zvýšené svalové napětí m. trapezius vlevo, výraznější paravertebrální val v hrudní oblasti vlevo, pokles pánve vpravo, infraglutéální rýhy symetrické, podkolenní jamky v rovině

Pohled z boku: předsunuté držení hlavy, ramena v protrakčním držení, v hrudní části hyperkyfóza, v bederní části hypolordóza

Pohled zepředu: ramena v rovině, protrakční držení, paže v mírné flexi, oslabená břišní stěna.

Funkční testy zad

Funkční testy neukázaly žádné výrazné odchylky od normy. Lenochova zkouška, Forestierova zkouška, Čepojova zkouška v normě. Při Stiborově zkoušce mírné omezení rozvíjení pohybu – prodloužení při flexi pouze o 3,5 cm. Zkouška podle Schobera v normě, při Thomayerově zkoušce pacientka dosahuje konečky prstů na zem. Při zkoušce lateroflexe pacientka dosahuje na levé straně k laterárnímu kondylu femuru a na pravé straně k hlavičce fibuly.

Vyšetření aktivních a pasivních pohybů

Goniometrie: Při vyšetření rozsahu pohybu v kloubech se objevuje mírné omezení rozsahu pohybu, nejznatelněji se projevuje omezení aktivního pohybu v krční oblasti, pohyb je omezen více vlevo, asi o 10° od normy.

Svalový test: Svaly byly vyšetřeny pomocí svalového testu podle Jandy. Veškeré svalové skupiny odpovídaly svalové síle 5.

Vyšetření zkrácených svalových skupin: Svalové zkrácení horních vláken m. trapezius a m. sternocleidomastoideus a skalenových svalů odpovídá hodnotě 1.

Pohybové stereotypy: Během abdukce ramene dochází patologickému zapojení m. trapezius vlevo, sval přebírá aktivitu ostatních svalů, zejména m. supraspinatus a

deltoideus. Pacientka pohyb nejdřív začíná elevací levého ramene a až následnou abdukci. Při zkoušce kliku mírně odstávají a rotují zevně dolní úhly lopatek.

Palpace

Četné trigger pointy v šijových svalech, horních vláknech m. trapezius, vlevo výrazně citlivější na dotyk. Trigger pointy v šijových svalech a v horních vláknech trapézu střílí do hlavy a do levého ramene. Pacientka udávala i častější bolest hlavy v minulosti. Palpační citlivost podél paravertebrálních valů, zejména v hrudní oblasti. Trigger pointy v pravém lýtku. Blokáda do rotace ve střední hrudní páteři. Blokáda C/Th přechodu. Obratel C2 mimo osu. Blokáda pravého talokrukálního kloubu.

.

Vyšetření stoje

Rombergův test udrží bez obtíží. Při Trendelenburgově zkoušce mírný pokles pánve vpravo se zvýšenou zevní rotací v levé kyčli.

Vyšetření chůze

Chůze je symetrická, s odvíjením chodidla přes patu. Chybí souhyby trupu a horních končetin.

Funkční vyšetření

Pacientka nyní udává bolesti Achillovy šlachy a lýtky pouze při výšené zátěži, jako je běh nebo dlouhodobá chůze. Bolesti krční páteře ji obtěžují nejvíce v krajních pozicích, například při předklonech nebo manuálních pracích v domácnosti – což je ale nejvíce způsobeno patologickým pohybovým stereotypem. Pacientka také udává, že si je často vědoma, že se hrbí a krčí rameno, protože ji bývá často zima. Zároveň zmiňuje, že je nervózní a nejistá v práci, pokud má mluvit anglicky, v čemž si není vůbec jistá, nebo pokud ji lidé sledují a hodnotí ji, což odpovídá obrannému flekčnímu postavení.

Subj.: V současné době aktivity denního života nečiní pacientce výrazné obtíže, žije sportovním stylem života s pravidelnou aktivitou. Proto i nalezené odchylky jsou mírné. Pacientka navíc udává, že od počátku karantény a s ní nařízenou prací z domova se cítí

mnohem lépe, klidněji. Má na sebe a na své koničky dostatek času. Pacientka se pravidelně po sportovní aktivitě protahuje a roluje na masážním válci.

3.5.3 Návrh terapie

Krátkodobý rehabilitační plán

Odblokování hrudní páteře a talokrurálního kloubu. Protážení zkrácených svalů a odstranění reflexních změn v jednotlivých svalech. Návčik auto-PIR technik. Posílení HSS. Korekce svalových dysbalancí v oblasti ramenního kloubu a krční páteře protahováním přetížených svalových skupin a posilováním oslabených.

Z krátkodobého hlediska je důležité pacientku edukovat o nutnosti odpočinku, regenerace a rovnováhy mezi sportovní aktivitou a relaxací. Dále budou vhodná pro pacientku cvičení, která nebudou orientovaná na výkon nebo vytrvalost, ale spíše na uvědomění si svého vlastního těla, vztahů jednotlivých svalových skupin a celků vůči sobě jak během posturálních činností, tak i pohybu. Zde se zdá nevhodnější FM, zejména pro uvědomění si tělesných vztahů během pohybu nebo AM pro posturální aktivity. Stejně tak důležité se jeví relaxační techniky. Pro pacientku by byl vhodný například Schulzův autogenní trénink, díky němuž by se naučila rozlišovat napětí v jednotlivých svalových skupinách, zejména v oblasti krční páteře. Pro všechny tyto terapie je velmi důležitá pravidelnost. Je vhodné najít a dohodnout se s pacientkou na době, místě a délce trvání podle možností pacientky, stejně jak bylo popsáno v modelu Informace – Motivace – Chování. Všechny tyto faktory by měly být adekvátní dennímu režimu a prostředí, ve kterém by aktivitu vykonávala.

Dlouhodobý rehabilitační plán

Edukace korigovaného sedu pro sedavé zaměstnání. Edukace správných pohybových stereotypů a poloh během domácích prací. Zařazení relaxačních technik pro uvolnění napětí v přetížených segmentech krční páteře a ostatních částech těla, zlepšení vnímání těla během stoje, sedu a pohybu.

Pro pacientku by byla vhodná edukace zmiňovaná výše v Akceptačním programu. Pacientka se snaží ve dnech bez bolesti dohnat svou ideální kondici a ve dnech s bolestí se zase snaží alespoň o minimální sportovní aktivitu. Protože jak pacientka říká, „prostě

musí něco dělat“. Proto by bylo vhodné jí ukázat z Akceptačního programu například model horské dráhy. Pro pacientku je důležité z tohoto modelu pochopit, že ve dnech s nízkou bolestí není jejím hlavním cílem dosáhnout fyzické výkonnosti, které dosahovala bez bolesti, ale dosahovat zátěže mírného stupně, která nebude vést k přetížení a zvýšení bolesti.

Použité vyšetřovací postupy

Svalový test dle Jandy, vyšetření goniometrem, funkční zkoušky na pohyblivost páteře, funkční testy na horní končetiny, PIR, MET, masáž zad, MMT v oblasti zad, hrudníku a talokrurálního kloubu, Brügerův sed, dechová gymnastika.

1.1.1 Závěr vyšetření

Pacientka je zvědavá a aktivní během celé terapie. Staví se pečlivě a zodpovědně ke své vlastní léčbě. Lze vidět, že všechny rady fyzioterapeuta bere svědomitě, stejně tak dodržuje domácí cviky a protahování.

Pro pacientku je důležité pochopit a přijmout psychosomatickou komplexnost původu její bolesti zad. Díky tomu, že je velmi aktivní, není zde problémem apatie, nečinnosti, přenechávání léčby na ostatních nebo neochota na sobě pracovat a přijmout zodpovědnost za své onemocnění. Zde se setkáváme s opačným příkladem, kdy pacientka na sebe klade možná až příliš vysoké nároky. V reakci na to se objevuje bolest. Můžeme se také domnívat, že se jí „tělo samo snaží ukázat“, že je toho přespříliš a potřebuje zvolnit, odpočinout si.

4 DISKUSE

Přesto, že o psychosomatické medicíně a psychosomatických přístupech v medicíně bylo napsáno nesčetně publikací, je zřejmé, že se do podvědomí jak pacientů, tak zdravotníků dostává pomalu a omezeně. Často, i když jsou seznámeni s pojmem psychosomatika nebo bio – psycho – sociální přístup, málokterý z nich ví, co si pod tímto pojmem představit nebo jak v tomto duchu jednat. Také mnoho odborných publikací zabývajících se těmito tématy zpravidla pouze zdůrazňuje důležitost zmíněných faktorů bez dalšího vysvětlení. Stejně tak prováděné studie berou psychosociální faktory v potaz, ale jako těžko měřitelná jednotka se nemohou rovnat s objektivně měřitelnými metodami. Možná i proto jim ve fyzioterapii, která se ubírá spíše vědeckým směrem, není věnována dostatečná pozornost. To může být také důvodem, proč si fyzioterapeuti nejsou v této oblasti dostatečně jisti, jelikož už během studia jsou orientováni výhradně na somatickou stránku onemocnění. Přestože se fyzioterapie v této oblasti stále rozvíjí a je zde několik metod, které psychickou a somatickou stránku spojují (Alexandrova metoda, Feldenkraisova metoda, různé typy relaxace), stále je zde prostor pro další vzdělání fyzioterapeutů v oblasti psychosomatiky.

Zde se samozřejmě objevuje otázka, zdali je vůbec žádoucí a potřebné, aby fyzioterapeuti přemýšleli v této rovině, protože na stránku psychickou jsou zde profese jiné odbornosti. Ale jak bylo v této práci už mnohokrát zmíněno, nelze léčit stránku fyzickou a opomíjet přitom tu psychickou, pokud se jedná o jednu entitu.

Fyzioterapeut by si měl být vědom rozsahu svých možností v rámci terapie a při kontaktu s pacientem jevícím značné psychické obtíže jej mohl doporučit k psychologovi. Pokud pacient psychologa navštěvuje, je vhodná možnost konzultace pacientova stavu s jeho psychologem. Aby byla péče zcela komplexní, je rovněž doporučeno konzultovat stav pacienta i s jeho ošetřujícím lékařem.

Z hlediska psychosomatického přístupu je důležité, aby terapeut a zároveň pacient nahlíželi na onemocnění jako bio-psycho-sociální problém, ke kterému je potřeba stejně tak přistupovat. Je nutné vzít v potaz nejen tělesný stav jedince, ale také psychickou a sociální stránku. Nespecifická bolest zad se projevuje jako „bolest bez identifikovatelné specifické anatomické nebo neurofyziologické poruchy.“ (Vrba, 2010, 184). Při vyšetření narazíme u pacienta často na zvýšené napětí určitých svalových skupin, zejména v oblasti krční páteře a šíje. Dále se objevuje flekční držení nebo horní hrudní typ dýchání. Tyto

patologie mohou být přítomny, protože určitá vlákna mají tendenci k oslabení, zatímco jiná ke zkrácení, zvýšenému napětí a výskytu reflexních změn. Zároveň se toto postavení vyskytuje u osob více depresivních se spíše pesimistickým pohledem na svět (Stackeová, 2007). Ve spojitosti se stresem bylo také zjištěno, že osoby se zvýšenými nároky v zaměstnání v oblasti „Pozice“ nebo „Požadavky“ mnohem více trpí bolestí v oblasti krku a ramen (Marcatto et al., 2016).

Z četných studií je zřejmé, že převážná většina nespecifických bolestí zad je multifaktoriální etiologie. Většina těchto studií také dokazuje vyšší úspěšnost léčby a také prevence pozdější recidivy onemocnění při komplexním přístupu. Ze studií vyplývá, že jakýkoliv pohyb pacientům pomáhá, ale pro léčbu se jeví účinná pouze z krátkodobého hlediska, zato v kombinaci s psychologickou intervencí nebo účastí v jednom z výše uvedených programů jsou šance navrácení bolesti nižší. Pro pacienty je zde podstatný rozdíl ve vnímání bolesti, změně vztahu k ní a také v přístupu k terapii, kdy pacienti přecházejí od pasivního k aktivnímu přístupu.

Význam komunikace a správného vedení je důležitý už od prvního kontaktu s pacientem. V komunikaci je důležitý přístup k pacientovi jako sobě rovnému dospělému, nesoucímu zodpovědnost za svou nemoc. Být mu společným partnerem a pomocníkem v průběhu nemoci ne tím, kdo rozhoduje a ukazuje kam bude pacientovo uzdravení směřovat. Přínosnou se jeví edukace pacienta o možných psychických či sociálních konfliktech mající vliv na tělesné symptomy, jelikož pacienti si této provázanosti nemusí být zprvu vůbec vědomi. Z odebrané anamnézy je zřejmé, že vztah fyzioterapeuta a pacientky je založen na určitém stupni důvěry, jelikož pacientka hovoří o svých problémech otevřeně a v širších souvislostech. Do popisu svých symptomů zahrnuje také životní události a nevyhýbá se ani popisu svých prožitků na emoční úrovni.

Cílem fyzioterapie v léčbě nespecifických bolestí zad je pomocí vybraných metod dosáhnout uvolnění jak tělesného, tak duševního, propojení s vlastním tělem a úpravu nesprávně fixovaných dechových posturálních a pohybových stereotypů, zlepšení vnímání těla a pohybu pacienta. S vědomým prožíváním těla pracuje FM nebo AM. Tyto techniky učí vnímat postavení jednotlivých segmentů vůči sobě, ale zároveň také v prostoru. Díky tomu jsou žáci schopni pohyb vykonat co nejjednodušeji bez neúčelných návyků, což napomáhá redukovat bolest. Zároveň se učí vnímat tělo během základních posturálních aktivit a vědomě ovlivnit postavení jednotlivých segmentů. Tyto techniky

zapojují naši vědomou i nevědomou část. Využívají propojení těla a mysli a zásahem na tělesné úrovni se snaží harmonizovat všechny systémy.

Tyto techniky nebyly během vyšetření použity. Pacientka byla poučena o významu uvědomění si polohy a postavení jednotlivých segmentů krční páteře vůči sobě během vykonávání domácích prací a práce u počítače. Nicméně by se jevilo vhodné informovat pacientku o možnosti účasti na lekcích AM nebo FM. Stejně tak nebyly použity relaxační techniky, které by pacientce pomohly rozlišit zvýšené napětí v oblasti krční páteře během jednotlivých činností a snáze dosáhnout jejich relaxace. Fyzioterapeutka využívala prvku relaxace během masáže, kdy měla pacientka možnost uvolnit se a odpočinout si.

KBT napomáhá pacientovi rozpoznat vlivy přesvědčení, myšlenek a očekávání chování. Cílem je změna dysfunkčního kognitivního vzorce, změna nežádoucího chování pacienta a podpora motivace. Ve fyzioterapii je zásadní stanovení tempa a cílů, řešení problémů, relaxace a vyrovnání se s obtěžujícími myšlenkami týkající se BZ. Fyzioterapeut je zde v roli trenéra, který napomáhá rozvíjení správných tělesných aktivit pro zvládnutí fyzických nároků pracovního zatížení a udržení zdravého životního stylu (Hall et al., 2018; Raudenská et al., 2013; Sequin et al., 2010).

Podstatou KFT je naslouchání jedinci, zkoumání bolestivého jednání a reakcí na podnět. Během prvního setkání pacient vyplňuje dotazníky bolesti a vypráví svůj příběh, ve kterém se snaží vyjádřit význam bolesti. Dále jsou kladeny doplňující otázky, například ohledně domněnek příčin bolesti, ochranných a obranných návyků, definování osobních cílů a očekávání. Je hodnoceno pacientovo chování, během palpce a vystavení obávaných a bolestivých úkolů, odpověď na bolestivý podnět. Cílem je nalezení smyslu bolesti a vypracování efektivní strategie ke kontrole bolesti (O'Sullivan et al., 2018). Cílem této terapie je pomoci pacientovi nalézt smysl bolesti a její význam. To do terapie nebylo vůbec zahrnuto a bylo by vhodné více s pacientkou promluvit o tom, jakou má představu o své bolesti, co se domnívá, že je příčina její bolesti a jaký bude mít budoucí časový průběh, což je také jedna z otázek rozhovoru při KFT.

Z modelu Informace – Motivace – Chování vyplývá, že většina pacientů cvičení není schopna dodržet vzhledem k četným bariérám. Zároveň je problémem nedostatečná informovanost pacientů a motivace ke změně chování. Je tedy nezbytné, aby byli pacienti edukováni o významu domácího cvičení a jeho pravidelnosti na uzdravení a s tímto cílem byli sami motivováni cvičení provádět. Klíčová je zde komunikace fyzioterapeuta s pacientem (Medina-Mirapeix et al., 2009; Tsamlag et al., 2020). Pacientka domácí

cvičení dodržuje, s fyzioterapeutkou byly probrány bariéry, například možnost cvičení v pracovním prostředí, provádění domácích prací atd. Pacientka byla motivovaná nalézt možnosti řešení její bolesti a proto byla ochotna se aktivně podílet na cvičení.

S absencí odpovědnosti za svou nemoc se také jeví fakt, že pacienti často přicházejí do ordinace fyzioterapeuta kvůli ošetření, spíše než připraveni na sobě pracovat. Proto je pro ně tolik problematické následovat doporučení a pravidelně provádět cvičení, které dostali.

Cílem Motivačního programu je díky poskytnutým informacím o prospěšnosti rehabilitace motivovat pacienta k provádění pravidelného a důsledného domácího cvičení. Terapeut společně s pacientem řeší problémy v souvislosti s BZ a pokouší se je řešit ve vzájemné spolupráci. Základními principy jsou: stanovení režimových opatření (doba a délka cvičení), pozitivní zpětná vazba, strategie trestů a odměn, ústní dohoda o pravidelném cvičení (Friedrich et al., 1998). Pacientka uváděla jako motivaci běh a nutnost udržovat se v tělesné kondici. Pravidelně se protahuje po fyzické aktivitě a provádí kompenzační cvičení. Tento program je spíše pro pacienty, kteří nejsou ochotni na sobě pracovat a mají problém dodržovat pravidelná cvičení. Jelikož pacientka má stanovené cíle a je motivována nemá pro ni tento program velký význam.

Principem Akceptačního programu je naučit pacienta přijetí bolesti a situace ve které se nachází, kontakt s přítomným okamžikem, pochopit pojetí sebe v kontextu hodnoty a závazku k akci. Pacienti v průběhu sezení analyzují bolest a svou zkušenost s ní, učí se poznávat souvislosti mezi náladou bolestí a funkcí, přijímání bolesti, stanovují si hodnoty, cíle a bariéry, učí se plnit povinnostmi v závislosti na jejich stavu a definují kroky a závazky, které jsou ochotni přijmout. Pacienti dostávají pravidelné domácí úkoly v souvislosti s probíraným tématem (Vowles & Sorrell, 2007). Vzhledem k tomu, že během terapie je velmi málo času hlubší rozhovor o významu bolesti Akceptační program je vhodný díky svým domácím úkolům.

Cílem Časové osy je propojení tělesných symptomů s duševními prožitky. Jedná se o rozhovor zaměřený na psychosociální kontext a pacient rozhoduje o důležitosti sdělení. Důležitější než samotný výsledek je proces tvorby Časové osy (Chvála, 1995). Jelikož s jedná o hodinový rozhovor terapeuta s pacientem je pro fyzioterapeuta náročné tento rozhovor uskutečnit. Přestože fyzioterapeuti během odebrání anamnézy ptají i na psychosociální souvislosti neznamená to, že pacient plně pochopí jejich provázanost.

Většina těchto metod vyžaduje absolvování kurzu, což může být časově ale i finančně náročné. To samé však platí i pro jiné techniky využívané fyzioterapeuty (Vojtova metoda, Bobath koncept, SM systém atd.). Ty však bývají často placeny zaměstnavatelem v rámci podpory dalšího vzdělávání. Pokud tedy budeme považovat za důležité dodatečné vzdělávání i v tomto směru, je možné, že i tyto kurzy by mohly být hrazeny zaměstnavatelem.

Častým problémem ve zdravotnictví je bohužel to, že fyzioterapeut má na pacienta velice omezený čas, během kterého je nucen pacienta vyslechnout, vyšetřit a navrhnout léčbu. Během odebrání anamnézy místo toho, aby pozornost věnoval pacientovi a tím byl schopen zaznamenat i jeho neverbální projevy, je jeho zrak většinou upoután k obrazovce počítače. Pacienti rovněž neočekávají, že celá terapie nebo její větší část bude vyplněna pouze rozhovorem. Proto může být pro fyzioterapeuta těžké najít rovnováhu mezi cvičením a rozhovorem.

V kazuistice je zpracováno fyzioterapeutické vyšetření pacientky s nespecifickými bolestmi zad. Z vyšetření vyplývají tělesné obtíže (přetížené svalové skupiny, blokády určitých segmentů), které mohou být dány nevhodnými pracovními a pohybovými stereotypy. Pacientka sama během terapie zmiňuje napětí v práci, stres během náročnějších situací a jsou zřejmé i vysoké nároky na sebe a své vlastní tělo. Lze usoudit, že problematika je psychosomatického charakteru. Během terapie a vyšetření se však objevuje úskalí fyzioterapie jako čistě somaticky zaměřeného oboru. Přesto, že jsme si vědomi této bio-psycho-sociální roviny, adresovat pacientovi tento problém může činit značné obtíže. Sami fyzioterapeuti často udávali nedostatečnou jistotu ve vyjádření psychosociálních souvislostí (Cowell et al., 2018). Na druhou stranu je však zřejmé, že většina fyzioterapeutů, ač nevědomky nebo automaticky, s psychosomatikou pracuje. Významný je zde například úvodní rozhovor s pacientem, kdy se jej ošetřující snaží vyslechnout, navrhnout řešení a pomoc. Během samotné terapie má pacient možnost soustředit se sám na sebe, přichází s vědomím, že o něj bude pečováno a už z tohoto důvodu se může cítit uvolněnější. V průběhu času stráveného s pacientem dochází k navázání určitého kontaktu a důvěry. Pacienti se často svěřují fyzioterapeutovi se svými problémy každodenního života a ten zase automaticky odpovídá. Vzhledem k absenci psychologického výcviku si fyzioterapeut nemusí být vědom významu této interakce, a proto může nevhodně reagovat, což může poškodit nejenom pacienta, ale také jeho. Proto

je velmi důležité, aby si fyzioterapeuti byli této skutečnosti vědomi, nezanedbávali ji a měli možnost dostatečně využít potenciál, který mají k léčbě.

Pacientka částečně vnímá komplexnost celé problematiky bolesti. V rozhovoru zmiňuje, že během terapie neobdrží pouze klasickou fyzioterapii, ale že je to pro ni i částečně jako u psychologa. Během otázky na nynější onemocnění udává, že si fyzioterapeutka myslí, že by její bolest mohla mít souvislost se stresem spojeným se zhoršujícím se zdravotním stavem maminky a také starostmi ohledně třítydenního jazykového kurzu na Maltě a následným matčíným úmrtím. Z této věty může vyplývat, že pacientka si je vědoma možnosti psychosomatického původu bolesti. Ale až tak úplně za vlastní tuto teorii nepokládá, protože říká, že si to myslí fyzioterapeutka. Z toho můžeme usoudit, že pacientka psychosomatiku vnímá, ale pouze do určité míry. Pro její lepší pochopení by byl možná vhodný odlišný přístup terapeuta, kdy by pacientovi neřikal konkrétní diagnózu nebo své domněnky, ale naopak by pacienta navedl k hlubšímu porozumění příčiny bolesti. Bylo by vhodné více s pacientkou mluvit o tom, jakou má představu o své bolesti, co se domnívá, že je příčina její bolesti a jaký bude mít budoucí časový průběh.

5 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo objasnit problematiku psychosomatiky a bio-psycho-sociálního přístupu v rehabilitaci nespecifické bolesti zad. Poukázat na důležitost psychosomatiky nejenom v přístupu k pacientovi, ale také během léčby a volby terapie.

Psychosomatika vnímá člověka na několika úrovních, a to na tělesné, duchovní a sociální. Dále se také uvádí spirituální a energetická. Tyto komponenty jsou propojeny a navzájem se ovlivňují. Jejich nerovnováhou mohou vznikat nemoci zasahující do všech systémů. Ve východních naukách a starých naukách toto pojetí přetrvávalo. V moderní medicíně se častěji léčí zvláště tělesné a psychické problémy.

Nespecifická bolest zad se v tělesné struktuře může projevovat svalovými dysbalancemi a zvýšeným napětím určitých svalových skupin s přítomností reflexních změn. Můžou být také přítomny degenerativní změny na páteři. Ty však nejsou vždy podmínkou pro vznik bolesti. Z psychických faktorů zde hrají roli vlastnosti člověka a jeho schopnosti s bolestí pracovat. Důležitá je zde smysluplnost úkolu, motivace ke spolupráci, vědomí a schopnost zvládnout úkol, využívání své vnitřní síly a vůle k úspěchu. Ke zvládnutí obtížných situací pomáhá optimismus a pozitivní sebehodnocení. Vznik bolesti ovlivňuje také stres a situace vnímané jako stresové (pracovní zatížení, hluk, kvalita spánku). Zdraví je ovlivněno prostřednictvím vazeb ve společnosti, které člověku poskytují sociální oporu. Kvalita interpersonálních vztahů, přiměřená emocionalita a empatie ovlivňuje fyzické i psychické zdraví. Sociální opora chrání člověka vůči negativním důsledkům stresu a ovlivňuje průběh nemoci.

Přestože řazení jednotlivých kapitol popisuje odděleně somatické a psychosomatické aspekty bolesti zad, z textu vyplývá, že na jakékoli úrovni dochází k propojení všech složek. V části popisující somatické aspekty jsou vyzdvihnuty právě ty tělesné, ale nejsou opomenuty ani psychosociální a naopak, což pouze potvrzuje výše zmiňovanou komplexnost problematiky.

Popisované metody jsou využitelné během praxe fyzioterapeuta. Jedná se zejména o relaxační techniky (Jacobsonova relaxace, autogenní trénink) a techniky propojující mysl a pohybový aparát (AM, FM). Zbylé metody zdůrazňují a pracují s aspekty, které jsou důležité pro psychosomatickou medicínu, kupříkladu: motivace, přesvědčení, nežádoucí chování, přijetí bolesti, aktivní vnímání bolesti, specifické řízení pozornosti, techniky řízení bolesti atd.

Praktická část hodnotí vzájemnou interakci fyzioterapeuta a pacienta na základě psychosomatickým principům. Kazuistika popisuje vyšetření pacienta s nespecifickými bolestmi zad a zabývá se jejich psychosomatickými souvislostmi. V kazuistice je popsáno klasické fyzioterapeutické vyšetření doplněné o poznatky k psychosociálním souvislostem pacientky, jejího onemocnění, s ní a také následnou terapii.

6 SOUHRN

Bakalářská práce se ve své teoretické části věnuje východiskům psychosomatiky a její historii, rozebírá definici zdraví a nemoci a je následována stručnou charakteristikou bolesti a nespecifické bolesti zad. V dalších kapitolách se věnuje jednotlivým aspektům bio-psycho-sociálního konceptu nemoci a zdraví člověka ve vztahu k nespecifické bolesti zad.

Speciální část následně rozebírá možnosti integrace psychosomatických přístupů do fyzioterapie od odebrání anamnézy, navození příjemného prostředí, komunikace s pacientem až k samotné terapii nespecifických bolestí zad. Jsou zde vybrány určité metody, které může fyzioterapeut využít v rehabilitaci při komplexní léčbě pacientů s výše zmíněnými nespecifickými bolestmi zad nebo dalšími problémy pohybového aparátu.

Praktická část obsahuje hodnocení vzájemné interakce mezi fyzioterapeutem a pacientkou založené na psychosomatických principech a kazuistiku pacientky s bolestí zad s psychosomatickým pozadím BZ, její anamnézu, vyšetření a návrh terapie.

7 SUMMARY

Theoretical part of this bachelor thesis is focused on definition of psychosomatic and its history. It also discusses the definition of health, illness and pain, especially non-specific back pain. Next chapters deal with individual aspects of bio-psycho-social concept of illness and health related to non-specific back pain.

Special part discusses possibilities of integration psychosomatic approaches to physiotherapy. From taking a history, creating pleasant environment, communication with patient to therapy itself. The next part describes some of the methods, which can physiotherapist use as a part of comprehensive rehabilitation of non-specific back pain or other musculoskeletal problems.

Practical part also contains evaluation of interaction between physiotherapist and patient based on psychosomatic principles and a case report of patient with psychosomatic background of her non-specific back pain, her history, medical exam, and therapy scheme.

8 REFERENČNÍ SEZNAM

- Alexandr, F. M. (2001). *The use of the self*. Orion Books.
- Aljoscha, L. (2003). *Feldenkrais cvičení pro zdraví*. Alternativa.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
<https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Barlow, W. (2001). *The Alexander principle*. Orion Books.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Grada.
- Bearman, D., & Shafarman, S. (1998). THE FELDENKRAIS METHOD IN THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN: A STUDY OF EFFICACY AND COST EFFECTIVENESS. *American Journal of Pain Management*, 12(1), 22–27.
<https://www.semanticscholar.org/paper/THE-FELDENKRAIS-METHOD-IN-THE-TREATMENT-OF-CHRONIC-Bearman-Shafarman/0111776ae1845cdb8fb752e8a8546bc59cf8c683>
- Berne, E. (2011). *Jak si lidé hrají*. Portál.
- Branch, W. T., & Malik, T. K. (1993). Using ‘Windows of Opportunities’ in Brief Interviews to Understand Patients’ Concerns. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 269(13), 1667–1668.
<https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500130081036>
- Brožek, T., & Knotek, P. (2015). Dotazník Efektivního Copingu Bolesti. *Bolest*, 18(2), 74–80.
- Brummer, M., Walach, H., Schmidt, S., & Murphy, B. A. (2018). Feldenkrais ‘ Functional Integration ’ Increases Body Contact Surface in the Supine Position: A Randomized-Controlled Experimental Study. *Frontiers in Psychology*, 9(October), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02023>
- Bullington, J., & Cronqvist, A. (2018). Group supervision for healthcare professionals within primary care for patients with psychosomatic health problems: a pilot intervention study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 108–116.
<https://doi.org/10.1111/scs.12436>
- Bureš, R. (1960). *Úvod do teorie zdravotnictví*. SZN.
- Campbell, P., Hope, K., & Dunn, K. M. (2017). The pain, depression, disability pathway

- in those with low back pain: A moderation analysis of health locus of control. *Journal of Pain Research*, 10, 2331–2339. <https://doi.org/10.2147/JPR.S139445>
- Caneiro, J. P., Smith, A., Rabey, M., Moseley, G. L., & O’Sullivan, P. (2017). Process of Change in Pain-Related Fear: Clinical Insights From a Single Case Report of Persistent Back Pain Managed With Cognitive Functional Therapy. *Journal of Ortopaedic and Sports Physical Therapy*, 4(9), 637–651. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.7371>
- Chapman, C. R., Tuckett, R. P., & Song, C. W. (2008). Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine, and Immune Interactions. *The Journal of Pain*, 9(2), 122–145. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.006>
- Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Grada.
- Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext*, 11(2), 26–31. <https://www.sktlib.cz/?p=324#more-324>
- Cowell, I., O’Sullivan, P., O’Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G. (2018). Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 38, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.10.006>
- Danzer, G. (2010). *Psychosomatika*. Portál.
- Durand, H., Gibbons, A., Dwyer, C. P., Slattery, B. W., Reynolds, B., Doherty, E., Murphy, W., & Mcguire, B. E. (2018). Judgement analysis of case severity and future risk of disability regarding chronic low back pain by general practitioners in Ireland. *PloS ONE*, 13(3), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194387>
- Esteve, R., López-Martínez, A. E., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., & Ramírez-Maestre, C. (2018). Optimism, Positive and Negative Affect, and Goal Adjustment Strategies: Their Relationship to Activity Patterns in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Research and Management*, 2018, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2018/6291719>
- Fenichel, O. (1985). *Die Klassifizierung der sogenannten Krankheitserscheinungen*. Klaus Larmann.
- Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Karolinum.
- Friedrich, M., Gittler, G., Halberstadt, Y., & Cermak, T. (1998). Combined Exercise and

- Motivation Program : Effect on the Compliance and Level of Disability of Patients With Chronic Low Back Pain : A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(05), 475–487. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(98\)90059-4](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90059-4)
- Gatchel, R. J., Neblett, A. R., Kishino, N., Otr, L., & Ray, C. V. E. C. T. (2016). *Fear-Avoidance Beliefs and Chronic Pain*. 46(2), 38–43. <https://doi.org/10.2519/jospt.2016.0601>
- Hall, A., Richmond, H., Copsey, B., Hansen, Z., Williamson, E., Jones, G., Fordham, B., Cooper, Z., & Lamb, S. (2018). Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1236155>
- Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně*. Galén.
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Vyšehrad, spol s.r.o.
- Hruschak, V., & Cochran, G. (2017). Social Work in Health Care Psychosocial and environmental factors in the prognosis of individuals with chronic pain and comorbid mental health. *Social Work in Health Care*, 00(00), 1–15. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1326074>
- Jacobson, E. (1976). *You Must Relax*. Unwin Paperbacks.
- Kadaňka, Z. (2009). Bolesti zad jako psychologický problém. *Neurologie pro Praxi*, 10(2), 86–90. <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2009/02/06.pdf>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Klímová, J., & Fialová, M. (2015). *PROČ (a jak) psychosomatika funguje?* Progressive consulting, v. o. s.
- Knotek, P. (2007). Chronická bolest jako způsob života. *Revizní a Posudkové Lékařství*, 10(3), 67–74. <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2007-3/chronicka-bolest-jako-zpusob-zivota-1809>
- Knotek, P., & Zavadilová, R. (2006). Dotazník sociálního copingu chronické bolesti. *Bolest*, 2, 95–100.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Little, P., Lewith, G., Webley, F., Evans, M., Beattie, A., Middleton, K., Barnett, J., Ballard, K., Oxford, F., Smith, P., Yardley, L., Hollinghurst, S., & Sharp, D. (2008).

- Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *Bmj*, 337(7667), 438–441. <https://doi.org/10.1136/bmj.a884>
- Marcatto, F., Colautti, L., Larese, F., Luis, O., Di, L., Cavallero, C., & Ferrante, D. (2016). Work-related stress risk factors and health outcomes in public sector employees. *Safety Science*, 89(1), 274–278. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.07.003>
- Mateu, M., Alda, O., Inda, M., Margarit, C., Ajo, R., Morales, D., Hofstadt, C. J., & Peiró, A. (2018). Randomized, Controlled, Crossover Study of Self-administered Jacobson Relaxation in Chronic, Nonspecific, Low-back Pain. *Alternative Therapies in Health*, 24(6), 22–30.
- McClellan, S., Brilleman, S., & Wye, L. (2015). What is the perceived impact of Alexander technique lessons on health status, costs and pain management in the real life setting of an English hospital? the results of a mixed methods evaluation of an Alexander technique service for those with chronic bac. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0966-1>
- Medina-Mirapeix, F., Escolar-Reina, P., Gascán-Cnovas, J. J., Montilla-Herrador, J., Jimeno-Serrano, F. J., & Collins, S. M. (2009). Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: An observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-155>
- Mohan, V., Paungmali, A., Silitertpisan, P., Henry, L. J., Mohamad, N. B., & Kharami, N. N. B. (2017). Feldenkrais method on neck and low back pain to the type of exercises and outcome measurement tools: A systematic review. *Polish Annals of Medicine*, 24(1), 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2016.10.003>
- Mousavi, S. M., Shabahang, R., & Khodadadi-Hassankiadeh, N. (2019). Research Paper: The Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Biofeedback on Chronic Psychosomatic Low Back Pain. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 5(3), 118–126. <https://doi.org/doi.org/10.32598/CJNS.5.18.118>
- Nees, T. A., Riewe, E., Waschke, D., Schiltenswolf, M., Neubauer, E., & Wang, H. (2020). Multidisciplinary Pain Management of Chronic Back Pain: Helpful Treatments from the Patients' Perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 145. <https://doi.org/10.3390/jcm9010145>

- O'Sullivan, P. B., Caneiro, J. P., O'Keefe, M., Anne, S., Dankaerts, W., Fersum, K., & O'Sullivan, K. (2018). Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Physical Therapy*, 98(5), 408–423.
- Opavský, J. (2011). *Bolest v ambulanci praxi*. Maxdorf.
- Paolucci, T., Zangrando, F., Iosa, M., Angelis, S. De, Marzoli, C., Piccinini, G., Saraceni, V. M., Paolucci, T., Zangrando, F., Iosa, M., Angelis, S. De, Marzoli, C., Piccinini, G., Maria, V., & Improved, S. (2016). Improved interoceptive awareness in chronic low back pain : a comparison of Back school versus Feldenkrais method. *Disability and Rehabilitation* ISSN:, 8288(May).
<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1175035>
- Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., & Weber, W. E. J. (2005). The joint contribution of physical pathology , pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*, 113, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.033>
- Piko, B. F., Varga, S., Mellor, D., & Mellor, D. (2016). Are adolescents with high self-esteem protected from psychosomatic symptomatology? *European Journal of Pediatrics*, 175, 785–792. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2709-7>
- Prabhu, C., & Dadmi, P. (2019). *Effect of aquatic therapy v / s relaxation therapy in chronic low back pain*. 5(1), 279–284.
<https://doi.org/https://doi.org/10.22271/ortho.2019.v5.i1e.49> Abstract
- Probst, M. (2017). Physiotherapy and Mental Health. *Clinical Physical Therapy*.
<https://doi.org/10.5772/67595>
- Raudenská, J., Javůrková, A., Kozák, J., & Motol, F. N. (2013). Model terapie chronické bolesti zad v centrech léčby bolesti. *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*, 20(3), 123–128.
- Rubin, D. I. (2007). Epidemiology and Risk Factors for Spine Pain. *Neurologic Clinics*, 25(01), 353–371. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2007.01.004>
- Schultz, J. H. (1969). *Autogenní trénink: sebeovládáním ke zdraví*. SZdN.
- Sequin, E., Joseph, J., & Cowen, V. S. (2010). A Review of the Addition of Cognitive Behavioral Therapy to Physical Rehabilitation for Chronoc Nonspecific Low Back pain. *Rugoscopy- Science of Palatal Rugae*., 1(4), 1–31.
<https://doi.org/10.1002/ddrr.49>

- Shaykh, A., & Anvari, N. (2018). The relationship between pain experience with mindfulness and psychological hardiness in chronic patients. *Discovery Journal*, 22(93), 468–472. http://www.discoveryjournals.org/medicalscience/current_issue/v22/n93/A6.pdf
- Srivastava, S., Yadav, P., Panchal, B. N., Vala, A. U., Ratnani, I., & Khania, P. (2018). Association of depression and chronic. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 37–46. <https://doi.org/10.12740/APP/94399>
- Stackeová, D. (2007). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *Psyc@Som*, 5(2), 47–55.
- Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Grada.
- Sullivan, M. J. L., Ph, D., Thorn, B., Ph, D., Haythornthwaite, J. A., Ph, D., Keefe, F., Ph, D., Martin, M., Ph, D., Bradley, L. A., Ph, D., Lefebvre, J. C., & Ph, D. (2001). Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain Abstract: *The Clinical Journal of Pain*, 17(01), 52–64. https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2001/03000/Bias__Effects_in_Three_Common_Self_Report_Pain.8.aspx?casa_token=a9cNFE_CuK0AAAAA:-12wI9PqHIK2TD6ygAml34MEdtVzngHO_sLX7lsKhNHg86KNkuRGBdiDbWy1NDNCq9ZOR_xchHiEH3fhDIc
- Susa, Z. (2010). *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. Zdeněk Susa ve Středoklukách 2010.
- Synnott, A., Keefe, M. O., Bunzli, S., Dankaerts, W., Sullivan, P. O., Robinson, K., & Sullivan, K. O. (2016). Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 62(4), 215–221. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.08.002>
- Trapková, L., & Chvála, V. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál.
- Tsamlag, L., Wang, H., Shen, Q., Shi, Y., Zhang, S., Chang, R., Liu, X., & Shen, T. (2020). Applying the information – motivation – behavioral model to explore the influencing factors of self-management behavior among osteoporosis patients. *BMC Public Health*, 198(20), 1–8. <https://doi.org/doi.org/10.1186/s12889-020-8292-x>
- Vašina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. Neptun.
- Vojáček, K. (1988). *Autogenní trénink*. Avicenum.
- Vowles, K. E., & Sorrell, J. T. (2007). *Life with Chronic Pain: An Acceptance-based*

- Approach*. 1 Centre for Pain Research, School for Health, University of Bath 2 San Mateo Medical Center, Clinical Trials and Research & VA Palo Alto Health Care System, Center for Health Care Evaluation. file:///D:/Download!/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf
- Vrba, M. (2010). Některé příčiny bolestí dolních zad a jejich léčba. *Neurologie pro Praxi*, 11(3), 183–187.
- WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference*. New York. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Wieland, L. S., Skoetz, N., Pilkington, K., Vempati, R., D Adamo, C. R., & Berman, B. M. (2017). Yoga treatment for chronic non-specific low back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 139. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010671.pub2>. www.cochranelibrary.com
- Woby, S. R., Urmston, M., & Watson, P. J. (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, 711–718. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.10.009>
- Woodman, J., Ballard, K., Hewitt, C., & Macpherson, H. (2018). Self-efficacy and self-care-related outcomes following Alexander Technique lessons for people with chronic neck pain in the ATLAS randomised , controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 17(November 2017), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.11.006>
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage.

9 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Systémové propojení modalit u chronické bolesti (Raudenská et al., 2013, 124)	15
Obrázek 2 Souhra faktorů specifických pro lékaře a pacienta při KFT (O'Sullivan et al., 2018, 419)	43
Obrázek 3 Ilustrace fungování podle "modelu horské dráhy" (Vowles & Sorrell, 2007, 28)	47

10 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Vyjádření Etické komise FTK UP

Příloha č. 2 Záznamový list pro vyhodnocení vzájemné interakce fyzioterapeuta a pacientky

Příloha č. 3 Vzor pro vypracování kazuistiky

Příloha č. 4 Potvrzení o překladu bakalářské práce



Fakulta
tělesné kultury

Vyjádření Etické komise FTK UP

Složení komise: doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D. – předsedkyně
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.
Mgr. Filip Neuls, Ph.D.
Mgr. Michal Kudláček, Ph.D.
prof. Mgr. Erik Sigmund, Ph. D.
Mgr. Zdeněk Svoboda, Ph. D.

Na základě žádosti ze dne 21.4.2020 byl projekt bakalářské práce

autorky: **Barbora Škařupová**

s názvem **Psychosomatické aspekty nespecifické bolesti zad a jejich terapie**
schválen Etickou komisí FTK UP pod jednacím číslem: **52/2020**

dne: **27. 4. 2020**

Etická komise FTK UP zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směnicemi pro výzkum zahrnující lidské účastníky.

Řešitelka projektu splnila podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

za EK FTK UP
doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
předsedkyně

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Komise etická
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc

Příloha č. 2 Záznamový list pro pozorování vzájemné interakce fyzioterapeuta a pacientky

1. Komunikace fyzioterapeuta a pacienta. Hodnocení: délka úvodního rozhovoru, kladení otevřených otázek, dostatečné naslouchání, projevení zájmu o zdravotní stav pacienta, kladení doplňujících otázek, umožnění pacientovi vyjádřit se, zřetelné a srozumitelné informace podané fyzioterapeutem, přiměřené tempo a tón řeči

2. Jednání dle zásad Maastrichtských anamnestických a poradenských postupů

- Vyjádřit svou emocionální účast ve vztahu ke stížnosti nebo problému.
- Požádat pacienta, aby blíže objasnil svůj problém a jeho dopad na současný stav.
- Prozkoumat kvalitu vztahů v rodině/nejbližším okolí pacienta.
- Vysvětlit příčinu potíží.
- Zkontrolovat, zda pacient porozuměl navrženému doporučení.

- Vymezit program rozhovoru a konzultace.
- Zeptat se na konci sezení, zda pacientovy problémy byly dostatečně probrány.
- Umět navodit u pacienta stav/pocit uvolnění, když je třeba.
- Dát a udržet přiměřené tempo rozhovoru.
- Užívat správně cílené otázky.
- Kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci.
- Jestliže je to nezbytné, umět konfrontovat problém.

3. Vzájemný vztah fyzioterapeuta a pacienta. Hodnoceno: důvěra, empatie, emoční kontakt, fyzický kontakt, možnost pacienta vyjádřit se, volnost/fixace ve vztahu k fyzioterapeutovi

4. Využití relaxačních technik a technik propojujících mysl a pohybový aparát (AM, FM)

5. Využití KBT, KFT, Informace – Motivace – Chování modelu, Motivačního programu, Akceptačního programu, Časové osy

- **KBT**

- **KFT**

- **Informace – Motivace – Chování model**

- **Motivační program**

- **Akceptační program**

- **Časová osa**

Příloha č. 3 Vzor pro vypracování kazuistiky

Kazuistika č. **datum** **podpis studenta**
muž žena věk Dg

Relevantní anamnéza

Nynější onemocnění

Vyšetření a symptomy

KRP, DRP. Pomůcky

Použité rehabilitační postupy

Příloha č. 4 Potvrzení o překladu bakalářské práce

POTVRZENÍ O PŘEKLADU BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta BARBORA ŠKAŽLOPOVÁ Forma studia Prezenční

Ročník: 3 Studijní obor: Fyzioterapie

Akademický rok: 2019/2020

Název bakalářské/diplomové práce: PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY NESPECIFICKÝCH
BOLESTÍ ZAD A JEJICH TERAPIE

Jméno a příjmení překladatele: Mgr. Andrea Bartíková

Datum: 22.06.2020

Mgr. Andrea Bartíková

razítko, podpis

Mgr. Andrea Bartíková

Helen Doron English Olomouc, Pražská 255/41

Mobile: +420 734 470 993 | E-mail: olomouc@helendoron.cz

www.helendoron.cz

