

Univerzita Karlova

2. lékařská fakulta

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol

Ryšavá Markéta

**Přesvědčení zdravotníků o nespecifické bolesti zad a jejich
vliv na následování doporučených postupů při terapii.**

Diplomová práce

Praha 2021

Autor práce: Bc. Markéta Ryšavá

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Kavka

Oponent práce: Mgr. Marek Obešlo

Datum obhajoby: 2021

Bibliografický záznam:

RYŠAVÁ, Markéta. Přesvědčení zdravotníků o nespecifické bolesti zad a jejich vliv na následování doporučených postupů při terapii. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, 2021. 138 s., přílohy. Vedoucí diplomové práce Mgr. Tomáš Kavka

Abstrakt:

Nespecifické bolesti zad (LBP) jsou nejčastějším důvodem návštěvy lékaře a hlavní příčinou omezení aktivity i pracovní neschopnosti pacientů. Tato diplomová práce v teoretické části popisuje problematiku LBP a s ní související klinické doporučené postupy (tzv. guidelines). Dále shrnuje dosavadní výsledky zkoumání vlivu fear-avoidance přesvědčení (FA přesvědčení) zdravotníků na volbu jejich intervencí při péči o jedince s bolestí zad. Praktická část diplomové práce popisuje výzkum FA přesvědčení zdravotníků v České republice a jejich nedodržování klinických guidelines (dále popisováno jako non-adherence) týkajících se péče o jedince s LBP. Míra FA přesvědčení byla hodnocena přeloženým a kulturně adaptovaným dotazníkem „Fear-Avoidance Beliefs Tool“, zatímco míra non-adherence sebe hodnotícím dotazníkem založeným na smyšlené klinické kazuistice. Pro zpracování dat byl využit zobecněný lineární model. Primárním výsledkem tohoto observačního a průřezového výzkumu je statisticky významný vztah mezi FA přesvědčeními a non-adherencí – s každým bodem FABT skóre se zvyšuje míra non-adherence o 0,22 bodu. Sekundární analýza vztahů dalších demografických údajů (1) neukázala žádný statisticky významný rozdíl v naměřeném FABT skóre mezi lékaři/kami a fyzioterapeuty/ami, (2) prokázala statisticky významný ale klinicky zřejmě nevýznamný rozdíl mezi profesemi u skóre non-adherence (o 0,89 bodu méně u lékařů/ek, z 25 možných). Statisticky významný vztah byl prokázán u těchto zkoumaných demografických dat: (3) míry FA přesvědčení (FABT skóre) a faktoru délky praxe – tento vztah se ale nejvíce klinicky významný (0,07 bodu FABT za každý další rok praxe), (4) míry non-adherence k faktoru pohlaví (u mužů v průměru o 1,37 bodu non-adherence méně) a délky praxe (0,03 bodu non-adherence za každý rok praxe, tj. klinicky nevýznamný vztah). Celkově se tedy míra non-adherence prokázala ve vztahu k míře FA-přesvědčení, pohlaví, profesi a délce praxe. Nicméně vztahy mezi těmito proměnnými jsou zřejmě klinicky nevýznamné a varianci non-adherence vysvětlují jen nedostatečně ($R^2 = 0,24$, tj. 24 %). Zřejmě je vhodné zaměřit další výzkum a intervence na jiné, potenciálně relevantní faktory.

Klíčová slova:

bolesti zad, fear-avoidance přesvědčení, FABT, klinické guidelines, non-adherence

Bibliographic record:

RYŠAVÁ, Markéta. Health professionals' beliefs concerning the non-specific back pain and their influence on following the recommended therapy procedures. Prague: Charles University, 2nd Faculty of Medicine, Department of Rehabilitation and Sports Medicine, 2021. 138 p., Appendixes, Supervisor of the work: Mgr. Tomáš Kavka

Abstract:

Nonspecific back pain (nonspecific LBP) is the most common reason for visiting a doctor and it is the leading cause of activity limitation and inability to work by patients. The theoretical part of this thesis describes the issue of LBP and related clinical guidelines. In addition, it summarizes current research results of the influence of health professionals' fear-avoidance beliefs (FA beliefs) on their clinical decision making for LBP patients. The practical part relates to the research of FA beliefs and non-adherence to clinical guidelines regarding care of individuals experiencing LBP among health professionals in the Czech Republic. The degree of FA beliefs was evaluated using a translated and cross-culturally adapted questionnaire "Fear-Avoidance Beliefs Tool", while the degree of non-adherence was evaluated using a self-reported questionnaire in connection to fictitious clinical vignette. A generalized linear model was used for data processing. The primary result of this observational and cross-sectional research is a statistically significant relationship between FA beliefs and non-adherence - the rate of non-adherence changes by 0.22 with each point of FABT score. Secondary relationship analysis between other observed demographic data (1) shows no statistically significant difference in measured FABT scores between physicians and physiotherapists, (2) demonstrates statistically significant but clinically apparently non-significant difference in non-adherence score between professions (0.89 points less for physicians, out of 25 possible), (3) establishes a statistically significant relationship between the degree of FA beliefs (FABT score) and a practice length factor - this relationship, however, doesn't seem to be as clinically significant (0.07 FABT score for each year of practice), (4) demonstrates a statistically significant relationship between the degree of non-adherence and a gender factor (1.37 less non-adherence in men on average) and between the degree of non-adherence and a practice length factor (0.03 change in non-adherence for each year of practice, i.e. clinically non-significant relationship). Overall, it has been shown that the degree of non-adherence is related to the degree of FA beliefs, gender, professions and the length of practice. Relationships between these variables are seemingly clinically non-significant and only explain the non-adherence variance insufficiently ($R^2 = 0,24$, i.e. 24 %). Focusing future research and interventions on other potentially relevant factors as well might be adequate, it would seem.

Keywords:

low back pain, fear-avoidance beliefs, FABT, clinical guidelines, non-adherence

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem ochotným lékařům/kám a fyzioterapeutům/kám, kteří věnovali svůj čas a vyplnili ne úplně krátký dotazník, děkuji všem vedoucím fyzioterapeutům/kám nemocnic, předsedům lékařských spolků, kolegům, spolužákům a známým, kteří pomáhali s rozesíláním dotazníků. Zvláště pak těm, kteří cennými radami pomohli doladění dotazníku v rámci pilotního testování. Velmi děkuji svému vedoucímu Mgr. Kavkovi za jeho nadšení pro věc, pečlivé vedení, statistické zpracování dat a četné podněty při tvorbě dotazníku i sepisování teoretické části. Děkuji za technickou podporu rodiny a trpělivost mé spolubydlící.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně, pod vedením Mgr. Tomáše Kavky, že jsem uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne

OBSAH

Obsah	7
Seznam Zkratek	10
Úvod	12
Přehled teoretických poznatků	13
1 Nespecifické a specifické bolesti zad	13
1.1 Red flags	13
2 Low back pain (LBP).....	14
2.1 Prevalence.....	16
2.2 Prognóza	16
2.3 Podstata a etiologie	17
2.4 Doporučené postupy u LBP – guidelines	19
2.4.1 Kvalita guidelines.....	20
2.4.2 Doporučení napříč současnými guidelines.....	20
2.4.3 Přehled vybraných guidelines	22
2.4.4 Implementace guidelines.....	26
3 Modely zdraví	27
3.1 Hodnocení bolesti	27
3.2 Historie pohledu na zdraví.....	28
3.3 Vývoj pohledu na bolest.....	28
3.4 Vývoj biopsychosociálního modelu	29
3.4.1 Biopsychosociální model v praxi	30
3.5 Bio-psycho-socio-spirituální model	31
3.5.1 Spirituální přístup.....	31
3.5.2 Spiritualita a bolest.....	32
4 „Fear avoidance“	32
4.1 Odborné termíny	32

4.2	Fear-avoidance model (FA model).....	35
4.2.1	FA model v souvislosti se stádii bolesti.....	36
4.2.2	Tři kategorie problematických FA přesvědčení.....	37
4.2.3	Terapie založená na Fear-avoidance modelu.....	38
4.3	Možnosti hodnocení přesvědčení a postojů.....	39
4.3.1	Hodnocení přesvědčení a postojů u pacientů.....	39
4.3.2	Hodnocení přesvědčení a postojů zdravotníků.....	40
4.4	Fear-avoidance přesvědčení u zdravotníků.....	43
4.5	Asociace mezi fear-avoidance přesvědčeními zdravotníků a výsledky pacientů...45	
4.5.1	Vliv na terapeutickou intervenci.....	46
	Výzkumná část.....	48
5	Úvod.....	48
6	Hypotézy.....	49
7	Metodologie.....	49
7.1	Demografické údaje (1. část).....	50
7.2	Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT) (2. část).....	51
7.3	Non-adherence (3. část).....	52
7.3.1	Hodnocení non-adherence (3. část).....	53
7.4	Zpracování výsledků.....	66
8	Výsledky.....	67
8.1	Demografické údaje (1. část).....	67
8.2	Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT) (2. část).....	72
8.3	Non-adherence (3. část).....	74
8.3.1	Další vyšetření.....	74
8.3.2	Nejlepší pohybová terapie.....	76
8.3.3	Manuální terapie.....	79
8.3.4	Edukace ohledně práce.....	80
8.3.5	Edukace ohledně obvyklých aktivit.....	81

8.3.6	Psychosociální faktory	82
8.3.7	Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách	83
8.3.8	Vybrané intervence	87
8.3.9	Prostor pro poznámky:	95
9	Diskuse.....	96
9.1	Demografické údaje (1. část).....	96
9.2	Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT) (2. část)	96
9.3	Non-adherence (3. část).....	98
9.3.1	K otázkám jednotlivě:	99
9.4	Limitace	107
10	Závěry z výzkumu.....	109
	Závěr.....	110
	Referenční seznam	111
	Seznam obrázků a grafů.....	121
	Seznam tabulek	123
	Seznam příloh.....	123
	Přílohy	124

SEZNAM ZKRATEK

ACP – American College of Physicians (guidelines)
ACT – Akrální koaktivační terapie
ADL – aktivity of daily living
aj. – a jiné
angl. – anglicky
apod. – a podobně
Back-PAQ – Back pain Attitudes Questionnaire
BAT-Back - Behavioral Avoidance Test – Back Pain
BATs – Behavioral Avoidance Tests
BBQ – Back Beliefs Questionnaire
BMI – body mass index
CCGI – Canadian Chiropractic Guideline Initiative
CT – Computed Tomography, výpočetní tomografie
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
DK – dolní končetiny
DNS – Dynamická neuromuskulární stabilizace
EBM – evidenced based medicine
FA – fear avoidance
FABQ – Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire
FABT – Fear Avoidance Beliefs Tool
FAPS – Fear-Avoidance of Pain Scale
FPQ – Fear of Pain Questionnaire
KCE – Belgian Health Care Knowledge Centre
KNGF – Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LBP – low back pain
LTV na NFP – Léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém podkladě)
MDT – McKenzie metoda Mechanické Diagnostiky a Terapie)
MRI – magnetic resonance imaging, magnetická rezonance
např. - například
NICE – The National Institute of Clinical Excellence
NSAIDs – nonsteroidal anti-inflammatory drugs, nesteroidní antiflogistika
ÖMSPQ – The Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

PABS-PT – Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists
PAIRS – Pain and Impairment Relationship Scale
PASS – Pain Anxiety Symptoms Scale
PBS – Pain Beliefs Screening Instrument
PCS – Pain Catastrophizing Scale
PIR – postizometrická relaxace
PNF – Proprioceptivní nervosvalová facilitace)
RTG – rentgen
STart Back – STart Back Screening Tool
stol. – století
tj. – to je
TSK – Tampa Scale for Kinesiophobia
TSK-HC – Tampa Scale of Kinesiophobia for Health Care Providers
tzn. – to znamená
UNIFY ČR – Unie fyzioterapeutů České republiky
VRL – Vojtova reflexní lokomoce
WHO ICF – World Health Organisation's International Classification of Functioning

ÚVOD

Bolesti zad (angl. *low back pain*, dále LBP) jsou nejčastějším důvodem vyhledání péče lékaře nebo fyzioterapeuta a týkají se všech věkových skupin. Nejčastěji příčinu vzniku nejde spolehlivě odhalit, proto takové bolesti zad označujeme jako nespecifické. Protože jsou nejen zdravotním, ale i ekonomickým problémem ve všech zemích světa, bylo provedeno množství výzkumů týkajících se jak diagnostiky, tak terapie nespecifických LBP. Nashromážděnou evidenci shrnují randomizované kontrolované studie, související systematické přehledy a meta-analýzy. Z těchto aktuálně vědecky nejpodloženějších terapeutických postupů pak vychází klinická doporučení (tzv. *guidelines*), která by navíc měla zohledňovat názory všech zúčastněných stran (výzkumníci, klinici, jedinci s bolestí a pacientské organizace apod.).

Teoretická část této diplomové práce pojednává o současných poznatcích týkajících se prevalence, prognózy a etiologie LBP. Popisuje nejčastější klinicky doporučené postupy (tzv. *guidelines*), hodnocení jejich kvality a seznamuje s několika vybranými. Připomíná vývoj bio-psycho-socio-spirituálního modelu zdraví a věnuje se rozboru konstruktů *fear-avoidance* (FA) přesvědčení včetně možností jeho hodnocení mezi pacienty a zdravotníky.

V praktické části této práce se chci zabývat výzkumem míry dodržování (respektive nedodržování – *non-adherence*) běžně uváděných doporučení (především britských *guidelines* NICE (*The National Institute of Clinical Excellence*) 2016) týkajících se neinvazivních metod terapie mezi lékaři/kami a fyzioterapeuty/kami v České republice. A zároveň testováním FA přesvědčení těchto zdravotníků a jejich vlivu na *non-adherenci* ke *guidelines*.

Vycházím z předpokladu, že mnohé rady zdravotníků vychází z jejich vlastních přesvědčení, a ne tolik ze znalostí ověřených postupů a jejich naplňováním v klinické praxi.

PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ

1 Nespecifické a specifické bolesti zad

Nespecifickou LBP nazýváme tehdy, kdy nemůže být nalezen jasný nociceptivní zdroj (Hartvigsen et al. 2018). Již v roce 1998 bylo zjištěno, že okolo 90 % pacientů v primární péči po 3 měsících přestane svého lékaře navštěvovat z důvodu značného zlepšení obtíží, a to bez ohledu na způsob léčby (Croft et al. 1998). Obvykle se udává, že přibližně 90 % LBP je nespecifických (Maher et al. 2017).

Naproti tomu **specifické patologie LBP**¹ jako jsou např. malignity, fraktura obratlů, infekce, osteoporóza, zánětlivé poruchy (např. ankylozující spondylitida), aneurysma aorty, epidurální absces, spinální stenóza, radikulopatie nebo syndrom kaudy vyžadují identifikaci a specifickou léčbu cílící na příčinu. Těchto případů je ale velmi malé množství – přibližně 1 % (Hartvigsen et al. 2018; de Vet et al. 2002; Maher et al. 2017). Na specifické patologie upozorňují symptomy zvané „red flags“ (tzv. červené vlajky)².

1.1 Red flags

Úplný seznam red flags neexistuje, autoři se v množství a komplexnosti popisu liší.

Podrobnější přehled red flags podle nizozemských guidelines s doplněním Mahera et al. (2017) a Oliveira et al. (2018):

- malignita – předchozí malignity, neočekávaný úbytek váhy, nástup bolesti po 50 letech věku, soustavná bolest bez ohledu na posturu nebo pohyb, noční bolesti, generalizovaná malárie, zvýšená sedimentace erytrocytů
- osteoporotická fraktura obratle – nedávná zlomenina (méně než před dvěma lety), předchozí zlomenina obratle ve věku přes 60let, BMI pod 20 kg/m², starší osoba se zlomeninou kyčle, prolongované užívání kortikosteroidů, lokální pokleповá bolest, citlivost a bolest při axiálním tlaku na páteř, snížení výšky, zvětšená hrudní kyfóza
- ankylozující spondylitida – začátek před 20 rokem, pohlaví muž, iridocyklitida, anamnéza nevysvětlené periferní artritidy nebo zánětlivého onemocnění střev, bolest většinou noční, ranní ztuhlost (více než hodinu), méně bolesti v leže a při cvičení, dobrá

¹ V Austrálii vyšetřovali 1172 nových akutních (kratší než 2 týdny) episod LBP a specifické příčiny byly nalezeny u 0,9 %, z nichž nejčastější byly zlomeniny obratlů (8 z 11) a zánětlivé poruchy (2 z 11). (Hartvigsen et al. 2018)

² dále v textu budu využívat anglický termín

odpověď na NSAIDs (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, nesteroidní antiflogistika),
zvýšená sedimentace erytrocytů

- zlomenina obratle – vážná bolest po traumatu
- vážná spondylolistéza – před 20 rokem, palpačně nápadně ventrální postavení *processi spinosi* v úrovni L4-L5 (Staal et al. 2013)
- stenóza spinálního kanálu – oboustranná bolest hýždí/stehen/DK, vyšší věk, pseudoklaudikace, zhoršuje se záklonem, naopak předklon, leh a sed pacientům přináší úlevu (Vohánka a Mičánková Adamová 2009)
- syndrom cauda equina – nová dysfunkce střev nebo močového měchýře, perianogenitální porucha cití, přetrvávající nebo zvyšující se slabost dolních motorických neuronů (Maher et al. 2017)

U 80 % pacientů s akutní LBP je nalezena jeden symptom (red flag), ale méně než 1 % z nich má vážné obtíže (Hartvigsen et al. 2018). Jeden red flag symptom má sensitivitu menší než 75 % a většina má méně než 60 % (Premkumar et al. 2018). Pro vyšší specifitu určení je obvykle zapotřebí několika takových symptomů (Maher et al. 2017). Jejich výskyt může podpořit hypotézu závažné patologie, avšak bez specifických afekcí stále nemůžeme mluvit o definitivní diagnóze (Wambeke et al. 2017). Velmi nízká specifita většiny red flags přispívá ke zbytečným doporučením odborníků pro zobrazovací metody. Kliničtí lékaři však musí zvážit, nakolik celkový klinický obraz může skutečně naznačovat vážnou příčinu bolesti, a pamatovat na to, že se obraz může vyvinout v čase (Hartvigsen et al. 2018). Proto USA guidelines pro zobrazování doporučují odložit příp. využití, v případě, že jsou rizikové faktory pro rakovinu a spondylartritis slabé (Hartvigsen et al. 2018).

2 Low back pain (LBP)

LBP je definována jako bolest a diskomfort lokalizovaný mezi žebním okrajem a infraglutální rýhou, s anebo bez bolesti v DK (dolní končetiny) (de Vet et al. 2002). Podle NICE (*The National Institute of Clinical Excellence*) guidelines LBP s nebo bez radikulární bolesti (*někdy označované jako sciatica*) zahrnuje (a je tedy možné volně termíny zaměňovat)³: běžnou LBP, mechanickou LBP, muskuloskeletální LBP a nespecifickou LBP (National Guideline Centre (Great Britain) et al. 2016).⁴

³ Specifická inkluzivní kritéria pro řešerši: discogenic pain, degenerative disc disease, lumbar disc herniation, secondary to lumbar degenerative disease, facet joint pain. (NICE 2016)

⁴ Dále v textu citace zkrácena na (NICE 2016).

Episoda LBP je perioda bolesti v oblasti dolních zad trvající déle než 24 hodin, následovaná periodou nejméně 1 měsíce bez bolesti zad (de Vet et al. 2002).

Akutní LBP je obvykle definována jako trvání epizody LBP přetrvávající méně než 6 týdnů, subakutní 6-12 týdnů a **chronická** déle než 3 měsíce (de Vet et al. 2002). Tým guidelines NICE od klasifikace LBP podle trvání (akutní, subakutní a chronická) upustil a přešel k chápání LBP jako kontinua, kde hodnocení rizika horších výsledků (v jakékoli chvíli) je důležitější než pouhé hodnocení podle trvání symptomů. To souvisí s jejich chápáním, že akutní epizoda LBP může být jak relativně izolovaným fenoménem, tak také naopak exacerbací déletrvajícího stavu. Pokud evidence nenaznačovala jinak⁵, neanalyzovali tedy odděleně výsledky intervencí pro akutní, subakutní a chronickou bolest (NICE 2016).

Opakující se LBP (*recurrent LBP*) jsou běžné, ačkoli nejasně definované. Podle systematického přehledu (43 studií) 63 % studií sice podá explicitní definici opakující se LBP, avšak tyto definice jsou velmi rozličné. Pouze 3 definice byly využity ve více než jedné studii. Nejčastějším rysem definice je frekvence předchozích epizod LPB. Velká různost existujících definic způsobuje obtížnou interpretaci prevalence a výsledků léčby (Stanton et al. 2010).

Radikulární bolest (podle NICE *sciatica*)⁶ je neuropatická bolest vyzařující do DK obvykle způsobená kompresí nebo iritací lumbosakrálních nervových kořenů. Často je náročné ji odlišit od přenesené bolesti (tzv. „pseudo-radikulární“, související spíše s klouby, vazy a disky apod.), která obvykle nedosahuje pod úroveň kolenního kloubu a bývá menší intenzity než bolest v zádech. Radikulární bolest naproti tomu vyzařuje (přibližně) v dermatomu, bývá intenzivnější než bolest zad a může být spojena se sensorickými nebo motorickými symptomy nebo deficity. NICE guidelines pro LBP, které jsou stěžejním dokumentem pro tuto práci nezahrnují radikulární bolest s progresivním neurologickým deficitem nebo syndromem kaudy. (NICE 2016) Hartvigsen (2018) dodává, že termín radikulární bolesti je využíván nekonsistentně pro popis různých typů bolesti nohy a zad. Charakteristické je také zhoršení bolesti během kašlání, kýčání nebo napínání a pozitivní Lasègue's test (Hartvigsen et al. 2018).

Radikulopatie je charakterizována snížením svalové síly, změnou citlivosti nebo reflexů. Herniace disku ve spojení s lokálním zánětem je zřejmě nejběžnější příčinou radikulární bolesti a radikulopatie. Hernie disku jsou ale také častým nálezem u asymptomatické populace (Hartvigsen et al. 2018).

⁵ Některá jejich doporučení obsahují rozlišení na akutní (méně než 3 měsíce) a chronickou bolest s možnou fluktuací intenzity. (NICE 2016)

⁶ Belgické guidelines, které vychází z NICE přejmenovali termín „sciatica“ na „radicular pain“. (Wambeke et al. 2017) I já jsem se rozhodla v českém textu využívat pojem radikulární bolest.

Prognóza pro pacienty s radikulární bolestí je poměrně dobrá a většině pacientů se bolest a disabilita zlepšují výrazně i bez terapie. (NICE 2016) Naopak Ryan (2020) tvrdí, že přítomnost radikulární bolesti ve srovnání s LBP samotnou zvyšuje závažnost, disabilitu a absenci v práci. Konstantinou (2018) popsala jako faktory negativně asociované s uzdravením: dlouhé trvání bolesti v DK, více symptomů souvisejících s radikulární bolestí, přesvědčení pacienta, že problém bude trvat dlouho, a naopak pozitivně asociovaná s úzdravou je svalová slabost (Ryan et al. 2020; Konstantinou et al. 2018).

2.1 Prevalence

Prevalence LBP je vysoká (až 80 % lidí uvádí nejméně 1 epizodu během jejich života) (Alhowimel et al. 2018), je běžná ve všech věkových kategoriích (tj. od dětství⁷ po stáří) a v zemích s nízkým i vysokým příjmem. LBP je častější u žen. Počet let žitých s disabilitou zapříčiněnou LBP se mezi lety 1990-2015 zvedl o 54 % (s největším nárůstem v zemích s nízkým a středním příjmem), zřejmě zejména z důvodu růstu velikosti populace a jejímu stárnutí. LBP vedoucí k disabilitě je častější u lidí s nízkým socioekonomickým statusem, v produktivním věku (Hartvigsen et al. 2018).

2.2 Prognóza

Epizody LBP jsou obvykle přechodné a rychle se lepší, od několika týdnů po několik měsíců⁸, obvykle bez potřeby vyšetřování pomocnými metodami nebo péče specialistů. Až třetina pacientů ale udává přetrvávající LBP alespoň s mírnou intenzitou rok od akutní epizody a epizody LBP se obvykle v čase opakují. Tito jedinci pak vyžadují intenzivnější péči. Největší výzvou zůstává identifikace rizikových faktorů, které predikují progresi z běžné epizody bolesti zad do dlouhotrvajících obtíží (NICE 2016).

LBP je nejčastější příčinou limitace v aktivitách každodenního života a absence v práci. Globální roční prevalence LBP byla v roce 2014 9,4 % (Hoy et al. 2014). Bohužel nárůst finančních výloh⁹ v poslední dekádě míru disability související s LBP neovlivnil (O'Connell et al. 2016). Disabilita přisuzovaná LBP se liší mezi státy a je ovlivněná sociálními normami, místním přístupem zdravotnické péče a legislativou. Iniciálně vysoká intenzita bolesti, psychologické strádání (angl. *distress*) a souběžná bolest na dalších různých částech těla

⁷ Prevalence LBP u dětí v ČR dosahuje 51 % a predikuje vznik LBP v dospělosti. (Maher et al. 2017)

⁸ Systematický přehled stanovil (se silnou evidencí), že většina episod LBP se značně zlepšuje v průběhu 6 týdnů a po roce je průměrná bolest nízká. (Menezes Costa et al. 2012)

⁹ Finanční vliv LBP jde napříč sektory, protože zvyšuje náklady nejen ve zdravotnictví ale i ve sféře sociální podpory. (Hartvigsen et al. 2018)

zvyšuje riziko přetrvávajících LBP a typicky souvisí se slabší odpovědí na řadu léčebných metod. Životní styl jako kouření, obezita nebo nižší míra fyzické aktivity, které vedou k oslabenému zdraví obecně, jsou také asociovány s výskytem epizod LBP. Lidé s chronickými obtížemi jako jsou astma, bolesti hlavy a diabetes nebo psychickými obtížemi a komorbiditami častěji udávají LBP. Související mechanismy jsou neznámé (Hartvigsen et al. 2018). Studie Stubbs (2016) napříč 43 zeměmi ukázala, že lidé s LBP mají dvakrát častěji jednu z pěti mentálních poruch (deprese, úzkost, stres, psychózy a spánkovou deprivace) (Stubbs et al. 2016).

2.3 Podstata a etiologie

Akutní LBP může být vyprovokována fyzickými faktory (nezvyklá zátěž), psychosociálními faktory (vyčerpání a únava) nebo jejich kombinací. U zhruba 1/3 pacientů s akutní epizodou LBP není ale tzv. „spouštěč“ dohledán (Maher et al. 2017).

Rozšíření znalostí o etiologii bolestí zad je velmi pomalé. To otevírá prostor pro mnoho protichůdných vysvětlení (různé muskuloskeletální, neurologické a psychologické patologie a faktory), které všechny mají vliv na prognózu, léčbu a prevenci. Po dekády byl dominantním vysvětlením LBP model biomechanický související se strukturálními změnami v oblasti páteře (Rainville et al. 2011). „*Cumulative injury model*“ předpokládal vznik bolesti na základě mechanického stresu páteře při aktivitách, nepříjemných pozicích, zvedání a fyzické námaze či zraněních tkání v oblasti páteře (Kumar 1994). Toto vysvětlení nepřímo implikuje zranitelnost páteře a navrhuje redukci expozice hypoteticky relevantním aktivitám. Léčebné strategie související s tímto chápáním pak zahrnují klid na lůžku, vyhýbání se aktivitám, a ergonomicky orientované omezení práce. Tento model ale nebyl ověřen jako vědecky validní. Ačkoli s ním souzní mnohá přesvědčení jak pacientů, tak terapeutů (Rainville et al. 2011).

Současné epidemiologické a biologické studie navrhují hypotézu, že strukturální změny páteře související s věkem jsou výsledkem geneticky determinovaných vlivů, které ovlivňují strukturu páteře skrze funkci a stav odpovědných buněk. Zároveň neurovědci zjistili, že mnoho přetrvávajících bolestivých stavů (zahrnující LBP) je spojeno s centrální senzitivací nociceptivních neuronů. Popisují se také komplexní interakce mezi nervovými receptory uvnitř pojivové tkáně páteře a funkcí paraspinálních svalů. Zdá se, že disky, kloubní pouzdra a ligamenta nejen monitorují mechanickou stimulaci a předávají sensorické informace dále, ale také výrazně regulují napětí v paraspinálních svalech. Abnormality těchto interakcí mohou způsobit bolestivé, ale benigní, abnormální svalové napětí. Tyto teorie nabízí vhled do

neurologických mechanismů, které zapříčiňují LBP bez tvrzení, že bolest ukazuje na přetrvávající poškození páteře (Rainville et al. 2011).

Zobrazovací metody (RTG, CT, MRI) ukazují, že strukturální nálezy u lidí s LBP jsou běžné i u lidí bez bolestí. Jejich diagnostická důležitost je zdrojem mnoha debat (Hartvigsen et al. 2018). Průřezová studie populace (více než 1000 osob) našla u většiny lidí nějaký stupeň degenerace lumbálních meziobratlových disků¹⁰ a byla nalezena silná asociace mezi individuální mírou degenerace disků na MRI a LBP (Cheung et al. 2009). Což odpovídá i tvrzení, že lidé mladší 50 let mající abnormality na MRI jsou častěji ti s LBP než bez LBP. Avšak nebyla prokázána vazba na bolest u problémů s meziobratlovými disky, osteoartritidy facetových kloubů ani u změn krycích destiček obratlů (Modic 1, 2, 3) (Hartvigsen et al. 2018). Dále, podle systematického přehledu a meta-analýzy (Brinjikji et al. 2015) jsou strukturální změny (bulging/protruze/extruze disku, spondylolýza, osteochondróza a Modicovy změny 1. stupně) častější u jedinců s LBP než u těch bez LBP. Přesto Hartvigsen et al. (2018) upozorňují na to, že velká část populace má obdobné výsledky zobrazovacích metod ale ne LBP, že se výsledky zobrazovacích metod nedají využít pro predikci výstupů léčby nebo změn LBP v čase a zejména na fakt, že se neukazuje pozitivní vliv zobrazovacích metod na výstupy léčby jedinců s LBP. Naopak se opakovaně potvrzuje vliv nevhodně indikovaných zobrazovacích metod na výstupy léčby jako negativní (Darlow et al. 2017).

Hancock et al. (2011) upozorňuje, že výzkum patologie není radno odmítnout jako nepodstatný, ačkoli není evidence o tom, že by její diagnostika zlepšila výsledky pacientů. Z historie známe příklady, kdy medicína objevila patologii/nemoc dříve než efektivní léčbu (Hancock et al. 2011).

Podstatné je znovu zmínit, že LBP je symptom a nikoli nemoc. Možným vysvětlením nedostatku efektivních terapií je heterogenita jedinců s LBP a obvyklá nemožnost určit jasnou příčinu LBP (nebo nejpodstatnější relevantní faktor) a na ní cílit léčbu (Hancock et al. 2011). To je limitem lineárního biomedicínského modelu, který se neukazuje jako dostatečný. Jistým východiskem je poté přístup relativně všeobecný (ale individuálně upravený) a zohledňující širší bio-psycho-sociální rámec (Hancock et al. 2011).

¹⁰ Se zvyšujícím se věkem stoupá prevalence degenerace lumbálních intervertebrálních disků od 40 % u jedinců pod 30 let, po 90 % u jedinců ve věku 50-55 let. (Cheung et al. 2009)

2.4 Doporučené postupy u LBP – guidelines

Guidelines poskytují zdravotníkům doporučení o léčbě a péči, slouží jako standardy k hodnocení jejich klinické praxe a jsou využívány ke vzdělávání a tréninku. Pomáhají pacientům činit informovaná rozhodnutí a zlepšují komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem (NICE 2016).

Klinické guidelines pro LBP existují od 80.let 20.stol. Už komparativní studie jedenácti guidelines z let 1994-2000 poukazuje na konsistentně zmiňované body: brzká aktivace pacienta, zrazování od předepisování klidu v lůžku a rozpoznání psychosociálních faktorů jako rizikových faktorů chronicity (Koes et al. 2001). Mezi klinickými guidelines platí už mnoho let konsensus o podpoře konzervativních¹¹ oproti chirurgickým intervencím (Koes et al. 2010). Množství randomizovaných kontrolovaných studií se od roku 2010 téměř zdvojnásobilo, ale můžeme říct, že doporučovaný management zůstal podobný. Nově je více doporučováno hodnocení tzv. yellow flags¹² (tzv. žlutých vlajek) a prognostických screenovacích nástrojů (Oliveira et al. 2018).

Guidelines nejsou zárukou jednoduché a zaručené volby nebo přesným návodem pro léčbu komplexních stavů jako je LBP, ale nabízí nám jasné cíle vedoucí ke snížení plýtvání zdroji a snížení potenciálních škod. Podporují také poskytování vhodných informací pacientům, self-management¹³ a posun k méně intervencionistické kultuře v klinickém řízení (O’Connell a Ward 2018). Ačkoli bylo publikováno mnoho národních i mezinárodních klinických guidelines pro podporu managementu LBP (které obsahují relativně uniformní doporučení vycházející z nejlepší současně dostupné evidence, klinické expertízy a preferencí jedinců s LBP¹⁴), obvykle nevedou k významné nebo všeobecně přijímané změně klinické praxe (Lim et al. 2019). Každý rok zdravotní systémy promrhají biliony dolarů¹⁵ na nepotřebné testy a terapie LBP. Redistribuce těchto finančních zdrojů namířená k podpoře péče odpovídající guidelines je slibnou možností změny (Traeger et al. 2019).

¹¹ Konzervativní terapie často znamená na fyzioterapii založené intervence, které zahrnují cvičení a edukaci. Výsledky fyzioterapie jsou proměnlivé (Alhowimel et al. 2018).

¹² yellow flags – budou popsány v kapitole: 2.4.1.2 Doporučení napříč současnými guidelines

¹³ Self-management je definován jako “schopnost jedince zvládat symptomy, léčbu, fyzické a psychologické konsekvence a životní změny spjaté s životem s chronickými obtížemi (Wambeke et al. 2017). Z důvodu nejednoznačného překladu bude využíván anglický termín.

¹⁴ Nespokojení pacienti tíhnou k vyššímu využívání zdrojů zdravotní péče, mají horší výsledky rehabilitace LBP a hůře se vracejí do práce. Lepší porozumění cílům, preferencím a očekáváním pacientů v souvislosti s léčbou LBP může zlepšit jejich spokojenost (Lim et al. 2019).

¹⁵ např. Není žádná významná evidence o benefitu chirurgické spinální fúze ve srovnání s nechirurgickou péčí u lidí s LBP a spinální degenerací (Harris et al. 2018). Přesto počet operací ve Spojených státech roste.

2.4.1 Kvalita guidelines

Guidelines před rokem 2001 po stránce kvality hodnotil van Tulder (van Tulder et al. 2004). V roce 2004 bylo hodnoceno 53 % guidelines jako nízké kvality, v roce 2009 36 % (Bouwmeester et al. 2009) a 13 % v roce 2017 (Doniselli et al. 2018).

Poslední rozsáhlá studie (2020) od Castellini hodnotící kvalitu a aktuálnost vybraných 21 guidelines¹⁶ využívá nástroj AGREE II¹⁷. Klíčovým zjištěním byla variabilita kvality mezi šesti doménami hodnocení AGREE II. Celkově byla kvalita hodnocena jako nízká, 15 z 21 guidelines nebylo doporučeno. 38,1 % guidelines nepopisuje jasně časové pokrytí při systematickém vyhledávání evidence. Jen čtyři (*The National Institute of Clinical Excellence* (NICE), *Canadian Chiropractic Guideline Initiative* (CCGI)¹⁸, *Belgian Health Care Knowledge Centre* (KCE)¹⁹, *American College of Physicians* (ACP)²⁰) byly doporučeny bez výhrad. NICE guidelines obhájily²¹ své prvenství nejvyšší kvality (96 %) v oblasti vzdělávání a behaviorálních intervencí, fyzioterapie a farmaceutických intervencí. Dalším podstatným plusem je jejich průběžná aktualizace. Nejmenší skóre napříč různými guidelines bylo zaznamenáno u domény 5 – tj. aplikovatelnosti. Guidelines umí efektivně poskytnout zdravotníkům přístup k současné nejlepší výzkumné evidenci. Nicméně, mají malý efekt na změnu klinického chování (Castellini et al. 2020).

Protože bylo zjištěno, že jedno z pěti doporučení klinických guidelines přestane být během tří let platné, validita doporučení starších tří let je sporná. Čekání na přezkum a přehodnocení guidelines více než 3 roky je proto potenciálně příliš dlouhé (García et al. 2014; Castellini et al. 2020).

2.4.2 Doporučení napříč současnými guidelines

Ze srovnání 15 guidelines pro management LBP v primární péči vychází tato doporučení: Pro diagnostiku pacientů s LBP guidelines doporučují odebrání anamnézy a fyzikální vyšetření kvůli identifikaci red flags, neurologické testování pro identifikaci radikulárního syndromu (a zhodnocení funkce nervového systému) a použití zobrazovacích metod při podezření na

¹⁶ Vytvořit výběr byla výzva, protože definice guidelines není všeobecně stanovena (Castellini et al. 2020).

¹⁷ Původní AGREE nástroj byl publikován v roce 2003, poté byl revidován a aktualizován do nové verze. AGREE II nástroj se skládá z 23 položek rozdělených do 6 domén kvality, zaměřuje se na kvalitu vývoje guidelines, ale to není sto zajistit implementaci jednotlivých klinických doporučení a zlepšení zdravotních výsledků (Castellini et al. 2020).

¹⁸ Nové guidelines z roku 2018, se systematickým vyhledáváním mezi lety 2015-2017 (Bussières et al. 2018).

¹⁹ Je formou adaptace NICE z roku 2017 (Wambeke et al. 2017).

²⁰ Aktualizace byla publikována v roce 2017 (Qaseem et al. 2017).

²¹ Při hodnocení kvality (AGREE II) 8 guidelines (od roku 2009) dosáhly nejlepších výsledků napříč všemi doménami guidelines NICE (Doniselli et al. 2018).

závažnější patologie. Všeobecně guidelines ale odrazují od rutinního používání zobrazovacích metod²². Dále doporučují hodnocení psychosociálních faktorů (podrobněji dále). V rámci léčby pacientů s akutním LBP doporučují uklidnění a snížení obav edukací ohledně příznivé prognózy (edukace o benigní podstatě LBP a ujištění o absenci vážné patologie), návrat k běžným aktivitám, vyhýbat se klidu na lůžku, využívat NSAIDs a slabé opioidy krátkodobě. Ačkoli většina guidelines ze současného přehledu opioidy pro akutní LBP doporučuje, Oliveira et al. (2018) dodává, že toto doporučení není podloženo evidencí a mohlo by vést k potenciálnímu poškození pacientů s nespecifickou LBP a zhoršení výstupů léčby. U chronických obtíží doporučují NSAIDs, antidepressiva, cvičení a psychosociální intervenci. Odkázání ke specializované péči a vyšetření je doporučeno jen v případě podezření na specifickou patologii nebo radikulopatii nebo pokud se zlepšení nedostavuje po specifikovaném čase (jednotlivé guidelines se výrazně liší, podle dánských a australských po 12 týdnech – rozsah je mezi 4 týdny a 2 lety) (Oliveira et al. 2018).

Dvanáct (z 15) guidelines obsahuje doporučení pro hodnocení psychosociálních faktorů, nebo yellow flags pro zhodnocení prognózy a jako ukazatel průběhu terapie. Většina (7 z 15) doporučuje toto hodnocení zahrnout do první nebo druhé konzultace²³. Yellow flags schválené většinou guidelines zahrnují: 1) přesvědčení, že bolest a aktivita jsou škodlivé, 2) preference terapií, které nejsou v souladu s nejlepší praxí (např. upřednostnění pasivních intervencí oproti aktivním) a 3) nedostatek sociální podpory. Čtyři guidelines doporučují využití hodnotících nástrojů (např. *STarT Back Screening Tool* (STarT Back)^{24 25} a *The Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire*²⁶ (ÖMSPQ)), které obsahují i otázky ohledně psychosociálních faktorů (Oliveira et al. 2018). Yellow flags, které se podle Ostrého (2020) shodují s psychosociálními faktory jsou k nahlédnutí jako ***Příloha 1 - Přehled psychosociálních faktorů (yellow-flags), (Ostrý et al. 2020)***

²² všechny guidelines zahrnuté ve studii

²³ Risk stratifikace není vhodné provádět během prvních 48hodin od začátku bolesti (Wambeke et al. 2017).

²⁴ Nástroj *STarT Back Screening Tool* je dotazník o 9 položkách určený k použití v primární péči. Podle celkového skóre a psychosociální sub-skóre rozděluje lidi na 3 rizikové skupiny: s nízkým, středním a vysokým rizikem přetrvávajícího postižení souvisejícího s bolestmi zad. Podle hodnocení NICE je nejlepším zjištěným nástrojem STarT Back, který lze považovat za přiměřeně užitečný nástroj pro hodnocení rizik s ohledem na funkční výsledek. Vyplnění dotazníku navíc trvá jen několik minut, proto by bylo možné jej použít v klinické praxi (NICE 2016).

²⁵ Nejvhodnější použití STarT Back k vedení počáteční léčby a predikci klinických výsledků je 6 týdnů po urgentním stavu (Medeiros et al. 2018).

²⁶ ÖMSPQ – je využíván při práci s lidmi, jejichž bolesti zad ovlivňují jejich schopnost pracovat. Skládá se z 21 otázek, které hodnotí náladu, přístup k práci, myšlenky, přesvědčení a chování. Podle hodnocení evidence NICE není vhodným nástrojem pro primární péči (NICE 2016).

Ačkoli při vývoji guidelines mají autoři přístup ke stejné evidenci, přesto se objevují rozdíly v doporučeních (typicky např. použití akupunktury, radiofrekvenční denervace, injekční terapie a farmakologické léčby). Obecně nejednoznačnost některých doporučení může být přičtena nedostatečné kvalitě evidence, na které jsou doporučení založena, a z toho plynoucí nutnosti skupinového konsensu. Konsenzus se ale z různých důvodů může lišit a vést k nejednotnosti mezi jednotlivými doporučeními. Je mnoho důvodů pro variabilitu mezi guidelines, pro snížení této divergence je zapotřebí vyšší míra kvality evidence a jasná specifikace klinicky důležitého benefitu (O’Connell a Ward 2018; Oliveira et al. 2018).

2.4.3 Přehled vybraných guidelines

2.4.3.1 Britské guidelines (The National Institute of Clinical Excellence, NICE)

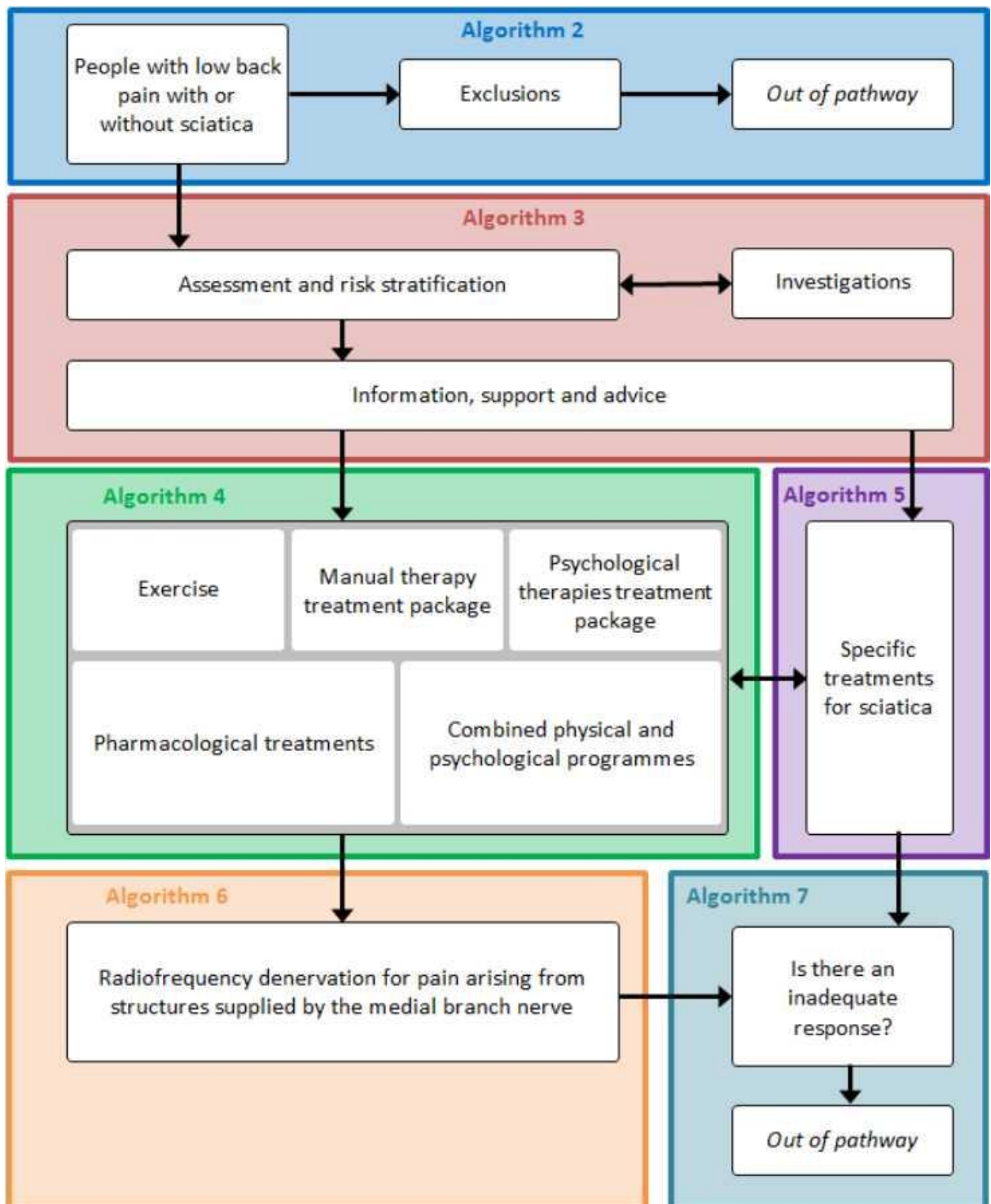
NICE guidelines 2016 nahrazují předchozí z roku 2009 a pokrývají jak hodnocení a identifikaci pacientů s LBP, tak péči týkající se životního stylu (edukace, self-management) a terapii (psychologickou, farmakologickou, chirurgickou a konzervativní přístup vč. fyzioterapie) u pacientů s LBP a radikulární bolestí²⁷ starších 16 let. Jejich cílem je zlepšit kvalitu života těchto lidí skrze nejefektivnější formy péče. V prosinci roku 2020 došlo k aktualizaci doporučení týkajících se využívání opioidů a antidepresiv. V popisu doporučení využívají pojmů „nabídněte“ („offer“) v případě silného doporučení s jasnou evidencí benefitu a „zvažujte“ („consider“) v případě, že evidence je méně jistá (NICE 2016).

Celý průběh léčby od uvažování o diagnóze, hodnocení rizik přes indikace k terapii je zpracován na webových stránkách přehledně jako hierarchický systém s doplňkovým textem²⁸. Ve zkratce se dá postup vyjádřit schématem viz *Obrázek 1 – Schéma doporučeného postupu u pacientů s nespecifickou LBP (NICE 2016)*.

²⁷ Evidence a z nich plynoucí doporučení jsou rozdělena do tří kategorií 1) s radikulární bolestí 2) bez radikulární bolesti a 3) smíchané obě předchozí možnosti (NICE 2016).

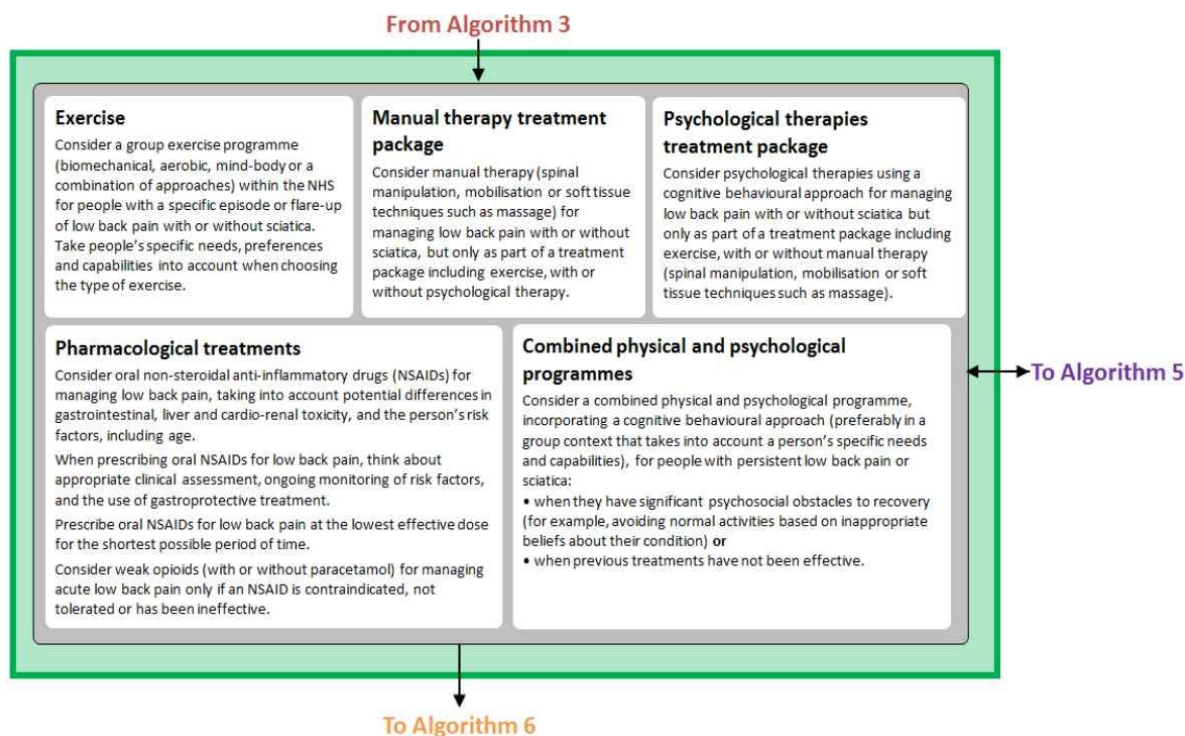
²⁸ <https://pathways.nice.org.uk/pathways/low-back-pain-and-sciatica>

Obrázek 1 – Schéma doporučeného postupu u pacientů s nespecifickou LBP (NICE 2016)



Popis většiny doporučení týkající se neinvazivních možností terapie je zahrnut v praktické části 7.4 Non-adherence (3. část) str. 52 a jejich shrnutí ve schématu Obrázek 2 - *Algoritmus neinvazivního postupu terapie u pacientů s nespecifickou LBP (NICE 2016)*

Obrázek 4 - Algoritmus neinvazivního postupu terapie u pacientů s nespecifickou LBP (NICE 2016)



2.4.3.2 Doporučení vydaná v České republice

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) na webových stránkách vystavuje doporučené postupy pro praktické lékaře. Dokumenty týkající se LBP (*Bolesti v kříži* a *Bolesti vertebrogenní původu*) byly sepsány v roce 2001 za součinnosti dvou a tří lékařů, a poměrně spíše opatřené zdroji (Paleček et al. 2001; Müller a Kacerovský 2001). Informace především v oblasti farmakoterapie a diagnostiky pomocí zobrazovacích metod neodpovídají standardům současných guidelines.

Novým standardem v péči o pacienty s akutní bolestí zad v bederním úseku je stanovisko České neurologické společnosti ČLS JEP zpracováno v článku doktora Ostrého (2020), který zahrnuje mnohé doporučení NICE (2016) a dalších současných výzkumů (Ostrý et al. 2020). Jeho schéma péče najdete pod **Příloha 2 – Diagnosticko-terapeutický algoritmus akutních bolestí zad (Ostrý et al. 2020)**

UNIFY ČR (Unie fyzioterapeutů České republiky) vydala standard fyzioterapie u *Pacienta s bolestmi dolní části zad* v roce 2015, pojednává jak o diagnostice, tak terapii, která je založená na pacientově cíli. Zahrnuje konkrétní doporučení NICE (2009). Podle tohoto standardu je pouze terapie McKenzie cílená, efektivní a spolehlivá léčba dle EBM. Při diagnostice i průběžném hodnocení zdůrazňuje fenomén centralizace a představuje ergonomii na pracovišti

jako podstatnou součást terapie (UNIFY ČR 2015). To je v protikladu ke všem jiným českým nebo mezinárodním guidelines, které naopak uvádějí, že není možné všeobecně doporučit konkrétní přístup před jiným a ergonomii obvykle nijak nezahrnují (Oliveira et al. 2018). Nadřazenost MDT totiž nebyla nikdy dostatečně prokázána klinicky relevantně větším efektem oproti všem jiným fyzioterapeutickým přístupům (Lam et al. 2018; Sanchis-Sánchez et al. 2021).

2.4.3.3 Evropské guidelines

Evropské guidelines²⁹ se zaměřují také na prevenci LBP u široké populace (nad 18 let), pracujících a dětí ve školním věku. Výsledky výzkumu u školních dětí se dají shrnout konstatováním, že buď není žádná anebo je nedostatečná evidence pro potvrzení jakýchkoli preventivních opatření ve školním věku. Nejvíce slibné přístupy se zdají být fyzická aktivita a vhodná (biopsychosociální) edukace, přinejmenším u dospělých (Burton et al. 2006).

2.4.3.4 Nizozemské guidelines (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie³⁰, KNGF)

Na základě anamnézy a výsledků fyzikálního vyšetření, je pacient podle nizozemských guidelines přiřazen k jednomu ze tří profilů 1) nespecifická LBP s normálním průběhem úzdravy 2) nespecifická LBP s abnormálním průběhem ale bez dominantní přítomnosti psychosociálních faktorů bránících v uzdravě 3) nespecifická LBP s abnormálním průběhem a s dominantní přítomností psychosociálních faktorů bránících uzdravení. Pokud není po 3-6 týdnech znát progres, není užitečné pokračovat v terapii (Staal et al. 2013).

2.4.3.5 Dánské guidelines (National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy)

Dvě multidisciplinární pracovní skupiny formulovali doporučení dánských guidelines na základě GRADE³¹ hodnocení. Šestnáct doporučení bylo založeno na evidenci a čtyři na konsensu. Management LBP má zahrnovat informaci o prognóze, varujících znameních a doporučení zůstat aktivní. Pokud je zapotřebí terapie, doporučují edukaci, různé typy cvičení a manuální terapii (Stochkendahl et al. 2018).

²⁹ Zahrnují vědeckou evidenci do konce roku 2003 (Burton et al. 2006).

³⁰ The Royal Dutch Society for Physical Therapy

³¹ GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) je transparentní rámec pro vývoj a presentaci souhrnů evidence a poskytuje systematický přístup k vytváření klinických doporučení.

2.4.3.6 Belgické guidelines (Belgian Health Care Knowledge Centre, KCE)

Belgická doporučení jsou založena na evidenci a rešerši NICE guidelines (2016), s případným komentářem autorů. Termín *sciatica* byl nahrazen *radicular pain*. (Wambeke et al. 2017).

2.4.3.7 Kanadské guidelines (Canadian Chiropractic Guideline Initiative, CCGI)

Dělí pacienty s LBP na tři skupiny: specifické, nespecifické a s radikulární bolestí. Doporučení se pak vztahují buď k akutní (méně než 3 měsíce), chronické (více než 3 měsíce) nebo radikulární bolesti. Doporučení se týkají pouze hodnocení v době zahájení terapie a *Spinal Manipulation Therapy* samostatně nebo v kombinaci s běžnými konzervativními terapiemi, další doporučení vychází z jiných guidelines (NICE, ACP, dánských apod.) (Bussières et al. 2018).

2.4.4 Implementace guidelines

Množství faktorů bylo identifikováno k vysvětlení klinicky suboptimálního využití guidelines: neadekvátní vzdělání; neporozumění současným guidelines, jejich vnímaná přijatelnost (*angl. acceptability*) a důvěryhodnost; neochota přijmout doporučení (často s ohledem na hluboké přesvědčení a klinickou zkušenost); obtížnost implementace doporučení (nedostatečný čas a zdroje pro náležité zapojení pacientů, finanční překážky) a nakonec akceptovatelnost takových doporučení pro pacienty. (O'Connell a Ward 2018; Lim et al. 2019) Přehlednou tabulku bariér v následování jednotlivých doporučení při péči o LBP spolu s návrhy potenciálních strategií jejich řešení popsal Traeger et al. (2019). Kromě jiných námitek upozorňuje na nedostatek adekvátního tréninku kliniků v muskuloskeletálním vyšetření a managementu a malou integraci nefarmakologických způsobů léčby u LBP v primární péči (Traeger et al. 2019).

Bekkering et al. (2005) chtěl zjistit, jaká strategie pro implementaci klinických guidelines na poli fyzioterapie by byla nejefektivnější, protože publikace a šíření guidelines neznamena automaticky využití a změnu praxi. Srovnával skupinu fyzioterapeutů, kteří byli informováni o guidelines standardním způsobem (e-mail) a intervenční skupinu, které byla problematika navíc podána aktivním způsobem (dvě 2,5hodinová tréninková sezení), kde interaktivně, diskuzí a zpětnou vazbou bylo pojednáno o obsahu a souvislostech včetně implementace guidelines. Výsledky ukázaly, že fyzioterapeuti z intervenční skupiny se častěji drželi doporučení guidelines, častěji využívali aktivní intervence, podávali adekvátní edukaci apod. (Bekkering et al. 2005).

Bishop (2008) ve své studii popisuje, že zdravotníci se silnější biomedicínskou orientací a slabší behaviorální orientací terapie častěji dávají rady, které nejsou ve shodě s klinickými guidelines.

3 Modely zdraví

„Z definice zdraví WHO, která říká, že jde o plné, tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho, jsou odvozeny 4 okruhy potřeb nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální. ... Biologické potřeby – se týkají všeho, co potřebuje lidské tělo. Patří sem dýchání, příjem stravy, vyprazdňování, potřeba spánku a odpočinku a mimo jiné, také absence bolesti. Psychologické potřeby – jakou je potřeba respektování lidské důstojnosti, a to v každé životní situaci, zvláště pak v době nemoci, dále pak potřeba emoční podpory, jistoty, bezpečí. Sociální potřeby – potřeba společenství, přátelství, lásky, potřeba finančního zajištění sebe a své rodiny. Potřeby spirituální – týkají se všech lidí, nesouvisí pouze s náboženskou vírou, jako např. potřeba nalezení smyslu života, odpuštění, smíření, naděje“ (Svatošová 2011).

3.1 Hodnocení bolesti

Odpovídající hodnocení bolesti je základním a prvním krokem při léčbě bolesti (Scher et al. 2018). Avšak hodnocení bolesti zahrnuje více než pouze kvantifikaci intenzity bolesti (např. podle numerické škály)³². Bolest jako biopsychosociální zkušenost zahrnuje jak senzoryckou, tak emoční zkušenost. Komprehenzivní hodnocení může pomoci určit typ bolesti (neuropatická, viscerální, somatická atd.), jak ovlivňuje funkci, jaké intervence by mohly být efektivní a zhodnotit také obavy a strach pacientů i jejich mylné představy o managementu bolesti. Hodnocení bolesti je komplexní komunikační proces mezi pacientem a zdravotníkem. Na straně pacienta bylo identifikováno mnoho vědomých i nevědomých faktorů, které jej ovlivňují. Mezi dalšími mezi ně patří vliv bolesti na pacientovy aktivity, míra utrpení, únavy, referenční rámec (srovnání s běžnou nebo nejhorší bolestí, kterou dosud zažil) ale i úvaha o tom, co si asi bude zdravotník myslet o udávané míře bolesti. Je potřeba nových metod, které pomáhají „překládat“ pacientovu zkušenost nejen do čísla (např. *Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA)*) (Gordon 2015). Přílišný důraz a pozornost k bolesti ale může mít i své negativní stránky, kdy nadměrné zaměření na odstranění nebo snížení bolesti namísto zvýšení kvality života a zlepšení funkčního stavu může vést v důsledku k využití nevhodných intervencí

³² Pokus o zlepšení péče o bolest na základně číselného hodnocení bolesti (iniciativa “*Pain as the 5th Vital Sign*” (P5VS)) se projevil rozvojem nadužívání opiátů. Tato politika již nemá být součástí profesionálních standardů (Scher et al. 2018).

(nevhodně indikovaná operační řešení, farmakoterapie s významnými negativními vedlejšími účinky aj.) a k paradoxnímu snížení kvality života. Někteří autoři v přílišném důrazu na bolest vidí faktor působící na tzv. „opiooidovou epidemii“ (Scher et al. 2018).

3.2 Historie pohledu na zdraví

Pohled na zdraví se v průběhu historie měnil. Nejstarší úvahy o nemocech jsou vysvětlovány působením zlých démonů. V době antického Řecka a Říma se proslavil svou humorální teorií Hippokrates (cíl je vyváženost tělních tekutin: hlenu, žluče, krve a černé žluči). Antické Řecko je tedy kolébkou jak současného holistického přístupu, tak tzv. psychofyzického problému oddělení mysli (duše) a těla, které zastávali Platón a Aristoteles. Po rozpadu římské říše nastal velký úpadek ve zdravotnictví. Lidé často vnímali nemoc jako důsledek božího hněvu. Vědecká revoluce po roce 1600 přinesla velkou změnu. Velkou osobností se stal filozof a matematik René Descartes, který chápal tělo jako stroj, který komunikuje s duší, ale neovlivňují se navzájem (psychofyzický dualismus). V první polovině 19. stol. se formoval nový přístup k člověku a zdraví – tzn. biomedicínský model, který jako základ nemoci vidí narušení fyziologických procesů (čistě tělesně) a dlouhou dobu dominoval západnímu lékařství. Představy, že duševní stavy ovlivňují fyzické procesy v těle prorazili až v době krize evropského lékařství na přelomu 19.-20. stol. Postupně se rozvíjí odvětví psychosomatiky, která nahlíží na člověka jako bytost bio-psycho-sociální (holistický přístup). Tento model je dále rozšiřován o ekologickou rovinu (faktory prostředí) a v posledních letech i spirituální (duchovní). A tím se svým způsobem vracíme k antickému pojetí zdraví ve své komplexnosti (Slováčková 2008).

3.3 Vývoj pohledu na bolest

Biologický pohled na bolest se v minulém století výrazně proměnil. Sherrington demonstroval, že sensorické vstupy mohou být modulovány descendními dráhami z mozku. (Sherrington a Sowton 1915) Také zvyšující se vliv psychologie jako vědecké disciplíny vedl k pokusům integrovat mysl (psychologie) s tělem (biologie), k čemuž přispělo objevení modulace nociceptivních signálů a prožitku bolesti jinými sensorickými a smyslovými vjemy, inhibiční neuromodulací stejně jako i aktivitou stresového systému (endokrinního, autonomního, imunního a opioidního) (Melzack 1999). Engelsův biopsychosociální model³³, který zahrnoval vliv nálady a kognice na fyziologické fungování (Engel 1977), se stal

³³ více v následující kapitole 3.4 Vývoj biopsychosociálního modelu

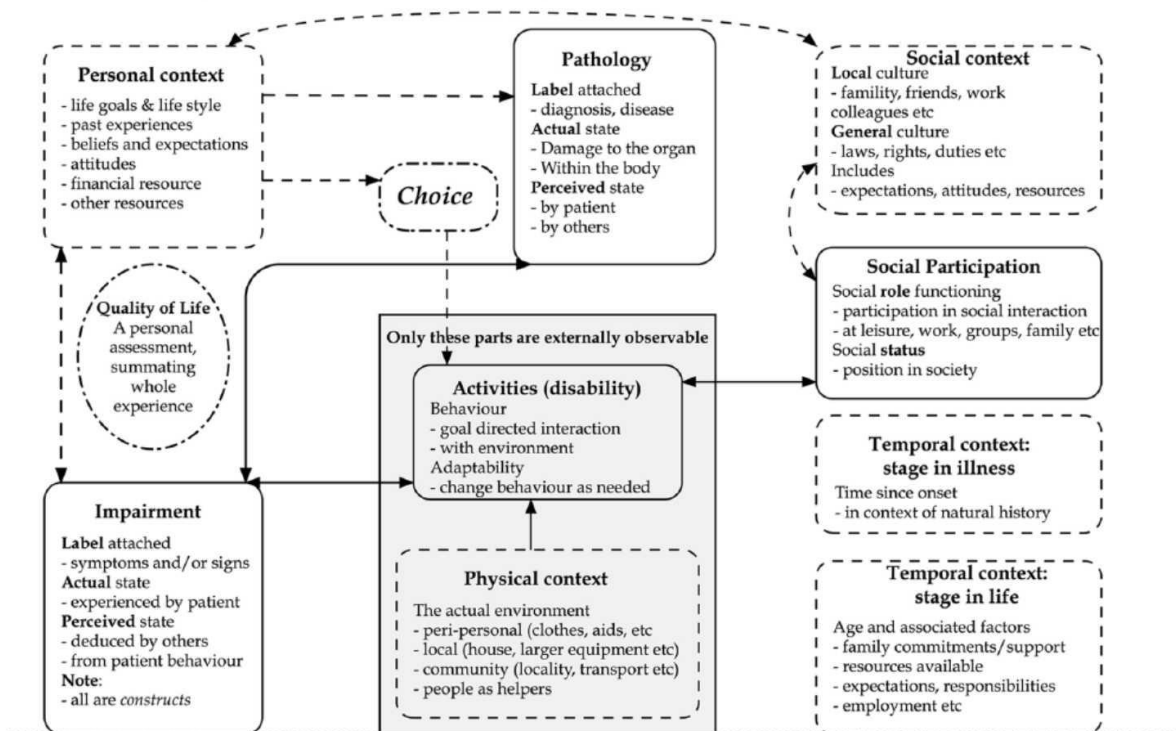
dominantním paradigmatem pro hodnocení terapie v oblasti bolesti. Navzdory rostoucímu zájmu o spiritualitu obecně a jejímu širokému přijetí v některých sekcích zdravotnických profesí jako je paliativní péče, se jí věnuje malá pozornost na poli managementu bolesti (Siddall et al. 2015).

3.4 Vývoj biopsychosociálního modelu

Už před čtyřmi dekádami Engel upozorňoval na nedostatky biomedicínského modelu nemoci a přednosti biopsychosociálního. V některých oblastech zdravotnictví byl přijat více (rehabilitace, disabilita a chronická bolest, psychiatrické poruchy), a v jiných méně. Menší přijetí je především v těch ekonomicky dominantních jako jsou akutní medicína a chirurgie. V současnosti je široce užívaný ve výzkumu komplexních zdravotnických intervencí, je základem *World Health Organisation's International Classification of Functioning* (WHO ICF), je využíván v klinice a tvoří strukturu klinických guidelines. Navzdory evidenci o validitě a využití má biopsychosociální model stále malý vliv na organizaci a financování poskytování zdravotní péče. Biopsychosociální model není jedinou alternativou k biomedicínskému modelu, avšak v současnosti nejvíce přijímaným a publikací na toto téma stále přibývá. Jeho aplikace na řízení zdravotní péče je potřeba, protože akutní biomedicínské modely selhávají zejména v léčbě, dnes tak častých, chronických onemocnění a ve snaze snížit zdravotní náklady. Nicméně biomedicínský model zůstává na veřejnosti stále dominantním způsobem porozumění nemoci (Wade a Halligan 2017).

Na *Obrázek 3 - Holistický biopsychosociální model nemoci: důležité složky* (Wade a Halligan 2017) vidíme v centru člověka s jeho *osobním kontextem* – jeho osobnost a zkušenosti, postoje, očekávání a další, stejně jako *časový kontext* jeho stádia života a stádia nemoci. Cílené interakce člověka s objekty a lidmi ve fyzickém prostředí můžeme popsat slovem „chování“. V *sociálním kontextu* člověk sám i ostatní lidé mohou pozorovat chování a přiřadit mu význam. Člověk provádí výběr z akcí a hodnotí kvalitu života na základě své metriky (peníze, sociální pozice, mezilidské vztahy apod.). Biopsychosociální model je systémový model a podstatnou vlastností systému je fakt, že může selhat i přestože všechny jeho subsystémy pracují normálně.

Obrázek 7 - Holistický biopsychosociální model nemoci: důležité složky (Wade a Halligan 2017)



Comment on figure:

Text = one of four levels concerning the person.

Text = one of four contextual domains.

Text = a construct outside model-not accessible.

→ = direct influences. Note that they are two-way.

---> = indirect influences.

Note:

1. Pathology, impairment, personal context, and choice are all within the person and are not directly observable.
2. Activities and physical context are both directly observable.
3. Social participation and social context concern meaning and require interpretation or inference of observed actions or situations.
4. Temporal context is a given, but is often overlooked.
5. Potentially there are relationships and influences between all variables, and many can be reciprocal.

3.4.1 Biopsychosociální model v praxi

Biopsychosociálního model zdůrazňuje orientaci na osobu pacienta a podporuje stanovení individuálních cílů, což je v rehabilitaci hojně využíváno. Předpokládá, že mnoho následků nemoci může být zlepšeno, aniž by došlo ke snížení míry poškození tkáně (např. rehabilitace u míšních poranění). Popisuje dále, že i změna sociálních postojů nebo psychických procesů může nemoc a obtíže pacienta ovlivnit. Evidenci tohoto modelu podporuje i výzkum o disabilitě chronické LBP. Biomedicínský model nabízí zjevnou jistotu a jasné hranice, zatímco biopsychosociální model zdůrazňuje nepředvídatelnost a nejistotu, což je ostatně blízko praxi, kdy 25 % pacientů má problémy, které nejsou přiřazeny k žádné nemoci (Wade a Halligan 2017). U LBP se o diagnózu „nespecifické bolesti zad“ jedná dokonce přibližně v 90 % (Maher

et al. 2017). Při označení bolesti jako psychosociálního původu může ale docházet k dojmu „nereálnosti“ bolesti anebo domněnce, že vznik takové bolesti je „chybou“ pacienta. Proto je výzvou je udělat biopsychosociální model více relevantní pro zdravotníky a méně stigmatizující pro pacienty (Darlow et al. 2012).

Biomedicínské a psychosociální faktory jsou často nahlíženy jako by byly z odlišných schémat než jako součástí stejného modelu (Darlow et al. 2012). Nesmí být zapomenuto, že biopsychosociální model nemá za cíl nahradit biomedicínskou otázku nemoci, ale rozšířit ji - „bio“ je podstatnou a rovnocennou součástí modelu (Wade a Halligan 2017). Na druhou stranu praktičtí lékaři uznávají důležitost psychosociálních faktorů, ale cítí, že musí přednostně vyloučit nejrůznější patologie a že mají málo času a tréninku integrovat i psychosociální hodnocení (Darlow et al. 2012).

V kontextu LBP biopsychosociální koncept dává důraz na důležitost oslovení pacientových postojů a představ, jako jsou strach z bolesti, katastrofizace, které mohou vést k maladaptivnímu chování a přispět tak k disabilitě a chronické bolesti (MacDougall et al. 2019). Biopsychosociálně vedená terapie podporuje edukaci o bolesti, prvky kognitivně-behaviorální terapie a stupňovaného cvičení. Ostatně guidelines terapie LBP zahrnují především biopsychosociální principy (MacDougall et al. 2019).

3.5 Bio-psycho-socio-spirituální model

Biopsychospirituální přístup zahrnuje standardně biologické, psychologické, sociální faktory a faktory prostředí, které formují část běžně chápaného biopsychosociálního přístupu k bolesti. Navíc ale zahrnuje i zkoumání spirituálních faktorů jako jsou identita, smysl a účel. Koncept spirituality není přesně ohraničen, můžeme jej vnímat i jako překrývající se s psychosociálními tématy. Smysl a účel mají totiž velký vliv na postoje, emoce a chování, které formují identitu osobnosti (Siddall et al. 2015).

3.5.1 Spirituální přístup

Spiritualita je dnes chápána odděleně od pojmu náboženství. V širším slova smyslu zahrnuje aspekty života, které stojí v centru lidské identity a směřování, jako jsou názory, hodnoty, aktivity a vztahy, které poskytují smysl a účel života (Siddall et al. 2015). Každý člověk chce znát smysl svého života (Svatošová 2011). Člověk ve stavu *spirituálního zdraví* (*spiritual well-being*) pociťuje klid, pohodlí a sílu, která vyvěrá ze smyslu a účelu, které jsou často spojeny s transcendencí (Siddall et al. 2015).

Spirituální terapie, jak z definice lze odvodit je vysoce individuální koncept, který závisí na názorech, kultuře a hodnotách člověka. Taková terapie oslovuje centrální aspekty spirituality

(smysl a účel) např. procházkou v lese, hudbou, meditací, kontemplací, reflexí nebo přehodnocováním vlastní identity a svého směřování (Siddall et al. 2015).

3.5.2 Spiritualita a bolest

Rozrůstá se evidence, že oslovení oblasti spirituality u lidí s přetrvávající bolestí je důležitý, ne-li přímo klíčový, aspekt ve zvládnání bolesti. Tito lidé trpí jak bolestí, tak dlouhodobým snížením fyzické kapacity, které může mít závažný dopad na činnosti a vztahy, které souvisí s individuálně vnímaným smyslem, účelem a identitou (Siddall et al. 2015).

Mnoho jedinců zažívající přetrvávající bolesti udávají využívání spirituální formy zvládnání bolesti, jako jsou modlitba, udržování a zvyšování naděje, hledání spirituální podpory (Wachholtz et al. 2007). Spiritualita byla v minulosti často nahlížena jako negativní copingová strategie³⁴ (strategie zvládnání zátěže), avšak současnější evidence na ni pohlíží spíše jako aktivní a pozitivní copingový proces související s pocitem spirituální podpory a propojení, snížením deprese, úzkosti a pooperačních komplikací, delšího dožití a většího pocitu pokoje a klidu. *Spirituální zdraví* silně souvisí s mírou tolerance bolesti, méně se snížením udávané závažnosti bolesti (*pain severity*) (Wachholtz et al. 2007; Siddall et al. 2015). Ale naopak negativní spirituální poznání (např. „Bůh mě opustil.“) souvisí se zvýšením senzitivity k bolesti (Rippentrop et al. 2005).

4 „Fear avoidance“

4.1 Odborné termíny

Předtím než vstoupíme do problematiky strachu z bolesti a strachu z pohybu a dalších souvisejících témat, vyjasníme si termíny v této oblasti využívané.

„Bolest je nepříjemný smyslový a emoční prožitek, který je spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání anebo toto spojení připomíná“ (Raja et al. 2020)³⁵. Je reakcí na široké množství podnětů (exteroceptivní, interoceptivní a propioceptivní). Ochranná odpověď související s bolestí zahrnuje zvyšující se vzrušení, selektivní pozornost, únik, bolestivý výraz mimiky stejně jako dlouhodobé zotavovací *„vyhýbavé a zabezpečovací chování“*. (Meulders 2019)

³⁴ Rozdíl mezi aktivní a pasivní copingovou strategií je v tom, zda pacient při kontrole bolesti spoléhá na vnitřní nebo vnější zdroje. Pasivní coping je silně spojen s obecným psychologickým strádáním a depresí, kdežto aktivní coping asociuje s mírou aktivity a inverzně souvisí s psychologickým strádáním. (Lynn Snow-Turek et al. 1996)

³⁵ An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.

Strach je emocionální reakce na specifické, identifikovatelné a aktuální ohrožení, jako je nebezpečné zvíře nebo poranění (Rachman 1998). **Úzkost** je afektivní stav, který je, na rozdíl od strachu, orientovaný do budoucnosti, kde je zdroj ohrožení hůře postižitelný (Leeuw et al. 2007a). Strach motivuje jedince k obrannému chování (např. únik), kdežto úzkost k preventivnímu chování zahrnující vyhýbavost. Rozdíl mezi strachem a úzkostí je v klinické praxi mnohem méně evidentní, proto jsou tyto termíny často zaměňovány – obzvlášť u chronické bolesti, kde je ohrožující stimul (bolest) přítomen konstantně (Leeuw et al. 2007a).

Strach v souvislosti s bolestí byl popsán množstvím konceptuálních definic mezi nejznámější patří: „*pain-related fear*“ (dále jen „*strach související s bolestí*“), „*fear-avoidance beliefs*“ (dále jen FA přesvědčení), strach z pohybu a kineziofobie (Lundberg et al. 2011).

Kineziofobie byla původně definována jako stav nadměrného, iracionálního a vysilujícího strachu z fyzického pohybu či činnosti, který vyplývá z pocitu zranitelnosti a tím související obavy ze zranění nebo jeho opakování (Kori 1990). Podle systematického přehledu vyšší míra kineziofobie předpovídá progresi disability, závažnost bolesti a snižování kvality života v čase. Prognosticky (6 měsíců follow-up) se však neprokázala asociace s intenzitou bolesti (Luque-Suarez et al. 2019).

„**Strach spojený s bolestí**“ zahrnuje podle „*Cognitive-behavioural fear-avoidance model*“ (Model kognitivně-behaviorální vyhýbavosti a strachu) strach z bolesti, strach z poranění, strach z fyzické aktivity apod. (Lundberg et al. 2011). „*Strach spojený s bolestí*“ a úzkost mohou být také definovány jako strach, který se objeví, když jsou stimuly související bolestí považovány za hlavní ohrožení. Strach a úzkost pak vyvolávají odpověď na úrovni psychofyziologické (např. svalovou reaktivitu), chování (únik a vyhýbání) a kognitivní (katastrofické myšlenky) (Leeuw et al. 2007a). Některé studie také potvrzují myšlenku, že „*strach spojený s bolestí*“ se může objevit i bez přímé zkušenosti s podnětem, jen na základě pozorování nebo sdělení. V souvislosti s bolestí spojeným strachem se popisuje také tzv. generalizace, která popisuje rozšiřování strachu z původního stimulu i na stimuly další, často nějak související. Generalizace strachu může vést k déletrvajícím úzkostem a nadměrně vyhýbavému chování, které může být cestou k disabilitě. „*Strach spojený s bolestí*“ ale vyvolává zejména diskomfort a sám o sobě nemusí nutně k disabilitě vést. Proto je podstatná zejména role vyhýbavého chování (Meulders 2019). Pravděpodobně je to kombinace klasického podmiňování a zprostředkovaného učení, která produkuje strach z pohybu a fyzické aktivity u některých jedinců s LBP (Rainville et al. 2011).

Katastrofizace může být vnímána jako kognitivní složka strachu (Leeuw et al. 2007a). Pojem katastrofizace poprvé použil Ellis pro proces, v kterém se úzkostný pacient v

myšlenkách stále vrací k nejvíce negativním představitelným následkům (Ellis 1962). Katastrofizací bolesti se rozumí multidimenzionální konstrukt se třemi jedinečnými, ale vzájemně souvisejícími komponentami – zvýšeným negativním prožíváním závažnosti bolesti, ruminace (opakované přemítání) a vnímaná bezmocnost (Sullivan et al. 1995).

Vyhýbavostí (*avoidance*) se označuje chování zaměřené na oddálení nebo prevenci subjektivně nepříjemné situace a souvisejícího prožitku (Kanfer a Phillips 1970), tedy také událostí vnímaných jako ohrožujících (např. bolesti). Ačkoli vyhýbavé chování usiluje o snížení „*strachu*“ (souvisejícího s bolestí), v dlouhodobém horizontu paradoxně může strach zvětšovat. Je to z důvodu zvyšování míry vnímané hrozby (z bolesti), což je právě důsledkem vyhýbání se. Stále více evidence potvrzuje, že vztah mezi strachem a vyhýbavostí není „jedna ku jedné“, ale pravděpodobně jde o komplexnější implicitní rozhodovací proces zahrnující zvažování hodnoty vyhýbání se bolesti oproti jiným životním cílům (např. sebe-realizovat se apod.) (Meulders 2019).

Další důležitou komponentou úzkosti je **hypervigilance** (Leeuw et al. 2007a), což je automatické zaměřování pozornosti a selekce vjemů a informací spojených s bolestí na úkor jiných vjemů a informací z těla a prostředí. Vyhýbání a hypervigilance mají svůj smysl v krátkodobém horizontu, při dlouhodobém trvání se mohou stávat dysfunkčními (Crombez et al. 2012). Zvláště se pak mluví o výrazné **pozornosti k bolesti** (*attention to pain*), která je dávana do souvislosti se „*strachem souvisejícím s bolestí*“ (Leeuw et al. 2007a).

Přesvědčení mohou být definována jako subjektivně pravdivé a správné názory i bez jejich ověření. Může se jednat například o subjektivní interpretace odvozené z percepce, uvažování nebo komunikace. Všichni dospělí lidé mají hodnotitelná přesvědčení o bolesti zad. Tato přesvědčení často pochází z mnoha zdrojů zahrnujících osobní zkušenost, rodinu, známé, sociální postoje, média, literaturu o bolesti zad, internetového vyhledávání a zkušenost se zdravotním systémem. Protože lidské chování je tvarováno přesvědčeními, i přesvědčení o bolesti přímo ovlivňují rozhodnutí o chování – o vyhýbání se osobním, rekreačním nebo volnočasovým aktivitám nebo naopak o jejich provádění. Tak mohou přesvědčení spoluutvářet disabilitu (Rainville et al. 2011). Specifickou formou přesvědčení o bolesti jsou „*fear avoidance beliefs*“ (přesvědčení související se strachem a vyhýbavostí, dále jen FA přesvědčení) (Waddell et al. 1993). Toto označení souvisí s vyhýbáním se pohybu nebo aktivitám právě z důvodu strachu (Vlaeyen a Linton 2000) z bolesti, aktivit, pohybů a (znovu)poranění (*re/injury*) (Leeuw et al. 2007a). FA přesvědčení jsou nejsilnějším prediktorem funkčního statusu a disability u lidí s chronickou LBP, následovaná kinesiofobií a katastrofizací (Alotaibi et al. 2016). Konstrukty „*fear-avoidance beliefs*“ a „*pain-related fear-avoidance beliefs*“ ale nejsou dostatečně přesně

definované (Lundberg et al. 2011). Přehled jejich definic shlédněte v **Příloze 5 Schémata konstruktů (Lundberg et al. 2011)**.

Disabilita označuje problémy při vykonávání denních aktivity jak doma, tak v práci. Disabilita je logickým důsledkem protrahovaného vyhýbavého chování a hypervigilance. Vztah mezi „*strachem spojeným s bolestí*“ a disabilitou je zprostředkován vyhýbavým (*fear avoidance*) a únikovým (*escape behavior*) chováním (Leeuw et al. 2007a). Čím vyšší míra disability a uváděné bolesti tím vyšší skóre vyhýbavého chování a katastrofizace. (Alhowimel et al. 2018) Otázkou, jak souvisí bolest s disabilitou, se zabývali autoři systematického přehledu mediačních analýz a z dostupné evidence dospěli k závěru, že nejvíce vztah mezi bolestí a disabilitou u jedinců s LBP a bolestmi krku ovlivňuje sebedůvěra ve vlastní schopnosti (*self-efficacy*) následovaná psychologickým strádáním (*psychological distress*) a strachem – nižší self-efficacy, vyšší míra psychologického strádání a vyšší strach tedy vedou ke zvýšení vlivu bolesti na disabilitu a i nižší intenzita bolesti pak může vést k vyšší míře disability. U katastrofizace se tento mediační vliv (efekt bolesti na disabilitu) neprojevil (Lee et al. 2015).

Pojem „*disuse syndrome*“ zahrnuje fyziologické a psychologické dopady snížení fyzické aktivity v běžném životě (Leeuw et al. 2007a).

4.2 **Fear-avoidance model (FA model)**

Biomedicínské modely se ukazují jako nedostatečné pro porozumění a řešení mnohých problémů pacientů. FA model je založen na biopsychosociálním pohledu. FA model popisuje hypotetický proces, který může platit pro některé jedince s bolestí. Jedná se o proces vytvoření „začarovaného kruhu“ chronické disability a strádání a pohybu v něm. V kontextu chronických bolestí zad byl FA model poprvé formulován 1995 (Vlaeyen et al. 1995) a dále byl aktualizován (Leeuw et al. 2007a; Vlaeyen a Linton 2000). Tento kognitivně behaviorální model chronické

Obrázek 10 - *Fear-avoidance model (Vlaeyen a Linton 2000)*



LBP (Leeuw et al. 2007a) popisuje rozvoj disability, bolesti, afektivního distresu a fyzické neaktivity v důsledku vyhýbavého chování motivovaného strachem. (Vlaeyen a Linton 2012)

Bolest aktivuje soubor kognitivních a emocionálních reakcí, včetně chování, které mohou a nemusí bolest a disabilitu facilitovat. Podstatné je, jak pacient svou bolest interpretuje. Pokud ji vnímá jako neohrožující (např. dočasnou, bez závažné příčiny apod.), obvykle nadále pokračuje ve svých aktivitách. Díky tomu dochází k průběžné korekci případných negativních očekávání, protože se může vytvořit a opakovat zkušenost, že aktivita nevede k závažným důsledkům. Druhá možnost je zkreslená interpretace bolesti ve smyslu katastrofizace. Pacient pak mylně předpokládá, že bolest je znakem závažného poranění či patologie, nad kterou má jen malou možnost kontroly. Předpokládá se, že toto vede k vyhýbání se fyzickým aktivitám, což problém nadále prohlubuje. Vyhýbavé chování rychle vede k redukci aktivit spolu se snížením s nimi spojených pozitivních zkušeností a eventuálně i sociální izolaci. Malá míra fyzické aktivity vede k dekonkci a snižuje práh bolesti (Crombez et al. 2012).

Ačkoli změny kognitivních faktorů (FA přesvědčení, katastrofizace) nejsou vždy signifikantně spojeny se změnami intenzity bolesti, (Vlaeyen a Linton 2012) výsledky systematického přehledu (Alhowimel et al. 2018) potvrzují, že přítomnost psychosociálních faktorů (jako jsou strach z bolesti, katastrofizace a deprese po zkušenosti s bolestí) vedou ke strachu z pohybu, k disuse a další disabilitě.

Výhodou FA modelu je i srozumitelnost pro pacienty, kterým nabízí vysvětlení, které rezonuje s jejich vlastní zkušeností. Jedna z nezodpovězených otázek ale zůstává, jak se bolest spojená se strachem objeví poprvé (Vlaeyen a Linton 2012).

4.2.1 FA model v souvislosti se stádií bolesti

Ačkoli FA model původně vysvětloval přechod z akutní do chronické bolesti, většina studií se zaměřila na evidenci mechanismu, jak „*strach související s bolestí*“ udržuje chronické bolesti. Pozdější výzkumy zkoumají vliv „*strachu spojeného s bolestí*“ při akutních episodách a pár studií se věnuje „*strachu spojeného s bolestí*“ jako rizikovému faktoru pro vznik bolestivé epizody u zdravých lidí (Leeuw et al. 2007a).

Klíčovým mechanismem udržení úzkostných poruch je dlouhodobé „*zabezpečovací chování*“ (*safety seeking behavior*) zahrnující vyhýbání se ohrožujícím situacím a únik z nich, stejně jako selektivní pozornost k možnému zdroji ohrožení. Takové chování podněcuje „*strach spojený s bolestí*“ dvěma způsoby – zaprvé funguje jako prevence zjištění, že aktivity jsou vlastně neškodné a zadruhé podporuje disabilitu a disuse (Leeuw et al. 2007a). Oproti

akutní episodě, kdy se zvýšené FA přesvědčení během uzdravování snižují, při chronické LBP zůstává v průběhu času míra FA přesvědčení vysoko (Rainville et al. 2011).

Populační ankety ukázaly, že FA přesvědčení existují v běžné populaci bez současné presence LBP. Většina lidí má relativně nízké FA přesvědčení, ale značná část populace vykazuje vyšší míru FA přesvědčení a zároveň (podle longitudinálních studií) vyšší riziko pro opožděnou rekonvalescenci z akutní epizody LBP. Vystupňované FA přesvědčení během akutní LBP silně koreluje se zvýšenou disabilitou a je prediktorem pro rozvoj chronické LBP (Rainville et al. 2011).

4.2.2 Tři kategorie problematických FA přesvědčení

Lidé s problematickými FA přesvědčeními mohou být klasifikováni do 3 kategorií pacientů: špatně informovaní, s naučenou vyhýbavostí a s afektivní vyhýbavostí (Pincus et al. 2010).

Pravděpodobně největší skupinou jsou “špatně informovaní“ pacienti (tzv. “vyhýbající“). Takový člověk tvrdí, že je obecně známo, že je vhodné vyhýbat se bolestivým a pro záda namáhavým aktivitám nebo, že při minulých zkušenostech dostal od zdravotníků takovéto informace. Nejdůležitější je, že jejich přesvědčení zahrnuje současně zdůvodnění, které je možno s novou informací změnit (Pincus et al. 2010; Rainville et al. 2011).

Druhou skupinou jsou jedinci s tzv. “naučenou vyhýbavostí“. Teorie učení říká, že by se u nich mohlo jednat o běžnou Pavlovskou asociaci mezi vykonáním určitého pohybu a bolestivou zkušeností. Když se takových pacientů zeptáme, tak nepopisují ani zvýšený strach ani výslovné přesvědčení o riziku poranění z fyzické aktivity. Aktivitám se proto vyhýbají z důvodu jejich očekávané bolestivosti. Teoreticky bude tato skupina vyžadovat jiné zaměření terapie než „špatně informovaní“. Bude zahrnovat především edukační aspekt (Pincus et al. 2010; Rainville et al. 2011).

Nejobtížněji ovlivnitelné je “afektivní vyhýbání“. Možnost, že fyzické aktivity vyvolávají bolesti zad u nich produkuje přetrvávající iracionální strach z fyzických aktivit. Často zkreslují vysvětlení a preventivní opatření, které jim dali zdravotníci, využívají v nadměrné míře. Tito pacienti mívají vysokou úroveň disability, často mají obecně negativní afektivní postoj směrem k bolesti, vykazují hypervigilanci a katastrofické myšlení. Často mají komorbidity jako jsou úzkostné poruchy, deprese a souběžné chronické muskuloskeletální obtíže. Profitují z terapie cílené na kognitivní dysfunkci a katastrofické myšlení. Pokud jejich terapie tyto prvky nezahrnuje, bývá její odezva minimální (Pincus et al. 2010; Rainville et al. 2011).

4.2.3 Terapie založená na Fear-avoidance modelu

Terapie řešící „*strach spojený s bolestí*“ je vystavěna na konfrontaci s obávaným pohybem/aktivitou. Osobitým způsobem postupuje v hierarchii strachu až do jeho snížení a obnovení fungování v běžném životě. Navzdory úspěšné konfrontaci a zlepšení „*strachu spojeného s bolestí*“ a disability se ale často objevují recidivy (Meulders 2019).

Různé studie se snažili objasnit, jestli terapie založená na FA bude u pacientů efektivní. Výsledky studie George (2003) ukázala, že u pacientů vykazujících vyšší míru „*strachu souvisejícího s bolestí*“ je terapie postupnou expozicí efektivní, ale na druhou stranu je terapie založená na FA modelu kontraproduktivní u pacientů s nízkou mírou „*strachu souvisejícího s bolestí*“. Pacienti s nízkými FA přesvědčeními v terapii založené na FA modelu vykazovali po ukončení terapie vyšší disability než kontrolní skupina pacientů se standardní terapií. Autoři teoretizují, že možným důvodem je právě postupnost vystavování aktivitám od těch nejméně intenzivních a tím způsobené paradoxní snížení celkové intenzity cvičení u jedinců, kteří by se zátěži díky nízké míře strachu jinak do takovéto míry nevyhýbali (Leeuw et al. 2007a; George et al. 2003).

Pokud bychom rozdělili pacienty do tří kategorií zmíněných v předchozí kapitole, Rainville et al. (2011) navrhuje tyto formy terapie:

U první skupiny (“špatně informovaných”) bude samozřejmě stěžejní využití informací snižujících FA přesvědčení a disability. Již v roce 1998 byla zveřejněna longitudinální klinická studie s kontrolami, kde intervence spočívala v podání informací o relativně benigním procesu zahrnujícím kombinaci degenerace páteře, lokálního zánětu, reakce paraspinálních svalů a kognici. Dále účastníkům byly poskytnuty další rady např. že zatížení páteře běžně nezpůsobuje poškození, a že vhodnou reakcí na bolest je protahování, lehké cvičení a udržování fyzické aktivity. Skupina těchto pacientů v průběhu dalších 5 let měla o polovinu kratší dobu pracovní neschopnosti než skupina kontrolní. Tato studie naznačuje, že subchronické bolesti LBP lze úspěšně zvládnout pomocí přístupu, který zahrnuje klinické vyšetření kombinované s informacemi o povaze problému, způsobem, který má snížit strach a dát jim důvod k obnovení lehkých aktivit (Indahl et al. 1998). Později bylo provedeno mnoho podobných výzkumů, některé bez signifikantní změny intervenčních skupin, jiné s pozitivní změnou ale bez dlouhodobého efektu (Rainville et al. 2011).

Terapie pro jedince s “naučeným vyhýbáním” systematicky snižuje strach cvičením založeným na kvótách (*quota-based exercise*), kdy opakované vystavování fyzickým aktivitám (ve snesitelném způsobu) způsobí desenzitizaci – neurologický mechanismus ale zůstává nevysvětlen (Rainville et al. 2011).

Jedním s přístupům vhodným pro jedince s “afektivním vyhýbáním“ je Expozice *in vivo*. (Rainville et al. 2011) Tato terapie založená na čtyřech komponentách: (1) volba funkčních cílů, (2) edukaci o paradoxním efektu zabezpečovacího chování, (3) sestavení hierarchie strachů z aktivit³⁶ a (4) postupné expozici obávaným aktivitám ve formě behaviorálního experimentu (Leeuw et al. 2007a). Další možností terapie je funkční obnovení (*functional restoration*). Ta integruje cvičení založené na kvótách pro obnovení důvěry v to, že páteř je odolná a schopná běžných činností. Dále je součástí také poradenství (Rainville et al. 2011).

Pozitivních efekt na snížení disability má i krátká edukace, kognitivně behaviorální programy, nebo kampaň podporující udržení aktivity (ačkoli takové výzkumy nebyly zaměřené specificky a systematicky na „*strach související s bolestí*“) (Leeuw et al. 2007a). Na druhou stranu velmi dobré výsledky televizní kampaně (podávající informace snižující FA přesvědčení) ve Viktorii (Buchbinder et al. 2001) inspirovaly další mediální kampaně ve Skotsku, Norsku a Kanadě, které ale nezaznamenaly výrazné změny v FA přesvědčeních a disabilitě. Namísto televizní kampaně využili tištěné a rozhlasové zprávy, především z důvodu finančních nákladů, což vedlo k závěru, že úspěšná mediální kampaň vyžaduje rozsáhlé pokrytí, a tedy i finanční zdroje (Rainville et al. 2011).

4.3 Možnosti hodnocení přesvědčení a postojů

4.3.1 Hodnocení přesvědčení a postojů u pacientů

4.3.1.1 Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)

je dotazník pro hodnocení strachu z bolesti související s pohybem u pacientů s muskuloskeletální bolestí. Originál (v angličtině) byl přeložen do 10 jazyků. Existují adaptace pro pacienty s Parkinsonovou nemocí, únavou, poruchou temporomandibulárního kloubu a jiné. Různé verze se odlišují v popsáních faktorech nástroje a počtu položek. Nejčastěji užívaný je TSK-11. Každá položka je hodnocena na 4bodové Likertově škále (od „silně nesouhlasím“ = 1, do „silně souhlasím“ = 4), čím vyšší skóre tím vyšší míra strachu z bolesti související s pohybem. 11 položek se dělí na dva faktory: vyhýbání se aktivitám a somatické zaměření. TSK-11 je spolehlivý a validní nástroj, s hodnotou Cronbach’s α v rozmezí 0.7 do 0.9, vysokou test-retest reliabilitou (vnitřní korelace koeficientu > 0.7) a dobrou konkurenční validitou (Weermeijer a Meulders 2018).

³⁶ K tomu se využívá fotografií různých denních aktivit. Plná verze PHODA měřícího setu obsahuje 100, zkrácená verze PHODA-SeV 40 fotografií a měření trvá cca 10min. (Leeuw et al. 2007b) Je to základ pro zbytek terapie.

4.3.1.2 Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

V roce 1993 byl vyvinut 16 položkový test se dvěma subškálami, které se vztahovali na FA přesvědčení o fyzické aktivitě (FABQ-PA; 4 položky) a o práci (FABQ-W; 7 položek) plus 5 falešných položek, které se pro skórování nevyužívají (Waddell et al. 1993). Původní studie i další studie zkoumající různojazyčné verze dotazníku vyhodnotili psychometrické vlastnosti jako uspokojující. Dále, analýza podle Raschova modelu potvrdila obě subškály jako adekvátní a jednodimensionální, avšak navrhla vylepšení zejména položek v subškále FABQ-W. Dále navrhla změnu hodnotící stupnice obou škál ze 7 na 4 úrovně. Toto opatření by zvýšilo technickou kvalitu škály, bez snížení jejího indexu reliability (Franchignoni et al. 2021).

4.3.1.3 Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS)

PAIRS je nástroj používaný při měření postojů a přesvědčení pacientů s chronickou bolestí a vztahu těchto přesvědčení k funkčnímu poškození. PAIRS má adekvátní vnitřní konzistenci, test-retest reliabilitu a je konsistentní s jinými nástroji (Rainville et al. 1995; Riley et al. 1988).

4.3.1.4 Další nástroje

Další nástroje měřící „*strach spojený s bolestí*“ jsou *Fear of Pain Questionnaire* (FPQ) a *Pain Anxiety Symptoms Scale* (PASS). Konstrukt FA přesvědčení kromě FABQ měří také *Fear-Avoidance of Pain Scale* (FAPS). *Pain Beliefs Screening Instrument* (PBS) a *ÖMSPQ* byly vytvořeny pro screening pacientů pro hodnocení rizika rozvoje perzistentní bolesti. Žádný dotazník, který by hodnotil strach z pohybu nebyl nalezen (Lundberg et al. 2011).

4.3.2 Hodnocení přesvědčení a postojů zdravotníků

4.3.2.1 Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT)

Linton et al (2002) vyvinul FABT obsahující 10 položek reflektujících postoje o vztahu mezi aktivitou, bolestí a poraněním u nespecifické LBP. Pět položek bylo převzato z TSK a pět z FABQ a PAIRS. Byly samozřejmě relevantně přeformulovány pro zdravotnický personál. Protože většina položek pocházela z testů s dobrou validitou a test-retest reliabilitou, Linton netestoval psychometrické vlastnosti tohoto dotazníku. FABT obsahuje otázek celkem 14, protože 4 položky (1, 7, 13, 14) byl doplněny pro sebehodnocení chování terapeuta v praxi. Všechny položky jsou hodnoceny na 6bodové Likertově škále v rozmezí „vůbec nesouhlasím“ po „zcela souhlasím“. Při vyhodnocování je potřeba nejprve převrátit hodnoty u sedmi reverzních otázek, a poté sečíst výsledek. Čím vyšší skóre tím vyšší FA přesvědčení (Linton et al. 2002).

FABT byl dodatečně testován a shledán jako užitečný specifický nástroj pro měření FA přesvědčení zdravotníků s přijatelnou vnitřní konzistencí, test-retest reliabilitou a konvergentní validitou (Moran et al. 2017). Jeho anglickou verzi můžete shlédnout jako **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**

4.3.2.2 Tampa Scale of Kinesiophobia for Health Care Providers (TSK-HC)

TSK-HC je modifikovaná verze TSK vytvořená Houben et al. (2005) pro měření obav (strachu z pohybu a zranění) zdravotníků. Položky byly přeformulovány specificky pro zdravotníky (např. „Moje LBP by pravděpodobně polevila, kdybych cvičil.“ přeformulováno na „LBP by pravděpodobně polevila, kdyby pacient cvičil.“) Dotazník se skládá ze 17 položek hodnocených na Likertově škále od „silně nesouhlasím“ po „silně souhlasím“ a má dobrou vnitřní konzistenci ($\alpha = 0.81$) a limitovanou konstruktovou validitu. Vyšší skóre představuje přesvědčení neúčinné pro zotavení. TSK-HC byl původně pouze v holandštině, pro účely studie Moran et al. (2017) byl přeložen do angličtiny (Houben et al. 2005b; 2005a; Moran et al. 2017).

Moran et al. testoval ve své studii znovu psychometrické vlastnosti, všechny dřívější byly potvrzeny a nově byla určena test-retest reliabilita jako vynikající. TSK-HC je nástroj schopný měřit míru kineziofobie u zdravotníků, se svými 14 položkami nabízí možnost nízké administrativní zátěže (Moran et al. 2017).

4.3.2.3 Back pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ)

Back-PAQ byl vyvinut k měření přesvědčení o bolesti zad u obou populací: zdravotníků i veřejnosti. Vývoj byl založen na kvalitativních rozhovorech s lidmi zažívajícími akutní a chronickou bolest zad. Obsahuje 34 položek s vnitřní konzistencí $\alpha = 0.70$. Každá položka se hodnotí na 5stupňové Likertově škále od „nepravda“ (2) po „pravda“ (-2). 11 položek je skórováných reverzně. Škála výsledků má rozsah -68 až 68, s tím, že negativní skóre odpovídají přesvědčením neúčinným pro zotavení. Zkrácená 10 položková verze by mohla být využívána jako screeningový nástroj, pro tuto verzi by bylo ale potřeba ještě vyhodnotit psychometrické vlastnosti (Darlow et al. 2014; Moran et al. 2017). Později byli doplněny údaje o vynikající vnitřní konzistenci a test-retest reliabilitě a dobré konvergentní validitě s dalšími analogickými nástroji (Moran et al. 2017). Back-PAQ má velkou výhodu v možnosti přímého srovnání přesvědčení mezi různými skupinami, bez modifikace (Darlow et al. 2014).

4.3.2.4 Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT)

PABS-PT dotazník byl vytvořen za účelem rozlišení dvou odlišných terapeutických orientací fyzioterapeutů/ek – biomedicínské a behaviorální. Položky dotazníku PABS-PT byly převzaty částečně z existujících nástrojů TSK, *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), *Back Beliefs Questionnaire* (BBQ), FABQ a částečně doplněny relevantními položkami o managementu chronické LBP. Finálně dotazník obsahoval 31 položek. Na 6bodové Likertově škále se hodnotilo od „zcela nesouhlasím“ (1 bod) až po „zcela souhlasím“ (6 bodů) (Ostelo et al. 2003). Po znovu přezkoumání psychometrických vlastností byly 2 položky odstraněny, dále u několika položek provedeny drobné změny, a nové položky doplněny. PABS-PT byl ověřen jako validní dotazník pro měření léčebné orientace fyzioterapeutů a terapeutů souvisejících disciplín. Korelace s podobnými nástroji (HC-PAIRS, TSK-HCP, PHODA) byla jen mírná. Předpokládá se, že nástroje neměří úplně stejné konstrukty (Houben et al. 2005b). Psychometrické vlastnosti PABS jsou sice slibné, ale vyžadují další výzkum obsahové validity, interpretability a reliability (Mutsaers et al. 2012). Nevýhodou může být, že mnoho položek se zaměřuje spíše na management pacienta než na terapeutovy vlastní přesvědčení o bolesti zad (Darlow et al. 2014).

4.3.2.5 Health Care Providers Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS)

HC-PAIRS byl adaptován z PAIRS dotazníku tak, aby hodnotil postoje a přesvědčení zdravotníků o funkčních očekáváních pacientů s chronickou LBP (Rainville et al. 1995). Dotazník slouží jako prediktor pro pravděpodobná doporučení týkající se práce a aktivit. HC-PAIRS byl revidován Houben et al. (2004) z 15 položek na 13. Každá položka se hodnotí na 7bodové Likertově škále, v rozmezí mezi „zcela souhlasím“ po „vůbec nesouhlasím“. Tři položky jsou hodnoceny reverzně. Skóre nabývá 13-91 bodů, čím vyšší skóre tím silnější přesvědčení, že bolest snižuje funkční schopnosti (potvrzuje disabilitu). Test má adekvátní konstruktovou validitu, vnitřní konzistenci $\alpha = 0.84$ a nízkou (angl. *modest*) test-retest reliabilitu (Moran et al. 2017). HC-PAIRS je spolehlivý a validní test pro měření postojů a přesvědčení zdravotníků o vztahu mezi bolestí a poškozením (Houben et al. 2004). Linton et al (2002) oznámil, že HC-PAIRS je analogický konstrukt jako FA.

4.3.2.6 Behavioral Avoidance Test – Back Pain (BAT-Back)³⁷

BAT-Back test byl zhotoven pro hodnocení vyhýbavého chování souvisejícího s bolestí (angl. *pain-related avoidance behavior*) přímým pozorováním. Pacienti s chronickou bolestí

³⁷ Veškeré instrukce k BAT-Back: <https://links.lww.com/CJP/A338>

obvykle nevnímají strach a vyhýbavost jako jejich hlavní problém, proto nemusí být postiženy sebehodnotícími způsoby měření (např. dotazníky). V klinické psychologii se *Behavioral Avoidance Tests* (BATs) se používají jako diagnostický i terapeutický nástroj. BAT pro chronické LBP by měl umožnit terapeutům pomoci selektovat vhodné pacienty pro stupňovanou *Exposure in vivo*. Test probíhá tak, že pacient provádí dříve demonstrováné pohyby v 10 opakováních a vyšetřující sleduje jeho chování a skóruje (0-2). Bylo zjištěno, že skóre je silněji asociováno s naměřenou mírou disability než se „*strachem souvisejícím s bolestí*“ a vyhýbavým chováním. Výsledky testování ukázali BAT-Back jako reliabilní a validní nástroj (Holzapfel et al. 2016).

4.3.2.7 Srovnání měřících nástrojů

Studie (Moran et al. 2017) srovnávala čtyři měřící nástroje: FABT, TSK-HCP, HC-PAIRS a Back-PAQ. Byla spočítána vynikající vnitřní konsistence a test-retest reliabilita všech čtyř nástrojů. Korelace mezi nástroji ukazuje přijatelnou konvergentní validitu (Pearson's $r = 0.51$ až 0.77). Byl nalezen střední až velký vliv u rozdílných profesních skupin. (Moran et al. 2017) Měření HC-PAIRS a TSK-HCP koreluje také s *Photographic Series of Daily Activities for Health Care Professionals* (PHODA-HCP) (Houben et al. 2005b).

4.4 Fear-avoidance přesvědčení u zdravotníků

Věnovat se studiu přesvědčení terapeutů je podstatné ze dvou důvodů. Zaprvé, přesvědčení terapeutů by mohla reflektovat jejich chování, včetně toho v rámci klinické praxe. Zadruhé, přesvědčení terapeutů může souviset s jimi užívanými terapeutickými intervencemi a doporučeními, která dávají svým pacientům. Je známo, že terapeuti často ve své praxi nevycházejí z aktuálních vědeckých poznatků, např. doporučují klid na lůžku, ačkoli výsledky studií a guidelines ukazují jasně, že je důležité zůstat aktivní. Příčinou přetrvávání doporučení klidu místo aktivity mohou být právě obavy a přesvědčení terapeutů. Někteří pacienti mohou zřejmě nastoupit na cestu dlouhodobých obtíží právě kvůli informacím získaným od terapeuta, které nevhodně posílily jejich iracionální strach. Lékaři, kteří častěji doporučují klid a analgetickou terapii mají pacienty s větší mírou disability než lékaři, kteří doporučují strategie, jak o sebe mají pacienti pečovat sami. Obecně, přesvědčení terapeutů mohou být podstatná pro porozumění jejich způsobu komunikace a terapie pacientů, včetně jejich edukace (Linton et al. 2002).

Můžeme popsat dva důležité postoje fyzioterapeutů (terapeutické orientace) u chronické LBP. První terapeutická orientace je odvozena od biomechanického modelu choroby, který vidí fyzikální patologii jako důsledek bolesti a disability. Pokud tedy uvažujeme, že je bolest signál

patologie nebo poškození tkáně, terapeutický přístup se bude přizpůsobovat míře bolesti pacienta („na bolesti závislý přístup“ - *pain-contingent treatment approach*). Druhá terapeutická orientace vychází z biopsychosociálního modelu, který pro rozvoj a udržování obtíží doplňuje roli psychologických a sociálních faktorů. Podle tohoto modelu, nemusí být nutně výhodné přizpůsobovat terapii míře bolesti. Terapie by se měla spíše soustředit na zvýšení aktivity vzhledem k předem definovanému časovému úseku (*time-contingent treatment approach*) (Ostelo et al. 2003).

V průřezové studii terapeutů kanadských atletů bylo nižší skóre biomedicínské orientace (PABS-PT) prokázáno u těch, kteří léčí více pacientů s LBP ročně. Míra vystavování se těmto pacientům ovlivňuje přesvědčení terapeutů. Dále studie ukázala provázanost většího skóre biomedicínské orientace s menším počtem let zkušeností a to, že starší terapeuti inklinují častěji k biopsychosociální orientaci (MacDougall et al. 2019). Tyto výsledky korelují s výsledky průřezové studie studentů v Belgii a Holandsku, která zjistila, že studenti déle studující vykazují více biopsychosociální přesvědčení a větší adherenci k doporučením guidelines (Leysen et al. 2020).

Přesvědčení, že bolest je známka poškození je převažující způsob porozumění bolesti v postindustriálních společnostech a není jednoduché jej změnit. Přesvědčit někoho, že bolest neznamená poškození je jako přesvědčit jej o něčem, co je v rozporu s obecným kulturním rámcem. Toto přesvědčení sotva přirozeně vymizí, pokud zdravotníci budou dále vnímat bolest jako vysvětlení příčiny poškození (Vlaeyen a Linton 2012).

4.5 Asociace mezi fear-avoidance přesvědčeními zdravotníků a výsledky pacientů

Obrázek 11 – Přehled silné a střední evidence asociace mezi postoji a přesvědčeními zdravotníků a faktory související s pacientem u LBP (Darlow et al. 2012)

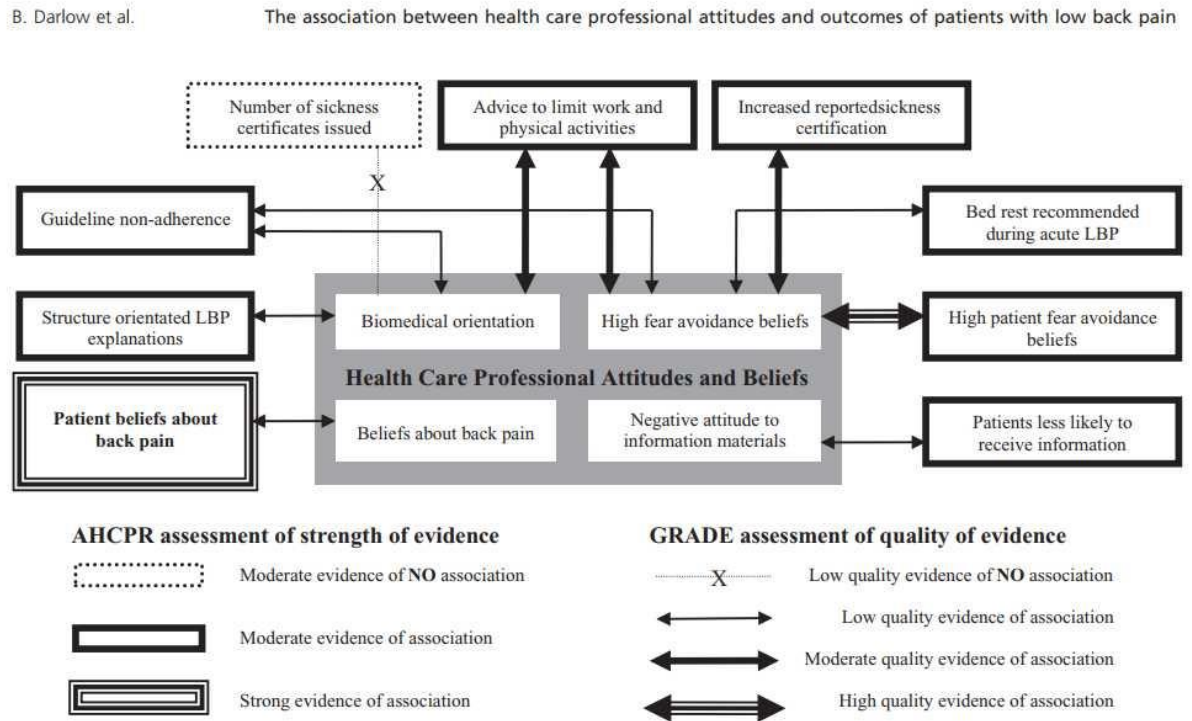


Figure 2 Summary of strong and moderate evidence of the association between HCP attitudes and beliefs and patient-related factors for LBP.

Vztah mezi postoji a přesvědčeními zdravotníků a faktory týkající se pacientů byl poprvé systematicky přezkoumán v roce 2012. Tento systematický přehled se sice nevěnoval přímo specificky LBP, ale byl omezen na chronickou bolest. Bylo zařazeno 17 studií z 8 zemí, které zkoumali postoje a přesvědčení praktických lékařů, fyzioterapeutů, chiropraktiků, revmatologů, ortopedických chirurgů a dalších (Darlow et al. 2012).

Byla zjištěna silná evidence, že přesvědčení zdravotníků o bolesti zad jsou asociované s přesvědčeními jejich pacientů a středně silná evidence, že vysoká míra FA přesvědčení u zdravotníků souvisí s vysokou mírou FA přesvědčení jejich pacientů. Tyto závěry vychází z konsistentní evidence různých výzkumných metodologií, primární a sekundární péče, širě odborností, geografické lokality a kultury. Je to prokázáno u účastníků s akutními, subakutními, chronickými i předchozími zkušenostmi s LBP. Nutno dodat, že nebyla prokázána asociace mezi přesvědčeními zdravotníků a přetrvávajícími bolestmi a disabilitou jejich pacientů (Darlow et al. 2012).

Největší limitací tohoto přehledu je, že silná asociace mezi postoji a přesvědčeními pacientů s LBP a zdravotníky, se kterými obtíže konzultovali, nemůže být považována za kauzální z

důvodu metodologie většiny zahrnutých studií, které byly obvykle observační a průřezové. Alternativní vysvětlení by mohlo být, že pacienti si vybírají své zdravotníky podle svých přesvědčení (Darlow et al. 2012). Bylo by potřeba longitudinálních studií k objasnění, jestli FA přesvědčení způsobují určitá léčebná doporučení nebo jestli jsou jiné proměnné blíže vztažené. Množství dalších faktorů může přispívat k tomu, že terapeuti mají FA přesvědčení. Takovými faktory mohou být nedostatek tréninku o managementu chronické bolesti, nebo averze implementovat intervence, které by potenciálně trápily obě strany – terapeuta i pacienta (např. povzbuzovat pacienta provádět bolestivé pohyby) (Cross et al. 2014).

4.5.1 Vliv na terapeutickou intervenci

Je středně silná evidence, že zdravotníci s biomedicínskou orientací nebo zvýšenými FA přesvědčeními radí pacientům s LBP (akutními a chronickými) spíše práci a fyzické aktivity omezit a současně mají menší adherenci k léčebným guidelines (Darlow et al. 2012). Pacienti spolupracující s biopsychosociálně orientovanými fyzioterapeuty popisují významnější změny disability a bolesti než ti, kteří jsou léčeni biomedicínsky orientovanými terapeuty (MacDougall et al. 2019). Přesto mnoho terapeutů pokračuje v radách o limitaci práce a míry aktivit, navzdory potenciálnímu riziku pro vznik chronicity (Bishop et al. 2008) a navzdory evidenci, že adherence ke guidelines zlepšuje výsledky a snižuje využívání zdravotní péče (Darlow et al. 2012).

Je středně silná evidence, že postoje a přesvědčení zdravotníků jsou spojeny s edukací pacienta a doporučením klidu na lůžku. FA přesvědčení souvisí se zvýšeným předepisováním nemocenské pro akutní a chronické LBP, avšak souvislost biomedicínské orientace s počtem nemocenských u pacientů s LBP nebyla nalezena (Darlow et al. 2012).

Pacienti s LBP v terapii zdravotníků, kteří doporučují pokračování v aktivitách, práci a aktivní léčebné postupy, vykazují snížení jejich FA přesvědčení, a to silně koreluje se zlepšením jejich disability. Navzdory této evidenci je málo známých efektivních strategií, jak tyto přesvědčení měnit (Rainville et al. 2011). Latimer et al. (2004) popsal změnu FA přesvědčení u studentů fyzioterapie na základě edukačního programu. Změny se projevily po výukovém modulu a udržely se jeden rok (Latimer et al. 2004). Vědci z výzkumu na Floridě popsali větší snížení disability a bolesti pacientů léčených fyzioterapeuty po biopsychosociálním tréninku na rozdíl od standardní péče. Studie zahrnovala 6 terapeutů s biopsychosociálním tréninkem (léčili 67 pacientů) a 6 „standardních“ terapeutů (léčili 33 pacientů) (Beneciuk a George 2015).

Existují ale také studie, které neprokázaly souvislost mezi biomedicínskou terapeutickou orientací a aktuálním terapeutickým chováním a výsledky LBP. Bylo zjištěno, že biomedicínská

orientace ošetření je spojena s většími obavami o poškození tkání a vlivem fyzické aktivity na bolest, ale ne skutečně poskytnutou péčí a výstupy léčby (Sieben et al. 2009).

Mnoho zdravotníků je neznalých důležitosti FA přesvědčení a nedoceňují potenciál jejich pozitivního nebo negativního ovlivnění. Toto opomenutí může být částečně odpovědné za zvýšení míry disability u lidí s LBP v moderních společnostech, navzdory stále zvyšujícím se nákladům vynaložených na řešení tohoto problému (Rainville et al. 2011).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Úvod

Cílem této diplomové práce je zmapovat současný přístup k léčbě bolesti zad v České republice a případně přispět k zvýšení její kvality. Jak z teoretického přehledu vyplývá většina pacientů s bolestí zad se nemusí obávat závažných následků a může pokračovat v běžném životě. Z výzkumů FA je známo, že mnozí jedinci s LBP ale ze strachu z bolesti a své diagnózy omezují běžné aktivity, nadměrným klidem domněle „ochraňují záda“ a vyhýbají se fyzické zátěži. Přesvědčení týkající se bolesti zad jsou v široké populaci často nekonsistentní se současným výzkumem. To se týká mnoha rozvinutých i rozvíjejících se zemí. Přesvědčení pacientů jsou potenciálně důležitá v rozvoji a úpravě LBP (Darlow 2016). To, jakou míru FA přesvědčení (a tím i disability) pacient vykazuje závisí na mnoha interagujících vlivech. Jedním z velmi důležitých vlivů jsou informace a doporučení získaná ve zdravotnických provozech ale také samotné postoje a přesvědčení zdravotníků, kteří mohou přesvědčení pacientů jak pozitivně, tak i negativně ovlivnit. Porozumění přesvědčením terapeuta i pacienta by mělo pomoci zmírnit potenciální nepříznivé faktory a maximálně využít schopnosti terapeuta pozitivně působit na životy pacientů (Linton et al. 2002; Darlow 2016; Cross et al. 2014).

Některé studie ukazují, že doporučení zdravotníků týkající se aktivit a práce pacientů s LBP neodpovídají současným poznatkům vědy (Rainville et al. 2000; Coudeyre et al. 2006). Spoustu využívaných diagnostických a terapeutických intervencí má velmi nízkou průkaznou hodnotu podle EBM (Lim et al. 2019).

Výsledkem této observační a průřezové studie by mělo být zmapování míry FA přesvědčení zdravotníků věnujících se jedincům s nespecifickou LBP v České republice a jejich vlivu na volbu neinvazivních a nefarmakologických postupů s ohledem na současné poznatky a dostupnou evidenci.

Podobné studie proběhly v zahraničí např. v Dánsku mezi fyzioterapeuty (Husted et al. 2020), ve Spojeném království mezi zdravotníky (Bishop et al. 2008; Evans et al. 2010), v Kanadě mezi fyzioterapeuty (Li a Bombardier 2001) a u terapeutů a trenérů atletů (MacDougall et al. 2019), ve Španělsku mezi osteopaty (Van Biesen a Alvarez 2020), ve Francii u praktických lékařů (Coudeyre et al. 2006) a na Novém Zélandě (Cross et al. 2014).

6 Hypotézy

1. Primární:

1.1 Alternativní hypotéza: Existuje vztah mezi mírou FA přesvědčení (měřených pomocí skóru FABT) a mírou non-adherence ke klinickým guidelines týkajících se LBP.

2. Sekundární

2.1 Alternativní hypotéza: Fyzioterapeuti/ky a lékaři/ky se liší ve FA přesvědčeních měřených pomocí skóru FABT.

2.2 Alternativní hypotéza: Fyzioterapeuti/ky a lékaři/ky se liší v míře non-adherence ke doporučeným klinickým postupům týkajících se LBP.

2.3 Alternativní hypotéza: Mezi demografickými údaji a skórem FABT existuje vztah.

2.4 Alternativní hypotéza: Mezi demografickými údaji a skórem non-adherence existuje vztah.

Důležitou součástí této práce je zmapování současné situace v České republice týkající se FA přesvědčení a non-adherence k doporučeným klinickým postupům pro léčbu jedinců s LBP pomocí deskriptivní statistiky.

7 Metodologie

Náš dotazník se skládá ze 3 částí. V 1.části respondenti odpovídají na otázky ohledně demografických údajů, ve 2.části zodpovídají na 10 otázek z dotazníku FABT-CZ a ve 3. části vybírají výroky, které mají odhalit na kolik v praxi u pacientů s nespecifickou LBP dodržují vědecké poznatky shrnuté v guidelines (tzv. non-/adherence). Na začátku celého dotazníku bylo zdůrazněno, že výzkum se týká zdravotníků (minimálně Bc., nebo Dis.) pracujících s pacienty s bolestí zad. Kdo tyto kritéria nesplňoval, byl z dotazníku ještě před vyplněním vyřazen. Dotazník byl rozeslán v online formě (Google Forms) a sdílen přes sociální sítě do fyzioterapeutických skupin v Čechách i na Moravě, rozeslán vedoucím fyzioterapeutům většiny nemocnic s prosbou o rozšíření, osloveny byly skrze předsedy i lékařské společnosti (Česká neurologická společnost, Společnost pro rehabilitační a fyzikální medicínu, Společnost pro studium a léčbu bolesti, Sdružení praktických lékařů), dále byl rozeslán na e-mailové adresy vybraných jednotlivců a soukromých ambulantních středisek fyzioterapeutů. Vyplnění dotazníku bylo anonymní. Otázky dotazníku byly „povinné“ – nebylo možné jej odeslat, aniž by byly zodpovězeny všechny. Dotazníkové šetření probíhalo v době pandemie Covid 19 během března a počátku dubna roku 2021.

7.1 Demografické údaje (1. část)

U otázek týkajících se demografických údajů byla při výběru vždy možnost zvolit pouze jednu odpověď.

Otázka	Možnosti/ Vlastní zápis
<i>Pohlaví</i>	– žena – muž
<i>Věk</i>	<i>Vlastní zápis</i> (údaj v letech)
<i>Profese</i>	– fyzioterapeut/ka – lékař/ka
<i>Specializace (pouze u lékařů)</i>	– praktické lékařství – rehabilitační lékařství – neurologie – revmatologie – algeziologie – ortopedie – jiné (<i>vlastní zápis</i>)
<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	– Dis. – Bc. – Mgr. – Mudr. – vyšší stupeň
<i>Počet let v praxi</i>	<i>Vlastní zápis</i>
<i>Frekvence práce s jedinci s bolestí zad</i>	– denně (ordinální hodnota 5) – každý týden (4) – alespoň jednou za dva týdny (3) – alespoň jednou za měsíc (2) – méně než jednou za měsíc (1)
<i>Na kolik se cítí odborníkem/odbornicí na bolesti zad?</i>	– škála 1 (mám pouze základní znalosti) až 6 (jsem expert)

7.2 Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT) (2. část)

Při výběru nástroje, který by měřil FA jsme měli základní kritéria: volnou dostupnost v anglické verzi a vhodnou časovou náročnost vyplnění. Příliš dlouhé byly: Back-PAQ (34 položek) a PABS-PT (31 položek). HC- PAIRS měří přesvědčení zdravotníků o vztahu mezi bolestí a poškozením (funkčními schopnostmi), ale je zaměřen pouze na pacienty s chronickou LBP (Houben et al. 2004). Dotazník TSK-HC byl dostupný pouze ve španělštině a druhým nedostatkem je chybějící koncepční model, na kterém by byl TSK-11 vystavěn (Lundberg et al. 2011). Dotazník FABT³⁸ o 10 položkách, ověřených psychometrických vlastnostech (i když rozsáhlé testování chybí (Moran et al. 2017)), založený na FA modelu a měřící FA přesvědčení zdravotníků se stal konečnou volbou. Linton et al. (2002) volil jeho otázky tak, aby reflektovaly postoje o vztazích mezi aktivitou, bolestí a poraněními u nespecifické bolesti zad. Takovou bolestí rozumí bolest zad bez red flags. Čtyři otázky (č. 1, 13, 7, 14), hodnotící praktické chování terapeutů, jsme v našem testování vyřadili, protože právě na tuto oblast detailněji cílila námi připravená třetí část dotazníku. Proto nesouhlasí čísla otázek v původní plné (14položkové)³⁹ verzi s naší FABT-CZ (10položkovou)⁴⁰ verzí.

Překlad do češtiny probíhal syntézou dvou nezávislých verzí, která byla ověřena zpětným překladem do angličtiny a konzultací případných odchylek. Srozumitelnost a validitu české verze jsme pilotně otestovali a následně upravili. Důležitou poznámkou je, že v české verzi je o jednu reverzní otázku víc. V původní plné verzi otázka č. 8., v naší 10položkové je pod číslem 6.

Druhá část online dotazníku byla, stejně jako v původní verzi, uvedena instrukcemi o tom, že následující otázky (FABT) se týkají běžných bolestí zad a nikoli specifických organických poruch. Každou otázku respondenti hodnotili na škále o šesti stupních od „vůbec nesouhlasím“ (= 1) po „zcela souhlasím“ (= 6). Škála byla reverzně převedena u otázek (našeho dotazníku) č. 4, 5, 6, 8, 9. Minimum je 10 bodů a maximum 60. Čím nižší skóre jedinec dosáhne, tím vyšší míru FA přesvědčení vykazuje.

Linton et al. (2002) hodnotil průměr pro každou otázku dotazníku FABT pro dvě skupiny (fyzioterapeuty/ky a lékaře/ky). Dále pak rozdělením škály na dvě poloviny (1-3 jako „nesouhlasím“ s tvrzením a 4-6 „souhlasím“) hodnotil procentuální souhlas a nesouhlas

³⁸ Ve studii na Novém Zélandě využili dva nástroje HC-PAIRS a FABT a u skóre FABT byla nalezena o něco vyšší asociace s terapeutickými doporučeními zdravotníků (Cross et al. 2014).

³⁹ Anglické původní znění v *Příloha 4 - Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT)*, (Linton et al. 2002)

⁴⁰ Součást *Příloha 6 - Celý dotazník (1. demografické údaje, 2.část FABT-CZ, 3.část non-adherence)*

s danou otázkou. V této práci, ale hodnotíme procentuální rozložení odpovědí (šest možností škály) u každé otázky a průměrné hodnocení u fyzioterapeutů/ek a lékařů/ek.

7.3 Non-adherence (3. část)

Třetí, a tedy poslední část dotazníku si klade za cíl zjistit, jaké intervence a edukační formulace zdravotníci volí při léčbě pacientů s nespecifickou LBP a nakolik jsou tyto ve shodě se současnými guidelines. Pro zhodnocení přístupu k pacientům s LBP ve velké skupině zdravotníků jsme zvolili kazuistiku.

Kazuistiky jsou validní a komprehenzivní metodou přímo orientovanou na péči prováděnou v aktuální klinické praxi. Je to levná metoda, jak hodnotit kvalitu péče u větší skupiny terapeutů a jak zjistit jejich adherenci ke guidelines (Peabody et al. 2000; Rutten et al. 2006). Práce s kazuistikami je jednoduchá, umožňuje snížit dopad sociálního tlaku, zaujatost pozorovatele a Hawthornův efekt⁴¹. Drobnou nevýhodou je, že na jejich základě se dají získat spíše data o postojích a názorech než o aktuálním chování zdravotníků v reálných situacích (Darlow et al. 2012).

Třetí část dotazníku uvozuje autory vytvořená kazuistika⁴² smyšleného pacienta M. A., který přichází k fyzioterapeutovi/lékaři pro 3 týdny trvající bolesti zad, které vypukly po zvedání těžkého břemene při malování. Následně je popsána jeho anamnéza, popis jeho momentálních obtíží, základní fyzikální a neurologické vyšetření takovým způsobem, aby nevyvolávala suspekci závažných příčin nebo specifické patologie. Při formulaci kazuistiky jsme se inspirovali dánskou studií zabývající se adherencí fyzioterapeutů ke guidelines (Husted et al. 2020), prací ze Spojeného království, která se zabývá postoji a přesvědčeními zdravotníků u pacientů s LBP (Bishop et al. 2008), kanadskou studií o přístupu fyzioterapeutů k LBP (Li a Bombardier 2001) a osobní zkušeností s pacienty. Otázky navazující na kazuistiku cílí na diagnostiku, terapii a edukaci u pacienta M. A. Jejich přesné znění najdete v ***Příloha 6 - Celý dotazník (1. demografické údaje, 2.část FABT-CZ, 3.část non-adherence)***

Z diagnostiky jsme se respondentů ptali, jestli považují za potřebné pacienta M. A. dále vyšetřit/nechat vyšetřit zobrazovacími metodami.

Do obou oblastí (diagnostiky a terapie) spadá otázka č. 6, která nabízí pět možností, jak pracovat s psychosociálními faktory při terapii pacienta M. A. Naším cílem je zjistit, nakolik

⁴¹ efekt zvýšené pozornosti při výzkumu (Kenton 2020)

⁴² Celou kazuistiku naleznete v příloze 6.

lékaři, a především fyzioterapeuti/ky tyto faktory cíleně zjišťují či jestli se vůbec považují za kompetentní se těmito faktory zabývat.

Otázky (č. 2, 3, 8) se týkají **terapie**. Otázka č. 2 se ptá obecně, jestli „*Existuje podle Vás (na základě Vaší zkušenosti a zároveň dostupné evidence) pro pacienta M.A. nějaká konkrétní nejlepší možná forma aktivní pohybové terapie?*“ Varianty odpovědi jsme nastavili buď *Neexistuje* nebo takovou formu terapie popsat vlastními slovy. Otázka č. 3 nabízí pět výroků o využití manuálních technik při terapii pacienta M. A. Zdravotník může zvolit jen jednu z nich. Otázka č. 8 zahrnuje výčet intervencí, některé z nich je možné zařadit buď jako odpovídající nebo naopak odporující doporučením NICE guidelines, zbylé mají jen doplňkovou informační hodnotu a nejsou započítány do skóre non-adherence.

V otázkách č. 4 a 5 jsme zjišťovali, jaké formulace by zdravotníci volili při **edukaci** pacienta M. A. v oblasti pracovní neschopnosti (č. 4) a provádění obvyklých aktivit (č. 5). Při tvorbě možností jsme se inspirovali stejnými studiemi jako při tvorbě kazuistiky: (Bishop et al. 2008; Husted et al. 2020; Evans et al. 2010). Otázka č. 7 zahrnuje formulace o podstatě, prognóze a souvislostech s mírou a způsobem provádění pohybu a aktivit. Tyto výroky převážně kopírují doporučené a naopak nedoporučené formulace dle australských guidelines (NSW 2016).

I tato část dotazníku prošla pilotním testováním, díky kterému jsme upravili objevené nedostatky.

7.3.1 Hodnocení non-adherence (3. část)

Při hodnocení 3. části dotazníku jsme vycházeli především z britských NICE guidelines a v případě málo konkrétně formulovaného doporučení z dalších guidelines (nizozemských⁴³, dánských⁴⁴, australských⁴⁵ a belgických⁴⁶) a přehledu patnácti guidelines od Oliveira et al. (2018). Každá odpověď, která nebyla v souladu s doporučeními, byla hodnocena jedním bodem. Celkové „skóre non-adherence“ se pohybuje v rozmezí 0-25 bodů.

⁴³ *Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with low back pain* (KNGF) - (Staal et al. 2013)

⁴⁴ *National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy* - (Stochkendahl et al. 2018)

⁴⁵ *Management of people with acute low back pain: model of care.* - (NSW 2016)

⁴⁶ *Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)* - (Wambeke et al. 2017)

7.3.1.1.1 Další vyšetření

1) Při diagnostice M. A. bych odeslal/a nebo požádal/a lékaře o odeslání na pomocná vyšetření:	
Odpovědi: (volba více možností byla možná)	Guidelines podklad:
RTG, MRI, USG, EMG, Krevní obraz ⁴⁷	Podle NICE guidelines (2016) nemá být rutinně využíváno zobrazovacích metod na základní úrovni zdravotní péče (nespecializované). Uvažovat (<i>consider</i>) o jejich využití se má ve specializovaných pracovištích (např. muskuloskeletální kliniky nebo nemocnice) pokud by jejich výsledky pravděpodobně změnil průběh (<i>management</i>) terapie, a nikoli z důvodu diagnostické nejistoty.
Neposlal/a bych ho na žádná z výše uvedených	15/15 guidelines potvrzuje úzus neprovádět rutinně zobrazovací metody. 58 % guidelines doporučuje využít zobrazovacích metod v případě přítomnosti red flags (např. kanadské CCGI), 42 % v případě, že by výsledek změnil způsob terapie a 17 % ve chvíli, kdy bolesti trvají déle než 4 nebo 6 týdnů (Oliveira et al. 2018).
Jiné (vlastní zápis)	Odpovědi byly roztříděny a ty obsahem se shodující s „Neposlal/a bych ho...“ byly uznány za odpovídající doporučením.

⁴⁷ Krevní obraz nepatří do kategorie zobrazovacích metod, a tak by neměl být hodnocen jako špatná odpověď. Vzhledem k sesbíraným datům, kde každý, kdo zvolil krevní obraz zvolil také jinou zobrazovací metodu není potřeba oddělovat.

7.3.1.2 Nejlepší typ pohybové terapie

<i>2) Existuje podle Vás (na základě Vaší zkušenosti a zároveň dostupné evidence) pro pacienta M. A. nějaký nejlepší možný typ pohybové terapie nebo cvičení? Prosím popište který:</i>	
Otázka byla hodnocena jen deskriptivně a nebyla zahrnuta do bodování non-adherence kvůli nejednoznačnému zařazení mnohých odpovědí.	
<i>Neexistuje</i>	<i>Jiné (vlastní zápis)</i>

Guidelines podklad: V rámci neinvazivních postupů NICE guidelines (2016) doporučují self-management a cvičení. Self-management zahrnuje rady a informace o podstatě LBP a radikulární bolesti a doporučení pokračovat s normálními aktivitami. NICE tým zahrnuje do self-managementu také nesupervidované cvičení a pohybovou aktivitu. Není zde řeč o žádném nejlepším možném způsobu pohybu. Z oblasti cvičení se má uvažovat (*consider*) o skupinových programech – na biomechanickém podkladě, aerobního cvičení, mind-body cvičení⁴⁸ nebo jejich kombinaci a při výběru je potřeba dbát na specifické potřeby, preference a schopnosti pacienta.

Pro terapii akutních LBP jsou doporučení guidelines nekonsistentní, ale všeobecně neupřednostňují jeden přístup před jinými (Oliveira et al. 2018). Evropské guidelines informují, že není konsistentní evidence o doporučené intenzitě cvičení nebo nějakého specifického typu (Burton et al. 2006).

7.3.1.3 Manuální terapie

<i>3) Manuální terapii bych u M. A. nabídl/a (nebo doporučil/a) v souladu s tvrzením:</i>	
Odpovědi:	Guidelines podklad:
<i>a. Manuální techniky jsou vhodné i jako samostatná intervence.</i>	NICE guidelines (2016) doporučují uvažovat o manuální terapii (spinální manipulaci, mobilizacích a měkkých technikách), ale jen jako součást léčebného balíčku zahrnujícího cvičení.
<i>b. Manuální techniky je vhodné využívat, dokud se nesníží bolest natolik, aby mohla začít aktivní terapie.</i>	Viz a.

⁴⁸ kombinuje fyzické, mentální a spirituální zaměření, např. Jóga, Tai Chi (NICE 2016)

<i>c. Manuální techniky je možné nabídnout pouze jakou součástí léčby spolu s aktivním cvičením.</i>	Viz. a.
<i>d. Jakékoliv manuální techniky jsou nevhodné.</i>	NICE guidelines (2016) doporučují uvažovat o manuální terapii.
<i>e. Manuální techniky by měly být využívány vždy, dokud bolest neodezní.</i>	NICE (2016) nedoporučují manuální terapii jako povinnou komponentu léčebného balíčku.

7.3.1.4 Edukace ohledně práce

<i>4) Pokud by se M. A. ptal na pracovní neschopnost, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a:</i>	
Odpovědi:	Guidelines podklad:
<i>a. Řekl/a bych: Ideální je zůstat v práci tak, jak jste byl zvyklý.</i>	NICE (2016) doporučují podporovat a facilitovat návrat k práci. Tato doporučení jsou také v souladu se studií hodnotící adherence k dánským guidelines (Husted et al. 2020; Stochkendahl et al. 2018).
<i>b. Řekl/a bych: Dobrý nápad je zůstat v práci, ale bývá vhodné upravit si částečně pracovní náplň nebo pracovat méně hodin v kuse.</i>	
<i>c. Řekl/a bych: Pracovní neschopnost by měla trvat co nejkratší čas, ale není dobré vracet se do práce, dokud se bolest alespoň trochu nezlepší.</i>	Čekat na zlepšení bolestí nebo dokonce jejich vymizení bylo hodnoceno jako nesprávná odpověď při testování adherence k základním bodům dánských guidelines (Husted et al. 2020; Stochkendahl et al. 2018).
<i>d. Řekl/a bych: Do práce byste se měl vrátit až když bolest odezní.</i>	
<i>e. Řekl/a bych: Pracovní neschopnost není vhodné řešení, pokud trvá více než pár týdnů.</i>	Vyhnout se klidu na lůžku doporučuje 11/12 guidelines (Oliveira et al. 2018). Nizozemské guidelines radí: nejlépe nedoporučovat souvislý klid na lůžku, ale pokud je to jediný způsob, jak pacient může regulovat bolest doporučené maximum je 2 dny. Pokračování v práci podporuje uzdravu (Staal et al. 2013).
<i>f. Pokud by se mě M.A. cíleně nezeptal, tomuto tématu bych se nevěnoval/a.</i>	Viz a.

7.3.1.5 Edukace ohledně obvyklých aktivit

5) Pokud by se M. A. ptal, jak má přistupovat ke svým obvyklým aktivitám, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a:	
Odpovědi:	Guidelines podklad:
a. Řekl/a bych: Omezte obvyklé aktivity, dokud bolest neodezní.	NICE (2016) doporučují podporovat a facilitovat návrat k normálním aktivitám. Rada udržet si běžné aktivity je součástí 12/14 guidelines (Oliveira et al. 2018).
b. Řekl/a bych: V obvyklých aktivitách pokračujte až se bolesti alespoň trochu zmírní.	Zůstat aktivní tzn. udržet si běžnou míru denních aktivit zahrnujících práci navzdory bolesti. Takové doporučení má být podle dánských guidelines podáváno individuálně v dialogu s pacientem a zahrnovat i informace o benefitech aktivit (potenciální škodlivost neaktivity, nepřerušená participace v práci, stupňovitě zvyšovaná míra aktivity) (Stochkendahl et al. 2018).
c. Řekl/a bych: Omezte ty obvyklé aktivity, u kterých cítíte bolest, ale v ostatních pokračujte.	Australské guidelines dodávají, že se pacient nemá nechat řídit primárně jen bolestí (NSW 2016).
d. Řekl/a bych: Pokračujte v obvyklých aktivitách podle tolerance, ale měl byste jejich míru postupně zvyšovat.	- Viz a. - Podle dánských doporučení je dvojznačné, pokud pacientovi radíme, aby zůstal aktivní v rámci tolerance. Takové tvrzení může indukovat FA přesvědčení a přispívat k omezení aktivit (Husted et al. 2020; Stochkendahl et al. 2018). - Mírná a postupně se zvyšující míra aktivit a cvičení podporují úzdravu (Staal et al. 2013). Zvyšování aktivit je vhodné definovat podle času a nikoli podle míry bolesti (Ostelo et al. 2003).

<i>e. Řekl/a bych: Pokračujte v obvyklých aktivitách tak, jako obvykle.</i>	Viz. a
<i>f. Pokud by se mě M.A. cíleně nezeptal, tomuto tématu bych se nevěnoval/a.</i>	Viz a.

7.3.1.6 Psychosociální faktory

<i>6) Jak byste v diagnostice a terapii pacienta M. A. osobně pracoval/a s psychosociálními faktory?</i>	
Odpovědi:	Guidelines podklad:
<i>a. Psychosociálním faktorům by se měl věnovat jen psycholog nebo psychoterapeut.</i>	- Viz d., e. - Myslet si, že terapeut nemá dovednosti
<i>b. Nevím přesně co psychosociální faktory jsou anebo se necítím kompetentní se jim cíleně věnovat.</i>	hodnotit pacientovi psychosociální faktory není v souladu s guidelines, protože ty doporučují screenovat psychosociální faktory u každého pacienta (Husted et al. 2020).
<i>c. Tyto faktory vnímám "mezi řádky", ale cíleně bych se jim nevěnoval.</i>	Psychosociální faktory jsou součástí STart Back dotazníku, který NICE (2016)
<i>d. S pacientem bych je cíleně a otevřeně probral, pokud by do několika týdnů nedošlo ke zlepšení.</i>	doporučuje před každou novou epizodou, aby se odlišili pacienti s jednoduchým a rychlým průběhem od těch s vyšším rizikem slabých výsledků. Z přehledu vyplývá, že 12/15
<i>e. Během prvních setkání bych se cíleně ptal/a na psychosociální faktory (nebo je hodnotil/a dotazníky).</i>	guidelines doporučují hodnocení psychosociálních faktorů nebo yellow flags (Oliveira et al. 2018). Podle dánských guidelines je třeba ptát se na psychosociální faktory během odebírání anamnézy nebo pro tyto účely využívat dotazníky (v souladu) nebo alespoň by si měl být fyzioterapeut těchto faktorů vědomý, když má čas jen na fyzikální vyšetření (částečně v souladu) (Husted et al. 2020).

7.3.1.7 Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách

Tvrzení (a., e., f., g., h.) se týkají především aktivit. Tvrzení b. se týká prognózy. Tvrzení (c., d. i., j.) se týkají především podstaty LBP. Nejen NICE (2016) doporučuje podávat informace a rady týkající se podstaty bolestí zad.

7) <i>Během rozhovoru s M. A. bych z nabízených formulací považoval/a za vhodné:</i>	
Možnosti: <i>Vhodné a využil/a bych</i> nebo <i>Nevhodné a nevyužil/a bych</i> . Jako non-adherentní doporučení byly hodnoceny odpovědi <i>Nevhodné a nevyužil/a bych</i> u tvrzení b., d., e., f., i, (-) a <i>Vhodné a využil/a bych</i> u tvrzení: a., c., g., h., j (+).	
Odpovědi:	Guidelines podklady:
a) <i>"Odborně navržené a individualizované cvičení je v této akutní fázi důležitější než jen pouhý návrat k Vaším obvyklým aktivitám."</i> (+) pokud zvolili „ <i>Vhodné a využil/a bych</i> “ = hodnoceno jako non-adherence	Šest ze šesti guidelines se shoduje, že pro mnoho pacientů by byla dostačující edukace o benigní podstatě LBP, potřebě zůstat aktivní a ujištění o absenci závažné patologie (Traeger et al. 2019). Z ekonomického pohledu není evidence o klinickém benefitu individuálních terapií v porovnání s běžnou péčí nebo skupinovým cvičením. Ve výsledných doporučeních není individuální cvičení zmíněno, ale skupinové cvičení je doporučeno (NICE 2016). Guidelines nekonzistentně doporučují jak individuální cvičební programy, domácí cvičení pod dohledem tak skupinová cvičení (Oliveira et al. 2018). Australské guidelines dokonce zmiňují, že v akutní fázi LBP může strukturovaný cvičební program oddálit zotavení.
b) <i>"Často se bolesti zad, jako jsou ty Vaše, během několika týdnů i spontánně upravují a nemívají následky – i když se mohou opakovat a u menšího procenta lidí být dlouhodobější."</i>	Epizody nespecifické LBP jsou obvykle přechodné a rychle se lepší, většina případů se vyřeší na úrovni základní péče (NICE 2016). Nespecifická LBP během života potká velkou část populace (Hoy et al. 2014). LBP není závažný stav, často se vyřeší spontánně,

<p>(-) pokud zvolili „<i>Nevhodné a nevyžil/a bych</i>“ = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>ale může se také vracet (Staal et al. 2013). Australské guidelines nabádají k ujišťování pacientů, že ve většině případů bolest zad neznamena závažnou poruchu a nevedou k dlouhodobé disabilitě (NSW 2016).</p>
<p>c) <i>“Takováto bolest může ukazovat i na poranění meziobratlové ploténky, což může být způsobeno nadměrnou zátěží.”</i></p> <p>(+) pokud zvolili „<i>Vhodné a využil/a bych</i>“ = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Tvrzení navozuje obavy ze strukturální příčiny, a odkazuje na rizika plynoucí ze zátěže. Většina bolestí nesouvisí se strukturálními poruchami tkání (Staal et al. 2013). Zobrazovací nálezy strukturálních změn jsou běžné i u lidí bez bolestí (Hartvigsen et al. 2018). Vznik bolestí z mechanického stresu páteře při fyzické námaze (<i>“cumulative injury model“</i>) vyjadřující zranitelnost páteře a navrhující redukci vyvolávajících aktivit, nebyl vědecky ověřen (Kumar 1994; Rainville et al. 2011; O’Keeffe et al. 2019). Tvrzení posílí v pacientovi biomechanický model vzniku bolestí.</p> <p>Australské guidelines zrazují od užívání slovníku, kterým podporujeme představu o strukturálním poruše tzn. např. termínů jako jsou zranění, diskogenní problém, degenerace nebo opotřebení (<i>„Avoid labelling as injury, disc trouble, degeneration or wear and tear.“</i>) (NSW 2016).</p>
<p>d) <i>“Vyšetření neukazuje na to, že jsou Vaše bolesti zad způsobené závažnou příčinou nebo že jsou záda poškozená. Je zřejmé ale jejich podráždění, které je našťastí relativně obvyklé a normální.”</i></p>	<p>Tvrzení uklidňuje a ujišťuje o dobré prognóze. Většina guidelines doporučuje ujištění pacienta, že nespecifická LBP není závažná porucha a má dobrou prognózu (Oliveira et al. 2018).</p>

<p>(-) pokud zvolili „<i>Nevhodné a nevyužil/a bych</i>“ = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Australské guidelines doporučují ujistit pacienta a vysvětlit, že bolest zad je ve většině případů nezávažný symptom, radí nepodporovat negativní vyhlídky a využívat např. věty: „Změny na zobrazovacích metodách jsou běžné, stejně jako jsou běžné šedé vlasy.“ („<i>Your scan changes are normal, like grey hair</i>“) a „Bolest neznámá, že se jedná o poškození – vaše záda jsou jen citlivá“. („<i>The pain does not mean you are undergoing damage – your back is sensitive</i>“ (NSW 2016).</p>
<p>e) „<i>Bolest při běžném pohybu neznámá, že si ubližujete – pohyb naopak dělá záda zdravějšími.</i>“</p> <p>(-) pokud zvolili „<i>Nevhodné a nevyužil/a bych</i>“ = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Věty jako „Vaše záda se pohybem posilují.“ („<i>Your back gets stronger with movement</i>“) a „<i>Motion is lotion</i>“ doporučují využít australské guidelines. Během návratu k aktivitám může pacient pociťovat ztuhlost svalů a bolest, které se právě inaktivitou, nedostatkem spánku, stresem, obavami a špatnou náladou zhoršují. Australské guidelines nabízejí paralelu se „zvrtnutým kotníkem“, který po rozhýbání taktéž méně bolí a postupně stupňovaný návrat k běžným aktivitám napomáhá rekonvalescenci (NSW 2016).</p>
<p>f) „<i>Není tolik důležité, jak se nyní přesně hýbete nebo která cvičení a aktivity děláte – důležité je zejména jejich postupné zvyšování a návrat k běžnému životu.</i>“</p> <p>(-) pokud zvolili „<i>Nevhodné a nevyužil/a bych</i>“ = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Návrat k aktivitám, či zůstat aktivní bylo již předmětem zdůvodnění správných odpovědí u otázky č. 5 (a, d).</p> <p>Páteř není nutné chránit a omezovat běžné pohyby (O’Keefe et al. 2019).</p>

<p>g) <i>“Měl byste omezit a dávat si pozor při ohýbání nebo zvedání těžkých břemen s ohnutými zády.”</i></p> <p>(+) pokud zvolili <i>„Vhodné a využil/a bych“</i> = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Tato tvrzení podporují u pacienta v akutní fázi strach z pohybu a přesvědčení o strukturálním poškození zad, takových by se měl terapeut vyvarovat. Zdravotník by svými vyjádřeními neměl podpořit přesvědčení, že bolest se rovná poškození (NSW 2016).</p>
<p>h) <i>“Měl byste si od teď kvůli zádům dávat větší pozor na kvalitu pohybu a míru zátěže.”</i></p> <p>(+) pokud zvolili <i>„Vhodné a využil/a bych“</i> = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Běžné fyzické aktivity nepoškodí strukturu pacientových zad při nespecifické LBP (Staal et al. 2013).</p>
<p>i) <i>“Bolest zad a jejich podráždění souvisí s celkovým zdravím. Ovlivňuje ho například kouření, spánek, nedostatek pohybu, strava, stres, případné nemoci aj...”</i></p> <p>(-) pokud zvolili <i>„Nevhodné a nevyužil/a bych“</i> = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Tvrzení odkazuje na multifaktoriální souvislosti s celkovým zdravím, jak je popisuje bio-psycho-sociální model. Životní styl (který je ovlivňován i psychosociálními faktory) a jiné chronické obtíže (komorbidity) vedoucí k oslabenému zdraví jsou asociovány s častějším výskytem epizod LBP (Hartvigsen et al. 2018).</p> <p>Australské guidelines radí využít věty: <i>„Dobře spát, cvičit, jíst zdravě a omezit kouření by vašim zádům také pomohlo.“</i> (<i>„Sleeping well, exercise, a healthy diet and cutting down on smoking will help your back as well“</i>.)</p>
<p>j) <i>“Nevhodné pohybové stereotypy nebo držení těla mohou mít nepříznivý vliv na strukturu zad, což se může projevit bolestí nebo jejím zhoršením.”</i></p> <p>(+) pokud zvolili <i>„Vhodné a využil/a bych“</i> = hodnoceno jako non-adherence</p>	<p>Zdravotník se má vyvarovat vět, které vyvolávají strach např.: <i>„Musíte být opatrný.“</i>, <i>„Vaše záda jsou slabá.“</i>, <i>„Měl byste se vyvarovat ohýbání a zvedání.“</i> (<i>„You have to be careful/take it easy from now on“</i>, <i>„Your back is weak“</i>, <i>„You should avoid bending/lifting“</i>).</p> <p>Není přesvědčivá evidence o pozitivním vlivu specifického zaměření na pracovní</p>

	<p>zdraví (včetně ergonomických intervencí) (NICE 2016).</p> <p>NICE update vyřadil školu zad z terapeutických intervencí, protože ji považuje za zastaralou a již nepoužívanou. V Belgii je tento typ intervence stále součástí managementu LBP, avšak nutno dodat, že jejich charakter se proměnil směrem k multidisciplinárnímu přístupu (Wambeke et al. 2017).</p>
--	--

7.3.1.8 Vybrané intervence

<p>8) Z následujících intervencí bych kdykoliv v průběhu léčby M. A. nabídl/a (vč. odeslání k příslušnému specialistovi):</p>	
<p>Možnosti: ANO, NE</p> <p>Non-adherenci odpovídají odpovědi NE u intervence f), g), k) zatímco ANO u intervencí a), b), d), h), j), l). Intervence c), e), i), m), n) nebyly součástí hodnocení non-adherence (označeny *). Byly hodnoceny jen deskriptivně.</p>	
<p>Odpovědi:</p>	
<p>a) Akupunktura ANO</p>	<p>Akupunktura nemá být podle NICE (2016) nabízena jako možnost terapie. Doporučení jednotlivých guidelines jsou v tomto ohledu nekonsistentní (Oliveira et al. 2018). NICE akupunkturu nezařazuje z důvodu nedostatečného efektu v porovnání s placebo/sham akupunkturou a efekt hodnotí jako klinicky nesignifikantní.</p>
<p>b) Trakce (trakční stůl, závaží, přístrojové) ANO</p>	<p>NICE (2016) nedoporučují nabízet trakce.</p>
<p>c) Využití psychologických přístupů*</p>	<p>NICE (2016) doporučují uvažovat o využití psychologických terapií – např. kognitivně behaviorální přístup, avšak jen jako součást léčebného balíčku zahrnujícího cvičení.</p>

d) <i>Bederní pás</i> <i>ANO</i>	NICE (2016) nedoporučují nabízet bederní pásy a korzety.
e) <i>Skupinové cvičení*</i>	NICE (2016) doporučují uvažovat o skupinových cvičeních. Z ekonomického pohledu není evidence o klinickém benefitu individuálních terapií v porovnání s běžnou péčí nebo skupinovým cvičením.
f) <i>Edukace o podstatě bolesti zad</i> <i>NE</i>	Nejen NICE (2016) doporučuje podávat informace a rady týkající se podstaty bolesti zad.
g) <i>Edukace o všeobecné prognóze podobných bolestí zad</i> <i>NE</i>	Rady a informace přiléhavé pacientovi a jeho schopnostem mohou pomoci k samostatnému zvládnutí jeho LBP (NICE 2016) Dánské guidelines doporučují v rámci managementu LBP informovat o prognóze (Stochkendahl et al. 2018).
h) <i>Vložky do bot</i> <i>ANO</i>	NICE (2016) doporučují nenabízet vložky do bot.
i) <i>Nácvik a edukace o samostatném domácím cvičení*</i>	NICE (2016) se nezmiňují specificky o samostatném domácím cvičení, protože je zahrnují pod mnohem širší pojem self-management, který je velmi důležitou součástí doporučení a zahrnuje podání rad a informací pacientovi vzhledem k jeho potřebám a schopnostem, tak aby samostatně zvládl všechny kroky terapie.
j) <i>Elektroterapie</i> <i>ANO</i>	NICE (2016) doporučují nenabízet ultrazvuk, perkutánní elektrickou stimulaci nervů (PENS), transkutánní elektrickou stimulaci (TENS) a interferenční terapii. Nepopisují žádná vhodná doporučení týkající se elektroterapie.
k) <i>Snaha o snížení obav jedince s bolestí zad</i>	- viz i.

<p>NE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edukace založená na dialogu má nabízet podporu <i>self-efficacy</i> a ujištění, aby redukovala strach a obavy z nemoci (Stochkendahl et al. 2018). - Uklidnění jako terapeutický nástroj je podhodnocený a málo užívaný (Crombez et al. 2012). - Jako zdravotník mám pacienta ujistit a informovat ho o příčinách (obvykle benigní), poradit zůstat aktivní, přizpůsobit rady individuálním schopnostem a přesvědčením (Wambeke et al. 2017).
<p>l) <i>Obstřík (facetových kloubů nebo „spoušťových bodů“)</i> ANO</p>	<p>Podle NICE (2016) není využívání „spinálních injekcí“ doporučeno – ty dle NICE zahrnují právě obstřík facetových kloubů nebo spoušťových bodů.</p>
<p>m) <i>Individuální pohybová terapie s fyzioterapeutem*</i></p>	<p>NICE (2016) doporučuje skupinová cvičení, o efektu individuální terapie není zmínka. Podle belgických se má uvažovat o cvičebních programech (specifických nebo o kombinaci přístupů) (Wambeke et al. 2017).</p>
<p>n) <i>Analgetika*</i></p>	<p>Podle NICE (2016) má být zváženo využití NSAIDs, avšak za určitých okolností. Paracetamol nemá být užíván samostatně. Slabé opioidy je vhodné využít v případě, že NSAIDs nezabírají. Opioidy nemají být nabízeny rutinně u akutní LBP a vůbec u chronické LBP. Taktéž se nemají nabízet selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI⁴⁹), tricyklická antidepresiva, gabapentinoidy,</p>

⁴⁹ z anglického „selective serotonin reuptake inhibitors“

	antiepileptika, orální kortikosteroidy a benzodiazepiny Oliveira et al. (2018). ale upozorňuje, že i slabé opioidy mohou mít významná rizika a jejich efekt není podložený evidencí.
--	--

7.3.1.9 Prostor pro poznámky:

Tato otázka byla zařazena jako možnost vyjádření se k případné nesrovnalosti nebo doplnění chybějícího tématu. Tudiž také jako kontrola případně vzniklé chyby v otázkách.

7.4 Zpracování výsledků

Data z vyplněných dotazníků byla upravena a vytřížena v programu Microsoft Office Excel. Statisticky byla zpracována v programu Jamovi (ver. 1.6.23). Pro zjištění vlivu demografických údajů na míru FA (testováno FABT dotazníkem) byl využit zobecněný lineární model. Při testování vlivu demografických údajů a FABT skóre (nezávislé proměnné) na non-adherenci k současným guidelines (závislá proměnná) byl taktéž použit zobecněný lineární model. Pro využití tohoto modelu byla splněna podmínka normálního rozdělení reziduálů (u non-adherence i u FABT).

8 Výsledky

Počet oslovených zdravotníků není možné určit vzhledem ke způsobu šíření online dotazníku pomocí odkazu. Vyplněných dotazníků bylo 357. Po odstranění duplicitně odeslaných dotazníků a dotazníků se zásadními chybami (např. pokud věk nebyl uveden jako počet let celým číslem, ale nespécifickým rozmezím, nebo délka praxe číslovkou 0 apod.) jsme získali 344 odpovědí, které byly dále statisticky zpracovány.

8.1 Demografické údaje (1. část)

Tabulka 1 - Demografické údaje – základní

	Lékař/ky	Fyzioterapeuti/ky	Celkem
Muž	47 (13 %)	42 (12 %)	89 (25 %)
Žena	67 (19 %)	188 (55 %)	255 (74 %)
Celkem	114 (33 %)	230 (67 %)	344 (100 %)

Tabulka 2 - Demografické údaje – rozšířené

	Profese	Věk	Délka praxe ⁵⁰	Vnímaná odbornost ⁵¹	Frekvence praxe ⁵²
Průměr (SD)	Lékař/ky	48.6 (12.9)	21.4 (13.5)	4.18 (1.06)	4.46 (0.76)
	Fyzioterapeuti/ky	36.8 (9.37)	11.6 (8.84)	3.93 (0.88)	4.68 (0.64)
Mann-Whitney U	<i>p</i>	< .00001***	< .00001***	< .01*	0.003**

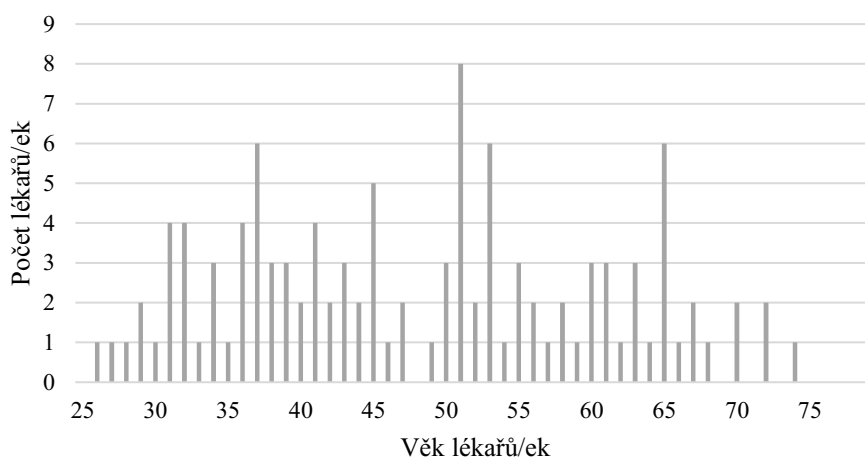
Jednotlivé položky jsou níže graficky znázorněny na *Obrázcích 6-15*.

⁵⁰ počet let

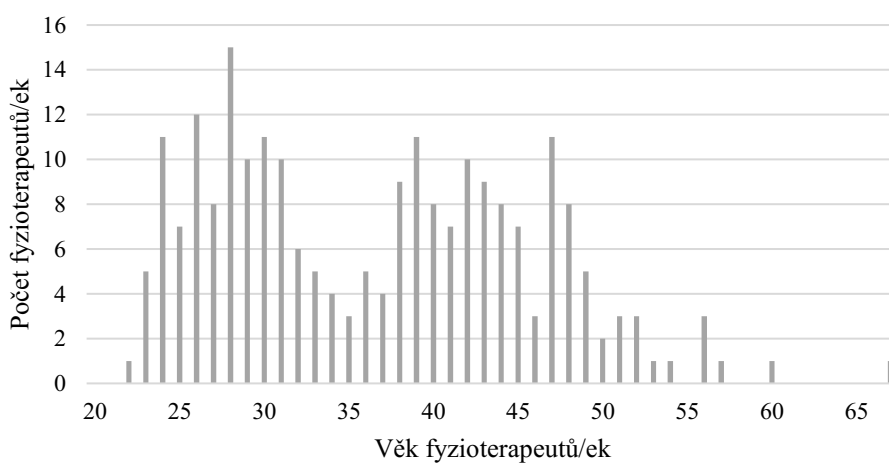
⁵¹ *Na kolik se cítíte odborníkem/odbornicí na bolesti zad?* - na škále 1 (mám pouze základní znalosti) až 6 (jsem expert).

⁵² *Jak často pracujete s jedinci s bolestí zad?* - k jednotlivým položkám výběru byly přiřazeny ordinální hodnoty: denně = 5, každý týden = 4, alespoň jednou za dva týdny = 3, alespoň jednou za měsíc = 2, méně než jednou za měsíc = 1.

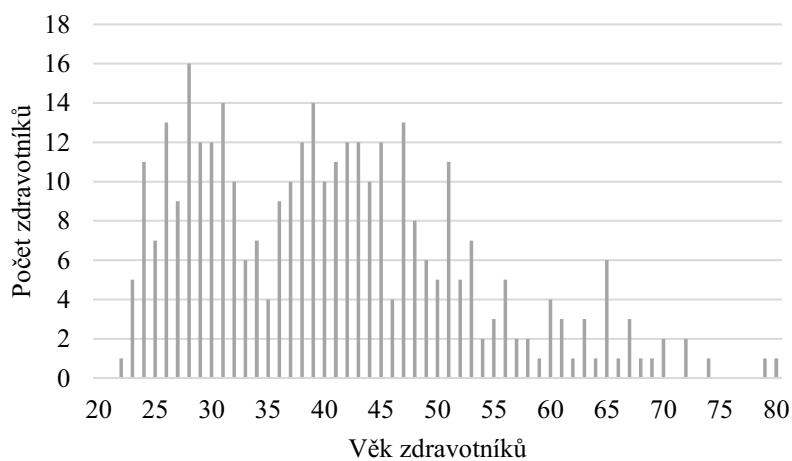
Obrázek 6 - Věk – lékaři/ky



Obrázek 7 - Věk – fyzioterapeuti/ky



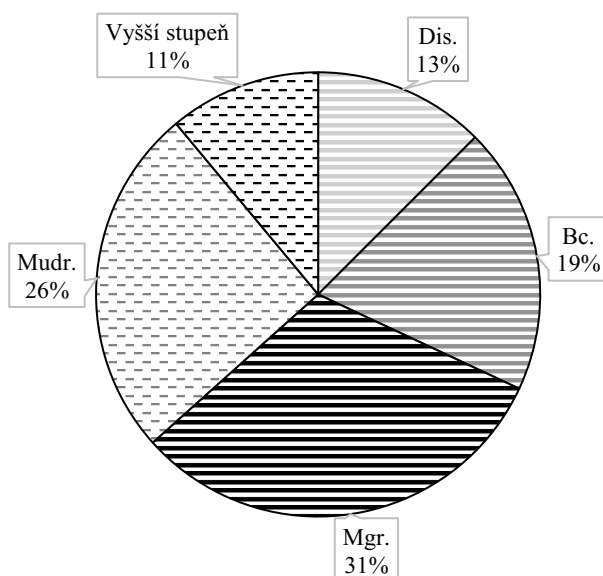
Obrázek 8 - Věk – zdravotníci



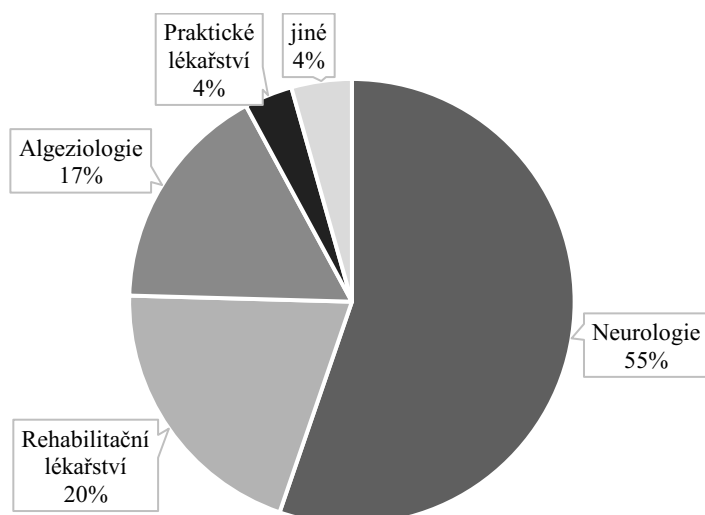
Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Profese	Titul	Počet
Fyzioterapeuti/ky (proužky)	Dis.	43
	Bc.	67
	Mgr.	108
Lékaři/ky (čerchované)	Mudr.	88
	Vyšší stupeň	38

Obrázek 14 - Nejvyšší dosažené vzdělání v procentech



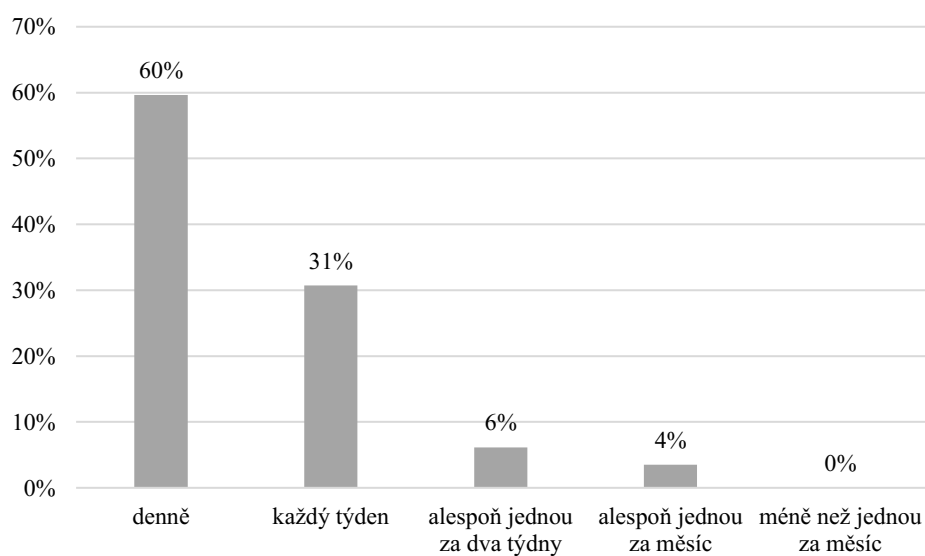
Obrázek 17 - Specializace lékařů



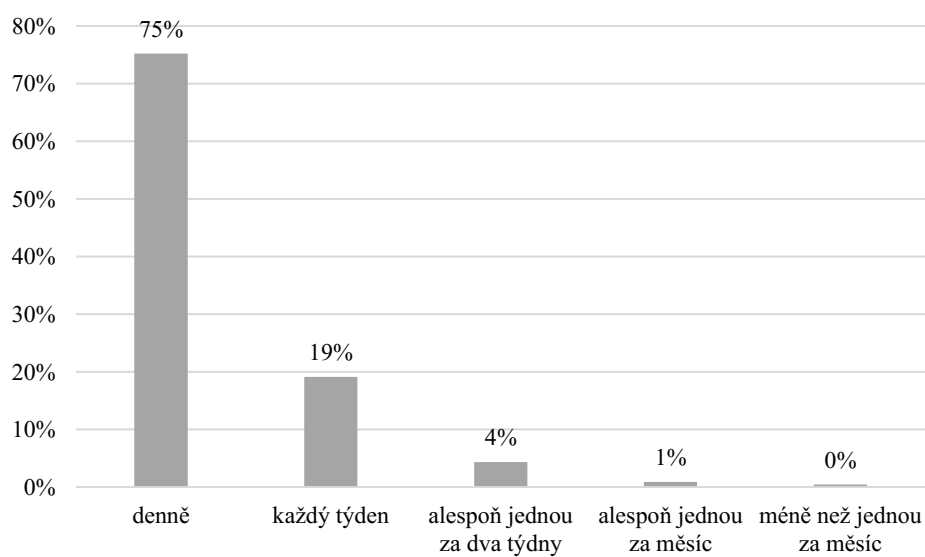
Tabulka 4 - Jak často pracujete s jedinci s bolestí zad?

Počet zdravotníků	Fyziio. + Lék.	Fyziio.	Lék.
denně	241	173	68
každý týden	79	44	35
alespoň jednou za dva týdny	17	10	7
alespoň jednou za měsíc	6	2	4
méně než jednou za měsíc	1	1	0

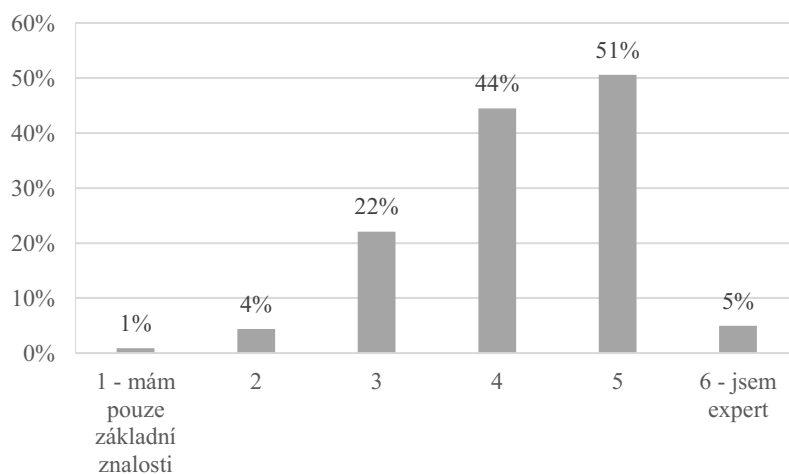
Obrázek 20 - Frekvence praxe – Lékaři/ky



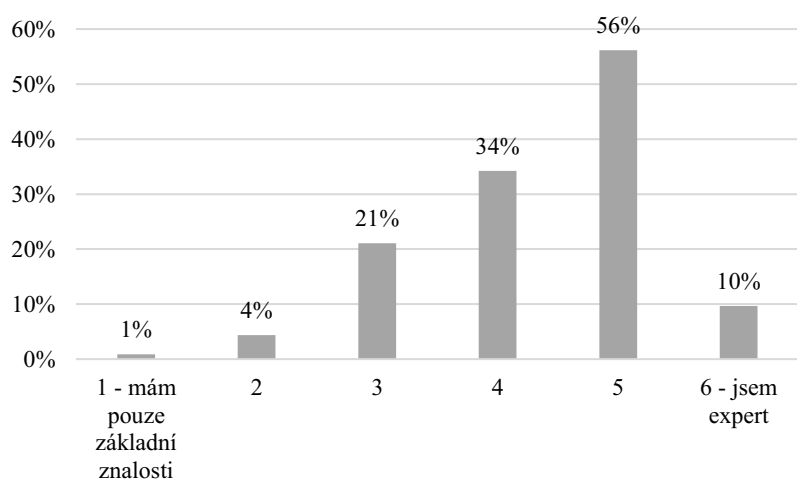
Obrázek 23 - Frekvence praxe – Fyzioterapeuti/ky



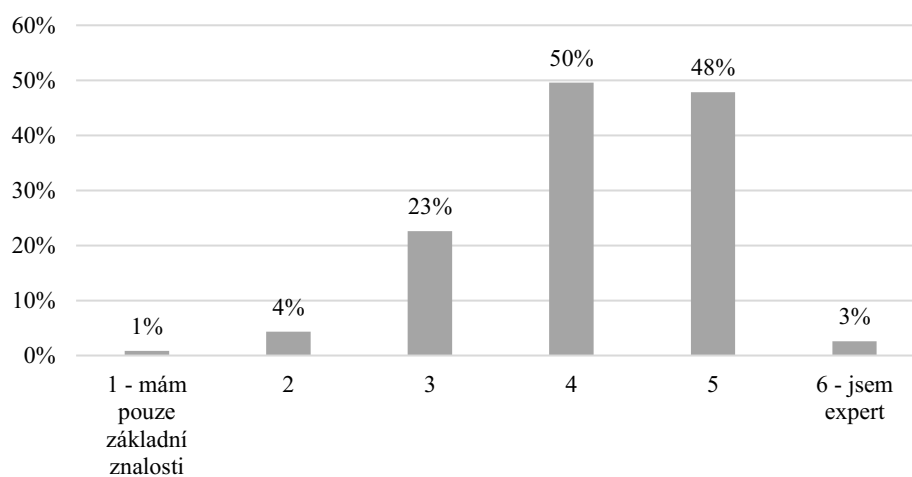
Obrázek 26 - Na kolik se cítíte odborníkem? - Zdravotníci



Obrázek 29 - Na kolik se cítíte odborníkem? - Lékaři/ky



Obrázek 32 - Na kolik se cítíte odborníkem? - Fyzioterapeuti/ky



8.2 Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT) (2. část)

Tabulka 5 - Průměrné hodnocení každé otázky FABT

1. Intenzita bolesti přímo souvisí s mírou poškození.
2. Snížení bolesti je podmínkou pro návrat k běžné práci.
3. Pokud si klient/pacient stěžuje během cvičení na bolest, obávám se, že by mu mohla ublížit.
4. Když má můj klient/pacient bolest zad, radím mu, aby pokračoval v obvyklých aktivitách i kdyby při nich pociťoval bolest.
5. Psychický stres může způsobit bolest zad i bez přítomnosti strukturálního poškození.
6. Klienti/pacienti s jednostrannou nebo těžkou prací by neměli pracovat, když mají bolesti.
7. Pokud pohyb zvyšuje bolest, radím svým klientům/pacientům, aby se mu vyhýbali.
8. Psychosociální faktory mohou způsobit bolest zad.
9. Léčbu mohu vnímat jako úspěšnou i pokud bolest dále přetrvává.
10. Bolest zad poukazuje na to, že je se zády něco závažného.

Průměr* - škála o šesti stupních od „vůbec nesouhlasím“ (= 1) po „zcela souhlasím“ (= 6). Čím nižší skóre jedinec dosáhne, tím vyšší míru FA přesvědčení vykazuje.

	Lékař/ky	Fyzioterapeuti/ky	Mann-Whitney U	Item-rest correlation	Cronbach's α při vyřazení
	Průměr* (SD)		P		
FABT_1	2.46 (1.08)	2.20 (1.06)	0.03*	0.304	0.56
FABT_2	4.32 (1.44)	4.41 (1.33)	0.76	0.251	0.57
FABT_3	3.36 (1.34)	3.30 (1.35)	0.87	0.36	0.54
FABT_4r	4.11 (1.49)	4.67 (1.27)	0.0008***	0.309	0.55
FABT_5r	1.5 (0.9)	1.25 (0.57)	0.006**	0.151	0.59
FABT_6r	4.25 (1.31)	4.5 (1.27)	0.06	0.344	0.54
FABT_7	3.83 (1.46)	3.77 (1.51)	0.77	0.196	0.59
FABT_8r	1.58 (1)	1.5 (0.76)	0.87	0.178	0.58
FABT_9r	3.32 (1.44)	3.58 (1.42)	0.09	0.286	0.56
FABT_10	2.25 (1.11)	2.17 (1.01)	0.57	0.298	0.256
					Cronbach's α=0.59

Označují míru statistické signifikance:

*** statisticky signifikantní ($p \leq 0.001$)

** statisticky signifikantní ($p \leq 0.01$)

* statisticky signifikantní ($p \leq 0.05$)

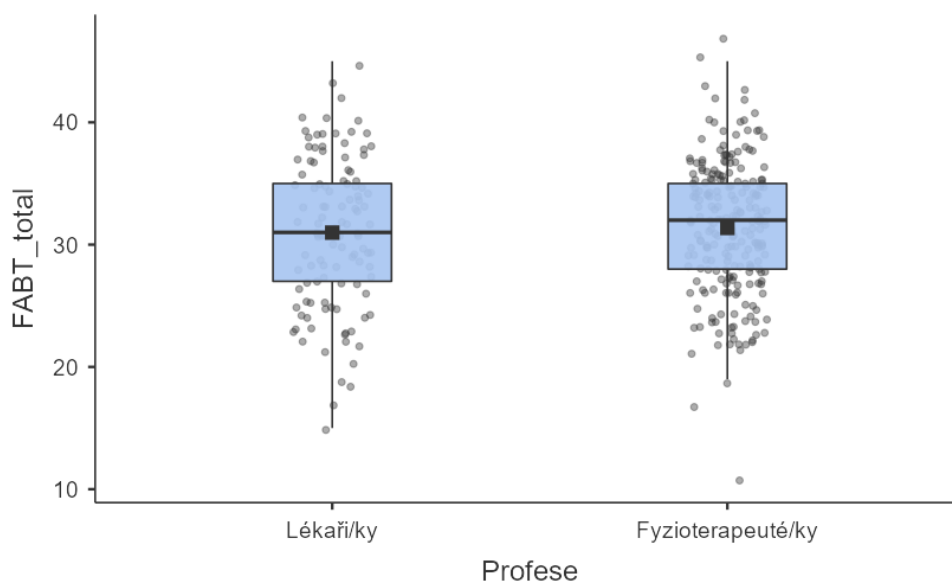
Na tabulce 5 je vidět průměrné skóre lékařů/ek a fyzioterapeutů/ek u každé jednotlivé otázky FABT. Statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami byl nalezen jen u otázky č. 1., 4. a 5. Grafy četnosti odpovědí pro každou otázku u jednotlivých profesí i dohromady jsou součástí přílohy: **Příloha - 3 FABT – Grafy rozložení četnosti odpovědí u jednotlivých otázek**

Tabulka 6 - Celkového skóre FABT u zdravotníků (10-60 bodů)

Profese	FABT_total Průměr (SD)
Lékař/ky	31.0 (6.14)
Fyzioterapeuti/ky	31.4 (5.40)

Průměrné hodnoty fyzioterapeutů/ek se pohybovaly o 0.4 bodu výše (vyšší míra FA přesvědčení) než u lékařů/ek.

Obrázek 35 - Rozložení celkového skóre FABT u lékařů/ek a fyzioterapeutů/ek



Tabulka 7 - Tabulka ukazuje vztah demografických údajů k celkovému skóre v dotazníku FABT

	R²			
Model fit	0.02			
Effect	Estimate	SE	z	p
(Intercept)	31.1025	0.4	85.498	< .00001
Žena - Muž	-0.22	0.7	-0.311	0.7
Délka praxe	0.07	0.03	2.479	0.01*
Vnímaná odbornost	-0.52	0.4	-1.483	0.1
Frekvence praxe	-0.11	0.5	-0.235	0.8
Fyzioterapeuti/ky - Lékař/ky	1.03	0.8	1.296	0.2
Žena - Muž * Fyzioterapeuti/ky - Lékař/ky	0.18	1.4	0.122	0.9

Označují míru statistické signifikance: *** statisticky signifikantní ($p \leq 0.001$)
 ** statisticky signifikantní ($p \leq 0.01$)
 * statisticky signifikantní ($p \leq 0.05$)

Statisticky signifikantní vztah k celkovému skóre FABT (tedy k míře FA přesvědčení) byl nalezen jen u délky praxe.

8.3 Non-adherence (3. část)

Tabulka 8 - Průměrné skóre 3.části (0-25 b.)

		Non-Adherence_total	Adherence %
Průměr (SD)	Lékaři/ky	11 (2.93)	56 %
	Fyzioterapeuti/ky	12 (3.26)	52 %

Naměřená adherence ke guidelines je jen něco přes 50 % u obou profesí. Lékaři/ky mají v průměru o 1 bod nižší míru non-adherence než fyzioterapeuti/ky. Jednotlivé otázky s jejich výsledky u o obou profesí budou popsány dále. Non-adherentní odpovědi jsou v tabulkách i grafech vždy zobrazeny bílou výplní. Odpovědi odpovídající guidelines (adherentní), jak byly představeny v části Metodologie jsou zobrazeny v šedém poli.

8.3.1 Další vyšetření

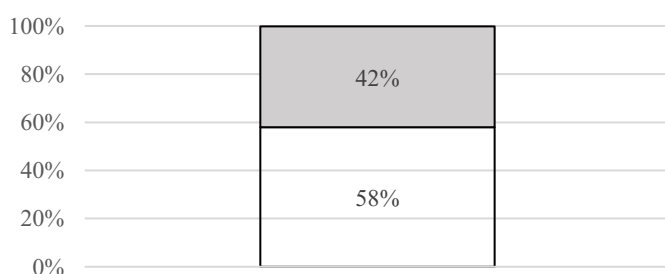
Tabulka 9 - Non-adherence – otázka 1.

1) Při diagnostice M. A. bych odeslal/a nebo požádal/a lékaře o odeslání na pomocná vyšetření:

1. Další vyšetření	Lék. ⁵³	Fyziio. ⁵⁴
RTG, MRI, CT, USG, EMG, Krevní obraz	64 %	55 %
Neposlal/a bych ho na žádná z výše uvedených	36 %	45 %

V otázce, kde jsme zjišťovali kolik zdravotníků má potřebu posílat pacienty s LBP na zobrazovací vyšetření, větší míru non-adherence měli lékaři/ky. Obě profese mají pak 58 %.

Obrázek 38 - Další vyšetření – Lék. a Fyziio. dohromady



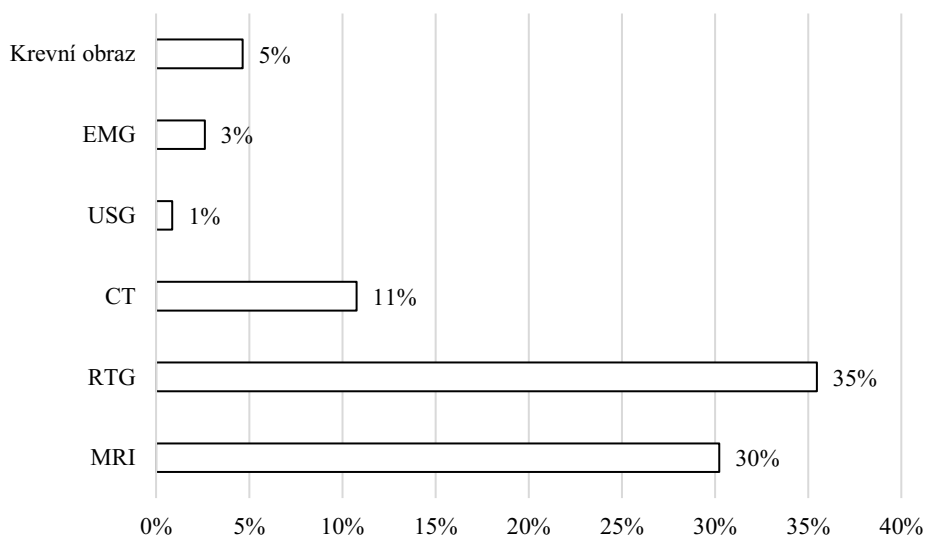
Neposlal/a bych ho na žádná z výše uvedených vyšetření

Výběr alespoň jednoho vyšetření

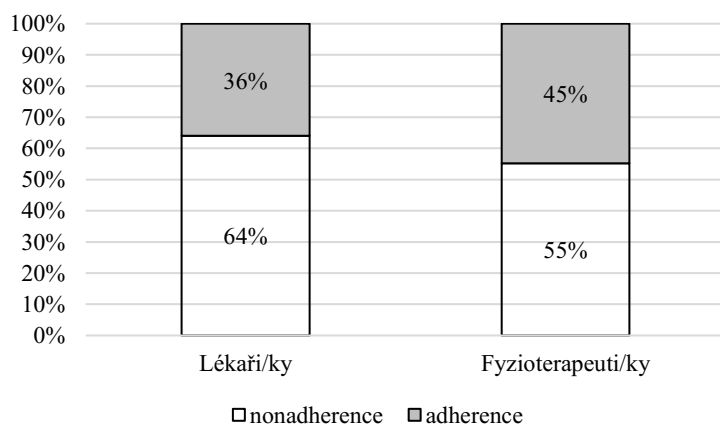
⁵³ zkráceno: Lékaři/ky

⁵⁴ zkráceno: Fyzioterapeuti/ky

Obrázek 44 - Další vyšetření – výběr alespoň jednoho vyšetření (byla možnost vybrat více odpovědí zároveň)



Obrázek 41 - Další vyšetření

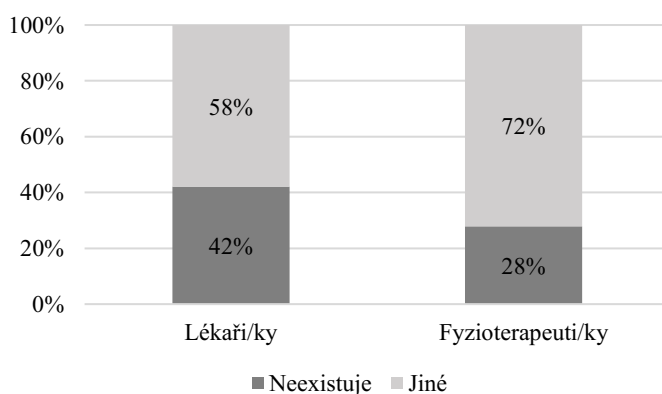


8.3.2 Nejlepší pohybová terapie

Tabulka 10 - Non-adherence – otázka 2. (nehodnoceno do celkového skóre non-adherence)
2) Existuje podle Vás (na základě Vaší zkušenosti a zároveň dostupné evidence) pro pacienta M. A. nějaký nejlepší možný typ pohybové terapie nebo cvičení? Prosím popište který:

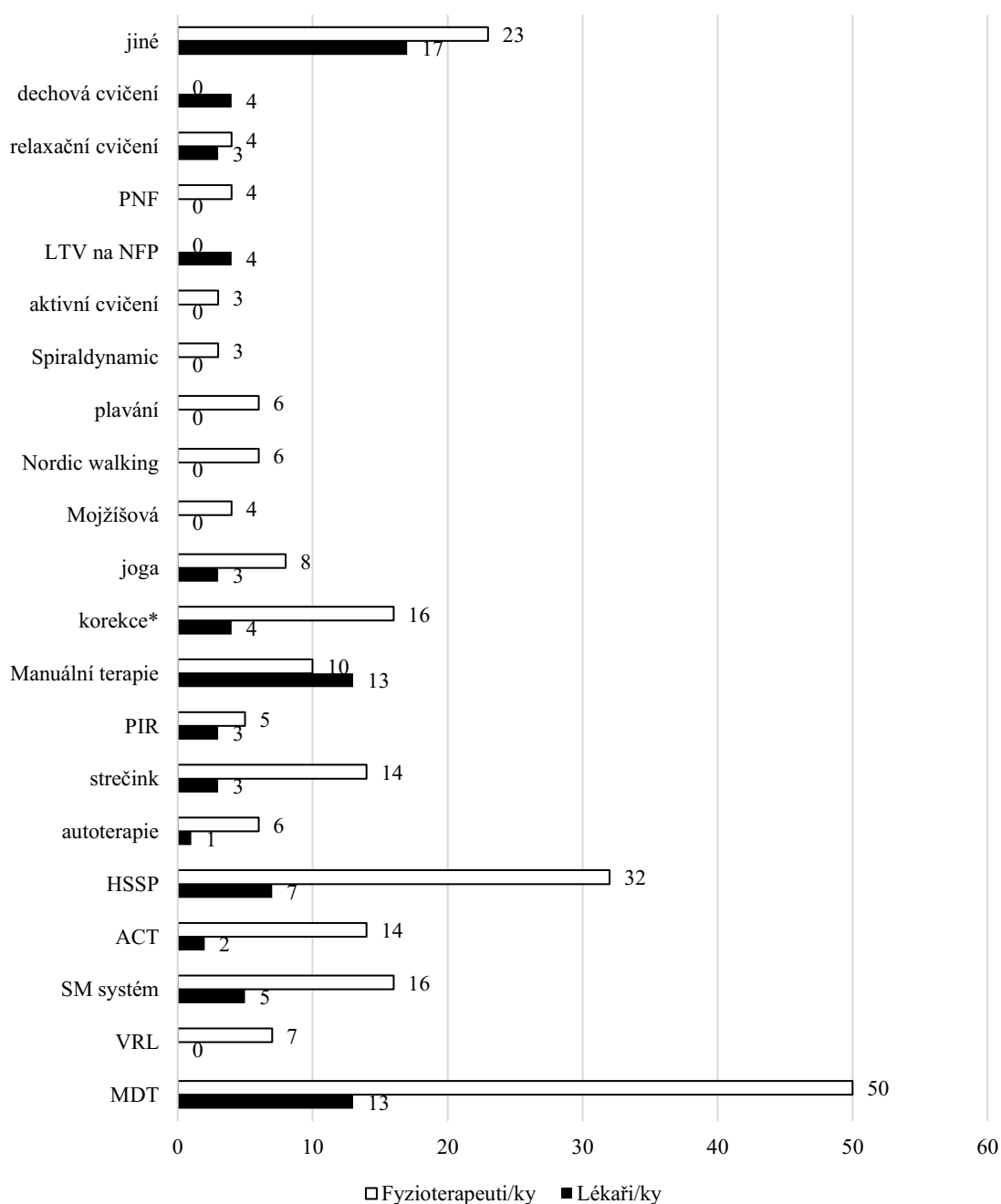
2. Nejlepší pohybová terapie	Lék.	Fyziio.
Neexistuje	42 %	28 %
Jiné	58 %	72 %

Obrázek 47 - Nejlepší pohybová terapie



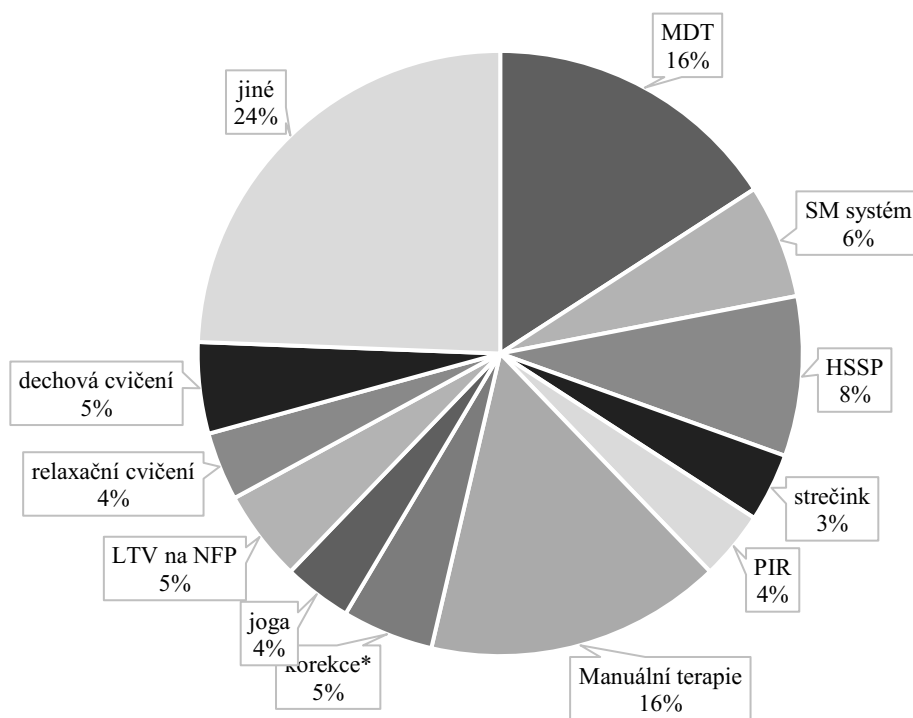
Otázku o nejlepší pohybové terapii jsme hodnotili jen deskriptivně. 42 % lékařů/ek a 28 % fyzioterapeutů/ek si nemyslí, že taková terapie existuje. Většina se však rozhodla vyplnit pole Jiné a vepsat podle nich nejlepší pohybovou terapii (bohužel mnohdy několik zaráz). Výsledky jsou na následujících grafech (Obrázek 23, 24, 25).

Obrázek 50 - Nejlepší pohybová terapie – volba „Jiná“ - Lék. (N=78) a Fyziio (N=176), graf znázorňuje počet kolikrát byla daná terapie zmíněna ve volně dopsané možnosti

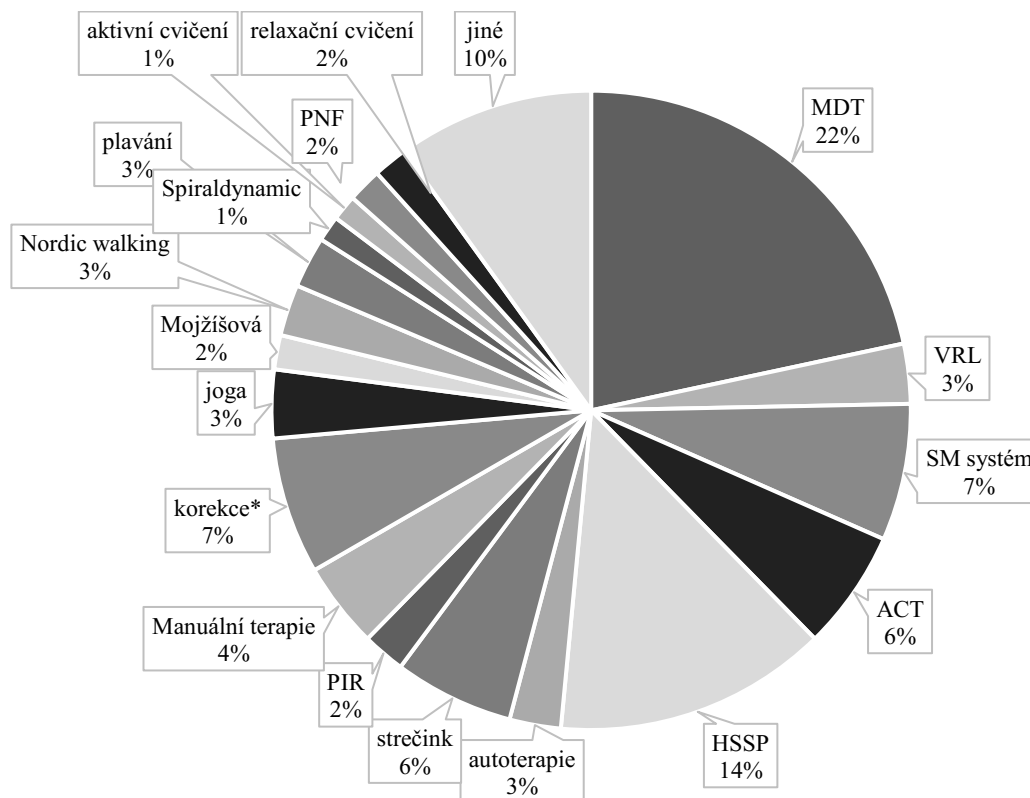


Legenda zkratk: jiné (další typy terapie, které zvolilo 1 nebo 2 zdravotníci), PNF (Proprioceptivní nervosvalová facilitace), LTV na NFP (Léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém podkladě), korekce* (zahrnuje posturální korekce, ergonomii, školu zad, korekci pohybových stereotypů, svalové dysbalance, stereotyp dechu, držení těla, korekce sedu, stoje, ADL), PIR (postizometrická relaxace), „cvičení zaměřená na motorickou kontrolu“ (zahrnuto např. aktivace hlubokého stabilizačního systému, stabilizace trupu), ACT (Akrální koaktivační terapie), VRL (Vojtova reflexní lokomoce), MDT (McKenzie metoda Mechanické Diagnostiky a Terapie), DNS (Dynamická neuromuskulární stabilizace)

Obrázek 53 - Nejlepší pohybová terapie - Lék. (i více možností najednou), výběr menšího počtu než 3 lékařů/ek je zařazen pod položku jiné



Obrázek 23 - Nejlepší pohybová terapie – Fyzio. (i více možností najednou), výběr menšího počtu než 3 fyzioterapeutů/ek je zařazen pod položku jiné



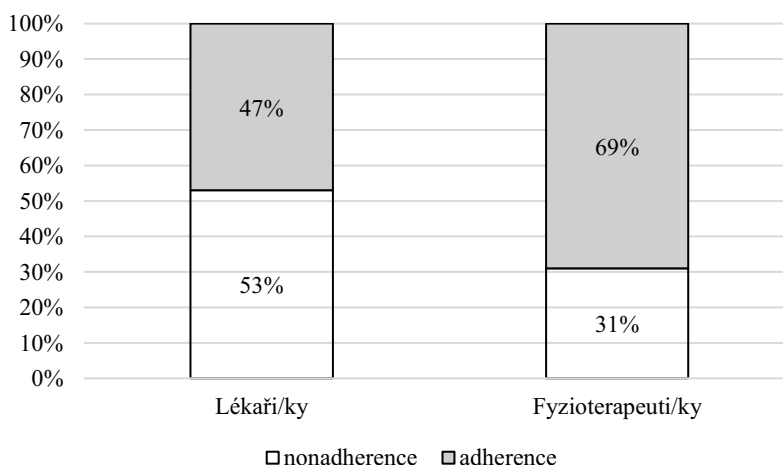
8.3.3 Manuální terapie

Tabulka 11 - Non-adherence – otázka 3.

3) Manuální terapii bych u M. A. nabídl/a (nebo doporučil/a) v souladu s tvrzením:

3. Manuální terapie	Lék.	Fyzio.
a. Manuální techniky jsou vhodné i jako samostatná intervence. (-)	24,6 %	15,7 %
b. Manuální techniky je vhodné využívat, dokud se nesníží bolest natolik, aby mohla začít aktivní terapie. (-)	23,7 %	12,6 %
c. Manuální techniky je možné nabídnout pouze jakou součástí léčby spolu s aktivním cvičením. (+)	47,4 %	69,1 %
d. Jakékoliv manuální techniky jsou nevhodné. (-)	2,6 %	0,4 %
e. Manuální techniky by měly být využívány vždy, dokud bolest neodezní. (-)	1,8 %	2,2 %

Obrázek 56 - Manuální terapie



Adherentní odpověď v otázce o Manuální terapii, a tedy to, že je vhodnou součástí léčby ale jen v kombinaci s aktivním cvičením, zvolilo 47 % lékařů/ek a 69 % fyzioterapeutů/ek. Nevhodnost manuálních technik (vzhledem ke kazuistice) zastává jen 2,6 % lékařů/ek a 0,4 % fyzioterapeutů/ek.

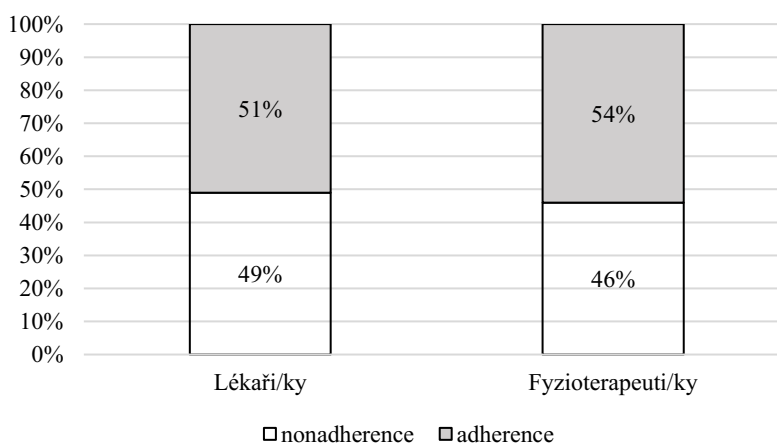
8.3.4 Edukace ohledně práce

Tabulka 12 - Non-adherence – otázka 4.

4) Pokud by se M. A. ptal na pracovní neschopnost, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a:

4. Edukace ohledně práce	Lék.	Fyzio.
a. Řekl/a bych: Ideální je zůstat v práci tak, jak jste byl zvyklý. (+)	4,4 %	2,6 %
b. Řekl/a bych: Dobrý nápad je zůstat v práci, ale bývá vhodné upravit si částečně pracovní náplň nebo pracovat méně hodin v kuse. (+)	46,5 %	51,3 %
c. Řekl/a bych: Pracovní neschopnost by měla trvat co nejkratší čas, ale není dobré vracet se do práce, dokud se bolest alespoň trochu nezlepší. (-)	26,3 %	21,3 %
d. Řekl/a bych: Do práce byste se měl vrátit až když bolest odezní. (-)	2,6 %	3,0 %
e. Řekl/a bych: Pracovní neschopnost není vhodné řešení, pokud trvá více než pár týdnů. (-)	0,9 %	1,7 %
f. Pokud by se mě M. A. cíleně nezeptal, tomuto tématu bych se nevěnoval/a. (-)	19,3 %	20,0 %

Obrázek 59 - Edukace ohledně práce



Míra non-adherence ohledně edukace o práci a pracovní neschopnosti se pohybuje těsně pod 50 % u obou profesí. Nejčastěji lékaři/ky i fyzioterapeuti/ky vybírali odpověď b. Poměrně velká část také zvolila možnost f. a to znamená, že by se této edukaci cíleně nevěnovali, pokud by nebyli ze strany pacienta dotazováni. Ani ne 1 % lékařů/ek považuje pracovní neschopnost za vhodné řešení, zhruba dvakrát tolik fyzioterapeutů/ek zastává tento názor.

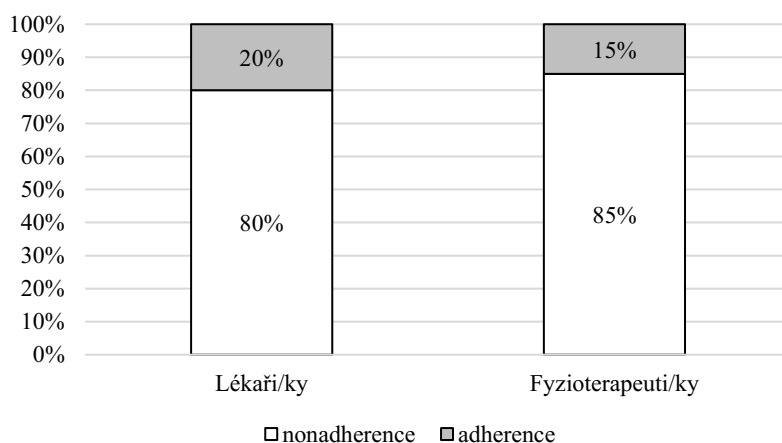
8.3.5 Edukace ohledně obvyklých aktivit

Tabulka 13 - Non-adherence – otázka 5.

5) Pokud by se M. A. ptal, jak má přistupovat ke svým obvyklým aktivitám, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a:

5. Edukace ohledně obvyklých aktivit	Lék.	Fyzio.
a. Řekl/a bych: Omezte obvyklé aktivity, dokud bolest neodezní. (-)	6,1 %	6,1 %
b. Řekl/a bych: V obvyklých aktivitách pokračujte až se bolesti alespoň trochu zmírní. (-)	8,8 %	8,3 %
c. Řekl/a bych: Omezte ty obvyklé aktivity, u kterých cítíte bolest, ale v ostatních pokračujte. (-)	64,0 %	70,4 %
d. Řekl/a bych: Pokračujte v obvyklých aktivitách podle tolerance, ale měl byste jejich míru postupně zvyšovat. (+)	19,3 %	14,3 %
e. Řekl/a bych: Pokračujte v obvyklých aktivitách tak, jako obvykle. (+)	0,9 %	0,9 %
f. Pokud by se mě M.A. cíleně nezeptal, tomuto tématu bych se nevěnoval/a. (-)	0,9 %	0,0 %

Obrázek 62 - Edukace ohledně obvyklých aktivit



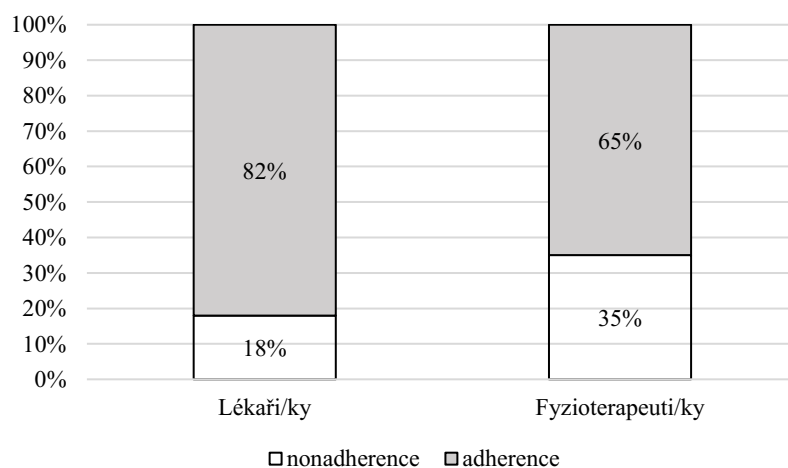
Míra non-adherence, jak je vidět na *Obrázku 27*, podle bílé plochy v grafu je u tématu provádění obvyklých aktivit velká. Největší procento lékařů/ek (64 %) a fyzioterapeutů/ek (70 %) totiž zvolilo non-adherentní odpověď c. Bolest je pro většinu velmi důležitý faktor a limit pro provádění obvyklých aktivit.

8.3.6 Psychosociální faktory

Tabulka 14 - Non-adherence – otázka 6.

6. Psychosociální faktory	Lék.	Fyzio.
a. Psychosociálním faktorům by se měl věnovat jen psycholog nebo psychoterapeut. (-)	1,8 %	3,0 %
b. Nevím přesně co psychosociální faktory jsou anebo se necítím kompetentní se jim cíleně věnovat. (-)	0,9 %	2,6 %
c. Tyto faktory vnímám "mezi řádky", ale cíleně bych se jim nevěnoval. (-)	14,9 %	29,6 %
d. S pacientem bych je cíleně a otevřeně probral, pokud by do několika týdnů nedošlo ke zlepšení. (+)	62,3 %	36,1 %
e. Během prvních setkání bych se cíleně ptal/a na psychosociální faktory (nebo je hodnotil/a dotazníky). (+)	20,2 %	28,7 %

Obrázek 65 - Psychosociální faktory



Jedna z nejmenších non-adherencí byla naměřena u otázky týkající se psychosociálních faktorů. Lékaři/ky 18 % a fyzioterapeuti/ky 35 %. Třetina fyzioterapeutů/ek vnímá psychosociální faktory spíše „mezi řádky“ než aby je s pacientem otevřeně probrala, proto mají vyšší míru non-adherence.

8.3.7 Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách

Tabulka 15 - Non-adherence – otázka 7.

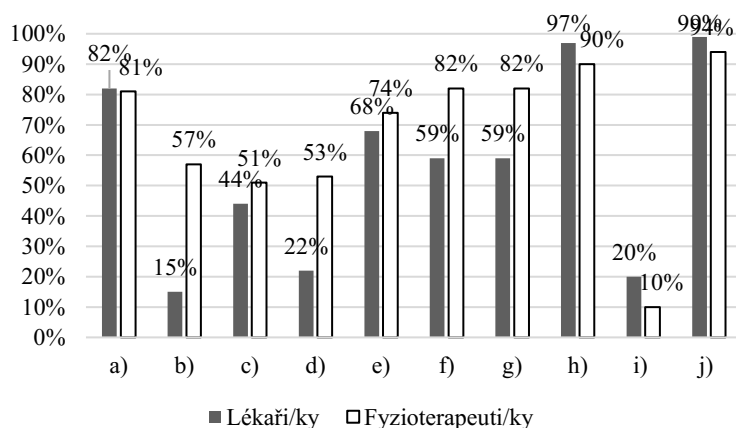
7) Během rozhovoru s M. A. bych z nabízených formulací považoval/a za vhodné:

.7. Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách	Lék. Fyzio.	
a) "Odborně navržené a individualizované cvičení je v této akutní fázi důležitější, než jen pouhý návrat k Vaším obvyklým aktivitám." (+)	82 %	81 %
b) "Často se bolesti zad, jako jsou ty Vaše, během několika týdnů i spontánně upravují a nemívají následky - i když se mohou opakovat a u menšího procenta lidí být dlouhodobější." (-)	15 %	57 %
c) "Takováto bolest může ukazovat i na poranění meziobratlové ploténky, což může být způsobeno nadměrnou zátěží." (+)	44 %	51 %
d) "Vyšetření neukazuje na to, že jsou Vaše bolesti zad způsobené závažnou příčinou nebo že jsou záda poškozená. Je zřejmé ale jejich podráždění, které je naštěstí relativně obvyklé a normální." (-)	22 %	53 %
e) "Bolest při běžném pohybu neznamena, že si ubližujete - pohyb naopak dělá záda zdravějšími." (-)	68 %	74 %
f) "Není tolik důležité, jak se nyní přesně hýbete nebo která cvičení a aktivity děláte - důležité je zejména jejich postupné zvyšování a návrat k běžnému životu." (-)	59 %	82 %
g) "Měl byste omezit a dávat si pozor při ohýbání nebo zvedání těžkých břemen s ohnutými zády." (+)	59 %	82 %
h) "Měl byste si od teď kvůli zádům dávat větší pozor na kvalitu pohybu a míru zátěže." (+)	97 %	90 %
i) "Bolest zad a jejich podráždění souvisí s celkovým zdravím. Ovlivňuje ho například kouření, spánek, nedostatek pohybu, strava, stres, případné nemoci aj.." (-)	20 %	10 %
j) "Nevhodné pohybové stereotypy nebo držení těla mohou mít nepříznivý vliv na strukturu zad, což se může projevit bolestí nebo jejím zhoršením." (+)	99 %	94 %

(+) pokud zvolili „Vhodné a využil/a bych“ = hodnoceno jako non-adherence

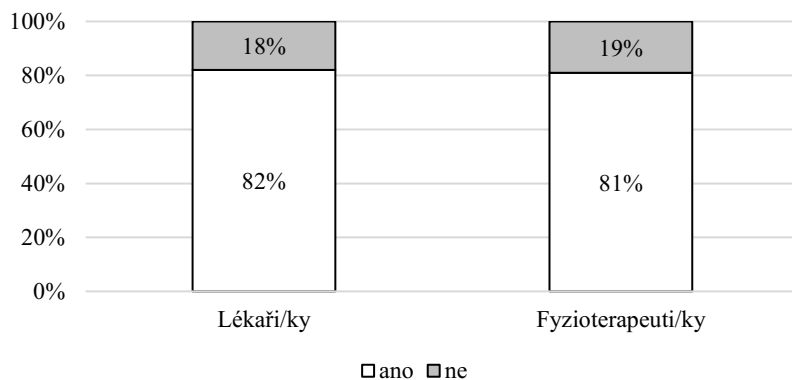
(-) pokud zvolili „Nevhodné a nevyužil/a bych“ = hodnoceno jako non-adherence

Obrázek 68 - Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách – míra non-adherence (legenda v tabulce 15)

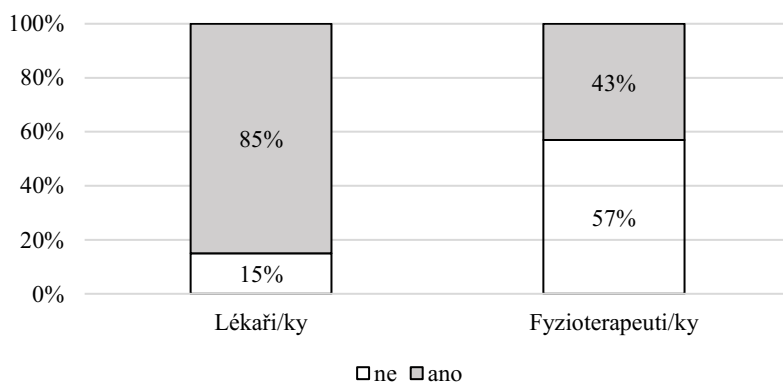


8.3.7.1 Grafy non-adherence (bílá část) ke každé jednotlivé formulaci

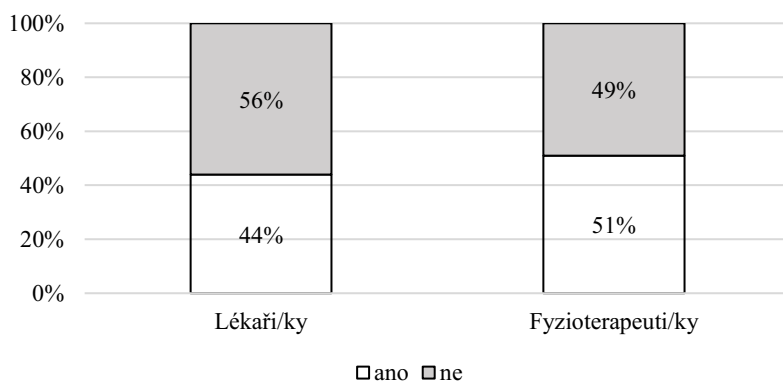
Obrázek 71 - a) "Odborně navržené a individualizované cvičení je v této akutní fázi důležitější než jen pouhý návrat k Vaším obvyklým aktivitám." (+)



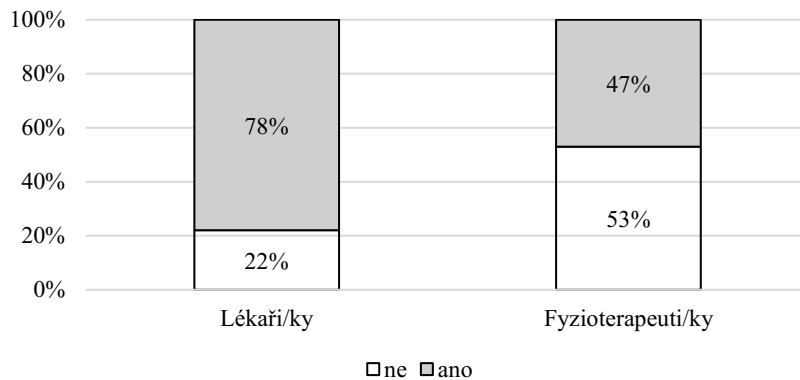
Obrázek 74 - b) "Často se bolesti zad, jako jsou ty Vaše, během několika týdnů i spontánně upravují a nemívají následky – i když se mohou opakovat a u menšího procenta lidí být dlouhodobější." (-)



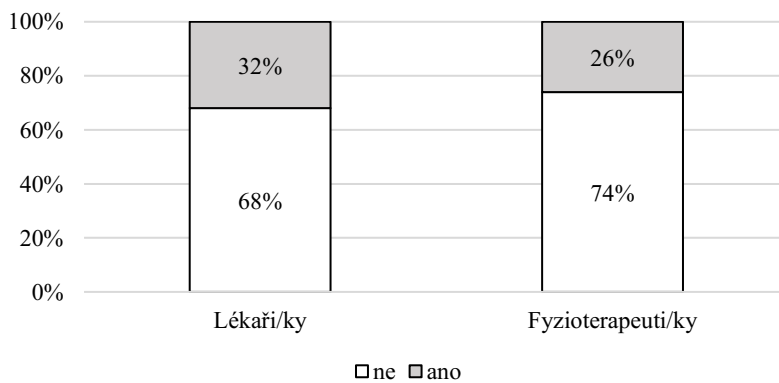
Obrázek 77 - c) "Takováto bolest může ukazovat i na poranění meziobratlové ploténky, což může být způsobeno nadměrnou zátěží." (+)



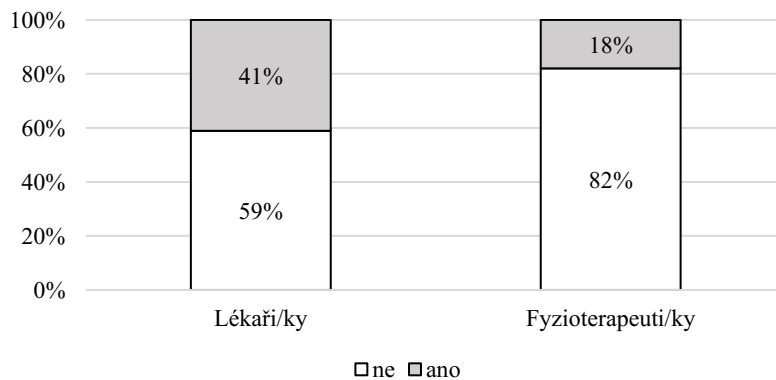
Obrázek 31 - d) “Vyšetření neukazuje na to, že jsou Vaše bolesti zad způsobené závažnou příčinou nebo že jsou záda poškozená. Je zřejmé ale jejich podráždění, které je naštěstí relativně obvyklé a normální.” (-)



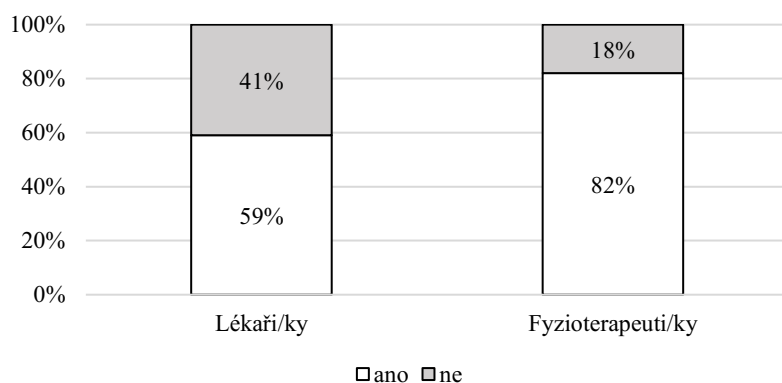
Obrázek 83 - e) “Bolest při běžném pohybu neznamena, že si ubližujete – pohyb naopak dělá záda zdravějšími.” (-)



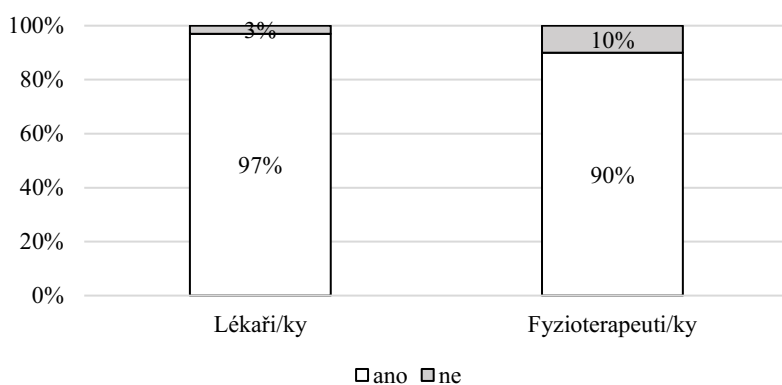
Obrázek 80 - f) “Není tolik důležité, jak se nyní přesně hýbete nebo která cvičení a aktivity děláte – důležité je zejména jejich postupné zvyšování a návrat k běžnému životu.” (-)



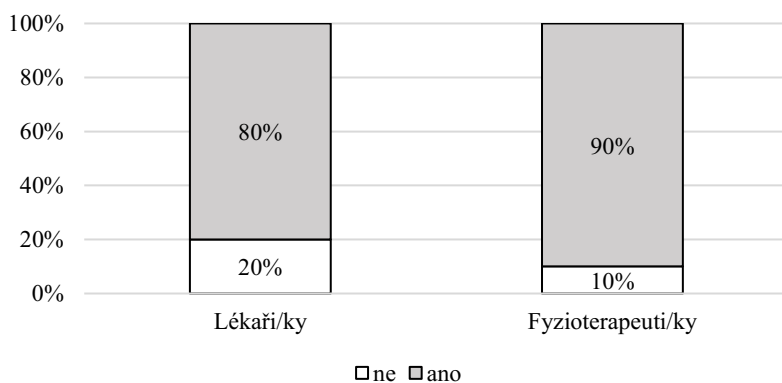
Obrázek 89 - g) “Měl byste omezit a dávat si pozor při ohýbání nebo zvedání těžkých břemen s ohnutými zády.” (+)



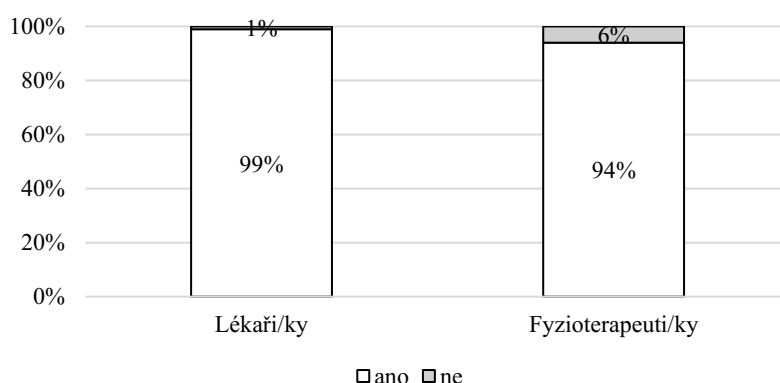
Obrázek 86 - h) “Měl byste si od teď kvůli záďm dávat větší pozor na kvalitu pohybu a míru zátěže.” (+)



Obrázek 92 - i) “Bolest zad a jejich podráždění souvisí s celkovým zdravím. Ovlivňuje ho například kouření, spánek, nedostatek pohybu, strava, stres, případné nemoci aj...” (-)



Obrázek 95 - j) "Nevhodné pohybové stereotypy nebo držení těla mohou mít nepříznivý vliv na struktury zad, což se může projevit bolestí nebo jejím zhoršením." (+)



8.3.8 Vybrané intervence

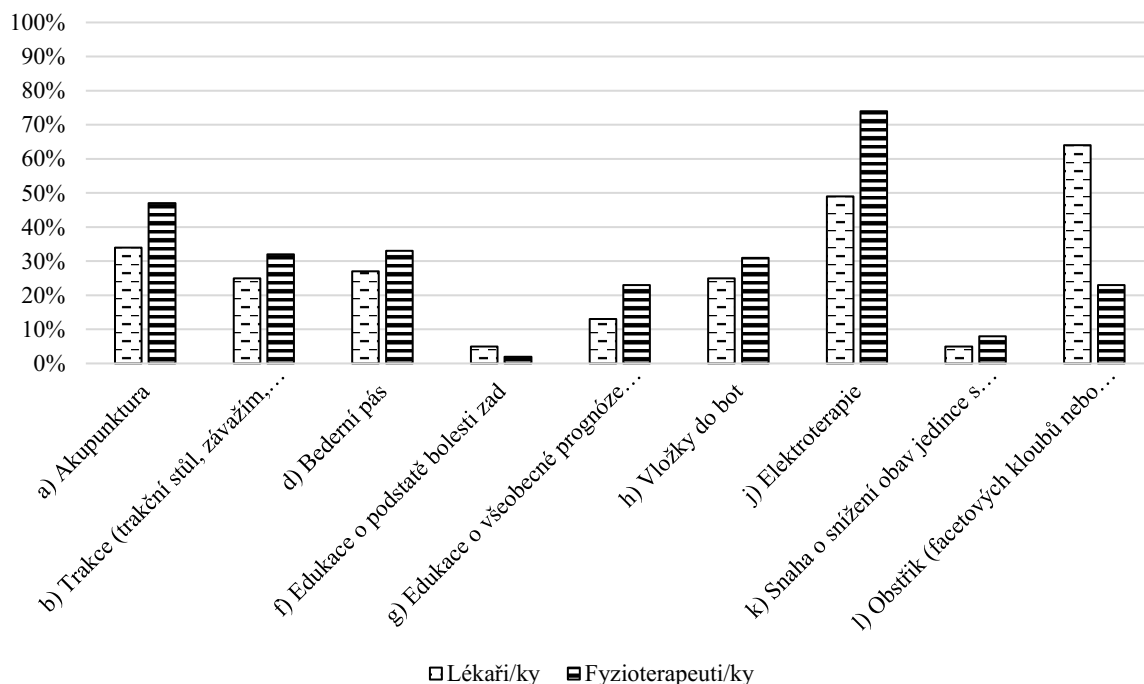
Tabulka 16 - Non-adherence – otázka

8. Intervence, které by nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi (*nebyly započítány do celkového skóre non-adherence)

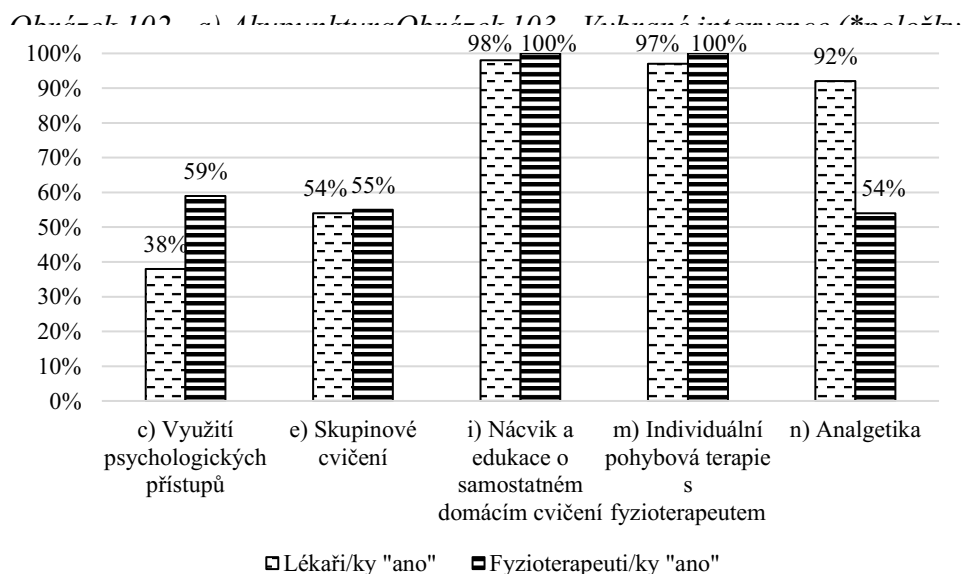
8. Vybrané intervence	Lék.	Fyzio.
a) Akupunktura	34 %	47 %
b) Trakce (trakční stůl, závažím, přístrojové)	25 %	32 %
c) Využití psychologických přístupů*	-	-
d) Bederní pás	27 %	33 %
e) Skupinové cvičení*	-	-
f) Edukace o podstatě bolesti zad	5 %	2 %
g) Edukace o všeobecné prognóze podobných bolestí zad	13 %	23 %
h) Vložky do bot	25 %	31 %
i) Návčik a edukace o samostatném domácím cvičení*	-	-
j) Elektroterapie	49 %	74 %
k) Snaha o snížení obav jedince s bolestí zad	5 %	8 %
l) Obstřík (facetových kloubů nebo "spoušťových bodů")	64 %	23 %
m) Individuální pohybová terapie s fyzioterapeutem*	-	-
n) Analgetika*	-	-

Na grafech 38 a 39 jsou vidět shrnutí výsledků lékařů/ek a fyzioterapeutů/ek. Na grafu 38 ty intervence, které byly hodnoceny do celkového skóre non-adherence a na grafu 39 ty, které sloužily jen pro deskriptivní přehled volby zdravotníků. Na následujících grafech jsou potom zobrazeny každá intervence jednotlivě. V případě hodnocení non-adherence jí odpovídá bílá část grafu. V případě jen deskriptivního zaznamenání jsou v grafu použity 2 odstíny šedé.

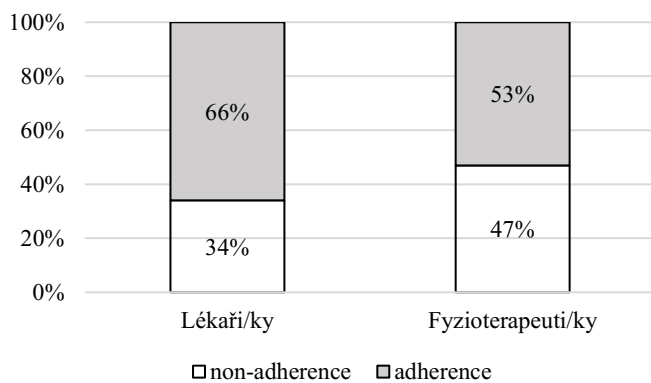
Obrázek 98 - Vybrané intervence (zobrazeny non-adherentní odpovědi)



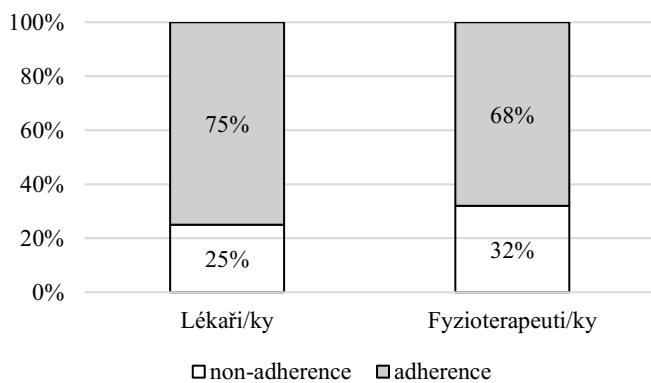
Obrázek 101 - Vybrané intervence (*položky, které nebyly započítány do celkového skóre non-adherence), graf zobrazuje odpověď "ano"



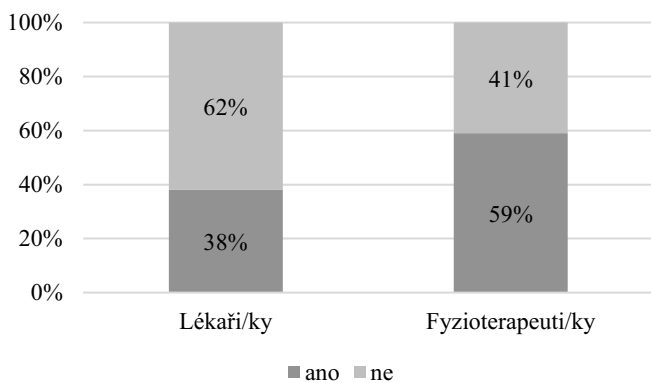
Obrázek 104 - a) Akupunktura



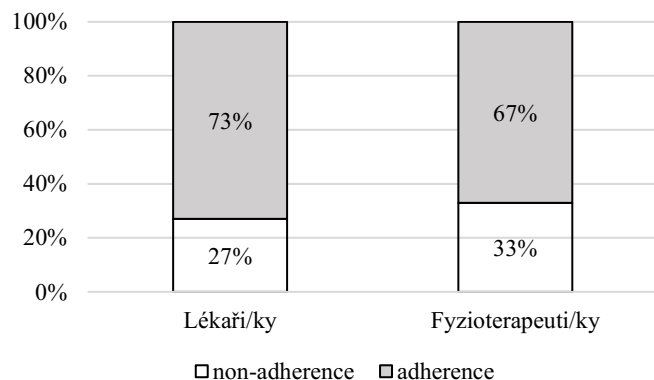
Obrázek 107 - b) Trakce (trakční stůl, závaží, přístrojové)



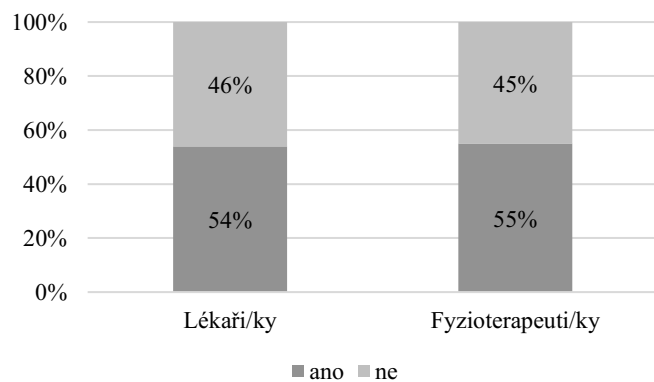
Obrázek 110 - c) Využití psychologických přístupů*



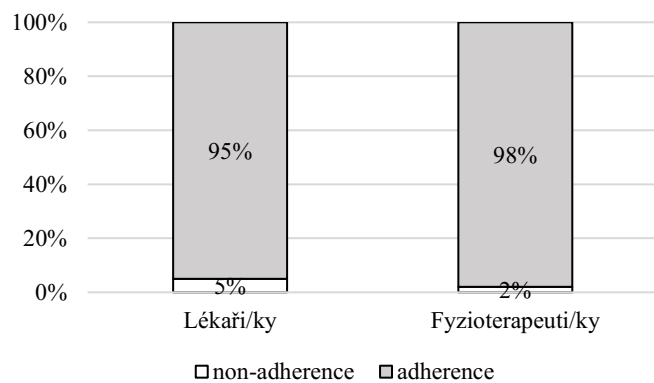
Obrázek 113 - d) Bederní pás



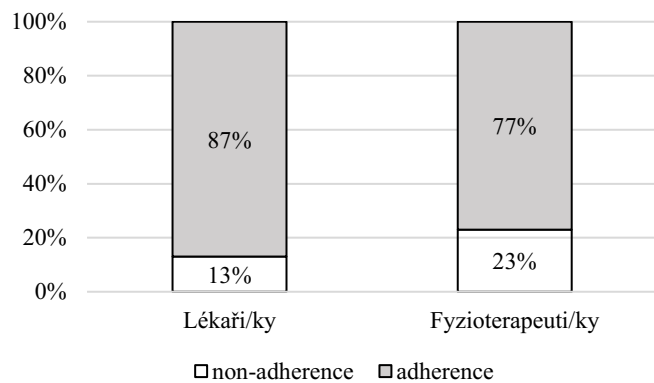
Obrázek 116 - e) Skupinové cvičení*



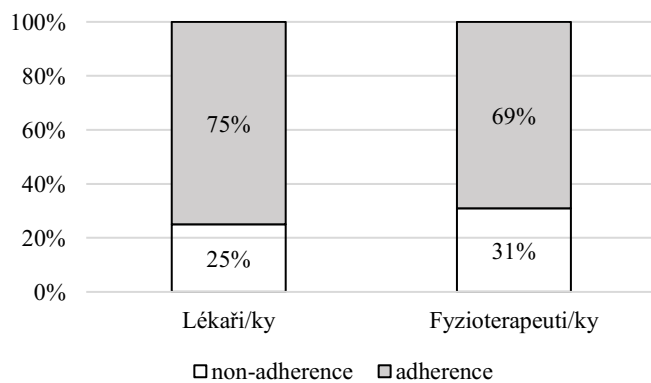
Obrázek 119 - f) Edukace o podstatě bolesti zad



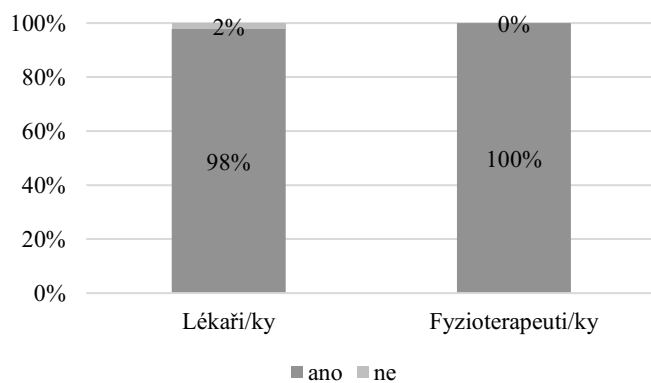
Obrázek 122 - g) Edukace o všeobecné prognóze podobných bolestí zad



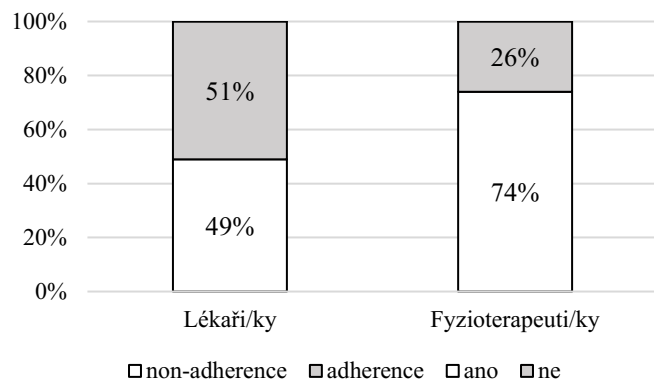
Obrázek 128 - h) Vložky do bot



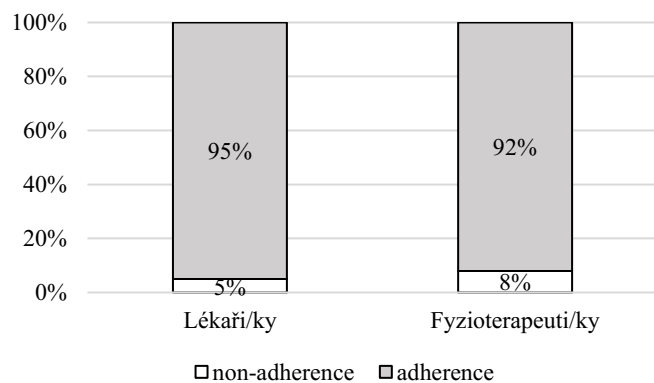
Obrázek 125 - i) Návčik a edukace o samostatném domácím cvičení*



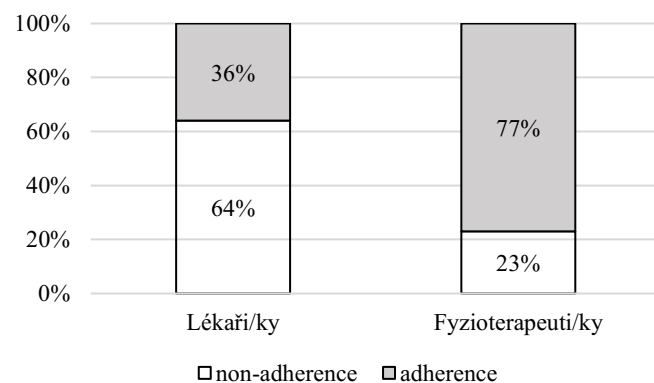
Obrázek 137 - j) Elektroterapie



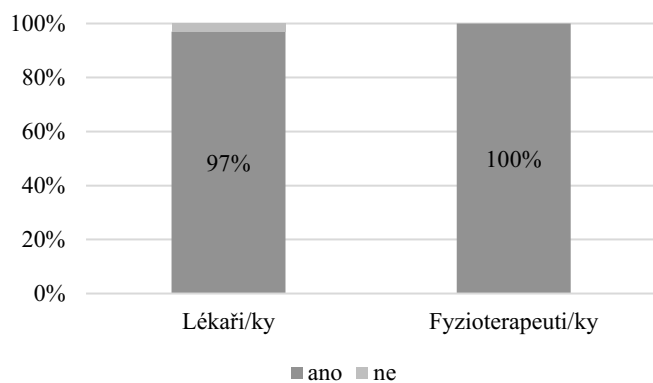
Obrázek 131 - k) Snaha o snížení obav jedince s bolestí zad



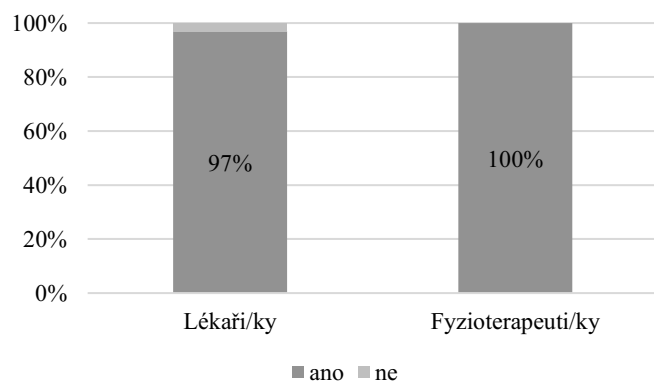
Obrázek 134 - l) Obstřik (facetových kloubů nebo "spoušťových bodů")



Obrázek 140 - m) Individuální pohybová terapie s fyzioterapeutem *



Obrázek 143 - n) Analgetika*



Tabulka 17 – Shrnutí míry non-adherence Léč. a Fyzio. ke guidelines (3.část)

Non-adherence		Lék.	Fyzio.
1.	Další vyšetření	64 %	55 %
2.	Nejlepší typ pohybové terapie	-	-
3.	Manuální terapie	53 %	31 %
4.	Edukace ohledně práce	49 %	46 %
5.	Edukace ohledně obvyklých aktivit	80 %	85 %
6.	Psychosociální faktory	18 %	35 %
7. Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách	a) odborně individualizované cvičení je lepší než obvyklé aktivity	82 %	81 %
	b) informace o časové prognóze	15 %	57 %
	c) vyvolání obav ze strukturální příčiny	44 %	51 %
	d) uklidnění o dobré prognóze	22 %	53 %
	e) pohyb je dobrý, bolest neznamená poškození	68 %	74 %
	f) zvyšování aktivit, návrat k běžnému životu	59 %	82 %
	g) důraz na ergonomii a kvalitu pohybu	59 %	82 %
	h) důraz na kvalitu pohybu, vyvolání obav ze zátěže	97 %	90 %
	i) širší spektrum vlivů, bio-psycho-sociální model	20 %	10 %
	j) vliv ergonomie a nevhodných pohybových stereotypů	99 %	94 %
8. Vybrané intervence	a) Akupunktura	34 %	47 %
	b) Trakce (trakční stůl, závažím, přístrojové)	25 %	32 %
	c) Využití psychologických přístupů*	-	-
	d) Bederní pás	27 %	33 %
	e) Skupinové cvičení*	-	-
	f) Edukace o podstatě bolesti zad	5 %	2 %
	g) Edukace o všeobecné prognóze podobných bolestí zad	13 %	23 %
	h) Vložky do bot	25 %	31 %
	i) Návuk a edukace o samostatném domácím cvičení*	-	-
	j) Elektroterapie	49 %	74 %
	k) Snaha o snížení obav jedince s bolestí zad	5 %	8 %
	l) Obstřík (facetových kloubů nebo "spoušťových bodů")	64 %	23 %
m) Individuální pohybová terapie s fyzioterapeutem*	-	-	
n) Analgetika*	-	-	

Tabulka 18 - Vliv demografických údajů a výsledku FABT na skóre non-adherence

	R²			
Model fit	0.24			
Effect	Estimate	SE	z	p
(Intercept)	11.2412	0.18	62.080	< .00001
Žena - Muž	1.37	0.36	3.801	0.00017***
Fyzioterapeuti/ky - Lékaři/ky	0.89	0.4	2.251	0.025*
Délka praxe	0.03	0.02	2.399	0.017*
Vnímaná odbornost	-0.32	0.18	-1.799	0.073
Frekvence praxe	0.18	0.23	0.771	0.44
FABT_total	0.22	0.03	8.130	< .00001***
Žena - Muž * Fyzioterapeuti/ky - Lékaři/ky	-0.14	0.72	-0.200	0.84

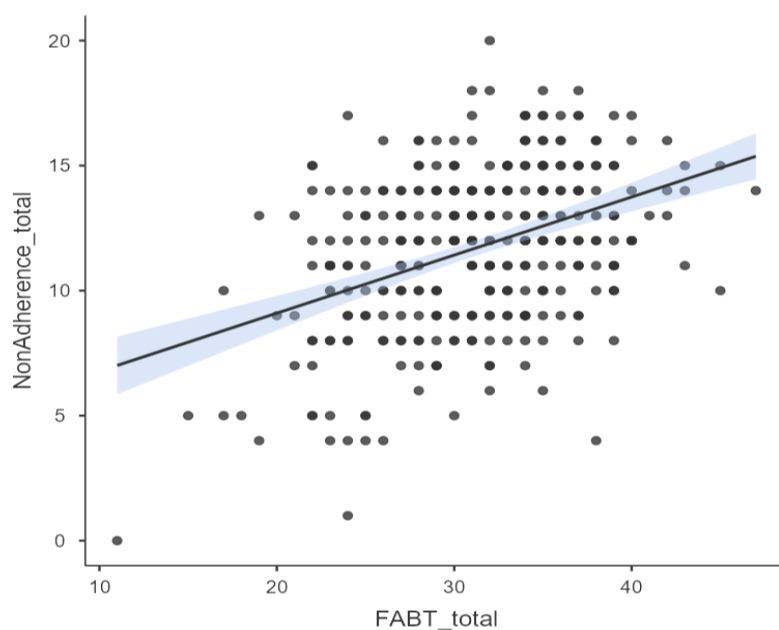
Označují míru statistické signifikance:

*** statisticky signifikantní ($p \leq 0.001$)

** statisticky signifikantní ($p \leq 0.01$)

* statisticky signifikantní ($p \leq 0.05$)

Obrázek 146 - Regrese non-adherence a FABT skóre. (modré pole odpovídá 95 % intervalu spolehlivosti)



8.3.9 Prostor pro poznámky:

Respondenti často zmiňovali, že jim při rozhodování chybí vlastní kineziologický rozbor (palpace) a osobní komunikace s pacientem. Mnohým se nezdál adekvátní dotaz na vložky do bot, když o DKK se moc z kazuistiky nedozvíme. Jeden účastník zmínil, že mu chybělo v otázkách viscerální ošetření. Nejčastěji zmiňovanou chybějící možností intervence byla ergonomie práce a korekce pohybových stereotypů.

9 Diskuse

9.1 Demografické údaje (1. část)

Zmapovat FA přesvědčení a non-adherenci k současným přístupům u pacientů s LBP v České republice vyžaduje participaci velkého počtu zdravotníků. Pravděpodobně za pomoci mnohých je výsledkem 344 respondentů (114 lékařů/ek a 230 fyzioterapeutů/ek). Pokud bychom odhadovali procentuální návratnost z oslovených jako byla u studie Cross et al. (2014) na Novém Zélandu, kde odpovědělo 12,7 % pracovníků v nemocnicích, tak by to znamenalo, že se povedlo oslovit zhruba 2700 zdravotníků.

Vyhodnocení demografických údajů ukázalo, že převážná většina (70 %) dotazovaných zdravotníků pracuje denně s jedinci s bolestí zad. Většina se také považuje za relativní odborníky na tuto problematiku (5/6), proto můžeme předpokládat, že otázky týkající se nespecifické LBP jsou pro ně relevantní. Na dotazník odpovídalo 74 % žen a 25 % mužů.

9.2 Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT) (2. část)

2.1 Alternativní hypotéza: Fyzioterapeuti/ky a lékaři/ky se liší ve FA přesvědčení měřených pomocí skóru FABT.

Naměřený a klinicky zřejmě nesignifikantní rozdíl 0,4 bodu FABT mezi fyzioterapeuty/kami a lékaři/kami se neprokázal ani jako statisticky signifikantní. Statisticky signifikantní rozdíl byl patrný pouze u 1., 4. a 5. otázky FABT.

2.3 Alternativní hypotéza: Mezi demografickými údaji a skórem FABT existuje vztah.

Statisticky významný vztah pohlaví, vnímané odbornosti, frekvence praxe nebo povolání (lékař/ka nebo fyzioterapeut/ka) s FABT skóre nebyl prokázán. Jako statisticky signifikantní se ukazuje jen vztah mezi délkou praxe, avšak praktický rozdíl o 0,07 bodů FABT za každý rok praxe je velmi malý (za 20 let praxe se zvýší skóre FABT o 1.4 bodu). Otázkou je tedy klinická signifikance tohoto faktoru.

Obdobné výsledky se ukázaly i ve Španělsku. Pohlaví, věk, léta praxe neměly signifikantní vliv na skóre v dotaznících HC-PAIRS, TSK(11)-HC and FABQ-HC PA-subškále⁵⁵. (Van Biesen a Alvarez 2020) V systematickém přehledu Fullena (2008) se neprokázal signifikantní vztah mezi přesvědčeními a postoji lékařů s věkem ani úrovní vzdělání. Signifikantní vztah se naproti tomu prokázal s ohledem na jejich specializaci.

⁵⁵ týkající se otázek o aktivitách, vychází z původního FABQ-PA

Vzhledem k velmi nízké návratnosti dotazníku ze strany praktických lékařů (4 % z celkového počtu respondentů ze strany lékařů) a nevyrovnané účasti ostatních specializací (neurologové 55 %, rehabilitační lékaři 20 % a algeziologové 17 %), nebylo možné porovnávat jednotlivé specializace lékařů mezi sebou. Velmi malou účast praktiků si vysvětlujeme jejich pracovní zátěží v době epidemie COVID-19.

Fyzioterapeuti/ky projevili nejvyšší FA (průměr 4.67, SD 1.27 – po reverzi hodnocení) při hodnocení otázek č. 4 (*Když má můj klient/pacient bolest zad, rádím mu, aby pokračoval v obvyklých aktivitách i kdyby při nich pociťoval bolest.*) a u otázky č. 6 (průměr 4.5, SD 1.27 – po reverzi hodnocení) (*Klienti/pacienti s jednostrannou nebo těžkou prací by neměli pracovat, když mají bolesti.*) Lékaři/ky měli druhou nejvyšší hodnotu FA také u otázky č. 6 (průměr 4.25, SD 1.31 – po reverzi hodnocení), ale nejvyšší (průměr 4.32, SD 1.44) u otázky č. 2 (*Snížení bolesti je podmínkou pro návrat k běžné práci.*). Naopak nejnižší hodnota FA byla naměřena u obou profesí u otázky č. 5 (lékaři/ky 1.5, SD 0.9; fyzioterapeuti/ky 1.25, SD 0.57 – po reverzi hodnocení) (*Psychický stres může způsobit bolest zad i bez přítomnosti strukturálního poškození.*)

Průměrné naměřené skóre FABT u fyzioterapeutů (angl. *occupational therapist*) na Novém Zélandě bylo 18.8 (SD 5.6), což je značný rozdíl od námi naměřeného 31.0 u lékařů/ek a 31.4 u fyzioterapeutů/ek (Cross et al. 2014). Na druhou stranu průměrné skóre fyzioterapeutů ve studii Moran et al. (2017) bylo 29.49 (6.51) a u osteopatů 34.56 (5.51).

Výsledkem studie Ostela et al. (2003), který hodnotil dotazníkem PAPST fyzioterapeuty v Nizozemí, bylo, že většina fyzioterapeutů souhlasí s tím, že terapie může být úspěšná, i když bolest zůstává a jeho výsledky tak poukazují na to, že terapeuti se soustředují v jejich terapii spíše na funkční limitace než na bolest. V našem dotazníku toto zjištění odpovídá otázce č. 9 (*Léčbu mohu vnímat jako úspěšnou i pokud bolest dále přetrvává.*), ovšem její výsledky oscilují spíše ve středních hodnotách (lékaři/ky 3.32, SD 1.44; fyzioterapeuti/ky 3.58, SD 1.42). Z toho můžeme usuzovat, že pro zdravotníky v České republice je velmi důležité odstranění bolesti a „jen“ zlepšení funkční limitace s přetrvávající bolestí pro ně není dostatečným úspěchem v terapii.

Hodnoty Cronbachova alfa ($\alpha = 0,59$) české verze FABT ukazují na relativně nízkou míru vnitřní konzistence dotazníku FABT-CZ. To je v protikladu s naměřenými hodnotami dle Moran et al (2017), kteří uvádějí Cronbachovo alfa 0.92. Není zcela patrné zdůvodnění, vzhledem k tomu, že během pilotního testování byly otázky hodnoceny jako srozumitelné a

významově by se měly dle zpětného překladu FABT-CZ původnímu FABT významně podobat. Možnou hypotézou je jiné chápání tohoto konstruktů (FA) v ČR oproti zahraničí. Zajímavé je také, že zdravotníci uváděli nízké hodnoty u otázek týkajících se psychosociálních faktorů (1. a 5.) i otázky 10. (která ukazuje na nízkou míru přesvědčení, že bolest poukazuje na závažnou patologii) a zároveň dosahovali vysokých průměrných skóre u otázek týkajících se vyhýbavosti aktivitám při bolesti (2., 4., 6.). Takový rozpor bychom neočekávali. To může ukazovat na nekonzistentní postoje zdravotníků v ČR, kdy na jednu stranu významně uznávají vliv psychosociálních faktorů na bolest a to že, bolest nemusí být spojena jen se závažnými patologiemi, ale zároveň bolest chápou jako něco, čemu je vhodné se vyhýbat. Jasně zdůvodnění, proč se ale bolesti vyhýbat není z dotazníku FABT patrné – zde by bylo zřejmě vhodné využít kvalitativních přístupů.

9.3 Non-adherence (3. část)

2.2 Alternativní hypotéza: Fyzioterapeuti/ky a lékaři/ky se liší v míře non-adherence ke klinickým doporučeným postupům týkajících se LBP.

V průměru mají fyzioterapeuti/ky o téměř 1 bod vyšší míru non-adherence. Podle statistické analýzy pomocí zobecněného lineárního modelu se při kontrole ostatních proměnných ukazuje statisticky signifikantní rozdíl 0,89 bodu non-adherence. Takto malý rozdíl se ale nezdá jako klinicky signifikantní.

2.4 Alternativní hypotéza: Mezi demografickými údaji a skórem non-adherence existuje vztah.

Statisticky signifikantní se ukázal faktor pohlaví. Muži mají podle analýzy o 1.37 bodu méně než ženy (vykazují tedy vyšší míru adherence). Důležitým faktem je, že při srovnání interakce faktorů „ženy – muži“ a „fyzioterapeuti/ky – lékaři/ky“ rozdíl statisticky signifikantní není. To znamená, že rozdíl není způsobený větším zastoupením žen ve skupině fyzioterapeutů/ek, ale je na profesi nezávislý.

1.1 Alternativní hypotéza: Existuje vztah mezi mírou FA přesvědčení (měřených pomocí skóre FABT) a mírou non-adherence ke klinickým guidelines týkajících se LBP.

Zde byl prokázán statisticky signifikantní vztah mezi celkovým skórem FABT a mírou non-adherence k doporučením klinických guidelines. Tento rozdíl znamená prakticky, že s každým bodem FABT skóre se zvýší non-adherence o 0.22 bodu. Klinická signifikance tohoto vztahu je tedy sporná. Navíc, r^2 tohoto zobecněného lineárního modelu je 0,24, tj. pouze 24% variace

non-adherence lze vysvětlit všemi zohledněnými proměnnými. Je tedy patrné, že významnou roli budou hrát i jiné, námi nezohledněné faktory.

Darlow et al. uvádí, že existuje středně silná evidence o vztahu postojů a přesvědčení zdravotníků k edukaci pacienta a doporučením klidu na lůžku. FA přesvědčení souvisí se zvýšeným předepisováním pracovní neschopnosti pro akutní a chronické LBP (Darlow et al. 2012). Pomocí HC-PAIRS bylo zjištěno, že biomedicínská terapeutická orientace souvisí s většími obavami z poškození tkáně a vlivem fyzické aktivity na bolest, ale ne skutečně poskytnutou péčí a výstupy léčby (Sieben et al. 2009).

9.3.1 K otázkám jednotlivě:

1. Další vyšetření

Většina lékařů/ek (64 %) a fyzioterapeutů/ek (55 %) by poslala pacienta M. A. na další vyšetření, což není v souladu se současnými doporučeními. Nejčastěji uváděné bylo vyšetření RTG a MRI.

Podle metaanalýzy z roku 2018 jsou jednoduché zobrazovací testy vyžadovány u čtvrtiny konzultací s bolestí zad v primární péči a u třetiny konzultací na pohotovosti (Downie et al. 2020). Systematický přehled zdůvodňuje nadužívání rentgenového snímkování a odklon od zavedených guidelines u praktických lékařů nedostatkem sebedůvěry ve vlastní schopnosti (self-efficacy, kvůli nedostatku vzdělání) v péči o pacienty podle evidence-based (na evidenci založených) guidelines (Fullen et al. 2008).

2. Nejlepší typ pohybové terapie

Velká část zdravotníků zvolila možnost *Neexistuje*, což odpovídá současným doporučením. Odpovědi na tuto otázku jsme ale nezahrnuli do součtu non-adherence, z důvodu nejasné zařaditelnosti množství volně vypsáných odpovědí (*Jiné*). Mnohé nezmiňovali jen jednu pohybovou metodu, ale hned několik. Dále uváděli informace, které metody by použili nejprve a které později. Někteří lékaři se vyjádřili, že by nechali na zvážení fyzioterapeutovi... apod. Mnozí vypsali metody, které si osvojili, ale nemusí je považovat za ty nejlepší, což odpovídá doporučením Oliveira et al (2018), že volba terapie se má odvíjet od zkušeností terapeuta a preferencí pacienta. Deskriptivní přehled preferencí terapie mezi zdravotníky jsou graficky znázorněny v části s výsledky. Většina (58 % lékařů/ek, 78 % fyzioterapeutů/ek) zvolila volbu „*Jiné*“. Nejčastěji zmiňovanou terapií (u obou profesí) byla metoda DNS (Dynamické neuromuskulární stabilizace) a MDT (McKenzie metoda Mechanické Diagnostiky a Terapie). To si vysvětlujeme velkým počtem absolventů těchto kurzů v ČR a tím, že tyto metody jsou

v ČR jak mezi odborníky, tak běžnou populací relativně známé. Lékaři/ky jako třetí nejčastěji zmiňovaný typ nejlepší pohybové terapie uváděli manuální terapii, zatímco fyzioterapeuti/ky cvičení založené na HSSP (hlubokém stabilizačním systému páteře). Velmi často zastoupenou kategorií byly různé druhy korekcí (od korekce stereotypu dechu, přes korekci sedu, stoje po ergonomii a školu zad).

Podle Oliveira (2018) všechny klinické guidelines doporučují cvičení (obzvláště v případě chronické LBP), nicméně různost typu cvičebního programu je velmi pestrá (např. zahrnuje sportovní rehabilitaci, tolerované fyzické aktivity, cvičení ve vodě, strečink, aerobic, posilovací trénink, vytrvalost, McKenzie metodu, tzv. „*motor control exercise*“⁵⁶, jógu a Tai-Chi), stejně tak způsob provádění (individuální programy, supervidované domácí cvičení a skupinová cvičení). Pro terapii akutních LBP jsou doporučení guidelines nekonsistentní. V Evropských guidelines najdeme doporučení, že cvičení je účinné jak pro snížení frekvence a trvání dalších episod, tak i jako prevence pracovní neschopnosti z důvodu LBP. Avšak není konsistentní evidence o doporučené intenzitě cvičení nebo nějakého specifického typu. Žádná samostatná intervence není v prevenci celkového problému LBP efektivní, kvůli jeho multidimenzionální podstatě (Burton et al. 2006).

Potřeba posturální korekce a ergonomických rad u terapeutů byla zaznamenána také u dánské studie věnující se adherenci ke guidelines, kde byla zařazena jako třetí nejčastěji volená modalita léčby, přitom v guidelines doporučeních zmíněna není (Husted et al. 2020). Škola zad je terapeutický program, který zahrnuje jak edukaci (původně zahrnovala klinicky relevantní anatomii a biomechaniku) tak cvičení. Obsah a časový rozsah současných škol zad je velmi různorodá. NICE update vyřadil tuto terapeutickou intervenci, protože ji považuje za zastaralou a již nepoužívanou. V Belgii jsou stále součástí managementu LBP, avšak nutno dodat, že se jejich charakter proměnil na více multidisciplinární přístup (Wambeke et al. 2017).

3. Manuální terapie

V otázce o *Manuální terapii* mají výrazně vyšší skóre non-adherence lékaři/ky. Zdá se přirozené, že větší povědomí o provádění manuální terapie mají fyzioterapeuti/ky, kteří volili častěji odpovědi v souladu s doporučeními. Lékaři/ky výrazně častěji zastávají názor, že *manuální techniky jsou vhodné i jako samostatná intervence a je vhodné je využívat, dokud se nesníží bolest natolik, aby mohla začít aktivní terapie.*

⁵⁶ mohli bychom přeložit jako „cvičení zaměřená na motorickou kontrolu“, kam bychom zřejmě mohli zařadit například DNS, cvičení zaměřené na hluboký stabilizační systém páteře apod

3. Edukace ohledně práce

Kolem poloviny zdravotníků by doporučilo pacientovi M. A. zůstat v práci, ale s vhodnou úpravou pracovní náplně nebo zátěže. Tyto rady jsme hodnotili jako v souladu s doporučeními.

Dánské guidelines zdůrazňují, že zůstat v práci je většinou přínosem pro udržení funkcí, pokud pacient nevykazuje známky red flags (Husted et al. 2020; Stochkendahl et al. 2018).

Avšak zhruba 20 % zdravotníků by se tomuto tématu nevěnovala, pokud by se pacient M. A. sám nezeptal. Takovéto hodnocení bylo považováno za neodpovídající guidelines, podle kterých je potřeba facilitovat a podporovat návrat nebo setrvání v práci. Navíc, z výsledků systematického přehledu Lim et al. (2019) jasně vyplývá, že pacienti chtějí slyšet informace o vlivu na pracovní kapacitu.

Podobné výsledky adherence vyšly v dánské studii, kde 45 % fyzioterapeutů by pacientovi (23 let, 3 měsíce trvající radikálními bolestmi) doporučili pracovat, ale omezit počet pracovních hodin. (Husted et al. 2020) Ve studii v Británii bylo 56 % odpovědí terapeutů konzistentních s guidelines a 44 % non-adherentních (Evans et al. 2010). Podle Li a Bombardiera (2001) guidelines doporučují 2-4 dny klidu na lůžku pouze u pacientů se závažnými iniciálními symptomy radikální bolesti. U ostatních pacientů bylo prokázáno, že při dvoudenním klidu na lůžku se zlepšení dostavuje pomaleji než u těch, kteří zachovali běžné aktivity.

4. Edukace ohledně obvyklých aktivit

V otázce 5. byla zjištěna velmi vysoká non-adherence u obou profesí a to přes 80 %. Většina zdravotníků totiž zvolila jako vhodnou formulaci *c. Řekl/a bych: Omezte ty obvyklé aktivity, u kterých cítíte bolest, ale v ostatních pokračujte. Z toho vyplývá, že bolest je pro většinu řídicím faktorem. Přitom australské guidelines zdůrazňují, aby pacient nenechal svou aktivitu řídit bolestí (NSW 2016).*

Podobné výsledky vyšly při testování adherence fyzioterapeutů ke guidelines v Brazílii, kde méně než 20 % fyzioterapeutů radí svým pacientům, aby usilovali o udržení aktivního životního stylu (de Souza et al. 2017). Ve studii v Británii bylo 55 % odpovědí týkajících se aktivit konzistentních s guidelines a 45 % non-adherentních (Evans et al. 2010).

5. Psychosociální faktory

Pozitivní jsou výsledky otázky č. 6., kde byla naměřena non-adherence nízká (lékaři/ky 18 %, fyzioterapeuti/ky 35 %). Fyzioterapeuti/ky se častěji vyjádřili, že *tyto faktory vnímají "mezi řádky"*, ale již výrazně méně často by je otevřeně s pacientem probrali. Otázkou zůstává, proč tomu tak je, z důvodu nedostatku času, nebo pocitu nekompetence a chybějícího vzdělání

v dané oblasti? Podle guidelines je vhodné věnovat těmto faktorům pozornost při odebírání anamnézy anebo si osvojit práci s dotazníky (např. SStart Back).

V systematickém přehledu kvalitativních studií a metanalýz se ukázalo, že fyzioterapeuti jen částečně rozpoznají kognitivní, psychologické a sociální faktory při LBP. Někteří takové pacienty považují za náročné, hledající pozornost a slabě motivované. Screening těchto faktorů podle nich přesahuje rámec jejich praxe a mnozí se cítí nedostatečně kvalifikovaní v jejich řešení (Synnott et al. 2015).

Relativně dobré výsledky adherence k doporučením týkajících se psychosociálních rizikových faktorů vyšly v dánské studii Husted et al. (2020). Ze tří hlavních domén guidelines, které testovali (aktivity, práce a psychosociální rizikové faktory) bylo jednání fyzioterapeutů nejvíce v souladu s doporučeními právě ve třetí zmíněné doméně (82 a 60 % v závislosti na typu kazuistiky).

6. Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách

Obecně byla zaznamenána velká míra non-adherence ve výběru vhodných formulací edukace.

K aktivitám: Fyzioterapeuti/ky a lékaři/ky by často v edukaci nezmiňovali důležitost návratu/setrvání u běžných aktivit života a postupné jejich zvyšování. Prosazují odborně individualizované cvičení, důraz na ergonomii a kvalitu pohybu, čím mohou dát vzniknout u pacienta obavám, že raději nebude aktivní vůbec, protože hrozí, že by si mohl zátěží nebo nekvalitně vedeným pohybem ublížit. Mnozí zřejmě považují bolest při pohybu jako signál poškození (formulace e.). Silně zakotvená je představa nutnosti správné ergonomie a vhodných pohybových stereotypů (formulace j., 99 % lékaři/ky a 94 % fyzioterapeuti/ky).

Potřeba posturální korekce a ergonomických rad u terapeutů byla zaznamenána také u dánské studie adherence ke guidelines. Většina fyzioterapeutů provádí terapie, které jsou v souladu s jejich guidelines, avšak jako třetí nejčastější modalitou léčby byla volena právě postura a ergonomické rady, které nejsou v guidelines zmíněny. Vysvětlením by mohlo být přetrvávající biomedicínské zacílení fyzioterapeutů (Husted et al. 2020). Klinikové se zdají mít nejsilnější vliv na přesvědčení pacientů. Interpretace diagnózy a způsob vysvětlování má signifikantní vliv na pohyb, aktivity a prognostická očekávání pacientů. Strategie využívané fyzioterapeuty jako edukace o postuře a zvedání břemen mohou upevnit přesvědčení, že páteř je zranitelná a potřebuje ochranu. Přesvědčení o potřebě chránit záda kvůli prevenci poškození mohou ústít v omezenou důvěru v kapacitu zad a přispívat k FA. Poskytování jasných rad o aktivitách a vysvětlení, která zmírňují uvědomované riziko a cílí na psychologické benefity

může umožnit sebevědomou participaci na aktivní úzdravě (Darlow et al. 2015). Je překonaným mýtem, že bolest indikuje zranění tkání, a proto se má člověk vyvarovat bolestivým pohybům (O’Keeffe et al. 2019). Zůstat aktivní podle dánských guidelines znamená udržení běžné míry denních aktivit, zahrnujících práci, navzdory bolesti (Stochkendahl et al. 2018).

K podstatě a prognóze: 57 % fyzioterapeutů/ek by ne zvolilo k edukaci formulaci b. *“Často se bolesti zad, jako jsou ty Vaše, během několika týdnů i spontánně upravují a nemívají následky - i když se mohou opakovat a u menšího procenta lidí být dlouhodobější.”*, oproti jen 15 % lékařů/ek. Uklidnění o dobré prognóze (formulace d.) by zvolila většina lékařů/ek 78 %, ale bohužel jen 47 % fyzioterapeutů/ek. Jaké důvody je k tomu vedou se dá jen odhadovat. Důvodem by mohla být neznalost obvyklého průběhu obtíží při nespecifické LBP. Jiným možným vysvětlením by bylo, že formulace se mohly fyzioterapeutům/kám zdát možná neadekvátní z důvodu příliš pozitivní prognózy, pokud mají většinově zkušenosti s horším průběhem u svých pacientů. Nebo naopak nechtějí pacienta vyděsit možností recidiv (b.)? Možná si nejsou jisti výsledky vyšetření (v tomto případě daného kazuistikou), aby mohli pacientovi M. A. bez obav tvrdit, že *“Vyšetření neukazuje na to, že jsou Vaše bolesti zad způsobené závažnou příčinou nebo že jsou záda poškozená. Je zřejmé ale jejich podráždění, které je naštěstí relativně obvyklé a normální.”*. Nebo mají zato, sdělování informací o podstatě a prognóze patří do kompetencí lékařů? Ale právě i fyzioterapeut/ka může být prvním odborníkem, kterého pacient vyhledá a je důležité poskytnout mu právě uklidnění a informace o prognóze, obecných příčinách, a možnostech pacienta participovat na procesu zotavení, které si většina pacientů přeje dostat (systematický přehled Lim et al. 2019). Takové „informační okénko“ může mít jen několik minut a dlouhodobý pozitivní efekt (O’Keeffe et al. 2019).

Pacientův „strach související s bolestí“ může být sycen interakcí se zdravotníky – nejen neverbální komunikací mimiky, ale také používáním ohrožujících „diagnostických nálepek“ (Leeuw et al. 2007a). Pacient v primární péči (do které pacient M. A. patří) má být zdravotníky ujištěn o benigní podstatě jeho obtíží, má dostat validní informace o prognóze jeho symptomů, možnostech, jak zacházet s bolestí a jejími konsekvencemi (Hasenbring a Pincus 2015). Klíčovou rolí edukace je rozptýlit mýty, které jsou bariérou self-managementu. A tyto mýty jsou 1) nálezy ze zobrazovacích vyšetření se vždy vztahují k LBP, 2) bolesti provokované aktivitami se má zcela vyhýbat a 3) páteř je zranitelná a musí být “chráněna“ během dne (O’Keeffe et al. 2019).

7. Vybrané intervence

Možnosti označené „*“ nebyly započítány do celkového skóre non-adherence a slouží jen k deskriptivnímu účelu zjištění.

a) Akupunktura

Akupunkturu by využilo 34 % lékařů/ek a 47 % fyzioterapeutů/ek, což je odpověď neodpovídající NICE guidelines.

Názor na využití akupunktury při terapii LBP je stále nejednotný. Podle přehledu Oliveira et al. (2018) je 4/8 guidelines pro užívání a 4/8 proti. NICE (2016) uvádí, že navzdory velkému množství studií a zúčastněných pacientů, stále není přesvědčivá a konsistentní evidence o terapeuticky specifickém efektu akupunktury. Klinicky podstatné efekty byly demonstrovány v krátkodobém horizontu. Nedostatek evidence o zlepšení bolesti nebo funkce v porovnání s placebem nakonec vedlo k rozhodnutí akupunkturu nedoporučit (NICE 2016).

44.5 % fyzioterapeutů v Ontariu považovalo akupunkturu za efektivní způsob managementu u pacientů s akutní LBP (Li a Bombardier 2001).

b) Trakce (trakční stůl, závažím, přístrojové)

Trakce by využilo 25 % lékařů/ek a 32 % fyzioterapeutů/ek, což neodpovídá NICE doporučením.

Mechanickou spinální trakci by zvolila u subakutního pacienta s LBP více než třetina fyzioterapeutů v Ontariu (Li a Bombardier 2001).

c) Využití psychologických přístupů*

Pacientovi M. A. by doporučilo využít (včetně odeslání ke specialistovi) psychologických přístupů 38 % lékařů/ek a 59 % fyzioterapeutů/ek. Bylo by zajímavé zjistit, proč je rozdíl mezi profesemi tak velký. Tato položka nebyla hodnocena, protože je často uváděno, že pro indikaci je nutné významné podezření na relevantnost těchto faktorů nebo nedostatečný efekt běžné léčby – to ale z uvedené kazuistiky nebylo (úmyslně) zcela patrné.

Využití psychosociální terapie v indikovaných případech doporučuje 11/11 guidelines, z nich 9 u chronické LBP (Oliveira et al. 2018).

d) Bederní pás

Bederní pás by doporučilo nebo nabídlo 27 % lékařů/ek a 33 % fyzioterapeutů/ek, tedy zhruba 1/3 zdravotníků vykazuje v této otázce non-adherenci.

Tým NICE guidelines zjistil, že evidence je dostatečná na to, aby se využívání bederních pásů nedoporučilo (NICE 2016). Bederní pás podle studie Li a Bombardier (2001) vy využilo méně než 2 % fyzioterapeutů v Ontariu u akutních pacientů s LBP a okolo 7 % u subakutních.

e) Skupinové cvičení*

Zastánci skupinového cvičení jsou, ale je jich kupodivu jen zhruba polovina (54 % lékařů/ek a 55 % fyzioterapeutů/ek), ostatní tuto možnost intervence pro pacienta M. A. nevybrali. Tato položka nebyla hodnocena, protože se jedná pouze o jednu z možných intervencí – zařazena byla ale z důvodu explicitního uvedení skupinového cvičení v guidelines dle NICE.

Skupinové cvičení doporučuje u pacienta s radikulární bolestí jen 10 % fyzioterapeutů, u akutních LBP pak kolem třetiny a subakutní více než polovina dotazovaných fyzioterapeutů v Ontariu (Li a Bombardier 2001).

f) Edukace o podstatě bolesti zad

Velmi dobrou adherenci k doporučením poskytovat edukaci o podstatě bolesti zad mají obě profese. Non-adherentní odpověď byla zaznamenána jen u 5 % lékařů/ek a 2 % fyzioterapeutů/ek

Z výběru 12 modalit terapií fyzioterapeuti/ky v Dánsku jako druhou nejčastější vybírali informovat pacienta o benigní podstatě a prognóze LBP (Husted et al. 2020).-Chybění jasné definice nespecifické LBP a nedostatek dostačujících informací/rad k aktuálním potížím pacienta od pečovatelského personálu, mohou zvýšit zmatek, tíseň a pro mnoho lidí ústít v nemožnost přijmout pozitivní copingové strategie (Wambeke et al. 2017). Ze systematického přehledu vyplývá, že nedostatečná diagnóza tedy nevysvětlení příčiny je zdrojem frustrace a nedůvěry v terapeutickém vztahu (Lim et al. 2019).

g) Edukace o všeobecné prognóze podobných bolestí zad

Oproti edukaci o podstatě byla zjištěna u této otázky míra non-adherence vyšší (13 % lékařů/ek a 23 % fyzioterapeutů/ek).

Edukace o pozitivním průběhu a benigní podstatě může poskytovat dlouhodobé ujištění a snížit s bolestí spojené psychologické strádání a zdravotní výlohy (O’Keeffe et al. 2019).

h) Vložky do bot

Vložky do bot by doporučilo 25 % lékařů/ek a 31 % fyzioterapeutů/ek, což je obdobná míra non-adherence jako u Bederního pásu a Trakce. Není zřejmé zdůvodnění takto vysoké míry non-adherence vzhledem k tomu, že v kazuistice nebyla epizoda LBP s dolními končetinami

nijak spojená. Může to poukazovat na způsob chápání obtíží, kdy „i malé rozdíly mohou vést k velkým problémům“, což by ale významně neodpovídalo současnému chápání fenoménu LBP. Jedná se ale o pouhou spekulaci.

i) Nácvik a edukace o samostatném domácím cvičení*

Vhodnost nácviku a edukace o domácím cvičení je téměř jednomyslně přijat (98 % lékařů/ek a 100 % fyzioterapeutů/ek).

Ve studii v Ontariu více než 90 % fyzioterapeutů zahrnuje do terapie individuální edukaci péče o záda a domácí cvičení (Li a Bombardier 2001).

j) Elektroterapie

Fyzikální terapie má v České republice evidentně stále své místo, protože 74 % fyzioterapeutů/ek by ji nabídlo pacientovi M. A. Lékařů/ek zastávající tuto terapii, která není součástí doporučení guidelines, je méně - 49 %. To je v protikladu k současným doporučeným postupům, kdy bývá elektroterapie dokonce obvykle výslovně nedoporučována.

Fyzikální terapii (zahrnující v tomto případě i termoterapii) by podle studie Li a Bombardier (2001) využila více než polovina fyzioterapeutů (častěji u akutních, než subakutních LBP).

k) Snaha o snížení obav jedince s bolestí zad (angl. reassurance)

Snahu snížit obavy jedince s bolestí zad by nemělo 5 % lékařů/ek a 8 % fyzioterapeutů/ek. Míra adherence je tedy vysoká.

10/14 guidelines doporučuje edukaci ve smyslu ujištění (Oliveira et al. 2018). V dlouhodobém měřítku kognitivní ujištění (tzn. informace, edukace) zřejmě redukuje strach a obavy z LBP více než citové ujištění (tzn. empatie). Ujišťující edukační intervence krátké i jen 5 minut mohou být pro lidi benefitem i v horizontu 12 měsíců (O’Keeffe et al. 2019).

l) Obstřík (facetových kloubů nebo "spoušťových bodů")

V této otázce výjimečně vykazovali lékaři/ky větší míru non-adherence (64 %) než fyzioterapeuti/ky (23 %).

Doporučení proti „spinálním injekcím“ udává 5/8 guidelines (Oliveira et al. 2018). NICE (2016) v části věnující se invazivním metodám terapie dochází k závěru, že není konzistentní kvalitní evidence, proto nejsou spinální injekce doporučeny.

m) Individuální pohybová terapie s fyzioterapeutem*

Individuální pohybovou terapii s fyzioterapeutem by doporučilo či provedlo (97 % lékařů/ek a 100 % fyzioterapeutů/ek). Avšak nizozemské guidelines upozorňují, že akutní LBP

s normálním průběhem by měly být řešeny především v rámci self-managementu a terapeut má poskytnout maximálně 3 návštěvy (Staal et al. 2013).

Přes 90 % fyzioterapeutů v Ontariu zařadilo do léčby akutního, o něco méně pak u subakutního pacienta s LBP (Li a Bombardier 2001).

n) Analgetika*

Analgetikům pravděpodobně více „věří“ lékaři/ky. 92 % z nich by je panu M. A. doporučili. Bylo uvedeno, že souhlas nemusí znamenat provedení, ale i doporučení nebo odeslání ke specialistovi. Z výsledků je patrné, že jen 54 % fyzioterapeutů/ek by pacientovi analgetika doporučilo.

Předepisování NSAIDs doporučuje 14/15 guidelines, užití paracetamolu 8/14 a naopak proti užití paracetamolu 5/14 (včetně NICE). Užívání opioidů zmiňuje 8/13 v případě akutní LBP a 5/16 v případě chronické LBP. NICE (2016) je proti užívání opioidů u chronické LBP (Oliveira et al. 2018), ale v souhrnu současných guidelines upozorňuje na nedostatečně prokázaný efekt opioidů při léčbě akutní LBP a potenciální nebezpečí poškození jedince a zhoršené výstupy léčby.

9.4 Limitace

Tento výzkum zahrnuje mnohé limitace. Zaprvé, byly hodnoceny jen odpovědi těch zdravotníků, kteří dokončili celý dotazník a není možné identifikovat počet těch, kteří výzvu obdrželi, přečetli ji, ale rozhodli se dotazník nevyplnit. Proto není např. zřejmé, ke kolika praktickým lékařům se výzva dostala a z jakého důvodu dotazník případně nevyplnili. Podle Ostela (2003) může dojít k výběrové chybě, protože ti, kteří se zajímají o kognitivně behaviorální přístupy jsou ochotnější k vyplňování dotazníků. Obecně se dotazníků účastní zpravidla lidé, kteří mají zájem o profesní růst a novinky v oboru, proto je možné že reálná míra non-adherence zdravotníků v České republice je o něco vyšší.

Dalším limitem je nemožnost hodnotit adherenci pomocí doporučených klinických postupů vzniklých v ČR, protože v době tohoto výzkumu nebyly žádné relevantní, recentní a dostatečně kvalitní identifikovány.

Další limitace mohou plynout ze zvolené metody zkoumání pomocí kazuistiky a formě kazuistiky. Studie popisují rozdíly v naměřené adherenci v závislosti na zvolené metodě a rozdíly v pacientech, popsaných kazuistikou. To může být příčinou případného rozdílu jednotlivých na kazuistice založených studií (Husted et al. 2020). Rutten et al. (2006) popisuje, že při srovnání výzkumu založeném na kazuistice a při reálné praxi pomocí záznamových

formulářů, vychází v případě kazuistiky menší adherence ke guidelines. Kazuistika také neumožňuje sledovat celý průběh terapie. Uzavřené otázky (tzn. volba předem určených odpovědí) dotazníku mohou vyplňujícího ovlivnit, a to může vést k nadhodnocení adherence ke guidelines. Ačkoli kazuistiky jsou obecně přijímány jako validní způsob měření adherence, studie srovnávající kazuistiky s neohlášenou návštěvou standardizovaného pacienta (zlatý standard) došla k závěru, že je slabá korelace mezi odpovědí terapeutů na základě kazuistiky a výpovědí standardizovaného pacienta.

Limitem většiny guidelines a na nich založených doporučení je nedostatek vysoce kvalitní evidence.

Pro další výzkum vztahu mezi léčebnou orientací, FA přesvědčeními a klinickou praxí by bylo vhodné využít i kvalitativních přístupů, pro ozřejnění relevantních faktorů.

10 Závěry z výzkumu

Rozdíl v míře FA přesvědčení u fyzioterapeutů/ek a lékařů/ek nebyl zjištěn. S mírou FA přesvědčení má zřejmě vztah délka praxe, avšak v zanedbatelné míře. Statisticky signifikantní rozdíl v naměřené non-adherenci mezi lékaři/kami a fyzioterapeuty/kami byl necelý jeden bod (0,89 bodu v rozmezí 0-25 bodů). Byla nalezena statisticky signifikantní asociace FA přesvědčení a non-adherence k doporučeným klinickým postupům u pacientů s LBP, který se projeví vzrůstem non-adherence o 0.22 bodu s každým dalším bodem ve skóre FABT. Celkově náš model vysvětluje ale jen 24 % variace non-adherence – významnou roli tak hrají zřejmě i další faktory, které nebyly v tomto výzkumu zohledněny.

Ukázalo se, že FA přesvědčení nemají zásadní vliv na volbu terapeutických a diagnostických postupů, přesto však z výzkumu vyplývá, že míra non-adherence je značná.

Vzdělávání zdravotníků, které by vedlo k zamezení nesprávných představ o povaze a léčbě LBP by mohlo zlepšit dlouhodobé výsledky. Navíc nekonsistentní informace zdravotníků vytváří nedůvěru v obor jako takový. Vzdelávání je potřeba rozšířit nejen mezi zdravotníky a pacienty, ale i mezi zaměstnavatele a celou společnost, aby nedocházelo k nepříjemným situacím např. od kolegů na pracovišti, kdy člověk s LBP je označen za „psychogenního“ nebo „simulujícího“ a tím byl stigmatizován s potenciálně negativními důsledky (Lim et al. 2019).

Při péči o pacienty s LBP je potřeba vybírat modely chápání a přístupy k léčbě, tak aby podporovaly vnímání zad jako struktury, která je schopná tolerovat zátěž a není snadné jí poškodit (Darlow et al. 2015). Ze strany zdravotníků by měl být kladen důraz na naslouchání, ujištění, vyvracení mýtů a hledání hodnotných aktivit, aby pacienti mohli zaujmout pozitivní přístup k LBP, nabyli schopnost přizpůsobit se a samostatně zvládnout sociální, fyzické i emociální výzvy na ně kladené (O’Keefe et al. 2019).

Další výzkum by mohl cílit na pacienty s chronickými LBP.

ZÁVĚR

Teoretická část byla věnována fenoménu nespecifické LBP a současným klinickým guidelines věnujícím se této problematice. Na základě bio-psycho-sociálního modelu bylo pojednáno o strachu souvisejícím s bolestí, FA přesvědčeních pacienta i zdravotníka. Představeny byly nástroje, kterými je možné tyto konstrukty hodnotit.

V praktické části byly popsány cíle výzkumu, metodologie, výsledky a v diskuzi uvedeno srovnání s dřívějšími studii ze zahraničí. Pro výzkum FA přesvědčení byl přeložen do češtiny a kulturně adaptován dotazník FABT a pro hodnocení non-adherence sestaveny otázky (inspirované zahraničními studii o adherenci ke klinickým guidelines) v návaznosti na prezentovanou kazuistiku. 344 lékařů/ek a fyzioterapeutů/ek vyplnilo on-line dotazník a bylo zahrnuto do statistického zpracování dat. Výsledné rozdíly v FABT skóre a skóre non-adherence mezi skupinou lékařů/ek a fyzioterapeutů/ek jsou pravděpodobně klinicky zanedbatelné, i přestože v případě non-adherence statisticky signifikantní. Ze zkoumaných demografických údajů má s mírou FA přesvědčení (FABT skóre) statisticky signifikantní vztah délka praxe (čím delší praxe, tím vyšší míra FA přesvědčení), který je avšak klinicky zanedbatelný. Statisticky nižší míru non-adherence také vykazují muži. Bylo naměřeno, že s každým bodem FABT stoupá míra non-adherence o 0.22 bodu. Z jednotlivých otázek se dá odvodit, že zdravotníci v České republice jsou pravděpodobně vnímaví k psychosociálním vlivům na zdraví a bolest, ale bolesti spojené s pohybem se ale snaží vyhnout v míře zřejmě nadměrné.

Vzhledem k tomu, že dotazník vyplnili pouze někteří z oslovených zdravotníků a vzhledem k jeho povaze (on-line) náš zkoumaný vzorek nemůže být zcela reprezentativní. Další limity souvisejí se zvolenou metodou výzkumu pomocí kazuistiky. Jistým nedostatkem je i hodnocení práce českých zdravotníků, avšak podle zahraničních klinických guidelines.

Z výsledků je zřejmé, že míra adherence k doporučeným klinickým postupům je v České republice nízká. Jasně zdůvodnění ale z našeho výzkumu není patrné. Vyšší míra adherence by mohla přispět jak k větší spokojenosti pacientů, tak i k větší jistotě v práci zdravotníků. Téma kvality péče a jejího hodnocení má svou hodnotu a doufám, že se na jejím zlepšování bude v rámci vzdělávání zdravotníků pracovat.

REFERENČNÍ SEZNAM

- ALHOWIMEL, A., M. ALOTAIBI, K. RADFORD a N. COULSON, 2018. Psychosocial factors associated with change in pain and disability outcomes in chronic low back pain patients treated by physiotherapist: A systematic review. *SAGE Open Medicine* [online]. **6** [cit. 2021-02-25]. ISSN 2050-3121. Dostupné z: doi:10.1177/2050312118757387
- ALOTAIBI, M., R. DAS NAIR a K. RADFORD, 2016. Psychosocial factors influence participation in people with chronic low back pain: a systematic review. *Physiotherapy* [online]. **102**, The 4th European Congress of the European Region of the World Confederation of Physical Therapy (ER-WCPT) Abstracts, Liverpool, UK, 11-12 November 2016, e46. [cit. 2021-02-23]. ISSN 0031-9406. Dostupné z: doi:10.1016/j.physio.2016.10.365
- BEKKERING, G. E., H. J. M. HENDRIKS, M. W. VAN TULDER, D. L. KNOL, M. HOEIJENBOS, R. a. B. OOSTENDORP a L. M. BOUTER, 2005. Effect on the process of care of an active strategy to implement clinical guidelines on physiotherapy for low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Quality & Safety in Health Care* [online]. **14**(2), 107–112. [cit. 2021-04-22]. ISSN 1475-3898. Dostupné z: doi:10.1136/qshc.2003.009357
- BENECIUK, Jason M. a Steven Z. GEORGE, 2015. Pragmatic Implementation of a Stratified Primary Care Model for Low Back Pain Management in Outpatient Physical Therapy Settings: Two-Phase, Sequential Preliminary Study. *Physical Therapy* [online]. **95**(8), 1120–1134. [cit. 2021-03-05]. ISSN 1538-6724. Dostupné z: doi:10.2522/ptj.20140418
- BISHOP, Annette, Nadine E. FOSTER, Elaine THOMAS a Elaine M. HAY, 2008. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain* [online]. **135**(1), 187–195. [cit. 2021-01-26]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/j.pain.2007.11.010
- BOUWMEESTER, Walter, Annefloor VAN ENST a Maurits VAN TULDER, 2009. Quality of low back pain guidelines improved. *Spine* [online]. **34**(23), 2562–2567. [cit. 2021-03-28]. ISSN 1528-1159. Dostupné z: doi:10.1097/BRS.0b013e3181b4d50d
- BRINJIKJI, W., F. E. DIEHN, J. G. JARVIK, C. M. CARR, D. F. KALLMES, M. H. MURAD a P. H. LUETMER, 2015. MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJNR. American journal of neuroradiology* [online]. **36**(12), 2394–2399. [cit. 2021-04-25]. ISSN 1936-959X. Dostupné z: doi:10.3174/ajnr.A4498
- BUCHBINDER, R., D. JOLLEY a M. WYATT, 2001. 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. *Spine* [online]. **26**(23), 2535–2542. [cit. 2021-01-20]. ISSN 0362-2436. Dostupné z: doi:10.1097/00007632-200112010-00005
- BURTON, A. K., F. BALAGUÉ, G. CARDON, H. R. ERIKSEN, Y. HENROTIN, A. LAHAD, A. LECLERC, G. MÜLLER a A. J. VAN DER BEEK, 2006. Chapter 2 European guidelines for prevention in low back pain. *European Spine Journal* [online]. **15**(Suppl 2), s136–s168. [cit. 2021-02-16]. ISSN 0940-6719. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-006-1070-3
- BUSSIÈRES, André E., Gregory STEWART, Fadi AL-ZOUBI, Philip DECINA, Martin DESCARREAUX, Danielle HASKETT, Cesar HINCAPIÉ, Isabelle PAGÉ, Steven PASSMORE, John SRBELY, Maja STUPAR, Joel WEISBERG a Joseph ORNELAS, 2018. Spinal Manipulative Therapy and Other Conservative Treatments for Low Back Pain: A Guideline From the Canadian Chiropractic Guideline Initiative. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* [online]. **41**(4), 265–293. [cit. 2021-02-22]. ISSN 1532-6586. Dostupné z: doi:10.1016/j.jmpt.2017.12.004
- CASTELLINI, G., V. IANNICELLI, M. BRIGUGLIO, D. CORBETTA, L. M. SCONFENZA, G. BANFI a S. GIANOLA, 2020. Are clinical practice guidelines for low back pain interventions of high quality and updated? A systematic review using the AGREE II instrument. *BMC Health Services Research* [online]. **20**(1), 970. [cit. 2021-02-16]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-020-05827-w
- COUDEYRE, Emmanuel, Francois RANNOU, Florence TUBACH, Gabriel BARON, Fernand CORIAT, Sylvie BRIN, Michel REVEL a Serge POIRAUDEAU, 2006. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their

- management of patients with low back pain. *Pain* [online]. **124**(3), 330–337. [cit. 2021-04-15]. ISSN 1872-6623. Dostupné z: doi:10.1016/j.pain.2006.05.003
- CROFT, Peter R., Gary J. MACFARLANE, Ann C. PAPAGEORGIOU, Elaine THOMAS a Alan J. SILMAN, 1998. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ* [online]. **316**(7141), 1356. [cit. 2021-03-10]. ISSN 0959-8138, 1468-5833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.316.7141.1356
- CROMBEZ, Geert, Christopher ECCLESTON, Stefaan VAN DAMME, Johan W. S. VLAEYEN a Paul KAROLY, 2012. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical Journal of Pain* [online]. **28**(6), 475–483. [cit. 2021-01-20]. ISSN 1536-5409. Dostupné z: doi:10.1097/AJP.0b013e3182385392
- CROSS, Blair, Sarah DEAN, Jean HAY-SMITH a Mark WEATHERALL, 2014. Fear Avoidance Beliefs, Held by Occupational Therapists, are Associated with Treatment Recommendations. *The British Journal of Occupational Therapy* [online]. **77**. [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: doi:10.4276/030802214X14018723138075
- DARLOW, B., S. DEAN, M. PERRY, F. MATHIESON, J. STANLEY, M. MELLOH, G. D. BAXTER a A. DOWELL, 2015. Low back pain: exploring underlying beliefs and how these have been influenced. *Physiotherapy* [online]. **101**, e295–e296. [cit. 2021-01-10]. ISSN 0031-9406, 1873-1465. Dostupné z: doi:10.1016/j.physio.2015.03.489
- DARLOW, B., B. M. FULLEN, S. DEAN, D. A. HURLEY, G. D. BAXTER a A. DOWELL, 2012. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *European Journal of Pain (London, England)* [online]. **16**(1), 3–17. [cit. 2021-01-10]. ISSN 1532-2149. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejpain.2011.06.006
- DARLOW, Ben, 2016. Beliefs about back pain: The confluence of client, clinician and community. *International Journal of Osteopathic Medicine* [online]. **20**. [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijosm.2016.01.005
- DARLOW, Ben, Bruce B. FORSTER, Kieran O’SULLIVAN a Peter O’SULLIVAN, 2017. It is time to stop causing harm with inappropriate imaging for low back pain. *British Journal of Sports Medicine* [online]. **51**(5), 414–415. [cit. 2021-01-20]. ISSN 1473-0480. Dostupné z: doi:10.1136/bjsports-2016-096741
- DARLOW, Ben, Meredith PERRY, Fiona MATHIESON, James STANLEY, Markus MELLOH, Reginald MARSH, G. David BAXTER a Anthony DOWELL, 2014. The development and exploratory analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). *BMJ Open* [online]. **4**(5), e005251. [cit. 2021-01-20]. ISSN 2044-6055, 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2014-005251
- DE SOUZA, Fabrício S., Carlos E. LADEIRA a Leonardo O. P. COSTA, 2017. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists: A Cross-sectional Study. *Spine* [online]. **42**(21), E1251–E1258. [cit. 2021-04-25]. ISSN 1528-1159. Dostupné z: doi:10.1097/BRS.0000000000002190
- DE VET, Henrica C. W., Martijn W. HEYMANS, Kate M. DUNN, Daniel P. POPE, Allard J. VAN DER BEEK, Gary J. MACFARLANE, Lex M. BOUTER a Peter R. CROFT, 2002. Episodes of low back pain: a proposal for uniform definitions to be used in research. *Spine* [online]. **27**(21), 2409–2416. [cit. 2021-04-25]. ISSN 1528-1159. Dostupné z: doi:10.1097/01.BRS.0000030307.34002.BE
- DONISELLI, Fabio Martino, Moreno ZANARDO, Luigi MANFRÈ, Giacomo Davide Edoardo PAPINI, Alex ROVIRA, Francesco SARDANELLI, Luca Maria SCONFENZA a Estanislao ARANA, 2018. A critical appraisal of the quality of low back pain practice guidelines using the AGREE II tool and comparison with previous evaluations: a EuroAIM initiative. *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* [online]. **27**(11), 2781–2790. [cit. 2021-03-16]. ISSN 1432-0932. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-018-5763-1
- DOWNIE, Aron, Mark HANCOCK, Hazel JENKINS, Rachelle BUCHBINDER, Ian HARRIS, Martin UNDERWOOD, Stacy GOERGEN a Chris G. MAHER, 2020. How common is imaging for low back pain in primary and emergency care? Systematic review and meta-analysis of over 4 million imaging requests across 21 years. *British Journal of Sports Medicine* [online]. **54**(11), 642–651. [cit. 2021-03-16]. ISSN 1473-0480. Dostupné z: doi:10.1136/bjsports-2018-100087

- ELLIS, Albert, 1962. *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart. Reason and emotion in psychotherapy.
- ENGEL, G. L., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)* [online]. **196**(4286), 129–136. ISSN 0036-8075. Dostupné z: doi:10.1126/science.847460
- EVANS, David W., Alan C. BREEN, Tamar PINCUS, Julius SIM, Martin UNDERWOOD, Steven VOGEL a Nadine E. FOSTER, 2010. The Effectiveness of a Posted Information Package on the Beliefs and Behavior of Musculoskeletal Practitioners: The UK Chiropractors, Osteopaths, and Musculoskeletal Physiotherapists Low Back Pain Management (COMPLEMENT) Randomized Trial. *Spine* [online]. **35**(8), 858–866. [cit. 2021-01-10]. ISSN 0362-2436. Dostupné z: doi:10.1097/BRS.0b013e3181d4e04b
- FRANCHIGNONI, Franco, Andrea GIORDANO, Barbara ROCCA, Giorgio FERRIERO a Marco MONTICONE, 2021. A further Rasch analysis of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire in adults with chronic low back pain suggests the revision of its rating scale. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* [online]. **57**(1), 110–119. [cit. 2021-01-19]. ISSN 1973-9095. Dostupné z: doi:10.23736/S1973-9087.20.06328-5
- FULLEN, B. M., G. D. BAXTER, B. G. G. O'DONOVAN, C. DOODY, L. DALY a D. A. HURLEY, 2008. Doctors' attitudes and beliefs regarding acute low back pain management: A systematic review. *Pain* [online]. **136**(3), 388–396. [cit. 2021-02-19]. ISSN 1872-6623. Dostupné z: doi:10.1016/j.pain.2008.01.003
- GARCÍA, Laura Martínez, Andrea Juliana SANABRIA, Elvira García ÁLVAREZ, Maria Mar TRUJILLO-MARTÍN, Itziar ETXEANDIA-IKOBALTZETA, Anna KOTZEVA, David RIGAU, Arturo LOURO-GONZÁLEZ, Leticia BARAJAS-NAVA, Petra Díaz DEL CAMPO, Maria-Dolors ESTRADA, Ivan SOLÀ, Javier GRACIA, Flavia SALCEDO-FERNANDEZ, Jennifer LAWSON, R. Brian HAYNES a Pablo ALONSO-COELLO, 2014. The validity of recommendations from clinical guidelines: a survival analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* [online]. **186**(16), 1211–1219. [cit. 2021-02-19]. ISSN 0820-3946. Dostupné z: doi:10.1503/cmaj.140547
- GEORGE, Steven Z., Julie M. FRITZ, Joel E. BIALOSKY a Douglas A. DONALD, 2003. The effect of a fear-avoidance-based physical therapy intervention for patients with acute low back pain: results of a randomized clinical trial. *Spine* [online]. **28**(23), 2551–2560. [cit. 2021-02-19]. ISSN 1528-1159. Dostupné z: doi:10.1097/01.BRS.0000096677.84605.A2
- HANCOCK, Mark J., Chris G. MAHER, Mark LASLETT, Elaine HAY a Bart KOES, 2011. Discussion paper: what happened to the „bio" in the bio-psycho-social model of low back pain? *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* [online]. **20**(12), 2105–2110. [cit. 2020-12-20]. ISSN 1432-0932. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-011-1886-3
- HARRIS, Ian A., Adrian TRAEGER, Ralph STANFORD, Christopher G. MAHER a Rachelle BUCHBINDER, 2018. Lumbar spine fusion: what is the evidence? *Internal Medicine Journal* [online]. **48**(12), 1430–1434. [cit. 2021-02-06]. ISSN 1445-5994. Dostupné z: doi:10.1111/imj.14120
- HARTVIGSEN, Jan, Mark J. HANCOCK, Alice KONGSTED, Quinette LOUW, Manuela L. FERREIRA, Stéphane GENEVAY, Damian HOY, Jaro KARPPINEN, Glenn PRANSKY, Joachim SIEPER, Rob J. SMEETS, Martin UNDERWOOD a Lancet Low Back Pain Series Working GROUP, 2018. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet* [online]. **391**(10137), 2356–2367. [cit. 2020-12-20]. ISSN 0140-6736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(18)30480-X
- HASENBRING, Monika I. a Tamar PINCUS, 2015. Effective reassurance in primary care of low back pain: what messages from clinicians are most beneficial at early stages? *The Clinical Journal of Pain* [online]. **31**(2), 133–136. [cit. 2021-02-20]. ISSN 1536-5409. Dostupné z: doi:10.1097/AJP.0000000000000097
- HOLZAPFEL, Sebastian, Jenny RIECKE, Winfried RIEF, Jessica SCHNEIDER a Julia A. GLOMBIEWSKI, 2016. Development and Validation of the Behavioral Avoidance Test-Back Pain (BAT-Back) for Patients With Chronic Low Back Pain. *The Clinical Journal of Pain* [online]. **32**(11), 940–947. [cit. 2020-12-15]. ISSN 1536-5409. Dostupné z: doi:10.1097/AJP.0000000000000349

- Houben, R. M. A., A. Gijzen, J. Peterson, P. J. de Jong a J. W. S. Vlaeyen, 2005a. Do health care providers' attitudes towards back pain predict their treatment recommendations? Differential predictive validity of implicit and explicit attitude measures. *Pain* [online]. **114**(3), 491–498. [cit. 2020-12-15]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/j.pain.2005.01.017
- Houben, Ruud M. A., Raymond W. J. G. Ostelo, Johan W. S. Vlaeyen, Pieter M. J. C. Wolters, Madelon Peters a Suzanne G. M. Stomp-van den Berg, 2005b. Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *European Journal of Pain (London, England)* [online]. **9**(2), 173–183. [cit. 2020-12-15]. ISSN 1090-3801. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejpain.2004.05.002
- Houben, Ruud M. A., Johan W. S. Vlaeyen, Madelon Peters, Raymond W. J. G. Ostelo, Pieter M. J. C. Wolters a Suzanne G. M. Stomp-van den Berg, 2004. Health care providers' attitudes and beliefs towards common low back pain: factor structure and psychometric properties of the HC-PAIRS. *The Clinical Journal of Pain* [online]. **20**(1), 37–44. [cit. 2020-12-15]. ISSN 0749-8047. Dostupné z: doi:10.1097/00002508-200401000-00008
- HOY, Damian, Lyn March, Peter Brooks, Fiona Blyth, Anthony Woolf, Christopher Bain, Gail Williams, Emma Smith, Theo Vos, Jan Barendregt, Chris Murray, Roy Burstein a Rachel Buechbinder, 2014. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases* [online]. **73**(6), 968–974. [cit. 2020-12-20]. ISSN 1468-2060. Dostupné z: doi:10.1136/annrheumdis-2013-204428
- Husted, Maja, Camilla B. Rossen, Tue S. Jensen, Lone R. Mikkelsen a Nanna Rolving, 2020. Adherence to key domains in low back pain guidelines: A cross-sectional study of Danish physiotherapists. *Physiotherapy Research International* [online]. **25**(4), e1858. [cit. 2020-12-15]. ISSN 1471-2865. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1002/pri.1858
- Cheung, Kenneth M. C., Jaro Karppinen, Danny Chan, Daniel W. H. Ho, You-Qiang Song, Pak Sham, Kathryn S. E. Cheah, John C. Y. Leong a Keith D. K. Luk, 2009. Prevalence and pattern of lumbar magnetic resonance imaging changes in a population study of one thousand forty-three individuals. *Spine* [online]. **34**(9), 934–940. [cit. 2021-01-09]. ISSN 1528-1159. Dostupné z: doi:10.1097/BRS.0b013e3181a01b3f
- Indahl, A., E. H. Haldorsen, S. Holm, O. Reikerås a H. Ursin, 1998. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine* [online]. **23**(23), 2625–2630. [cit. 2021-01-09] ISSN 0362-2436. Dostupné z: doi:10.1097/00007632-199812010-00018
- Kanfer, Frederick H. a Jeanne S. Phillips, 1970. *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley. Series in psychology. ISBN 978-0-471-45601-8.
- Kenton, Will, 2020. Hawthorne Effect. *Investopedia* [online] [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: https://www.investopedia.com/terms/h/hawthorne-effect.asp
- Koes, B. W., M. W. van Tulder, R. Ostelo, A. Kim Burton a G. Waddell, 2001. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* [online]. **26**(22), 2504–2513; discussion 2513-2514. [cit. 2021-01-13]. ISSN 0362-2436. Dostupné z: doi:10.1097/00007632-200111150-00022
- Koes, Bart W., Maurits van Tulder, Chung-Wei Christine Lin, Luciana G. Macedo, James McAuley a Chris Maher, 2010. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal* [online]. **19**(12), 2075–2094. [cit. 2021-01-13]. ISSN 0940-6719. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-010-1502-y
- Konstantinou, Kika, Kate M. Dunn, Reuben Ogollah, Martyn Lewis, Danielle van der Windt, Elaine M. Hay, a ATLAS STUDY TEAM, 2018. Prognosis of sciatica and back-related leg pain in primary care: the ATLAS cohort. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society* [online]. **18**(6), 1030–1040. [cit. 2021-01-11]. ISSN 1878-1632. Dostupné z: doi:10.1016/j.spinee.2017.10.071
- Kori, S., 1990. Kinisophobia : A new view of chronic pain behavior. *Pain Manage.* **Jan:/Feb**, 35–43.

- KUMAR, S., 1994. A conceptual model of overexertion [correction of overexertion], safety, and risk of injury in occupational settings. *Human Factors* [online]. **36**(2), 197–209. [cit. 2021-03-13]. ISSN 0018-7208. Dostupné z: doi:10.1177/001872089403600202
- LAM, Olivier T., David M. STRENGER, Matthew CHAN-FEE, Paul Thuong PHAM, Richard A. PREUSS a Shawn M. ROBBINS, 2018. Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-analysis. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* [online]. **48**(6), 476–490. [cit. 2021-03-13]. ISSN 1938-1344. Dostupné z: doi:10.2519/jospt.2018.7562
- LATIMER, Jane, Christopher MAHER a Kathryn REFSHAUGE, 2004. The Attitudes and Beliefs of Physiotherapy Students to Chronic Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*. **20**(1), 45–50. [cit. 2021-02-13]. ISSN 0749-8047.
- LEE, Hopin, Markus HÜBSCHER, G. Lorimer MOSELEY, Steven J. KAMPER, Adrian C. TRAEGER, Gemma MANSELL a James H. MCAULEY, 2015. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain* [online]. **156**(6), 988–997. [cit. 2021-02-16]. ISSN 1872-6623. Dostupné z: doi:10.1097/j.pain.0000000000000146
- LEEUW, Maaïke, Mariëlle E. J. B. GOOSSENS, Steven J. LINTON, Geert CROMBEZ, Katja BOERSMA a Johan W. S. VLAEYEN, 2007a. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine* [online]. **30**(1), 77–94. [cit. 2021-01-10]. ISSN 0160-7715. Dostupné z: doi:10.1007/s10865-006-9085-0
- LEEUW, Maaïke, Mariëlle E. J. B. GOOSSENS, Gerard J. P. VAN BREUKELEN, Katja BOERSMA a Johan W. S. VLAEYEN, 2007b. Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain: the Photograph Series of Daily Activities--short electronic version. *The Journal of Pain* [online]. **8**(11), 840–849. [cit. 2021-01-10]. ISSN 1526-5900. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpain.2007.05.013
- LEYSEN, Marijke, Jo NIJS, Paul VAN WILGEN, Christophe DEMOULIN, Wim DANKAERTS, Lieven DANNEELS, Lennard VOOGT, Albère KÖKE, Laurent PITANCE a Nathalie ROUSSEL, 2020. Attitudes and beliefs on low back pain in physical therapy education: A cross-sectional study. *Brazilian Journal of Physical Therapy* [online]. [cit. 2021-02-28]. ISSN 1413-3555. Dostupné z: doi:10.1016/j.bjpt.2020.08.002
- LI, Linda C a Claire BOMBARDIER, 2001. Physical Therapy Management of Low Back Pain: An Exploratory Survey of Therapist Approaches. *Physical Therapy* [online]. **81**(4), 1018–1028. [cit. 2021-02-28]. ISSN 0031-9023. Dostupné z: doi:10.1093/ptj/81.4.1018
- LIM, Yuan Z, Louisa CHOU, Rebecca TM AU, KL Maheeka D SENEVIWICKRAMA, Flavia M CICUTTINI, Andrew M BRIGGS, Kaye SULLIVAN, Donna M URQUHART a Anita E WLUKA, 2019. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* [online]. **65**(3), 124–135. [cit. 2020-12-20]. ISSN 1836-9553. Dostupné z: doi:10.1016/j.jphys.2019.05.010
- LINTON, Steven J., Johan VLAEYEN a Raymond OSTELO, 2002. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **12**(4), 223–232. [cit. 2020-12-15]. ISSN 1053-0487. Dostupné z: doi:10.1023/a:1020218422974
- LUNDBERG, M., A. GRIMBY-EKMAN, J. VERBUNT a M. J. SIMMONDS, 2011. Pain-Related Fear: A Critical Review of the Related Measures. *Pain Research and Treatment* [online]. **2011**, 1–26. [cit. 2021-01-13]. ISSN 2090-1542, 2090-1550. Dostupné z: doi:10.1155/2011/494196
- LUQUE-SUAREZ, Alejandro, Javier MARTINEZ-CALDERON a Deborah FALLA, 2019. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine* [online]. **53**(9), 554–559. [cit. 2021-02-13]. ISSN 1473-0480. Dostupné z: doi:10.1136/bjsports-2017-098673
- LYNN SNOW-TUREK, A., Margaret P. NORRIS a Gabriel TAN, 1996. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* [online]. **64**(3), 455–462. [cit. 2021-02-13]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/0304-3959(95)00190-5

- MACDOUGALL, Hana L., Steven Z. GEORGE a Geoffrey C. DOVER, 2019. Low Back Pain Treatment by Athletic Trainers and Athletic Therapists: Biomedical or Biopsychosocial Orientation? *Journal of Athletic Training* (Allen Press). **54**(7), 772–779. [cit. 2021-02-13]. ISSN 10626050.
- MAHER, Chris, Martin UNDERWOOD a Rachele BUCHBINDER, 2017. Non-specific low back pain. *The Lancet* [online]. **389**(10070), 736–747. [cit. 2021-02-13]. ISSN 0140-6736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(16)30970-9
- MEDEIROS, Flávia Cordeiro, Leonardo Oliveira Pena COSTA, Indira Soares OLIVEIRA, Renan Kendy OSHIMA a Lucíola Cunha Menezes COSTA, 2018. The use of STarT BACK Screening Tool in emergency departments for patients with acute low back pain: a prospective inception cohort study. *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* [online]. **27**(11), 2823–2830. [cit. 2020-12-20]. ISSN 1432-0932. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-018-5586-0
- MELZACK, Ronald, 1999. From the gate to the neuromatrix. *Pain* [online]. **Suppl 6**, S121–S126. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/S0304-3959(99)00145-1
- MENEZES COSTA, Luciola da C., Christopher G. MAHER, Mark J. HANCOCK, James H. MCAULEY, Robert D. HERBERT a Leonardo O.P. COSTA, 2012. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* [online]. **184**(11), E613–E624. [cit. 2021-03-13]. ISSN 0820-3946. Dostupné z: doi:10.1503/cmaj.111271
- MEULDERS, Ann, 2019. From fear of movement-related pain and avoidance to chronic pain disability: A state-of-the-art review. *Current Opinion in Behavioral Sciences* [online]. **26**, 130–136. [cit. 2021-03-16]. ISSN 2352-1554(Electronic),2352-1546(Print). Dostupné z: doi:10.1016/j.cobeha.2018.12.007
- MORAN, Robert W., Wendy M. RUSHWORTH a Jesse MASON, 2017. Investigation of four self-report instruments (FABT, TSK-HC, Back-PAQ, HC-PAIRS) to measure healthcare practitioners' attitudes and beliefs toward low back pain: Reliability, convergent validity and survey of New Zealand osteopaths and manipulative physiotherapists. *Musculoskeletal Science and Practice* [online]. **32**, 44–50. [cit. 2020-12-15]. ISSN 2468-7812. Dostupné z: doi:10.1016/j.msksp.2017.08.008
- MÜLLER, Ivan a Pavel KACEROVSKÝ, 2001. Bolesti zad vertebrogenního původu. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online] [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>
- MUTSAERS, J.-H. a M., R. PETERS, A. L. POOL-GOUDZWAARD, B. W. KOES a A. P. VERHAGEN, 2012. Psychometric properties of the Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists: a systematic review. *Manual Therapy* [online]. **17**(3), 213–218. [cit. 2021-01-13]. ISSN 1532-2769. Dostupné z: doi:10.1016/j.math.2011.12.010
- NICE, 2016. *Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management* [online]. National Guideline Centre (Great Britain): National Institute for Health and Care Excellence (UK) [cit. 2021-03-29]. ISBN 978-1-4731-2188-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401577/>
- NSW, Agency for Clinical Innovation, 2016. *Management of people with acute low back pain: model of care*. [online]. Chatswood. B.m.: Musculoskeletal Network [cit. 2021-02-18]. ISBN 978-1-76000-495-8. Dostupné z: <https://aci.health.nsw.gov.au/resources/musculoskeletal/management-of-people-with-acute-low-back-pain/albp-model/albp-moc>
- O'CONNELL, Neil E., Chad E. COOK, Benedict M. WAND a Stephen P. WARD, 2016. Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology* [online]. **30**(6), 968–980. [cit. 2020-12-15]. ISSN 1532-1770. Dostupné z: doi:10.1016/j.berh.2017.05.001
- O'CONNELL, Neil E. a Stephen P. WARD, 2018. Low Back Pain: What Have Clinical Guidelines Ever Done for Us? *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* [online]. **48**(2), 54–57. [cit. 2020-12-15]. ISSN 1938-1344. Dostupné z: doi:10.2519/jospt.2018.0602

- O'KEEFFE, Mary, Peter B. O'SULLIVAN a Kieran O'SULLIVAN, 2019. Education can „change the world”: Can clinical education change the trajectory of individuals with back pain? *British Journal of Sports Medicine* [online]. **53**(22), 1385–1386. [cit. 2021-01-13]. ISSN 1473-0480. Dostupné z: doi:10.1136/bjsports-2018-100190
- OLIVEIRA, Crystian B., Chris G. MAHER, Rafael Z. PINTO, Adrian C. TRAEGER, Chung-Wei Christine LIN, Jean-François CHENOT, Maurits VAN TULDER a Bart W. KOES, 2018. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal* [online]. **27**(11), 2791–2803. [cit. 2021-02-18]. ISSN 1432-0932. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-018-5673-2
- OSTELO, R. W. J. G., S. G. M. STOMP-VAN DEN BERG, J. W. S. VLAEYEN, P. M. J. C. WOLTERS a H. C. W. DE VET, 2003. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Manual Therapy* [online]. **8**(4), 214–222. [cit. 2021-01-13]. ISSN 1356-689X. Dostupné z: doi:10.1016/s1356-689x(03)00013-4
- OSTRÝ, Svatopluk, Ivana ŠTĚTKÁŘOVÁ, Jaroslava KORSKA a Josef BEDNAŘÍK, 2020. Czech Neurological Society CMA JEP expert opinion for primary care management of acute low back pain in adults. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. **83/116**(6), 659–666. [cit. 2021-02-20]. ISSN 12107859, 18024041. Dostupné z: doi:10.48095/ccccnn2020659
- PALEČEK, Tomáš, Ladislav TÓTH a Richard CHALOUPKA, 2001. Bolesti v kříži. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online] [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>
- PEABODY, J. W., J. LUCK, P. GLASSMAN, T. R. DRESSELHAUS a M. LEE, 2000. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* [online]. **283**(13), 1715–1722. [cit. 2021-03-03]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: doi:10.1001/jama.283.13.1715
- PINCUS, Tamar, Rob J. E. M. SMEETS, Maureen J. SIMMONDS a Michael J. L. SULLIVAN, 2010. The fear avoidance model disentangled: improving the clinical utility of the fear avoidance model. *The Clinical Journal of Pain* [online]. **26**(9), 739–746. [cit. 2021-03-03]. ISSN 1536-5409. Dostupné z: doi:10.1097/AJP.0b013e3181f15d45
- PREMKUMAR, Ajay, William GODFREY, Michael B. GOTTSCHALK a Scott D. BODEN, 2018. Red Flags for Low Back Pain Are Not Always Really Red: A Prospective Evaluation of the Clinical Utility of Commonly Used Screening Questions for Low Back Pain. *JBJS* [online]. **100**(5), 368–374. [cit. 2021-03-23]. ISSN 0021-9355. Dostupné z: doi:10.2106/JBJS.17.00134
- QASEEM, Amir, Timothy J. WILT, Robert M. MCLEAN a Mary Ann FORCIEA, 2017. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* [online]. **166**(7), 514–530. [cit. 2021-02-03]. ISSN 0003-4819. Dostupné z: doi:10.7326/M16-2367
- RACHMAN, S., 1998. *Anxiety* [online] [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: [https://www.google.com/search?q=Rachman%2C+S.\(1998\).+Anxiety.+Psychological+Press%2C+Hove.&aq=chrome.69i57.229j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Rachman%2C+S.(1998).+Anxiety.+Psychological+Press%2C+Hove.&aq=chrome.69i57.229j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- RAINVILLE, J., D. BAGNALL a L. PHALEN, 1995. Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. *The Clinical Journal of Pain* [online]. **11**(4), 287–295. [cit. 2021-01-09]. ISSN 0749-8047. Dostupné z: doi:10.1097/00002508-199512000-00006
- RAINVILLE, James, Nels CARLSON, Peter POLATIN, Robert J. GATCHEL a Aage INDAHL, 2000. Exploration of Physicians' Recommendations for Activities in Chronic Low Back Pain. *Spine*. **25**(17), 2210–2220. ISSN 0362-2436.
- RAINVILLE, James, Rob J. E. M. SMEETS, Tom BENDIX, Torill H. TVEITO, Serge POIRAUDEAU a Aage J. INDAHL, 2011. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain—translating research into clinical practice. *The Spine Journal* [online]. **11**(9), 895–903. [cit. 2021-01-10]. ISSN 1529-9430. Dostupné z: doi:10.1016/j.spinee.2011.08.006

- RAJA, Srinivasa N., Daniel B. CARR, Milton COHEN, Nanna B. FINNERUP, Herta FLOR, Stephen GIBSON, Francis J. KEEFE, Jeffrey S. MOGIL, Matthias RINGKAMP, Kathleen A. SLUKA, Xue-Jun SONG, Bonnie STEVENS, Mark D. SULLIVAN, Perri R. TUTELMAN, Takahiro USHIDA a Kyle VADER, 2020. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [online]. **161**(9), 1976–1982. [cit. 2021-01-10]. ISSN 1872-6623. Dostupné z: doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- RILEY, JF, DK AHERN a MJ FOLLICK, 1988. Chronic pain and functional impairment: assessing beliefs about their relationship. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. **69**(8), 579–582.
- RIPPENTROP, Elizabeth A., Elizabeth M. ALTMAIER, Joseph J. CHEN, Ernest M. FOUND a Valerie J. KEFFALA, 2005. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* [online]. **116**(3), 311–321. [cit. 2021-03-23]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/j.pain.2005.05.008
- RUTTEN, Geert M. J., Janneke HARTING, Stephen T. J. RUTTEN, Geertruida E. BEKKERING a Stef P. J. KREMERS, 2006. Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: a validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [online]. **12**(5), 491–500. [cit. 2021-03-23]. ISSN 1365-2753. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00699.x
- RYAN, Clare, Catherine J. POPE a Lisa ROBERTS, 2020. Why managing sciatica is difficult: patients' experiences of an NHS sciatica pathway. A qualitative, interpretative study. *BMJ open* [online]. **10**(6), e037157. [cit. 2021-02-23]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2020-037157
- SANCHIS-SÁNCHEZ, Enrique, Enrique LLUCH-GIRBÉS, Pepe GUILLART-CASTELLS, Sylvia GEORGIEVA, Pablo GARCÍA-MOLINA a Jose-María BLASCO, 2021. Effectiveness of mechanical diagnosis and therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a literature review with meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy* [online]. **25**(2), 117–134. [cit. 2021-02-23]. ISSN 1809-9246. Dostupné z: doi:10.1016/j.bjpt.2020.07.007
- SHERRINGTON, C. S. a S. C. SOWTON, 1915. Observations on reflex responses to single break-shocks. *The Journal of Physiology* [online]. **49**(5), 331–348. [cit. 2021-02-28]. ISSN 0022-3751. Dostupné z: doi:10.1113/jphysiol.1915.sp001713
- SCHER, Clara, Lauren MEADOR, Janet H. VAN CLEAVE a M. Carrington REID, 2018. Moving Beyond Pain as the Fifth Vital Sign and Patient Satisfaction Scores to Improve Pain Care in the 21st Century. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses* [online]. **19**(2), 125–129. [cit. 2021-03-28]. ISSN 1532-8635. Dostupné z: doi:10.1016/j.pmn.2017.10.010
- SIDDALL, Philip J., Melanie LOVELL a Rod MACLEOD, 2015. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Medicine (Malden, Mass.)* [online]. **16**(1), 51–60. [cit. 2021-03-28]. ISSN 1526-4637. Dostupné z: doi:10.1111/pme.12511
- SIEBEN, Judith M., Johan W. S. VLAEYEN, Piet J. M. PORTEGIJS, Franca C. WARMENHOVEN, Ageeth G. SINT, Nadine DAUTZENBERG, Arnold ROMEIJNDERS, Arnoud ARNTZ a J. André KNOTTNERUS, 2009. General practitioners' treatment orientations towards low back pain: influence on treatment behaviour and patient outcome. *European Journal of Pain (London, England)* [online]. **13**(4), 412–418. [cit. 2021-02-05]. ISSN 1532-2149. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejpain.2008.05.002
- SLOVÁČKOVÁ, Zuzana, 2008. Zdraví - historie a současnost. *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity* [online]. (1) [cit. 2021-03-07]. ISSN 1211-3522. Dostupné z: https://is.muni.cz/publication/833697/cs/Zdravi-historie-a-soucasnost/Slovackova
- STAAL, J.B., E.J.M. HENDRIKS, M. HEIJMANS, H. KIERS, A.M. LUTGERS-BOOMSMA, G. RUTTEN, M.W. VAN TULDER, J. DEN BOER, R. OSTELO, a J.W.H. CUSTERS, 2013. KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with low back pain [online]. **V**.(07) [vid. 2021-01-28]. [cit. 2021-03-03]. ISSN 1567-6137. Dostupné z: http://www.ipts.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/low_back_pain_practice_guidelines_2013.pdf

- STANTON, Tasha R., Jane LATIMER, Chris G. MAHER a Mark J. HANCOCK, 2010. How do we define the condition 'recurrent low back pain'? A systematic review. *European Spine Journal* [online]. **19**(4), 533–539. [cit. 2021-02-23]. ISSN 1432-0932. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-009-1214-3
- STOCHKENDAHL, Mette Jensen, Per KJAER, Jan HARTVIGSEN, Alice KONGSTED, Jens AABOE, Margrethe ANDERSEN, Mikkel Ø. ANDERSEN, Gilles FOURNIER, Betina HØJGAARD, Martin Bach JENSEN, Lone Donbæk JENSEN, Ture KARBO, Lilli KIRKESKOV, Martin MELBYE, Lone MORSEL-CARLSEN, Jan NORDSTEEN, Thorvaldur Skuli PALSSON, Zoreh RASTI, Peter Frost SILBYE, Morten Zebitz STEINESS, Simon TARP a Morten VAAGHOLT, 2018. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal* [online]. **27**(1), 60–75. [cit. 2020-12-20]. ISSN 1432-0932. Dostupné z: doi:10.1007/s00586-017-5099-2
- STUBBS, Brendon, Ai KOYANAGI, Trevor THOMPSON, Nicola VERONESE, Andre F. CARVALHO, Marco SOLOMI, James MUGISHA, Patricia SCHOFIELD, Theodore COSCO, Nicky WILSON a Davy VANCAMPFORT, 2016. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low- and middle-income countries. *General Hospital Psychiatry* [online]. **43**, 63–70. [cit. 2021-01-13]. ISSN 0163-8343. Dostupné z: doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.09.008
- SULLIVAN, Michael J. L., Scott R. BISHOP a Jayne PIVIK, 1995. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment* [online]. **7**(4), 524–532. [cit. 2021-01-23]. ISSN 1939-134X(Electronic),1040-3590(Print). Dostupné z: doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SYNNOTT, Aoife, Mary O'KEEFFE, Samantha BUNZLI, Wim DANKAERTS, Peter O'SULLIVAN a Kieran O'SULLIVAN, 2015. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* [online]. **61**(2), 68–76. [cit. 2021-02-23]. ISSN 1836-9561. Dostupné z: doi:10.1016/j.jphys.2015.02.016
- TRAEGER, Adrian C, Rachele BUCHBINDER, Adam G ELSHAUG, Peter R CROFT a Chris G MAHER, 2019. Care for low back pain: can health systems deliver? *Bulletin of the World Health Organization* [online]. **97**(6), 423–433. [cit. 2021-02-28]. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi:10.2471/BLT.18.226050
- UNIFY ČR, 2015. 4.1.7. FYZIO/7 - Pacient s bolestmi dolní části zad. *mediprofi.cz* [online] [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/pks/onb/33/fyzi0-7-pacient-s-bolestmi-dolni-casti-zad-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EhIEi31KxZtw1Lx1h-9gR-Y/?uri_view_type=35
- VAN BIESEN, Tom a Gerard ALVAREZ, 2020. Beliefs about chronic low back pain amongst osteopaths registered in Spain: A cross-sectional survey. *International Journal of Osteopathic Medicine* [online]. **36**, 3–10. [cit. 2021-02-28]. ISSN 1746-0689. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijosm.2020.03.002
- VAN TULDER, Maurits W., Mariska TUUT, Victoria PENNICK, Claire BOMBARDIER a Willem JJ ASSENDELFT, 2004. Quality of Primary Care Guidelines for Acute Low Back Pain. *Spine* [online]. **29**(17), E357. [cit. 2021-01-28]. ISSN 0362-2436. Dostupné z: doi:10.1097/01.brs.0000137056.64166.51
- VLAEYEN, Johan W. S., Ank M. J. KOLE-SNIJDERS, Ruben G. B. BOEREN a H. VAN EEK, 1995. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* [online]. **62**(3), 363–372. [cit. 2021-01-13]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/0304-3959(94)00279-N
- VLAEYEN, Johan W. S. a Steven J. LINTON, 2000. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* [online]. **85**(3), 317–332. [cit. 2021-01-13]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/S0304-3959(99)00242-0
- VLAEYEN, Johannes WS a Steven J. LINTON, 2012. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain* [online]. **153**(6), 1144–1147. [cit. 2021-01-13]. ISSN 0304-3959, 1872-6623. Dostupné z: doi:10.1016/j.pain.2011.12.009

- VOHÁŇKA, S. a B. MIČÁNKOVÁ ADAMOVÁ, 2009. Lumbální spinální stenóza a neurogení klaudikace. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **72/105(5)**, 405–417.
- WADDELL, Gordon, Mary NEWTON, Iain HENDERSON, Douglas SOMERVILLE a Chris J. MAIN, 1993. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* [online]. **52(2)**, 157–168. [cit. 2021-02-05]. ISSN 0304-3959. Dostupné z: doi:10.1016/0304-3959(93)90127-B
- WADE, Derick T a Peter W HALLIGAN, 2017. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation* [online]. **31(8)**, 995–1004. [cit. 2021-03-03]. ISSN 0269-2155. Dostupné z: doi:10.1177/0269215517709890
- WACHHOLTZ, Amy B., Michelle J. PEARCE a Harold KOENIG, 2007. Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. *Journal of Behavioral Medicine* [online]. **30(4)**, 311–318. [cit. 2021-03-27]. ISSN 1573-3521. Dostupné z: doi:10.1007/s10865-007-9114-7
- WAMBEKE, Peter Van, A. DESOMER, L AILLIET, A. BERQUIN, C. DEMOULIN, B. DEPREITERE, D. DEWACHTER, M. DOLPHENS, P. FORGET, V. FRASELLE, G. HANS, D. HOSTE, G. MAHIEU, J. MICHIENSEN, H. NIELENS, T. ORBAN, T. PARLEVLIET, E. SIMONS, Y. TOBBACKX, Van P. SCHAEYBROECK, Van J. ZUNDERT, J. VANDERSTRAETEN, J. VLAEYEN a P. JONCKHEER, 2017. Low back pain and radicular pain: assessment and management. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 167. [cit. 2021-01-13]. ISSN 2466-6459.
- WEERMEIJER, Jeroen D a Ann MEULDERS, 2018. Clinimetrics: Tampa Scale for Kinesiophobia. *Journal of Physiotherapy* [online]. **64(2)**, 126. [cit. 2021-04-08]. ISSN 1836-9553. Dostupné z: doi:10.1016/j.jphys.2018.01.001

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1 – Schéma doporučeného postupu u pacientů s nespecifickou LBP (NICE 2016) ..23	
Obrázek 2 - Algoritmus neinvazivního postupu terapie u pacientů s nespecifickou LBP (NICE 2016).....24	
Obrázek 3 - Holistický biopsychosociální model nemoci: důležité složky (Wade a Halligan 2017)30	
Obrázek 4 - Fear-avoidance model (Vlaeyen a Linton 2000)35	
Obrázek 5 – Přehled silné a střední evidence asociace mezi postoji a přesvědčeními zdravotníků a faktory související s pacientem u LBP (Darlow et al. 2012)45	
Obrázek 6 - Věk – lékaři/ky.....68	
Obrázek 7 - Věk – fyzioterapeuti/ky.....68	
Obrázek 8 - Věk – zdravotníci.....68	
Obrázek 9 - Nejvyšší dosažené vzdělání v procentech.....69	
Obrázek 10 - Specializace lékařů.....69	
Obrázek 11 - Frekvence praxe – Lékaři/ky70	
Obrázek 12 - Frekvence praxe – Fyzioterapeuti/ky.....70	
Obrázek 13 - Na kolik se cítíte odborníkem? - Zdravotníci71	
Obrázek 14 - Na kolik se cítíte odborníkem? - Lékaři/ky71	
Obrázek 15 - Na kolik se cítíte odborníkem? - Fyzioterapeuti/ky.....71	
Obrázek 16 - Rozložení celkového skóre FABT u lékařů/ek a fyzioterapeutů/ek73	
Obrázek 17 - Další vyšetření – Lék. a Fyzio. dohromady74	
Obrázek 18 - Další vyšetření75	
Obrázek 19 - Další vyšetření – výběr alespoň jednoho vyšetření (byla možnost vybrat více odpovědí zároveň).....75	
Obrázek 20 - Nejlepší pohybová terapie.....76	
Obrázek 21 - Nejlepší pohybová terapie – volba „Jiná“ - Lék. (N=78) a Fyzio (N=176), graf znázorňuje počet kolikrát byla daná terapie zmíněna ve volně dopsané možnosti odpovědi (i více možností najednou)77	
Obrázek 22 - Nejlepší pohybová terapie - Lék. (i více možností najednou), výběr menšího počtu než 3 lékařů/ek je zařazen pod položku jiné78	
Obrázek 23 - Manuální terapie79	
Obrázek 24 - Edukace ohledně práce80	
Obrázek 25 - Edukace ohledně obvyklých aktivit.....81	
Obrázek 26 - Psychosociální faktory82	
Obrázek 27 - Edukace o podstatě, prognóze a aktivitách – míra non-adherence (legenda v tabulce 15).....83	
Obrázek 28 - a) "Odborně navržené a individualizované cvičení je v této akutní fázi důležitější než jen pouhý návrat k Vaším obvyklým aktivitám." (+)84	
Obrázek 29 - b) "Často se bolesti zad, jako jsou ty Vaše, během několika týdnů i spontánně upravují a nemívají následky – i když se mohou opakovat a u menšího procenta lidí být dlouhodobější." (-)84	
Obrázek 30 - c) "Takováto bolest může ukazovat i na poranění meziobratlové ploténky, což může být způsobeno nadměrnou zátěží." (+).....84	

Obrázek 31 - d) “Vyšetření neukazuje na to, že jsou Vaše bolesti zad způsobené závažnou příčinou nebo že jsou záda poškozená. Je zřejmé ale jejich podráždění, které je naštěstí relativně obvyklé a normální.” (-).....	85
Obrázek 32 - e) “Bolest při běžném pohybu neznamena, že si ubližujete – pohyb naopak dělá záda zdravějšími.” (-).....	85
Obrázek 33 - f) “Není tolik důležité, jak se nyní přesně hýbete nebo která cvičení a aktivity děláte – důležité je zejména jejich postupné zvyšování a návrat k běžnému životu.” (-).....	85
Obrázek 34 - g) “Měl byste omezit a dávat si pozor při ohýbání nebo zvedání těžkých břemen s ohnutými zády.” (+)	86
Obrázek 35 - h) “Měl byste si od teď kvůli zádům dávat větší pozor na kvalitu pohybu a míru zátěže.” (+).....	86
Obrázek 36 - i) “Bolest zad a jejich podráždění souvisí s celkovým zdravím. Ovlivňuje ho například kouření, spánek, nedostatek pohybu, strava, stres, případné nemoci aj...” (-).....	86
Obrázek 37 - j) “Nevhodné pohybové stereotypy nebo držení těla mohou mít nepříznivý vliv na struktury zad, což se může projevit bolestí nebo jejím zhoršením.” (+).....	87
Obrázek 38 - Vybrané intervence (zobrazeny non-adherentní odpovědi).....	88
Obrázek 39 - Vybrané intervence (*položky, které nebyly započítány do celkového skóre non-adherence), graf zobrazuje odpověď "ano"	88
Obrázek 40 - a) Akupunktura	89
Obrázek 41 - b) Trakce (trakční stůl, závaží, přístrojové).....	89
Obrázek 42 - c) Využití psychologických přístupů*	89
Obrázek 43 - d) Bederní pás	90
Obrázek 44 - e) Skupinové cvičení*	90
Obrázek 45 - f) Edukace o podstatě bolesti zad.....	90
Obrázek 46 - g) Edukace o všeobecné prognóze podobných bolestí zad.....	91
Obrázek 48 - i) Návlek a edukace o samostatném domácím cvičení*	91
Obrázek 49 - h) Vložky do bot	91
Obrázek 50 - k) Snaha o snížení obav jedince s bolestí zad.....	92
Obrázek 51 - l) Obstrík (facetových kloubů nebo "spoušťových bodů")	92
Obrázek 52 - j) Elektroterapie	92
Obrázek 53 - m) Individuální pohybová terapie s fyzioterapeutem *	93
Obrázek 54 - n) Analgetika*	93
Obrázek 55 - Regrese non-adherence a FABT skóre. (modré pole odpovídá 95 % intervalu spolehlivosti).....	95

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Demografické údaje – základní.....	67
Tabulka 2 - Demografické údaje – rozšířené.....	67
Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	69
Tabulka 4 - Jak často pracujete s jedinci s bolestí zad?.....	70
Tabulka 5 - Průměrné hodnocení každé otázky FABT.....	72
Tabulka 6 - Celkového skóre FABT u zdravotníků (10-60 bodů).....	72
Tabulka 7 - Tabulka ukazuje vztah demografických údajů k celkovému skóre v dotazníku FABT.....	73
Tabulka 8 - Průměrné skóre 3.části (0-25 b.).....	74
Tabulka 9 - Non-adherence – otázka 1. 1) Při diagnostice M. A. bych odeslal/a nebo požádal/a lékaře o odeslání na pomocná vyšetření:.....	74
Tabulka 10 - Non-adherence – otázka 2. (nehodnoceno do celkového skóre non-adherence).76	
Tabulka 11 - Non-adherence – otázka 3. 3) Manuální terapii bych u M. A. nabídl/a (nebo doporučil/a) v souladu s tvrzením:.....	79
Tabulka 12 - Non-adherence – otázka 4. 4) Pokud by se M. A. ptal na pracovní neschopnost, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a:.....	80
Tabulka 13 - Non-adherence – otázka 5. 5) Pokud by se M. A. ptal, jak má přistupovat ke svým obvyklým aktivitám, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a:.....	81
Tabulka 14 - Non-adherence – otázka 6.	82
Tabulka 15 - Non-adherence – otázka 7. 7) Během rozhovoru s M. A. bych z nabízených formulací považoval/a za vhodné:.....	83
Tabulka 16 - Non-adherence – otázka 8. Intervence, které by nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi (*nebyly započítány do celkového skóre non-adherence).....	87
Tabulka 17 – Shrnutí míry non-adherence Lék. a Fyzio. ke guidelines (3.část).....	94
Tabulka 18 - Vliv demografických údajů a výsledku FABT na skóre non-adherence.....	95

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Přehled psychosociálních faktorů (yellow-flags), (Ostrý et al. 2020)	124
Příloha 2 – Diagnosticko-terapeutický algoritmus akutních bolestí zad (Ostrý et al. 2020)	125
Příloha 3 – FABT – Grafy rozložení četnosti odpovědí u jednotlivých otázek	126
Příloha 4 - Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT), (Linton et al. 2002)	129
Příloha 5 – Schémata konstruktů (Lundberg et al. 2011)	130
Příloha 6 - Celý dotazník (1. demografické údaje, 2.část FABT-CZ, 3.část non-adherence)	130

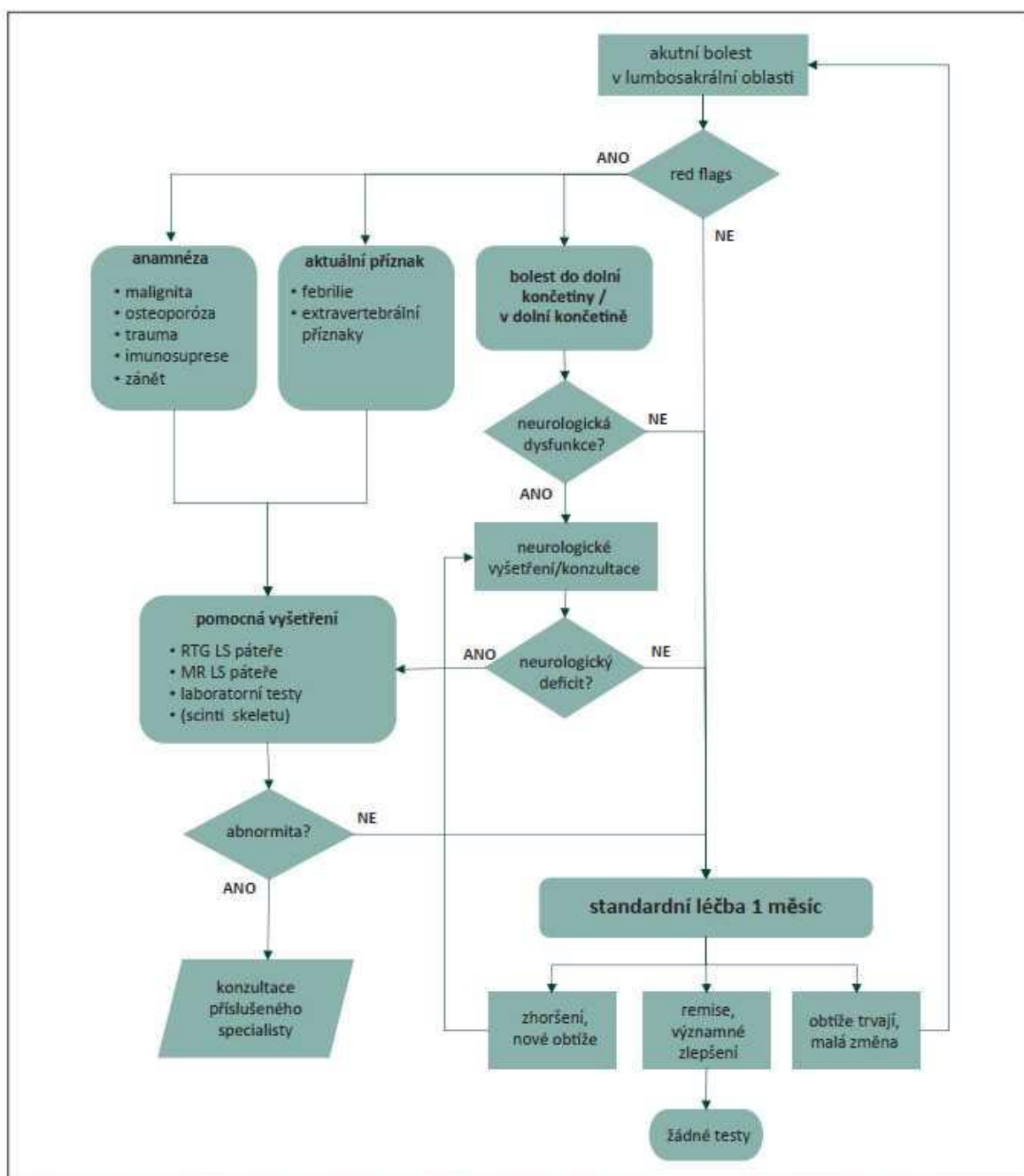
PŘÍLOHY

Příloha 1 - Přehled psychosociálních faktorů (yellow-flags), (Ostrý et al. 2020)

Tab. 3. Přehled psychosociálních faktorů (yellow-flags) významných pro rozvoj chronicity a invalidity při bolestech zad v bederní oblasti. Strukturováno dle příslušné související oblasti [40].

Související s:	
prací a zaměstnáním	veškerá bolest musí být odstraněna před opětovným nástupem do práce, či návratem ke koníčkům
	očekávání zvýšení bolestí při zvýšení pracovní aktivity
	strach ze zvýšení bolesti během pracovní aktivity
	práce je škodlivá pro záda
	nepříznivá pracovní anamnéza
	nepodporující a nestimulující pracovní prostředí
	nezájem o práci nemocného z pozice zaměstnavatele
domněnkami a pověrami	špatná interpretace tělesných symptomů
	bolest je neovlivnitelná a nekontrolovatelná
	nedostatečný a nekvalitní přístup ke cvičení
	přehnaná snaha o využití technických fixačních systémů pro ovlivnění bolestí
	nízká úroveň edukace
chováním	pasivní přístup k rehabilitaci a ke cvičení
	nadužívání nadměrného klidu a nehybnosti
	omezení aktivity, zejména obyčejných denních aktivit
	vyloučení normální aktivity
	zhoršení spánku pro bolest
afektivitou	zvýšená spotřeba alkoholu a podobných látek k odstranění bolesti, kouření
	neúměrné nadhodnocení bolesti (VAS 10)
	deprese
	pocity neužitečnosti a nepotřebnosti
	podrážděnost
	znepokojení ze zvýšené tělesné citlivosti
	omezení a nezajímání se o společenské aktivity
	nadměrně a přehnaně se starající partner
sociálně a společensky omezující nebo o nemocného se nezajímající partner	
finančními otázkami (kompenzace)	nedostatek možností hovořit o svých problémech
	nedostatečné finanční podněty k návratu do práce
	anamnéza již předcházejícího podobného chování (dlouhodobá pracovní neschopnost pro opakované bolesti zad či pro jiná postižení)
	neustálé oddalování finanční podpory pro nemocného
	diskuse až pře o způsobilosti nemocného k určité práci (otázka pracovní neschopnosti)

Příloha 2 – Diagnosticko-terapeutický algoritmus akutních bolestí zad (Ostrý et al. 2020)

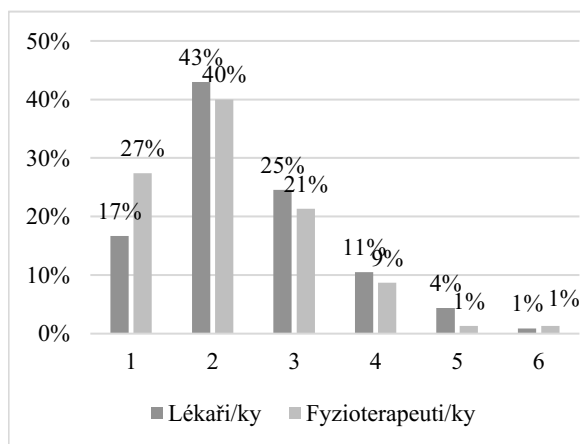
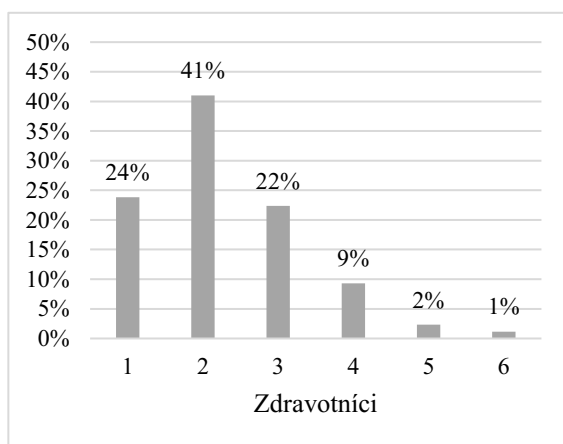


Obr. 1. Diagnosticko-terapeutický algoritmus akutních bolestí zad v lumbosakrální (LS) oblasti (převzato a upraveno z [15]).

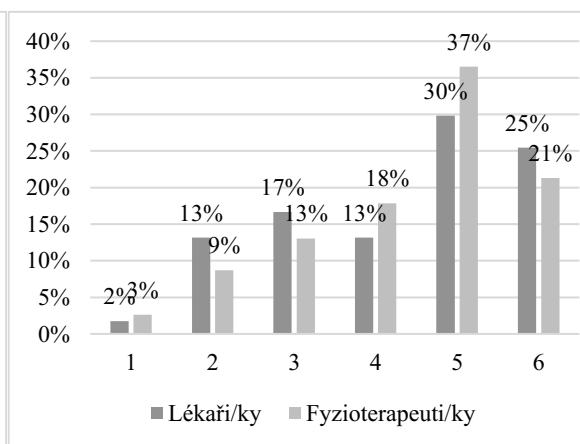
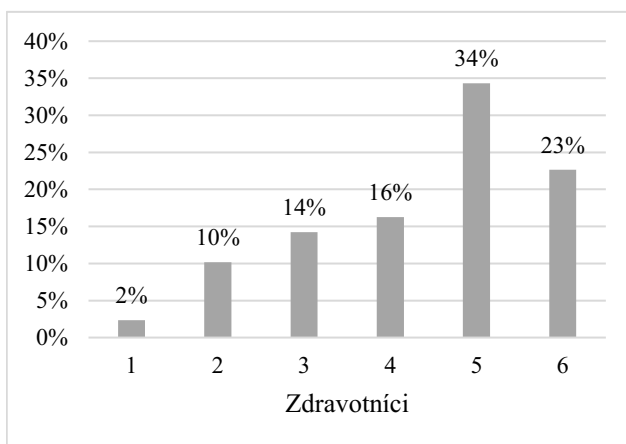
O indikaci pomocných vyšetření (MR, elektrofyziologická vyšetření) optimálně rozhoduje specialista (neurolog, neurochirurg, ortoped). Důvodem pro urgentní konzultaci jsou příznaky dysfunkce kaudy (sfinkterové obtíže, perianogenitální porucha citlivosti, bolesti a paréza obou dolních končetin).

Příloha - 3 FABT – Grafy rozložení četnosti odpovědí u jednotlivých otázek

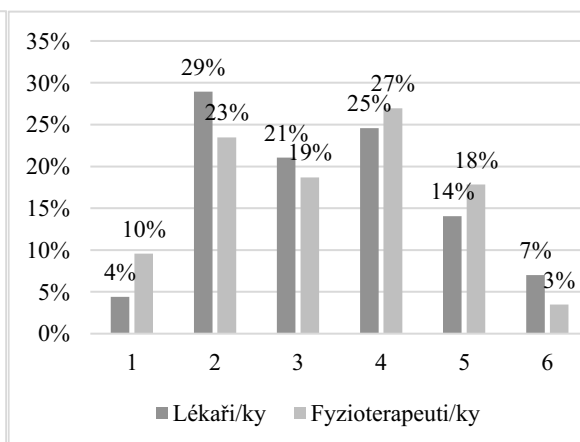
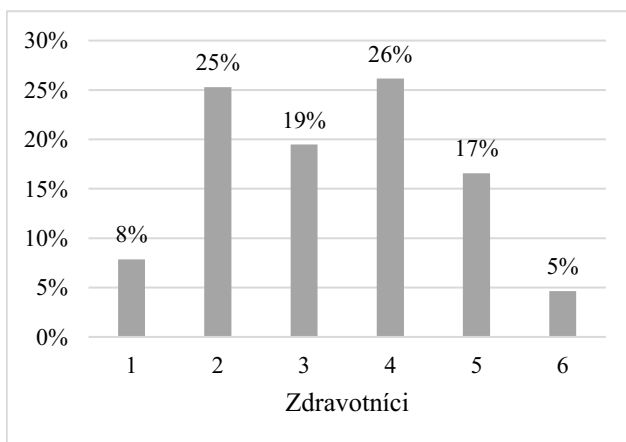
1. *Intenzita bolesti přímo souvisí s mírou poškození.*



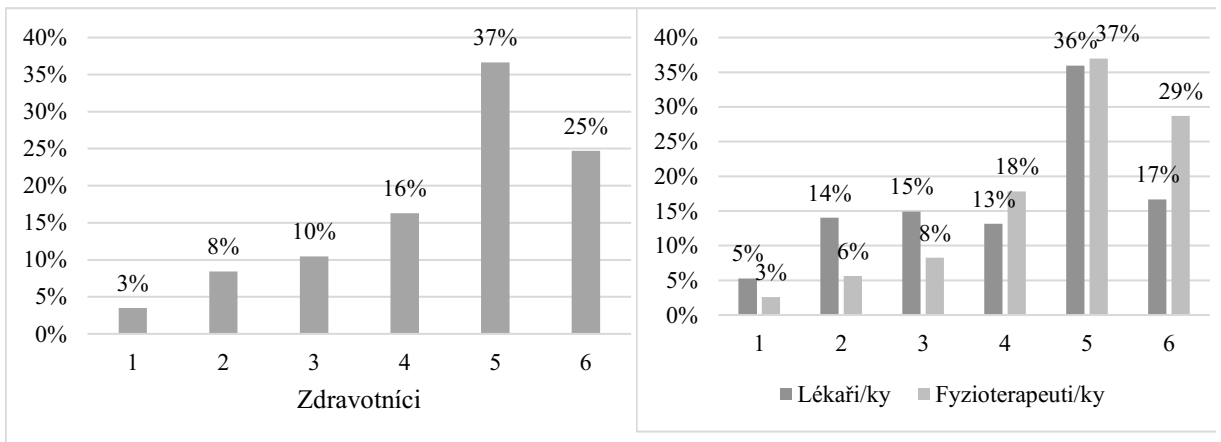
2. *Snížení bolesti je podmínkou pro návrat k běžné práci.*



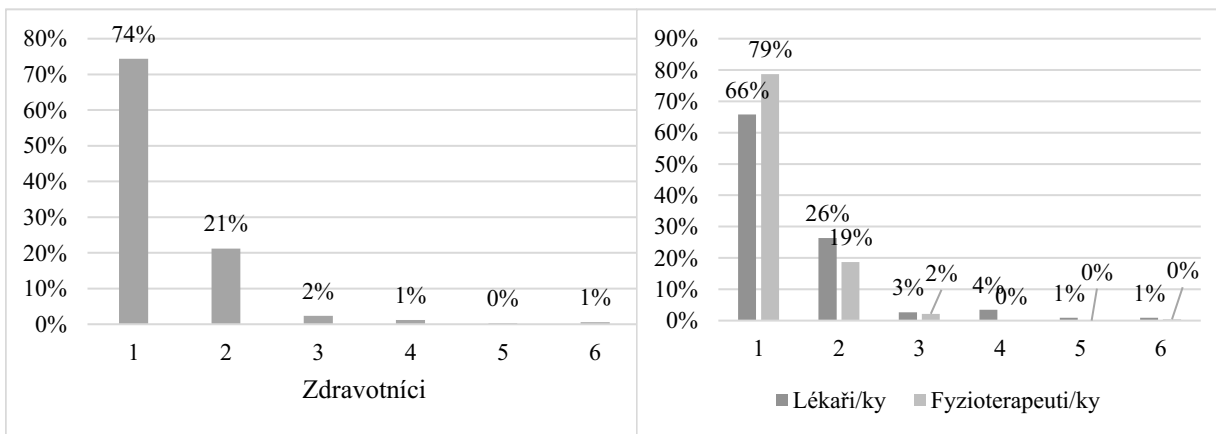
3. *Pokud si klient/pacient stěžuje během cvičení na bolest, obávám se, že by mu mohla ublížit.*



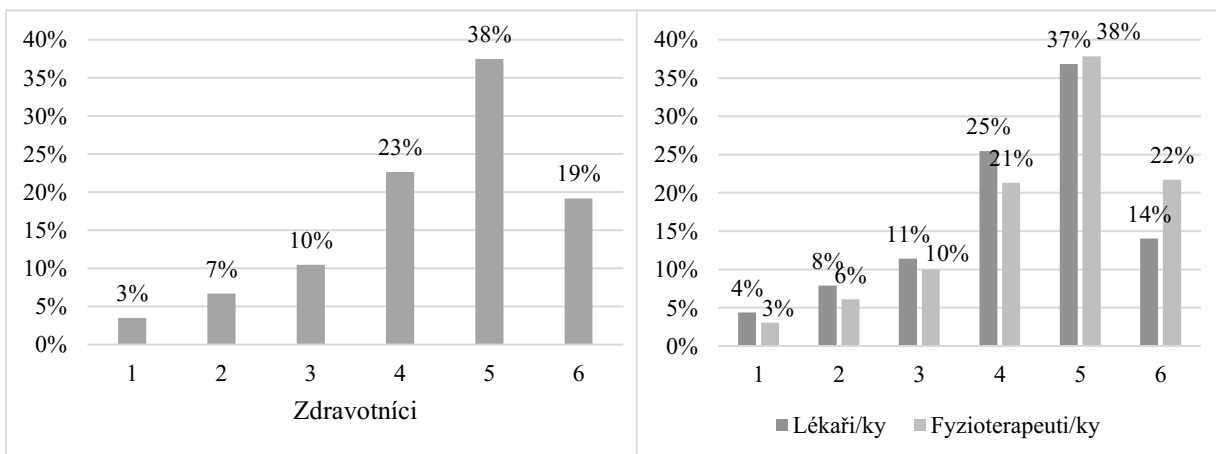
4. *Když má můj klient/pacient bolest zad, radím mu, aby pokračoval v obvyklých aktivitách i kdyby při nich pociťoval bolest.*



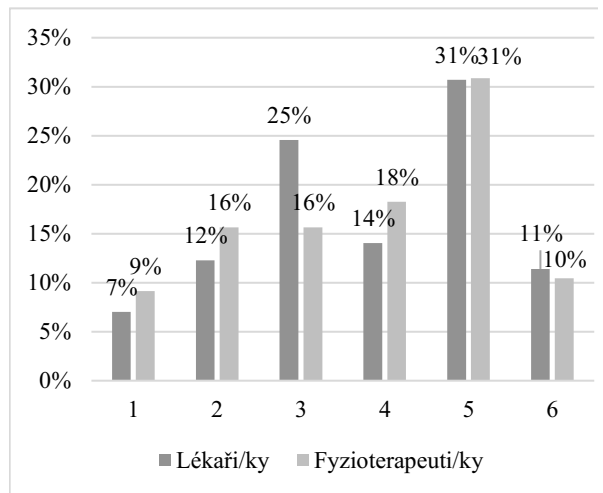
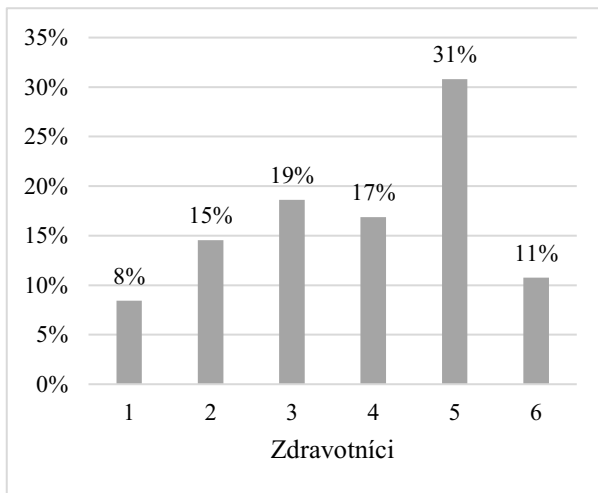
5. *Psychický stres může způsobit bolest zad i bez přítomnosti strukturálního poškození.*



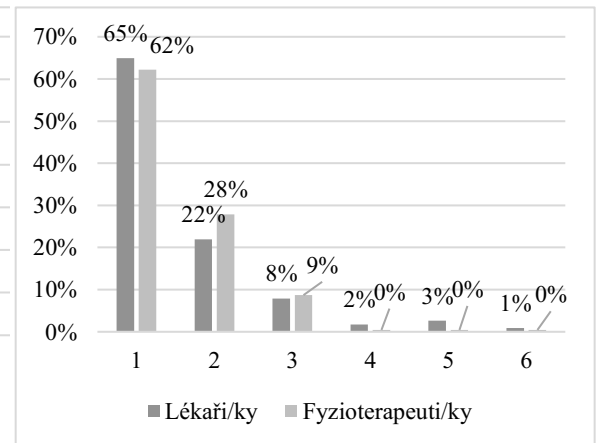
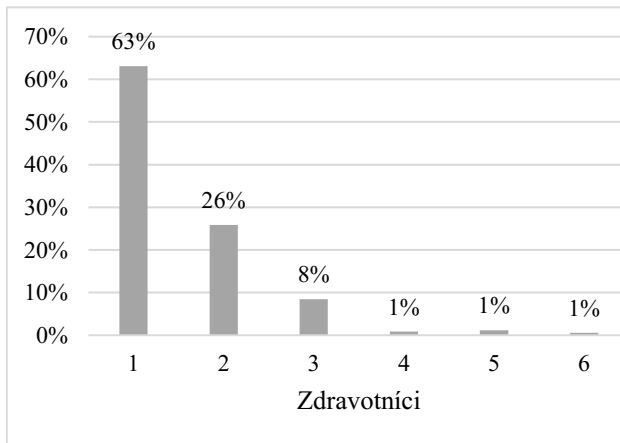
6. *Klienti/pacienti s jednostrannou nebo těžkou prací by neměli pracovat, když mají bolesti.*



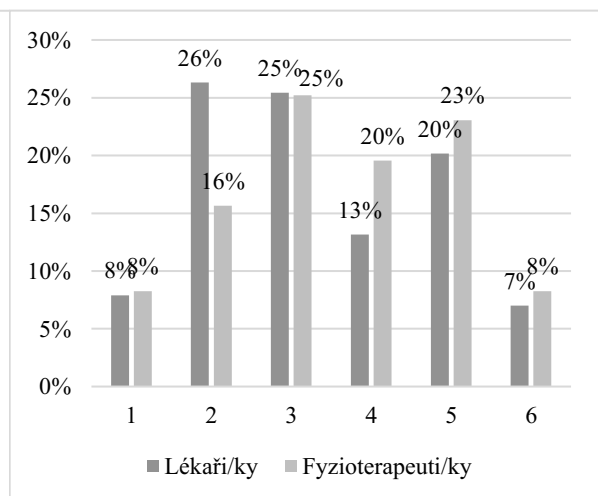
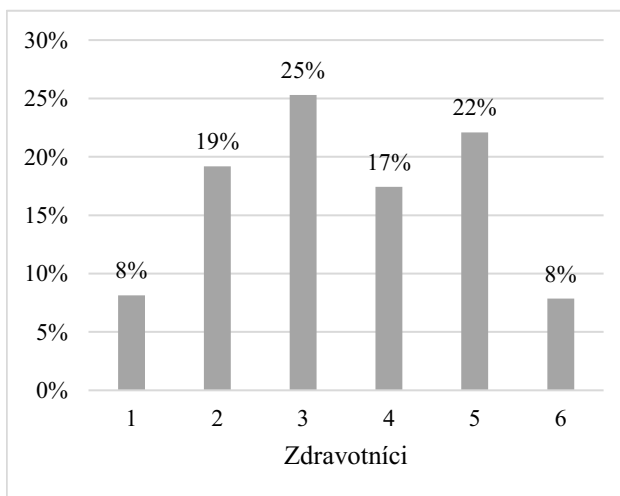
7. *Pokud pohyb zvyšuje bolest, radím svým klientům/pacientům, aby se mu vyhýbali.*



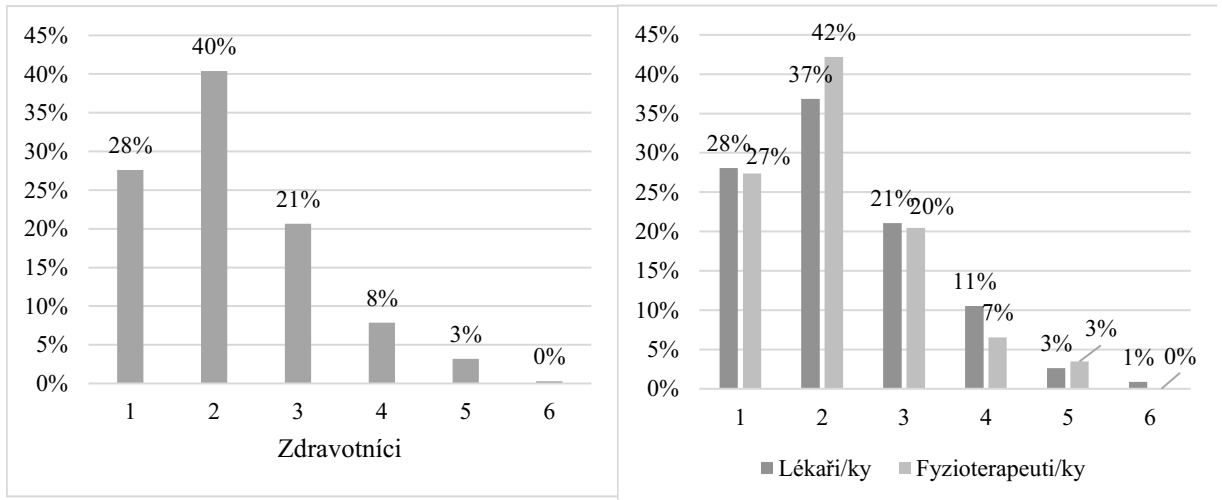
8. *Psychosociální faktory mohou způsobit bolest zad.*



9. *Léčbu mohu vnímat jako úspěšnou i pokud bolest dále přetrvává.*



10. Bolest zad poukazuje na to, že je se zády něco závažného.



Příloha 4 - Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT), (Linton et al. 2002)

Table I. List of Items in the Questionnaire for Health Care Personnel

1. Sick leave is a good treatment for back pain.
2. Pain intensity is directly related to the degree of the injury.
3. Pain reduction is a prerequisite for returning to normal work.
4. If a patient complains of pain during an exercise, I worry that it might cause an injury.
5. I advise my patient with back pain to continue with their daily activities even if it hurts.
6. Mental stress can cause back pain even if there is no organic damage.
7. I always provide my patients with clear instructions about activities, e.g. what they should and should not do.
8. Patients with monotonous or heavy jobs should not work when they have pain.
9. If a movement increases the pain, I advise my patients to avoid it.
10. Psychosocial factors can cause back pain.
11. Treatment can be successful even if the pain persists.
12. Back pain suggests that something is seriously wrong with the back.
13. I always provide advice and instructions about pain management.
14. I can predict the patients who will develop chronic pain problems.

Note. All items were rated on a 6-point scale ranging from “Do not at all agree” to “Completely agree.”

Příloha 5 – Schémata kosntruktů (Lundberg et. al. 2011)

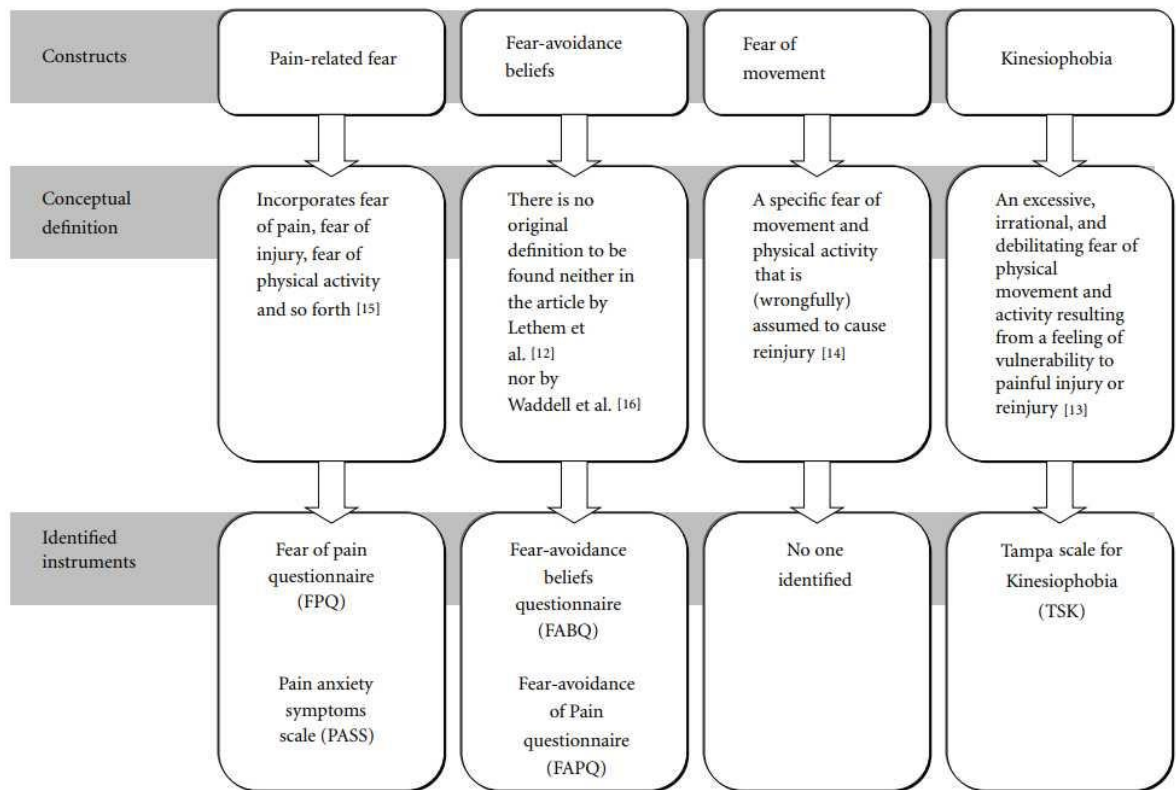


FIGURE 1: A schematic overview of the relationship between the constructs “fear-avoidance beliefs”, “pain-related fear”, “fear of movement,” and “kinesiophobia” and the identified instruments.

Příloha 6 - Celý dotazník (1. demografické údaje, 2.část FABT-CZ, 3.část non-adherence)

Přístupy k léčbě bolesti zad v ČR

Děkujeme Vám, že jste se rozhodli věnovat pár minut vědě. Naším cílem je zlepšit péči o jedince s bolestí zad.

Tento výzkum probíhá pod záštitou 2.LF UK, data zpracovává Bc. Markéta Ryšavá a Mgr. Tomáš Kavka (tomas.kavka@fnmotol.cz).

Následující dotazník se zaměřuje na chápání fenoménu bolesti zad a přístupu k jeho léčbě z pohledu lékařů a fyzioterapeutů v ČR.

Těm z Vás, kteří dotazník vyplní a projeví zájem (zapsáním kontaktního e-mailu do tabulky na konci dotazníku) zašleme po ukončení výzkumu edukační materiály ohledně současného stavu poznatků a přístupů k léčbě bolestí zad (videa).

Výzkum se zaměřuje pouze na vystudované a praktikující lékaře a fyzioterapeuty (tedy minimálně Bc./Dis.). Dotazník vyplňujte prosím pouze jednou.

Dotazník se skládá ze 3 částí a jeho vyplnění trvá zhruba 20 min - skládá se z otázek ohledně demografie účastníků výzkumu, 10 otázek hodnotících míru souhlasu s určitými výroky a 8 otázek týkajících se prezentované kazuistiky a hypotetickém léčebném přístupu k tomuto jedinci.

Dotazník je anonymní.

***Povinné pole**

1. Pracujete s dospělými pacienty s bolestí zad? *

Označte jen jednu elipsu.

- Ano *Přeskočte na otázku 2*
- Ne *Přeskočte na sekci 2 (V tom případě Vás nebudeme okrádat o Váš čas. :))*

V tom případě Vás nebudeme okrádat o Váš čas. :)

Budeme rádi za sdílení vašim kolegům, kteří s dospělými pacienty s bolestí zad pracují.
Děkujeme!!!

1.část - demografické údaje

2. Pohlaví *

Označte jen jednu elipsu.

- žena
- muž

3. Věk *

Zapište prosím pouze celé číslo číslovkou, např. "41"

4. Profese *

Označte jen jednu elipsu.

- Fyzioterapeut/ka
- Lékař/ka

5. Pouze pro lékaře - pracoviště/specializace

Označte jen jednu elipsu.

- Praktické lékařství
- Rehabilitační lékařství
- Neurologie
- Revmatologie
- Algeziologie
- Ortopedie
- Jiné: _____

6. Nejvyšší dosažené vzdělání *

Označte jen jednu elipsu.

- Dis.
 Bc.
 Mgr.
 MUDr.
 Vyšší stupeň (PhDr., Ph.D., doc., prof. aj.)

7. Počet let v praxi *

Zapište prosím pouze celé číslo větší než nula (tj. bez desetinné čárky), např. "41" - do let praxe prosím nepočítejte mateřskou dovolenou.

8. Jak často pracujete s jedinci s bolestí zad? *

Průměrně

Označte jen jednu elipsu.

- Denně
 Každý týden
 Alespoň jednou za dva týdny
 Alespoň jednou za měsíc
 Méně než jednou za měsíc

9. Nakolik vnímáte sám/a sebe jako odborníka/odborníci na bolest zad? *

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6
Mám pouze základní znalosti Jsem expert

10. Všechny následující otázky se týkají nejčastěji se vyskytujících "běžných" bolestí zad s jakoukoliv dobou trvání, ale ne bolestí souvisejících s frakturami, infekcemi, syndromem kaudy, autoimunitním onemocněním, nádory nebo poškozením míšního kořene. *

Označte jen jednu elipsu.

- Rozumím, otázky se týkají pouze nespecifických bolestí zad
Přeskočte na otázku 11
 Rozumím, otázky se týkají také případů se závažným neurologickým deficitem nebo jedinců se systémovým onemocněním *Přeskočte na sekci 5 (Opravdu?)*

Opravdu?

Bez správné odpovědi nemůžete postoupit k vyplňování dotazníku. Prosím klepněte na zpět a přečtěte si znovu úvodní informace.

Přeskočte na otázku 10

PŘIPOMÍNÁME (!)

Všechny následující otázky se týkají nejčastěji se vyskytujících a "běžných" nespecifických bolestí zad a zahrnují jakoukoliv dobu jejich trvání (akutní, subakutní, chronická i opakující se).

2.část

Otázky NEJSOU mířeny na bolesti zad související s frakturami, infekcemi, nádory, syndromem kaudy, systémovým onemocněním, závažným poškozením míšního kořene nebo závažným progresujícím neurologickým deficitem.

V případě pochybností u odpovědi doporučujeme připomenout si zadání i znění otázky. Odpovědi prosím označte podle toho, nakolik s daným tvrzením souhlasíte.

Odpovědi prosím zaškrtněte podle toho, nakolik s daným tvrzením souhlasíte. (vůbec nesouhlasím) 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 (zcela souhlasím)

11. 1. Intenzita bolesti přímo souvisí s mírou poškození. *

Označte jen jednu elipsu.

1 2 3 4 5 6
vůbec nesouhlasím zcela souhlasím

20. 10. Bolest zad poukazuje na to, že je se zády něco závažného. *

Označte jen jednu elipsu.

1	2	3	4	5	6	
vůbec nesouhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zcela souhlasím

Přečtěte si prosím pečlivě kazuistiku pacienta M. A., navazující otázky se budou týkat právě tohoto pacienta:

Kazuistika: pacient M. A., 45 let

RO: nevýznamná

OA: před 5 lety přibližně 2 týdny trvající bolest zad po zvedání břemene, před 10 lety úraz kolenního kloubu na LDK (řešeno artroskopicky, bez komplikací, nyní bez omezení), v dětství asthma bronchiale.

FA: neguje

AA: neguje

PA: vedoucí pozice v IT firmě, rekreačně fotbal a posilování (1-2x týdně)

NO: 3 týdny trvající bolesti v oblasti dolních zad (více vlevo) - středně intenzivní a obtěžující, při větší námaze občasné šíření bolesti do oblasti hýždě a proximální 1/3 stehna dorzálně. Bolestem nepředcházela úraz, bolesti se rozvinuly den po vyklízení bytu z důvodu malování. Bolesti jsou primárně difuzního charakteru, někdy bodavé, někdy pocit tahu do hýždě. Výjimečně bolesti ruší spánek (při změně polohy), ráno ale nebývají horší než během dne. Uvádí, že bolesti se zvyrazňují při delším sezení (cca 10 minut), anebo pomalé chůzi (cca 15 minut). Úlevová poloha v leže na pravém boku. Jiné obtíže nepopisuje. Neguje také teploty nebo zimnice, bolesti břicha, zažívací problémy, infekce močových cest. Nemá bolesti ani otoky drobných kloubů HKK ani DKK. Je nekuřák.

Subj.: Rozhodl se k Vám objednat, protože se intenzita bolesti významně nesnižuje. Obává se zhoršování stavu a snížení schopnosti pracovat a sportovat. Momentálně nesportuje. Jinak viz NO.

Obj.: Antalgické držení trupu (naznačený úklon a shift trupu doprava a oploštění bederní lordózy), pohyby pomalé a kontrolované. Pohyby trupu do předklonu a záklonu jsou omezené v rozsahu pro bolestivost, ostatní pohyby trupu vyvolávají bolest pouze v krajních pozicích. Při předklonu prsty dosáhne ke kolenním kloubům. Aktivní pohyby krku do všech směrů bez bolesti a bez omezení. Iritační testy pro SI skloubení negativní. Pasivní pohyby kolenních kloubů bilat. bez omezení a symetrické.

Reflexy na DKK výbavně symetricky (L2-L4 i L5-S2), bez iritačních jevů, svalová síla v normě a symetrická, povrchové cití i reakce na stimulaci špičatým předmětem (pinprick) na DKK symetrické a bez nápadností, mírná hypersensitivita na dotek a hluboký tlak v oblasti přechodu bederní oblasti a pánve vlevo. Lasègue na PDK do 60 st., na LDK cca 50 st. (vyvolává tupou bolest v oblasti hýždě, dorzální flexe nohy obtíže nezvýrazňuje), obrácený Lasègue bez provokace bolesti a symetrický. Neguje změnu cití v perineální oblasti i poruchy vyprazdňování.

Bez dalších nápadností.

Prosím, vyberte vždy volbu, která by v souvislosti s kazuistikou M. A. nejvíce odpovídala Vaší reálné praxi - přestože byste k ní měl/a nějaké výhrady. Vezměte také v úvahu, že je to Vaše první setkání s M. A.

21. 1) Při diagnostice M. A. bych odeslal/a nebo požádal/a lékaře o odeslání na pomocná vyšetření: *

Můžete zaškrtnout více možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- RTG
- MRI
- CT
- USG
- EMG
- Krevní obraz
- Neposlal/a bych ho na žádná z výše uvedených vyšetření

Jiné: _____

22. 2) Existuje podle Vás (na základě Vaší zkušenosti a zároveň dostupné evidence) pro pacienta M. A. nějaký nejlepší možný typ pohybové terapie nebo cvičení? Prosím popište který: *

Označte jen jednu elipsu.

Neexistuje.

Jiné: _____

23. 3) Manuální terapii bych u M. A. nabídl/a (nebo doporučil/a) v souladu s tvrzením: *

Manuální terapie zahrnuje mobilizace, manipulace, masáž, techniky měkkých tkání

Označte jen jednu elipsu.

a. Manuální techniky jsou vhodné i jako samostatná intervence.

b. Manuální techniky je vhodné využívat, dokud se nesníží bolest natolik, aby mohla začít aktivní terapie.

c. Manuální techniky je možné nabídnout pouze jakou součástí léčby spolu s aktivním cvičením.

d. Jakékoliv manuální techniky jsou nevhodné.

e. Manuální techniky by měly být využívány vždy, dokud bolest neodezní.

3. Část -
kazuistika

24. 4) Pokud by se M. A. ptal na pracovní neschopnost, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a: *

Označte jen jednu elipsu.

- a. Řekl/a bych: Ideální je zůstat v práci tak, jak jste byl zvyklý.
- b. Řekl/a bych: Dobrý nápad je zůstat v práci, ale bývá vhodné upravit si částečně pracovní náplň nebo pracovat méně hodin v kuse.
- c. Řekl/a bych: Pracovní neschopnost by měla trvat co nejkratší čas, ale není dobré vracet se do práce, dokud se bolest alespoň trochu nezlepší.
- d. Řekl/a bych: Do práce byste se měl vrátit až když bolest odezní.
- e. Řekl/a bych: Pracovní neschopnost není vhodné řešení, pokud trvá více než pár týdnů.
- f. Pokud by se mě M. A. cíleně nezeptal, tomuto tématu bych se nevěnoval/a.

25. 5) Pokud by se M. A. ptal, jak má přistupovat ke svým obvyklým aktivitám, při edukaci bych z nabízených formulací využil/a: *

Označte jen jednu elipsu.

- a. Řekl/a bych: Omezte obvyklé aktivity dokud bolest neodezní.
- b. Řekl/a bych: V obvyklých aktivitách pokračujte až se bolesti alespoň trochu zmírní.
- c. Řekl/a bych: Omezte ty obvyklé aktivity, u kterých cítíte bolest, ale v ostatních pokračujte.
- d. Řekl/a bych: Pokračujte v obvyklých aktivitách podle tolerance, ale měl byste jejich míru postupně zvyšovat.
- e. Řekl/a bych: Pokračujte v obvyklých aktivitách tak, jako obvykle.
- f. Pokud by se mě M.A. cíleně nezeptal, tomuto tématu bych se nevěnoval/a.

26. 6) Jak byste v diagnostice a terapii pacienta M. A. osobně pracoval/a s psychosociálními faktory? *

Označte jen jednu elipsu.

- a. Psychosociálními faktorům by se měl věnovat jen psycholog nebo psychoterapeut.
- b. Nevím přesně co psychosociální faktory jsou anebo se necítím kompetentní se jim cíleně věnovat.
- c. Tyto faktory vnímám "mezi řádky", ale cíleně bych se jim nevěnoval.
- d. S pacientem bych je cíleně a otevřeně probral, pokud by do několika týdnů nedošlo ke zlepšení.
- e. Během prvních setkání bych se cíleně ptal/a na psychosociální faktory (nebo je hodnotil/a dotazníky).

- 7) Během rozhovoru s M. A. bych z nabízených formulací považoval/a za vhodné:

Přestože nemusí být formulované dokonale, označte formulace, které byste reálně v praxi využil/a.

27. a) "Odborně navržené a individualizované cvičení je v této akutní fázi důležitější, než jen pouhý návrat k Vaším obvyklým aktivitám." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
- Nevhodné a nevyužil/a bych

28. b) "Často se bolesti zad, jako jsou ty Vaše, během několika týdnů i spontánně upravují a nemívají následky - i když se mohou opakovat a u menšího procenta lidí být dlouhodobější." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
- Nevhodné a nevyužil/a bych

29. c) "Takováto bolest může ukazovat i na poranění meziobratlové ploténky, což může být způsobeno nadměrnou zátěží." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

30. d) "Vyšetření neukazuje na to, že jsou Vaše bolesti zad způsobené závažnou příčinou nebo že jsou záda poškozená. Je zřejmé ale jejich podráždění, které je naštěstí relativně obvyklé a normální." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

31. e) "Bolest při běžném pohybu neznamena, že si ubližujete - pohyb naopak dělá záda zdravějšími." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

32. f) "Není tolik důležité jak se nyní přesně hýbete nebo která cvičení a aktivity děláte - důležité je zejména jejich postupné zvyšování a návrat k běžnému životu." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

33. g) "Měl byste omezit a dávat si pozor při ohýbání nebo zvedání těžkých břemen s ohnutými zády." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

34. h) "Měl byste si od teď kvůli zádům dávat větší pozor na kvalitu pohybu a míru zátěže." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

35. i) "Bolest zad a jejich podráždění souvisí s celkovým zdravím. Ovlivňuje ho například kouření, spánek, nedostatek pohybu, strava, stres, případné nemoci aj.." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

36. j) "Nevhodné pohybové stereotypy nebo držení těla mohou mít nepříznivý vliv na strukturu zad, což se může projevit bolestí nebo jejím zhoršením." *

Označte jen jednu elipsu.

- Vhodné a využil/a bych
 Nevhodné a nevyužil/a bych

8) Z následujících intervencí bych M. A. nabídl/a (vč. odeslání k příslušnému specialistovi):

U této otázky již neuvažujte pouze první terapeutické setkání, ale kdykoli v průběhu léčby.

37. a) Akupunktura *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

38. b) Trakce (trakční stůl, závaží, přístrojové) *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

39. c) Využití psychologických přístupů *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

40. d) Bederní pás *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

41. e) Skupinové cvičení *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

42. f) Edukace o podstatě bolesti zad *

Nabídl/a a provedl/a

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

43. g) Edukace o všeobecné prognóze podobných bolestí zad *

Nabídl/a a provedl/a

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

44. h) Vložky do bot *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

45. i) Návčik a edukace o samostatném domácím cvičení *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

46. j) Elektroterapie *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

47. k) Snaha o snížení obav jedince s bolestí zad *

Nabídl/a a provedl/a

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

48. l) Obstřík (facetových kloubů nebo "spoušťových bodů") *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

49. m) Individuální pohybová terapie s fyzioterapeutem *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

50. n) Analgetika *

Nabídl/a nebo doporučil/a a odeslal/a k příslušnému specialistovi

Označte jen jednu elipsu.

Ano

Ne

51. Je nějaká otázka ze všech výše uvedených, na kterou jste si "nemohli" vybrat žádnou podle Vás ideální odpověď? Chyběla Vám nějaká možnost odpovědi?

Srdečně
děkujeme
za
spolupráci!

Pokud máte zájem o výsledky a/nebo materiál o současném přístupu k bolestem zad, запиште se prosím zde:

<https://forms.gle/QstxeZdhPHBx2tnr5>

PO ODESLÁNÍ VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU SE JIŽ ODKAZ NA ZAPSÁNÍ E-MAILU NEZOBRAZUJE (tj. otevřete ho, prosím, v novém okně), ALE ZÁROVEŇ VÁS PROSÍME, ABYSTE HO Z AKTUÁLNÍ STRÁNKY NEZAPOMNĚLI PO ZAPSÁNÍ E-MAILU ODESLAT (data by se jinak neuložila)

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

Google Formuláře