

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Ivana Červená

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Ivana Červená

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

SOUČASNÉ VYUŽITÍ REFLEXNÍ TERAPIE V PRAXI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce a poskytování rad. Poděkovat bych také chtěla MUDr. Pavlu Homolkovi především za velmi cenné rady a zkušenosti v oblasti této problematiky. Dále děkuji zaměstnancům rehabilitačního oddělení Stodské nemocnice a.s. za realizaci výzkumu a pomoc při získávání potřebných údajů pro zpracování výzkumné části bakalářské práce a rovněž děkuji respondentům za poskytnutí potřebných informací, za čas věnovaný rozhovorům a ochotu odpovídat na mé dotazy. Ne malé dík patří mé rodině za podporu při psaní bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Červená Ivana

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Současné využití reflexní terapie v praxi

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 63

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 24

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: Reflexní terapie – pohybový aparát – klient – reflexní ploška – alternativní medicína - fyzioterapeut

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá současným využitím reflexní terapie v praxi. Práce je rozdělena na dvě části: část teoretickou a praktickou. První část popisuje historii vzniku reflexní terapie do současného využití, přibližuje anatomické a fyziologické souvislosti, které jsou nezbytné k porozumění reflexní terapie, dále shrnuje indikace, kontraindikace použití reflexní terapie a její druhy. V závěru první části je popsáno nutné vzdělání a role všeobecné sestry v rámci reflexní terapie.

Praktická část bakalářské práce obsahuje informace získané pomocí kvalitativního výzkumu - prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a hodnotících škál. Pro výzkum byli zvoleni dva klienti se stejným problémem, a to s bolestí v oblasti kříže a jejím vlivem na pohybový aparát. Sledován je efekt léčby pomocí reflexní terapie a jejích přidružených metod, kdy je efekt hodnocen klientem pomocí hodnotících škál a průběžných rozhovorů. Výsledky léčby reflexní terapie jsou vyobrazeny pomocí grafů a shrnuty v diskuzi bakalářské práce. Bakalářská práce je příspěvkem pro všeobecné sestry a jiné nelékařské zdravotnické pracovníky, zároveň slouží jako zdroj informací pro laickou veřejnost.

Annotation

Surname and name: Červená Ivana

Department: Nursing

Title of thesis: Current using of the reflexology in practice

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 63

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 24

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 29

Keywords: reflexology – musculoskeletal system – client – reflective pad – alternative medicine – physiotherapist

Summary:

Bachelor thesis deals with current use of reflexology in practice. The work is divided into two main parts: theoretical and practical. Theoretical part describes the origin and development of the reflexology and the application of this method today. Deeply is described the relations of anatomical and physiological connection, which is very important for understanding of reflexology generally. The theoretical part summarizes also the indications and contraindications for the use of reflexology, mentions all the types of using method and the role of nurses within the therapy.

The practical part of the thesis contains information gained from qualitative research through semi-structured interviews with rating scales. For the research had been chosen two clients with the same backache problem and were observed in relation to treatment by reflexology methods. The Results of treatment is graphic illustrated and summarized in the discussion of the thesis. The work is helpful source of information for nurses and other paramedical staff, as well as for laic public.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 REFLEXOLOGIE	12
1.1 Historie a současnost	12
1.1.1 Historie	12
1.1.2 Současné využití.....	14
1.2 Anatomické a fyziologické souvislosti.....	15
1.3 Základy reflexní terapie	19
1.3.1 Tělní zóny.....	20
1.3.2 Vyšetření klienta, vlastní masáž a její průběh.....	21
1.3.3 Automasáž	23
1.3.4 Výhody a možnosti reflexní terapie.....	24
1.3.5 Reakce klienta a nežádoucí účinky.....	25
1.3.6 Indikace	27
1.3.7 Kontraindikace.....	28
1.4 Typy reflexní terapie.....	29
1.5 Úloha všeobecné sestry v rehabilitačním ošetrovatelství a její možnosti využití reflexní terapie.....	32
1.6 Vzdělávání v reflexní terapii.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
2 FORMULACE PROBLÉMU	35
3 CÍL VÝZKUMU	36
3.1 Dílčí cíle.....	36
3.2 Operacionalizace pojmů	36
3.3 Výzkumné otázky	36
4 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	37
4.1 Metoda	37
4.2 Výběr případu	37
4.3 Způsob získávání informací.....	38
5 ORGANIZACE VÝZKUMU	39
6 PRŮBĚH LÉČBY U KLIENTŮ S LUMBAGEM PŘI LÉČBĚ REFLEXNÍ TERAPIÍ40	
6.1 Klientka č. 1	40
6.1.1 Sběr anamnestických údajů a výpis z dokumentace.....	40
6.1.2 Rozhovory	42
6.1.3 Znázornění výsledků léčby na hodnotících škálách	47
6.2 Klient č. 2.....	52

6.2.1	Sběr anamnestických údajů a výpis z dokumentace.....	52
6.2.2	Rozhovory	54
6.2.3	Znázornění výsledků léčby na hodnotících škálách	59
7	SHRNUTÍ ROZHOVORŮ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI	63
8	DISKUZE	69
9	ZÁVĚR.....	72
LITERATURA A PRAMENY		
SEZNAM ZKRATEK		
SEZNAM GRAFŮ		
SEZNAM OBRÁZKŮ		
SEZNAM PŘÍLOH		

ÚVOD

Pohybová soustava je nejčastějším zdrojem bolesti v našem organismu proto, že představuje asi $\frac{3}{4}$ váhy lidského těla. Pohybový aparát je ovládán naší vůlí, a proto je vydán napospas našim rozmarům. Nemůže se proti zneužívání bránit ničím jiným, než tím, že nám působí bolest. Z toho vychází, že bolest naše tělo varuje před škodlivou činností nebo funkcí. Právě proto je porucha funkce nejčastější příčinou bolesti s původem v pohybové soustavě. V tomto případě je vhodné využít léčbu metodami reflexní terapie.

Reflexní terapie neboli reflexologie je jedna z nejúčinnějších a nejstarších metod alternativní medicíny. Reflexní terapie se snaží propojit dva hlavní směry, které se odrážejí v reflexologii. Jeden směr je Jančův, kde jde o alternativní medicínu založenou na empirii (zkušenostech), která není podložena vědeckými studiemi a důkazy. Druhý směr je Lewitův, který je založen pouze na vědeckém poznání, systematickém studiu funkce struktury, řízení a poruch. Reflexní terapie působí na organismus celkově. Její použití je jak diagnostické, tak i terapeutické. Dnes se využívá nejen masáže a terapie reflexních plošek nohou, ale i zad, šíje a rukou. Empirie je vlastně prvním krokem k poznání a věda je druhým krokem, který slouží k utřídění, pochopení a vysvětlení empirických zkušeností a poznatků.

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Současné využití reflexní terapie v praxi“. S reflexní terapií jsem se poprvé setkala osobně, když jsem měla dlouhodobé bolesti zad a hlavy. Terapeut mě vyšetřil jednotlivé plošky na nohou a poté provedl uvolnění krční páteře a zad pomocí reflexních bodů. Protože mně tato metoda pomohla a bolesti hlavy ustaly, začala jsem se o tuto terapii zajímat více. Absolvovala jsem několik kurzů reflexní terapie se získáním certifikátu a obohatila se o znalosti a zkušenosti ohledně této metody, kterými jsem také mohla pomoci svým blízkým. A také proto si myslím, že tato metoda si zaslouží více pozornosti, než se jí dostává. Svoji prací bych chtěla poukázat na pozitivní vliv reflexní terapie a jejích metod u klientů s omezením funkce pohybového aparátu.

První část popisuje historii vzniku reflexní terapie do současného využití, přibližuje anatomické a fyziologické souvislosti, které jsou nezbytné k porozumění reflexní terapie. Dále shrnuje indikace a kontraindikace použití reflexní terapie, její druhy a v závěru popisuje nutné vzdělání a roli všeobecné sestry v rámci reflexní terapie.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký efekt má reflexní terapie u klientů s bolestí zad v oblasti kříže.

Informace jsou získávány pomocí kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a hodnotících škál. Pro výzkum byli zvoleni dva klienti se stejným problémem, a to s bolestí v oblasti kříže a jejím vlivem na pohybový aparát. Sledován je efekt léčby pomocí reflexní terapie a jejích přidružených metod, kdy je efekt hodnocen pacientem pomocí hodnotících škál a průběžných rozhovorů.

Rozhovory s klienty byly rozděleny do třech časových období a probíhaly v klidném a příjemném prostředí. První rozhovor byl proveden při zahájení léčby, druhý sedmý den léčby a konečný rozhovor po třech týdnech, kdy byla ukončena ambulantní léčba na rehabilitačním oddělení ve Stodské nemocnici a.s. Po ukončení každého rozhovoru byly s klienty vyhodnoceny stanovené škály.

Výsledky léčby pomocí metod reflexní terapie jsou vyobrazeny pomocí grafů a shrnuty v diskuzi bakalářské práce. V diskuzi jsou také vyhodnoceny stanovené cíle.

Bakalářská práce je příspěvkem pro všeobecné sestry a jiné nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří tuto alternativní medicínu mohou využít ve své praxi. Zároveň může tato práce sloužit jako zdroj informací pro laickou veřejnost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 REFLEXOLOGIE

1.1 Historie a současnost

V následujících podkapitolách bude popsán vznik reflexní terapie s jejími kořeny ve světě a v České republice. Budou zde představeny nejznámější osobnosti v souvislosti s reflexní terapií. Také zde budou uvedeny možnosti současného využití reflexní terapie v praxi.

1.1.1 Historie

Reflexní terapie patří mezi nejstarší používanou přírodní léčebnou metodu, která se objevila v třetím tisíciletí před n. l. na různých místech zeměkoule současně. První doložitelné zmínky najdeme na nástěnné malbě v hrobce egyptského lékaře, kde je jednoznačně znázorněná masáž plosky nohy. Do Evropy se tato metoda dostala z Číny, kde si známý sochař Cellini nechával všechny bolesti ošetřovat mačkáním prstů na nohou i rukou (1, s. 15).

Princip reflexní terapie popsal americký lékař William Fitzgerald, který rozdělil lidské tělo na deset podélných zón a oblastí a své znalosti předával dál. Eunice Inghamová, americká masérka poté metodu rozpracovala a své zkušenosti zkoncentrovala na malou plošku chodidla, vynalezla speciální metody přitlaku a upravila je do dnešní podoby. Tato žena také vedla a organizovala učební kurzy reflexologie. Její zásluhou byl v Americe v roce 1974 založen Mezinárodní institut reflexologie (1, s. 16; 2).

Rozšíření této metody do Evropy je zásluhou masérky Hany Marquartové, která na základě vědomostí a zkušeností zavedla kurzy, které se ujaly v zemích Evropy, jako je Rakousko, Švýcarsko, Velká Británie a postupně reflexologii šířila dále po Evropě. V roce 1976 napsala knihu „Ovlivňování reflexních zón na chodidle“ (1, s. 16).

Vyvrcholení práce a rozvoje v oblasti reflexní terapie bylo zaznamenáno v červenci roku 1990, kdy proběhla celosvětová konference organizace SWO – SHR HEALTH (reflexologie) v Tokiu (1, s. 17; 2).

V České republice reflexní terapii rozšířil Ing. Jiří Janča CSc. (*1924 – †2005), terapeut alternativní medicíny, který vycházel ve své praxi z nové techniky reflexní terapie,

kteřá využívá reflexní zóny lidského těla k diagnostice tělesných nemocí. Janča se s alternativní medicínou v podobě akupresury poprvé seznámil na vlastní kůži ve chvíli, kdy mu šlo o život. Stalo se to na konci roku 1944 v době německé ofenzívy v Ardenském lese na západní frontě druhé světové války. Měl podélný průstřel levé paže. Američané, ke kterým se Janča dostal, s útokem nacistů nepočítali, tudíž jim chyběla anestetika. Jiří Janča ve své knize vypráví: *„Doktor mi německy řekl, že si mám vybrat: buď se rychle opiju špiritusem, nebo mi do krku vbodne jehličku a nebude mě to bolet. Ztratil jsem hodně krve a musel jsem se rychle rozhodnout. A vybral si tu jehličku“* (3; 4, s. 4).

Operace trvala celkem dvě hodiny a Janču nejenže nic nebolelo, dokonce mohl probírat s lékařem, kam přiložit roztržštěné kousky kosti a poté jak zašít ránu. Pro dvaadvacetiletého mladíka to byl zážitek na celý život a díky tomu si postupně osvojil desítky oborů celostní medicíny. Vyvinul mnoho postupů, pomocí nichž úspěšně léčil. Janča vycházel ze skutečnosti, že jednotlivé orgány lidského těla jsou přeneseny do určitých bodů a zón na chodidle. Ve své skoro padesátileté praxi využíval znalosti ze svých letitých studií a z jeho vlastních dlouholetých zkušeností z praxe. Mezi nejúspěšnější dílo této české legendy patří kniha s názvem *„Reflexní terapie – Tajemná řeč lidského těla“*. Shrnuje všechny autorovy zkušenosti, které jsou založeny na empirii, tedy nejsou podloženy vědeckými důkazy a studiemi (2; 3; 4 s. 4).

Prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc. (*25. 4. 1916), neurolog, je považován za zakladatele moderní funkční diagnostiky, léčby vertebrogenních onemocnění a manuální reflexní terapie v bývalém Československu. V roce 1948 začal experimentovat s ruční trakcí (pasivní procedura, při které se působením mechanické síly vyvolává centrifugální tah v ose páteře, kořenovém kloubu nebo v ose končetiny) a poté v roce 1951 s manipulační léčbou. Později založil spolu s doc. Karlem Obrdou Společnost pro myoskeletální medicínu, kde vyučoval od manipulačních technik, až po myoskeletální medicínu. Prof. MUDr. Lewit DrSc. vyučoval v mnoho dalších zemích jako je Bulharsko, NDR, Polsko a také v bývalém SSSR, kde vyškolil instruktorské sbory. Lewit je autorem mnoha publikací. Jeho nejslavnější kniha *„Manipulační léčba v myoskeletální medicíně“* je přeložená do několika světových jazyků a její název prošel několika změnami (5 s. 21; 6).

Lewit vycházel ve své praxi z myšlenky, že manipulační léčba je účinnou terapeutickou metodou, sloužící k normální funkci pohybové soustavy. Předmětem této metody je omezená pohyblivost kloubních nebo pohybových segmentů páteře.

Manipulační léčba obnovuje pohyblivost a umožňuje klientovi vrátit se do neutrální polohy. První a nejčastější příčinou funkčních poruch, blokád a častých recidiv je chybný stereotyp následkem nerovnováhy mezi svalovými skupinami a statického přetěžování. Bolest je nejčastějším varovným příznakem funkční poruchy pohybového aparátu, která by měla být řízena do doby, než způsobí morfologickou (trvalou) změnu. Blokáda v kloubu, zvláště v pohybovém segmentu souvisí s reflexními změnami v daném segmentu. Při omezení pohybu dochází ke zvýšenému svalovému napětí a vzniku "Trigger pointu" (spoušťového bodu), který je nejvýznamnější změnou, jelikož může sám znehybnovat kloub a tím výrazně omezovat pohyb. Tyto body jsou dobře hmatatelné ve svalu a nacházejí se v tzv. svalových řetězcích. V důsledku toho svalové řetězce ovlivňují funkci svalů v průběhu celého těla. Proto je důležitá souhra svalů tzv. agonistů (svaly, které spolu spolupracují při vykonávaném pohybu např. ohnutí paže) a antagonistů (svaly, které jsou "protihráči" – jeden napíná, druhý ohýbá). Postupem času bylo zjištěno a prokázáno spojení mezi napětím svalů a jeho obalem - fascií. Lewit na to navázal s teorií, jak omezení pohyblivosti kloubu nebo páteře souvisí s těmito Trigger pointy a jak je cílenou manipulací odstranit a obnovit tím samovolnou hybnost určitého segmentu. Základem Lewitovy práce jsou vědecky podložené závěry a studie (5, s. 28-30; 6).

Prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc. zemřel pokojně ve čtvrtek 2. října 2014 v klidu svého domova v požehnaném věku 98 let (6).

1.1.2 Současné využití

Reflexní terapie se používá především jako diagnostická, terapeutická a preventivní (kontrolovatelná) metoda. Správné provedení reflexní terapie je kontrolováno efektem, který je okamžitý, má velký význam při akutních potížích, bolestech, a také pro okamžitou pomoc. Postupy léčby reflexní terapie je možné měnit, opravovat a doplňovat s cílem postupného až úplného odeznění příznaků určitých potíží. Reflexní terapii lze použít u všech věkových kategorií v každém stádiu zdraví nebo nemoci. Tato metoda snižuje napětí ve svalech a ostatních tkání, zlepšuje prokrvení orgánů, ovlivňuje správnou funkci nervového systému a pomáhá obnovit rovnováhu mezi tělesnými funkcemi.

Nelze říci, že reflexní terapie je metoda naprosto bezpečná bez možnosti vzniku nežádoucích účinků. Například v akutních stavech jako jsou srdeční arytmie, kolikovitá bolest, bolesti na hrudi koronárního původu (ischemie), intenzivní bolestivé stavy pohybového aparátu může mít reflexní terapie i negativní dopad, kdy můžeme nešetrným

podnětem stav výrazně zhoršit. V těchto případech je šetrnost použité stimulace, rozvaha o lokalizaci použití podnětu a jeho intenzitě nezbytná. V tomto případě platí pravidlo, že méně je více. Při pochopení této metody lze uplatnit terapii samopomocí i v domácím prostředí. (1, s. 11-13; 7, s. 130).

1.2 Anatomické a fyziologické souvislosti

Somatická a viscerální oblast těla

Lidský organismus tvoří stavební a funkční celek. Tělo bývá rozdělováno na dvě základní části – somatickou (tělesnou) a viscerální (orgánovou). Soma (tělo) představuje tělesnou schránku, kterou tvoří pohybový aparát (kosti, klouby, svaly), podkoží a kůže. Hlavní funkcí tělesného obalu je schopnost bránit tělo proti vnějším vlivům a ochránit jeho vnitřní orgány. Viscera (vnitřní orgány) jsou útroby chráněné a kryté somatickou schránkou. Mezi viscera řadíme mozek, orgány dutiny hrudní, břišní, pánve a také cévy, které jsou považovány za vnitřní orgány v končetinách a které mohou změnou svého průsvitu s následným snížením prokrvení tkáně způsobit viscerální bolest v končetinách (8, s. 5).

Nervový systém je nejvýše postaveným řídicím a integrujícím systémem v organismu, který slouží k zachycení a zpracování podnětů působících na organismus a k zajištění jejich odpovídající reakce. Zasahuje do činnosti všech orgánů a tím koordinuje činnost jednotlivých orgánů a celého organismu. Nervová soustava je tvořena sítí specializovaných nervových buněk – neuronů, které jsou základní složkou nervové soustavy. Neurony se skládají z těla a nervových vláken (axon a dendrity). Jejich připojení zajišťují synapse, které slouží k přenosu vzruchu mezi dvěma neurony. Podněty jsou přijímány senzitivním systémem - receptory ve smyslových orgánech (exteroreceptory) nebo ve vnitřních orgánech a tkáních (proprioreceptory). Informace přenáší prostřednictvím kódovaných signálů (vzruchů) nervovými vlákny do centra, kde je zpracují a výstupní informace převádí opět ve formě vzruchů nervovými vlákny na výkonné orgány – svaly, srdce a žlázy (9, s. 207).

Řídící částí nervového systému je mozek a mícha, označující se jako centrální nervový systém (CNS). Mícha je dělena na funkční jednotky, tzv. míšní segmenty, kde z každého segmentu vystupují z každé strany dva svazky nervových vláken – přední a zadní kořen (radix anterior a radix posterior). Přední kořen obsahuje vlákna motorická,

zadní kořen vlákna senzitivní. Uvnitř páteřního kanálu se oba kořeny spojují v míšní nerv, který prostupuje meziobratlovým prostorem (foramen intervertebrale) a vystupuje jím z páteřního kanálu. Foramen intervertebrale je důležitým klinickým místem, ve kterém se kromě míšního nervu nacházejí cévy a další tkáně. Proto zde může snadno dojít k mírnému podráždění míšního nervu a vzniku tzv. iritačních příznaků kořenového syndromu. Dochází k bolesti v kořenové oblasti, svalovému hypertonu v inervované oblasti míšním nervem, změnám v prokrvení a potivosti. V těžším případě přestávají nervová vlákna vést signály, nerv je tzv. utišený. Z tohoto důvodu dochází ke vzniku příznaků zániku kořenového syndromu. Mezi příznaky patří snížená citlivost (hypestezie) až necitlivost (anestezie) kůže, snížená až úplná ztráta svalové síly a snížení nervových reflexů (hyporeflexie) nebo jejich úplná ztráta (areflexie). Nejčastějšími příčinami zúžení meziobratlové ploténky je výhřez ploténky, kostěné výrůstky (osteofyty) a blokády obratlů. Po výstupu z páteře se míšní nerv dělí na přední a zadní větev. Přední větve tvoří nervové pleteně a zadní větve jsou uspořádané segmentově (netvoří pleteně). Každý segment směřuje dozadu ke kůži kolem páteře, přičemž inervuje příslušnou část páteře. Pomocí motorických a senzitivních vláken řídí každý míšní segment svou kořenovou (radikulární) oblast, kam patří dva sousední obratle, mezi nimiž míšní nerv opouští páteř, kosti, klouby a svaly, podkoží kořenové oblasti a kůži. Pokud míšní segment obsahuje centra parasympatická nebo sympatická, řídí vnitřní orgán nebo jeho část a cévy. Pruh kůže patřící ke kořenové oblasti se nazývá dermatom. Na končetinách jsou dermatomy orientovány spíše podélně (longitudinálně) – ve směru dlouhé osy, na trupu horizontálně. Především na končetinách je znalost průběhu dermatomů velice důležitá, jelikož podle přítomné bolesti se dá předem určit, kterého pohybového segmentu páteře se porucha týká. CNS je oboustranně propojen s periferií organismu pomocí periferních nervů. Periferní nervový systém se skládá ze dvou hlavních částí: somatického nervového systému, který je pod naší vědomou kontrolou a autonomního (vegetativního) systému, který pod vědomou kontrolou není (8, s. 11-13).

Somatický nervový systém má dvě funkce. Pomocí smyslových orgánů shromažďuje informace ze zevního prostředí. Vjemy z receptorů jsou poté předávány smyslovými nervovými vlákny do CNS. Další funkcí je přenos impulsů motorickými vlákny do kosterních svalů, které podněcuje k pohybu. Somatický nervový systém obsahuje motorická vlákna opouštějící CNS. Vystupují z mozku, z prodloužené míchy a míšními nervy podél celé páteře. Dráhy těchto vláken končí na povrchu svalových vláken

kosterních svalů, kde jsou ukončeny nervově – svalovou ploténkou. Tyto vlákna způsobují volné a mimovolné kontrakce a plní příkazovou složku řízení. Somatický nervový systém dále obsahuje také senzitivní vlákna vedoucí informace z receptorů z jednotlivých tkání, především vaziva, které informace vedou ze somatické oblasti do CNS zpětnou vazbou, kde informují mozek o situaci na periférii. Sděluje nám informace, zda příkazy vyslané přes somatická motorická vlákna byly nebo nebyly vyplněné. Receptory jsou zdrojem všech informací pro CNS. V lidském těle se nachází velké množství různých typů receptorů. Nejvýznamnější jsou receptory v kloubu, ve svalu, v kůži a ve vazivové tkáni, která je všudypřítomná, tudíž představuje nejrozsáhlejší a nejdůležitější informační systém. Tyto receptory jsou zdrojem tzv. propioceptivní informace (signálu z pohybového aparátu). Vlivem všech těchto čidel lze vnímat polohu (polohocit), pohyb (pohybocit) a svalovou sílu (silocit) (8, s. 6-8).

Viscerální (vegetativní, autonomní) nervový systém

Autonomní systém, který nelze ovlivnit, se naší vůlí podílí na udržování automatických funkcí orgánů (např. srdce, plíce, střeva apod.). Je složen z motorických vláken, která tvoří spojení mezi míchou a svaly. Autonomní systém se dělí se na dvě části, a to sympatický a parasympatický systém. Obě části se liší svými účinky, mediátory a místem odstupu z CNS. Sympatikus – systém thoraco-lumbální připravuje „k akci“ (zrychlení srdeční činnosti) a parasympatikus – systém kranio-sakrální umožňuje organismu střídat energii (snížení krevního tlaku). Oba tyto systémy se doplňují a pro správnou funkci organismu je nutná jejich souhra. Mediátorem sympatiku je noradrenalin a parasympatiku je acetylcholin. Většina hladké svaloviny je inervována sympatikem i parasympatikem. Ústředí sympatiku se nacházejí výhradně v míše, ve všech hrudních (Th1-12) a v prvních třech bederních (L1-3) segmentech. Ústředí parasympatika jsou dvě. Jedno se vyskytuje v oblasti mozkového kmene a druhé v okolí křížové míchy (S2-4). Viscerální sympatická inervace vstupuje do končetin, šíří se po povrchu tepen a tím ovlivňuje jejich prokrvení. Zdrojem inervace horních končetin je hrudní mícha (segmenty Th2-7) a dolní končetiny inervuje přechod hrudní a bederní míchy (Th10-12). Viscerální vlákna motorická se z CNS šíří do těla jinými cestami než somatická vlákna. Na rozdíl od somatického motorického vlákna, které postupuje bez přerušení z CNS až po konkrétní svalové vlákno, jim v cestě stojí ganglia (nervové uzliny), v nichž informace přeskočí přes synapsi na další nervovou buňku. CNS spojuje s útrobní svalovinou (efektorem) dvě či více nervových buněk, které vedou k velké difúzi signálu a tím je umožněna například

peristaltika střevní stěny. Vlákna sympatická a parasympatická z křížové míchy opouštějí míchu a poté páteř, kde se podél tepen nebo hustými pleteni dostávají na konkrétní místo. Pomocí čtyř hlavových nervů (III. - n. oculomotorius, VII. - n. facialis, IX. - n. glossopharyngeus a X. - n. vagus) se do těla šíří parasympatická vlákna z oblasti mozkového kmene. Viscerální senzitivní vlákna začínají receptory, které se vyskytují ve vnitřních orgánech těla, včetně cév, kde se sledují tělesné funkce (tlak krve, frekvence srdce apod.) a hodnoty látkové výměny (metabolismu), kde se sleduje koncentrace různých látek v krvi apod. Senzitivní vlákna se vrací z receptorů zpět do CNS, do oblasti, odkud vyšla motorická vlákna (8, s. 9).

Dalším informačním systémem je systém vazivově svalový. Vazivo obsahuje velké množství receptorů, které monitorují napětí v jednotlivých strukturách a jeho změny (rychlost změn napětí, směry tlaků a tahů). Reakce na informace dodané do CNS je realizována svalovým systémem. Vazivo je senzorem a sval efektoem (5, s. 32).

Nervové propojení viscerální a somatické oblasti

Uvnitř CNS se pomocí nervových vláken propojuje viscerální a somatická oblast těla. Interneurony jsou považovány za rozhodující nervové buňky, které zprostředkovávají přenos vzruchů z vegetativního do somatického nervového systému a obráceně. Síť interneuronů zpracovávají informace a jejich výsledek je přepojen na somatickou a viscerální motoriku. Tato propojení jsou základem pro viscerovertebrální a vertebroviscerální vztahy. Viscerovertebrální vztah vysvětluje příčinu ve vnitřním orgánu, kde dochází k strukturální nebo funkční poruše. Podrážděné receptory orgánu vedou informaci přes viscerální nervová vlákna do CNS a předají ji interneuronům, které ji po zpracování předají oběma motorickým systémům. Viscerální motorikou je v poškozeném orgánu a cévách zásobujících orgány krví ovlivněna útrobní svalovina (8, s. 10).

Somatickou motorikou dochází k hypertonu kosterních svalů v místě stejného segmentu nervového systému, který souvisí s poškozeným orgánem. Rehabilitační léčba v daném případě problém nevyřeší, pouze uleví od potíží. Pokud nedojde k vyléčení orgánu, potíže se budou stále vracet. Bolesti doprovázející klienta v končetinách jsou způsobené nemocí vnitřních orgánů, tedy viscerovertebrálními vztahy. Vertebroviscerální vztah má příčinu v pohybovém aparátu. Je dán špatnou funkcí, která je zaznamenána receptory v příslušné oblasti. K interneuronům vedou informaci somatická senzitivní

vlákna. Interneurony informaci zpracují a vyšlou signál k somatické a viscerální motorice. Somatická motorická vlákna v poškozené části uvedou do hypertonu příslušné oblasti. Útrobní svalovinu v daném orgánu ovlivňují viscerální motorická vlákna. V souvislosti s dysfunkční oblastí pohybového aparátu zde dochází ke změně prokrvení v cévách daného orgánu. Výsledkem je změna funkce orgánu a bolesti v jeho oblasti. Typické jsou falešné infarkty myokardu, kdy po kompletním vyšetření klienta je konstatováno, že srdce je v pořádku a klientovi je doporučena rehabilitační léčba hrudní páteře, pomocí které můžeme klienta potíží rychle zbavit (8, s. 10,11).

1.3 Základy reflexní terapie

Základním principem reflexní terapie je existence reflexního oblouku mezi periferní tkání a CNS. Reflexní oblouk se skládá z: periferního receptoru – dostředivé (aférentní) dráhy – míšního segmentu – odstředivé (eferentní) dráhy – efektoru (periferní tkáň). Reflexní terapie je neinvazivní metoda používající zvláštní manipulace s různými stupni tlaku na kterémkoliv místě povrchu lidského těla. Například reflexní masáž, která pracuje s reflexními body má například sestavu šíjovou, bederní apod. Základy reflexní terapie vycházejí z poznatků, že se na všech zakončeních lidského těla nacházejí reflexní plošky, které odpovídají daným orgánům nebo oblastem těla, kde se zároveň nacházejí nervová zakončení. Z toho vyplývá, že na chodidle jsou reflexní plošky všech orgánů lidského těla, což není zcela přesné. Informace z určité lokality na plosce jde do centra několika cestami. Je ovlivněna řadou dalších informací, kde po jejich vyhodnocení vytvoří podklady pro výslednou odpověď organismu v konkrétní lokalitě. Maximum informací z plosky se dostává do CNS třemi míšními segmenty: L5 (centrální pruh plosky), L4 (tibiální hrana), S1 (fibulární hrana). Druhá cesta informací a odpovědí je pomocí autonomního nervového systému a třetí cestou je systém vazivově-svalový. Umístění, tvar a velikost plošek na plosce nohy je dán obdobnými parametry jako na lidském těle. Tělo je jako celek stroje, ve kterém všechny jeho části musí pracovat společně, aby udržely rovnováhu požadovanou k maximálnímu efektu. Jestliže je tato rovnováha narušena z jakéhokoliv důvodu, pak jednotlivé části budou působit méně efektivně. Pokud dojde k bloádě způsobené stresem, zraněním nebo nemocí v jedné části, zbytek těla vyvažuje a pracuje vytrvaleji k dosažení rovnováhy. Pokud orgán zablokuje energii oběhu, blok se šíří do okolních tkání a eventuálně do zbytku těla. Postižená část se projeví zvýšenou citlivostí reflexních bodů na plosce nohy. Po jejich

stimulaci nervový systém vyšle do mozku určitý signál a vyvolá určitou zpětnou reakci, která může být zrychlená, zpomalená nebo opožděná. Po opakovaném působení reflexní terapie se mění buněčná paměť, funkce se obnovuje a současně vymizí citlivost reflexních bodů. Tím můžeme vytvořit nikdy nekončící rovnováhu cílením na zablokovaný orgán a nedovolit blokovat zbytek těla. Ke správnému použití reflexní terapie je třeba znát postup, díky kterému se potřebné reflexní plošky najdou a jak se jimi působí na funkce určitých orgánů. Reflexologie stimuluje nervový systém, detoxikuje organismus, pečuje o úlevu od bolesti, vyvažuje energii a předchází problémům, jež se mohou vyskytnout (9, s. 212; 10, s. 16; 11, s. 38; 12, s. 3; 13, s. 5).

1.3.1 Tělní zóny

Zónová terapie je základem moderní reflexní terapie, podle které terapeuti vyvíjejí přítlak nebo masírují na konkrétní části chodidel, stimulují krevní oběh a nervové impulsy, aby přes tělní zóny zlepšili klientovo zdraví. Princip energetických zón onemocnění je taktéž jako oživení energetických drah znám po staletí. Harry Bond Bressler, který se zabýval možností léčení orgánů masírováním bodů, ve své knize *Zone Therapy (Zónová terapie, 1995)* uvádí: „*Tlaková masáž byla dobře známá v zemích střední Evropy a provozovala ji jak dělnická třída, tak lékaři, kteří léčili vladaře a příslušníky horních vrstev.*“ (14, str. 16)

Terapii zón objevil koncem devatenáctého století William H. Fitzgerald. Vyšel z předpokladu, že lidské tělo se dělí na deset podélných zón. V roce 1970 rozšířila tuto terapii H. Marquartová na základě získaných zkušeností o tři horizontální linie, které vyznačují tři horizontální zóny na lidském těle. Svislé zóny neboli pruhy jsou od sebe stejně vzdálené a vedou od hlavy, přes končetiny až po konce prstů na rukách a nohách, tedy překrývají všechny orgány a oblasti těla. Střed lidského těla, které je tvořené deseti svislými pruhy, představuje hranici, která ho dělí na dvě stejné poloviny. Z toho plyne, že každá polovina obsahuje pět stejných svislých pruhů, které jsou číslovány od jedné do pěti na každé straně páteře. Vodorovně se tělo dělí myšlenými liniemi na tři oblasti. První linie prochází ramenním pásem a zahrnuje hlavu, krk a část ramen nad klíčními kostmi. Druhá linie je na spodní části ohraničena spodním okrajem hrudníku a nahoře první linií. Obsahuje orgány hrudníku a horní části břicha. Třetí linie zahrnuje spodní část břicha a pánve, dole je ohraničena okrajem pánve a nahoře linií druhou. Do této oblasti řadíme všechny orgány spodní části břicha a pánve. Vzhledem k tomu, že chodidla

zobrazují celé lidské tělo, jsou též rozděleny na deset svislých pruhů a tři části vodorovné (příloha č. 1). Pomocí teorie zón je možné vysvětlit spojení mezi reflexní oblastí nohou a odpovídající částí těla. Umožňuje představit si spojitost mezi ošetřením reflexního bodu v dané oblasti jedné zóny se stavem různé části těla ležící v této zóně. Každý chorobný stav přerušuje proud energie v dané zóně, čímž se naruší zdravá funkce částí těla podél této zóny. Tyto tělní zóny, které popisují spojitost mezi určitými tkáněmi a orgány jsou založeny na empirických zkušenostech (11, s. 38).

1.3.2 Vyšetření klienta, vlastní masáž a její průběh

Vlastní provádění masáže se všeobecně považuje za „obyčejné tlačení rukou nebo prsty“. To je však omyl a je třeba se ho vyvarovat. Vlastní provádění masáže (technika masáže) je pro efekt reflexní terapie rozhodující. Za normálních okolností je lidské tělo v pohybu trojdimenzionální. Z toho vyplývá, že i pohyby kloubů jsou trojdimenzionální. V lidském organismu probíhají jak fyziologické, tak patologické děje. Anatomická struktura kloubu určuje, zda pohyb bude probíhat jen podle jedné, dvou nebo tří os. Pokud se klouby pohybují dvojdímenzionálně, znamená to, že jsou v určitém směru i rozsahu blokovány a nejsou tudíž v pořádku. To platí pro všechny klouby těla. Provádění reflexní terapie musí odpovídat této skutečnosti, proto všechny pohyby musí být plynulé, volné a musí respektovat stav ošetřované tkáně (1, s. 33).

Palec má mezi prsty, zejména na ruce, dominující význam a postavení. Může plynule respektovat požadavek kolmého přítlaku do měnící se masírované tkáně i s jejím podkladem, protože je jako jediný trojdimenzionální. Palec je schopen vyvinout největší tlak, ostatní prsty slouží jako opora. Každý přítlak má dvě fáze. Impuls k aktivaci začíná ve středu ruky (v dlani), která je zásobníkem energie, odkud jsou zásobeny všechny prsty. Konce prstů fungují jako sonda přivádějící energie z místa masáže do reflexní plošky. Přitlačovaný palec se uvolněně a šroubovitým pohybem propracovává do hloubky tkáně a přidává na přítlaku až do maximální intenzity po náležitě zakřivenou polohu základního kloubu palce. Postupně probíhá i pasivní postup, kdy se působí z hloubky tkáně na povrch pokožky se současným uvolňováním palce. Pohyby se cyklicky a systematicky opakují, přičemž palec se přemísťuje v odstupech podle velikosti ošetřované plošky. Přesun by měl být harmonický a ne větší, než o pár milimetrů. Tím se zajišťuje harmonický a pravidelný přísun energie do místa bolesti. Přesun masírující ruky musí být vždy dopředu a v neustálém kontaktu s pokožkou, ovšem v některých speciálních případech je zpětný

pohyb možný, někdy dokonce i nutný. Pro postavení palce platí, že jeho přitlak a pohyby musí být hladké, plynulé, bez tvrdých a nárazových zásahů. Správným přitlakem palce se při relativně minimální síle dokáže vyvíjet maximální síla přitlaku a tím dosáhneme maximálního efektu (příloha č. 2) (1, s. 33).

Kvalitní provedení masáže u klienta vyvolá pocit, že danou plošku terapeut mačká nehtem i tehdy, kdy se nehtem nemačká vůbec z důvodu, že klient nedokáže vyhodnotit silnou bolest pociťovanou v poměrně malém místě. Je důležité upozornit klienta, že bolest může být velmi intenzivní i za ohleduplné provádění masáže. Základní hmat (přitlak) se bude řídit klientovým stavem, tedy i bolestivostí reflexních plošek, čímž se bude měnit nejen intenzita přitlaku, vlastní přitlak a způsob masáže (rytmus, tempo masáže). Zde platí pravidlo, že bolest nemá překročit hranici únosnosti, ale bez překonání bolesti nepřekonáme nemoc (1, s. 33).

Zdravá tkáň není při přitlaku bolestivá a míra bolestivosti tedy udává stupeň narušení normálního stavu. Stejný přitlak vyvíjí na různé reflexní plošky zcela odlišný účinek. Pro stejnosměrný efekt se doporučuje provádět masáže přerušovaně, čímž se tlak v tkáni vyrovná, stabilizuje se účinek a snižuje se bolestivost masírovaných míst (1, s. 35).

Nelze obecně určit délku rozsahu masáže, frekvenci a rytmus masáže, ale dle praktických zkušeností činí frekvence přitlaků u většího rozsahu masáže v průměru čtyřicet za minutu. Při krátkodobé masáži, prudké bolesti nebo první pomoci se daná ploška doporučuje mačkat plynule po dobu deseti až patnácti sekund, zatímco u uklidňujících masáží, kde se místo plošky spíše hladí, je frekvence malá s konejšivými pohyby a dochází k co nejmírnějšímu styku s reflexní ploškou. Pro volbu provádění masáže je rozhodujícím kritériem klientova reakce. Při správném provedení masáže dochází k okamžité odezvě. Pokud k ní nedojde místo je nesprávně určené nebo způsob masáže je špatný (1, s. 35).

Pro správné provedení reflexní masáže je důležité uložení a umístění klienta. Místnost, kde se vlastní masáž provádí, by měla být dobře větraná, světlá a hlavně teplá, protože po zásahu dochází k úbytku tepla a tím roste citlivost a klesá odolnost klienta. V místnosti by mělo být dostatek místa pro klienta i terapeuta. Nemělo by u klienta docházet k pocitu stísněnosti. Místnost musí obsahovat dostatečně široké a pohodlné lehátko nebo křeslo pro usazení či uložení klienta. V rámci možností by se mělo zamezit

rušivým vlivům a umožnit klientovi přísun pomůcek pro pohodlné uložení a uvolnění. Vhodné je mít příkrývku nejen kvůli ztrátě tepla, ale pro snadnější uvolnění chodidla a dodání pocitu ochrany klienta. Důležité je, aby měl klient uvolněné všechny těsné a tlačící části oděvu z důvodu intenzivního prokrvování různých částí těla, které by mělo probíhat bez omezení (1, s. 39).

Významnou součástí je oční kontakt mezi klientem a terapeutem z důvodu regulace intenzity a působení masáže. Zároveň se vyvíjí vzájemný pocit důvěry, který je velmi důležitý pro průběh terapie. V průběhu masáže je důležité uložení nohou tak, aby jejich svaly byly uvolněné. Jejich napětí negativně ovlivňuje průběh masáže. Vzdálenost mezi terapeutem a klientem by měla být na délku terapeutova předloktí, což dává klientovi možnost v nadměrné bolesti uhnout. Klient by měl klidně a rovnoměrně dýchat, neboť v takovém stavu terapii lépe vnímá (1, s. 39).

Terapeut navazuje rukama bezprostřední kontakt s klientovými nohama tím, že na začátku provede spíše hladící pohyby, aby získal přehled o stavu statiky chodidla, tkáně a jejího napětí, pokožky chodidla a teplotě pokožky, která může být v každém místě rozdílná. Při první masáži se prohmatá celé chodidlo, tedy všechny reflexní zóny. Při zjištění odchylky od normálu se maximálně vyhodnotí daná abnormalita, podle které se upraví celý průběh ošetření. Během masáže jsou obě ruce v kontaktu s klientem, přičemž jedna ruka pracuje a druhá vede energii. Podle reakce reflexních plošek se určí jejich pořadí při masáži, čímž se stanoví určitý systém, který by se měl dodržovat. Ošetřují se obě chodidla. Délka první masáže trvá obvykle čtyřicet až padesát minut. Při systematické terapii, zejména u orgánů se sníženou funkcí (hypofunkcí) se doporučuje stanovenou dobu masáže rozdělit do co největšího počtu dílčích masáží. Efekt rozděleného času masáže je maximální, jelikož orgán by po jednorázové masáži opět „usnul“ a takhle je nucen pracovat (1, s. 40).

1.3.3 Automasáž

Komplexní kvalitní reflexní terapii zajistí jen zkušený patřičně školený, profesionální terapeut. Vyžadují se od něho logicky širší znalosti i mimo samotnou reflexní terapii (základy anatomie, fyziologie a patologie), která je schopna pomoci při všech potížích. To neznamená, že jednotlivec si nemůže pomoci sám při přesně určité dílčí potíži, pokud má dostatek informací. Musí se vzít v úvahu fakt, že účinek reflexní terapie je dvojitý: energetický a mechanický. Energetický je ten, kde druhá osoba přispěje k vyrovnání

energetické nerovnováhy v situacích, u nichž je vyrovnání nutné. Zde má automasáž efekt buď minimální, nebo také žádný. U mechanického účinku je hlavním funkčním prvkem jen přítlak a vzniklý impuls, který je původcem efektu. V tomto případě je automasáž účinná dostatečně, ale ne tak úplně, protože dosažitelnost určitých reflexních plošek není ideální pro automasáž a člověk si sám nerad dělá nějakou bolest. V každém případě by měl způsob a rozsah masáže určovat ten, kdo má dostatečné znalosti reflexní terapie a je schopen provést určitou instruktáž. Automasáž je tedy nejen možná, ale někdy dokonce i nutná. Skutečná samo-masáž se dá provádět jen omezeně, jelikož je ovlivněna několika okolnostmi: samo-masáž se používá spíše pro prevenci a první pomoc v případech nouze, musí se ale počítat s omezeným působením, protože sám sobě člověk nemůže energii brát ani předávat. Dále platí, že masáž může působit pouze tehdy, umí-li se klient uvolnit a překonat svůj podvědomý odpor při působení bolesti na sobě. Také posuzování léčebných výsledků není často objektivní a klientova ruka na vlastním těle (chodidle) jen omezeně zjistí odchylky od normálu. Většinou nejde dodržet rozsah masáží, jelikož ruka a tělo se v nepřirozené poloze lehce unaví, a ani při nejlepší vůli není klient schopen správně vyhodnotit možné reakce. V podstatě není důležité, kdo má masáž provádět, ale hlavní je, aby se prováděla (1, s. 43).

1.3.4 Výhody a možnosti reflexní terapie

Výhoda reflexní spočívá v tom, že pracuje s tělem jako s uceleným systémem a zároveň respektuje zákonitosti a vztahy jeho fungování. Další výhodou je, že i laik po odborné instruktáži a zaškolení dokáže provádět některé stimulace sám na sobě mezi jednotlivými sezeními s terapeutem denně doma a tím zefektivnit její účinek. Další výhodou reflexní terapie je okamžitý efekt, cílená léčba se zaměřením na určitý orgán a jejich části. Zóny reflexní terapie jsou důležité při stanovení onemocnění, kde jejich výhodou je nalezení spojitosti mezi jednotlivými diagnózami, čímž se urychlí léčba. Také umožňuje rychle zmírnit jakoukoliv bolest. Reflexní terapie je metoda nesoucí znaky jednoty a komplexnosti. Přesto můžeme využít dvě základní možnosti: reflexní diagnostiku a reflexní terapii (2, 15, 16).

Reflexní diagnostika je velmi spolehlivá, jelikož v reflexních zónách se okamžitě promítá veškeré dění v člověku. Proto je třeba znát, kde mají orgány a části těla odpovídající reflexní plošky a během pár minut se zjistí, kde jsou slabá místa v těle. Jistotu v reflexní diagnostice lze získat jen dlouhodobým trpělivým učením a praxí. Reflexní

diagnostika je potřeba pro samotnou reflexní terapii, abychom mohli klientům namalovat na chodidla místa, která si budou mačkat (2, 15, 16).

Reflexní terapie je organizované působení na reflexní plošky, které obvykle trvá 5-45 minut a má určitou koncepci a cíl. Vždy by měla obsahovat tyto základní momenty: sendvičový hmat (seznámení s chodidly), nepřímé uvolnění krční páteře a ramenních pásů, samostatné cílevědomé působení na reflexní plošky, celková harmonizace prostřednictvím univerzálních bodů, odvedení reflexní terapií uvolněných zplodin (odlymfování) a vyrovnávací hmaty (2, 15,16).

1.3.5 Reakce klienta a nežádoucí účinky

Při správném provádění reflexní terapie dochází často k nejrůznějším reakcím. Proto je nutné klienta upozorňovat před zahájením masáže o možných odpovědích organismu. Jejich důležitost a užitečnost je nutno zdůraznit, aby klient nezpanikařil a nekladl odpor. Povzbuzením činnosti některých orgánů mohou nastat subjektivně nepříjemné reakce, které jsou důkazem toho, že jsme stimulací vyvolali reflexní odpověď a je vždy nutné vyhodnotit, zda tato odpověď byla užitečná nebo naopak zhoršila stav klienta. Tyto reakce by neměly být důvodem k přerušení masáží, ale dobrý terapeut by měl tyto reakce registrovat a správně vyhodnocovat. Nelze tedy říci, že nemůžeme aplikací reflexní terapie klientovi ublížit, proto každý terapeut, který chce reflexní terapii používat, musí k této metodě přistupovat s pokorou, a také umět pečlivě zvážit jakou metodu reflexní terapie použije. Podle průběhu intenzity reakce se dá zjistit příčina a přínos reakce. Postupem léčby se stav klienta a jeho reakce mění, a proto je důležité ponechat čas na regeneraci organismu. Reakce můžeme rozdělit do dvou velkých skupin. První skupinu tvoří reakce v průběhu reflexní masáže a druhou reakce v období mezi jednotlivými terapiemi (1, s. 118; 17, s. 14).

Reakce v průběhu reflexní masáže jsou užitečné, neboť informují terapeuta o stavu, změně stavu a odezvách klienta. Odezvy se dělí na subjektivní a objektivní. Do subjektivních patří změna mimiky, zvukové projevy, gesta a pohyby klienta, projevy nepokoje, silné bolesti a úlek. Též může dojít ke zřetelnému tuhnutí určitých svalů až k celkovému tuhnutí svalů. Objektivní reakce se vyznačují spontánním nebo občasným pocením, nejvíce rukou, které značí projev citlivosti klienta, dále zvýšenou produkcí potu na určitých místech pokožky, gesty, pohyby, samovolnými projevy nepokoje a chladem, který začíná na končetinách a pokračuje až k trupu. Tyto projevy jsou při masáži známkou

překročení hranice zatížení. Subjektivní reakce se vyskytují nejčastěji při prvních ošetřeních, poté už k nim nedochází. Častější jsou reakce objektivní a jsou mnohdy intenzivnější. Ve vzácných případech dochází k vnitřnímu třesu, který může vyvolat v extrémním případě drkotání zubů, pseudomotorické křeče i oběhový kolaps. Ovšem tento kolaps může nastat pouze u reponace (napravování) krční páteře. Subjektivní a objektivní reakce jsou jakýmsi odrazem současné energie klienta a slouží jako ukazatel optimálního ovlivňování organismu (1, s. 119).

Reakce v době mezi jednotlivými ošetřeními jsou následkem celého komplexu ošetření a vyznačují se velkou pestrostí. Nejčastěji se vyskytují mezi druhým a třetím ošetřením, většinou trvají několik hodin, maximálně 24 hodin a zcela výjimečně několik dní. Ale neplatí to vždy, jelikož reakce může nastoupit i po prvním, pátém či osmém vyšetření. Jestliže se reflexní masáže provádějí ve správném rozsahu a intenzitě, jsou tyto reakce známkou léčení, a to platí i tehdy, když jsou reakce nepříjemné, bolestivé a překvapivé. Obvykle jsou po určitou krátkou dobu nepříjemnější, než byly při výchozím stavu nemoci a to může být důsledkem zpanikaření klienta. Ve skutečnosti se jedná o definitivní přechod od původního stavu do zlepšeného stavu a tím představuje obrat – překlenutí nerozhodného stavu mezi nemocí a její likvidací. V těchto případech se nedoporučuje pokračovat v ošetřování, kde je třeba buď některé ošetření vynechat, nebo organismus ovlivňovat jen slabě. Musí se ponechat čas, aby se léčebný účinek strávil a získal sílu pro další léčbu (1, s. 121).

Mezi negativní reakce (nežádoucí účinky) patří poruchy spánku, díky působení určitého regenerujícího orgánu, vylučování páchnoucího potu, vyrážky, hnisavé pupínky někdy dokonce až vředy, které znamenají, že zplodiny z těla se dostávají ven a tím se zlepšuje prokrvení pokožky a příslušných reflexních plošek. I při citlivě prováděné masáži může u špatně prokrvených nohou dojít až k otevřené ráně, to však má i svoji výhodu, jelikož škodliviny v místě receptoru se v těle nerozkládají a dostávají se ven vytékající krví. Ledviny vylučují více močoviny, která nebývá čirá, ale zkalená, jelikož obsahuje vyloučené zplodiny z těla. Stolice je vylučována ve větším množství a častěji, vyznačuje se mimořádným pachem a zabarvením, někdy dokonce s přítomností hlenu což znamená, že sliznice se pročišťují. Klient může trpět také meteorismem. U žen může docházet k častým, někdy silným a dlouhotrvajícím výtokům, které mohou způsobit zánět okolní tkáně. Někdy se mohou také krátkodobě vyskytnout zvýšené teploty, které znamenají mobilizaci sil organismu k boji proti danému problému. Dále může dojít k hnisavým

zubním zánětům, únavě, rýmě a psychickým reakcím (plačtivost). Také u lidí s porušenou rovnováhou vápníku mohou vznikat hematomy (modřiny) (1, s. 122; 18, s. 36).

1.3.6 Indikace

Indikovaná onemocnění byla stanovena a ověřena letitou praxí. Reflexní terapie se indikuje při:

- bolestech hlavy různého druhu charakteru a původu (migrény),
- bolesti a poruchách funkce páteře, kloubů a svalů pohybového aparátu (uvolňuje krční páteř a svalovou ztuhlost, odstraňuje blokace v oblasti páteře),
- akutních či chronických poruch GIT (např. zácpa, špatná funkce jater, žlučníku a žaludku, při meteorismu, hemeroidy),
- akutních či chronických onemocnění urogenitálního traktu (např. zánětlivé, degenerativní a funkční poruchy),
- akutních či chronických onemocnění dýchacího ústrojí (např. astma bronchiale, akutní či chronická rhinitis, sinusitida, bronchitida, zánět čelních a čelistních dutin),
- poruch reprodukčního ženského systému (dysmenorea, sekundární amenorhea a jiné funkční gynekologické poruchy),
- vegetativních poruchách srdeční činnosti,
- poruchách lymfatického systému, včetně výskytu u dětí,
- zvýšené náchylnosti k infekcím a alergiím, zejména u dětí (dochází k posílení imunitního systému),
- přípravách k operaci a následné péči po operaci,
- pokročilých stádií karcinomů s cílem snížení bolesti,
- stabilizaci psychického stavu (např. deprese, stres, neklid, nespavost, poruchy spánku),

- zatížení v oblasti břicha (např. bolesti před a v průběhu menstruace),
- posttraumatické péči,
- doprovodném ošetření těhotných žen od čtvrtého měsíce těhotenství před porodem, během (podle potřeby) a po porodu (dokáže často zlepšit stav matky a dítěte) (19).

1.3.7 Kontraindikace

Mezi absolutní kontraindikace RT patří transplantace životně důležitých orgánů (srdce, plíce, ledvina). Jelikož reflexní terapie zásadním způsobem zlepšuje imunitu a lidé po transplantaci užívají léky na potlačení imunity, mohlo by dojít k rejekci štěpu (odmítnutí orgánu). Mezi další kontraindikace řadíme akutní záněty žil a lymfatického systému, výskyt melanomů, zejména v oblasti nohou, cizí tělesa v oblasti životně důležitých orgánů a jakákoliv poškození nohy (např. oděrky, ekzémy, úrazy, plísňe, hnisající ložiska a akutní zánět). Neléčený vysoký tlak, horečnatá onemocnění a odhalená aneurysmata jsou dalšími příčinami absolutní kontraindikace reflexní terapie (18, s. 37; 19).

Mezi relativní kontraindikace postihující nohy zahrnujeme akutně probíhající revmatické onemocnění (zde se terapie provádí skrze jemné dotyky a pohyby), gangréna, celoplošná mykóza, rozšířený ekzém (ošetřujeme přes bavlněné ponožky) a Suckedova choroba (reflexní sympatická dystrofie), kde se reflexní terapie provádí pouze na nepostižené noze nebo kolaterální či kontralaterální na ruce (18, s. 37).

Mezi relativní kontraindikace nepostiující nohy patří infekční onemocnění, onemocnění, která jsou doprovázena vysokými horečkami a psychózy (schizofrenie, maniodepresivní psychózy apod.). Tato onemocnění se ošetřují zásadně pod lékařským dohledem. Dalšími relativními kontraindikacemi jsou intoxikace drogami a alkoholem, bezvědomí a diabetes mellitus ve vyšším stádiu (18, s. 37; 20).

Také rizikové těhotenství patří do kontraindikované skupiny a doporučuje se použití reflexní terapie až po čtvrtém měsíci těhotenství, a to vždy po konzultaci s dotyčnou ženou. V době těhotenství se u žen neošetřují plošky reprodukčních orgánů. Také stav indikovaný k operaci je dočasnou kontraindikací reflexní terapie. Reflexní terapii lze provádět, až po jejím prodělání, ale neměla by se provádět těsně po operaci

klienta. I naše vnitřní pochybnosti a obavy z klientova obrazu stavu či nedostatečné zkušenosti jsou osobní, neboli vnitřní kontraindikací (18, s. 37).

1.4 Typy reflexní terapie

Jiří Poděbradský, Radana Poděbradská ve své knize uvádí: „*Fyzikální terapie (FT) je cílené, obvykle dozované působení fyzikální energie na organismus nebo jeho část s terapeutickým cílem. Nejlepších efektů dosahuje FT poruch pohybové soustavy, v kombinaci s dalšími prostředky fyzioterapie – měkkými technikami a cvičením.*“ (21, s. 13)

Mezi metody reflexní terapie řadíme jednotlivé druhy fyzikální terapie (mechanoterapie, elektroterapie, termoterapie), reflexní masáže, akupunkturu, metodiky myoskeletální medicíny, aplikaci suché jehly, LTV apod.

Ve FT je využívána pestrá škála různých fyzikálních podnětů s rozdílnými účinky, ale lze u nich najít nějaké společné mechanismy působení. Ovlivnění aferentního nervového systému je nejobecnějším rysem všech fyzikálních podnětů. Tyto podněty zvyšují nebo modifikují aferentní tok informací CNS. Řada zahraničních autorů se shodla, že v tzv. rehabilitačním plánu by měla FT zaujímat časově zhruba 4-5%, jinak je nutné podle momentálního stavu klienta preferovat aktivní prvky, tedy LTV, reflexní techniky a ergoterapii. U funkčních poruch pohybového aparátu FT nemůže nahradit „myoskeletální“ přístup ani LTV. FT může však dobře posloužit jako příprava („premedikace“) tkání na tyto techniky, zároveň patří mezi důležitou součást komplexní terapie klienta a podporuje požadovaný účinek celého přístupu. Účinek FT může být analgetický, myorelaxační, spasmolytický, trofotropní, antiedematózní, placebo efekt a účinek odkladný. FT indikuje lékař, který by měl zvolit druh, lokalizaci, frekvenci, intenzitu a celkový počet procedur. Lékař zváží jaká metoda FT je pro klienta v daný okamžik optimální a podle toho určí proceduru. Tím dosáhne větších terapeutických efektů. Obecné kontraindikace pro FT jsou horečnaté stavy, celková kachexie, klient s implantovaným kardiostimulátorem, hemorhagické diatézy, gravidita zejména v nejranějším období, primární ložiska TBC a primární tumory a jiné. Personál musí obecné i speciální kontraindikace jednotlivých procedur znát a plně je respektovat (22, s. 19-26).

Termoterapie je klasická léčebná procedura, u které rozeznáváme základní dva druhy této terapie. První je pozitivní, při které je do organismu přiváděno teplo. Druhá se nazývá negativní (kryoterapie), při které je teplo z těla naopak odváděno. Hlavním účinkem této metody je prokrvení (hyperémie), díky které dochází k dalším regeneračním procesům v organismu, zrychluje se hojení a klesá ztuhlost svalů. Termoterapie uvolňuje svalové napětí, působí protizánětlivě a analgeticky (22, s.65-68; 23).

Do pozitivní termoterapie s částečnou aplikací patří například léčba pomocí instantní komprese Lavanthermu – sáčku s gelovou hmotou, který se přemění na teplou hmotu dosahující až 54°C. Využívá se ke zlepšení prokrvení, uvolnění svalových křečí a tlumení bolesti. Kontraindikovaným stavem jsou záněty a poruchy vnímání tepla. Dále sem patří parafinové zábaly, které obsahují speciální vosk s parafinovým olejem, který se nanese a nechá ztuhnout. Právě při tuhnutí tento zábal předává tělu teplo. Zábaly jsou vhodné na bolesti pohybového aparátu, bolestech drobných kloubů, poruchách prokrvení periferie, při chronické revmatoidní artritidě a teplo pozitivně ovlivňuje i nervovou soustavu, díky které dochází k výrazné relaxaci organismu. Dále se používají vlhké nebo suché horké obklady, horká rolka (srolovaný ručník s horkou vodou) a termofor (gumová lahev s horkou vodou). Do termoterapie s celkovou aplikací patří peloidy (humolity a bahna), různé druhy koupele (perličková, vířivá, apod.), lázeň, parní lázeň, horkovzdušná lázeň a sauna. Ke kontraindikacím termoterapie patří horečnaté stavy. Při negativní termoterapii (kryoterapii) dochází ke krátkodobému působení velmi nízkých teplot (někdy až -160°C) k léčebným účelům. Kryoterapii můžeme použít ve formě celkového nebo lokálního působení. Mezi celkové aplikace patří celotělová chladová terapie - kryokomora (léčba mrazem), která je poměrně novou metodou. Chladová terapie využívá pobytu v extrémně nízkých teplotách, které klesají až k -130°C. Tato metoda se využívá k léčbě bolesti zad, kloubů, zlepšení regenerace, zvýšení výkonnosti atd. Kryoterapie s částečnou aplikací je vhodná při bolestech kloubů a jejich zánětlivých procesech, při revmatických onemocněních měkkých částí, kde jejím hlavním účinkem je snížení bolesti. Patří sem Priessnitzovy obklady (studený zapařovací obklad), kryosáčky, studené krystaly v látce, ponořování končetin do studené vody, masáž ledovými kostkami (dobrý analgetický efekt) a chladové komprese. Mezi kontraindikace patří poruchy citlivosti, organické poruchy periferního prokrvení, chladová alergie a angina pectoris (22, s. 76; 23).

Elektroterapie je rozšířenou rehabilitační, terapeutickou metodou, využívající různé druhy elektrických proudů, které uvolňují, nebo posilují napětí svalů a zlepšují

prokrvení tkání. Tato metoda patří mezi nízkofrekvenční proudy, kde se používají pulzní nebo střídavé impulzy o frekvenci 0-1000Hz. Různě tvarované impulzy působí na snížení bolesti, zlepšení otoků, prokrvení, látkovou výměnu a funkci poškozených orgánů. Elektroterapie je vhodná u onemocnění pohybového aparátu, chronických a degenerativních onemocnění, pooperačních stavů, úrazových stavů apod. V současné době je elektroterapie velmi rozšířenou rehabilitační a terapeutickou metodou, která je používána a nabízena v řadě rehabilitačních a lázeňských zařízeních. Dnes patří mezi nejrozšířenější druh elektroterapie transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS). Tato metoda vychází z poznatku, že vedení bolestivých vzruchů a vnímání bolesti je možno zmírnit až úplně potlačit drážděním nervových vláken na různých úrovních nervového systému. Při vlastním elektrickém dráždění dochází k sekreci endorfinu (opiátu tlumícího bolest) v mozkové tkáni. Využívá se k léčbě bolestivých stavů, jako jsou bolesti páteře, šlach a kloubů, bolesti hlavy, poúrazové bolesti pohybového ústrojí, fantomové bolesti (po amputaci končetiny). Elektroléčbu je možno přesně dávkovat a především přesně cílit na požadovaný nemocný orgán nebo tkáň, což léky neumí – působí vždy na celý organismus. Správnou indikací elektroterapie, vhodným typem působícího proudu a bezchybně aplikovanou dávkou jsou vyloučeny nežádoucí a negativní účinky, se kterými se setkáváme při medikamentózní léčbě. Mezi kontraindikace elektroterapie patří implantovaný kardiostimulátor, horečnaté stavy apod. (22, s. 149; 25).

Mechanoterapie patří do fyzikální terapie aplikující mechanickou energii vlivem mechanických sil na lidský organismus (tah, tlak). Provádí se ručně (přímo fyzioterapeutem), přístroji nebo ultrazvukem. Ultrazvuková terapie (sonoterapie) je léčba pomocí mechanického vlnění s frekvencí vyšší než 20kHz. Při jeho aplikaci neprochází tkáněmi žádný elektrický proud a patří tedy mezi mechanoterapii. Sonoterapie pomocí speciálních kmitů ovlivňuje látkovou výměnu a procesy v buňkách, které jsou výsledkem pozitivního ovlivnění mikrocirkulace. Její účinek je také antiedematózní. Mechanoterapie prováděna ručně patří do oboru fyzioterapie uplatňující léčebné procedury mechanoterapie, které zahrnují bodové aplikace, léčebné reflexní masáže, trakce, extenze, manipulace, polohování kloubu a pasivní cvičení. Mechanoterapie je vhodná pro léčbu pohybového systému (lokální a přenesené bolesti), úponových bolestí, kloubních zánětlivých procesů, degenerativních kloubních poruch, natržení šlach a kloubních pouzder. Působení manuální síly se uplatňuje zejména při problémech krční a bederní páteře. Mobilizace a techniky měkkých tkání obnovují protažlivost měkkých tkání. Terapeut tahem či tlakem působí

na zkrácené svalové struktury, působením energie dosáhne natažení měkkých tkání, uvolnění kloubů a tím se zlepšuje klientova pohyblivost a odstraní se blokády. To vše zajišťuje právě mobilizace a techniky měkkých tkání. Dále se používá LTV, míčkování a myoskeletální medicína (21, s. 179; 24).

1.5 Úloha všeobecné sestry v rehabilitačním ošetřovatelství a její možnosti využití reflexní terapie

V oblasti péče o těžce zdravotně postižené, kteří jsou ohroženi negativními důsledky imobility, je v ošetřovatelské praxi důležitá spolupráce sester a rehabilitačních pracovníků (fyzioterapeuti, ergoterapeuti). U těchto klientů sestry uplatňují řadu rehabilitačních prostředků, jako jsou preventivní opatření proti vzniku komplikací a sekundárních změn. Sestra nenahrazuje práci fyzioterapeuta, ale může v běžné sesterské praxi pro klienta s omezením pohybové aktivity udělat velmi mnoho. Rehabilitační prostředky v sesterské praxi jsou polohování, pasivní pohyby, kondiční cvičení, aktivní cvičení, dechová cvičení a vertikalizace (26, s. 9).

Polohování znamená správné uložení klienta, jeho končetin a změny poloh v určitých časových intervalech. Polohování nesmí u klienta vyvolávat bolest. Dělí se na preventivní, korekční a protibolestivé. Preventivní polohování provádějí sestry, přičemž správně ukládají končetiny klienta a mění polohy. Korekční polohování používají rehabilitační pracovníci tam, kde vznikají nežádoucí změny. Po podrobné instruktáži mohou korekční polohování uplatnit i sestry, které musí vědět, jakým způsobem, jak často a jak dlouho má být polohování prováděno. Protibolestivé polohování (úlevové polohy) zaujímá klient ke zmírnění bolesti. Polohu si klient vyhledá sám, ale sestra může polohu klientovi zpříjemnit podložením určitého segmentu. K polohování se používají různé polštáře, molitanové přířezy (klín, obdélník, čtverec) a nafukovací pomůcky (dlahy, kola, válečky) (26, s. 19-21).

Pasivní pohyby jsou pohyby prováděné druhou osobou (sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, pečovatel) nebo přístrojem. Jejich hlavní význam je v tom, že udržují hybnost kloubů, fyziologickou délku svalů a podporuje propiocepci. Sestry provádějí pasivní pohyby při manipulaci s klientem v rámci polohování nebo osobní hygieny (26, s. 21).

Kondiční cvičení hybných nebo zdravých částí je zaměřeno na celkovou aktivitu klienta, zvýšení hybnosti a tělesné zdatnosti. Slouží jako prevence proti vzniku komplikací a sekundárních změn. Cílem kondičního cvičení je udržení stávajícího stavu klienta, svalové funkce, svalového tonu, pohyblivosti kloubů, správné funkce vnitřních orgánů a nervosvalové koordinace. Cvičení může provádět také dobře instruovaná sestra (26, s. 32).

Aktivní pohyb vykonává klient vlastní silou a vůlí na podkladě zadaných úkolů od fyzioterapeuta. Bývají to pohyby, kterých je klient sám schopen. Aktivní cviky mohou být prováděny i s využitím hračky, náčiním a jiných předmětů (hračky). O všech aktivitách je sestra fyzioterapeutem informována, aby mohla kontrolovat zadané úkoly a motivovat klienta (26, s. 32).

Dechová cvičení mají pro imobilního klienta důležitý preventivní význam, který vede ke zvýšení plicní ventilace. Aktivním dynamickým základním cvičením jsou cviky trupu a končetin, které jsou doprovázeny zkoordinovaným dýcháním ve správném rytmu. V sesterské praxi se nejlépe uplatňuje statické dýchání, které je časově nenáročné (např. při větrání pokojů sestra vyzve klienty k prohloubenému dýchání nebo k dechovým cvikům naučených fyzioterapeutem). Efektivní je dýchání proti odporu, bublání hadičkou do větší lahve s vodou a vydechování se syčením. Speciální dechová cvičení (lokalizované dýchání) provádí fyzioterapeut, ale v indikovaných případech a po řádné instruktáži může provádět lokalizované dýchání sestra v průběhu ošetrovatelské péče. Nejlépe se uplatní při polohování. Sestra může např. u klientů, kteří mají ochrnuté trupové svalstvo usnadnit vykašlávání manuální pomocí. Manuální pomoc spočívá v tom, že sestra po maximálním vdechu stlačí klientovi dvakrát prudce hrudník při výdechu (26, s. 33-35).

Při vertikalizaci na lůžku sestra postupuje podle instruktáže fyzioterapeuta, zajišťuje bezpečnost klienta při nejisté chůzi a dopomáhá mu při přisedání (na křeslo, vozík, židli). Pro sesterskou praxi je důležité znát podmínky bezpečné chůze (správná obuv) a způsob asistence při doprovázení klienta. Důležité je, aby sestra vyžadovala od klienta aktivitu a spoluúčast při výkonech, vedla jej k samostatnosti a naučila ho využívat kompenzační pomůcky. Sestra při ošetrovatelské péči může také klientovi ulevit při potížích např. termoterapií – studenými či teplými obklady (26, s. 38).

1.6 Vzdělávání v reflexní terapii

Reflexní terapii mohou vykonávat pracovníci, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta. Podmínkami k získání tohoto statutu se zabývá zákon 96/2004 Sb. hovořící o: „*podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*“. Povolání fyzioterapeuta zahrnuje preventivní, diagnostickou, léčebnou a rehabilitační péči v oboru fyzioterapie (27).

Odborná způsobilost se získává absolvováním určité formy studia. Uchazeč může tuto způsobilost získat absolvováním střední zdravotnické školy, a to v oboru fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník, v případě, že uchazeč zahájil studium prvního ročníku nejpozději v roce 1996/1997. Po absolvování této formy studia může fyzioterapeut pracovat ve zdravotnickém zařízení, avšak pouze pod odborným dohledem fyzioterapeuta způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Navíc prvních šest měsíců vykonává odbornou činnost pod jeho přímým vedením (27).

Další možností jak získat takto specifickou odbornou způsobilost je ukončené vzdělání bakalářského resp. magisterského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů nebo absolvování vyšší zdravotnické školy (dále VZŠ) v oboru diplomovaný fyzioterapeut (pokud bylo studium na VZŠ zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004). V případě takto nabytého studia, již může fyzioterapeut své povolání vykonávat bez odborného dohledu s podmínkou, že prokáže minimálně jeden rok praxe v oboru (27).

Reflexní terapii mohou kromě fyzioterapeutů provádět i osoby, které získají potřebnou odbornou způsobilost absolvováním určitého kvalifikačního kurzu. Pořádáním těchto kurzů se zabývá například masérská škola BUĎFIT v Praze, Masérská a trenérská škola Mgr. et Mgr. Romana Šimáčka, LL. M., MBA v Brně nebo masérské studio MEMPHIS v Plzni (28).

PRAKTICKÁ ČÁST

2 FORMULACE PROBLÉMU

Reflexní terapie nebo také reflexologie je jednou z nejstarších, neúčinnějších a nejperspektivnějších metod alternativní medicíny. Reflexní terapie se využívá jako diagnostická, léčebná a preventivní (kontrolovaná) metoda. Tato metoda využívá tlaku a masáže reflexních zón na ploskách nohou a na těle. Reflexní zóny se využívají nejen pro terapii, ale také pro docela snadnou diagnostiku. Reflexní plošky jsou tvarově velmi podobné příslušnému orgánu a představují rozměry až několika centimetrů čtverečních. Na nich je možné si okamžitě ověřit nejen správnost určení reflexní plošky, ale zhruba určit i stav příslušného orgánu. Správnost provádění reflexní terapie je také přímo kontrolována efektem prováděné masáže. Účinek u reflexní terapie je okamžitý, což má velký význam při bolestech, akutních stavech a při první pomoci (1, str. 11-13).

Reflexní terapie se nejčastěji používá u klientů s bolestmi vznikajícími v pohybovém ústrojí. Bolest nás varuje před škodlivou činností nebo funkcí, kde porucha funkce je nejčastější příčinou bolesti. U těchto klientů často dochází k omezení pohyblivosti a zvýšenému odporu při pohybu s končetinou. Tímto dochází ke kloubní blokádě nebo zablokování pohybového segmentu páteře. Reflexní terapie a další druhy fyzikální terapie působí reflexně, a pokud jsou účinné, působí okamžitě. Proto je důležité nejdříve klinicky poznat zdroj bolesti a poté určit jaká metoda reflexní terapie se bude používat k odstranění problémů.

A tímto si kladu otázku: Jaký je efekt reflexní terapie při aplikaci u klienta s omezením hybnosti a bolestí v oblasti kříže?

3 CÍL VÝZKUMU

- 1) Zjistit efekt při aplikaci reflexní terapie na klienta s pohybovým omezením a bolestí v oblasti kříže.

3.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, jak rychle dojde pomocí reflexní terapie ke zmírnění bolesti u zvolených klientů.
- 2) Zjistit, které metody reflexní terapie měly u klientů největší účinky.
- 3) Zpracovat jednotlivé škály a postup hodnocení u klientů s pohybovým omezením a bolestí v oblasti kříže.

3.2 Operacionalizace pojmů

- Reflexní terapie, reflexologie = nejstarší alternativní léčebná metoda, která využívá tlaku a masáže reflexních zón na ploskách nohou (1).
- Reflexní zóna = nervová zakončení, jejichž výjimečnost spočívá v tom, že stimulací těchto zón jsou ovlivňovány hluboko uložené orgány či vzdálená místa (1).
- Reflexní ploška = část chodidla tvarově podobná příslušnému orgánu často představující rozměry až několika centimetrů čtverečních, možnost ověření správného určení reflexní plošky (1).

3.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaká je účinnost reflexní terapie u klientů s poruchou hybnosti a bolestí v oblasti kříže?
- 2) Jak rychlé jsou reakce klientů na aplikaci reflexní terapie?
- 3) Jaké jsou nejvhodnější metody reflexní terapie při léčbě poruchy hybnosti a bolesti v oblasti kříže?

4 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získání informací do mé bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Ten je založen na tom, že se mohu hloubkově zabývat pouze dvěma klienty s obtížemi pohybového aparátu. Tématem reflexní terapie se zabírám již delší dobu, a proto jsem u těchto klientů zmapovala jejich reakce, pocity a názory, které mi zajistil tento druh výzkumu.

4.1 Metoda

V praktické části jsem se zpočátku zabírala podrobnou osobní anamnézou a aktuálním problémem klienta. Zjišťovala jsem počátky vzniku problému, jeho šíření až do doby, kdy bolest donutila klienta vyhledat odbornou pomoc. Následně pomocí rozhovorů a hodnotících škál jsem monitorovala průběh terapie a hodnotila účinnost reflexní terapie z pohledu pacienta. Cíl výzkumu byl zmapovat efekt reflexní terapie u klientů v průběhu ambulantní léčby ve Stodské nemocnici a.s. a zjistit, zda jejich potíže vymizely nebo se zmírnily. Účinnost reflexní terapie byla hodnocena v určitých časových blocích, které jsou následně promítnuty do grafů.

4.2 Výběr případu

Ze získaných poznatků o reflexní terapii jsem usoudila, že účinnost reflexní terapie bude „nejviditelnější“ právě na pohybovém aparátu. Z tohoto důvodu jsem si pro praktickou část mé bakalářské práce zvolila dva klienty s problémem tohoto ústrojí a to je lumbago (akutní ústřel, houser), který vzniká akutním blokem LSp (lumbosakrální) nebo SI (sakroiliakální) kloubů, který se projevuje omezením hybnosti a náhle vzniklou bolestí především v oblasti kříže. Tato bolest je spojena s nepříjemným stahem svalů kolem páteře. Proto je vhodné zapojit reflexní terapii do ošetřovatelského procesu co nejdříve, kdy cílem terapie je zachování a obnovení optimální funkce pohybového systému. Velmi důležitý je aktivní přístup, vytrvalost a spolupráce klienta. Během aplikace reflexní terapie jsem sledovala reakce pacienta po určitých časových intervalech, kde jsem stav klientů a účinnost reflexní terapie hodnotila pomocí zvolených škál, subjektivních pocitů a aktivního přístupu. Hlavními kritérii pro výběr klientů jsem zvolila věk (25-35let), stejnou dysfunkci pohybového aparátu a téměř shodný plán léčby. Sledovaní byli klienti Stodské nemocnice a.s., kteří museli splňovat daná kritéria a souhlasit s výzkumem.

4.3 Způsob získávání informací

Informace do praktické části mé práce jsem získávala z lékařských zpráv klientů, polostrukturovaným rozhovorem a vyhodnocováním škál. K uskutečnění výzkumu došlo se souhlasem ředitele nemocnice a písemným souhlasem s výzkumem na pracovišti primáře rehabilitačního oddělení MUDr. Jiřího Wicherka na rehabilitační oddělení ve Stodské nemocnici a.s. (vzor informovaného souhlasu s výzkumem na pracovišti naleznete v příloze č. 3). Zkoumaní klienti Stodské nemocnice podepsali informovaný souhlas s rozhovorem (informovaný souhlas s rozhovorem naleznete v příloze č. 4). Rozhovory byly prováděny v intimním a klidném prostředí, kde jsem se snažila klást otevřené otázky a odpovědi jsem si bodově zaznamenávala. Klienti pak následně vyplnili jednotlivé hodnotící škály na základě subjektivních pocitů. Každé setkání trvalo okolo 30 minut. Škály byly následně promítány do grafů, kde bylo poté jasně vidět, v jakých oblastech nastaly největší změny a jaká byla účinnost léčby reflexní terapie. V časové ose je pak názorně zobrazeno, jak se vyvíjela bolest během léčby.

5 ORGANIZACE VÝZKUMU

Celý výzkum probíhal od poloviny ledna do poloviny února. Nejprve byla zhotovena anamnéza klienta, kterou jsem si za pomoci dokumentace sepsala při prvním setkání s klientem na rehabilitačním oddělení Stodské nemocnice a.s. Poté pomocí rozhovorů byly s klienty probrány první projevy potíží do doby, kdy je bolest donutila vyhledat lékaře a následně proběhlo první zhodnocení stanovených škál. Druhé sezení s klienty proběhlo sedmý den ambulantní léčby, kdy byl opět zhodnocen průběh léčby vyplněním stanovených škál. Zde již klienti hodnotili subjektivními pocity z léčby pomocí rozhovoru. 21. den probíhal rozhovor po ukončení léčby pomocí metod reflexní terapie, kde byl s klienty zrekapitulován celý průběh léčby a opět pomocí zvolených škál zhodnocen jejich nynější stav. V jednotlivých časových úsecích klienti hodnotili tyto stanovené škály:

Záznam jednorázového hodnocení bolesti. Tato škála slouží k podrobnému hodnocení bolesti, její lokalizaci, propagaci, intenzity a kvality. Dále slouží k časovému hodnocení bolesti, způsobu jejího ovlivnění a reakcí nemocného na bolest. Pomocí této škály jsme sledovali změny v daných oblastech během průběhu léčby (29).

Numerická škála bolesti. Tato škála slouží k hodnocení bolesti v klidu, při aktivitě, vsedě a vleže. Vyhodnocena klienty byla nultý a dvacátý první den léčby (29).

Testování vývoje soběstačnosti – TVS. Pomocí této škály vyhodnocujeme, jak jsou uspokojovány základní biologické potřeby klienta. Použita byla při každém rozhovoru s klientem (29).

6 PRŮBĚH LÉČBY U KLIENTŮ S LUMBAGEM PŘI LÉČBĚ REFLEXNÍ TERAPIÍ

V následujících podkapitolách jsou představeny vybraní respondenti, žena 34 let a muž 26 let. Nejprve u každého byla sesbírána podrobná anamnéza a probrán vznik nynějšího onemocnění. Následují informace z dokumentace klientů a rozhovory, které byly provedeny na začátku, v průběhu a na konci léčby. Výsledkem je porovnání škál a zhodnocení průběhu léčby obou klientů.

6.1 Klientka č. 1

Jako první klientku jsem si vybrala takovou, která splňovala dané podmínky, a to potíže pohybového aparátu a kritérium věku, které bylo od 25 do 35 let. Samozřejmě nedílnou součástí bylo také to, že klientka se mnou byla ochotna provést rozhovor na základě písemného souhlasu.

6.1.1 Sběr anamnestických údajů a výpis z dokumentace

- Žena, 34 let
- OA: vážněji nestonala
- Operace: žádné
- Úrazy: zlomenina 3. prstu pravé ruky
- Alergie: neudává
- Léky: žádné neužívá

NO:

Pacientka trpí již dva roky bolestí v kříži při déletrvajícím sezení a stání (rekonstruuje s manželem rodinný domek). Za poslední dva týdny se bolest postupně zhoršila a nyní se šíří do obou kyčlí. Dnes (14. 1. 2015) se k těmto potížím přidala akutní blokáda C₆ (krční páteře).

Klientka byla ošetřena na interním oddělení ve Stodské nemocnici a.s. Podány byly infuze s těmito léky:

- *Novalgin*: nenávykový lék, analgetikum (zmírňující bolest), řadí se do tzv. parazonů; dále má účinek spasmolytický (tlumící křeče) a antipyretický (působící proti horečce).
- *Guajacuran*: tzv. Guajfenesin snižuje psychické a emoční napětí s pocitem úzkosti, má mírně sedativní (zklidňující) účinky, snižuje svalové napětí; dále působí expektoračně (podporuje vykašlávání); ve vyšších dávkách tlumí křeče a snižuje napětí kosterního svalstva.

Po podání těchto léků, pacientka pocítila úlevu a lékař interního oddělení doporučil rehabilitaci.

Doposud proběhla vyšetření:

Žádné vyšetření doposud pacientka neměla.

Objektivní vyšetření lékařem (výpis z dokumentace):

Pánev mírně šikmo doleva, zatěžující souměrně ramena v rovině; AF, RF volné, v mezních polohách mírně bolestivé. AF, RF, Cp volné, nebolestivé, aj. blok dolního Cp vlevo uvolněné mobilizací do lateroflexe během segmentového vyšetření, bloky středního Tp uvolněné mobilizací křížovým hmatem, PV, LS, SI palpačně nebolestivé do rotace uvolněné bloky LS oboustranně, Lazerevič oboustranně volný, hybnost v kyčlích poněkud omezené do VR, zvláště vlevo, FP negativní, L2/S2 normální, souměrné, chůze normální včetně paty, špičky

Stanoveny byly u pacientky tyto diagnózy:

- M5450 – Lumbago
- M4880 – Blokády viz text

Naplánovaná léčba:

- 21021 1x – Komplexní vyšetření rehabilitačním lékařem
- 21510 1x – Mobilizace a měkké techniky
- 21002 1x – kineziologický rozbor
- 211138 8x – Duotherm – termo LS

- 21113 8x – UZ VH 2x0,5W, 3x0,7W, 3x1W, množství postupně zvyšovat od 3 do 5 minut, podélně pole 6x8cm, LS, bilaterálně oboustranně
- 21413 8x – techniky měkkých tkání – PIR dolního úseku bederního vzpřimovače
- 21413 x – techniky měkkých tkání – PIR m.pirif oboustranně
- 21225 – LTV složení individuální – vybrané prvky z LTV pro vertebropaty pod vedením RP – s ohledem na subjektivní potíže klienta

6.1.2 Rozhovory

Všechny rozhovory probíhaly v klidném a příjemném prostředí. Pro oba klienty byly během rozhovorů stanovené stejné okruhy otázek. Rozhovory probíhaly ve stejném časovém období, a to na začátku, sedmý den léčby a dvacátý první den léčby.

Rozhovor č. 1 - 1. den léčby (14. 1. 2015, 8:00 – 8:30)

1) Jaké problémy se u vás objevily, že Vás to donutilo vyhledat lékaře?

„Bolesti zad, které mám při chůzi i v klidu. Také mě trápí zablokovaná krční páteř.“

2) Jaká část pohybového aparátu Vám dělá největší problémy?

„Nejvíce mi dělá problémy oblast kříže.“

3) Kdy se u Vás objevily první problémy?

„Je to už dlouho, tak dva až tři roky. Jelikož předěláváme rodinný domek, tak jsem tu bolest přehlížela a nedávala tomu takovou váhu. Myslela jsem, že je to z té práce na domku, až do nedávna, co se bolest vystupňovala a donutila mě vyhledat lékaře.“

4) Jaké jste pocívala příznaky? Jak se bolest projevovavala? Mohla byste specifikovat její charakter, intenzitu?

„Začalo to bolestí v zádech, například při těžší práci jako sekání dřeva. Po rozhýbání to bolelo méně, ale poslední dobou mě bolest trápila třeba i při umývání nádobí. Také v klidu, nebo vleže jsem začala cítit nepříjemnou, tupou bolest. Nejhorší to bylo při vstávání, kdy mě bolest vystřelovala do hrudníku, při které se mi málem zastavil dech.“

5) Jak se Vaše problémy prolínají do kvality spánku?

„Většinou nemohu usnout, protože hledám úlevovou polohu. Když usnu, tak mě bolest občas probudí při změně polohy.“

6) Tušíte nebo víte, co způsobilo Vaše problémy? Jaké byly okolnosti vzniku?

„Myslím si, že hodně tomu napomohla těžká práce na našem rodinném domku a dědičnost. Otec má také časté bolesti kříže, ale dodnes lékaře nevyhledal.“

7) Při jakých činnostech Vás nejvíce omezuje? Myslím především každodenní činnosti.

„Mytí nádobí, vytírání, žehlení.“

8) Používáte nebo používala jste nějaké kompenzační pomůcky? Jestli ano, tak jaké? Používáte něco ke zmírnění bolesti?

„Nepoužívám žádné kompenzační pomůcky, Snažím si najít vhodnou polohu, při které bolest v zádech a kříži ustoupí.“

9) Pocítujete nějaké problémy při vylučování?

„S vylučováním nemám žádné problémy.“

10) Jak na Váš problém reaguje rodina a okolí?

„Rodiče i manžel mi doporučili, ať vyhledám lékaře. V rodině ale funguji jako doposud, jen sama se snažím bolest při činnostech zapírat a nedělat fňuknu.“

11) Co všechno děláte pro udržení Vašeho zdraví?

„Dříve jsem hodně sportovala, ale poté co jsem otěhotněla a následně se starala o dítě, tak jsem sport hodně omezila. Snažím se chodit na procházky a dodržovat zdravý životní styl, ale hrozně málo piji.“ (směje se)

12) Snažíte se aktivně řešit tyto problémy, které vznikají v souvislosti s omezením pohybového aparátu?

„Momentálně ano, jelikož mě to donutilo vyhledat odbornou pomoc.“

13) Jaké metody léčby Vám doporučil ošetřující lékař? Jaký je následný plán péče?

„V plánu je léčba ultrazvukem a také aplikace tepla na problematickou část zad. Dále léčebná tělesná výchova pod vedením rehabilitační pracovníce.“

14) Jaký je program Vaší léčby? Byla jste s ním podrobně seznámena?

„Léčbu mám rozplánovanou do třech týdnů. První týden mi lékař naplánoval léčbu ultrazvukem, léčbu teplem a techniky měkkých tkání. Druhý týden, se k těmto metodám přidá ještě léčebná tělesná výchova s rehabilitačním pracovníkem a ve třetím týdnu budu absolvovat všechny tyto metody. Celkový program této léčby má osm návštěv na rehabilitačním oddělení.“

15) Využila jste doposud nějaký alternativní způsob léčby? Pokud ano, jaký?

„ Ano, občas chodím na masáže a na baňky“

16) Už jste se někdy setkala s reflexní terapií?

„ Ne, až tady na rehabilitačním oddělení, kde budu podstupovat ambulantní léčbu. Je to moje premiéra“

17) Kde jste se dozvěděla o reflexní terapii a rozhodla jste se jí využít?

„ S reflexní terapií mě seznámil dnes lékař a ráda ji vyzkouším.“

18) Zjišťovala jste si sama nějaké informace o reflexní terapii nebo Vám veškeré informace byly sděleny ošetřovatelským týmem?

„Sama jsem si informace o reflexní terapii nezjišťovala, ale ošetřovatelský tým mě s touto metodou léčby dnes dostatečně seznámil.“

19) Jaké máte od léčby očekávání?

„S úplným vyléčením nepočítám, ale doufám, že se mi uleví a budu moci fungovat jako dříve.“

- poděkování za rozhovor
- následné vyplnění zvolených hodnotících škál (jejich vyhodnocení naleznete na stránce č. 48-50)

Analýza rozhovoru č. 1

Rozhovor s klientkou probíhal ve Stodské nemocnici a.s. na rehabilitačním oddělení v příjemné a klidné místnosti, kam se chodí cvičit s klienty. Po představení se klientce a podepsání písemného souhlasu s rozhovorem jsem s klientkou provedla rozhovor, kde jsem se zaměřila hlavně na vznik problémů a jejich projevů, dále zda byla klientka seznámena s léčebným plánem a metodami reflexní terapie, které během léčby podstoupí a jaký má klientka přístup k léčbě. Po ukončení rozhovoru jsem klientku seznámila se zvolenými škálami, kde subjektivně hodnotila jednotlivé body týkající se záznamu jednorázového zhodnocení bolesti a testování vývoje soběstačnosti v daných oblastech.

Klientka byla ze začátku nervózní a působila uzavřeně, ale po několika otázkách se uvolnila a otevřeně komunikovala.

Rozhovor č. 2 - 7. den léčby (21. 1. 2015, 8:00 – 8:20)

- přivítání se s klientkou

1) Jaké máte subjektivní pocity z léčby v prvním týdnu? Pocítila jste již nějakou úlevu?

„Řekla bych, že bolest v oblasti kříže se zmírnila a i pohyb se zlepšil, už vydržím stát i u nádobí.“

2) Z jaké metody léčby máte pocit, že Vám zatím nejvíce pomohla?

„Nejvíce asi ultrazvuk, ale řekla bych, že mi pomáhají všechny metody.“

3) Je něco, co Vám během prvního týdne terapie vadilo?

„Co se týče péče, nemohu si zatím na nic stěžovat.“

Analýza rozhovoru č. 2

Po přivítání se s klientkou jsem zjišťovala, zda během prvního týdne léčby pocítila nějakou úlevu a jaké jsou její pocity z průběhu léčby. Poté jsem s klientkou provedla opětovné zhodnocení stanovených škál.

Rozhovor č. 3 - 21. den od začátku léčby (4. 2. 2015, 9:00 – 9:30)

1) Jak se cítíte oproti stavu při prvním rozhovoru?

„Myslím, že dobře. Bolest zad mi ustoupila a celkově se cítím lépe.“

2) Jaké způsoby léčby jste během ambulantní léčby podstoupila?

„Fyzioterapeutky mě přikládaly na záda teplé obklady, poté jsem měla ultrazvuk. Také jsem chodila na rehabilitační cvičení a dělali mi měkké techniky molitanovým míčkem na zádech.“

3) Jak byste hodnotila účinky reflexní terapie?

„S účinkem jsem spokojená, kdybych mohla tak chodím pořád.“ (směje se)

4) Vyskytly se v průběhu aplikace reflexní terapie nějaké potíže? Pokud ano, jaké?

„V průběhu aplikace jsem nepocítila negativní účinky, spíše jsem pociťovala, že se to zlepšuje.“

5) Když se Váš zdravotní stav zlepšoval, kdy jste prvně pocítila zlepšení?

„Zlepšení jsem pocítila během druhého týdne, bylo to asi po třetí nebo čtvrté návštěvě ambulantní léčby. Ke konci léčby jsem cítila velkou úlevu.“

6) Došlo po ukončení léčby reflexní terapie k úplnému odeznění bolesti?

„Kdybych byla v klidu, tak věřím, že by bolest vymizela úplně. Ale jelikož pracuji a pracovala jsem i během terapií, tak ještě někdy bolest cítím, ale to je minimální.“

7) Zmírnily se problémy se spaním?

„Problémy se spaním vymizely během prvního týdne léčby, teď nemám žádné problémy.“

8) Je nějaká metoda, která Vám byla nepříjemná? Proč?

„Žádná z metod mi nevadila. Byla jsem spokojená.“

9) Je něco, co Vám vadilo v rytmu návštěv? Změnila byste něco?

„V rytmu návštěv mi nevadilo nic. I mně vyhovovalo, že návštěvy ambulantní léčby byly obden.“

10) Doporučila byste reflexní terapii klientům s podobným či stejným onemocněním?

„Určitě. Osobně mi tato léčba pomohla. Kdybych mohla, tak chodím pořád. Byla jsem spokojená a hodně se mi ulevilo.“

Analýza rozhovoru č. 3

Účelem závěrečného rozhovoru bylo zjistit, jak klientka hodnotí účinky léčby, jaké podstoupila metody reflexní terapie a zda došlo k úplnému odeznění bolesti a potíží po ukončení léčby.

6.1.3 Znázornění výsledků léčby na hodnotících škálách

V této podkapitole je na jednotlivých škálách zobrazeno, jak během léčby klientka hodnotila vývoj svojí bolesti a soběstačnosti.

K zhodnocení průběhu léčby byly zvoleny tyto škály:

- Záznam jednorázového hodnocení bolesti
- Testování vývoje soběstačnosti -TVS

Vysvětlivky:

- 1. rozhovor – *zeleně*
- 2. rozhovor – *modře*
- 3. rozhovor – *červeně*

Obrázek 1: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 1 – část 1.

ZÁZNAM JEDNORÁZOVÉHO ZHODNOCENÍ BOLESTI

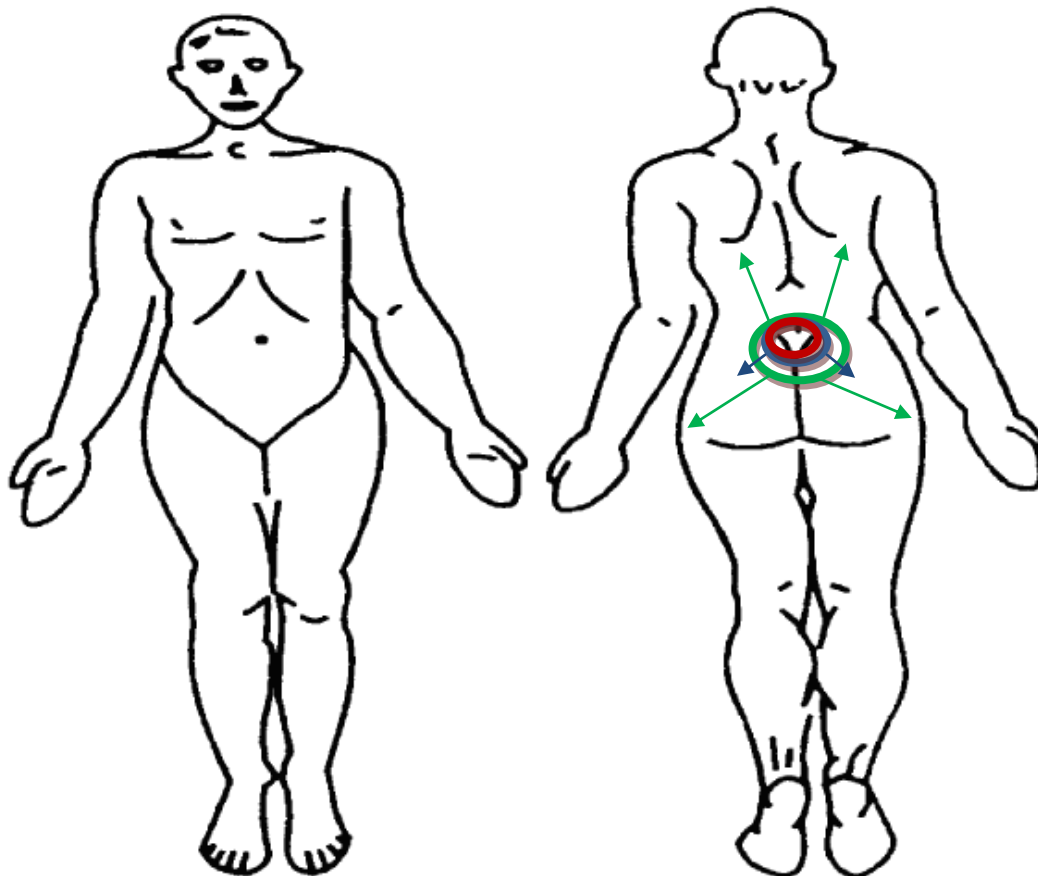
1. TOPOLOGIE

Kde to bolí

oblast kříže s velkými bolestmi, které vystřelují do jiných oblastí

oblast kříže, ale bolest již vystřeluje méně *oblast kříže*

Zakreslete do lidské postavy, kde nemocný bolest udává, šipkami kam bolest vystřeluje. Eventuelně může provést zakreslení i nemocný sám.



Propagace bolesti:

do zad a kyčlí

směrem od kříže nahoru již bolest nevystřeluje, ale do kyčlí mírně ano
bolest již nevystřeluje do jiných oblastí

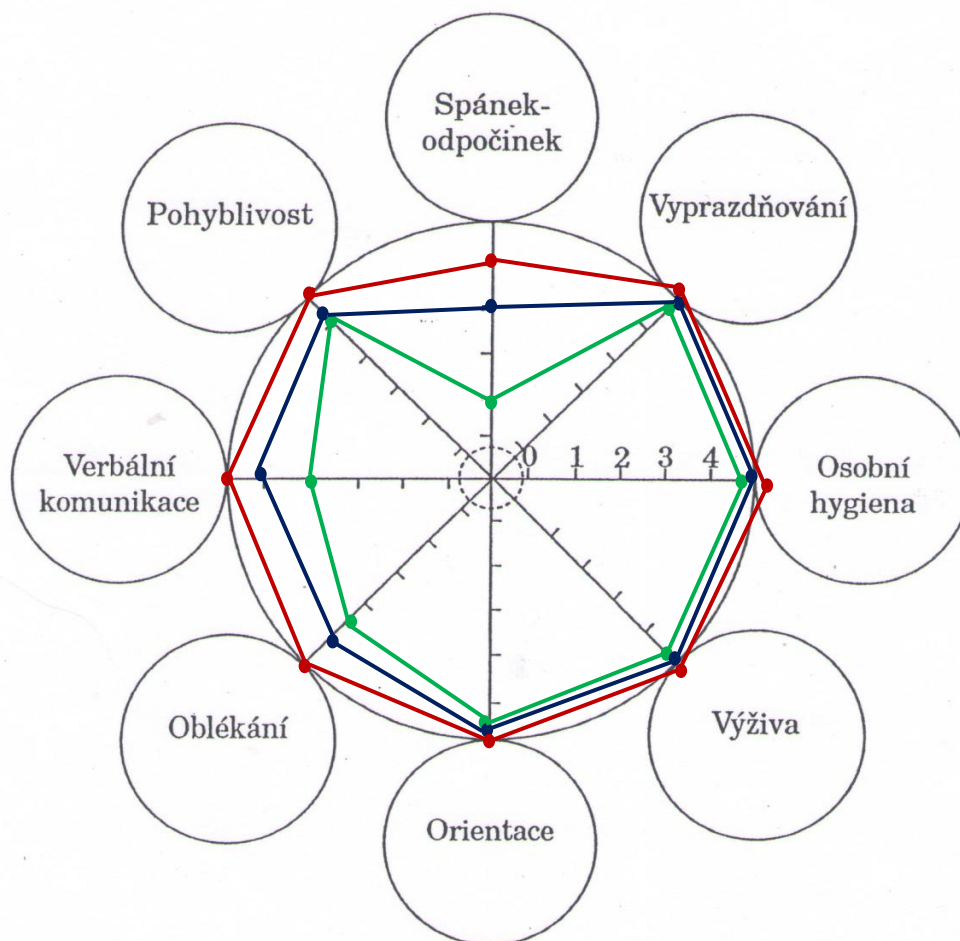
Obrázek 2: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 1 – část 1.

<p>2. INTENZITA Jak moc to bolí?</p> <p>1 5 10 </p> <p>žádná bolest nejvýše možná bolest</p>	
<p>3. KVALITA Jak to bolí?</p> <p><input type="checkbox"/> pulsující <input checked="" type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> intenzivní <input type="checkbox"/> dusivá <input checked="" type="checkbox"/> tupá</p> <p><input type="checkbox"/> nesnesitelná <input checked="" type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> krutá <input type="checkbox"/> trýznivá <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. ČAS</p> <p>Kdy to bolí? <i>při činnosti, v klidu, na bříše</i> <i>jen při hodně namáhavé činnosti</i> <i>při činnosti, na bříše už jen někdy</i></p> <p>Na čem je bolest závislá? <i>na pohybu</i> <i>na pohybu</i> <i>na špatném pohybu</i></p> <p>Jak dlouho trvá? <i>30 vteřin</i> <i>10 vteřin</i> <i>méně než 5 vteřin</i></p>	
<p>5. OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> klid <input checked="" type="checkbox"/> úlevová poloha <input type="checkbox"/> komprese rukama <input type="checkbox"/> zaměření pozornosti jiným směrem</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> sugesce <input type="checkbox"/> <i>metody reflexní terapie</i></p> <p>stimulace kůže: <input type="checkbox"/> chladem <input type="checkbox"/> teplem <input checked="" type="checkbox"/> mastí</p> <p>Léky (jaké, kolik, jak dlouho, jak často): <i>Žádné</i> <i>Žádné</i> <i>Žádné</i></p> <p>.....</p> <p>Co zesiluje bolest? <i>prudké zvednutí</i> <i>prudké zvednutí</i> <i>prudký pohyb</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>6. REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLEST</p> <p><input type="checkbox"/> pláč <input type="checkbox"/> křik <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkost <input checked="" type="checkbox"/> dobrá tolerance bolesti</p> <p><input type="checkbox"/> špatná spolupráce <input type="checkbox"/> agresivita</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p><i>14.1.2015</i> <i>4.2.2015</i></p> <p>DATUM: <i>21.1.2015</i> PODPIS SESTRY:</p>	

Obrázek 3: Testování vývoje soběstačnosti – TVS u klienta č. 1

Testování vývoje soběstačnosti – TVS (Geriatric Unit at Hospital, Bolzano)

Jméno: žena, 34 let r.č.



datum	barva záznamu
<i>14.1.2015, 32 bodů</i>	<i>zeleně</i>
<i>21.1.2015, 34 bodů</i>	<i>modře</i>
<i>4.2.2015, 39 bodů</i>	<i>červeně</i>

6.2 Klient č. 2

Druhého klienta jsem si zvolila na základě daného kritéria věku jako u předchozí klientky. V tomto případě jsem se odvíjela od první klientky, protože pro mou bakalářskou práci jsem si zvolila klienty se stejnými potížemi pohybového aparátu. Tento muž daná kritéria splňoval a s jeho souhlasem se stal pro mého druhého respondenta vhodným kandidátem.

6.2.1 Sběr anamnestických údajů a výpis z dokumentace

- Muž, 26 let
- OA: vážněji nestonal
- Operace: plastika uší, odstranění nosních mandlí
- Úrazy: komoce mozku, zlomenina prstů HK
- Alergie: neudává
- Léky: žádné neužívá

NO:

Klient má 4 měsíce bolesti v kříži, vlevo s propagací do LDK po zadní straně ke kolenu. Po vyšetření u neurologického ortopeda, byl klient doporučen na rehabilitační ambulanci ve Stodské nemocnici a.s.

Doposud proběhla vyšetření:

1) Neurologické (3. 12. 2014)

- Závěr: otok pod kolenem, susp. bakerovu cysta vlevo, t. č. bez známek kořenové léze či blokády SIS s pseudoradikulární symptomatickou,
- Doporučení: z neurologického hlediska - medikace dle ortopeda
- Ortoped: naposledy 12. 12. 2014 – lehká porucha dynamiky Lp, sporná spondylolýza L5 dle popisu rentgenologa uzle v místě přechodu Th L, přetrvávající atralgie I. kolene trvající 2 roky. Doporučuji vzhledem

k dlouhodobým potížím ze str. I kolene prosím vyš. o zvážení indikace ASK revize na ambulanci, zatím – fyzikální termoterapie na LS páteř

2) RTG

- Závěr: 1 koleno 12/14 – v AP projekci – sporně snížená mediální šterbina na boční projekci počínající FP artróza

3) LS

- Závěr: lehké kondylické artrotické změny na L5/S1 kloubu., na boční projekci vyhlazená lordóza, naznačen klín., defekt těla Th12, uzel ve výši Th11/12, vyhlazena lordóza

Objektivní vyšetření lékařem (výpis z dokumentace):

Pánev horizontálně, vyhlazení bederní lordózy, ramena téměř v rovině, zatěžováno souměrně AV, RF volné, aj. bloky v dolním úseku Sp vpravo uvolněno mobilizací do lateroflexe během segmentového vyšetření tvrdší bloky střední Tp uvolněno mobilizací křížovým hmatem, palpačně bolestivé při horním okraji SI vlevo, do rotace uvolněné bloky TL oboustranně, Lazarevič, oboustranně volný, vlevo bolestivost v mezích, polohová hybnost v kyčlích volná, souměrnost L2/S2 normální, chůze normální včetně modifikace

Stanoveny byly u pacienta tyto diagnózy:

- M5450 – Lumbago
- M4880 – blokády viz text
- M2550 – bolest v kloubu / patro

Naplánovaná léčba:

- 21021 1x - komplexní vyšetření rehabilitačním lékařem
- 21510 1x – mobilizace a měkké techniky viz text
- 21002 1x – kineziologický rozbor
- 21113 8x – duotherm – termo LS
- 21113 8x – UZ 1,5W, M – 7 min. po SI podélně m. pirif na v. troch. vlevo

- 21413 8x – techniky měkkých tkání – PIR dolní úsek bederního vzpřimovače
 - techniky měkkých tkání – PIR m.pirif oboustranně
 - techniky měkkých tkání – míčkování LS
- 21415 – mobilizace páteře
- 21225 – LTV složena individuálně – vybrané prvky z LTV pro vertebropaty pod vedením rehabilitačního pracovníka – s ohledem na subjektivní potíže klienta

6.2.2 Rozhovory

U klienta č. 2 byly kladeny stejné otázky a rozhovory probíhaly na stejném principu jako u klientky č. 1.

Rozhovor č. 1 - den léčby (20. 1. 2015, 8:00 – 8:30)

1) Jaké problémy se u Vás objevily, že Vás to donutilo vyhledat lékaře?

„Bolesti kolene a zad, které se za poslední dobu zhoršily.“

2) Jaká část pohybového aparátu Vám dělá největší problémy?

„Protože mám s kolenem už delší dobu problémy a začala mě z kolene vystřelovat bolest do zad, tak teď momentálně převažují problémy v oblasti kříže.“

3) Kdy se u Vás objevily první problémy?

„Stalo se to před dvěma roky, kdy jsem měl úraz v práci. Špatně jsem zvednul závaží n zádech a při tom mně prasklo v koleni.“

4) Jaké jste pocíval příznaky? Jak se bolest projevovala? Mohl byste specifikovat její charakter, intenzitu?

„Protože hodně sportuji, tak ze začátku mě při pohybu mírně píchalo v koleni, ale při zahřátí se to zlepšilo. Časem se to začalo zhoršovat a koleno mě bolelo více, tak 2-3x týdně a teď už mě bolesti vystřelují až do zad.“

5) Jak se Vaše problémy prolínají do kvality spánku?

„ Občas se probudím bolestí, zanadávám si a usnu.“ (směje se)

6) Tušíte nebo víte, co způsobilo Vaše problémy? Jaké byly okolnosti vzniku?

„Úraz při zvedání těžkého břemene v práci.“

7) Při jakých činnostech Vás nejvíce omezuje? Myslím především každodenní činnosti.

„Protože rád sportuji, tak největší problém mám například při zvedání se ze dřepu. Také když si potřebuji kleknout tak si musím nejdříve předkročit nohou dopředu, abych si vůbec kleknout dokázal.“

8) Používáte nebo používal jste nějaké kompenzační pomůcky? Jestli ano, tak jaké? Používáte něco ke zmírnění bolesti?

„Při tréninku a při zápase si kolenu stahuji stahovákem nebo se doma natáhnu na pohovku.“

9) Pociťujete nějaké problémy při vylučování?

„Ne.“

10) Jak na Váš problém reaguje rodina a okolí?

„Rodiče mi hodně pomáhají, hlavně moje matka, jelikož je rehabilitační ošetřovatelka, tak mě doporučuje k lékařům a nabádá mě k aktivnímu řešení mé situace.“

11) Co všechno děláte pro udržení Vašeho zdraví?

„Hlavně neberu žádné léky. Jsem odpůrce užívání léků. Snažím se dodržovat správnou životosprávu, sportuji a posiluji.“

12) Snažíte se aktivně řešit tyto problémy, které vznikají v souvislosti s omezením pohybového aparátu?

„Ano, chodil jsem na pravidelné rehabilitace a jiné léčebné metody do FN Plzeň, ale moc mě ta léčba nepomohla. Proto jsem teď vyhledal odbornou pomoc tady ve Stodské nemocnici.“

13) Jaké metody léčby Vám doporučil ošetřující lékař? Jaký je následný plán péče?

„V plánu mám léčbu ultrazvukem, aplikace tepla na problematickou část zad. Dále mobilizaci, měkké techniky a léčebnou tělesnou výchovu pod vedením rehabilitační pracovnice.“

14) Jaký je program Vaší léčby? Byl jste s ním podrobně seznámen?

„Léčbu mám naplánovanou od lékaře na tři týdny. První týden mi lékař naplánoval mobilizaci, techniky měkkých tkání, ultrazvuk a léčbu teplem. V druhém týdnu se k těmto metodám přidá ještě léčebná tělesná výchova s fyzioterapeutem a ve třetím týdnu budu podstupovat všechny tyto metody. Celkový program má osm návštěv na rehabilitačním oddělení ve Stodské nemocnici.“

15) Využil jste doposud nějaký alternativní způsob léčby? Pokud ano, jaký?

„Ano, jednou se mně stalo, že jsem měl hrát druhý den zápas a měl jsem hrozně zablokované záda, a proto jsem ještě ten den zkusil podstoupit léčbu reikama a jelikož jsem druhý den byl schopen hrát, tak věřím, že tato metoda funguje.“

16) Už jste se někdy setkal s reflexní terapií?

„Ano, s bodovou reflexní masáží.“

17) Kde jste se dozvěděl o reflexní terapii a rozhodl jste se jí využít?

„O reflexní terapii jsem se dozvěděl od zdravotnického personálu.“

18) Zjišťoval jste si sám nějaké informace o reflexní terapii nebo Vám veškeré informace byly sděleny ošetřovatelským týmem?

„Sám jsem si informace o reflexní terapii nezjišťoval. Informace mi byly sděleny zdravotnickým personálem.“

19) Jaké máte od léčby očekávání?

„Očekávám, že se mi uleví od bolesti a budu se moci věnovat bezproblémově svému sportu.“

Analýza rozhovoru č. 1

Rozhovor s klientem probíhal ve Stodské nemocnici a.s. na rehabilitačním oddělení v klidné a příjemné místnosti. Po představení se klientovi a podepsání písemného souhlasu s rozhovorem jsem s klientem provedla rozhovor, kde jsem se prvotně zaměřila na vznik problémů a jejich projevů. Dále jsem se zabývala tím, zda byl klient seznámen s léčebným plánem a metodami reflexní terapie, které během léčby podstoupí a jaký má klient přístup k léčbě. Po ukončení rozhovoru jsem klienta seznámila se zvolenými škálami, kde subjektivně hodnotil jednotlivé body týkající se záznamu jednorázového zhodnocení bolesti a testování vývoje soběstačnosti v daných oblastech.

Klient na mě působil mile a nebál se hovořit otevřeně ohledně svého problému.

Rozhovor č. 2 - 7. den léčby, (27. 1. 2015, 8:00 – 8:20)

1) *Jaké máte subjektivní pocity z léčby v prvním týdnu? Pociťujete již nějakou úlevu?*

„Pocity mám zatím dobré. Musím říct, že bolest v kříži se zmenšila.“

2) *Z jaké metody léčby máte největší pocit, že Vám zatím nejvíce pomohla?*

„Myslím si, že nejvíce mi pomáhá masáž měkkou technikou, ale myslím si, že každá metoda v léčbě hraje určitou roli.“

3) *Je něco, co Vám během prvního týdne terapie vadilo?*

„Nesetkal jsem se zatím s ničím, co by mě vadilo.“

Analýza rozhovoru č. 2

Po přivítání se s klientem jsem zjišťovala, zda během prvního týdne léčby pociťoval nějakou úlevu a jaké jsou jeho pocity z průběhu prvního týdne léčby. Poté jsem s klientem provedla opětovné zhodnocení určených škál.

Rozhovor č. 3 - 21. den od začátku léčby (10. 2. 2015, 9:00 - 9:30)

1) *Jak se cítíte oproti stavu při prvním rozhovoru?*

„Oproti prvnímu rozhovoru se cítím daleko lépe. Bolest zad se výrazně zlepšila.“

2) Jaké způsoby léčby jste během ambulantní léčby podstoupil?

„Podstoupil jsem aplikaci suchého tepla na oblast kříže, aplikaci ultrazvuku a fyzioterapeut mi dělal měkké techniky a mobilizaci na zádech, hlavně nejvíce v oblasti kříže. Také jsem cvičil s rehabilitačním pracovníkem různé cviky.“

3) Jak byste zhodnotil účinky reflexní terapie?

„Největší účinek bych řekl, že u mě měly měkké techniky a mobilizace.“

4) Vyskytly se v průběhu aplikace reflexní terapie nějaké potíže? Pokud ano, jaké?

„V průběhu aplikace jsem nepocítil žádné potíže.“

5) Když se Váš zdravotní stav zlepšoval, kdy jste prvně pocítil zlepšení?

„Zdravotní stav se zlepšoval. Zlepšení jsem pocítil po 4-5 návštěvě.“

6) Došlo po ukončení léčby reflexní terapie k úplnému odeznění bolesti?

„Bolest se výrazně zlepšila. Protože nejsem chvilku v klidu, sportuju a chodím do práce, tak jsem ani nečekal, že by se to tak výrazně mohlo zlepšit.“

7) Zmírnily se problémy se spaním?

„Problémy se spaním, už téměř vymizely. Když se vzbudím, tak je to spíše kvůli koleni.“

8) Je nějaká metoda, která Vám byla nepříjemná? Proč?

„Nestalo se mi, že by mi některá metoda byla nepříjemná.“

9) Je něco, co Vám vadilo v rytmu návštěv? Změnil byste něco?

„Tento rytmus návštěv mi vyhovoval. Návštěvy byly pravidelné, buď obden, nebo každý den.“

10) Doporučil byste reflexní terapii klientům s podobným či stejným onemocněním?

„Ano.“

Analýza rozhovoru č. 3

Účelem závěrečného rozhovoru bylo zjistit, jak klient hodnotí účinky léčby, jaké podstoupil metody reflexní terapie a zda došlo k úplnému odeznění bolesti a potíží po ukončení léčby.

6.2.3 Znázornění výsledků léčby na hodnotících škálách

V této podkapitole je na jednotlivých škálách zobrazeno, jak během léčby klient hodnotil vývoj svojí bolesti a soběstačnosti.

K zhodnocení průběhu léčby byly zvoleny tyto škály:

- Záznam jednorázového hodnocení bolesti
- Testování vývoje soběstačnosti -TVS

Vysvětlivky:

- 1. rozhovor – *zeleně*
- 2. rozhovor – *modře*
- 3. rozhovor – *červeně*

Obrázek 4: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 2 – část 1.

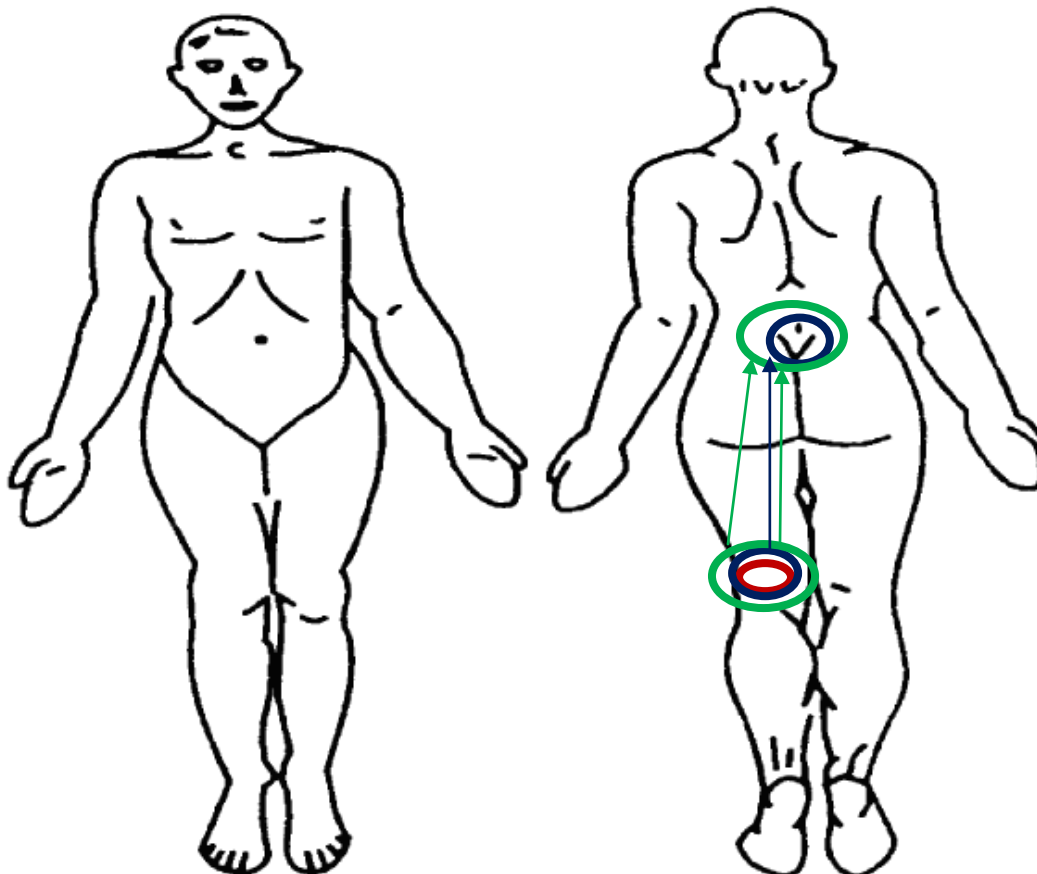
ZÁZNAM JEDNORÁZOVÉHO ZHODNOCENÍ BOLESTI

1. TOPOLOGIE

Kde to bolí *oblast kříže, kde bolest vystřeluje z levého kolene*

oblast kříže, kde bolest vystřeluje z levého kolene už jen občas *bolest kolene*

Zakreslete do lidské postavy, kde nemocný bolest udává, šipkami kam bolest vystřeluje. Eventuelně může provést zakreslení i nemocný sám.



Propagace bolesti:

z kolene vystřeluje bolest do oblasti kříže

z kolene vystřeluje bolest do oblasti kříže méně, už jen občas

z kolene již bolest nevystřeluje do oblasti kříže

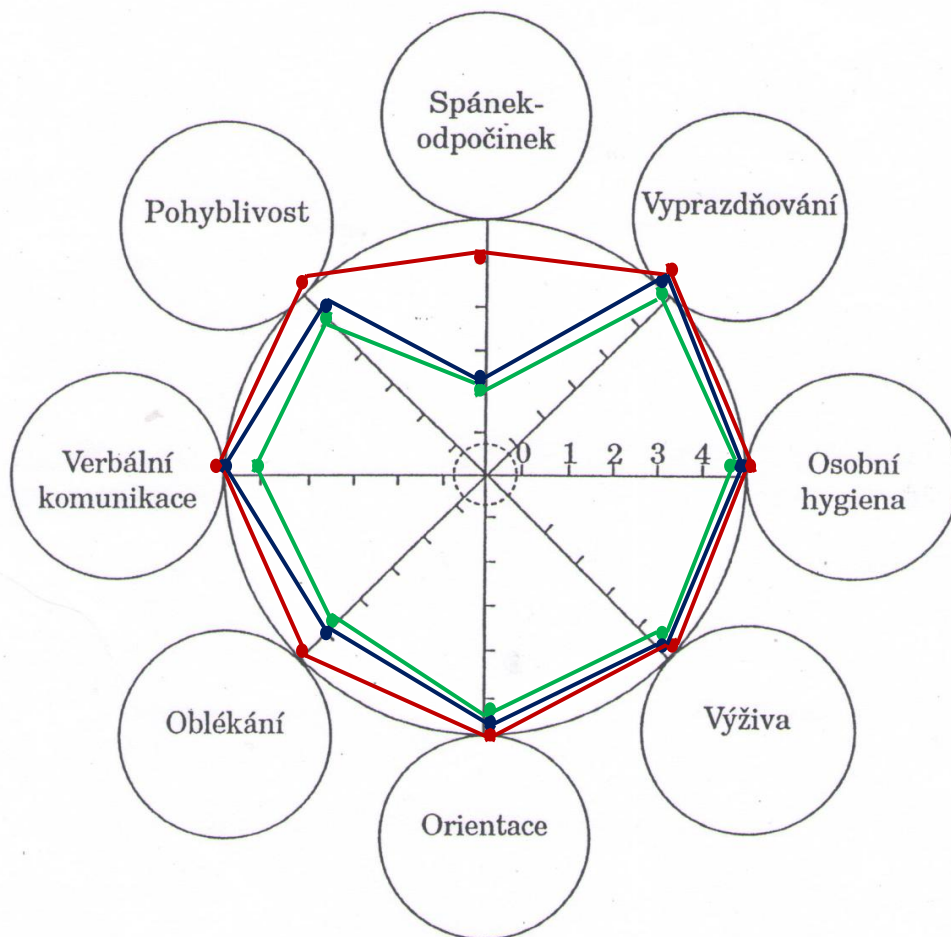
Obrázek 5: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 2 – část 2.

<p>2. INTENZITA Jak moc to bolí?</p> <p>1 ————— 5 ————— 10</p> <p>žádná bolest ————— nejvýše možná bolest</p>	
<p>3. KVALITA Jak to bolí?</p> <p><input type="checkbox"/> pulsující <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input checked="" type="checkbox"/> intenzivní <input type="checkbox"/> dusivá <input checked="" type="checkbox"/> tupá</p> <p><input type="checkbox"/> nesnesitelná <input checked="" type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> krutá <input type="checkbox"/> trýznivá <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. ČAS Kdy to bolí? <i>celý den v klidu i při pohybu</i> <i>při pohybu</i> <i>při prudkém pohybu</i></p> <p>Na čem je bolest závislá? <i>na pohybu</i> <i>na pohybu</i> <i>na pohybu</i></p> <p>Jak dlouho trvá? <i>60 sekund</i> <i>30 vteřin</i> <i>5 vteřin</i></p>	
<p>5. OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest?</p> <p><input type="checkbox"/> klid <input checked="" type="checkbox"/> úlevová poloha <input type="checkbox"/> komprese rukama <input type="checkbox"/> zaměření pozornosti jiným směrem</p> <p><input type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> sugesce <input type="checkbox"/> <i>pohyb</i> <i>pohyb</i> <i>pohyb</i></p> <p>stimulace kůže: <input type="checkbox"/> chladem <input type="checkbox"/> teplem <input type="checkbox"/> mastí</p> <p>Léky (jaké, kolik, jak dlouho, jak často): <i>žádné</i> <i>žádné</i> <i>žádné</i></p> <p>.....</p> <p>Co zesiluje bolest? <i>dřepey</i> <i>dřepey</i> <i>dřepey</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>6. REAKCE NEMOCNÉHO NA BOLEST</p> <p><input type="checkbox"/> pláč <input type="checkbox"/> křik <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkost <input checked="" type="checkbox"/> dobrá tolerance bolesti</p> <p><input type="checkbox"/> špatná spolupráce <input type="checkbox"/> agresivita</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p><i>20.1.2015</i> <i>10.2.2015</i></p> <p>DATUM: <i>27.1.2015</i> PODPIS SESTRY:</p>	

Obrázek 6: Testování vývoje soběstačnosti – TVS u klienta č. 2

Testování vývoje soběstačnosti – TVS (Geriatric Unit at Hospital, Bolzano)

Jméno: muž, 26let r.č.



datum	barva záznamu
<i>20.1.2015, 33 bodů</i>	<i>zeleně</i>
<i>27.1.2015, 34 bodů</i>	<i>modře</i>
<i>10.2.2015, 39 bodů</i>	<i>červeně</i>

7 SHRNUÍ ROZHovorŮ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI

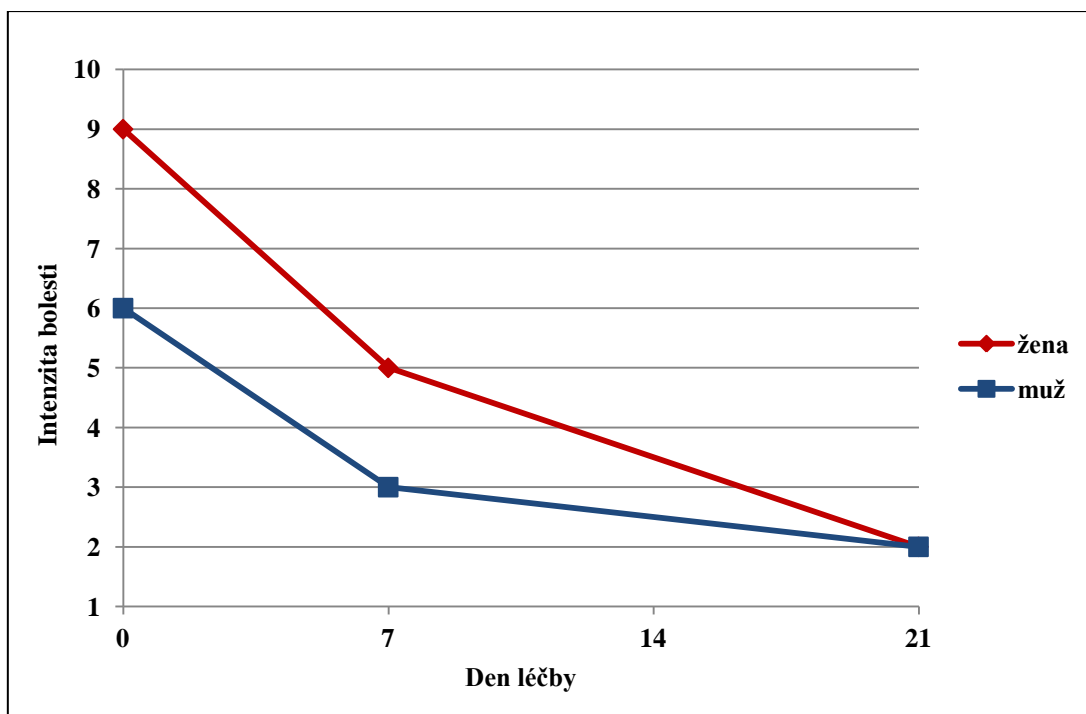
Hlavní cílem mé bakalářské práce bylo zjistit efekt při aplikaci reflexní terapie na klienta s pohybovým omezením a bolestí v oblasti kříže. Údaje pro výzkumnou část jsem shromažďovala prostřednictvím polo-strukturovaných rozhovorů a hodnotících škál. Z prvních rozhovorů, které byly provedeny před započatím léčby, jsem zjistila, že klienti vyhledávají lékařskou pomoc z důvodu intenzivní bolesti pálivého charakteru v oblasti kříže, jak při aktivních činnostech, tak i v klidovém režimu. Oba zkoumaní klienti si stěžovali na kvalitu spánku. Jakákoliv změna polohy vedla klienty k probuzení a následně se jim těžce usínalo. Z lékařských zpráv klientů, které mi byly poskytnuty, jsem zjistila, že byly stanoveny takřka totožné léčebné metody reflexní terapie, a to termoterapie (léčba teplem), léčba ultrazvukem, mobilizace, techniky měkkých tkání a léčebná tělesná výchova pod vedením rehabilitačního pracovníka.

Po týdnu léčby jsem s klienty provedla krátký rozhovor, zaměřený na jejich subjektivní pocity z průběhu léčby. Již po takto krátké době klienti zaznamenali úlevu. Zmírnila se intenzita bolesti, její charakter a zkrátila se délka jejího trvání. Konkrétně klientka č. 1 zprvu pociťovala bolest řezavého a pálivého charakteru. Po týdnu léčby tyto bolesti odezněly a klientka pociťovala bolest tupého charakteru. Délka trvání bolesti se z počátečních 30-ti sekund snížila na 15. U klienta č. 2 se z intenzivní bolesti po týdenní léčbě stala bolest též tupého charakteru. Délka trvání bolesti u toho klienta klesla z původních 60-ti sekund na 30. Součástí druhého rozhovoru byla také otázka zaměřená na upřednostňovanou metodu léčby u jednotlivých klientů. Klientka č. 1 zaregistrovala v této fázi léčby jako nejefektivnější metodu ultrazvuk. Klient č. 2 pociťoval největší úlevu po aplikaci mobilizace a technik měkkých tkání.

Třetí, závěrečný rozhovor byl realizován po dalších 14-ti dnech (21 dní od započetí léčby), což je doba, po které byla celá léčba ukončena. Tímto rozhovorem bylo zjištěno, že klienti během léčby nezískali žádnou negativní zkušenost s jakoukoliv léčebnou metodou reflexní terapie, žádná z metod jim nepůsobila sebemenší bolesti, tudíž považují reflexní terapii za obrovský přínos. Ze zjištěných informací z rozhovorů a z důkladně vyplněných škál bolesti a soběstačnosti jsem zhotovila několik grafických závislostí.

Graf č. 1 znázorňuje závislost intenzity bolesti na době léčby. Vycházela jsem přitom ze Záznamu jednorázového zhodnocení bolesti, kdy klienti uváděli intenzitu bolesti v rozmezí od jedné do deseti, kde 1 značí nulovou bolest a 10 bolest „nejvýše možnou“. U obou testovaných klientů došlo k výraznému snížení intenzity bolesti již po prvním týdnu léčby a následující dva týdny měli charakter pozvolného odeznívání „zbylé“ bolesti.

Graf 1: Grafické znázornění intenzity bolesti klientů ze Záznamu jednorázového zhodnocení bolesti

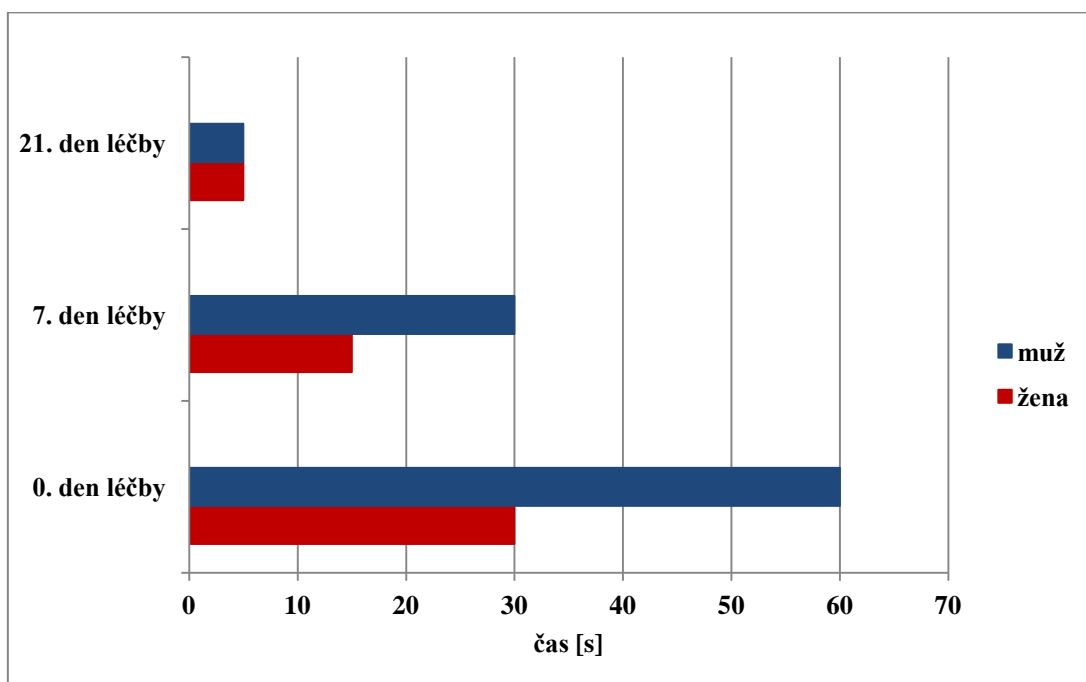


Zdroj: autor [výsledky kvalitativního výzkumu]

Popis grafu 1: Z grafu 1 je viditelné, že největší ústup bolesti zaznamenali klienti během prvního týdne léčby (u muže o 60% a u ženy o 50%). Následující dva týdny již ústup bolesti zmírnil tempo a při ukončení léčby oba klienti hodnotili bolest číslem 2. Za dobu celé léčby poklesla u muže bolest o 80% a u ženy o 87,5 %.

Ze záznamu jednorázového hodnocení bolesti vychází i graf č. 2. Zde je zobrazeno, jak se doba trvání bolesti během léčby zkracovala. I tady se potvrzuje pravidlo, že výrazné zlepšení nastává u obou klientů již v prvním týdnu léčby. Konkrétně se jednalo o padesátiprocentní zkrácení intervalu bolesti po prvních sedmi dnech léčby.

Graf 2: Grafické znázornění délky trvání bolesti ze Záznamu jednorázového zhodnocení bolesti

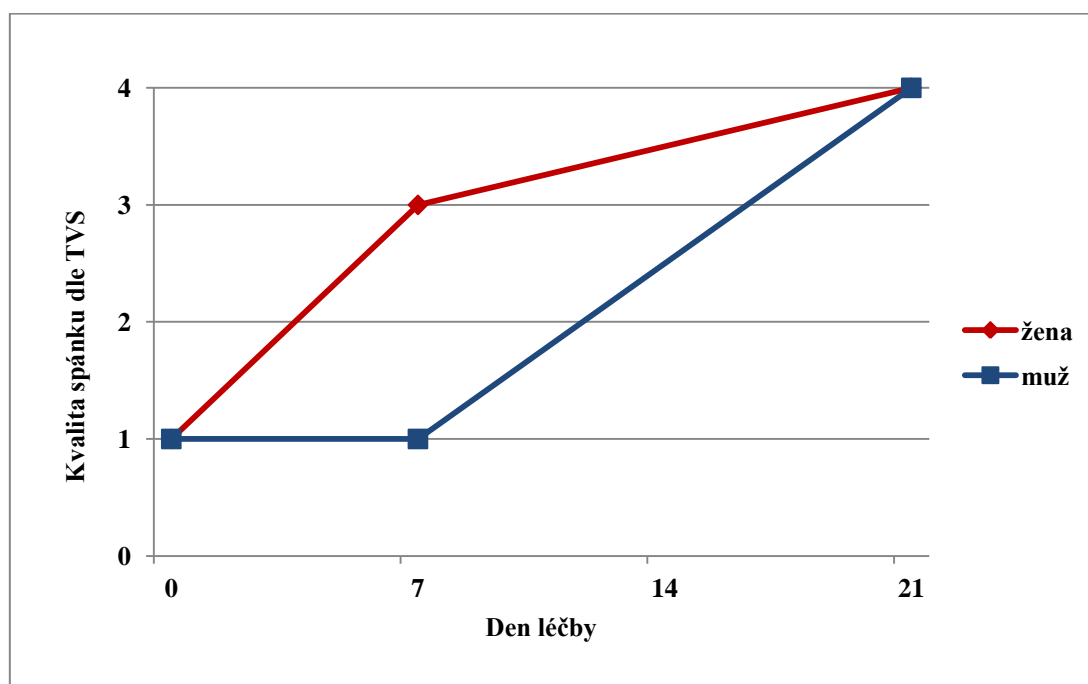


Zdroj: autor [výsledky kvalitativního výzkumu]

Popis grafu 2: Graf 2 monitoruje pokles délky trvání bolesti klientů v průběhu léčby. U muže (26 let), trvala bolest, která ho donutila vyhledat lékaře, obvykle kolem 60s. Po prvním týdnu léčby se délka zkrátila o 50 % a po ukončení léčby bolest téměř zmizela (trvá maximálně 5s při velké námaze). U ženy (34let) se délka bolesti, která jí donutila vyhledat odborníka, pohybovala okolo 30s. Účinky léčby u této klientky byly v tomto ohledu téměř shodné jako u muže (po týdnu léčby 50%, po ukončení léčby max. 5s).

Ze škály Testování vývoje soběstačnosti, kde na kruhovém diagramu klienti určovali úroveň soběstačnosti v určitých oblastech běžného života, bylo jasně patrné, že největším problémem u obou klientů byl výše zmiňovaný spánek a logicky únava, kterou jeho deficit přinášel. Právě proto jsem vyhotovila graf č. 3 monitorující průběh spánku v intervalu od 0 do 4, kde 0 značí „různé formy nespavosti“ (výrazné problémy) a 4 je ve škále Testování vývoje soběstačnosti popisována termínem „spí dobře, během dne klidný“. Zde klientka č. 1 uvedla, že se kvalita jejího spánku rapidně zlepšila již po prvním týdnu léčby. Naopak klient č. 2 po prvních sedmi dnech nezaznamenal téměř žádnou změnu a kvalita jeho spánku se začala zlepšovat déle.

Graf 3: Hodnocení oblasti spánku prostřednictvím TVS

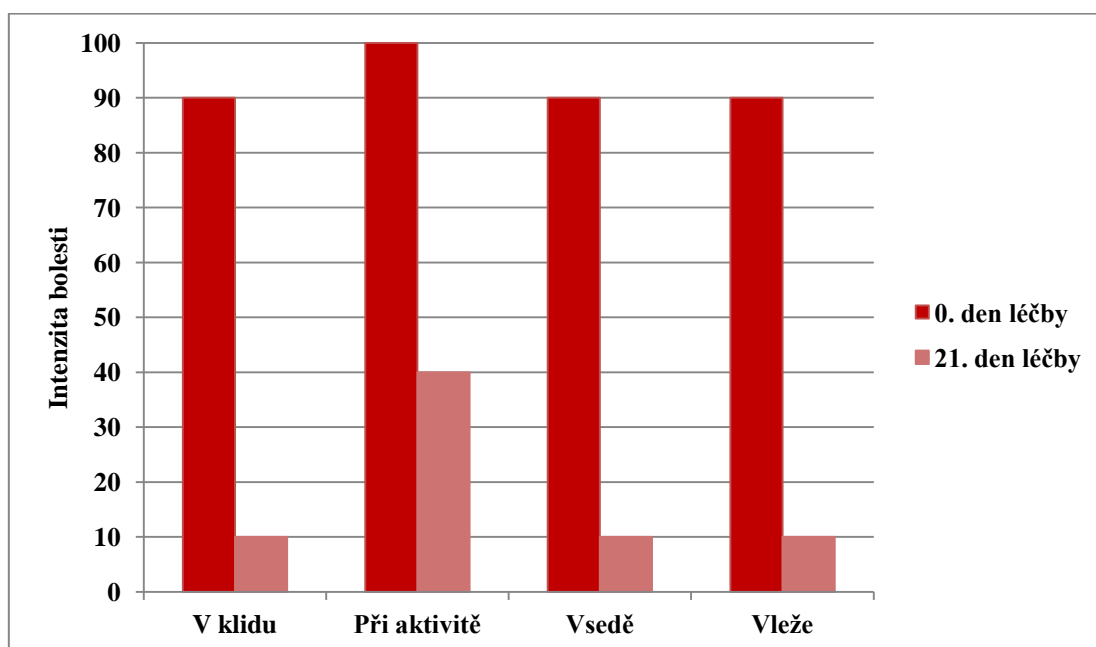


Zdroj: autor [výsledky kvalitativního výzkumu]

Popis grafu 3: Oba klienty nejvíce zatěžovala bolest, která je provázela během spánku. Na tuto oblast jsem se tedy zaměřila důkladněji a zhodnotila průběh spánku prostřednictvím „Testování vývoje soběstačnosti“. Před zahájením léčby si klienti stěžovali, že při změně polohy při spánku se bolestí probouzí. V grafu 3 je tato bolest zaznamenána koeficientem 1 (dle TVS – občasný neklid). V tomto ohledu měla léčba u obou klientů různé účinky. U muže po týdnu léčby nedošlo prakticky k žádné změně. Avšak během následujících dvou týdnů problémy se spánkem zcela odezněly (koeficient 4 – spí dobře, během dne klidný). U ženy nastalo rapidní zlepšení již po prvním týdnu léčby (koeficient 3- klidný spí málo a přerušovaně). Na konci léčby problémy se spánkem zcela vymizely i u sledované ženy (koeficient 4).

Grafy 4 a 5 vycházejí z Numerické škály bolesti. Tato škála má rozmezí od hodnoty 0 do 100, přičemž hodnota 0 značí „žádnou bolest“ a hodnota 100 značí „nesnesitelnou bolest“. Tyto číselné závislosti se vyhodnocují ve čtyřech oblastech, a to v klidu, vsedě, vleže a při aktivitě. Z grafů je patrné, že u obou klientů působení reflexní terapie vedlo k výraznému poklesu intenzity bolesti ve všech čtyřech zmiňovaných oblastech.

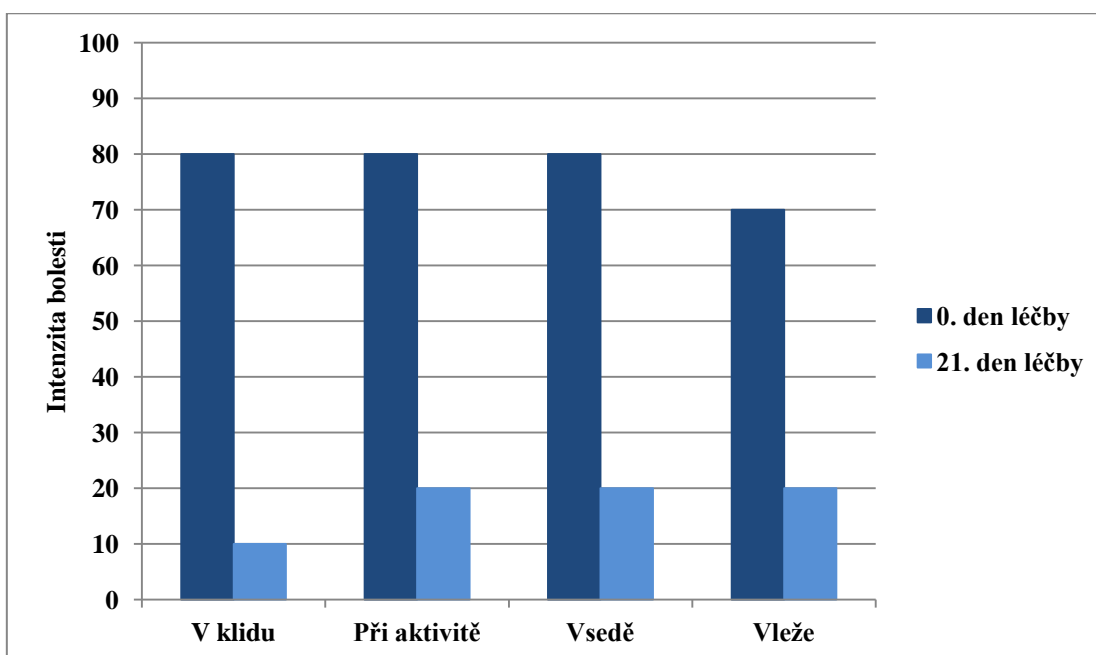
Graf 4: Subjektivní hodnocení bolesti ženou dle Numerické škály bolesti



Zdroj: autor [výsledky kvalitativního výzkumu]

Popis grafu 4: Z grafu 4 je patrné, že u klientky se po ukončení léčby bolest výrazně zmírnila. V klidu, vsedě a vleže je již zcela neznatelná. Při zvýšené zátěži (klientka se aktivně podílí na rekonstrukci svého domu) pociťuje bolest stále, avšak v porovnání se stavem před zahájením léčby, bolest poklesla o 60%.

Graf 5: Subjektivní hodnocení bolesti mužem dle Numerické škály bolesti



Zdroj: autor [výsledky kvalitativního výzkumu]

Popis grafu 5: *Graf 5 popisuje stejnou závislost jako graf 4, avšak zde je zobrazen průběh bolesti u klienta č. 2 (muž). I u něj reflexní terapie bolesti téměř eliminovala, pouze s tím rozdílem, že klient nepocituje zvýšenou bolest při tělesné aktivitě (aktivně se věnuje fotbalu) v porovnání s „klidovými režimy“.*

Ze všech vyhodnocovaných škál a grafických závislostí, které jsem z nich vyhotovila, je patrné, že u obou sledovaných klientů je efekt působení reflexní terapie prokazatelný. Bolest v inkriminovaných oblastech avšak ani u jednoho klienta nezmizela úplně. Ale nejen já, ale i samotní klienti otevřeně přiznávají, že je to s největší pravděpodobností způsobeno jejich životním stylem. Klientka č. 1 se totiž dlouhodobě aktivně podílí na rekonstrukci vlastního rodinného domu a klient č. 2 se aktivně a intenzivně věnuje několika sportovním činnostem.

8 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit efekt aplikace reflexní terapie u klientů s bolestí a omezení hybnosti v dané oblasti pohybového aparátu. Praktická část probíhala formou kvalitativního šetření. Pro tento výzkum byli zvoleni dva klienti, kteří museli splňovat daná kritéria a to věk, který se měl pohybovat od 25 do 35 let a zkoumané respondenty „měl trápit“ obdobný problém pohybového aparátu. Na základě těchto kritérií byla pro výzkum zvolena žena ve věku 34 let a muž ve věku 26 let. U obou klientů došlo k lumbagu neboli akutnímu ústřelu v oblasti kříže, která byla doprovázena velkou bolestí.

Výše zmíněná kritéria tedy byla splněna a po podepsání informovaného souhlasu jsem s těmito klienty provedla výzkumné šetření. Klienti podstupovali ambulantní léčbu na rehabilitačním oddělení ve Stodské nemocnici a.s. Zde byl těmto klientům stanoven téměř totožný léčebný plán, který byl založen na aplikaci reflexní terapie a jejích metod. S těmito klienty jsem provedla polo-strukturované rozhovory. Tyto rozhovory probíhaly ve třech časových obdobích, a to před zahájením léčby, 7. den léčby a po ukončení léčby (tj. po 21 dnech léčby). Při každém rozhovoru jsem také s klienty vyplňovala stanovené škály, které se týkaly bolesti a soběstačnosti.

Během prvního rozhovoru jsem se zaměřila na prvotní projevy onemocnění až do doby, kdy bolest donutila klienty vyhledat lékařskou pomoc. Taky jsem se zajímala o to, zda klienti již v minulosti podstoupili léčbu formou reflexní terapie. Klientka č. 1 uvedla, že s touto formou léčby se setkává poprvé na rozdíl od klienta, který léčbu pomocí reflexní terapie dříve již podstoupil a to ve formě elektroterapie. Ovšem tento typ léčby klientovi od bolesti výrazně nepomohl. Rozhodl se tedy podstoupit léčbu jinou formou reflexní terapie. Pomocí hodnotících škál jsem zjistila, že oba klienty trápí kromě bolesti zad v oblasti kříže i problémy se spánkem. Uvádali, že jakákoliv změna polohy jim působí bolest, na základě které se probouzí a následně mají velké problémy s opětovným usnutím.

V druhém rozhovoru jsem se zaměřila na subjektivní pocity po týdnu léčby reflexní terapií a na její dosavadní účinek. Po rozhovoru jsem opět zhodnotila stanovené škály. U obou klientů došlo po již takto krátkém časovém úseku k rapidnímu zmírnění bolesti. U klientky č. 1 došlo také ke zlepšení kvality spánku. Na rozdíl od klienta č. 2, který v této oblasti prozatím žádné změny nezpozoroval. Poslední rozhovor hodnotil komplexně účinky léčby a názory klientů na reflexní terapii.

Po analýze všech dat, vytvoření grafů a zhodnocení daných škál jsem došla k závěru, že díky metodám reflexní terapie došlo u obou zkoumaných klientů téměř k absolutnímu vymizení jejich problémů. Problémy se spánkem vymizely zcela a bolesti zad zmizely z větší části také. Navíc oba dotazovaní klienti otevřeně přiznali, že věří, že by bolesti dokázaly ustoupit zcela, kdyby byl dodržován klidový režim. Klientka č. 1 se totiž aktivně podílí na rekonstrukci vlastního rodinného domu a klient č. 2 je aktivní sportovec. Tento fakt jen potvrzuje názor reflexní terapeutky a léčitelky Marie Příhodové, která v časopisu Regenerace (č. 11/2009) tvrdí, že reflexní terapie se dá využít nejen jako léčebná metoda klientů s určitým fyzickým handicapem, ale i jako prevence před vznikem těchto potíží. Autorka Příhodová také tvrdí, že efektivní odezva lidského těla na účinky reflexní terapie je velice úzce spjata se změnou životního stylu, správnými dodávkami vitamínů, minerálů a dalších důležitých živin a spoluprací klienta s terapeutem.

Souhlasím s názorem autora (Lewit,2003), že bolest v pohybové soustavě pravděpodobně představuje nejčastější typ bolesti v organismu a je varovným signálem funkční poruchy, která by měla být napravena, než způsobí změnu trvalou. U dotazovaných klientů jsem se dozvěděla, že důvodem vyhledání odborné pomoci byla právě bolest, která je k tomuto kroku donutila. Také souhlasím s jeho myšlenkou, že v pohybové soustavě a v průběhu celé páteře se nacházejí oblasti z funkčního hlediska obzvláště důležité. V těchto oblastech bývají primární poruchy (změny viscerální a pohybové stereotypy) častější než v jiných oblastech. Je tedy důležité rozpoznat patogenní stereotypy, protože působí recidivy na samotné periférii. V této souvislosti má důležitý význam i psychogenní činitel, protože hybné projevy jsou také výrazem psychickým (strach, deprese, neschopnost relaxovat). Proto je velmi důležitý také psychický postoj jedince k bolesti, která je u těchto klientů nejčastějším příznakem (Lewit, 2003). I já osobně si myslím, že postoj klienta k bolesti je velmi důležitý. Není dobré se bolesti poddávat a potlačovat ji například léky, ale naopak se s bolestí naučit pracovat (např. vyhledat úlevovou polohu, snažit se rozpohybovat určitou bolestivou část těla nebo zkusit jinou alternativní metodu jako je třeba reflexní terapie.

Díličními cíli mé bakalářské práce bylo zjistit, jak rychle došlo ke zmírnění bolesti působením reflexní terapie u sledovaných klientů a které metody reflexní terapie byly u léčby těchto klientů nejefektivnější. Při výzkumném šetření jsem zjistila, že u obou klientů došlo k výraznému zlepšení (oba subjektivně uvedli 50-ti procentní zlepšení dle hodnotících škál bolesti) již po první třetině léčby (7 dní). V názorech na nejefektivnější

léčbu se oba klienti rozcházejí. Klientce č. 1 a klientovi č. 2 byla naplánována léčba ultrazvukem, teplem a technikami měkkých tkání. Na otázku č. 2 při druhém rozhovoru, tj. *Z jaké metody léčby máte největší pocit, že Vám zatím nejvíce pomohla?*, klientka č. 1 odpověděla, že nejpříznivěji na její organismus působila léčba ultrazvukem. Naopak klient č. 2 vyhodnotil jako nejpříznivější léčebnou metodu léčbu technikami měkkých tkání. Je všeobecně známo, že některé z technik reflexní terapie mohou při aplikaci na klienty působit nepříjemně v krajním případě i bolestivě. Právě možná proto uvedla klientka č. 1 jako přijatelnější léčebnou metodu ultrazvuk, neboť při této metodě nedochází k výše zmíněnému mechanickému působení rukou terapeuta. Naopak klient č. 2 je horlivý aktivní sportovec, bolest se sportem spjatou velice dobře zná, a tak mu metoda technik měkkých tkání nepůsobila sebemenší problémy. Otevřeně přiznávám, že tento rozdíl v názorech klientů nemusí mít maximální vypovídací schopnost, přihlédneme-li k množství zkoumaných respondentů. Na druhou stranu si myslím, že v dnešní době, kdy lidé nejsou dostatečně poučeni o možnostech reflexní terapie a logicky na tuto alternativní léčbu často přihlíží s nedůvěrou, lze můj výzkum přeci jen považovat za přínosný, neboť se mi povedlo vytvořit rozbor dvou respondentů ve stejné věkové kategorii s velice obdobným problémem a léčených stejnými léčebnými metodami dokonce i na stejném pracovišti.

Z mého hlediska bych jako doporučení pro praxi zvolila větší informovanost zdravotnického personálu v oblasti reflexní terapie, především konáním odborných seminářů pro zviditelnění a doplnění si informací týkající se této části alternativní medicíny. Poté by mohli například informovaní praktičtí lékaři seznamovat své klienty s možnostmi reflexní terapie, dostat pojem *reflexní terapie* do podvědomí laické veřejnosti a posunout tuto léčebnou metodu do popředí v oboru zdravotnictví.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem „Současné využití reflexní terapie v praxi“ se zabývala studii efektu reflexní terapie a jejích metod u klientů s problémy pohybového aparátu.

V teoretické části jsem se nejprve zaměřila na historii reflexní terapie. Zde jsem porovnávala chápání této alternativní metody z pohledu dvou českých představitelů reflexní terapie, kteří se touto metodou dlouhodobě zabývali, a to Ing. Jiřího Janči a Prof. MUDr. Lewita DrSc. Dále jsem se zmínila o základech anatomie týkající se vedení vzruchu z periferie do CNS a propojení s dalšími systémy. Následně jsem se podrobně věnovala rozboru základních pojmů reflexní terapie. V této kapitole jsem se zabývala možnostmi využití reflexní terapie, jejími typy, průběhem aplikace a eventuelními reakcemi klienta na její indikaci. Poslední kapitola teoretické části byla věnována úlohám všeobecné sestry v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství v rámci reflexní terapie a možnostem jejich vzdělávání v tomto specifickém odvětví zdravotnictví.

Praktická část této práce se zabývala zkoumáním dvou klientů, kteří trpěli bolestí zad v oblasti kříže a byli léčeni metodami reflexní terapie. Léčba těchto klientů probíhala na rehabilitačním oddělení ve Stodské nemocnici a.s. Oba klienti byli hodnoceni pomocí polo-strukturovaných rozhovorů a hodnotících škál bolesti a soběstačnosti ve třech etapách léčby. Výstupem byly grafy, ze kterých jsem odvodila a zhodnotila několik aspektů, které zkoumaným klientům reflexní terapie přinesla. Výsledkem tohoto výzkumu jsem naplnila předem stanovené cíle této práce. Chtěla bych vyzdvihnout pozitivní vliv léčby, se kterým se mi oba klienti při rozhovorech svěřili a který je též patrný z dat získaných výzkumem. Věřím, že reflexní terapie je v oboru zdravotnictví velkým přínosem a naopak je škoda, že se jí především díky nedostatečné informovanosti a následné nedůvěře prozatím široké spektrum veřejnosti vyhýbá.

Při tvorbě této bakalářské práce jsem byla obohacena o několik zásadních poznatků, oživila a doplnila jsem si své znalosti této problematiky, setkala se s významnými odborníky zabývající se touto problematikou a bylo mi ctí s nimi spolupracovat.

LITERATURA A PRAMENY

1. JANČA, Jiří. *Reflexní terapie: tajemná řeč lidského těla*. 2. vyd. Praha: Eminent, 1996, 203 s. ISBN 80-858-7617-5.
2. Reflexologie a reflexní terapie. *Reflexní terapie Plzeň*. [online]. 2008-2014 [cit. 2014-07-03]. Dostupné z: <http://www.reflexni-terapie.eu/home/>
3. Ing. Jiří Janča, CSc. *Homeopatie a alternativní medicína*. [online]. 11.11.2012 [cit. 2014-07-03]. Dostupné z: <http://www.homeopatiecesky.cz/ing-jiri-janca-csc/>
4. Pavlína Brzáková, 2012. Jiří Janča: Akupresura místo anestetik na západní frontě. *Regenerace: přirozená cesta ke zdraví a poznání*. Praha: REGENERACE, s.r.o., roč.20, 16 s. ISSN – 1210 -6631.
5. LEWIT, Karel. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. přeprac. vyd. Praha: Sdělovací technika, c2003, 411 s. ISBN 80-866-4504-5.
6. DOBŘICHOVICE s.r.o. *Centrum komplexní péče*. [online]. 2011 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.ckp-dobrichovice.cz/prof-lewit/>
7. LIDELL, Lucy. *Kniha o masáži: podrobný průvodce orientálními a západními technikami masáže*. 1. vyd. Košice: Východoslovenské vydavateľstvo, 1992, 191 s. ISBN 80-234-0053-3.
8. TICHÝ, Miroslav. *Dysfunkce kloubu: komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. 1. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2009, 92 s. ISBN 978-80-254-3963-0.
9. ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Učebnice somatologie I. a II.* Vyd. 2. Praha: Eurolex Bohemia, 2003, 264 s. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-864-3249-1.
10. GILLANDERS, Ann. *Reflexologie: praktický obrazový průvodce : jednoduché postupy pro domov, práci a cestování*. 1. české vyd. Praha: Svojtka, 2006. ISBN 978-807-3524-456.
11. JANČA, Jiří. *Alternativní medicína: komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. 1. vyd. Ostrava: Eminent, c1990, 268 p. ISBN 80-900-3021-1.

12. CRESSY, Susan. Reflexology for the VTCT. S.l.: Heinemann Educational Secondary Division, 2003. ISBN 978-043-5451-042.
13. SEN, Ingrid. Reflexology: Beginners Guide to Eliminate Pain, Lose Weight and de-Stress with Ancient Techniques. Createspace, 2014. ISBN 978-150-2719-935.
14. KEET, Louise. *Reflexologie od A do Z: [podrobný průvodce jednou z nejstarších léčebných metod]*. Vyd. 1. V Praze: Metafora, 2009, 400 s. ISBN 978-80-7359-205-9.
15. LékařiOnline.CZ. Estheticon ISSN 1802-1751 0.09. [online]. 31.03.2010 [cit. 2014-07-25]. Dostupné z: <http://www.lekari-online.cz/rehabilitace/zakroky/reflexni-masaz>
16. Reflexní terapie. Ebstyle. [online]. 2013-2014 [cit. 2014-07-25]. Dostupné z: <http://www.ebstyle.cz/cs/alternativni-metody/detail/reflexni-terapie>
17. MASAFRET, Hedi. *Základní kniha reflexní terapie: receptorologie - reflexní masáž chodidel*. Olomouc: Fontána, 2002, 156 s. ISBN 80-861-7988-5.
18. MARQUARDT, Hanne. *Praktická učebnice terapie reflexních zón na noze: receptorologie - reflexní masáž chodidel*. Olomouc: Poznání, 2009, 221 s. ISBN 978-808-6606-811.
19. Vše pro tělo. eStránky.cz. [online]. 2014 [cit. 2014-07-25]. Dostupné z: http://www.vse-pro-telo.estranky.cz/clanky/reflexologie/kontraindikace_reakce-na-lecibu.html
20. MAREK, Jiří. Marek J.: Reflexní terapie plosky nohy: REFLEXNÍ TERAPIE PLOSKY NOHY. [online]. Klinika komplexní rehabilitace [cit. 2014-07-25]. Dostupné z: <http://www.medsport.cz/clanky-marek-j-reflexni-terapie-plosky-nohy.html>
21. PODĚBRADSKÝ, Jiří, Radana PODĚBRADSKÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 200 s. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 978-80-247-2899-5.
22. PODĚBRADSKÝ, Jiří, Ivan VAŘEKA a Zuzana TURKOVÁ. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 264 s. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-716-9661-7.

23. Regenerace (III.): Termoterapie. *Ronnie.cz*. [online]. 21. 10. 2011 [cit. 2014-08-02]. Dostupné z: <http://medicina.ronnie.cz/c-9752-regenerace-iii-termoterapie.html>
24. Mechanoterapie a vše kolem ní. REHABILITACE.INFO. [online]. 28.6.2013 [cit. 2014-08-02]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/bolesti-2/mechanoterapie-a-vse-kolem-ni/>
25. Elektroléčba, Elektrostimulace. *fysiomed CS, s.r.o.* [online]. 17.4.2014 [cit. 2014-08-02]. Dostupné z: <http://www.fysiomed.cz/2014/04/elektrolecba-elektrostimulace/>
26. KLUSOŇOVÁ, Eva, Jana PITNEROVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestřám)*. 2. dopl. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 117 s. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-701-3423-2.
27. Institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví. *Zákony a vyhlášky týkající se získávání specializace*. [online]. 2008-2014 [cit. 2015-01-24]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/nelekarske-profese/zakony-a-vyhlasky-tykajici-se-ziskavani-specializace.aspx>
28. BUĎFIT. *Kurzy a semináře*. [online]. 2015 [cit. 2015-01-24]. Dostupné z: <http://www.budfit.info/>
29. Hodnotící škály. *VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové*. [online]. 2010-2012 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

SEZNAM ZKRATEK

°C	stupeň Celsia
AF	antefixe
aj.....	a jiné
apod.....	a podobně
AP	předozaďní
ASK	artroskopie
CNS.....	centrální nervový systém
Cp.....	krční páteř
č.	číslo
Doc.	docent
DrSc.	doktor věd
FP	fibropatelární
FT.....	fyzikální terapie
Ing.	inženýr
kHz.....	kilohertz
L.....	bederní
LDK.....	levá dolní končetina
LL.M.....	učitel práva
Lp.....	bederní páteř
LTV.....	léčebná tělesná výchova
LS.....	lumbosakrální
m.	musculus

max..... maximum

MBA master of business administrativ (magistr ekonomie)

Mgr. magistr

MUDr. lékař

n. nervus

n.l. našeho letopočtu

např. například

NDR..... Německá demokratická republika

NO..... nynější onemocnění

OA..... osobní anamnéza

PIR postizometrická relaxace

Prof..... Profesor

PV paravertebrální

RF..... retroflexe

RP..... rehabilitační pracovník

RT reflexní terapie

RTG rentgen

s..... strana

s..... sekunda

S křížové

Sb. sbírka

SI..... křížokyčelní

SIS..... sakroiliakální (křížokyčelní) skloubení

Sp..... křížová páteř

SSSR..... Svaz sovětských socialistických republik

TBC..... tuberkulóza

t.č..... toho času

TENS transkutánní elektrická nervová stimulace

Th..... hrudní

tj..... to je

TL..... thorakolumbální

Tp..... hrudní páteř

TVS..... testování vývoje soběstačnosti

tzv. takzvaný

UZ ultrazvuk

VR..... vnitřní rotace

W..... watt

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Grafické znázornění intenzity bolesti klientů ze Záznamu jednorázového zhodnocení bolesti	64
Graf 2: Grafické znázornění délky trvání bolesti ze Záznamu jednorázového zhodnocení bolesti	65
Graf 3: Hodnocení oblasti spánku prostřednictvím TVS	66
Graf 4: Subjektivní hodnocení bolesti ženou dle Numerické škály bolesti.....	67
Graf 5: Subjektivní hodnocení bolesti mužem dle Numerické škály bolesti	67

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 1 – část 1.	49
Obrázek 2: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 1 – část 1.	50
Obrázek 3: Testování vývoje soběstačnosti – TVS u klienta č. 1	51
Obrázek 4: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 2 – část 1.	60
Obrázek 5: Záznam jednorázového zhodnocení bolesti u klienta č. 2 – část 2.	61
Obrázek 6: Testování vývoje soběstačnosti – TVS u klienta č. 2	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Tělní zóny

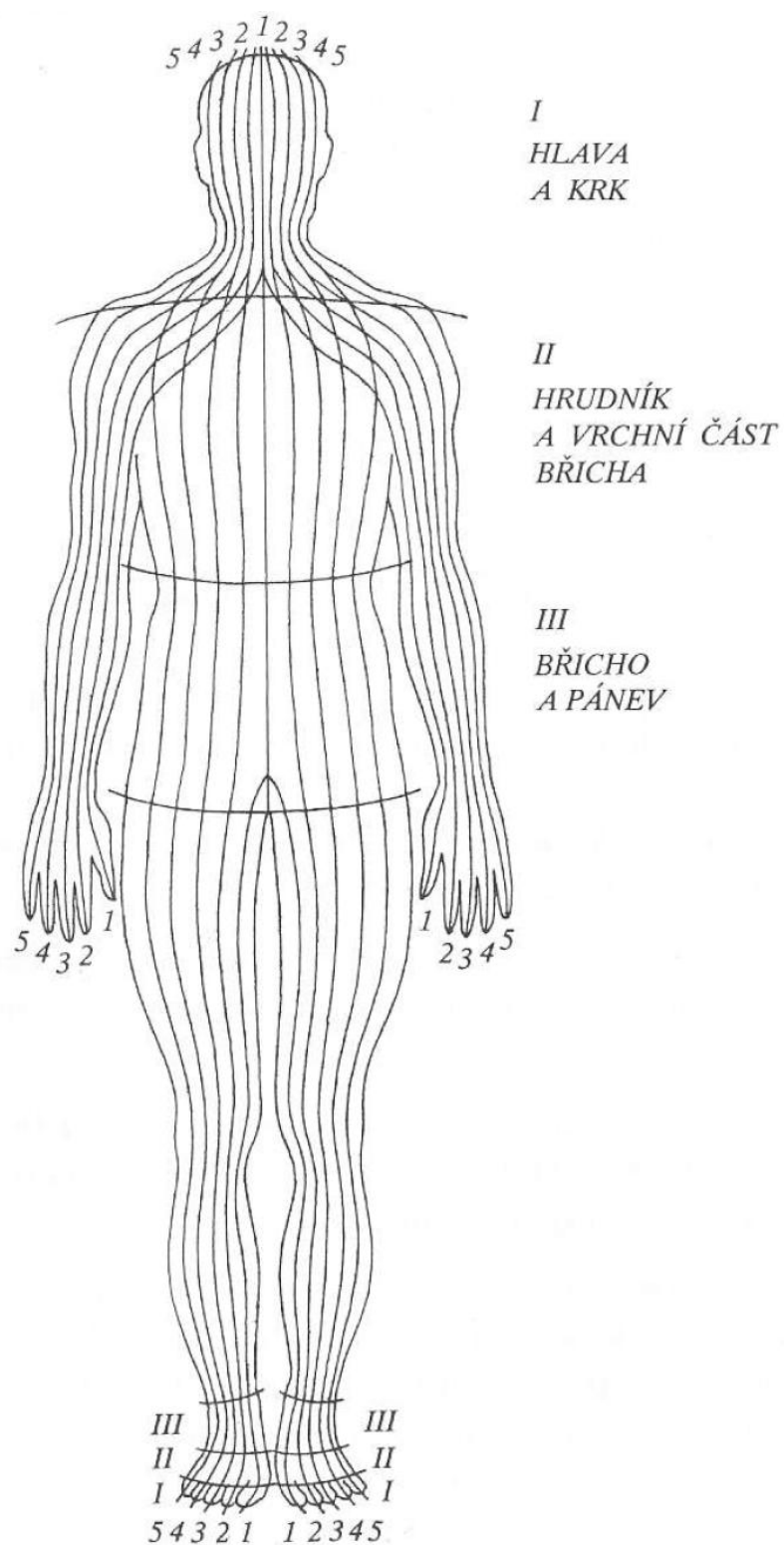
Příloha 2: Správný přitlak palce

Příloha 3: Souhlas s výzkumem na pracovišti

Příloha 4: Informovaný souhlas s rozhovorem

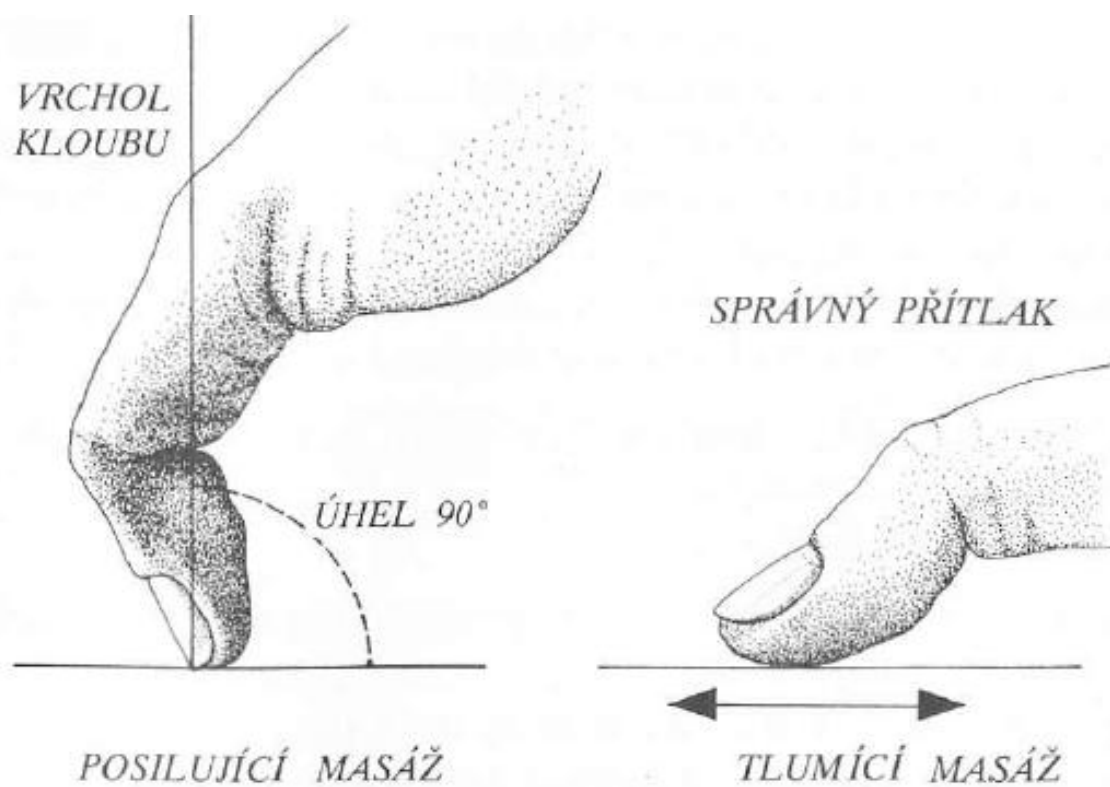
Příloha 5: Hodnocení testování vývoje soběstačnosti - TVS

Příloha 1: Tělní zóny



Zdroj: **JANČA, Jiří**. Reflexní terapie: tajemná řeč lidského těla. 2. vyd. Praha: Eminent, 1996, 203 s. ISBN 80-858-7617-5.

Příloha 2: Správný přítlak palce



Zdroj: **JANČA, Jiří**. *Reflexní terapie: tajemná řeč lidského těla*. 2. vyd. Praha: Eminent, 1996, 203 s. ISBN 80-858-7617-5.

Příloha 3: Souhlas s výzkumem na pracovišti

SOUHLAS S VÝZKUMEM NA PRACOVIŠTI

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Současné využití reflexní terapie v praxi

MÍSTO KONÁNÍ VÝZKUMU: Stodská nemocnice a.s.

STUDENT:

Ivana Červená
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
IvcaaC@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Jaroslava Nováková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
jarnovak@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE:

Cílem studie je zjistit efekt aplikace reflexní terapie na klienta s pohybovým omezením.

POPIS STUDIE:

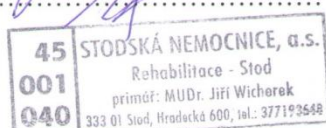
V rámci výzkumu budou dle připravených rámcových otázek prováděny rozhovory s dvěma klienty se stejným či podobným pohybovým omezením. Otázky budou směřovány na monitorování průběhu léčby pomocí reflexní terapie u klientů s pohybovým omezením. Pomocí hodnotících škál bude sledován vývoj soběstačnosti a bolesti klienta v průběhu léčby. Poznámky z rozhovoru budou písemně zaznamenávány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Identita klientů nebude rozpoznána, budou použity pseudonymy.

Souhlasím s provedením výzkumu na.....*rehabilitačním*.....oddělení Stodské nemocnice, s poskytnutím informací z hlediska onemocnění klienta (zdravotní dokumentace) a s použitím shromážděných informací v mé bakalářské práci.

Datum: *14.1.2015*

Podpis studenta: *Červená Ivana*

Podpis vedoucího pracoviště: *J. Nováková*



Zdroj: Použito ze vzoru paní PhDr. Kristiny Janouškové

Příloha 4: Informovaný souhlas s rozhovorem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

SOUČASNÉ VYUŽITÍ REFLEXNÍ TERAPIE V PRAXI

STUDENT

Ivana Červená
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
IvcaaC@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Jaroslava Nováková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
jarnovak@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit efekt aplikace reflexní terapie na klienta s pohybovým omezením.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude bodově písemně zaznamenáván. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se zaznamenáváním informací z rozhovoru. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: Použito ze vzoru paní PhDr. Kristiny Janouškové

Příloha 5: Hodnocení testování vývoje soběstačnosti - TVS

Osobní hygiena	
0	Celková hygienická péče na lůžku provedená sestrou
1	Péče sestry o osobní hygienu na lůžku ve spolupráci s nemocným
2	S pomocí sestry osobní péče na lůžku, transport do koupelny a koupele/sprcha
3	S pomocí sestry osobní péče na lůžku a transport, v koupelně téměř samostatný
4	Jen malá asistence, nemocný užívá vlastní osobní potřeby, podle svých zvyklostí
5	Samostatný
Pohyblivost	
0	Upoután na lůžko
1	Upoután na lůžko, schopný sám změnit polohu
2	S dopomocí schopný sedět na židli
3	Chodí s pomocí 1 nebo 2 osob
4	Chodí sám tam, kde se vyzná, jinak podle rady personálu
5	Chodí samostatně
Spánek a odpočinek	
0	Různé formy nespavosti
1	Občasný neklid
2	Klidný po sedativech a hypnoticích
3	Klidný, spí málo a přerušovaně
4	Spí dobře, během dne klidný
5	
Výživa	
0	Úplná/částečná parenterální výživa
1	Zaludeční sonda
2	Nutno kmit
3	Jídlo přijímá s velkou pomocí
4	Jí sám s malou dopomocí
5	Jí zcela samostatně
Vědomí – orientace	
0	Bezvědomí, sopor
1	Trvalá dezorientace v prostoru a čase
2	Trvalá porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky
3	Občasná porucha orientace s psychotickými a neurotickými příznaky
4	Lehká dezorientace, somnolence
5	Jasně vědomí, orientován
Verbální komunikace	
0	Nemluví, nerozumí
1	Mluví, ale nerozumí
2	Nemluví, někdy porozumí
3	Mluví málo, rozumí všemu
4	Komunikuje možná s přestávkami
5	Komunikuje bez problémů
Oblékání a svlékání	
0	Zcela závislý
1	S rozsáhlou pomocí další osoby
2	S malou dopomocí
3	Na výzvu personálu
4	Samostatný s námahou
5	Samostatný
Vyměšování stolice a moče	
0	Stálá inkontinence moče a stolice
1	Permanentní kateťr, inkontinence stolice
2	Občasná inkontinence moče (plénkové kalhotky), udrží stolicí
3	Podložní mísa, pokojový klozet, močová láhev
4	Pokojová klozet nebo s dopomocí záchod
5	Nezávislý, plně kontinentní

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>