

Využití nefarmakologických metod u pacientů s chronickou bolestí

Karolína Chromková

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Karolína Chromková
Osobní číslo: H18507
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Využití nefarmakologických metod u pacientů s chronickou bolestí

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ovlivňování chronické bolesti nefarmakologickými metodami.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HAKL, M. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2019. 248 s. ISBN 978-802-0452-726.

MILDT, Ch. *Akupresura v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. 300 s. ISBN 978-802-7101-054.

ROKYTA, R., J. BEDNAŘÍK, J. FRICOVÁ, et al. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.

SIZER, P. *Chronic Pain The Drug-Free Way*. United Kingdom: John Murray Press, 2019. 160 p. ISBN 9781847094797.

VONDŘICH, I. a Z. VONDŘICHOVÁ. *Celostní přístup k léčbě bolesti*. Brno: Emitos, 2016. 148 s. ISBN 978-80-87171-49-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**

Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování národních prací

2) Vyšší škola nepřijímá ke zveřejnění diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výřezů obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Zprávy zveřejněné na své webové stránce vysoce školy.

(2) *Dizertaceň, diplomovň, bakalářskň a rigoróznň práce odměřované uchazečem k obhajobě musň být říd nejvýš pět pracovních dnů před konáním obhajobý zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určení veřejným předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovního místa školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý se může ze zveřejnění práce počítovat na své náklady (třpy, úprky nebo rozmnožení).*

(3) *Platí, že odměřování práce autor publikaci se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výšešek obhajobý.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvřejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 55 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, užije-li náhodě na účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k výzkumné práci dílo vytvořené školem nebo institucem ke společně školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvřejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školské dílo:*

(1) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají ze obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školského díla (§ 55 odst.*

3). *Čižpřímě-li autor školského díla náhodě svolal bez vědomí držitele, může se tyto osoby domáhat náhrady obvyklého prožitku jeho díle a uznání. Ústanovení § 33 odst. 3 národního soudu.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školského díla své dílo užití či poskytnout jinému držiteli, není-li to v rozporu s aprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou aprávněny požadovat, aby jim autor školského díla z vyžádání jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licenční smlouvy podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle obvyklosti až do jejich skutečné výše; přitom se přičítá k výši výžádání dosaženého školem nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školského díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje využití nefarmakologických metod u pacientů s chronickou bolestí v ambulanci pro léčbu chronické bolesti. Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na charakteristiku bolesti a její základní rozdělení, na popis vybraných nefarmakologických metod a péči o pacienta s chronickou bolestí. V praktické části práce jsou zpracovány výsledky kvalitativního výzkumného šetření, ve kterém bylo pomocí rozhovorů zjišťováno, jaké nefarmakologické metody pacienti s chronickou bolestí využívají, a jak tyto metody jejich bolesti ovlivňují. Součástí praktické části bakalářské práce je vytvoření informačního materiálu o vybraných nefarmakologických metodách pro pacienty navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti.

Klíčová slova: ambulance pro léčbu bolesti, chronická bolest, nefarmakologické metody, všeobecná sestra, pacient

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with patients that suffer from chronic pain at the ambulance for the treatment of chronic pain by the means of non-pharmacological methods. Theoretical part of the thesis focuses on the characteristics of pain and its basic division. Also on description of non-pharmacological methods and patient's with chronic pain treatment. Practical part interprets results of qualitative research in which, with the help of the interviews, was discovered what non-pharmacological methods patients with chronic pain use and how they influence their pain. Part of bachelor thesis practical research is to create informational material about selected non-pharmacological methods for patients that attend the ambulance for the treatment of chronic pain.

Keywords: ambulance for the treatment of chronic pain, chronic pain, non-pharmacological methods, general nurse, patient

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Silvii Svobodové za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Děkuji všem participantům za poskytnutí rozhovorů a celé mé rodině za podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 BOLEST	12
1.1 DĚLENÍ BOLESTI PODLE DÉLKY TRVÁNÍ.....	13
1.2 DĚLENÍ BOLESTI PODLE PATOFYZIOLOGIE	14
1.3 LÉČBA BOLESTI	15
2 VYBRANÉ NEFARMAKOLOGICKÉ METODY V LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI	18
2.1 FYZIKÁLNÍ METODY	18
2.2 ALTERNATIVNÍ METODY	20
2.3 KOGNITIVNÍ A BEHAVIORÁLNÍ METODY	23
3 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ.....	25
3.1 AMBULANCE PRO LÉČBU CHRONICKÉ BOLESTI	25
3.2 ÚLOHA SESTRY V KOMUNIKACI S PACIENTEM S CHRONICKOU BOLESTÍ.....	26
3.3 ÚLOHA SESTRY PŘI HODNOCENÍ CHRONICKÉ BOLESTI	26
3.4 ÚLOHA SESTRY PŘI LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
4 METODIKA VÝZKUMU	31
4.1 CÍLE VÝZKUMU	31
4.1.1 Výzkumné otázky.....	31
4.2 TECHNIKA SBĚRU INFORMACÍ.....	32
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	33
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	33
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	33
5 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ.....	35
5.1 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	35
5.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1	38
5.3 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2	41
5.4 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3	43
6 DISKUZE	46
7 PRAKTICKÝ VÝSTUP.....	49
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	51
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	54

SEZNAM TABULEK.....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Téma bakalářské práce je využití nefarmakologických metod, které mohou pozitivně ovlivňovat chronickou bolest. Tento subjektivní pocit nemá funkci varovného signálu, ale nabývá sám o sobě charakter nemoci a mnohdy člověka trápí řadu let. Ovlivňuje jeho život natolik, že mu znemožňuje normálně fungovat v naprosto běžných situacích. Nedostatečně léčená chronická bolest velmi negativně ovlivňuje kvalitu života, denní aktivity, kvalitu spánku, mezilidské vztahy, pracovní produktivitu a je spojena s velkými ekonomickými náklady na léčbu.

Bolest svým negativním emočním nábojem výrazně zhoršuje stav pacienta. Volba komplexní léčby by měla vycházet z pacientova celkového klinického stavu, věku a přidružených onemocnění. Důležitou roli hraje charakter bolesti, a především její intenzita. Je třeba předcházet rozvoji možných nežádoucích účinků a efektivně využívat a kombinovat farmakologické i nefarmakologické postupy léčby. Účinná terapie může výrazně zlepšit kvalitu života pacienta. Přístup k nemocnému s chronickou bolestí musí být obdobný jako při léčbě jiných chronických onemocnění.

K ovlivnění tohoto subjektivního stavu lze využít nefarmakologických podpůrných metod. Mezi alternativní přístupy můžeme zařadit například akupunkturu, akupresuru, homeopatii, fytoterapii, aromaterapii. K fyzikální terapii patří celá šíře léčebně rehabilitačních postupů, aplikace chladu a tepla, tejpování. Psychoterapeutické přístupy mohou vést k navození stabilizovanějšího stavu a ke zlepšení kontroly nad bolestí. Jsou to meditace, sugesce, hypnóza, jóga.

Nefarmakologické přístupy ovlivňují nejen bolesti, ale také náladu, redukují stres, mají výrazný podíl na zkvalitnění spánku a současně pomáhají snížit dávky léků, které pacienti užívají. Mnohé nefarmakologické metody lze využívat v průběhu celého dne.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na charakteristiku, základní rozdělení bolesti, na popis vybraných nefarmakologických metod a na péči o pacienty s chronickou bolestí. V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvalitativního výzkumného šetření. Pomocí rozhovorů bylo zjišťováno, jaké nefarmakologické metody pacienti s chronickou bolestí navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti využívají, a jak tyto metody jejich bolesti ovlivňují. Součástí praktické části bakalářské práce je vytvoření informačního materiálu o vybraných nefarmakologických metodách pro pacienty navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Bolest je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání. Jedná se o subjektivní zážitek, který je ovlivněn biologickými, psychologickými a sociálními faktory (IASP Announces Revised Definition of Pain, 2020).

Léčbou bolesti se zabývá vědní obor algeziologie. Soustřeďuje se na akutní, chronické i onkologické bolesti s odlišnými patofyziologickými mechanismy (Opavský, 2011, s. 15). Klade důraz na holistický pohled na pacienta a multidisciplinární spolupráci (Vondřích, 2016, s. 13).

Bolest vzniká přímým drážděním nociceptorů, které jsou velmi citlivé na podněty, vedoucí signály o bolesti z periferie do centrálního nervového systému (Rokyta a kol., 2017, s. 1). Ty reagují na podněty specifické kvality a intenzity (Opavský, 2011, s. 43). Probíhají čtyři na sebe navazující fáze. Za první fázi je označována transdukce, kdy podrážděné nociceptory vyvolají bolestivý impulz z periferie do spinální míchy. Druhou fází je transmise, při které se bolestivý impulz šíří přes prodlouženou míchu a thalamus do mozkové kůry. Ve třetí fázi percepce si pacient již začíná uvědomovat bolest a bolestivý impulz se přenáší do mozkového kmene, thalamu a kůry. Poslední, čtvrtou fází, je takzvaná fáze modulace, kdy je impulz veden ze spinální míchy do periferie a vzniká motorická reakce (Roškova, 2012, s. 49). Receptory, které zprostředkovávají bolest můžeme ovlivňovat farmakologicky, fyzikálně a psychologicky (Opavský, 2011, s. 34). Bolest může vznikat i bez nocicepčního vjemu a označujeme ji jako bolest neurogenní nebo psychogenní (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 43).

Intenzita bolesti se zabývá otázkou, jak velká bolest je. Zjišťuje se pomocí stupnic, které se snaží intenzitu objektivně ohodnotit (Dušová, 2007, s. 24). „*Intenzita bolesti má subjektivní charakter, mění se během nemoci a nedá se měřit přímo. Přesto patří její zjištění v rámci terapie bolesti k nejdůležitějším*“ (Dušová, 2007, s. 24).

Při hodnocení charakteru pacient popisuje, jaká bolest je. Rozlišujeme somatickou, viscerální a neuropatickou bolest. Somatická vychází z různých tkání. Příkladem může být zánět měkkých tkání. Obvykle se dobře lokalizuje a pacient ji popisuje jako kontinuální, hryzavou či hlodavou. Viscerální souvisí s patologickým procesem v hrudních a břišních orgánech. Špatně se lokalizuje, pacient ji pociťuje ve větší vzdálenosti od postiženého místa. Přichází ve vlnách, je popisována jako křečovitá. Neuropatická vychází

z centrálního nebo periferního nervového systému. Pacient ji popisuje jako brnění, vystřelování nebo pálení (Opavský, 2011, s. 37).

Důležitou roli v hodnocení hrají také faktory ovlivňující vnímání a prožívání chronické bolesti. Patří sem kulturní a etnické faktory, kdy je podstatné, jakou váhu a význam pacient bolesti přikládá a jak ji prožívá. Bio – psycho – sociální faktory, kde hraje roli věk, psychický stav pacienta, onemocnění, finanční podmínky a pracovní prostředí. Bolest doprovázejí také emoční faktory. K těm patří strach a úzkost a zesilují její prožívání. Strach může vést k fyzické pasivitě a invaliditě. Smutek může přejít až v deprese. Dalšími reakcemi jsou také hněv, agresivita, negativní postoj k situaci, beznaděj a bezmoc (Rokyta a kol., 2017, s. 149).

1.1 Dělení bolesti podle délky trvání

Rozdílem mezi akutní a chronickou bolestí je délka trvání a její charakter. Akutní je krátkodobá, označována jako symptom. Chronická je dlouhodobá, označována jako syndrom (Hakl, 2019, s. 31).

Akutní bolest je krátkodobý a intenzivní vjem, který vzniká náhle a pouze na omezeně dlouhou dobu od několika hodin, dnů či týdnů a nepřekračuje délku 3 měsíců. Primární funkcí je ochrana organismu před poškozením a lze ji dobře lokalizovat. Většinou se vyskytuje v konkrétním čase na jednom místě. Při vyšší intenzitě může negativně ovlivňovat psychický stav pacienta. Pacient s akutní bolestí pociťuje strach, obavy a úzkost. Velkým rizikem je přechod z akutní fáze do fáze chronické (Hakl, 2019, s. 29). Po odstranění příčiny akutní bolest poměrně rychle odeznívá (Rokyta a kol., 2017, s. 11). Riziko výskytu akutní bolesti hrozí zejména po operacích a úrazech. Častou příčinou je také zánět. Tento typ bolesti je rezponzivní na léčbu, která je jednodušší než léčba bolesti chronické. Doprovodnými projevy mohou být: tachykardie, pocení, tachypnoe a další. Po prodělání tohoto typu bolesti pacient obvykle nemá žádné další příznaky (Fricová, 2011).

Chronická bolest je dlouhodobá, obvykle přesahuje 3-6 měsíců a trvá až několik let. Pacienti si často ani nevzpomínají, kdy se bolestivý vjem objevil poprvé. Postupně se vyvíjí, obtížně se lokalizuje a popisuje. Nezajišťuje žádnou biologicky užitečnou funkci. Pro pacienty je často zdrojem psychického, tělesného i sociálního trápení. Zasahuje negativně až destruktivně do všech oblastí pacientova života a tím snižuje jeho kvalitu (Gulášová, 2008, s. 16; Hakl, 2019, s. 30) Mezi tělesné změny řadíme poruchy

spánku, neschopnost dlouhé fyzické aktivity, únavu během dne, špatné držení těla. Dochází ke změně výrazu ve tváři a v neposlední řadě ke snížené sexuální aktivitě. Nejvíce trpí pocitem, že jim bolest nikdo nevěří (Opavský, 2011, s. 33). Ovlivňuje myšlení, náladu i chování. Vede k nadměrnému užívání léků. Pacienti pociťují úzkosti, hněv, beznaděj a zoufalství (Ondriová et al., 2013, s. 29). Bolest se tak stává nemocí samou o sobě. Jsou ovlivněny psychické, fyzické i sociální oblasti. Cílem léčby je zlepšit kvalitu spánku, psychický stav pacienta a celkově kvalitu jeho života (Hakl, 2019, s. 31).

Chronickou bolest lze rozdělit na nenádorovou, se kterou se setkáváme například při degenerativním onemocnění pohybového aparátu a nádorovou, vyskytující se u onkologických pacientů (Hakl, 2019, s. 35). S tou je spojovaná bolest průlomová. Objevuje se náhle, přechodně a její vzplanutí je krátkodobé i přes pravidelné užívání opioidních analgetik. Během několika minut dosahuje maximální intenzity. Záchvaty nesnesitelné bolesti se mohou opakovat několikrát denně (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 46).

1.2 Dělení bolesti podle patofyziologie

Podle patofyziologie můžeme rozdělit bolest na patofyziologickou, neuropatickou, nociceptivní, dysautonomní, psychogenní a smíšenou (Opavský, 2011, s. 41).

Patofyziologická bolest je nocicepční, vzniká podrážděním receptorů bolesti určitým podnětem. Tyto receptory se nachází v kůži, kloubech, svalech, sliznicích a v dalších strukturách. Bývají aktivovány zánětem, traumatickým, termickým, mechanickým nebo chemickým podnětem (Opavský, 2011, s. 42).

Neuropatická vzniká porušením funkce nebo patologickými změnami nervů. Trvá od 6 týdnů po několik měsíců a její výskyt je nejčastěji spojován s výsevem pásového oparu, při diabetické neuropatii či neuralgii trigeminu. Je popisována jako pálivá, bodavá a šlehavá, doprovázena pruritem (Rokyta a kol., 2017, s. 13). Specifické projevy této bolesti se mohou vyskytovat i u pacientů s roztroušenou sklerózou, po cévní mozkové příhodě, nebo po úrazu páteře (Zelinková, 2016, s. 155).

Nociceptivní je vedena od nociceptorů, což jsou nervová zakončení na perifériích, až do mozkové kůry, kde si bolest uvědomujeme. Vyskytuje se u artrózy, artritidy, úrazu, degenerativních změn páteře a jiných zánětlivých procesů (Opavský, 2011, s. 21).

Dysautonomní neboli komplexní regionální bolestivý syndrom, vzniká nejčastěji následkem úrazu nebo po chirurgickém výkonu. Ovlivňuje ho vegetativní nervový systém, zejména sympatikus. Při léčbě se kombinuje farmakoterapie a invazivní techniky (Hakl, 2019, s. 32).

Psychogenní bolest je obtížné diagnostikovat. Pacient trpí bolestmi hlavy, páteře, svalů a břicha. Příčinou není poškození tkání či orgánů, ale psychický problém (Rošková, 2012, s. 50). Klinická vyšetření jsou u těchto pacientů negativní, bez nálezu a využívá se tak psychologické či psychiatrické vyšetření. Po prokázání nálezu psychogenní bolesti je nastavena léčba kombinací psychofarmak a psychoterapie (Opavský, 2011, s. 60).

Smíšená bolest je kombinací nociceptivní, neuropatické a psychogenní. Typickým projevem je lokalizace bolesti v bederní oblasti po operaci páteře. Při léčbě se využívají kaudální blokády (Hakl, 2019, s. 32).

1.3 Léčba bolesti

Léčba bolesti by měla být komplexní a přizpůsobena danému onemocnění. Každá bolest si žádá individuální terapeutický přístup (Rošková, 2012, s. 50). Zatímco při akutní bolesti obvykle efektivně zabírá farmakoterapie, u chronické bolesti se hledá vhodná kombinace různých léčebných metod. Velkou úlohu sehrává mezioborová spolupráce (Hakl, 2019, s. 49). Cílem léčby je snížení intenzity bolesti, zlepšení fyzického i psychického stavu pacienta či úplné odstranění bolesti (Rokyta a kol., 2017, s. 60).

Farmakoterapie při chronické bolesti je komplikovaná (Dušová, 2007, s. 27). Součástí je odebraná anamnéza pacienta, jeho edukace o léčbě, kontinuita a pravidelnost užívání analgetik, které ovlivňují centrální nervový systém v thalamu a mozkové kůře a mění tak pacientovo vnímání bolesti (Rošková, 2012, s. 50).

Při zjišťování anamnézy od pacienta se nejčastěji využívá strukturovaný rozhovor, přizpůsobený stavu pacienta. Délka rozhovoru závisí na tom, zda je bolest akutní nebo chronická. U chronické je rozhovor delší (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 12). Je potřeba dát pacientovi dostatek prostoru, aby popsal svou bolest tak, jak ji vnímá a pociťuje. Zdravotníci by měli volit vhodné otázky zaměřené na lokalizaci, intenzitu, typ, délku a charakter. Na faktory, které bolest způsobují nebo tlumí (Gulášová, 2008, s. 41). Ke sběru anamnézy jsou využívány metody rozhovoru, pozorování a fyzikálního vyšetření (Dušová, 2007, s. 23).

Ke správné indikaci léčby bolesti je podkladem hodnocení její intenzity. Zjišťuje se pomocí stupnice, která se snaží intenzitu objektivně ohodnotit, např. se využívá 5-stupňová Melzackova škála, nebo 10-stupňová analogová škála bolesti.

Podle analgetického žebříčku WHO, ve kterém se vychází z intenzity bolesti dle VAS, se dělí analgetika do tří skupin; U 1. stupně, kdy je bolest mírná (VAS 0-3), se doporučuje použití neopioidních analgetik. Při 2. stupni a středně silné bolesti (VAS 4-6) se léčba doplňuje o slabé opioidy v kombinaci s neopioidními analgetiky. Ve 3. stupni, kdy je bolest silná (VAS 7-10), se ze slabých opioidů přechází na silné (Hakl, 2019, s. 50).

Nejvíce využívaná jsou analgetika neopioidního typu, např. Paralen. Nesteroidní antiflogistika, např. Ibuprofen či Diklofenak, která působí analgeticky i protizánětlivě (Hakl, 2019, s. 53). Nejlépe se vstřebávají per os a jejich účinek trvá 6 až 10 hodin. Navýšení dávek však nevede ke zvyšování analgezie (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 15). Slabé opioidy se užívají v kombinaci s neopioidními analgetiky pro zvýšení účinku. Dalším důvodem jejich kombinace je periferní a centrální účinek, kdy při užívání tohoto typu analgetik nociceptory působí na periferie a mají protizánětlivý účinek (Opavský, 2011, s. 96).

U třetího stupně, kdy je bolest až nesnesitelná se ordinují silné opioidy. Jedním z nejznámějších klasických zástupců je Morfín. Dalšími zástupci jsou Fentanyl a Oxykodon. Podávají se ve formě tablet, čípků, injekcí, či transdermálních náplastí. Není stanovena maximální dávka silného opioidu, a proto nezbytnou součástí léčby jsou pravidelné kontroly u lékaře, z důvodu rizika vzniku psychické či fyzické závislosti. Lékař tyto léky předepisuje na recept s modrým pruhem. Užívání opioidů vede ke snížení schopnosti koncentrace. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou obstipace, nauzea, zvracení, somnolence (Opavský, 2011, s. 124; Hakl, 2019, s. 61). Nejzávažnějším nežádoucím účinkem je útlum dechového centra (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 20).

Dalšími léky užívanými při chronické bolesti jsou adjuvantní analgetika, která zahrnují různé léčivé skupiny, jako jsou antidepressiva, neuroleptika, zmírňující úzkosti, strach, nauzeu či zvracení, např. Haloperidol, Tisercin. Benzodiazepiny snižují svalové napětí, pomáhají při nespavosti, např. Xanax, Diazepam (Opavský, 2011, s. 128; Gulášová, 2008, s. 53).

Mezi pomocné medikamenty ke zmírnění nežádoucích účinků některých analgetik pacienti užívají antiemetika, laxantiva nebo antihistaminika (Hakl 2019, s. 70).

Bolest lze účinně léčit i nefarmakologickými přístupy. V kombinaci s farmakologickou léčbou zabezpečují komplexní léčbu bolesti (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 30). Řadí se do fyzikální, alternativní, doplňkové, kognitivní a behaviorální terapie. V těchto přístupech nalezneme výběr různých nefarmakologických metod a technik k ovlivňování bolesti (Dušová 2007, s. 27). Přispívají ke zredukování množství užívaných léků, snížení úzkostných stavů nebo depresí a ke zkvalitnění života (Hakl, 2019, s. 130). Podrobněji se budeme nefarmakologickým přístupům využívaných v léčbě bolesti věnovat v kapitole 2.

Při léčbě chronické bolesti se může využívat od roku 2013 také konopí, jeho preskripce a podávání podléhá přísným předpisům. Kanabinoidy rozdělujeme podle obsahu tetrahydrokanabionolu (THC) na konopí technické a s psychoaktivními účinky. V léčbě bolesti se využívá konopí, které má definované množství účinných látek THC a CBD (kanabidiolu). Je k dostání v podobě individuálně připravovaného léčivého přípravku (IPLP), který je v lékárnách dostupný na předpis. Lze ho užívat perorálně nebo za pomoci vaporizéru. Účinky jsou analgetické, protizánětlivé, antiemetické, imunosupresivní i myorelaxační. Přispívají ke zlepšení nálady, chuti k jídlu a kvalitnějšímu spánku. Nežádoucí efekt léčebného konopí bylo zjištěno vertigo (Hakl 2019, s. 70).

K nefarmakologickým postupům patří využívání placebo efektu. S tímto fenoménem se setkáváme vědomě či nevědomě u látek bez obsahu farmakologicky účinné látky. *„Placebo efekt můžeme definovat, jako léčebnou intervenci bez specifického účinku na příslušnou nemoc, nebo její projevy“* (Rokyta a kol., 2017, s. 135).

Vyvolává uvolnění endorfinů, které mají silný analgetický účinek a pozitivně působí na úzkostné stavy. Při podávání placebo je důležité vystupování lékaře, nebo sestry, kteří ke zvýšení efektivity využívají sugesce a přesvědčování (Gulášová, 2008, s. 61). Placebo není uznané jako oficiální léčebná metoda, a proto je nutné, aby jeho podání lékař či sestra drželi v tajnosti. Prozrazení by znamenalo snížení jeho účinku, protože se opírá zejména o psychoterapii. Účinek je krátkodobý, nepůsobí u všech chronických a závažných chorob, jako jsou například onkologická onemocnění. Nemůže být základní léčbou, jde pouze o doplňující prvek (Rokyta a kol., 2017, s. 135).

2 VYBRANÉ NEFARMAKOLOGICKÉ METODY V LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI

Nefarmakologické metody využívané k ovlivnění bolesti dělíme na fyzikální, alternativní a kognitivně behaviorální. Kapitola se zabývá vybranými nefarmakologickými metodami. Fyzikální terapie využívá fyzikálních vlivů s terapeutickým účinkem na celý organismus nebo jeho část. Metody, které tato léčba používá, slouží k rehabilitaci a k obnovení normální funkčnosti jedince po nemoci. Fyzikální podněty mohou být přírodními zdroji energie, nebo se jedná o uměle připravené zdroje energie. Řadíme mezi ně hydroterapii, terapii chladem nebo teplem (termoterapie), elektroterapii, cvičení, fototerapii a terapii vibracemi. Alternativní medicína zahrnuje akupunkturu, homeopatii, fytoterapii, aromaterapii a další metody. Mezi kognitivní a behaviorální metody patří psychoterapie, sugesce, hypnóza (Hakl, 2019, s. 82).

2.1 Fyzikální metody

Účinky fyzikálních metod jsou analgetické, spasmolytické, myorelaxační nebo antiedémové (Ondriová, et al., 2013 s. 30). Využívá se fyzikálních podnětů, které můžeme chápat jako změny vnějšího a vnitřního prostředí s reakcí na organismus. Jedná se o reakci ochrannou, kterou fyzikální terapie využívá k aktivaci vlastních orgánů, aby se lépe přizpůsobily těmto změnám (Zrubáková, 2019, s. 30).

Léčebně rehabilitační metody

Léčebná rehabilitace napomáhá k obnově tělesného stavu pacienta a prevenci sekundárních změn (Hakl, 2019, s. 73). Svalová nerovnováha vede ke zkracování, ochabnutí, napětí nebo zatuhnutí svalů a narušení kosterní rovnováhy. Způsobuje stlačení nervů nebo plotének (Albert, 2020, s. 22). Proto je důležité správné držení těla a pravidelné pohybové aktivity. Ty pozitivně ovlivňují život jedince, uvolňují se endorfiny navozující pocit pohody. Lidé mají větší zásobu energie a cítí se lépe. Cvičení efektivně působí na svalovou sílu, pomáhá zachovat pohyblivost v kloubech a podílí se na udržení správného postavení páteře a kloubů. Léčebná rehabilitace přispívá ke zlepšení kondice, koordinace a rovnováhy těla i psychického stavu. Současně s ní lze využívat terapii teplem a chladem (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 30).

Terapie teplem je účinná při akutní i chronické bolesti. Dělí se na teplé suché procedury, kdy se přikládají termofory a elektrické podušky nebo solux, a teplé vlhké procedury,

kde se využívají obklady, koupele a sprchy. Účinky tepla jsou místní a celkové. U místních účinků pacient pociťuje relaxaci svalů a zmírnění bolesti, či vyšší rozsah pohybu. Celkové účinky přispívají k urychlení procesu hojení, snížení a uvolnění svalového spazmu. Kontraindikací termoterapie je akutní krvácení, otok, zánět, alergie na teplo, srdeční selhávání a také stav po totální endoprotéze, nebo po zavedení kardiostimulátoru (Zrubáková, 2019, s. 32).

Aplikace chladu pomáhá k tlumení bolesti, zmírnění zánětu nebo otoku, zamezení krvácení a snížení tělesné teploty. Aplikují se studené zábaly, sáčky, ochlazovací gely či spreje nebo kostky ledu na trigger pointy. Dělí se na chladné suché a vlhké procedury. Účinky jsou celkové a místní. Kontraindikací aplikace chladu je snížená cirkulace krve, alergie na chlad nebo otevřená rána (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 3).

Masáž

Jedná se o systematickou manipulaci s tělem pacienta, která je založena na kombinaci různých tahů a tlaků vznikajících působením rukou maséra na kůži a měkké tkáně pacienta. Tato manuální metoda přispívá ke snížení intenzity bolesti. Její podstatou je aplikace tlaku na měkké tkáně, třením, hnětením, mnutím nebo jinými pohyby k regeneraci svalového systému. Pozitivně působí na psychický stav pacienta, kdy snižuje stres. Přispívá ke kvalitě spánku, relaxaci a zlepšení zvládnutí emocí a bolesti. Stimulací dochází k redukci bolesti nebo otoku, uvolnění ztuhlého svalstva a urychlení léčebného procesu námahových zranění (Horner, 2020, s. 17).

Tejpování

Při kinesiologickém tejpování se využívá tenké, elastické, prodyšné lepicí pásky, bandáže, tejpů. Ten se vyznačuje aplikací na mírně pokrčený kloub nebo mírně natažené svalstvo (Hecker, 2014, s. 10). Přispívá k tlumení bolesti, zmírnění otoků, zánětu a přetížení svalů, hojení modřin, upravují chybné postavení kloubu, slouží jako podpora svalové funkce a neomezují hybnost. Urychlují dobu hojení a jsou využívány při rehabilitaci nebo jako preventivní péče.

Hlavní indikací jsou bolesti páteře, končetin a kloubů, svalové dysbalance nebo křeče, otoky, jizvy a neurologické obtíže. Tejpování napomáhá lepšímu proudění lymfatického a kardiovaskulárního systému. Kontraindikací jsou otevřené rány, ekzém, mateřská znaménka, trombózy, hořčnaté stavy a alergie na lepidlo tejpů (Kobrová a Válka, 2017a, s. 64).

Správně aplikovaný tejp se lepí na očištěnou, osušenou, odmaštěnou a oholenou pokožku. Lepí se s napětím či bez napětí. Aplikace je na několik hodin až 5 dní. Je vhodné jej kombinovat i s ostatními terapeutickými metodami. Využívá se akupunkturní a akupresurní tejpování (Kobrová a Válka, 2017b, s. 33, 115).

Výhodou je, že po důkladné edukaci, případně s pomocí druhé osoby, si pacient trpící chronickou bolestí může kloub tejpovat sám (Hecker, 2014, s. 19).

2.2 Alternativní metody

Alternativní metody rozšiřují možnosti léčby bolesti. Některé mají původ v tradiční čínské medicíně. Jsou pacienty vyhledávány pro svůj holistický přístup, kdy se soustředí na celého člověka a příčiny, nikoli pouze na příznaky. Některé z těchto metod neprošly klinickým testováním na pacientech a nemají podporu v zákonech ČR (Saks, 2018).

Akupunktura

Akupunktura je stará léčebná technika, považovaná za součást tradiční čínské medicíny. Jedná se o preventivní, diagnostickou a léčebnou metodu. Má analgetický, homeostatický, psychoregulační a imunomodulační efekt. Patří také k celosvětově nejpoužívanějším léčebným postupům a je popisována jako miniinvazivní a nebolestivá. Bolestivý je pouze vpich akupunkturní jehly do kůže (Hakl, 2019, s. 83).

Primárním cílem akupunktury je nastolit zdraví a harmonii v lidském těle, ale v našich podmínkách se tato metoda používá jako způsob uvolňování bolesti. Podstatou této metody jsou síly jin a jang, které by měly být v koexistující rovnováze. Jakékoliv vychýlení těchto dvou elementů mění životní sílu qi a způsobuje bolest nebo nemoc. Síla qi proudí lidským tělem ve 12 meridiánech, které propojují životně důležité orgány. Akupunktura ovlivňuje rozložení elementů jin a jang v těchto meridiánech, a tím umožňuje síle qi proudit tělem (Janča, 1990, s. 66).

Při akupunktuře jsou stimulovány akupunkturní body pomocí akupunkturní jehly. Body se nejčastěji vyskytují v místě rozvětvení nervu nebo vnoření nervu do hlubších vrstev především ve svalovině (Rokyta a kol., 2017, s. 129). Pacienti při vpichu akupunkturní jehly pociťují tupé rozpínání nebo brnění v místě zavedení jehly. Úleva po akupunktuře se dostavuje během několika hodin. Po prvním ošetření je možné pociťovat i zhoršení potíží. Metoda může být účinná také při léčbě depresí, úzkostí, nespavosti, migréně, bolesti při revmatoidní artritidě, osteoartritidě, postherpetické neuralgii. Při léčbě některých

případů se využívá kombinace klasické akupunktury a určitého mikrosystému, např. ušního boltce (Hakl, 2019, s. 142). Může se využít také stimulace pomocí zrcadlových bodů, kdy se bolest léčí na opačné (zrcadlové) straně těla (Stránecký, 2015, s. 8). Mezi komplikace akupunktury patří krvácení, infekce, mdloba, poranění nervu, ohnutí nebo zalomení jehly, hematom, bolest po vpichu, jsou však velmi vzácné (Akupunktura a přidružené techniky, © 2021).

Aurikuloterapie

Aurikuloterapie je akupunkturní metoda zaměřující se pouze na mikrosystém v oblasti ucha. Na ušní boltec se promítá obraz celého lidského těla s veškerými funkcemi v poloze embrya (Esler, 2010, s. 11). Tyto poznatky využívá jednak čínská akupunktura ucha a také francouzský přístup, který se nazývá aurikuloterapie podle dr. Paula Nogiera (Janča, 1990, s. 68).

Aurikuloterapie pomáhá korigovat chybné chody v organismu. Na ušním boltci nejsou aktivní body stále stejné, objevují se jen při patologických změnách orgánů či funkcí. Stále zůstávají v případě závažného onemocnění nebo po těžkém traumatu. Akupunkturní jehly se aplikují vždy jen na jedno ucho, dle laterality pacienta a body se vyhledávají pátrádlem. Ke stimulaci se používají ocelové akupunkturní jehly, semínka Vaccarie, magnetky nebo speciální jehly, které po zavedení zůstávají v uchu po dobu několika dnů až týdnů (Esler, 2010, s. 42). Využívají se místa, která ovlivňují fyziologické pochody organismu (Janča, 1990, s. 69).

Zavedení jehly působí tonizačně, kdy konkrétní orgán posilujeme, nebo sedativně k tlumení bolesti. Pro sedativní účinek a úlevu od bolesti jehla zůstává zavedená delší dobu, nejčastěji 30 minut. Sedaci lze zvýšit rotací jehly proti směru hodinových ručiček. Stav se může přechodně do dalšího dne zhoršit, stejně jako u klasické akupunktury. Aurikuloterapií lze působit na bolesti nejrůznější etiologie, zmírňuje bolesti, současně upravuje a zlepšuje regulaci vnitřních orgánů. Úspěšná je i při poruchách spánku, stresu a depresích (Esler, 2010, s. 125).

Akupresura a reflexní terapie

Akupresura je předchůdcem akupunktury a je založena na stejném principu, kdy se nevyužívá jehel, ale tlaku na akupresurní bod pomocí mechanické stimulace (Rokyta a kol., 2017, s. 129). Při stimulaci akupresurních bodů dochází k harmonizaci síla qi a rovnováhy jinu a jangu (Turlin, 2018, s. 11). Dochází tak k ovlivnění hladiny endorfinů

a neurotransmiterů, uvolňování napětí ve svalech a k jejich stabilizaci, tlumení bolesti a křečí, zlepšení pohyblivosti kloubů a zmírnění či odstranění otoků. Pozitivně působí na spánek, emoční dysbalanci, krevní oběh a zvyšování imunity.

Vyvíjený tlak se vykonává bříškou prstů, působí na svaly, dráhy a body. Ty, které pacient pociťuje citlivěji než jiná místa, jsou v nerovnováze. Stejně jako u akupunktury se využívá tlaku k tonizaci a sedaci. Nejčastější technikou akupresury je stlačování bodů, dále je to masírování, dotýkání se (držení) bodů, otáčení a natahování kloubů, kroužení, tření a hlazení kloubu nebo bodu (Mildt, 2017, s. 9). Na akupresurní místa lze působit několikrát denně, pravidelným stlačováním určitého bodu po dobu 10-20 sekund, 3-5x po sobě. Stimulace by měla probíhat maximálně 2 minuty. Celková délka působení akupresury u dospělého pacienta se pohybuje od 5 do 20 minut (Wolfgang, 2008, s. 14).

Reflexní terapie neboli reflexologie je jednou z nejstarších metod léčby. Často je zaměřována s akupresurou, protože se rovněž jedná o stimulaci tlakových bodů (Dougansová, 2007, s. 7). Napomáhá uvolnění toxinů, snižuje stres, bolest a celkové napětí. Reflexní plošky se nachází na nohou a rukou, kde se promítají různé části celého těla. Nachází se zde i energetické zóny, které jsou rozděleny na podélné a příčné. Podélné zóny představují energetické dráhy, příčné odpovídají různým částem těla. Za pomoci těchto zón lokalizujeme správné reflexní body (Soutarová, 2002, s. 11).

Homeopatie

Další metodou, kterou lze využít k ovlivnění chronické bolesti je homeopatie, která vnímá a léčí pacienta jako celek. Byla propracována německým lékařem Samuelem Hahnemannem, považovaným za zakladatele tohoto přístupu. Základním pravidlem homeopatické léčby je princip podobnosti (Senderáková, © 2021).

K přípravě homeopatických léků se využívají látky rostlinného, živočišného či chemického původu. Jsou vyráběny ve specializovaných laboratořích. Základem pro výrobu homeopatického léku je matečná tinktura, která se získává z rostlin, živočichů, a nerostů. Homeopatika mohou být ve formě kapek, mastí, tinktur nebo sirupů. Každý homeopatický lék prochází v České republice schvalovacím řízením ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv. Homeopatii mohou praktikovat také nelékaři, kteří absolvují například tříleté studium na Homeopatické akademii v Praze (Homeopatie v České republice, © 2009 - 2021).

Fytoterapie

Léčba prostřednictvím bylin je nejstarší léčebnou metodou, která využívá extrakty z rostlin. Byliny se používají pro výrobu léků, nenahrazují však lék předepsaný lékařem, ale užívají se jako podpurná léčba. Státní ústav pro kontrolu léčiv v České republice stanovuje seznam, které rostliny se mohou používat (Heřt, 2011, s. 29). Nejběžnějším způsobem přípravy léčivých bylin je čaj. Z některých druhů se vaří odvar, jiné se namáčejí ve studené vodě a nechávají louhovat, z čehož vzniká tzv. macerát. Vyrábí se také bylinné kapky, tinktury, sirupy, obklady nebo zábaly (Alther, 2010, s. 77). K ovlivnění bolesti se využívá např. kostival lékařský, který má současně také protizánětlivý účinek, který působí na klouby a kosti. Další byliny, které ovlivňují bolest a zánět jsou šalvěj a kořen puškvorce (Heřt, 2011, s. 29).

Aromaterapie

Aromaterapie je technika, při které se inhalují esenciální oleje. Vyrábí se z různých druhů rostlin. Jejich účinek může být relaxační nebo stimulační (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 67). Tato metoda má krátkodobý příznivý vliv na psychický stav pacienta, spánek, celkové naladění, tlumení a kontrolu bolesti, snížení stresu a úzkosti (Singh a Chaturvedi, 2015). Využívá se v kombinaci s relaxačním cvičením, masáží nebo koupelí (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 32). Majoránkový a heřmánkový olej má protizánětlivé účinky a využívá se při revmatických bolestech. K ovlivnění bolesti lze použít také oleje z eukalyptu, pelargónie, rozmarýnu či čajovníku. Éterický olej z levandule a meduňky ovlivňují emoce pozitivně působí na psychiku a stres. Aromaterapie může být doplňkovou metodou při bolestech hlavy a svalových problémech (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 68).

2.3 Kognitivní a behaviorální metody

Kognitivní a behaviorální terapie je zaměřena na zvládnutí bolesti pomocí různých naučených postupů. Vychází z předpokladu, že u většiny psychických problémů dojde ke zlepšení tím, že se identifikují a změní chybné a porušené představy, myšlenky a chování. Využitím těchto metod se snažíme pozitivně ovlivňovat psychický stav, kvalitu života pacienta s chronickou bolestí a dosáhnout nového zpracování chápání bolesti a nových modelů chování (Opavský, 2011 s. 126).

Každá chronická bolest úzce souvisí s utrpením, kterým si pacient prochází. Mění jeho pohled na určité životní situace. Proto je důležité pacienta podporovat v přijetí jeho bolesti a vést ho ke zdravějšímu životnímu stylu (Vodřich, 2016, s. 62).

Proto využíváme relaxačních technik, které napomáhají k uvolnění těla, stresu, úlevě bolesti či navození spánku (Sizer, 2019, s. 67).

Phil Sizer (2019, s. 61) uvádí, že je důležité klást u pacientů s chronickou bolestí důraz na pravidelnost každodenních aktivit vyváženou stravu, relaxaci, spánek, pozitivní přístup k životu a k okolí.

Další metodou je meditace, při níž dochází k odpoutání pozornosti od bolesti na jiný podnět, myšlenku, obraz, barvu, zvuk či rytmus vlastního dechu (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 32). Pacient si například představuje, jak bolest s výdechem odchází ven z těla a s nádechem vdechuje novou energii. Meditace mění elektrickou aktivitu mozku. Přináší úlevu, zklidňuje tělo, zmírňuje stres, úzkosti a zlepšuje duševní zdraví i kvalitu života (Hakl, 2019, s.135; Alther, 2010, s. 144).

Z meditace se může přejít do hypnotického stavu, který navozuje změnu vědomí. Pacient je veden za pomoci navozené sugesce ke změně vnímání bolesti. V léčbě chronické bolesti se využívá autohypnóza, relaxační hypnóza či navození bdělé sugesce (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 33).

Při léčbě chronické bolesti se může využít také terapie dotekem. Energetický proud je dle léčitelů u zdravé osoby hladký a stálý. Tento proud energie narušuje nemoc, bolest a psychická či fyzická nerovnováha, terapeut ho pociťuje např. ve vibracích. Pacient pociťuje úlevu od bolesti do pár minut (Rošková, 2012, s. 51).

Další možností, která může být nápomocná při léčbě chronické bolesti je jóga. Jedná se o techniku cvičení pocházející ze staré Indie (Heřt, 2011, s. 72). Mezi základní prvky jógy patří dýchání, relaxace, koncentrace myšlení, zaujímání různých pozic (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 32) Pravidelné a dlouhodobé cvičení jógy přispívá k uvolnění svalů a jejich prokrvení, snížení stresu a bolesti; pozitivně ovlivňuje psychosomatiku člověka. Metoda není vhodná pro všechny pacienty, je důležité cvičit pod dohledem lektora a konzultovat vhodnost této techniky se svým lékařem (Heřt, 2011, s. 73).

3 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ

Podstatnou součástí péče o pacienty s chronickou bolestí je přístup sestry. Je zde důležité naslouchání, podpora, vcítění se, podání a vysvětlení potřebných informací, povzbuzování pacienta a umožnění vyjádřit jeho prožívané emoce a pocity.

3.1 Ambulance pro léčbu chronické bolesti

Ambulance pro léčbu chronické bolesti je specializované pracoviště, které se zabývá léčbou a diagnostikou chronické bolesti. Nabízí individuální a komplexní terapii, které předchází diagnostika příčiny, namísto opakovaného potlačování příznaků. Lékař využívá širokého spektra analgetik a koanalgetik v různých léčebných formách (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 44).

Tým ambulance pro léčbu chronické bolesti je tvořen lékařem se specializací algeziologa, paliatra, anesteziologa, neurologa. Důležitým členem týmu je všeobecná nebo praktická sestra, která s lékařem velmi úzce spolupracuje. V rámci multioborové spolupráce zde kooperuje současně také psycholog a fyzioterapeut (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 49).

„Role sestry v péči o pacienta s bolestí je role naslouchací, vyhodnocovací, informační a edukační. Tato role vyžaduje vysoce specializované znalosti sestry v problematice fyziologie, analgeziologie, farmakoterapie, ale také psychologie. Především od sestry vyžaduje zájem, čas a pochopení“ (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 49).

Úlohou sestry je sledování chování a neverbálních projevů pacienta, využívání různých škál při hodnocení bolesti, podpora a vyslechnutí nemocných. Mnohdy také nalezení vhodného pojmenování potíží a charakteru bolesti. Všechny získané informace od pacienta zaznamenává do dokumentace (Dušová, 2007, s. 46).

Do ambulance pro léčbu chronické bolesti je obvykle pacient odeslán praktickým lékařem nebo specialistou, kteří dávají prvotní impuls k léčbě bolesti. V případě, že se terapie vymyká jejich kompetencím, či odezva není dostatečná, jsou další postupy konzultovány právě s lékařem ve zmíněné ambulanci (Procházka, ©2016).

3.2 Úloha sestry v komunikaci s pacientem s chronickou bolestí

Sestra by v přístupu k pacientovi s chronickou bolestí měla projevit empatii a být schopná vcítit se do jeho pocitů. Měla by se zájmem vyslechnout jeho problémy, pocity a plně je akceptovat a nezlehčovat (Gulášová, 2008, s. 24).

Komunikaci s pacientem musí vést srozumitelně a je nutné, aby kladené dotazy byly cílené a jasné. Doporučuje, edukuje a podporuje nemocné v aktivitách, které napomáhají k úlevě od bolesti (Gulášová, 2008, s. 24). Informuje pacienta o nutnosti dodržovat doporučení lékaře k léčbě a o možnostech nefarmakologických přístupů. Podporuje pacienta ve sdělování svých obtíží a ve sledování účinku léčby. Pacient by měl z chování sestry vycítit empatii, zájem o jeho osobu i o problémy, které mu bolest přináší (Dušová, 2007, s. 46).

K důležitým schopnostem sestry patří také pozorování a interpretace neverbálních projevů nemocného, které pomáhají doplňovat verbální sdělení. Při komunikaci si všímá projevů, jako jsou vzdech, pláč, tření bolestivého místa, zatínání zubů, grimasy v obličeji. Prostřednictvím neverbální komunikace může zjistit postoje, pocity a také jeho prosby (Špatenková a Králová, 2009, s. 29).

Se slovním hodnocením zachází velmi uvědoměle, opatrně a cílevědomě, jelikož pacientovi lze nevhodným slovem značně uškodit. Citlivými, uvážlivými slovy podporuje a vzbuzuje důvěru. Komunikace znamená mimo sdělování zároveň i sdílení. Právě v profesi sestry je důležité být tím, kdo pacientovi naslouchá a napomáhá najít vhodné řešení či metody k ovlivnění jeho chronické bolesti (Špatenková a Králová, 2009, s. 30).

3.3 Úloha sestry při hodnocení chronické bolesti

Při hodnocení chronické bolesti je nezbytné uplatňovat holistický přístup k pacientovi. Jsou hodnoceny vlivy sociální, kulturní, somatické a psychické. Posuzuje se schopnost sebezpečí, sledují se nonverbální projevy, emoce, chování. Informace jsou získávány přímo, rozhovorem, testováním, měřením a pozorováním nebo nepřímo ze zdravotnické dokumentace (Dušová, 2007, s. 33).

V průběhu léčby se komparuje testování a měření bolesti pomocí různých škál a následně lékař mění léčbu v závislosti na stavu pacienta (Vodnřich, 2016, s. 53).

Sestra se podílí na zjišťování anamnézy, poskytuje nemocnému příležitost, aby vyjádřil, jak ho bolest ovlivňuje a jak ji prožívá a pociťuje. Další informace sestra může získat také

od rodinných příslušníků nebo jiných zdravotnických pracovníků, psychologa či ze zdravotnických záznamů. Při testování a škálování bolesti jsou důležité její znalosti a zkušenosti s těmito metodami. Údaje následně sestra zaznamenává do pacientovy dokumentace.

Sestra ve spolupráci s lékařem zjišťuje charakter, lokalizaci, intenzitu chronické bolesti a současně i faktory, které bolest tlumí nebo vyvolávají. Zaměřuje se na detaily, v jaké době a za jakých okolností se chronická bolest objevuje (Dušová, 2007, s. 34; Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2018, s. 53)

K doplnění informací o charakteru bolesti lze využít i některé fyzikální vyšetření. Sestra pozoruje pacienta, jeho chování, nepohodu či utrpení. Zjišťuje a sleduje fyziologické funkce, změnu barvy kůže, podrážděnost, strach, změny polohy, atypické pohyby, kulhání, bolestivý výraz ve tváři (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 137; Griffin, 2011, s. 1).

Při hodnocení intenzity a charakteru bolesti sestra využívá různé nástroje, podle kterých pacient označuje intenzitu a vnímání bolesti. Sestra musí nemocného před použitím hodnotících škál edukovat a ověřit si, zda porozuměl instrukcím a vysvětlit, jaké údaje o bolesti požaduje (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 12).

Při hodnocení chronické bolesti je možné využít množství různých hodnotících nástrojů, které jsou následně popsány.

Nejčastější škálou pro hodnocení bolesti je vizuální analogová škála (VAS) (viz Příloha P I). Je vyznačena úsečkou, kdy její začátek značí žádnou bolest, označeno číslem 0 a konec úsečky nesnesitelnou bolest, označeno číslem 10. Využívá se pro zjišťování momentálního stavu, sledování změn v čase a sledování změn pocitů bolesti, např. úleva od bolesti. Tato škála může být znázorněna ve vertikálním (VVAS) i horizontálním (HVAS) směru (Hakl, 2019, s. 33).

Lze využít i verbální škálu bolesti, při které pacient slovně vypovídá o intenzitě své bolesti, volí se z možností 0 - žádná bolest, 1 - mírná bolest, 2 - středně silná bolest, 3 - silná bolest, 4 - krutá bolest, 5 - nesnesitelná bolest (Hakl, 2019, s. 34).

Pro lokalizaci místa bolesti sestra používá mapu bolesti podle Margolese (viz Příloha P II). „*Slouží ke konkrétnímu záznamu místa bolesti. Pacient vyznačí jednotlivé oblasti těla tam, kde bolest pociťuje a možnou propagaci do jiných oblastí. Bolesti lze od sebe barevně odlišit*“ (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 13).

Používá se také dotazník McGill University (MPQ, angl. McGill Pain Questionnaire), byl vyvinut Melzackem a Torgersonem v roce 1971 na univerzitě McGill v kanadském Montrealu. Intenzita bolesti je porovnávána s bolestí zažívanou při zraněních, onkologických onemocněních, amputacích, nebo porodu (Ramirez, ©2020). Pacienti vyplňují dotazník, který obsahuje otázky o intenzitě bolesti, sensorických a afektivních složkách a zahrnuje celkové hodnocení bolesti. Obsahem dotazníku je VAS, verbální hodnocení a také mapa bolesti (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 13).

Krátký inventář bolesti BPI (angl. Brief Pain Inventory) byl vyvinut ve spolupráci s Centrem pro hodnocení symptomů (angl. Pain Research Group) a je využíván při onkologické léčbě i pro hodnocení jiných než onkologických bolestí. Existuje ve 2 verzích, krátká verze obsahuje 9 otázek, rozšířená 17. Zaměřuje se zejména na intenzitu bolesti během dne a na účinky léků (Ramirez, ©2020).

Ke kontrole vývoje intenzity bolesti, reakce na intervence a výsledky nebo nežádoucí účinky léčby se využívá Průběžný záznam hodnocení bolesti (angl. Flow sheet). Lze jej použít v kombinaci s deníkem bolesti, kde si pacient zaznamenává, které aktivity vykonával, intenzitu bolesti a intervence, které byly nápomocné ke zmírnění bolesti (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 14). Do deníku bolesti si pacient pravidelně zaznamenává údaje o bolesti, čímž lékař získává informace o možných příčinách bolesti a účincích léků. Každý záznam v deníku bolesti by měl obsahovat čas výskytu bolesti, charakter bolesti, intenzitu a změny bolesti v čase. Množství užívaných léků, účinnost těchto léků, okolnosti výskytu bolesti, případné omezení pohyblivosti, běžné denní aktivity podmíněné bolestí, trvání nerušeného spánku, výskyt nauzey, obstipace a ovlivnění příjmu potravy a tekutin (Lejčko, ©2020).

Čím přesnější informace zdravotníci o pacientově bolesti získají, tím lepší a individuálnější přístup v jednání a v péči mohou zvolit. Důležité je, aby byl nemocnému poskytnut dostatečný prostor a čas pro vyjádření jeho potíží s bolestí (Dušová, 2007, s. 32).

3.4 Úloha sestry při léčbě chronické bolesti

Úloha sestry při léčbě chronické bolesti je nezastupitelná, protože s pacientem tráví nejvíce času a mnohdy dokáže identifikovat projevy bolesti jako první. Během ošetrovatelského procesu sestra od pacienta získává potřebné informace týkající se prožívání a hodnocení bolesti. Sleduje jeho reakce na léčbu, podává analgetika, edukuje ho o užívání, informuje ho i o možnostech nefarmakologických přístupů vedoucích ke zmírnění bolesti. Pomáhá

pacientovi stanovit opatření ve změně životního stylu. Spolupracuje s ošetřujícím lékařem i jinými odborníky a komunikuje s rodinou pacienta (Dušová, 2007, s. 46; Opavský, 2011, s. 76). Při využití farmakologické léčby sestra podává analgetika podle ordinace lékaře. Při využití invazivního způsobu léky aplikuje subkutánně, intravenózně či intramuskulárně. Mezi neinvazivní cesty patří perorální, transdermální a rektální způsob podání. Asistuje u invazivních výkonů, jako jsou periferní a centrální nervové blokády a zajišťuje infuzní terapii. Sleduje účinky léčby a zapisuje je do dokumentace. Edukuje pacienta o správném, pravidelném užívání a aplikaci léků, jejich účincích a zaznamenávání informací do deníku bolesti (Vše o léčbě bolesti, 2006, s. 243).

U nefarmakologických přístupů bolesti může pacienta seznámit s využitím různých metod, které mohou být nápomocné v tišení bolesti. Používají se jak samostatně, tak i v kombinaci s farmakoterapií, což umožňuje snižovat dávky léků, a i přesto zlepšit tlumení bolesti. Přináší pocit úlevy, zmírnění stresu a mění vnímání bolesti.

Sestra připravuje nemocného k aplikaci některých metod a asistuje lékaři např. při akupunktuře, baňkování a aplikuje fyzikální terapii.

Může doporučit literaturu či internetové zdroje odkazující na nefarmakologické přístupy v léčbě chronické bolesti (Hakl, 2019, s. 131).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

V následující kapitole bakalářské práce se věnujeme cílům, výzkumným otázkám, technice sběru informací, charakteristice participantů a organizaci výzkumu.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvalitativního výzkumného šetření, ve kterém bylo pomocí rozhovorů zjišťováno, jaké nefarmakologické metody pacienti s chronickou bolestí využívají, a jak tyto metody jejich bolesti ovlivňují.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl: Identifikovat u vybrané skupiny pacientů s chronickou bolestí navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti, které nefarmakologické metody využívají k jejímu ovlivnění.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak nefarmakologické metody ovlivňují chronickou bolest u těchto pacientů.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, z jakých zdrojů tito pacienti s chronickými bolestmi získali informace o nefarmakologických metodách.

Praktickým výstupem bakalářské práce je vytvoření informačního materiálu o vybraných nefarmakologických metodách pro pacienty navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti.

4.1.1 Výzkumné otázky

1. Které nefarmakologické metody využívají pacienti s chronickou bolestí k jejímu ovlivnění?

Zjišťovali jsme, které nefarmakologické metody využívají participanté k ovlivnění chronické bolesti. Pokud využívá pacient více nefarmakologických metod, kterou metodu využívá nejčastěji.

2. Jak ovlivňují nefarmakologické metody chronické bolesti u pacientů navštěvujících ambulanci pro léčbu chronické bolesti?

Zaměřili jsme se na přínos nefarmakologických metod, které pomáhají ovlivnit chronické bolesti. Zjišťovali jsme, jak ovlivňují nefarmakologické metody intenzitu bolesti.

3. Které zdroje využili pacienti k získání informací o nefarmakologických metodách ovlivňující chronické bolesti?

Zjišťovali jsme, kde získali pacienti navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti informace o nefarmakologických metodách k ovlivnění chronické bolesti, a zda mají zájem o informace o dalších metodách.

4.2 Technika sběru informací

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní výzkum, při které se zkoumá malý vzorek lidí, se kterými se především dlouhými rozhovory a osobním kontaktem získávají cenné a podrobné informace (Hendl, 2016, s. 234).

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2016, s. 50). Jedná se o systematický proces, pro jehož realizaci je nutný kontakt s jedincem. Cílem je poukázat na to, jak jednotlivci dokáží porozumět různým procesům. Charakteristické pro tento typ výzkumu je otevřenost vůči zkoumaným osobám, zaměření na případ, determinovanost, schopnost reagovat na určité momenty a kontextuálnost rolí (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 16).

Technikou k získání informací byl zvolen nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor. Je dostatečně flexibilní a dává participantovi možnost mluvit o tématu, reflektovat k němu svůj postoj a rozvíjet myšlenky (Koutná, Kostínková a Čermák, 2013, s. 15).

Údaje o zdravotním stavu pacienta byly doplněny také ze zdravotnické dokumentace. Žádost o umožnění přístupu k informacím a informované souhlasy účastníků výzkumu s rozhovorem od jednotlivých participantů a audiozáznamy rozhovorů jsou k dispozici u autorky práce. Každý rozhovor byl veden neformálně, participanti byli seznámeni s obsahem výzkumu. Cílem této konverzace byla snaha o navození důvěrné a bezpečné atmosféry s prostorem pro případné dotazy.

Otázky, které jsou součástí rozhovoru, byly vytvořeny na základě prostudované odborné literatury k danému tématu (Příloha P III.). Průměrná délka jednotlivých rozhovorů s participanty činila 22 minut, nejdelší rozhovor trval 34 minut, u participanta 5, nejkratší 15 minut s participantem 8.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Participantů byli pacienti trpící chronickou bolestí, navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti. Všichni využívali nefarmakologické přístupy k ovlivňování bolesti a souhlasili s účastí na výzkumu. Rozhovory byly realizovány v nemocnici krajského typu v ambulanci pro léčbu chronické bolesti, zúčastnilo se jich 6 žen a 4 muži. Základní údaje o participantech jsou uvedeny v Tabulce 1. Z důvodu zachování anonymity pacientů nejsou uvedena jejich jména ani iniciály a participantů jsou označeni P1 až P10.

Tabulka 1: Základní údaje o participantech

Participant	Pohlaví	Věk	V péči ambulance	Farmakoterapie	Nefarmakologické metody
P1	žena	48 let	2 měsíce	ano	ano
P2	muž	53 let	5 let	ano	ano
P3	muž	27 let	půl roku	ne	ano
P4	žena	76 let	1,5 roku	ano	ano
P5	žena	58 let	půl roku	ano	ano
P6	žena	40 let	2 roky	ano	ano
P7	žena	56 let	10 týdnů	ano	ano
P8	muž	29 let	3 týdny	ne	ano
P9	muž	33 let	2 měsíce	ano	ano
P10	žena	49 let	půl roku	ne	ano

Zdroj: autorka práce, 2021

4.4 Organizace výzkumu

Rozhovory s participanty probíhaly v období měsíce ledna až března roku 2021. Po poskytnutí souhlasu s rozhovorem, probíhal rozhovor, při kterém byl pořízen audiozáznam na diktafon. Rozhovor s participantem probíhal v prostorách ambulance léčby chronické bolesti v uzavřené místnosti, v soukromí. Z důvodu situace a pandemie COVID 19 měly na ústech obě strany respirátor. Participantů s audiozáznamem a s následným využitím informací v bakalářské práci souhlasili.

4.5 Zpracování získaných informací

Nahrané rozhovory s participanty byly přepsány do elektronické podoby, text byl opakovaně pročitán a analyzován. V první fázi systematizace byly informace tříděny podle

určitých kritérií korespondujících se stanovenými výzkumnými otázkami. Ve druhé fázi proběhlo kódování informací a vytváření jednotlivých tematických celků, jimž byla přiřazena klíčová slova jako pracovní názvy. Kódování se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí analýzy údajů. Analýza kvalitativních informací probíhala uspořádáním výsledků do tematických okruhů. Kód je symbol přiřazený k úseku informací tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům. Součástí analýzy a zpracování informací je také indukce, kdy z malého počtu dat, získaných od malého počtu osob se vyvozuje obecný závěr, postup od jednotlivého k obecnému závěru (Hendl, 2016, s. 228). Operacionalizace přechází od zadání výzkumu a vymezení jeho předmětu až k technice sběru a zpracování informací. Pro tvorbu tabulek byl využit Microsoft Word 2010.

5 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

5.1 Charakteristika participantů

Informace o jednotlivých participantech byly získány z jejich zdravotnické dokumentace, která je vedena v ambulanci pro léčbu bolesti a z rozhovorů. Participantů bylo dotázáno na lokalizaci a charakter jejich chronických bolestí. Charakteristika participantů je uvedena pro přehlednost v Tabulce 2. V charakteristice uvádíme pohlaví, věk, diagnózu, farmakoterapii, jak dlouho jsou v péči ambulance, kdo je do ambulance odeslal, jak dlouho se léčí s chronickou bolestí, její lokalizaci, charakter, hodnotu na škále VAS a příčinu.

Zúčastnění participantů byli 4 muži a 6 žen. Muži byli ve věku od 27 do 53 let. Ženy od 40 do 76 let. Průměrný věk participantů byl 46,9 let. Nejčastěji se u nich vyskytovaly diagnózy týkající se bolesti zad a páteře. Farmakoterapie byla využita 7 participanty a 3 se bolest snažili zvládat bez ní. Všichni využívali nefarmakologické přístupy v ovlivnění bolesti. V péči ambulance byli participantů od 3 týdnů do 5 let. S chronickou bolestí se P3 léčí ¾ roku, P10 1,5 roku, 3-6 let se s bolestí léčí P1, P4, P5, P7, P8, P9 a více než 10 let P2 a P6.

Tabulka 2: Charakteristika jednotlivých participantů

Označení	Informace ze zdravotnické dokumentace a rozhovorů
P1	Pohlaví: žena Věk: 48 let Diagnóza: Migréna a jiné syndromy bolesti hlavy Farmakoterapie: Panadol extra tbl., Apo-Ibuprofen tbl., Nimed tbl. V péči ambulance: 2 měsíce P1 odeslal do ambulance bolesti: neurolog Jak dlouho se P1 léčí s chronickou bolestí: 3 roky Lokalizace chronické bolesti: temeno hlavy Charakter bolesti: tlaková, pocit chladu v místě bolesti VAS: 2 Příčina bolesti: blokáda v oblasti krční páteře
P2	Pohlaví: muž Věk: 53 let Diagnóza: Jiná onemocnění kloubů Farmakoterapie: Apo-Ibuprofen Rapid tbl.; Durolane inj. intraartikulárně V péči ambulance: 5 let P2 odeslal do ambulance bolesti: ortoped Jak dlouho se P2 léčí s chronickou bolestí: 24 let Lokalizace chronické bolesti: levé koleno Charakter bolesti: píchavá VAS: 2 Příčina bolesti: přetřhané vazy v kolenu

P3	<p>Pohlaví: Muž Věk: 27 let Diagnóza: Poškození loketního nervu Farmakoterapie: / V péči ambulance: půl roku P3 odeslal do ambulance bolesti: sám Jak dlouho se P3 léčí s chronickou bolestí: 3/4 roku Lokalizace chronické bolesti: levá ruka, bolest se stěhuje i do pravého zápěstí Charakter bolesti: bodavá, pálivá VAS: 3 Příčina bolesti: úžinová neuropatie nervus ulnaris vlevo</p>
P4	<p>Pohlaví: žena Věk: 76 let Diagnóza: Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně Farmakoterapie: Zaldiar tbl., Brufen tbl., lokální terapie Marcain inj. i.d. V péči ambulance: 1,5 roku P4 odeslal do ambulance bolesti: praktický lékař Jak dlouho se P4 léčí s chronickou bolestí: 5 let Lokalizace chronické bolesti: levý kotník, levá kyčel, oblast hrudní a bederní páteře Charakter bolesti: vystřelující, nesnesitelná křečovitá VAS: 5 Příčina bolesti: artróza váhonosných kloubů a páteře, opakovaná luxace kotníku</p>
P5	<p>Pohlaví: žena Věk: 58 let Diagnóza: Neuralgie trojkalnného nervu Farmakoterapie: antidepresiva tbl., Prothiaden tbl. V péči ambulance: půl roku P5 odeslal do ambulance bolesti: neurolog Jak dlouho se P5 léčí s chronickou bolestí: 6 let Lokalizace chronické bolesti: hlava, čelo Charakter bolesti: tupá, vystřelující VAS: 4 Příčina bolesti: zánět trojklanného nervu</p>
P6	<p>Pohlaví: žena Věk: 40 let Diagnóza: Nemoci svalové a kosterní soustavy a měkkých tkání Farmakoterapie: Ibalgin tbl. V péči ambulance: 2 roky P6 odeslal do ambulance bolesti: sama Jak dlouho se P6 léčí s chronickou bolestí: 10 let Lokalizace chronické bolesti: levá strana hlavy Charakter bolesti: vystřelující VAS: 3 Příčina bolesti: blokáda v oblasti krční páteře</p>

P7	<p>Pohlaví: žena Věk: 56 let Diagnóza: Onemocnění krčních a jiných meziobratlových plotének Farmakoterapie: Ibalgin tbl., Aulin tbl., Novalgin tbl. V péči ambulance: 10 týdnů P7 odeslal do ambulance bolesti: praktický lékař Jak dlouho se P7 léčí s chronickou bolestí: přes 6 let Lokalizace chronické bolesti: oblast krční páteře, bolest hlavy Charakter bolesti: tupá, tlaková, vystřelující VAS: 4 Příčina bolesti: výhřez plotýnky do míchy</p>
P8	<p>Pohlaví: muž Věk: 29 let Diagnóza: Bolesti dolní části zad Farmakoterapie: / V péči ambulance: 3 týdny PA1 odeslal do ambulance bolesti: sám Jak dlouho se PA1 léčí s chronickou bolestí: 4 roky Lokalizace chronické bolesti: oblast bederní páteře Charakter bolesti: ostrá, bodavá VAS: 1 Příčina bolesti: špatná ergonomie v práci, sedavé zaměstnání</p>
P9	<p>Pohlaví: muž Věk: 33 let Diagnóza: Jiný učený výhřez (posun) meziobratlové ploténky Farmakoterapie: Aulin tbl., Novalgin tbl., lokální terapie Marcain inj. i.d. V péči ambulance: 2 měsíce P8 odeslal do ambulance bolesti: sám Jak dlouho se P8 léčí s chronickou bolestí: 4 roky Lokalizace chronické bolesti: oblast bederní a hrudní páteře Charakter bolesti: vystřelující, píchavá VAS: 5 Příčina bolesti: skřípnutí nervu, výhřez plotének</p>
P10	<p>Pohlaví: žena Věk: 49 let Diagnóza: Nemoci svalové a kosterní soustavy a měkkých tkání Farmakoterapie: / V péči ambulance: půl roku P8 odeslal do ambulance bolesti: sama Jak dlouho se P8 léčí s chronickou bolestí: 1,5 roku Lokalizace chronické bolesti: oblast krční páteře Charakter bolesti: vystřelující VAS: 3 Příčina bolesti: špatná ergonomie v práci</p>

Zdroj: autorka práce, 2021

V rámci rozhovoru jsme se participantů dotazovali na charakter chronické bolesti, protože to je primární problém pacientů, se kterým se léčí v ambulanci pro léčbu chronické bolesti. Pro příklad uvádíme odpovědi participantů týkající se charakteru jejich chronické bolesti: P1: „...tlaková, pocit chladu v místě bolesti...“; P2: „...bolesti v koleni při chůzi, při sportu, pichlavá bolest ...“; P3: „...bodavá, pálivá...“; P4: „...vystřelující při pohybu, nesnesitelná křečovitá bolest...“; P5: „...tupá, vystřeluje do čela...“; P6: „...střílí při pohybu...“; P7: „...tupá bolest, tlaková, vystřelující do týla...“; P8: „...ostrá ve spodní části zad...“; P9: „...píchne a vystřelí...“; P10: „...vystřeluje do ramen až pod lopatky...“

Komentář: Při hodnocení charakteru bolesti se zajímáme o to, jaká bolest je a jak ji pacient pociťuje (Opavský, 2011, s. 37). U našich vybraných participantů se vyskytovala chronická bolest různého charakteru, odlišné lokalizace a průvodních příznaků. Participantů charakterizovali bolest jako pálivou, bodavou, ostrou, tupou, vystřelující, píchavou, tlakovou, křečovitou. Nejvíce participantů udávali vystřelující charakter bolesti, a to P4, P5, P6, P7, P9 i P10.

Lokalizace bolesti byla různorodá, participantů P1, P4, P6, P7, P8, P9 a P10 udávali nejvíce bolesti páteře a zad. Průvodní příznaky u participantů P1, P3, P4, P5, P6, a P7, byly nespavost, neschopnost soustředit se na nějakou činnost, pocity nevolnosti, změna nálady.

Pro diagnostiku a stanovení léčebného postupu, farmakologického i nefarmakologického, je důležitá podrobná anamnéza a určení základních charakteristik bolesti, počátek bolesti, její trvání, lokalizace, vyzařování, intenzita, charakter bolesti a průvodní příznaky. Chronická bolest je subjektivní a je sama o sobě samostatnou nemocí (Hakl, 2019, s. 31; Gulášová, 2008, s. 41).

5.2 Výzkumná otázka č. 1

Které nefarmakologické metody využívají pacienti s chronickou bolestí k jejímu ovlivnění?

Nefarmakologické metody tvoří celá řada technik a přístupů, které nevyužívají působení chemických látek na organismus. Můžeme je rozdělit na metody fyzikální, alternativní a kognitivní a behaviorální.

Odpovědi participantů: Participantů odpovídali na otázku, které nefarmakologické přístupy využívají: P1: „...chodím na rehabilitace, tam mi mačkají nějaké reflexní akupresurní body a chodím cvičit, cviky na páteř. Zkoušela jsem aromaterapii, ale ta mi

teda nedělá až tak moc dobře...“; P2: „...tejpování a při sportu ortézy, zkoušel jsem akupunkturu, ale bylo to jen dočasné, pomohlo to tak na měsíc...“; P3: „...akupunkturu, akupunkturu ucha a baňkování, rehabilitaci, lněné zábaly, změna jídelníčku, otužování...“; P4: „...na záda suché teplo a různé mazání takové hřejivé a na kotník mi pomáhaly studené obklady, tejpování anebo klid,...“; P5: „...akupunkturu a tejpování...“; P6: „...jenom akupunkturu...“; P7: „...klasickou a ušní akupunkturu a McKenzie metodu cvičení...“; P8: „...využívám akupunkturu, tejpů a masáže...“; P9: „...hlavně tejpování, masáže, sport, cvičení, na rehabilitace jsem chodil; nejčastěji se snažím cvičit...“; P10: „...tejpování, akupunkturu a akupunkturu ucha...“

Komentář: Při využívání nefarmakologických metod dochází nejen k tlumení bolesti, ale také k ovlivnění nálady, redukci stresu a výrazný je jejich podíl i na zkvalitnění spánku. Participanti P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9 a P10 využívali k ovlivnění chronických bolestí z nefarmakologických přístupů fyzikální terapie; participanti P1, P3, P5, P6, P7 a P8 a P10 využívali alternativní a doplňkovou terapii.

Odpovědi participantů: K doplnění tématu jsme zjišťovali, které nefarmakologické přístupy využívají nejčastěji: P1: „...cvičení a rehabilitaci, ale musí být pravidelné...“; P2: „... tejpování...“; P3: „...rehabilitaci, akupunkturu...“; P4: „...tejpování a na záda teplo...“; P5: „...akupunkturu...“; P6: „...akupunkturu...“; P7: „...akupunkturu a cvičení...“; P8: „...asi tejpování a akupunkturu...“; P9: „...nejčastěji se snažím cvičit...“; P10: „...tejpování...“.

Komentář: Z nefarmakologických přístupů k ovlivnění chronické bolesti naši participanti nejčastěji využívali akupunkturu, byli to participanti P3, P5, P6, P7 a P8. Akupunktura je účinná při bolesti hlavy, páteře a zad, revmatoidní artritidě, nespavosti i úzkosti (Hakl, 2019, s. 142). V ambulanci chronické bolesti se lékaři věnují akupunktuře a svým pacientům tuto metodu k ovlivnění chronické bolesti nabízí a doporučují. Proto nejvíce participantů využívalo právě tuto alternativní metodu k ovlivnění chronické bolesti. P1 a P9 uváděli, že pravidelně cvičí. Rehabilitační cvičení napomáhá ke správnému postavení kloubů i páteře. Působí na svalovou sílu, pozitivně ovlivňuje náladu a zvyšuje energii během dne (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 30). Tejpování využívali participanti P2, P4, P8, P9 a P10. Tejpů mají příznivý efekt na bolesti páteře, končetin, kloubů a svalů, zmírňují otoky nebo křeče (Kobrová, 2017a, s. 64). P1 udává, že zkoušela aromaterapii, ale ta jí nepřinesla patřičný efekt.

Odpovědi participantů: Tyto uvedené nefarmakologické metody přináší našim participantům úlevu, kterou popisují následovně: P1: „...bolest je méně častá a míň intenzivní...“; P2: „...bolest není tak intenzivní, vystřelující, není tak častá...“; P3: „...každý den je to jinak, ale je to lepší...“; P4: „...ta bolest je skoro při každém pohybu, ale není tak křečovitá ani intenzivní...“; P5: „...jak to vystřelovalo do čela, cítila jsem chlad a akupunktura tady ten chlad na tom čele zmírnila...“; P6: „...cítím úlevu...“; P7: „...spánek se mi zlepšil a tou akupunkturou cítím, že vydržím bez té větší bolesti delší dobu, a cítím se tak v euforii, uvolněná, nejsou tam žádné bodavé bolesti, jen takové trnutí...“; P8: „...bolest postupně odeznívá a není tak ostrá...“; P9: „...není tak intenzivní, když cvičím pravidelně tak je to lepší...“; P10: „...není tam takový tlak, pod tou kůží, uvolní se to...“

Komentář: Intenzita bolesti vyjadřuje, jak velká bolest je. Je subjektivního charakteru (Dušová, 2007, s. 24). Participant P1, P2, P4, P8, P9 a P10 pocívali snížení intenzity a charakteru bolesti s využitím nefarmakologických metod. Ostatní participant udávali, že metoda u nich ovlivnila i další nežádoucí projevy u P5 akupunktura zmírnila chlad na čele. P7 uvedl, že došlo u něho ke zkvalitnění spánku, pocíval euforii a uvolnění a byl delší časový úsek bez bolesti. P10 pocíval zmírnění tlaku pod kůží a uvolnění svalstva.

Odpovědi participantů: Našich participantů jsme se ptali, jak dlouho zmíněné nefarmakologické přístupy využívají. P1: „...rok a půl asi...“; P2: „...ze 2 roky...“; P3: „...třičtvrtě roku...“; P4: „...rok...“; P5: „...od roku 2016...“; P6: „...nárazově, teď po dlouhé době...“; P7: „...10 týdnů ...“; P8: „...asi tři roky...“; P9: „...4 roky zpátky, možná 5, to tejpování víceméně tak 3 roky...“; P10: „...rok...“

Komentář: Nejkratší dobu, méně než jeden rok, nefarmakologické metody využívají participant P3 a P7; P1, P2, P4 a P10 využívají jeden až dva roky. Déle než 3 roky tyto metody používají P5, P8 a P9.

Odpovědi participantů: V návaznosti na dobu využití těchto přístupů jsme zjišťovali, jak často a kdy nefarmakologické metody k ovlivnění chronické bolesti naši participant využívají: P1: „...2x týdně pravidelně a když to stihnu tak i víckrát za týden, většinou odpoledne a dopoledne...“; P2: „...3x až 4x týdně, nezávisí to na časové době, tak jak potřebuju ...“; P3: „...akupunkturu a baňky jednou týdně, rehabilitace a otužování dvakrát týdně, ráno nebo dopoledne ...“; P4: „...každý den, hned ráno si kotník zabandážuju a dám si ortézu...“; P5: „...jednou týdně, a potom pokud je potřeba, když se horší bolest, odpoledne...“; P6: „...dvakrát týdně, ráno...“; P7: „...2x týdně akupunkturu, ale skoro

každý den cvičím, ráno nebo během dopoledne...“; P8: „...2x – 3x do měsíce, navečer...“; P9: „...snažím se cvičit každý den ale většinou je to 2-3x týdně, dopoledne nebo odpoledne...“; P10: „...2x do měsíce, odpoledne po práci...“

Komentář: Participanti P2, P4 a P7 vybrané metody využívají denně nebo vícekrát než 2x týdně. Polovina participantů nefarmakologické metody používá jedenkrát až dvakrát týdně. Nepravidelně, pouze dle potřeby například dvakrát do měsíce nefarmakologické metody využívají P8 a P10. Během dne pak polovina participantů nefarmakologické přístupy aplikuje v ranních nebo dopoledních hodinách. U P2 to nezávisí na časové době. V odpoledních a večerních hodinách pak tyto metody používají participanti P1, P5, P8 a P10.

Shrnutí: Participanti popisovali chronickou bolest různého charakteru, lokalizace i průvodních příznaků. Charakterizovali ji jako vystřelující, ostrou, bodavou, tlakovou, tupou, píchavou, křečovitou a pálivou. Nejčastěji lokalizovali bolesti zad a páteře. Chronické bolesti byly doprovázeny nespavostí, nauzeou, změnou nálad. K ovlivnění bolesti využívali fyzikální, alternativní a doplňkovou terapii. Nejvyužívanějšími nefarmakologickými přístupy u našich participantů bylo cvičení, tejpování a akupunktura. Tyto metody jim přinášely úlevu, snížení intenzity i charakteru bolesti, zkvalitnění spánku, uvolnění svalstva či pocit euforie. Participanti nefarmakologické přístupy využívají různě dlouhou dobu, od pár týdnů až po několik let. Většina participantů nefarmakologické techniky používá denně nebo vícekrát v týdnu. Nepravidelně, dle potřeby je využívají dva participanti. Polovina našich participantů, kteří přístupy využívají pravidelně je během dne aplikuje v ranních nebo dopoledních hodinách. Druhá polovina pak v hodinách odpoledních a večerních.

Kódování: nefarmakologické metody, fyzikální terapie, tejpování, cvičení, alternativní a doplňková terapie, akupunktura, aurikuloterapie, přínos nefarmakologické metody v úlevě od bolesti

5.3 Výzkumná otázka č. 2

Jak ovlivňují nefarmakologické metody prožívání chronické bolesti u pacientů navštěvujících ambulanci bolesti?

Nefarmakologické přístupy mohou pacienta pozitivně ovlivňovat v mnoha oblastech jeho života. Navozují pocit pohody, snižují napětí, stres a dochází k uvolňování endorfinů.

Přispívají ke zlepšení psychického i fyzického stavu (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 30).

Odpovědi participantů: U participantů jsme zjišťovali, jak nefarmakologické metody ovlivňují prožívání jejich bolesti. P1 „...*pozitivně, protože když jdu cvičit, na to zapomenu a je mi opravdu líp...*“; P2: „...*bolest není tak silná a můžu dělat to, co potřebuju, takže pozitivně...*“; P3: „...*po akupunktuře se cítím takový šťastnější...*“; P4: „...*pozitivně, je to úleva...*“; P5: „...*zmírňuje bolest...*“; P6: „...*je to lepší, volnější...*“; P7: „...*cítím pokrok, už po 3 zavedení těch jehliček jsem se cítila úplně uvolněně, báječně...*“; P8: „...*postupně odeznívá a není tak intenzivní, je to příjemnější jak léky...*“; P9: „...*dřív odezní ta nepříjemná bolest, uvolní svalstvo...*“; P10: „...*určitě se to zmírní, můžu otočit hlavou, ten pohyb je takový lepší...*“

Komentář: Všichni participanté uvedli, že nefarmakologické metody ovlivňují jejich prožívání bolesti pozitivně; P3 a P7 se po aplikaci akupunktury cítí uvolněnější a šťastnější. Pro P8 jsou tyto metody příjemnější než farmakoterapie.

Odpovědi participantů: Participanté v ambulanci pro léčbu chronické bolesti byli dotázáni, aby zhodnotili jejich bolest na Vizuální analogové škále (VAS) před využitím nefarmakologické metody: P1: „...*7-8...*“; P2: „...*to bych řekl 6...*“; P3: „...*7...*“; P4: „...*6...*“; P5: „...*byla ta 10...*“; P6: „...*včera teda hodně, až mi bylo špatně, tak bych řekla 7-8...*“; P7: „...*5-6...*“; P8: „...*asi 8...*“; P9: „...*8...*“; P10: „...*no někdy je to nesnesitelné ta bolest, 9...*“

Komentář: Před využitím nefarmakologické metody participanté P4 a P7 na VAS škále označili bolest číslem 5-6. Čísla 7-10 chronickou bolest popsali participanté P1, P3, P5, P6, P8, P9 a P10.

Odpovědi participantů: Následně byli participanté dotázáni na hodnocení jejich chronické bolesti po využití nefarmakologické metody: P1: „...*pokud to zafunguje tak na 4...*“; P2: „...*2-3...*“; P3: „...*5...*“; P4: „...*3...*“; P5: „...*po využití to je ta 3-4...*“; P6: „...*to bych řekla 2-3...*“; P7: „...*ted' tak 2-3...*“; P8: „...*asi tak 3...*“; P9: „...*4...*“; P10: „...*4...*“

Komentář: Všichni participanté hodnotili intenzitu bolesti po využití nefarmakologické metody sníženou až o polovinu než před její aplikací. Participanté P2, P4 a P7, kteří označili bolest na VAS číslem 5-6, po aplikaci metody udávali snížení bolesti a označili ji na škále čísly 2-3. Participanté P1, P3, P5, P6, P8, P9 i P10 udávali před použitím

nefarmakologického přístupu na VAS hodnotu 7-10, po aplikaci metody se jejich bolest zmírnila na VAS 3-4.

Shrnutí: Používané nefarmakologické metody k ovlivnění chronických bolestí jsou našimi účastníky považovány za přínosné. Pro účastníka P8 jsou tyto přístupy příjemnější než farmakoterapie. Při hodnocení bolesti za použití VAS před využitím nefarmakologické metody účastníci chronickou bolest označovali na VAS škále čísly 5-10. Po využití nefarmakologických přístupů byla bolest na škále označena účastníky číslem 2-5. U všech účastníků došlo po aplikaci nefarmakologických metod ke snížení chronické bolesti až o polovinu, než byla před jejím použitím.

Kódování: hodnocení intenzity bolesti před využitím nefarmakologické metody, VAS škála 0-10, hodnocení intenzity bolesti po využití nefarmakologické metody, ovlivnění charakteru chronické bolesti nefarmakologickými přístupy

5.4 Výzkumná otázka č. 3

Které zdroje jsou využívány pacienty k získání informací o nefarmakologických metodách ovlivňující chronické bolesti?

U účastníků jsme v rámci této problematiky zjišťovali, jak získali informace o nefarmakologických přístupech a kdo jim nefarmakologické metody léčby chronické bolesti doporučil.

Odpovědi účastníků.: P1: „...neurolog mě poslal na RHB a na rehabilitaci mi poradili tady ten typ cvičení...“; P2: „...našel jsem si sám...“; P3: „...kolegyně v práci...“; P4: „...doporučil mi to praktik a ortoped...“; P5: „...neurolog...“; P6: „...od mamky, chodila k panu doktorovi...“; P7: „...obvodní lékařka...“; P8: „...na rehabilitacích a sama...“; P9: „...známí, rodina, teta a tak dál, člověk zkouší, co se dá...“; P10: „...známí, děčka...“

Komentář: Nefarmakologické metody účastníkům P1, P4, P7 a P8 doporučil praktický lékař, specialista nebo fyzioterapeut; účastníci P2 a P5 si informace o vybraných metodách zjistili sami; doporučení od rodiny a známých dostali účastníci P3, P6, P9 a P10.

Odpovědi účastníků: Zjišťovali jsme, kde účastníci získali informace o nefarmakologických metodách použitelných k ovlivnění chronické bolesti.

P1: „...od lékaře a z internetu...“; P2: „...z internetu...“; P3: „...z internetu...“; P4: „...od lékaře...“; P5: „...z internetu...“; P6: „...vím jen co mi kdo řekne...“; P7: „...tak hledáte nějakou tu alternativu od léků, něco od známých a na internetu...“; P8: „...z rehabilitací nebo na internetu jsem se něco dočetl...“; P9: „...od rodiny, známých, taky z internetu a knížek...“; P10: „...vyčetla v časopisech, na internetu...“

Komentář: Participanti P1, P2, P3 a P5 k získání informací o nefarmakologických metodách využívali internetové zdroje; P1 a P4 uvedli, že informace získali od lékaře; P6, P7, P8 a P9 se informace dozvěděli od známých, z literatury a časopisů, nebo si je sami vyhledávali na internetu.

Odpovědi participantů: Dále jsme se ptali, zda byly informace o nefarmakologických přístupech pro participanty v ambulanci pro léčbu chronické bolesti postačující. P1: „...asi ano...“; P2: „...určitě mi lékař něco říkal, ale v této chvíli nic nehledám, jen pokud by to bylo horší...“; P3: „...ano, určitě...“; P4: „...vysvětlili mi to a stačí mi to, co vím...“; P5: „...ano...“; P6: „...ano...“; P7: „...velice ne, co jsem si nezjistila sama na internetu a někde v knížkách tak jsem nevěděla...“; P8: „...postačující byly, ale i tak jsem si něco dohledával...“; P9: „...neshledávám, že by byly nedostatečné...“; P10: „...dohledávala jsem si informace sama...“

Na závěr rozhovoru byla položena otázka ohledně zájmu našich participantů o další nefarmakologické metody. Všichni z dotázaných participantů se shodli na kladné odpovědi.

Komentář: Pro participanty P1, P3, P5, P6 a P9 byly informace o nefarmakologických metodách poskytnuté lékařem v ambulanci pro léčbu chronické bolesti postačující. Participant P2 uvedl, že pokud mu nefarmakologická léčba zabírá, nic jiného nehledá. P4 odpověděla, že nemá zájem o další informace; P7 a P10 informace o přístupech neměli dostatečné a museli si je dohledat. Pro P8 poskytnuté informace postačující byly, ale i tak si některé další informace dohledával. Všichni participanti měli zájem o další nefarmakologické přístupy.

Shrnutí: Nefarmakologické metody ovlivňující chronické bolesti byly participantům P1, P4, P7, P8 doporučeny lékařem nebo fyzioterapeutem. Ostatní participanti si informace o vybrané metody zjistili sami nebo dostali doporučení od rodinných příslušníků či známých. Informace o nefarmakologických přístupech se dozvěděli od lékaře, rodiny. K hledání informací nejvíce využívali internetové zdroje, dále časopisy nebo knihy.

Poskytnuté informace v Ambulanci pro léčbu chronické bolesti byly postačující pro participanty P1, P3, P5, P6 a P8. Pro participanty P7, P10 postačující nebyly a informace si sami dohledávali. O informace o dalších nefarmakologických metodách projevíli zájem všichni dotazovaní participanti.

Kódování: zdroje informací o nefarmakologických metodách, lékař, známí, rodina, internet, časopisy, množství informací, zájem o informace o nefarmakologických přístupech

6 DISKUZE

V bakalářské práci se zabýváme problematikou chronické bolesti u pacientů, kteří navštěvují ambulanci pro léčbu chronické bolesti a využívají k jejímu ovlivňování nefarmakologické přístupy. Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo 10 participantů, z toho 4 muži a 6 žen. Rokyta (2017, s. 8) uvádí, že ženy jsou schopny bolest potlačovat více než muži. Muži problémy s bolestí řeší relativně rychleji a dříve než ženy, které léčbu bolesti odsouvají. Naši participanté, muži, byli ve věku od 27 do 53 let, ženy byly ve věku od 40 do 76 let. Autorka Erika Matico (2014, s. 56) uvádí ve své práci, že chronickou bolestí trpí více muži mladšího věku a ženy vyššího věku.

Hakl (2019, s. 18) uvádí, že chronická bolest trvá déle než 3-6 měsíců. Všichni naši participanté trpěli chronickou bolestí, v délce trvání od 9 měsíců až do 24 let. Participanté trpěli chronickou bolestí různé lokalizace, charakteru a průvodních příznaků. Navštěvovali ambulanci pro léčbu chronické bolesti od 3 týdnů do 5 let. Polovina z nich do ní byla odeslána praktickým lékařem nebo lékařem specialistou, a druhá polovina se do ní objednala sama.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo identifikovat, které nefarmakologické metody participanté využívají k ovlivnění chronické bolesti. Nefarmakologické přístupy tvoří celá řada technik a přístupů, které nevyužívají působení chemických látek na organismus. Dělíme je na fyzikální, alternativní a kognitivně behaviorální. Participanté využívali fyzikální a alternativní metody. Z fyzikálních metod jsou nejvíce využívány léčebně rehabilitační přístupy, cvičení ovlivňující bolesti páteře a kloubů (např. rehabilitační cvičení, McKenzie metoda), tejpování a aplikace tepla a chladu (studené obklady, suché teplo, otužování). Úkolem rehabilitace je dlouhodobá úleva od bolesti a prevence jejímu dalšímu vzniku. Proto u správně vedené rehabilitace zaměřené především na bolesti zad a pohybového systému, je základem procedury nácvik správného cvičení (i-CLB Centrum léčby bolesti, nedatováno).

Cvičení využívali tři participanté s chronickými bolestmi zad a krční páteře. Cvičení napomáhá ke správnému postavení kloubů i páteře. Působí na svalovou sílu, pozitivně ovlivňuje náladu a zvyšuje energii během dne (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 30). Dva participanté využívali dvě metody z fyzikálních cvičení a tejpování. Samotné tejpování využívali dva participanté s chronickými bolestmi páteře a kloubů (koleno). Polovina participantů využívá k ovlivnění chronických bolestí

rehabilitační cvičení. Zjistili jsme stejné výsledky jako autorka Yevnevich (2015, s. 43), která ve své práci uvádí, že 50% jejich participantů využívalo k ovlivnění bolesti nefarmakologické metody, rehabilitační cvičení a fyzioterapii. Kobrová a Válka (2017a, s. 64) uvádí, že tejpování má příznivý efekt na bolesti páteře, končetin, kloubů a svalů, zmírňuje otoky nebo křeče. Z alternativních metod využívalo sedm participantů akupunkturu, dva z nich ji kombinovali s aurikuloterapií. Využívali ji k ovlivnění chronických bolestí krční a bederní páteře, neuralgii trojklanného nervu a neuropatii loketního nervu. Akupunktura napomáhá při bolestech různé etiologie, onemocnění periferní nervové soustavy, v psychosomatice a také při nespavosti, stresu apod. (Hakl, 2019, s. 142). V ambulanci pro léčbu chronické bolesti, kde bylo prováděno šetření, se lékaři věnují akupunktuře. Myslíme si, že proto nejvíce participantů využívalo právě tuto alternativní techniku k ovlivnění chronické bolesti. Aromaterapii vyzkoušela jedna participantka, ale nepřinesla jí žádaný efekt.

Fyzikální i alternativní metody byly využívány čtyřmi participanty denně nebo minimálně 3-4x týdně. Polovina participantů tyto metody používá k ovlivnění chronické bolesti jedenkrát až dvakrát týdně. Během dne polovina participantů aplikuje fyzikální a alternativní metody v ranních nebo dopoledních hodinách. Čtyři participanti používali metody ve večerních nebo odpoledních hodinách. Participanti nefarmakologické přístupy k ovlivnění chronické bolesti využívají různě dlouhou dobu, od pár týdnů až po několik let. Souhlasíme s tvrzením uvedeným na centru léčby bolesti, že pokud se pacienti rehabilitačnímu cvičení věnují 15-20 minut denně, mají šanci na dlouhodobější úlevu od bolesti. Neexistuje žádná jiná léčebná metoda schopna pravidelné cvičení nahradit (i-CLB Centrum léčby bolesti, nedatováno).

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, jak nefarmakologické metody ovlivňují chronickou bolest u těchto pacientů. Nefarmakologické přístupy mohou participanty pozitivně ovlivňovat v mnoha oblastech jejich života. Snižují napětí, stres, a tím přispívají ke zlepšení jejich psychického i fyzického stavu (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 30). Všichni dotazovaní uvedli, že nefarmakologické metody ovlivňují jejich prožívání chronické bolesti pozitivně, přináší jim úlevu, snižují intenzitu bolesti, uvolnění svalstva, zkvalitnění spánku či pocit euforie.

Chronická bolest je subjektivní pocit a je sama o sobě samostatnou nemocí (Hakl, 2019, s. 31). Záleží na zkušenostech a znalostech sestry, jak dokáže potíže pacientů posoudit (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, s. 37). Při hodnocení tohoto subjektivního

stavu jsou využívány různé nástroje a škály, které hodnotí intenzitu a charakter bolesti. Nejvyužívanějším nástrojem k hodnocení bolesti, je vizuální analogová škála (VAS), která slouží pro zjišťování momentálního stavu bolesti, sledování změn v čase a sledování změn pocitů bolesti (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 13). Všichni dotazovaní participanti svou bolest po využití nefarmakologické metody ohodnotili na škále VAS 0-10 až o polovinu nižší a méně intenzivnější než před její aplikací.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, z jakých zdrojů pacienti s chronickými bolestmi získali informace o nefarmakologických metodách. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že participantům tyto přístupy byly doporučeny lékařem a fyzioterapeutem nebo jim je doporučila rodina či známí. Více než polovina našich participantů využívala k získání informací o nefarmakologických přístupech internet. Dalšími zdroji informací byli rodinní příslušníci, známí, časopisy a knihy. Schwarzer a Leppin (1991, s. 99) uvádí, že opora od druhých osob zásadně ovlivňuje způsob vyrovnávání se s náročnými situacemi, a tím ovlivňuje duševní pohodu i zdraví.

Poskytnuté informace o nefarmakologických metodách v Ambulanci pro léčbu chronické bolesti byly šesti participanty vnímány jako postačující. Dvěma dotazovaným údaje o přístupech nepostačovaly, a proto si informace sami dohledávali. Myslíme si, že je potřebné pacienty s chronickými bolestmi informovat o možnostech využití nefarmakologických metod a zapojit je do edukace sestrou a lékařem.

Všichni participanti projevíli zájem o informace o dalších nefarmakologických metodách, které by jim mohly přinést úlevu od bolesti.

Myslíme si, že by pacienti navštěvující ambulanci pro léčbu bolesti měli být více informováni o dalších metodách nefarmakologických přístupů, které mohou ovlivnit jejich chronické bolesti. Využitím těchto metod se snažíme pozitivně ovlivňovat psychický stav, kvalitu života pacienta s chronickou bolestí a dosáhnout nového zpracování chápání bolesti a nových modelů chování (Opavský, 2011 s. 126). U pacientů s chronickou bolestí je důležité klást důraz na pravidelnost každodenních aktivit, vyváženou stravu, relaxaci, spánek a pozitivní přístup k životu a k okolí. Tišení bolesti je zodpovědností každého lékaře.

7 PRAKTICKÝ VÝSTUP

Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vytvoření informačního materiálu o vybraných nefarmakologických metodách pro pacienty navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti (Příloha P IV).

Brožura seznamuje pacienty s vybranými metodami, akupunkturou, aurikuloterapií, akupresurou, tejpováním a McKenzie technikou cvičení. Tyto nefarmakologické přístupy byly vybrány po konzultaci s lékařem a všeobecnou sestrou pracujících v ambulanci pro léčbu chronické bolesti. Jedná se o nefarmakologické přístupy, které jsou doporučovány pacientům s chronickou bolestí. Nejčastěji jsou to fyzikální a alternativní přístupy.

První popsanou nefarmakologickou metodou je akupunktura. Vychází z tradiční čínské medicíny a její hlavní myšlenkou jsou síly jin a jang, jejichž nerovnováha mění životní sílu qi, ta následně způsobuje bolest nebo nemoc. Principem této techniky je stimulace akupunkturálního bodu pomocí akupunkturální jehly. Využívá se jako způsob tlumení bolesti hlavy, pohybového aparátu a nervového původu. Pozitivně působí na úzkostné stavy, poruchy spánku, stres, únavu. Aurikuloterapie je akupunkturální technika, která se zaměřuje pouze na mikrosystém v oblasti ucha. Na ušním boltci se promítá obraz celého lidského těla s veškerými funkcemi v poloze embrya. Ke stimulaci ušních bodů se využívají nejenom akupunkturální jehly, ale i semínka, magnetky, nebo speciální jehly, které v uchu zůstávají několik dnů až týdnů. Příznivě působí na tlumení bolesti různé etiologie, stres, nespavost, alergie. Dále je v brožuře popsána akupresura. Vychází z podobného principu jako akupunktura, jen se místo jehel využívá tlaku na akupresurní bod pomocí mechanické stimulace. Tlak se vykonává bříškou prstů a působí na svaly a akupresurní místa. Lze na ně působit pravidelně, několikrát denně. Součástí je ukázka bodu, který příznivě působí na zmírnění bolesti zad a pacienti jej můžou sami vyzkoušet a využívat. Technika tejpování podporuje svalovou činnost, stabilizaci kloubů, tlumí bolest, zánět a urychluje hojení. Lze ji využít při bolestech zad, končetin, kloubů a svalů. Aplikované tejpky neomezují hybnost a pomáhají urychlovat léčebné procesy těla. Poslední popsanou technikou je McKenzie metoda cvičení založená na aktivním zapojení pacienta do léčebného procesu. Zmírňuje vyzařování bolesti do končetin a následně postupně redukuje intenzitu bolesti. Působí na bolesti krční, hrudní a bederní páteře a poruchy periferních kloubů.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali využitím nefarmakologických metod u pacientů s chronickou bolestí navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti. Chronická bolest je subjektivní pocit. Nemá funkci varovného signálu a nabývá sama o sobě charakter nemoci. Ovlivňuje pacienta natolik, že mu znemožňuje normálně fungovat v naprosto běžných situacích a vyžaduje opakované lékařské intervence. Nefarmakologické metody v České republice jsou většinou využívány jako doplňková léčba při léčbě farmakologické.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na problematiku bolesti a vybraných nefarmakologických metod. Kvalitativní výzkum byl realizován pomocí rozhovorů s pacienty v ambulanci pro léčbu chronické bolesti. Do výzkumu bylo zapojeno 10 participantů, 6 žen a 4 muži, kteří využívali nefarmakologické metody k ovlivňování chronické bolesti. Bylo u nich zjišťováno, jaké nefarmakologické přístupy k ovlivnění chronické bolesti využívají a jak tyto metody jejich bolest ovlivňují.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že z nefarmakologických přístupů byly u participantů zastoupeny fyzikální a alternativní metody. Z fyzikálních přístupů to byly léčebně rehabilitační postupy, cvičení, tejpování a aplikace tepla a chladu. Z alternativních technik to byla akupunktura, aurikuloterapie, akupresura a aromaterapie. Participanti hodnotili léčbu využívanou k ovlivnění bolesti jako pozitivní a udávali snížení bolesti na škále VAS po využití nefarmakologických metod až o polovinu nižší.

Nefarmakologické metody jim doporučili lékaři, fyzioterapeuti a rodinní příslušníci. Nejvíce používaným zdrojem k získání informací o těchto přístupech byl internet. Participanti, pro které nebyly poskytnuté informace v ambulanci pro léčbu chronické bolesti postačující, si je dohledávali sami, využívali k tomu internetové zdroje, časopisy nebo knihy. O informace o dalších nefarmakologických přístupech projevíli zájem všichni dotazovaní.

Zjištěním uvedených informací se nám podařilo naplnit zadané cíle naší práce. Praktickým výstupem práce je informační materiál určený pro pacienty navštěvující ambulanci pro léčbu chronické bolesti o vybraných nefarmakologických metodách, které mohou využít k ovlivnění chronických bolestí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AKUPUNKTURA A PŘIDRUŽENÉ TECHNIKY, © 2021. ČLAS ČLS JEP [online]. [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://akupunktura.cz/akupunktura-a-pridruzene-techniky/>
- ALBERT, L, 2020. *Život bez bolesti: zbavte se chronické bolesti bez léků či operace*. Bratislava: Arimes. 176 s. ISBN 978-80-8100-620-3.
- ALTHER, J, 2010. *Encyklopedie alternativní medicíny: praktický průvodce přírodními léčebnými postupy*. Praha: Reader's Digest. 480 s. ISBN 978-80-7406-090-8.
- BÁRTLOVÁ, S, P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 80-701-3416-X.
- DUŠOVÁ, B, 2007. *Chronická bolest jako ošetřovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 60 s. ISBN 978-80-7368-461-7.
- ESLER, M, 2010. *Akupunktura ucha: (aurikuloterapie)*. Olomouc: Poznání. 190 s. ISBN 978-80-86606-99-6.
- FRICOVÁ, J, 2011. Akutní a chronická bolest. *Zdraví.Euro.cz* [online]. [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>
- GRIFFIN, R. M., 2011. *Using the Pain Scale: How to Talk About Pain* [online]. [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/pain-management/features/pain-scale#3>
- GULÁŠOVÁ, I, 2008. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta. 96 s. ISBN 978-80-8063-288-5.
- HAKL, M, 2019. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta. 248 s. ISBN 978-802-0452-726.
- HECKER, H. a K. LIEBCHEN, 2014. *Akupunkturní tejpování: účinné při akutních i chronických bolestech a potížích*. Olomouc: Fontána, c2014. 126 s. ISBN 978-80-7336-757-2.
- HENDL, J, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HEŘT, J, 2011. *Alternativní medicína a léčitelství*. Praha: Věra Nosková. ISBN 978-80-87373-15-6.
- Homeopatie v České republice, © 2009 - 2021. *Boiron* [online]. [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://boiron.cz/cs/30-homeopatie-v-ceske-republice>
- HORNER, P., Abshari S, Grove C. Horner P, et al., 2020. *Massage: An alternative approach to pain management*. *Nursing. Apr*; **50**(4):17-19. PMID: 32195870 No abstract available.
- I-CLB Centrum léčby bolesti: informačně edukační portál pro laickou veřejnost* [online]. [cit. 2021-5-13]. Dostupné z: <https://www.i-clb.cz/cs/lecba-bolesti/metody/>
- IASP Announces Revised Definition of Pain, 2020. *IASP: International association for the study of pain* [online]. [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475&fbclid=IwAR3kXu-UrcOWJWkXoB-5K85bke8q25Xm0yWWoCLDxMXATQH5_qZUIoInxko
- JANÁČKOVÁ, L, 2007. *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál. 191 s. ISBN 978-807-3672-102.

- JANČA, J, 1991. *Alternativní medicína: komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. Praha: Eminent. 271 s. ISBN 80-900-3021-1.
- KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-802-4752-037
- KOBROVÁ, J. a R. VÁLKA, 2017. *Lymfotaping: terapeutické využití tejpování v lymfologii*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0182-5. a.
- KOBROVÁ, J. a R. VÁLKA, 2017. *Terapeutické využití tejpování*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-271-0181-8. b.
- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, J. a I. ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In: Tomáš Řiháček, Ivo Čermák, Roman Hytych. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.
- KOUTNÁ, KOSTÍNKOVÁ, J. a I. ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In: Řiháček, T., I. Čermák a R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (9–43). Brno: Masarykova univerzita.
- KUTNOHORSKÁ, J, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LEJČKO, J, 2020. Jak vést Deník Bolesti. *Kapitoly o zdraví* [online]. [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: <https://kapitolyozdravi.cz/clanek/jak-vest-denik-bolesti>
- MATIKO, Erika, 2014. *Bolest jako ošetrovatelský problém* [online]. České Budějovice [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: https://theses.cz/id/zzf4ib/E.Matiko_B.P..pdf?lang=cs. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- MILDT, Ch, 2017. *Akupresura v praxi*. Praha: Grada Publishing. 300 s. ISBN 978-802-7101-054.
- MÖHRING, W, 2008. *Akupresura: jednoduše proti bolestem*. Praha: Grada Publishing. 104 s. ISBN 978-80-247-2335-8.
- ONDŘIOVÁ, I., A. SINAIOVÁ, J. DUČAIOVÁ et al., 2013. *Chronická bolest vs. kvalita života nemocného*. *Sestra*. **23**(7-8), 29-32. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
- OPAVSKÝ, J, 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf. Jessenius, c2011. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.
- PLEVOVÁ, I. a kol., 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-7553-681-5.
- PROCHÁZKA, J, 2016. What is the current potential of acute pain service and when to refer patients? *Medicína pro praxi* [online]. **13**(3), 106-111 [cit. 2021-02-04]. ISSN 12148687. Dostupné z: [doi:10.36290/med.2016.023](https://doi.org/10.36290/med.2016.023)
- RAMIREZ, M, 2020. Pain Scales: From Faces to Numbers and Everywhere In: Between. *AffirmHealth* [online]. [cit. 2021-02-04]. Dostupné z: <https://www.affirmhealth.com/blog/pain-scales-from-faces-to-numbers-and-everywhere-in-between>
- ROKYTA, R. a kol., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 978-80-271-0312-6.

ROŠKOVÁ, S, 2012. Bolest - fyziologie, fáze a léčba. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, **22**(4), 48-51. ISSN 12100404.

SAKS, M, 2018. Complementary and alternative medicine. *Encyclopedia Britannica* [online]. [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/science/complementary-and-alternative-medicine>

SENDERÁKOVÁ, Stanislava, © 2021. Homeopatie. *Homeoplzen* [online]. [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: http://www.homeoplzen.cz/?page_id=35

SCHWARZER, R. a A. LEPPIN, 1991. Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. *Journal of Social and Personal Relationships* [online]. **8**(1), 99-127 [cit. 2021-5-1]. ISSN 0265-4075. Dostupné z: doi:10.1177/0265407591081005

SINGH, P. a A. CHATURVEDI, 2015. Complementary and alternative medicine in cancer pain management: A systematic review. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. **21**(1) [cit. 2021-5-10]. ISSN 0973-1075. Dostupné z: doi:10.4103/0973-1075.150202

SIZER, P, 2019. *Chronic Pain The Drug-Free Way*. United Kingdom: John Murray Press. 160 p. ISBN 9781847094797.

STRÁNECKÝ, M, 2015. Léčení bolestivých stavů pomocí zrcadlových bodů. *Acupuncture Bohemo Slovaca*. **25**(3), 8-9. ISSN 1335-5627.

ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 80-7262-599-4.

TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

TURLIN, L. a A. LEFIEF-DELCOURT, 2018. *Čínská tlaková automasáž: 12 nejdůležitějších akupresurních bodů pro péči o vaše zdraví*. Olomouc: ANAG. 160 s. ISBN 978-80-7554-147-5.

VAŇÁSEK, J., K. ČERMÁKOVÁ a I. KOLÁŘOVÁ, 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 55 s. ISBN 978-80-7395769-8.

VONDŘICH, I. a Z. VONDŘICHOVÁ, 2016. *Celostní přístup k léčbě bolesti*. Brno: Emitos. 148 s. ISBN 978-80-87171-49-3.

Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry, 2006. Praha: Grada Publishing. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

YEVNEVICH, A, 2015. *Bolest a možnosti ovlivnění fyzioterapií* [online]. Praha. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. [cit. 2021-5-12]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/81424/BPTX_2015_1_11110_0_377035_0_152796.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ZELINKOVÁ, A, 2016. *Pacient s chronickou bolestí v ambulanci léčby bolesti*. *Causa subita*, **19**(4), 155-156. ISSN 1212-0197. Dostupné z: <http://www.causa-subita.cz/>

ZRUBÁKOVÁ, K. a I. BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BPI	Brief Pain Inventory – Krátký inventář bolesti
č.	číslo
HVAS	horizontální vizuální analogová škála
i.d.	intradermální aplikace
inj.	injekce
IPLP	individuálně připravovaný léčivý přípravek
Jang	den, slunce, bílá barva, mužská energie
Jin	noc, měsíc, černá barva, ženská energie
MPQ	McGill Pain Questionnaire - Dotazník McGill univerzity
např.	například
Qi	životní síla, energie
Sedace	tlumení
tbl.	tableta
THC	tetrahydrokanabinol
Tonizace	posílení
tzv.	takzvaně
VAS	vizuální analogová škála
VVAS	vertikální vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Základní údaje o participantech	33
Tabulka 2: Charakteristika jednotlivých participantů	35

SEZNAM PŘÍLOH

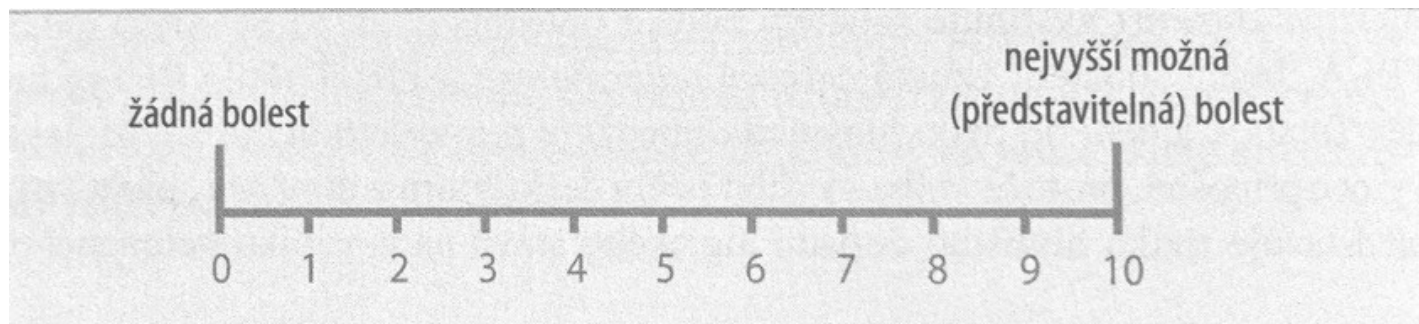
Příloha P I: Vizuální analogová škála bolesti (VAS)

Příloha P II: Mapa bolesti podle Margolese

Příloha P III: Otázky k rozhovorům

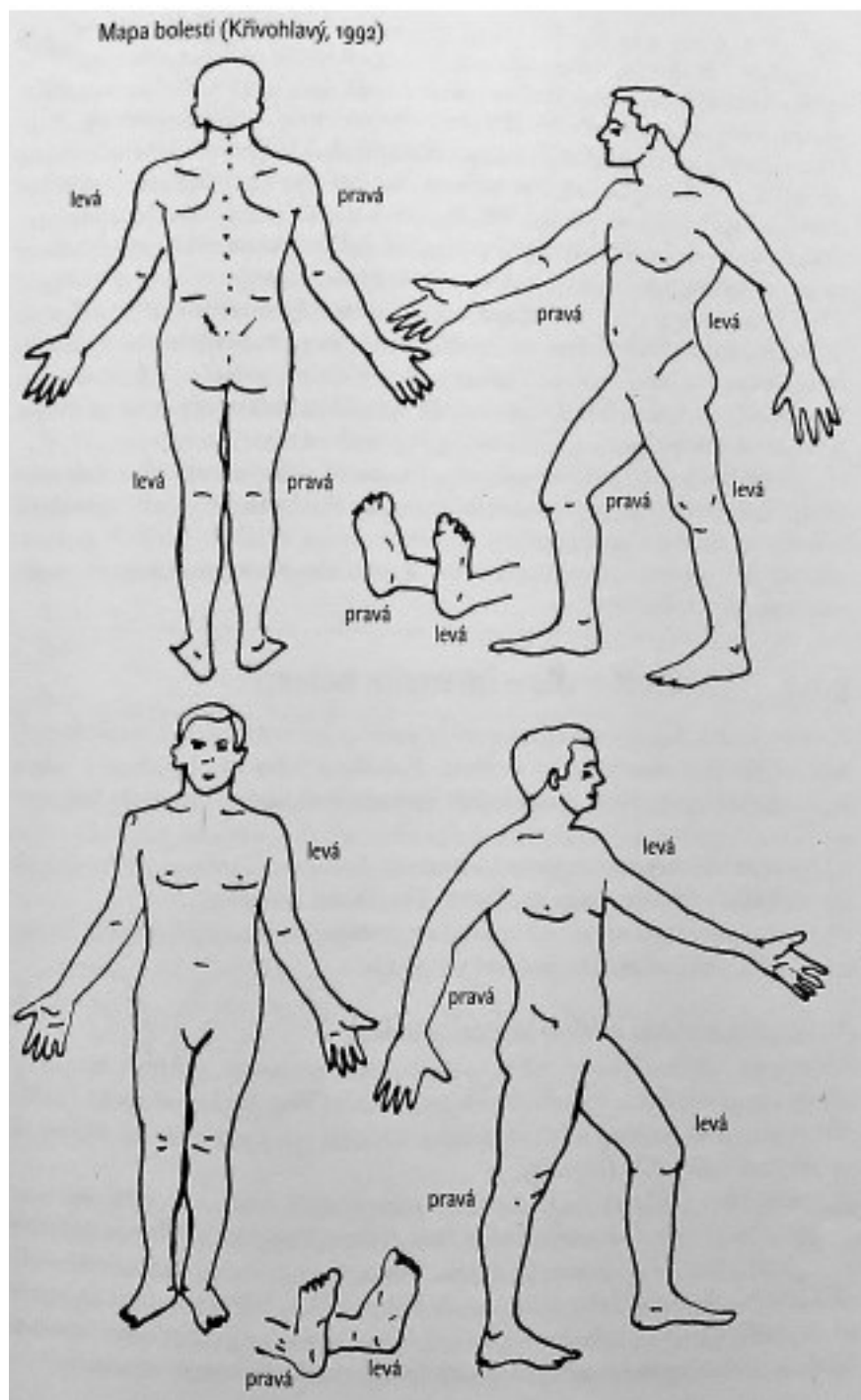
Příloha P IV: Informační brožura

PŘÍLOHA P I: VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA BOLESTI (VAS)



Zdroj: Opavský, 2011, s. 80

PŘÍLOHA P II: MAPA BOLESTI PODLE MARGOLESE



PŘÍLOHA P III: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

1. Popište charakter Vaší bolesti.
2. Které nefarmakologické metody k ovlivnění chronické bolesti využíváte?
 - a) Kterou nefarmakologickou metodu využíváte nejčastěji?
3. V čem Vám tato nefarmakologická metoda přináší úlevu od bolesti?
4. Jak dlouho nefarmakologickou/ké metodu/y využíváte?
5. Jak často využíváte nefarmakologické metody léčby bolesti?
6. Jakým způsobem ovlivňují nefarmakologické metody prožívání vaší bolesti?
7. Jak Vámi využívané nefarmakologické metody ovlivňují charakter bolesti?
8. Kdy nefarmakologické metody využíváte, ráno/odpoledne/večer? (*časově*)
9. Hodnocení bolesti na škále VAS před využitím nefarmakologické metody?
10. Hodnocení bolesti na škále VAS po využití nefarmakologické metody? (*0 - žádná bolest, 10 - nesnesitelná bolest*)
11. Kdo Vám nefarmakologické metody doporučil?
12. Kde jste získal/a informace o nefarmakologických metodách použitelných k ovlivnění chronické bolesti?
13. Byly poskytnuté informace o nefarmakologických metodách v ambulanci bolesti postačující?
 - a) Pokud ne, dohledávali jste si informace?
14. Máte zájem o informace o dalších nefarmakologických metodách?

PŘÍLOHA P IV: INFORMAČNÍ BROŽURA

TEJPOVÁNÍ

Tejповání je metoda, která využívá autoreparační procesy těla a urychluje tak léčebné procesy.

Aplikací tejpů na kůži dochází k podpoře svalové činnosti, úpravě stabilizace kloubů, tlumí zánětlivý proces v těle, zlepšuje krevní cirkulaci, urychluje hojení, tlumí bolest a neomezuje hybnost.

Tejp je tenká, elastická prodyšná, voděodolná, lepicí páska, vydrží až 5 dnů; lze zakoupit v lékárně nebo na internetu.

VYUŽITÍ:

- bolesti hlavy, zad, končetin, kloubů a svalů;
- kloubní blokády, výhřezy plotének;
- kloubní poranění (distorze, luxace);
- syndrom zmrzlého ramene, svalové křeče;
- neurologické obtíže, otoky;

AKUPUNKTURA

Léčebná, diagnostická a preventivní metoda vycházející z tradiční čínské medicíny. Používá se jako způsob uvolňování bolesti.

Podstatou této metody jsou síly jin a jang, které by měly být v rovnováze. Akupunkturu lze používat samostatně, v kombinaci se základní terapií nebo jako doplněk základní terapie.

Princípem je stimulace akupunkturního bodu pomocí akupunkturní jehly. Pacient při vpichu pociťuje tupé rozpínání nebo brnění v místě jehly. Úleva se po akupunktuře obvykle dostává do několika hodin.

VYUŽITÍ:

- bolesti pohybového aparátu;
- bolesti nervového původu;
- revmatoidní onemocnění;
- bolesti hlavy, migrény;
- úzkostné stavy;
- poruchy spánku, únava;

MCKENZIE CVIČENÍ

Fyzioterapeutická metoda, která pomáhá řešit obtíže s bolestmi zad a kloubů, zmírňuje vyzařování bolesti do končetin a postupně redukuje intenzitu bolesti.

Zdroje:

<https://www.skolajtejповani.cz/blog>
<https://www.rehabilitace.info/bolesti-2/aurikuloterapie-usni-akupunktura-moderni-pristup-v-lecbe-bolesti/>
<https://www.rehabilitace.info/zdravotni/nejdulezitejsi-akupresurni-body-pro-bolesti-zad-kde-jsou-a-jak-je-pouzit/>
<https://www.duhovahvezda.org/terapie/tradicni-cinska-medicina/aurikuloterapie/>
<https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/akupresura-akupunktura>
<https://cz.mckenzieinstitut.org/>
<https://www.fyziodomu.cz/mckenzie-metoda/>

Tento informační materiál byl zpracován jako součást bakalářské práce na téma Využití nefarmakologických metod u pacientů s chronickou bolestí. Zpracovala: Karolína Chromková, studentka oboru Všeobecná sestra, Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně, 2021
Vedoucí BP: Mgr. Silvie Svobodová

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



Aurikuloterapie je akupunkturní metoda zaměřující se pouze na mikrosystém v oblasti ucha. Na uchu se promítá obraz celého lidského těla s veškerými funkcemi v poloze embrya.

Ke stimulaci bodů se používají akupunkturní jehly, semínka Vaccarie, magnetky nebo speciální jehly, které po zavedení zůstávají v uchu po dobu několika dnů až týdnů.

VYUŽITÍ:

- bolesti různé etiologie;
- stres, únava, migréna;
- úzkostné stavy;

Vybrané nefarmakologické metody

Nefarmakologické metody ke svému účinku nevyužívají působení chemických látek na organismus.

Jsou účinné v tlumení akutní i chronické bolesti.

Ovlivňují také náladu, redukují stres a podílí se na z kvalitnění spánku.



AKUPRESURA

Akupresura je založena na stejném principu jako akupunktura. Nevyužívá se jehel, ale tlaku na akupresurní bod pomocí mechanické stimulace.

Vyvíjený tlak se vykonává bříškou prstů, působí na svaly, dráhy a body.

Na akupresurní body lze působit několikrát denně pravidelným stlačováním určitého bodu po dobu 10-20 sekund, 3-5x po sobě. Stimulace by měla probíhat maximálně 2 minuty.

VYZKOUŠEJTE SI:

Akupresurní bod LI 4
- tlumení bolesti zad

Nachází se na dlaní mezi ukazováčkem a palcem.

Spojte k sobě ukazováček a palec a pomocí druhé ruky začáte palcem a ukazováčkem dolů na nejvyšší bod této oblasti. Tlak vyvíjejte 5-10 sekund, poté uvolněte. Opakujte 2-3x pro úlevu od bolesti zad.

