

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Radka Pavlisová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Radka Pavlisová**

Studijní obor: Fyzioterapie 5342R004

**PRÁCE S TĚLEM S INTEGRUJÍCÍM DÝCHÁNÍM –  
CELOSTNÍ PŘÍSTUP VE FYZIOTERAPII**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Jana Knězová

PLZEŇ 2013

**Prohlášení:**

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

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Janě Knězové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů, děkuji Sigrid Klotzbach za inspirativní vedení v kurzu Práce s tělem s integrujícím dýcháním a děkuji vedení FZS, že jsem si mohla zvolit téma, které je mi blízké.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Terapie „Práce s tělem“ .....	11
1.1 Práce s tělem s integrujícím dýcháním .....	11
1.1.1 Bolest .....	11
1.1.2 Funkční poruchy .....	12
1.2 Forma „Práce s tělem“ .....	12
1.3 Indikace terapie.....	13
1.4 Kontraindikace terapie.....	13
1.5 Představení autorů .....	14
1.5.1 Dr. Schmitt .....	14
1.5.2 Sigrid Klotzbach .....	14
2 Vymezení pojmu celostní terapie .....	15
2.1 Celostní přístup „Práce s tělem“ .....	16
3 Vyšetření.....	17
3.1 Anamnéza .....	17
3.1.1 Části anamnézy.....	17
3.2 Aspekce .....	19
3.2.1 Kineziologický rozbor stoje.....	19
3.2.2 Dynamické vyšetření .....	20
3.2.3 Dechová vlna .....	20
3.2.4 Řeč těla .....	20
3.3 Palpace.....	21
3.3.1 Měkké krycí tkáně .....	21
3.3.2 Svaly .....	22
3.3.3 Vnitřní orgány .....	23
3.4 Jiná vyšetření .....	24
4 Východiska terapeutického přístupu .....	25
4.1 Na úrovni těla .....	25
4.1.1 Manuální techniky .....	26
4.1.2 Tělesné pocity.....	26
4.2 Na úrovni dechu .....	27

4.2.1	Dech jako největší zdroj energie .....	27
4.2.2	Funkce bránice.....	27
4.3	Na úrovni psychiky.....	28
4.3.1	Terapeutické možnosti.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST .....		30
5	Cíl a úkoly práce.....	30
6	Hypotézy.....	31
7	Charakteristika sledovaného souboru .....	32
8	Použité výzkumné metody .....	33
8.1	Kazuistiky .....	33
8.1.1	Mladší akutní pacient .....	33
8.1.2	Starší akutní pacient .....	36
8.1.3	Mladší chronický pacient.....	39
8.1.4	Starší chronický pacient.....	43
8.2	Anketa.....	47
9	Výsledky.....	48
9.1	Závěry z kazuistik.....	48
9.1.1	Mladší akutní pacient .....	48
9.1.2	Starší akutní pacient .....	48
9.1.3	Mladší chronický pacient.....	48
9.1.4	Starší chronický pacient.....	49
9.2	Výsledky ankety .....	49
10	Diskuse k výsledkům.....	51
ZÁVĚR.....		54
SEZNAM ZDROJŮ.....		55
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....		57
SEZNAM TABULEK .....		58
SEZNAM OBRÁZKŮ.....		59
SEZNAM PŘÍLOH .....		61
PŘÍLOHY .....		62

## Anotace

Příjmení a jméno: Radka Pavlisová

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Práce s tělem s integrujícím dýcháním – celostní přístup ve fyzioterapii

Vedoucí práce : Jana Knězová

Počet stran : číslované 46, nečíslované 25

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 16

Klíčová slova: celostní (holistický) přístup - práce s tělem - bolest - funkční poruchy - palpáce - dech v terapii - řeč těla - tělesné pocity

Souhrn:

Tato práce představuje terapeutický koncept Práce s tělem s integrujícím dýcháním. Ten je výjimečný svým celostním přístupem k člověku a ve fyzioterapii se používá především v léčbě funkčních poruch a bolestivých stavů. Popisuje formální a obsahovou stránku a teoretická východiska terapie. V praktické části potvrzuje, že terapie snižuje u pacientů s funkčními poruchami bolest a zlepšuje kvalitu jejich života. Díky své komplexnosti nabízí možnost zaznamenat a ovlivnit potíže pacientů na úrovni těla, dechu a psychiky zároveň, což významně zlepšuje možnosti terapie a orientaci terapeuta v kauzách léčených pacientů.

## Annotation

Surname and name: Pavlisová Radka

Department: Physiotherapy and Occupational therapy

Title of thesis: Body Work with Integrative Breathing – Holistic Approach in Physiotherapy

Consultant: Jana Kněžová

Number of pages: 71

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 16

Key words: holistic approach - body work - pain - functional disorders - palpation - breathing in therapy - body speech - body feeling

### Summary:

This thesis deals with therapeutic concept of Body work with integrative breathing. Body work is unique in its holistic approach to a human and is used in physiotherapy of pain and functional disorders especially. This thesis describes the form and contents of the therapy and its theoretical ground. The practical part confirms that the therapy reduces pain and improves life quality. Thanks to its complexity it offers possibilities to detect and influence patients' difficulties on body, breath and mind level at the same time, which significantly increases therapy potencial and helps the therapist better understand their medical cases.



## ÚVOD

Po roce 1989 začal v České republice velký příliv školitelů nejrůznějších metod a přístupů k fyzioterapii. Vedle celosvětově známých konceptů např. manželů Bobathových nebo McKenzie a značného rozvoje české školy fyzioterapie (Vojtova reflexní terapie, manuální medicína, DNS) se setkáváme s postupy, které nejsou tak rozšířené, ale v rámci terapie velmi dobře fungují. Tato práce představuje jeden z nich. Např. v USA podobně vznikla myofasciální meridiánová terapie, která vychází z práce Dr. Janet Travellové (Finandová, Finando, 2004), Dr. Lowen propracoval terapii, kterou nazval Bioenergetika (Lowen, 2002) a terapeuti reichiánské školy rozvíjí charakterově analytickou vegetoterapii (Faleide, Lian, Faleide, 2010).

Proč tedy psát o dalším terapeutickém přístupu? Dnes více než kdy jindy se v terapii dává prostor rozmanitosti, která souvisí s poznáním, že osobnost pacienta i terapeuta hraje ve výběru metody značnou roli. Dalším významným důvodem je komplexnost tohoto přístupu. V této době, kdy se všude skloňují termíny „ucelený“, „komplexní“, „komprehenzivní“, se stále setkáváme s redukcí fyzioterapie na čistě mechanistickou a tělesnou. V případě konceptu Práce s tělem s integrujícím dýcháním je však komplexní přístup základem terapie a to nad rámec běžně používaného významu tohoto slova.

Práce s tělem s integrujícím dýcháním (dále jen „Práce s tělem“) nebyla od začátku určena čistě pro fyzioterapeuty. Vychází z práce Dr. Schmitta „Dechová terapie“ a rozvinula ji německá fyzioterapeutka Sigrid Klotzbach. V praxi ji vedle fyzioterapeutů používají lékaři, psychologové, psychoterapeuti, maséři, pracovníci krizových center. V této práci ji budu popisovat z pohledu fyzioterapeuta. Celostní přístup v terapii lze těžko zkoumat jen kvantitativně a závěry převést do jasně řeči čísel. Popis teoretických základů i praktická část této práce je proto více zaměřena na kvalitativní aspekty terapie. V souladu s hermeneutickou metodou výzkumu se zabývá podstatou jevů, snaží se o jejich pochopení a vysvětlení. ( Vařeková, 2002)

Sama Sigrid Klotzbach pro své postupy nyní používá termín „Myofasciální a dechová terapie“ a vyučuje ji pouze jako součást kurzu Reflexní zónové terapie nohy dle Hanne Marquardt. Podle její spolupracovnice a překladatelky Mgr. Kláry Bubeníčkové nyní pracuje na novém rámci, ve kterém by tyto postupy mohla vyučovat samostatně. Někteří žáci S. Klotzbach používají pro svou práci zjednodušující název „Integrační masáž“. Pro potenciálního pacienta je tak snadnější představit si, co asi může tato terapie

obsahovat, na druhou stranu tento pojem nevystihuje komplexnost práce. Proto používám termín „Práce s tělem s integrujícím dýcháním“ (angl. Body work with integrative breathing), který v sobě obsahuje otevřenou možnost různých terapeutických zásahů, ve kterých tělo a dech tvoří základní kámen vyšetření a terapie pacienta.

Výcvik „Práce s tělem“ jsem absolvovala v letech 1996-1997 v rozsahu 150 hodin. Kurz probíhal pod záštitou Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze. Vyučovacím jazykem byla angličtina, vždy byla přítomna překladatelka. Náplní kurzu bylo ověření potřebných znalostí anatomie a fyziologie, výklad teoretických základů „Práce s tělem“, trénink vyšetření pacienta, základní postupy práce v jednotlivých částech těla a jejich praktikování, terapeutická cvičení, cvičení ke zvýšení citlivosti vnímání terapeuta, diskuse o zkušenostech z praxe a vlastního kurzu. Výcvik jsme zakončili praktickou zkouškou jednoho sezení s pacientem - jeho vyšetření, terapie a návrhu dalšího postupu.

Během své praxe fyzioterapeuta jsem absolvovala několik zásadních odborných kurzů. Kurz reflexní terapie dle Vojty, kurzy hipoterapie, 2 kurzy terapie dospělých dle Bobath konceptu. Všechny mě výrazně obohatily – přirozenost a emoční náboj hipoterapie, dokonalá logika reflexní terapie a zvláště specifické bobathovské uvažování a postupy byly pro mě přelomové. Přesto mému založení nejvíc vyhovuje právě „Práce s tělem“, především její komplexnost, která je v souladu s mými životními a pracovními zkušenostmi.

Této práci jsem se začala věnovat po absolvování kurzu v rámci svého zaměstnání (jako součást terapie skoliotiků, později v domácí péči), ve svém volném čase a od r. 2009 je hlavní náplní mé práce ve fyzioterapeutické praxi. Díky své rozmanitosti a možnostem mě stále baví a doufám, že ještě dlouho bude.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TERAPIE „PRÁCE S TĚLEM“

### 1.1 Práce s tělem s integrujícím dýcháním

Motto: Růst a vývoj je jen tam, kde je prostor, prostor pouze tam, kde je uvolnění a uvolnění tam, kde je tok dechu. (Dr.Schmitt)

V této terapii se jedná o podpůrný a léčivý účinek dýchání v procesu, který uvolňuje tělo od napětí, bolesti, zasahuje do vzorců držení těla a ovlivňuje symptomy stresu. Tím dává možnost pro nové vytváření a vyrovnání poměrů v tělesných tkáních a systémech a pro uvolnění stavů psychického napětí. Aktivuje také vitální činnost vnitřních orgánů a tak pomáhá ovlivňovat vegetativní poruchy.

„Práce s tělem“ je ucelený systém, který zahrnuje hlubokou strukturální práci s měkkými tkáněmi celého těla, uvolnění fyzických i psychických napětí, dechovou terapii, práci s reflexními zónami, stejně jako vytváření tělesného vědomí pacienta. (kurz) Představuje možnost terapie nejen bolestivých stavů. Právě bolest je ale nejčastějším společným symptomem pacientů, kteří vyhledávají péči fyzioterapeutů. (Klotzbach, 1996-1997)

#### 1.1.1 Bolest

„Pohybová soustava je nejčastějším zdrojem bolesti v organismu. Příčina je zřejmá, PS je nejrozsáhlejší soustavou organismu a navíc je efektozem naší vůle. Nemá proto jinou možnost se »bránit« než tím, že působí bolest.“ (Kolář, 2009, str.22) „Problematika zvládnutí bolesti – konkrétně léčba syndromů myofasciální bolesti – se stala oblastí zájmu společnou pro mnoho zdravotnických oborů. Důvodem této mezioborové komunikace je narůstající uvědomování si skutečnosti, že v kontextu systému zdravotní péče představují myofasciální syndromy základ značného procenta potíží pacientů, jakož i s nimi spojených výdajů.“ (Finando, Finando, 2004, str.11) „Muskuloskeletální poruchy jsou také označovány za hlavní příčinu disability lidí v pracovním věku.“ (Mense, Simons, Russell, 2001, str.2)

### 1.1.2 Funkční poruchy

Převahu bolestivých lézí PS představují funkční poruchy. „Pokud nelze prokázat u bolesti v PS zánět, trauma, morfologický nález, popř. hrubý mechanický útlak, bývá bolest nebo bolestivá porucha označována jako »nespecifická«, čili bez diagnózy a tím bez specifické terapie.“ Funkční poruchy často způsobuje (nepřiměřená) zátěž. Ta zvyšuje patologenní napětí, kterému odpovídají příznačné klinické projevy: zvýšený tonus tkání (zejména svalů), zvýšený odpor proti pohybu a zejména svalový spoušťový bod (TrP).

Porucha funkce bývá často způsobena nebo provázena poruchou strukturální. Zkušenosti z klinické praxe ukazují, že strukturální změny (s výjimkou zánětu) se klinicky projevují zpravidla až tehdy, když způsobují změny funkce. To je dáno tím, že při strukturálních poruchách se v příznivé funkční situaci uplatňují značné adaptační a autoreparační možnosti organismu. Z tohoto důvodu jsou metody fyzioterapie zaměřené především na funkci. I když jsou funkční poruchy nejčastější, patologické (strukturální) poruchy jsou závažnější, a proto je nutný zodpovědný přístup k diagnostice.

„Funkce jako program, který zaujímá velké části PS nebo celou PS, vyžaduje celostní přístup.“(Kolář, 2009, str.22-24)

## 1.2 Forma „Práce s tělem“

Základním tvarem „Práce s tělem“ jsou terapeutická sezení, která trvají 75 minut. Obvykle sestávají z vyšetření (10-20 minut), teplého zábalu ( 5 minut), vlastní terapie včetně případných kompenzačních cvičení a závěrečné relaxace a rozhovoru (10 minut). Vyšetření bude popsáno v bodu 3, teoretická východiska terapeutických postupů v bodu 4.

**Teplý zábal** aktivuje dýchání, slouží jako premedikace práce s měkkými tkáněmi těla a jako rituál přechodu od vnímání vnějších podnětů k vnímání vlastní osoby. Pro jeho aplikaci je potřeba větší nádoba na vodu o teplotě 70-80 °C, 2 ručníky o velikosti asi 50x100cm a gumové rukavice.

**Techniky práce s měkkými tkáněmi těla** zahrnují celé tělo pacienta včetně dutiny ústní, vynechává se pouze oblast genitálií. Každé terapeutické sezení je zaměřeno na důkladnou a zároveň jemnou práci v určité části těla – v oblasti osového orgánu, pánve a dolních končetin, pletence ramenního a krku, hrudníku a horních končetin, břicha a pánve a dolních končetin, stran těla, hlavy a obličeje. Po propracování celého těla se další sezení věnují celkové integraci, především dýchání, opakování korekce držení těla,

kompenzačních a relaxačních cvičení. Postup terapie je individuální, zohledňuje aktuální potřeby pacienta, jeho základem je práce v oblasti osového orgánu.

**Kompenzační a relaxační cvičení** vychází často z jógových cvičení a strečinku a kromě účinku na PS, prohlubují uvědomění vlastní osoby a zvětšují prostor pro dech.

**Závěrečná relaxace a rozhovor** poskytuje čas pro zpracování prožitků z terapie a pozvolný přechod z terapie k běžným činnostem. (Klotzbach, 1996-1997)

### **1.3 Indikace terapie**

Indikační oblast terapie je široká, vždy je přítomna myofasciální porucha a omezení dechové vlny: funkční poruchy hybného a vnitřních systémů, VAS, entezopatie, myalgie, bolesti hlavy, VDT a skolióza, pourazové stavy s přetrvávajícími změnami měkkých tkání, akutní vertebrogenní blokáda, bolesti PS v těhotenství, respirační onemocnění, astma bronchiale, kardiovaskulární onemocnění, projevy dlouhodobého nebo opakovaného stresu a následky distresu, jednostranná zátěž pracovní, sportovní, psychická a v důsledku primárního postižení, poruchy spánku, chronická únava, somatizace psychických obtíží a jiné. (Klotzbach, 1996-1997)

### **1.4 Kontraindikace terapie**

Terapie se neprovádí při probíhajícím infekčním onemocnění spojeném s febriliemi a v akutním stadiu tuberkulózy. Při osteoporóze vyššího stupně se nepoužívá hluboký tlak, stejně jako u pacientů, kteří užívají antikoagulancia. U pacientů s onkologickým onemocněním je nutná spolupráce s lékařem a obecně platí, že se nepoužívá invazivní práce, ani techniky aktivace lymfatického systému. Pacienti s epilepsií se neuvádí do stavu hluboké relaxace, který by mohl vyprovokovat záchvat. Ze stejného důvodu terapie pacientů s astma nezačíná prací v centru těla, ale na chodidlech. Při hernii disku má práce v bederní oblasti směr od páteře. U těhotných se zvažuje v prvním trimestru práce na pánvi, která by mohla dráždit plod. Od šestého měsíce se doporučuje jemná práce vleže na boku. Pacienty v akutní fázi maniodeprese a psychózy ošetřuje terapeut jen ve spolupráci s psychoterapeutem. Účinek analgetik a psychofarmak mění reakci na tlak, proto se při jejich užívání nepracuje velkým tlakem. Začátek terapie po úrazech konzultuje terapeut s lékařem. (Klotzbach, 1996-1997)

## **1.5 Představení autorů**

### **1.5.1 Dr. Schmitt**

Dr. Schmitt vyvinul v letech 1920-30 metodu, kterou nazval Léčení dechem. Na začátku pro orientaci používal filozofii jógy. Používal dýchání k podpoře přirozených léčivých sil těla, ke zmírnění dechových onemocnění, k uvolnění chronických stavů bolesti a napětí v systému svalů a pojivové tkáně, ke zmírnění psychického napětí a k ovlivnění funkcí vnitřních orgánů přes reflexní zóny.

Jeho práce byla nepříznivě ovlivněna politickým uvězněním, válkou a následnou těžkou hospodářskou situací v poválečném Německu. Autor ve své práci vystavěl důležitý základ, který anatomicky a fyziologicky zdůvodňuje ústřední roli dechu v léčebném procesu.

Dr. Schmitt používal hlubokou strukturální práci s tělesnými tkáněmi ve spojení s dechovou terapií, vyučoval jógu a meditaci, přednášel o filozofii jógy a o souvislostech mezi fyzickými a psychickými procesy.

### **1.5.2 Sigrid Klotzbach**

Sigrid Klotzbach je fyzioterapeutka, které metodu Léčení dechem dále rozvíjí. Uplatnila v ní své zkušenosti z výcviku terapie prostřednictvím reflexních zón nohy, masáží pojivových tkání, Bobath konceptu, akupresury, relaxačních technik, jógy a také své vlastní prožitky z Gestalt terapie, bioenergetiky a transpersonální psychologie.

## 2 VYMEZENÍ POJMU CELOSTNÍ TERAPIE

Desatero holistické (celostní) terapie:

1. Každý pacient je jednotou duše, mysli a těla - klinická medicína je soustředěna pouze na léčení těla, nebere v úvahu ani mysl ani duši pacienta; léčení tělesných symptomů je z celostního hlediska tou nejjednodušší částí terapie: mysl řídí tělo, není tomu naopak.
2. Každý člověk je originál - léčení jakékoli nemoci vyžaduje odlišný, svým způsobem originální terapeutický postup.
3. Je třeba léčit člověka, nikoli nemoc - Krehl: "Vlastně neexistuje žádná nemoc, nýbrž jen nemocní lidé; nikdo nikdy neviděl nemoc jako takovou, protože nemoc potřebuje člověka, aby mohla existovat."
4. Každá nemoc má určitý vývoj - především u chronických chorob platí, že léčení vyžaduje kontinuální, v čase odlišnou léčbu.
5. Holistická medicína respektuje zákon rovnováhy - zákon rovnováhy, určité harmonie, je základním zákonem vesmíru a platí i pro naše tělo; absence rovnováhy je příčinou absence zdraví; - celá příroda se řídí zákonem rovnováhy, bez neustálého narušování rovnováhy by nebylo nutné ji znovu obnovovat a život by se zastavil.
6. Holistická medicína jde po příčině, bez ustání se ptá "proč"? - klinická medicína se ve většině případů zaměřuje především na potlačování příznaků chorob; z hlediska holistické medicíny je diagnóza chápána jako hledání příčiny nebo příčin vzniku patologických příznaků a terapie je odstraněním příčiny.
7. Noli nocere, především neškodit - přestože tato medicínská zásada platí už od starověku a je obsažena i v Hippokratově přísaze, často se na ni zapomíná, což platí pro klinické, alternativní i holistické terapeutické postupy.
8. Při jakémkoli rozhodování je na prvním místě vždy zájem pacienta - příklady porušování opět najdeme ve všech sférách léčení, ve většině případů nerozhoduje zdravotní stav, ale ekonomické či jiné partikulární zájmy.
9. Holistická medicína se nebrání použití jakýchkoli metod, pokud neškodí a jsou účinné - díky téměř neomezenému šíření informací je dnes dostupná řada léčebných metod, avšak vědecké důkazy o mechanismu jejich působení jsou sporné; je to však mínus na straně vědy, jejíž poznávací potenciál je omezený.
10. Podstatou úspěšného léčení je aktivní angažovanost nemocného v procesu uzdravování - k tomu, aby pacient mohl odstranit závadné impulzy ze své duše, mysli nebo těla, potřebuje dostatečné množství adekvátně podaných informací, v tom je hlavní úloha

terapeuta; škodlivým extrémem je pokrytectví a snaha zatlačit pacienta do pasivní úlohy z pozice autority. (Willant, 2012)

## **2.1 Celostní přístup „Práce s tělem“**

Celostní neboli holistický přístup „Práce s tělem“ zachovává výše zmíněné principy a uplatňuje se ve dvou rovinách:

1. V rámci práce s měkkými tkáněmi terapeut postupně propracuje celé tělo pacienta. Terapie může začínat v místě udávaných potíží. Může tak přinést alespoň částečnou úlevu a naplnit očekávání pacienta. Dále je však nezbytné pokračovat v práci na ostatních částech těla a najít tak celý řetězec poruch. Velká část pacientů se také potýká s kombinací obtíží, které mají původ v různých systémech a vzájemně se ovlivňují. Pokud i terapeut ovlivní pacienta na více »frontách«, má větší šanci pomoci mu k celkové změně stavu.

2. Zároveň s technikami měkkých tkání terapeut pracuje s dýcháním a psychikou. Tělesná, duchovní a duševní oblast se v osobě pacienta prolínají, vzájemně ovlivňují a jsou neoddělitelné. Pokud má terapeut možnost zasáhnout nejen na tělesné úrovni, významně to zlepšuje možnosti terapie. (Klotzbach, 1996-1997)



## 3 VYŠETŘENÍ

Předpokladem stanovení cíleného léčebného postupu je vyšetření pacienta. Navazuje na předchozí klinická vyšetření jako např. vyšetření zobrazovacími metodami (RTG, CT, MR), neurologické, ortopedické vyšetření apod. Pokud tato vyšetření ke stanovení léčby chybí, terapeut k nim pacienta doporučí.

Základními prostředky vyšetření jsou stanovení anamnézy, vyšetření aspektů včetně kineziologického rozboru stoje a zkoušky předklonu a palpační vyšetření, které se prolínají celou terapií – je nutné průběžně získávat hlubší údaje o pacientovi, ověřovat si již získané údaje a působení terapie. (Klotzbach, 1996-1997)

### 3.1 Anamnéza

Odebrání anamnestických dat se provádí přímým rozhovorem s pacientem, který je veden tak, abychom získali co nejvíce relevantních informací. „V literatuře se uvádí, že lze správnou diagnózu stanovit až u 50% pacientů. Pro stanovení příčiny bolestí pohybového aparátu jsou získané informace obzvlášť významné.“ (Kolář, 2009, str.25)

Anamnéza probíhá kontinuálně během celé terapie, kdy terapeut na základě informací získaných aspekty a palpací může pokládat cílené dotazy. Tyto otázky jsou umožněny vzhledem terapeuta do souvislostí poruch, nesmí být návodné a manipulativní, ale podporují otevřené vyjádření pacienta. (Klotzbach, 1996-1997)

#### 3.1.1 Části anamnézy

Kompletní anamnéza obsahuje tyto složky:

**Osobní anamnéza**, kde se zjišťují údaje o chorobách, úrazech a operacích, které pacient prodělal a pro které byl nebo je sledován. Je třeba nepodceňovat »drobná« mikrotraumata a zranění z minulosti. (Kolář, 2009)

**Rodinná anamnéza** - obsahuje choroby nejbližších rodinných příslušníků. (Kolář, 2009)

**Pracovní anamnéza**, ve které pacient popisuje charakter zaměstnání a pracovní prostředí - zejména jde-li o práci stereotypní nebo různorodou, v jaké pracovní poloze a jaké pohybové stereotypy nejčastěji vykonává, zda se zaměstnáním souvisí nějaké stresové momenty, v jakých světelných a teplotních podmínkách pracuje a zda mu zaměstnání vyhovuje nebo uvažuje o jeho změně. (Kolář, 2009)

**Sociální anamnéza**, kde jsou důležité informace o rodinných poměrech a partnerském vztahu pacienta – o jeho spokojenosti v rodině, počtu dětí, finanční situaci, spokojenosti v sexuální oblasti a o jeho mimopracovních, především sportovních aktivitách a dále např. o bariérách bydlení. (Kolář, 2009)

**Alergologická anamnéza**, kde se zjišťují alergie na léky a alergie, které mohou mít souvislost s potížemi pacienta.

**Farmakologická anamnéza**, ve které pacient uvádí jaký lék a v jakém dávkování užívá, zda pravidelně, či podle potřeby, jestli v poslední době nedošlo ke změně dávky a kdo lék indikoval. (Kolář, 2009)

**Anamnéza nynějšího onemocnění**, kde se zjišťují především:

Okolnosti vzniku a průběh obtíží - zda byl začátek náhlý (co ho vyvolalo, co mu předcházelo) nebo pozvolný, zda mají obtíže charakter intermitentní, trvalý a jestli progredují. (Rychlíková, 2004)

Závislost obtíží – jaký je provokační moment, to znamená, při jaké práci, pohybu nebo poloze či zatížení obtíže vznikají. Důležitá je znalost úlevové polohy, ve které se potíže mírní nebo zcela vymizí. (Rychlíková, 2004)

Bolest – a to její charakter: zda je ostrá, tupá, difuzní, lokalizovaná, bodavá, vystřelující nebo trvale vyzařující v určitém dermatomu. (Rychlíková, 2004) Objevuje-li se bolest jako startovací, při zátěži, po zátěži, v klidu nebo budí ze spaní. (Kolář, 2009)

Lokalizace bolesti – zda je bolest ohraničena do malé oblasti nebo vyzařuje do širokého okolí, nebo ji nelze přesně lokalizovat, zda je bolest současně na několika místech. (Rychlíková, 2004)

Závislost bolesti na pohybu – zda bolest trvá během celého pohybu nebo jen na jeho začátku či konci, zda je přítomna v pohybech do všech směrů.

Iradiace bolesti – kam bolest vystřeluje, zda je difuzní nebo ohraničená, trvalá nebo jen krátké vyšlehnutí, zda vznikla na začátku obtíží nebo v časovém odstupu. (Rychlíková, 2004)

Poruchy citlivosti – a to ve smyslu hypestezie, hyperstezie nebo parestezie a mají-li difuzní nebo radikulární charakter. (Rychlíková, 2004)

Svalová slabost – zda vznikla náhle nebo postupně, u končetin se zjišťuje pocit únavy, slabosti a neobratnosti. (Kolář, 2009)

Závrať – nelze se spokojit s označením „točí se mi hlava“. Cíleně se zjišťuje zda jde o pocit houpání nebo tah ke straně, zda je závrať spojena s nauzeou či zvracením, je-li

vázána na změnu polohy celého těla nebo změnu postavení hlavy vůči trupu. (Kolář, 2009)

Další obtíže – především vegetativního charakteru, které jsou tak typické při poruchách funkce, např. bolesti hlavy a jejich ráz, trávicí a vylučovací obtíže, palpitace, dušnost, bolestivá menstruace. (Kolář, 2009)

Psychický stav nemocného – ten je vždy změněn bolestí, a zároveň je pohybová soustava efektozem naší psychiky. (Kolář, 2009)

Dosavadní léčba a její efekt – jak dlouho se pacient léčí, jaký je efekt léčby, jaká četnost recidiv, případně pracovní neschopnost a doba jejího trvání. (Rychlíková, 2004)

## 3.2 Aspekce

„Aspekce umožní během krátké doby nashromáždit velmi užitečné poznatky o stavu pacienta a pomáhá při utváření komplexního obrazu o jeho osobě i nemoci. Vyšetření pohledem začíná již v čekárně, protože si můžeme všimnout přirozeného a nekorigovaného pohybového chování pacienta. Tímto způsobem získáme cenné informace o držení těla, chůzi, antalgickém chování atd. Při popisování subjektivních obtíží a provádění jednotlivých úkonů sledujeme výraz pacientovi tváře, pohyby očí, rozdíl mezi přirozeným chováním, kdy pacient není vyšetřován, a jak se chová během vyšetřování.“ (Kolář, 2009, str.28)

### 3.2.1 Kineziologický rozbor stoje

Kineziologický rozbor stoje je základním a nejvýznamnějším vyšetřením statiky. Pro větší názornost a celkový pohled na posturu pacienta si terapeut vytvoří **nákres postavy** z pohledu zepředu/zezadu a z boku. Alternativou takového nákresu je fotografický snímek. Ten umožňuje přesnější zachycení všech detailů držení těla. Do nákresu postury lze naproti tomu okamžitě zaznamenat i pozorované tendence a tahy jednotlivých částí těla, které jsou významné pro určení širší diagnózy. Ručním zaznamenáváním se také terapeut »učí« pacienta - typické rysy jeho postury, místa napětí v těle a místa bolesti, které se také zaznamenávají. K nákresu terapeut připojí popis odchylek od vyváženého stoje. (Klotzbach, 1996-1997)

### 3.2.2 Dynamické vyšetření

Základní dynamické vyšetření především páteře a pánve představuje **zkouška předklonu**. Hodnotí se rozvíjení páteře při postupném uvolněném předklonu, kdy má páteř tvořit plynulý oblouk. Dále se posuzuje symetrie paravertebrálních valů a hrudníku. (Haladová, Nechvátalová, 1997)

Vyšetření je vhodné spojit s palpací SIPS, které může potvrdit posun či blokádu SI kloubu.

### 3.2.3 Dechová vlna

Normální fyziologické dýchání je komplexní proces spolupráce mnoha tělních systémů, který umožňuje trojrozměrný pohyb především v oblasti hrudníku. Dechový pohyb či dechová vlna ovšem zasahuje daleko širší oblast, která již nemusí být v přímém kontaktu se strukturami, jež se přímo podílí na dýchání. Při klidovém dýchání lze pozorovat přiměřené dechové pohyby v oblasti celého trupu, odkud se plynulé pohyby tkání přenáší přes slabiny a hýždě na dolní končetiny, přes ramena na horní končetiny a přes krk směrem k hlavě. Tyto jemné pohyby zajišťují nepřetržité střídání mírného zvyšování svalového napětí, které provází nádech a jeho opětovného snížení, ke kterému dochází při výdechu. Pulsující dechový pohyb tak umožňuje proudění ve tkáních, které je nezbytné pro přívod energie a živin a pro odvádění metabolitů a substancí nevyužitelných. Jakákoli tělesná porucha a to i vzdálená od struktur, které se přímo podílejí na dýchání, tudíž omezuje dechový pohyb a opačně. (Klotzbach, 1996-1997)

Dech je také přímo ovlivňován emočním a psychickým stavem. Strach a stres vždy omezují dechovou vlnu, zatímco radost a úleva působí, že zase »můžeme volně dýchat« nebo si »konečně vydechnout«. V opačné dynamice tohoto vztahu pak omezení dechové vlny může sloužit obraně před nechtěnými emocemi a psychickými stavy. (Dahlke, Neumann, 2005)

Pozorování dechových pohybů umožňuje terapeutovi nalézt místa jejich omezení, dát je do souvislosti s ostatními nálezy a cíleně volit další terapeutický postup. Dechové pohyby terapeut průběžně sleduje během celého sezení.

### 3.2.4 Řeč těla

Pozorování zkušenému terapeutovi také umožňuje »číst« tzv. řeč těla. „Jak se

člověk cítí, se dá vyčíst z projevu jeho těla. Emoce jsou tělesnými událostmi, jsou doslova »motion«, tedy pohyby uvnitř těla, jež se všeobecně projevují na povrchu těla. Když člověk pociťuje náklonnost nebo lásku, jeho rysy vypadají měkce. Ve smutku nebo při starostech působí člověk jako by se hroutil.

Tělo ale nabízí mnohem více. Přístup k životu nebo osobní styl člověka se odráží v jeho postoji, jeho chůzi, ve způsobu, jakým gestikuluje, jak se pohybuje. Jedinec s přímou chůzí o suverénním držení se na první pohled odlišuje od člověka, který má ohnutá záda, svěšená ramena, hlavu má neustále předkloněnou – je přímo vidět, že podléhá zátěži, která na něm leží.“ (Lowen, 2002, str.43)

### 3.3 **Palpace**

Na rozdíl od výsledků vyšetření pohledem nelze to, co cítíme, objektivizovat. Palpace je vždy do určité míry subjektivně zabarvený proces. Na druhou stranu palpující ruka disponuje velkým počtem rozličných receptorů pro velmi různé vlastnosti předmětu palpace - vnímá jeho tvrdost, drsnost či hladkost, poddajnost, pružnost, vlhkost, teplotu. (Kolář,2009) „I kdybychom se soustředili pouze na mechanické vlastnosti předmětu při palpaci, nelze palpující prst nahradit pevným objektem, který měří pouze tlak. Palpující ruka totiž nikdy nepoužívá pouze tlaku, ona si vše »osahává«tj. provádí složité pohyby, aby »poznala«. Sestrojit přístroj, který by toto »objektivizoval«, prozatím nelze. Avšak je zde ještě další zásadní okolnost.

Jakmile položíme ruku na povrch těla pacienta, pacient reaguje a palpující osoba tuto reakci registruje. Tím vzniká **zpětná vazba** mezi dvěma soustavami (osobami), která je nereprodukovatelná, protože každý terapeut palpuje jinak a každý pacient reaguje jinak. Nejnázorněji se tato skutečnost projevuje při palpaci spoušťových bodů (trigger points, TrPs). Vzhledem k množství receptorů na palpující ruce a díky zpětné vazbě od pacienta jsou informace získané palpací hodnotnější nežli při vyšetření jakýmkoli přístrojem. Podmínkou je, že terapeut získá patřičné zkušenosti. Pomocí palpace zjišťujeme zvýšené napětí měkkých tkání a svalové spoušťové body, a tak poznáváme, kde a co přesně pacienta bolí, což prakticky žádným přístrojem nelze.“(Kolář, 2009, str.28-29)

#### 3.3.1 **Měkké krycí tkáně**

Kůže, podkoží a fascie jsou struktury, jejichž důležitost a souvislost s funkcí

pohybového systému je dnes již všeobecně akceptovaný fakt. Stejně jako se při pohybu musí správně pohybovat klouby a svaly, musí se pohybovat i kůže s podkožím a fascie. Jakékoli omezení jejich mobility značně ovlivňuje průběh a »programování« pohybu. Specifické změny lze nalézt na kůži, a to:

**Změny prokrvení** – ty se projevují změnou teploty kůže (vlivem vazodilatace nebo vazokonstrikce) a změnou barvy, kdy po podráždění pokožky toto místo zarudne).

**Změny senzitivity** – vyšetřují se co do rozsahu změn a kvality změn (zjišťuje se hypo či hypersenzitivita, tedy to, zda pacient cítí dotek jako bolestivý, nepříjemný, lechtivý apod.).

**Změny sudomotoriky** – ty jsou vegetativní reakcí a projevují se převážně zvýšenou potivostí (v místě změny se palpuje zvýšené drhnutí kůže).

**Změny mobility** jsou pak společné pro všechny měkké krycí tkáně a souvisí s jejich základními vlastnostmi. Jsou to:

**Změny protažlivosti** – zjišťují se v jednotlivých vrstvách v závislosti na hloubce použitého tlaku.

**Změny posunlivosti** – projevují se změnou vzájemné hybnosti měkkých struktur vůči sobě. (Kolář, 2009)

### 3.3.2 Svaly

Vyšetřováním změn ve svalech se získávají informace nejen o mechanicko-anatomické jednotce. „Svalový systém je také významný pro metabolické děje v organismu a hraje podstatnou roli jako informační a adaptační prvek centrálního nervového systému.“ Sval je vlastně »zrcadlem« CNS, přičemž nejlépe o něm vypovídají globální svalové souhry, kvalita a distribuce svalového tonu.

Každé nadměrné (ať už celkové nebo lokalizované) svalové napětí má značnou výpovědní hodnotu. Je prakticky nemožné, aby zvýšené klidové posturální napětí nebylo zdrojem nebo následkem obtíží pacienta. (Kolář, 2009, str.32-35) „Svalové napětí také velmi úzce souvisí s psychickým napětím.“(Kolář, 2009, str.58)

Pro palpační vyšetřování svalů je nutné znát vlastnosti zdravé svaloviny. Normální zdravá svalová tkáň je poddajná a pružná, lze přes ni nahmatat další struktury – kosti, klouby a vnitřní orgány. Zdravý sval se na pohmat jeví jako celistvý a plastický, bez citlivosti. Nelze u něj palpačně odlišit jednotlivá svalová vlákna. Na nervový podnět se

zdravá svalovina stáhne a posléze se vrátí do původního tvaru. (Finando, Finando, 2004)

Nejčastějšími palpačními nálezy jsou poruchy svalového napětí, které mají různé formy:

**Hypertonus** – označuje se tak zvýšené svalové napětí a to buď celkové, projevující se v celém svalu, a nebo lokální, které se jeví jako napjaté provazce svalových vláken různé tloušťky. (Finando, 2004, str.15)

**Spasmus** – „je reflexní svalovou kontrakcí, která je vyvolána nocicepcí nebo jiným patologickým procesem.“ (Kolář, 2009, str.58)

**Kontraktura** – rozumí se tím stav fixovaného svalového zkrácení. Odpor kladený pohybu je pružný a zároveň vzrůstá svalové napětí. (Kolář, 2009)

**Rigidita** – typický je tzv.fenomén ozubeného kola, kdy je při pasivní extenzi končetiny hmatný přerušovaný odpor. (Kolář, 2009)

Nejrozšířenějšími funkčními změnami, které mohou být i vlastním zdrojem bolesti jsou spoušťové body – tzv. **trigger points** (TrPs). Projevují se jako v různé míře bolestivé body v zatuhlém svalovém snopci. Tlakem na TrPs lze vyvolat nejen lokální, ale často také přenesenou bolest, kterou často pacient rozpozná jako »tu svou bolest«. (Kolář, 2009)

Součástí systémového onemocnění zvaného fibromyalgický syndrom jsou jiné bolestivé body – tzv. **tender points** (TPs). Nacházejí se v různých měkkých tkáních včetně svalové, kde ale chybí zatuhlý pruh. Tlak na TPs nevyvolává přenesenou, ale pouze lokální bolest. (Kolář, 2009)

Takto dysfunkční svaly sice vykazují kontrakci, ale pak zůstávají ve zkráceném tvaru, následkem čehož dochází k lokálnímu úbytku proudění krve a lymfy, ke snížení rozsahu pohybu a následně k oslabení funkce. (Finando, Finando, 2004) Zároveň celý proces udržovaného zkrácení zvyšuje nároky na dodávku energie a to vede k »bludnému kruhu« energetické krize. (Kolář, 2009)

**Hypotonus** znamená snížení svalového napětí, které ovšem nevylučuje přítomnost lokálních hypertonických změn v hypotonickém svalu.

### 3.3.3 Vnitřní orgány

Palpovat můžeme nejen přímo vnitřní orgány, ale také tzv. Headovy zóny. Jsou to oblasti na kůži, ve kterých reflexně dochází ke změnám citlivosti a poruchám trofiky v případě poruchy orgánu. Headovy zóny se nacházejí v dermatomu, který je inervován ze

stejného míšního segmentu jako postižený orgán. Normalizací citlivosti a trofiky Headovy zóny se pozitivně ovlivní také funkce příslušného orgánu. (Klotzbach, 1996-1997)

Obrázek a popis Headových zón se nachází v příloze č.5.

### **3.4 Jiná vyšetření**

Využití dalších vyšetřovacích metod závisí na znalostech terapeuta a potřebách terapeutického procesu. V praxi fyzioterapeuta jsou standardem antropometrické vyšetření, vyšetření zkrácených a oslabených svalů, vyšetření hypermobility, hybných stereotypů, alespoň orientační vyšetření rozsahu pohybu a svalové síly, vyšetření joint play, pasivních a aktivních pohybů a vyšetření chůze.



## 4 VÝCHODISKA TERAPEUTICKÉHO PŘÍSTUPU

Žijeme ve společnosti a době, ve které většina lidí touží po klidném životě, po zdraví, prosperitě a úspěchu. Snaží se různými způsoby prožívat jen ty stránky života, které jsou příjemné a nezatěžují. Život ale vždy přinášel a přináší nejrůznější situace, které jsou obtížné, bolestné, tragické a neřešitelné. Člověk je může popírat, může je ignorovat, bojovat proti nim, strávit tím celý život a věnovat tomu velkou část své energie. Prohlédneme-li marnost a neuspokojivost takového počínání, může tyto »příznaky života«, tyto projevy neustálé změny dynamického životního projevu vnímat jako signály, které nemají ani pozitivní ani negativní význam. Signály, které informují, vedou k pozornosti k sobě samým i k okolí. Nutí člověka zabývat se neznámým, nechtěným, odmítaným a dávají tak možnost stát se celistvější osobností. (Houška, 2000-2013)

Postupy a techniky volené v terapii „Práce s tělem“ nabízí pacientovi především možnost prožít a komunikovat vše, co terapie přinese, a to na úrovni těla, dechu i psychiky. Úlohou terapeuta je individuálně hledat prostředky, které to pacientovi umožní a zároveň respektují osobnost pacienta s jeho možnostmi, schopnostmi a zájmy. Ať je to bolest, pocit nepřiměřeného tlaku, žaludeční nevolnost, pocit lehkosti, dechová tíseň, úzkost, slast, vztek, pláč nebo smích, terapeut dává pacientovi čas prožívat, hluboce vnímat svůj stav a mluvit o něm a jeho souvislostech. Pokud je daný vjem pro pacienta příliš silný, může kdykoli terapeutický zásah zastavit nebo korigovat jeho intenzitu. (Klotzbach, 1996-1997)

**Jako zásadní se pro ovlivnění dysfunkce jeví možnost volného proudění ve tkáních daná především schopností pacienta uvolnit se.** (Finando, Finando, 2004)

Vyšetření a terapie probíhají v procesu „Práce s tělem“ současně, vzájemně se prolínají a ovlivňují. Stejně tak terapeut současně sleduje rovinu těla, dechu a psychiky. Následující rozdělení je tudíž použito jen pro větší přehlednost tématu.

### 4.1 Na úrovni těla

Základní kostru manuálních postupů tvoří systém tahů, mobilizačních a inhibičních technik. Provádějí se v místech a po drahách, které mají častou tendenci k tzv.reflexním změnám – např. v místech přechodu dvou anatomických nebo funkčních celků, v místech tvorby TrPs, v reflexních zónách vnitřních orgánů apod.

Příklady terapeutických postupů práce v oblasti páteře a hrudníku jsou v přílohách č.1 a 2. Fotografie z terapie se nachází v příloze č.4.

### 4.1.1 Manuální techniky

Na výběr má terapeut různé techniky od práce tlakem velkou plochou nebo bodově, přes prostý kontakt, až k bezkontaktním postupům, které vyžadují značnou citlivost a zkušenost terapeuta. Často používanou technikou je **ischemická komprese** v různém provedení. Ačkoli se doba tlaku při použití této techniky uvádí od několika sekund opakovaně nebo 20-30 sekund nepřetržitě (Chaitow, DeLany, Russell, 2008), pro terapii „Práce s tělem“ nehraje čas takovou roli. Ať už jde o tlak na trigger point nebo výdrž v protažení hypertonických svalových vláken, terapeut čeká především na změnu stavu. Volí takovou úroveň kontaktu, která umožní pacientovi např. vnímat přiměřený tlak terapeuta na hypertonický sval jako přílišné napětí, procítit ho a pokud může také ho uvolnit. Pacienti pak často vnímají změnu napětí měkkých tkání, kterou ale připisují zmenšení tlaku terapeuta. Ve skutečnosti však jde o návrat k normálnímu klidovému napětí tkání, na úrovni svalů pak zároveň k prodloužení klidové délky svalu. (Klotzbach, 1996-1997)

Dále záleží na znalostech, schopnostech a zkušenostech terapeuta, jaké další postupy bude používat. Velmi dobře se techniky „Práce s tělem“ mohou doplňovat s terapeutickými postupy Měkkých a mobilizačních technik, Bobath konceptu, Shiatsu, kraniosakrální terapie, lymfatické drenáže, akupresury apod.

### 4.1.2 Tělesné pocity

Aby použité techniky měly delší životnost, je nezbytné rozšiřovat možnosti vnímání tělesných vjemů. Pocity identity pramení z pocitu vědomí těla. **Abychom věděli, kdo jsme, musíme vědět, co cítíme.** (Lowen, 2006)

Uvědomování si tělesných pocitů se u velké části populace omezuje na rozlišení bolí-nebolí. Lidské tělo však zprostředkovává mnohem pestřejší výběr vjemů. Pokud jim pacient nevěnuje pozornost, projeví se to např. tím, že při odebrání anamnézy dostane terapeut jen omezené a nepřesné informace. Pacient, který např. nevnímá, že denně při stresových situacích v zaměstnání zadržuje dech a choulí ramena, se může časem objevit v ordinaci internisty s dechovým nebo srdečním onemocněním. A pacient, který neví o své nevhodné pracovní poloze, se opakovaně vrací k fyzioterapeutovi s následky přetěžování.

Proto se terapeut často dotazuje na podrobnosti toho, jak pacient vnímá určitou techniku, celou oblast těla apod. Získává tak cennou zpětnou vazbu a zároveň rozšiřuje

schopnost pacienta vnímat vlastní tělo. Touto aktivitou pacienta se také „Práce s tělem“ odlišuje od různých druhů masáží, kdy je pacient pasivní. (Klotzbach, 1996-1997)

## **4.2 Na úrovni dechu**

Klíčovou rolí dechu v procesu terapie je jeho propojení s tělem a myslí. „Dech je místem, kde se mysl a tělo protíná.“ (Klotzbach, 1996-1997) Ovlivněním dechu tedy terapeut vstupuje jak do tělesné, tak psychické roviny osobnosti pacienta. Jakýkoli tělesný impuls a také změna psychického stavu působí reflexní změnu dýchání. Terapeut proto pracuje tak pevně a zároveň jemně, aby dech nerušil ale podporoval. Jednotlivé techniky začínají s výdechem pacienta, protože ten je spojen s uvolněním těla i psychiky. Mírného zvýšení napětí při nádechu může terapeut naopak využít při uvolňování reflexních změn. Může pacienta vyzvat, aby zkusil dýchat do místa bolesti nebo napětí a tím si pacient sám zvyšuje tlak v místě reflexní změny tzn. zvětšuje ischemickou kompresi, více vnímá postižené místo a následný hlubší výdech vede k lepšímu uvolnění. (Klotzbach, 1996-1997)

### **4.2.1 Dech jako největší zdroj energie**

Podle filozofie jógy přijímáme životní energii – pránu právě dechem. Faktem je, že „bez jídla může člověk přežít přibližně 40 dnů, bez pití asi pět dní a 4 minuty bez dechu stačí, aby byl mozek trvale poškozen.“ ( Morschitzky, Sator, 2007, str.49) Jestliže pacient setrvává v nádechovém postavení hrudníku, „zadržují se v plicích odpadní produkty dýchání a dostávají se do krve. To pak vyvolává přechodnou otravu, která se projevuje neklidem, únavou a vyčerpaností. Trvale špatné zásobování těla kyslíkem vede dlouhodobě k rozladám, bolestem hlavy, problémům s krevním oběhem a neschopnosti soustředit se.“ (Morschitzky, Sator, 2007, str.50) Z tohoto příkladu je patrné, jak významné je pracovat na zkvalitnění dechu.

### **4.2.2 Funkce bránice**

Bránice má funkci dechovou a posturální. Je hlavním dýchacím svalem, který leží mezi dutinou hrudní a břišní a je tak v kontaktu s vnitřními orgány. Je řízena jak autonomním nervstvem tak centrálním nervovým systémem. Výrazně se také podílí na

správné funkci páteře v rámci tzv. hlubokého stabilizačního systému. (Smolíková, 2001) Vzhledem k umístění bránice, recipročnímu vlivu s řadou struktur a variabilitě její aktivity, je nezbytná její dobrá pohyblivost a tedy funkce. V terapii „Práce s tělem“ lze k ovlivnění funkce bránice využít např. přímou facilitaci bránice pod dolními žebry nebo kontaktní dýchání, jež je kombinací polohy pacienta s manuálními kontakty a manévry v oblasti trupu a pánve. (Smolíková, 2001)

### **4.3 Na úrovni psychiky**

Pacienti přicházejí do praxe fyzioterapeuta se svým velmi specifickým držením těla a s typickým způsobem provádění pohybů. Tyto posturální a pohybové vzory nevznikají nahodile, jsou fyzickou podobou toho, co pacient prožil. „Člověk je souhrnem svých životních zkušeností, jež jsou všechny pojaty do jeho osobnosti a strukturovány - »zabudovány« v těle.“ (Lowen, 2002, str.45)

Pro terapeuta, který umí číst řeč těla je obrovskou výhodou, že tělo »nelže«. Omezení rozsahu pohybu paže při syndromu zmrzlého ramene jasně ukazuje, že je pacient omezen v nějaké činnosti. Horní končetina totiž slouží k tomu, abychom něco mohli »udělat«. Pacient tak podvědomě ukazuje, že např. nemůže dělat to, co by chtěl nebo naopak se brání vykonat něco, co se po něm žádá.

Dalším příkladem, kdy může terapeut využít pozorování řeči těla, gest a mimiky, je zjevný rozpor mezi tím, co pacient říká a jak vypadá. Pacient, který hlásí: „Mám se velmi dobře“ a zároveň se projevuje chudými, rigidními gesty, má unavené oči, shrbená ramena a sotva slyšitelný hlas, svůj skutečný stav popírá, ať už vědomě či nevědomě. (Lowen, 2002)

„Dokonce i když se člověk pokouší skrýt své skutečné pocity za nějakou masku, když se tedy snaží o nějaký tělesný postoj nebo výraz tváře, který např. signalizuje něco jiného, vytvoří tím tělesně napjatý stav, jenž ho prozradí.“ (Lowen, 2002, str.79)

#### **4.3.1 Terapeutické možnosti**

Nejdůležitějším úkolem terapeuta je pacientovi ukázat jeho skutečný stav, dát mu možnost pocítit a prožít ho a tím získat možnost nahlédnout vlastní situaci a překonat ji. Jen tak se člověk nemusí stále vracet ke stejným způsobům fungování, jež ho přivedly k terapeutovi. (Houška, 2000-2013)

Jelikož je terapeut také člověk a odráží ve své osobě celý svůj život, je nezbytné,

aby znal sám sebe. Než začne léčit, než naváže kontakt s pacientem, měl by se sám podrobit terapii. Jen tak může být jeho dotek hřejivý, přátelský, důvěru vzbuzující a bez osobních zájmů. (Lowen, 2002)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je představit málo známý terapeutický přístup a zhodnotit jeho přínos v terapii pacientů především s funkčními poruchami a bolestivými stavy.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Shromáždit teoretická východiska práce s tělem s integrujícím dýcháním.
2. Popsat základní postupy terapie.
3. Utřídit kazuistiky pacientů a vyvodit z nich výsledky práce z pohledu terapeuta.
4. Sestavit cílenou anketu a získat tak relevantní informace o výsledcích terapie z pohledu klientů.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

## **6 HYPOTÉZY**

Předpokládám, že:

1. Použitím metody „Práce s tělem s integrujícím dýcháním“ dochází u klientů s funkčními poruchami ke snížení bolesti.
2. Postupy terapie „Práce s tělem s integrujícím dýcháním“ vedou ke zlepšení kvality života klientů s funkčními poruchami.
3. Celostní přístup fyzioterapeuta zlepšuje možnosti ovlivnění potíží pacientů s funkčními poruchami.

## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Ke zjištění výsledků jsem pracovala celostní metodou „Práce s tělem“ s pacienty ve věkové kategorii od školního věku až po seniory ve vlastní ambulantní praxi. Pacienti mají různé diagnózy a jejich společným problémem jsou bolestivé stavy a poruchy funkce (nejen) pohybového aparátu.

Pacienti docházeli pravidelně 1x týdně až 1x za měsíc na terapii. Se souhlasem klientů jsem čerpala z jejich zdravotnické dokumentace, kterou si pravidelně vedu, v některých případech až 3 roky zpětně.

Pacienti odpověděli na anketní otázky, kde popsali svou zkušenost s terapií a tak je možné porovnat subjektivní pohled pacientů s dokumentací fyzioterapeuta.



## 8 POUŽITÉ VÝZKUMNÉ METODY

### 8.1 Kazuistiky

Protože pacienti sledovaného souboru mají různé potíže a diagnózy, zvolila jsem kazuistiky tak, aby byli zastoupeni pacienti mladší i starší, ženy i muži a popsány případy jak akutních tak chronických stavů. V nákresech jsou

**černě** označena místa zvýšeného napětí měkkých tkání,

**červeně** bolestivá místa a

**zeleně** pozorované směry tahu částí těla.

#### 8.1.1 Mladší akutní pacient

**muž, 39 let**

**Osobní anamnéza:** operace 0, od dětství má „agresivní pot“, když nemůže na slunce a v zimě mívá nesvědovou vyrážku (nejvíc na trupu), před 2 lety diagnostikována refluxní nemoc jícnu, 2011 lumbago bederní páteře s iradiací bolesti do LDK, 3/2012 byl po letech odmítnut jako dárce krve pro zvýšený TK (140/97), na jaře začal pociťovat bolesti v oblasti P kyčle – praktický lékař zahájil léčbu artrotických bolestí kyčel. kl.

**Rodinná anamnéza:** otec - zemřel v 73 letech na IM, matka – 63 let, revmatoidní artritida

**Pracovní anamnéza:** konstruktér, převážně pracuje na PC

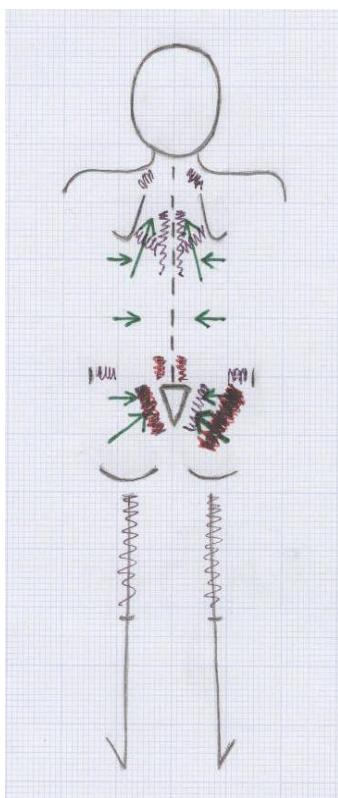
**Sociální anamnéza:** žije s manželkou a 2 malými dětmi v rodinném domě, který částečně svépomocí několik let stavěl, nyní ještě dokončuje práce okolo domu, tyto práce vykonává rád; rád sportoval, jezdil na kole – nyní mu sportovní aktivita působí zhoršování bolesti

**Farmakologická anamnéza:** 2 roky užívá Helicid pro refluxní nemoc jícnu, 4 měsíce užívá Surgam pro bolesti v obl. P kyčle, 2 měsíce užívá antihypertenzivum

**Abusus:** nekouří, alkohol pije příležitostně

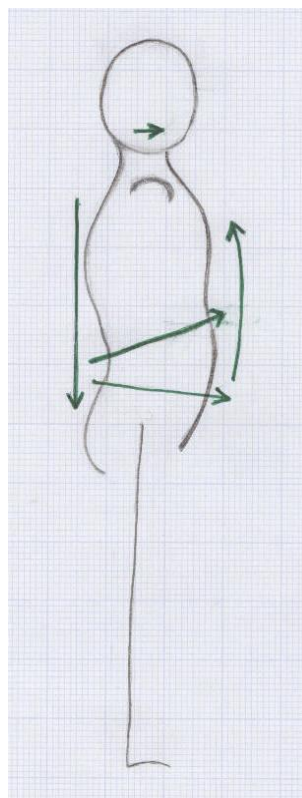
**Nynější onemocnění:** na jaře měl měsíc suchý dávivý kašel, pak rozvoj bolesti v oblasti velkého trochanteru vpravo; brzy začala propagace bolesti do stehna, později i do lýtky PDK, kde mívá pocit celkové křeče; konkrétní místa projevu bolesti se mění; úlevu cítí při flexi kyčle, vsedě, vleže; bolesti se zhoršují fyzickou námahou, kterou má rád; kromě spánku téměř neodpočívá, pokud musí ležet pro bolest, má „černé svědomí“, že nepracuje

Obrázek 1 KR stoje zezadu 1



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 KR stoje z boku 1



Zdroj: vlastní

### **KR stoje a chůze:**

- přichází mírně přihrbený, krátkými šouravými kroky, téměř bez souhybů HKK, bolest a námaha chůze je »vidět«
- antalgické držení těla s menším zatížením PDK
- hypertonus gluteálního svalstva (více vpravo)
- prohloubené křivky páteře
- předsun hlavy
- břišní stěna vytažena vzhůru
- ramena a lopatky vytaženy vzhůru
- Thomayer téměř 0, ale nerozvíjí L obl.

## **Terapie:**

25.7.2012

- Ošetření páteře a pánve – práce v Th obl. příjemná přes četné TPs, při práci v tajlích cítí větší tlak, četné TPs a TrPs v gluteální obl. především na pelvitrochanterických svalech – vlevo při IK uvolní, vpravo jen málo + propagace bolesti do celé PDK
- V LZ práce na břicho vpravo nepříjemná, placing – PDK nepustí do ZR s ABD

**Shrnutí:** četné reflexní změny hlavně pelvitrochanterických svalů vpravo, pacient není schopen nebýt aktivní

2.8.2012

- Žádná změna stavu
- 1.8. provedeno CT vyšetření dolního úseku páteře a kyčlí
- Pro bolest jsou omezeny všechny krajní pohyby kyčelního kloubu vpravo
- Trakce kyčle v LB zhoršuje bolest, aproximace ji neovlivňuje
- Jemné techniky!, protažení fascií zad a gluteů a kontaktní dýchání s velmi dobrou dechovou reakcí + uvolnění (mikrospánky); hlazení; práce v tříslech - vpravo napětí

8.8.2012

- Přichází napřímený, delšími kroky; 2 dny po terapii se vzbudil a bolest byla „o 85% menší“
- Na CT páteře bez neurologického nálezu, artróza II.stupně v kyčelních kloubech
- Jemné techniky práce v oblasti zad a pánve; ještě zbytky TPs v pelvitrochanterických svalech – dobře uvolní

13.9.2012

- Zapomněl na terapii, přijíždí o půl hodiny později
- Ortopedem doporučena artroskopie pravé kyčle pro poškození chrupavky (28.10.)
- Cítí se o 90% lépe než před terapií; bolesti se objevily při sportu (cyklistika, plavání)
- Při ošetření páteře cítí jen přiměřený tlak, práce na pánvi ještě nepříjemná až lehce bolestivá; při hlazení usíná (relaxuje)
- Ptám se na možné kořeny stavu – ze strany matky bylo vždy splnění všech povinností a úkolů bráno jako samozřejmost, v opačném případě „to dala pořádně znát“
- Ve stoji stále břicho i ramena taženy vzhůru, dech. pohyb v tříslech malý

4.10.2012

- Většinou je bez potíží i při namáhavé práci kolem domu, ještě nesportoval
- V LB ještě pravé třísla výš než levé – podkládám soft míčky; ošetření pelvitroch. svalů nebolestivé ale stále vpravo nepříjemné, ještě přítomny TPs – dobře uvolní; poté třísla ve stejné výšce; m.ilicacus vpravo napjatý a palpačně bolestivý
- Na MR potvrzena artróza II.st. s horším nálezem vpravo, objednan k artroskopii – informuji pacienta o specifikách tohoto výkonu, navrhuji jeho odklad, pravidelné kontroly; pacient se po domluvě s ortopedem rozhodne ohledně artroskopie – zavolá

2/2013

- Telefonicky zjišťuji, že pacient artroskopii nepodstoupil; nemá potíže, začal cvičit s trenérkou
- Nabízím možnost pokračování terapie

### **8.1.2 Starší akutní pacient**

**žena, 58 let**

**Osobní anamnéza:** vrozená luxace levého kyčelního kloubu, S skolióza ( diagnostikována v dospívání), drobné sportovní úrazy bez zjevných trvalých následků, občasné bolesti v oblasti zejména bederní páteře

**Rodinná anamnéza:** dcera, 24 let – hypotonická forma DMO, syn, 38 let – zdrav

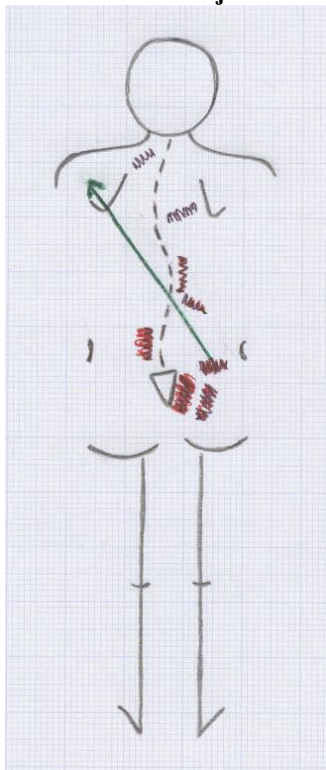
**Pracovní anamnéza:** stará se o imobilní dceru, která je upoutána na invalidní vozík a potřebuje celodenní péči

**Sociální anamnéza:** žije v bytě (v domě s výtahem) s manželem a dcerou, je podruhé vdaná, přes postižení dcery působí vyrovnaně a spokojeně; celoživotně sportuje – jezdí na kole, provozuje turistiku, sjezduje i jezdí na běžkách, cvičí jógu – a udržuje si tak fyzickou kondici, kterou potřebuje v péči o dceru

**Abusus:** nekouří, alkohol pije příležitostně

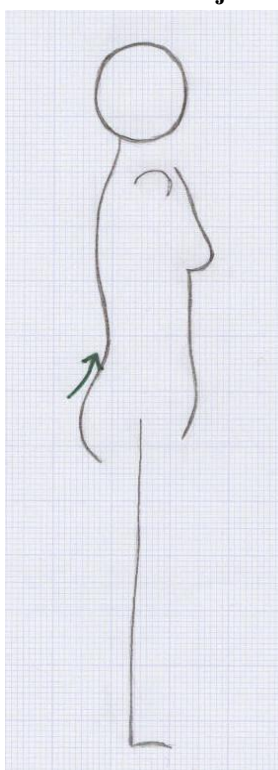
**Nynější onemocnění:** 18.7.2012 přendávala dceru z vozíku na lůžko – při laterálním pohybu trupu ucítila ostrou bolest v L oblasti; nyní cítí tupou vytrvalou bolest v horizontálním pruhu nad L-S přechodem, která se někdy propaguje i do břicha a třísel, zhoršuje se při námaze a změně polohy; v noci se budí bolestí

Obrázek 3 KR stoje zezadu 2



Zdroj: vlastní

Obrázek 4 KR stoje z boku 2



Zdroj: vlastní

### **KR stoje:**

- levá gluteální rýha niž
- SIPS vpravo výš ( i v předklonu)
- předklon omezen pro bolest
- SIAS vpravo jen mírně výš
- crista iliaca vpravo mírně výš
- mírně hlubší pravá tajle
- kompenzovaná S skolióza (olovnice v ose)
- prominence PV valu vlevo v L obl., vpravo v dolní Th obl., vlevo v horní Th obl.
- prominice žebního valu v levé horní části
- levá lopatka výš a více zevně rotovaná
- levé rameno výš

**Shrnutí:** akutní lumbago bederní páteře, blokáda SI kloubu vpravo, pacientka si nestěžuje na nic jiného, i při náročné péči o postiženou dceru si najde čas i na sebe

### **Terapie:**

20.7.2012

- Základní ošetření oblasti páteře a pánve - dobře uvolňuje hypertonus PV svalů, jen částečně uvolní oblast SI vpravo, méně prostoru v pravé tajli, palpační bolestivost m.iliacus vpravo s propagací bolesti vzhůru do boku
- Mobilizace SI kloubu vpravo – potom je menší rozdíl ve výšce SIPS
- Dop. cvičení na overballu (selektivní pohyby pánve a dolní části trupu) →



27.7.2012

- Pacientka udává výrazné zlepšení stavu – spí celou noc, pohyb jen s malým omezením, pohyby beder a DKK ještě dělá pomalu, po terapii cítila odlehčení v bedrech
- Vzhledem k šikmé pánvi lze těžko říct, zda je přítomna lehká blokáda SI
- Opakujeme ošetření oblasti páteře a pánve – celkově menší intenzita bolesti, nejvýraznější bolest v obl. SI kloubu vlevo, pravá tajle, hýždě i m.iliacus téměř bez palpačního nálezu, asymetrická práce podél SI kloubů →
- Mobilizace SI kloubu – trvá mírný rozdíl ve výšce SIPS



15.8.2012

- „Funguju normálně.“
- PV svaly stále mírně hypertonické, ale palpačně nebolestivé, obl. SI kloubů bez palpačního nálezu, levá tajle ještě lehce bolestivá, pravá tajle měkká, prostorná, tuhé, nebolestivé horní fixátory lopatek; pacientka se cítí dobře, objedná se dle potřeby

### 8.1.3 Mladší chronický pacient

**muž, 42 let**

**Osobní anamnéza:** před 18 lety po doskoku cítil bolesti v bedrech, 2009 1. akutní lumbago bederní páteře po dlouhé jízdě autem ( po rehabilitační léčbě stav upraven, ale ne ad integrum), předtím postupné zhoršování bolestí bederní obl. (navštěvoval chiropraktika ve Velké Británii), 5/2010 začaly bolesti levého ramenního kloubu zejména při VR, méně při ZR, v zimě časté záněty dýchacích cest a pocit ztíženého dýchání

**Rodinná anamnéza:** matka,68 let – chronický kašel; otec,71 let – revmatoidní artritida; syn,10 let – astma bronchiale, alergie na pyly a roztoče; dcera,15 let - zdráva

**Pracovní anamnéza:** zabývá se ekonomickým poradenstvím pro firmy v Polsku, kam cca 1x týdně jezdí autem nebo létá letadlem

**Sociální anamnéza:** bydlí s manželkou a 2 dětmi v rodinném domě, který v minulých letech částečně rekonstruoval; kvůli práci přechodně bydlel ve Velké Británii a Polsku; hraje 1x týdně fotbal a badminton

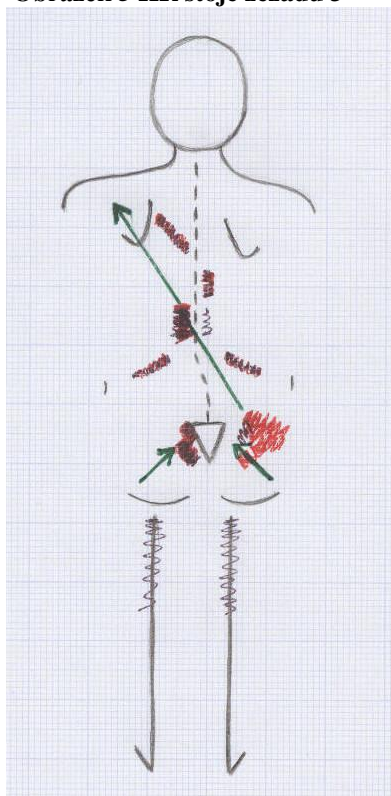
**Alergologická anamnéza:** astma bronchiale nealergické vs (diagnostikováno vloni)

**Farmakologická anamnéza:** pravidelně neužívá žádné léky, při dech. potížích Ventolin

**Abusus:** nekouří, téměř denně pije pivo

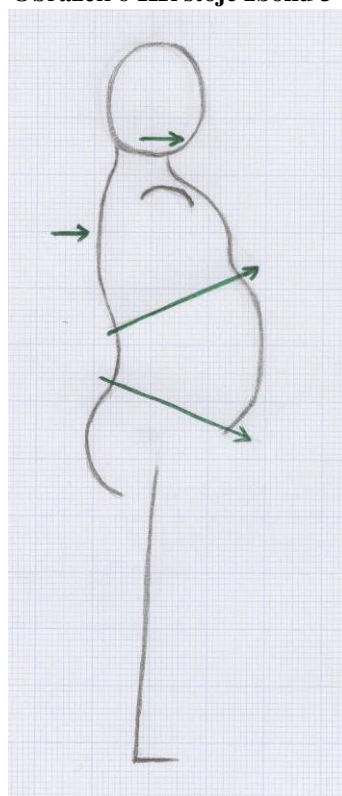
**Nynější onemocnění:** akutní lumbago bederní páteře – bolest se zhoršuje při změně polohy (i v noci); vždy prvních několik kroků nemůže došlápnout plně na PDK pro bolest a pocit slabosti v pravé hýždě a kyčli; při pokusu o předklon ručkuje po stehnech; vsedě cítí brnění DKK – více vlevo a v hýždích a lýtkách; neudrží se ve stoji na 1 DK

Obrázek 5 KR stoje zezadu 3



Zdroj: vlastní

Obrázek 6 KR stoje z boku 3



Zdroj: vlastní

### **KR stoje:**

- antalgické držení těla s posunem trupu doleva
- větší zatížením LDK
- disproporční postava – kratší DKK a mohutnější, delší trup
- hypertonus gluteálních svalů
- anteverze pánve
- hluboká bederní lordóza
- plochá hrudní kyfóza
- Sy rozevřených nůžek
- hypertrofie PV svalů od Th-L přechodu k pánvi
- prominence břišní stěny
- nádechové postavení hrudníku – dolní žeberní oblouky trčí dopředu
- levá lopatka a rameno výrazně výš
- protrakce ramen
- předsun hlavy



**Terapie:** Pacient dochází na terapii od 7/2010 podle potřeby 1x týdně až 1x měsíčně. Vzhledem k rozsáhlosti dokumentace nebudu popisovat jednotlivé terapie, ale celkový postup.

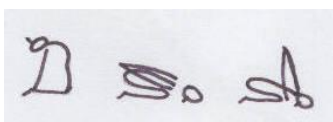
- Opakovaně ošetřuji oblast páteře a pánve, asymetricky dle nálezu → palpačně bolestivé hypertrofické PV svaly, mělký, rychlý dech postupně prohlubuje, ale dechová vlna nedosahuje k pánvi ani ramenům; bolest se postupně lokalizuje do oblasti SIPS a SI kloubu vlevo
- Po třech terapiích cítí jen tah v bedrech při oblékání, v KR jen náznak posunu trupu vlevo; pacient zlehčuje možnou souvislost mezi životními událostmi a posturou; mluví velmi rychle (až nesrozumitelně), zabývá se optimalizací práce a i v terapii by chtěl optimální a rychlý výsledek
- Pokračujeme prací na břicho, DKK a lopatkách stále s důrazem na korekci asymetrií těla; zmenšují se reflexní změny ve svalech pánve a PV svalech + menší palpační bolestivost; po zátěži se objevují přechodné bolesti v L-S přechodu, v obl. sedacího a hrbolu a SIPS vlevo → dop. používat při zátěži bederní pás (s ním se potíže minimalizují) + před a po sportovní zátěži nutné zahřátí a protažení (instruktáž)



**Shrnutí:** Pacient s disproporční postavou a těžkou poruchou držení těla ve všech rovinách, poruchou funkce bránice (až paradoxní dech. pohyby), s maximálním napětím v oblasti pánve a PV svalů v dolní ½ trupu, zpoč. neguje souvislosti fungování těla a psychiky; má tendenci se přetěžovat („Když něco dělám, tak dokud nepadnu.“)

- Po 5 měsících terapie téměř přestal cítit brnění v DKK; stále se nejvíc vracíme k oblasti páteře a pánve, kde opakovaně ošetřuji reflexní změny; při kompenzačních cvicích často přednostně zapojuje PV svaly → vybírám vždy jen 1 cvik a důsledně kontroluji, zaměřujeme se na protahování zkrácených svalů (haemstringy, iliopsoas, piriformis)
- Začíná vnímat asymetrie držení svého těla; ošetřuji i reflexní změny po akutních poraněních ze sportu nebo práce, která jsou dost častá, včetně použití kineziotejpu; postupně také začíná na dotaz mluvit víc o sobě („jsem nejistej“), práci a původní rodině, ve které se „o některých věcech nemluví“; doporučené cviky doma neprovádí
- 5/2011 ráno vsedě na toaletě kýchnul – opět akutní lumbago bederní páteře (silná bolest při pokusu o napřímění, při změně polohy) a zvýraznění asymetrie ve frontální rovině → asymetrická práce v obl. páteře a pánve – po měsíci návrat ke stavu před lumbagem

- I po roce terapie stále vleže nevolní tělo; začíná dlouhé období, kdy se střídavě objevují bolesti L ramene v krajních polohách a mírné, intermitentní bolesti v bederní obl., pracuji v obl. bránice, DKK, hrudníku a krku; při jemných technikách a práci malým tlakem pozoruji lepší dechovou reakci, ale „K čemu to je, takové nic?“
- Po roce a půl má opět s příchodem zimy pocit, že se nemůže plně nadechnout → aktivace bránice spontánní i volní, ale nelze použít větší tlak nebo úsilí, jinak zadržuje dech; stále je i vleže napjatý
- 2 roky od začátku terapie se stále nejvíc věnujeme práci se zvýšeným napětím; nemá větší pohybové potíže, po zátěži se objevují bolesti beder, v obl. kyčlí nebo L ramene; víc vnímá nedostatečnost dechu; lépe cítí vzájemné postavení jednotlivých částí těla; cvičí selektivní pohyby pánve a hathény horního hrudního dýchání →



- Pro zlepšení vnímání napětí cvičíme dle Feldenkreise; začíná sám mluvit o vlastním vnímání sebe (sebevědomí), rodiny, práce – rád by rozšířil spolupráci se stávajícími obchodními partnery, ale „nechci se k nim cpát“ (paralela s prominujícím břichem)
- Po 2 a půl letech terapie je ještě patrná nerovnováha v rovině frontální s náznakem posunu trupu, ale olovnice je téměř v ose; v rovině sagitální došlo k uvolnění bederní hyperlordózy a tím zmenšení „rozevření nůžek“, břišní stěna méně prominuje; nemá trvalé pohybové potíže, může aktivně sportovat; pokračuje v terapii

#### 8.1.4 Starší chronický pacient

**žena, 62 let**

**Osobní anamnéza:** st.p. appendectomii, hysterectomii, cholecystectomii a operativním řešením Sy karpálních tunelů bilat., angina pectoris, varixy povrchových žil DKK, dříve opakované záněty žil DKK, 1x ročně akutní lumbago bederní páteře, bolesti v obl. C páteře, které často přechází v bolest hlavy migrenózního charakteru, dlouhodobě občasné bolesti pravého ramene, po námaze entezopatie v obl. med. epikondylu vpravo, obezita I.st., častá pyróza, zácpa, od menopauzy trpí návaly, v mládí distorze hlezen (cvičila gymnastiku)

**Rodinná anamnéza:** matka, 88 let – Angina pectoris, ICHS, DM II.typu, soběstačná; několikrát ročně se o ni pacientka 1-2 týdny stará, což ji vyčerpává; otec, zemřel v 87 letech – DM II.typu, recidivy CMP, Alzheimerova choroba; dcera, 38 let – VAS C páteře; syn, 41 let – astma bronchiale (diagnostikováno vloni), úzkostné stavy

**Pracovní anamnéza:** důchodkyně, dříve pracovala jako kadeřnice

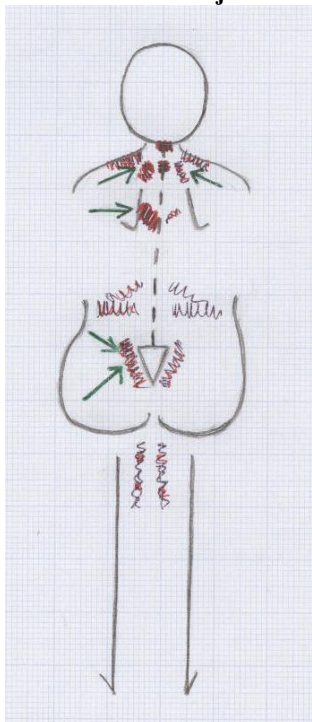
**Sociální anamnéza:** rozvedená, bydlí s přítelem v domě se zahradou a hospodářskými zvířaty, o což se částečně stará; dříve byla zvyklá cvičit, nyní necvičí (cvičení neudýchá + necvičí kvůli výrazným bolestem zad), nechodí ani na procházky kvůli dušnosti

**Farmakologická anamnéza:** Vasocardin, Anopyrin, Atorvastatin, Betahistin-ratiopharm

**Abusus:** nekouří, alkohol pije výjimečně

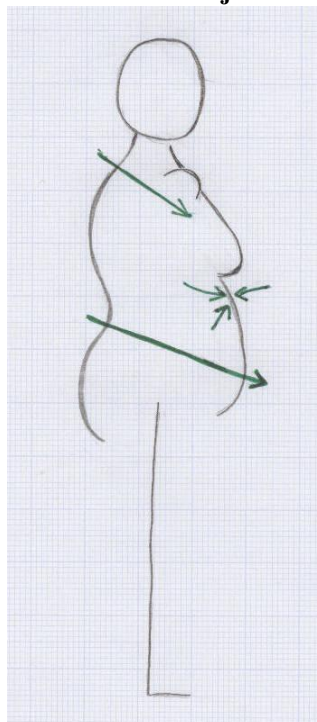
**Nynější onemocnění:** časté bolesti v C obl. někdy přecházející v bolesti hlavy migrenózního charakteru; omezená hybnost C páteře o 50%; občasné brnění prstů HKK; bolesti v L obl. při běžných denních činnostech (hlavně spojených s mírnou FL trupu), někdy s propagací do PDK

Obrázek 7 KR stoje zezadu 4



Zdroj: vlastní

Obrázek 8 KR stoje z boku 4



Zdroj: vlastní

### **KR stoje:**

- snížená klenba nožní bilat.
- hallux valgus vpravo
- pravá gluteální rýha níž
- crista iliaca vpravo výš
- levá tajle mírně hlubší
- naznačen posun trupu doprava
- větší váha na PDK
- anteverze pánve
- hluboká bederní lordóza
- prominence břišní stěny
- nádechové postavení hrudníku
- hypertrofie horních trapézů
- protrakce ramen
- výrazný předsun hlavy
- předklon neprovede pro bolest, běžně Thomayer dle pacientky – 15-20cm

**Terapie:** Pacientka dochází na terapii od r.2011, zpočátku 2x za měsíc, nyní 1x měsíčně. Vzhledem k rozsáhlosti dokumentace nebudu popisovat jednotlivé terapie, ale celkový postup.

- Zpočátku pacientka ani v LZ neuvolní předsun hlavy a protrakci ramen, je velmi reaktivní; pracujeme v obl. hrudníku, páteře a krku především na úrovni kůže, podkoží a fascií, při hlubším tlaku cítí značné bolesti a zadržuje dech, po terapii udává velký pocit únavy a zároveň možnost snazšího dýchání (souvisí s uvolněním protrakce ramen a předsunu hlavy), téměř bez bolesti zvládá domácí práce, snížení bolesti v C obl.; doporučuji cvičit pocit „zavěšení loutky“
- Při třetí terapii upozorňuji na její bolestný výraz tváře, jako by plakala → „Vždyť já jsem (po minulé terapii) plakala“ – mluví o rozvodu před 20 lety; po této terapii se po několik nocí objevily stejné příznaky jako v době rozvodu a spontánně odezněly

**Shrnutí:** polymorbidní pacientka, hypersenzitivní, s převahou napětí v obl. bederní páteře, hrudníku a solaru, má sklon potlačovat emoce, odsouvá své potřeby, aktivně spolupracuje

- Postupně začínám pracovat na úrovni svalů až vnitřních orgánů v oblasti bránice a břicha – pacientka má opakovaně při a po terapii pocity tlaku v žaludku až nauseu a pocit namožení břišních svalů; dechový pohyb je patrný především v obl. dolních žeber směrem ventrálním, postupně s aktivací bránice se rozšiřuje směrem k podbříšku a ramenům, později i laterálně a dorzálně; volnější dech.pohyby „mě nutí se smát“
- Po 8 terapiích udává minimální výskyt bolestí hlavy i žaludečních obtíží – pokud se vyskytnou, nechá je většinou bez medikace odeznít; celkově se cítí klidnější, vesele říká: „Začala jsem odmítat (partnerovi).“; vždy večer prodýchává podbříšek – od té doby má pravidelně ráno stolici + „Asi jsem si zácpu způsobila sama.“ – při pocitu nucení vždy chtěla dodělat práci a nucení odeznělo
- Pokračujeme prací na pánvi (palpačně velmi bolestivá) a DKK – uvědomuje si především napětí, do kterého se i vleže dostává; pracovala 2 dny na zahradě – trvalá bolest v oblasti obou SI kloubů → aplikace kineziotejpu + mluvíme o uvědomění si vlastních hranic
- Absolvovala lázeňskou léčbu – cítí další uvolnění C obl.
- Vracíme se k ošetření hrudníku, krku a pracujeme s HKK – palpační bolestivost je oproti předchozím terapiím malá; placing HKK - výrazné napětí paží; po terapii reaguje bolestí

PHK v rameni a med. epikodylu lokte, která po 2 dnech spontánně odeznívá

- Ošetření krku a hlavy včetně dutiny ústní – trvá napětí horních fixátorů lopatek, větší napětí a bolestivost čelistního kloubu vpravo; po terapii jako by se jí ramena tlačila dolů
- Po 13. terapiích „nemám vám co říct“; ošetření v obl. lopatek – značné množství reflexních změn, často cítí směrem ke krku napětí, které nejde uvolnit; „Už si nedělám takovou hlavu s věcmi, které nemůžu změnit.“
- Celková integrace postury, práce na přechodech struktur ( pánevní dno, bránice, C-Th přechod, jazyka, C-C přechod), pasivní záklon hlavy; Thomayer až 0; doporučuji cvičit pomalé kroužení hlavou (zpoč. bez záklonu)
- „Mám spoustu energie, kdybyste věděla, co všechno dělám.“ (stěhovali, malovali); v levém uchu se objevil tinitus + nedoslýchavost + hypersenzitivita na silné sluchové podněty – po medikaci znovu začala pyróza, po snížení medikace se neobjevuje; po 4 měsících tinitus beze změny, jen po terapii „Práce s tělem“ přechodně ustává
- Začala si cvičit doma (kalanetika, protahovací cvičení) a chodit na procházky (1 hodinu obden), doporučuji NW rychlostí 4-5km/hod (instruktáž)
- Po zátěži trvá pocit napětí šíje bez propagace do hlavy; práce na nohách - po opak. ošetření popisuje větší stabilitu ve stoji, nácvik aktivní nohy ve stoji
- Pacientka pokračuje v terapii

## 8.2 Anketa

Pacienti sledovaného souboru mají různé diagnózy a potíže, společná je přítomnost funkčních poruch a bolesti. Porovnávám míru bolesti před a po terapii a subjektivní vnímání změny kvality života pacientů.

Kvantitativní srovnávání různých funkčních potíží není předmětem této práce a bylo by příliš rozsáhlé nebo nemožné vzhledem k řetězení poruch, ke kterému vždy postupně dochází a tedy nutnosti měřit velké množství jednotlivých parametrů. Míra bolesti se nedá objektivně hodnotit žádnou metodou, je však nejčastějším důvodem, proč pacienti vyhledávají péči fyzioterapeuta. Proto jsem se rozhodla porovnávat ji pomocí numerické škály bolesti, která je přehledná a pro pacienta jasná.

### *Intenzita bolesti*

*žádná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nejhorší možná*

### *Nepříjemnost bolesti*

*žádná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nejhorší možná*

Dalším údajem, který porovnávám je zlepšení kvality života pacientů. Jsem si vědoma, že existuje standardizovaný dotazník pro její zkoumání (SF 36), ale vzhledem k tomu, že kvalita života pacientů není mým hlavním tématem, zdá se mi příliš rozsáhlý pro potřeby této práce. Proto jsem zjišťovala subjektivní vnímání změny kvality života pacientů, což vyjadřují v procentech.

Další údaje v anketě jsem využila pro získání zpětné vazby od pacientů. Jejich odpovědi např. svědčí o tom, zda si pamatují rozsah svých potíží, odhalují motivy ukončení/pokračování terapie, dokládají významy terapie z hlediska pacientů. Zachycují také korelaci s jinými typy léčby.

Vzor ankety je uložen jako Příloha 3.

## **9 VÝSLEDKY**

### **9.1 Závěry z kazuistik**

#### **9.1.1 Mladší akutní pacient**

Přestože pacient byl po třech terapeutických sezeních bez pohybových obtíží a bolest cítil jen při sportu, stále byly patrné tendence jeho těla (vytažení břišní stěny vzhůru, napětí v oblasti pánve) a také byly přítomny funkční poruchy vnitřních orgánů (GER, hypertenze). Pacient dále naznačil možné kořeny své potřeby být neustále aktivní a neměli jsme dostatek času toto téma propojit s jeho tělesným vyjádřením. Proto jsem mu doporučila pokračování terapie. Už na další ošetření však přišel pozdě a dál se neobjednal, což svědčí o jeho odmítnutí terapie. Začal však cvičit s trenérkou, což by se dalo považovat za pokrok, pokud je jeho motivem potřeba péče o sebe. Pokud je pacientovou motivací ke cvičení snaha vydržet nastavený způsob života, tréninky jen oddálí nový nástup potíží.

#### **9.1.2 Starší akutní pacient**

Pacientka se celoživotně vyrovnává s následky vrozeného postižení (luxace kyčle) a dlouhodobě pečuje o imobilní dceru. Přes tuto zátěž působí vyrovnaně (kompenzovaná skolióza, na svou životní situaci si nestěžuje, baví ji sportovat). Do budoucna jistě existuje důvod pokračovat v terapii, ale pacientka ho v současné době nemá, je spokojená. Vrátila se do stavu před lumbagem, v případě potřeby se na mě obrátí, terapie jí vyhovuje.

#### **9.1.3 Mladší chronický pacient**

U pacienta docházelo před začátkem terapie k postupné eskalaci obtíží, proto bylo prvním cílem terapie zastavit progresi, což se podařilo. Během prvního roku pacient prodělal recidivu akutního lumbaga, kdy se po měsíci vrátil do původního stavu. Dál ustaly výrazné bolesti v bederní oblasti, parestezie DKK a pacient se stal otevřenějším k psychosomatickému uvažování o svých potížích. Po více než dvou letech od počátku terapie se jeho tělesné potíže minimalizovaly, více vnímá omezení dechu a sám přináší témata svých životních postojů a situací do terapie. Na rozdíl od začátku doma provádí



doporučená cvičení. V držení těla došlo k uvolnění bederní hyperlordózy a tím zmenšení Sy rozevřených nůžek. Pacient se místo tělesných potíží může soustředit na poznávání a realizaci svých potřeb.

#### 9.1.4 Starší chronický pacient

Před začátkem terapie byla pacientka kvůli kombinaci pohybových a interních obtíží omezena v běžných denních činnostech, které vykonávala s bolestí a výrazným omezením rozsahu pohybu celé páteře. Nemohla se věnovat oblíbeným procházkám a cvičení, byla nespokojená a unavená. Po více než dvouleté terapii došlo k uvolnění vzorů napětí a pacientka zvládá běžné domácí činnosti většinou bez potíží, začala zvládat i větší zátěž a vrátila se k pohybovým aktivitám, které má ráda. Významně se omezily její interní obtíže (dušnost, pyróza, zácpa, bolesti hlavy). Pacientka ještě občas nerespektuje hranice svých možností a přetěžuje se, ale celkově se zlepšilo její vnímání a porozumění signálům těla a tím možnost ovlivnit, jak se cítí. Tinitus, který se objevil v posledních měsících, jsme ještě nedešifrovaly.

## 9.2 Výsledky ankety

Tabulka 1 Numerická škála bolesti a kvalita života 1

Pacient	Intenzita bolesti před terapií	Intenzita bolesti po terapii	Nepříjemnost bolesti před terapií	Nepříjemnost bolesti po terapii	Zlepšení kvality života (%)
mladší akutní	7	1	7	2	30%
starší akutní	10	0-3 (občasná)	10	0-3 (občasná)	100%
mladší chronický	10	3	10	3	25%
starší chronický	8	3	9	3	50%

Zdroj: vlastní

V této tabulce jsou uvedeny údaje o míře bolesti před a po terapii a vnímaném zlepšení kvality života pacientů z kazuistik.

**Tabulka 2 Numerická škála bolesti a kvalita života 2**

Pacient	Intenzita bolesti před terapií	Intenzita bolesti po terapii	Nepříjemnost bolesti před terapií	Nepříjemnost bolesti po terapii	Zlepšení kvality života (%)
1.	8	8	9	9	0%
2.	10	3	10	3	25%
3.	10	3 občas	10	3 občas	100%
4.	9	3	9	2	70%
5.	8	3	9	3	50%
6.	9	1	4	1	10%
7.	8	4	8	6	50%
8.	7	0	8	0	30%
9.	7	1	8	1	60%
10.	7	1	7	2	30%
11.	7	2	7	5	100%
12.	7	3	7	2	30%
13.	6	3	7	3	40-50%
14.	6	3-4	4	2	40%
15.	5	1	7	0	35%
16.	5	1 občas	3	1 občas	50%
17.	4	1	7	1	65%
18.	3	0	9	2	60%
19.	3	2	5	3	15%
20.	3	0	3	0	70%
21.	3	2	2	1	14%
22.	3	2	1	0	20%
23.	2	1	3	2	30%
24.	2	0	2	0	20%
25.	1	1	8	5	40%

Zdroj: vlastní

V této tabulce jsou uvedeny údaje o míře bolesti před a po terapii a vnímané zlepšení kvality života všech oslovených pacientů. Jsou zastoupeni pacienti, kteří dochází dlouhodobě nebo kteří byli v terapii krátce ( 3-10 sezení), a pacienti, kteří už skončili nebo pokračují v terapii.

## 10 DISKUSE K VÝSLEDKŮM

Více než patnáct let využívám terapii „Práce s tělem“. S ohledem na své zkušenosti jsem si zvolila téma kvalifikační práce, protože se domnívám, že o bolestivých stavech a funkčních poruchách bylo napsáno relativně dost, ale velmi málo o celostním přístupu k těmto potížím.

Komplexní přístup dnes většinou znamená kombinaci elektro a vodoléčebných procedur a léčebné tělesné výchovy, kde fyzioterapeut používá různé postupy ke zlepšení stavu pokud možno celého těla – pohybového, nervového a všech vnitřních systémů. Svým pozitivním přístupem a znalostmi psychologie pomáhá motivovat pacienta ke změnám životního stylu, který ho dovedl k potížím. Přesto se velká část pacientů k fyzioterapeutům vrací.

Z uvedené teorie a kazuistik vyplývá, že terapie „Práce s tělem“ se kromě samotné práce s měkkými tkáněmi těla soustředí na odhalování kompenzačních mechanismů pacientů, jež nashromáždili během života, na porozumění jejich motivům, na kvalitu dechu, ve které se propojuje a odráží jejich soma a psyché, na prožití jejich příznaků a tím možnost přerušit bludný kruh potíží. I v případě „Práce s tělem“ terapie může trvat a trvá roky. V čem je tedy rozdíl?

Terapie „Práce s tělem“ se neorientuje na učení nových návyků, nových kompenzací, které vyžaduje další úsilí, ale spíše na odkrývání, porozumění a prožívání těch starých, které pacienta přetěžují a vyčerpávají. Pokud jsou kompenzační mechanismy pacienta staré desetiletí, může jejich uvolnění trvat několik let a nezdědka jsou tak silné a traumatické, že jejich pochopení a přijetí pacientem není možné.

Vhled terapeuta do psychiky pacienta a především pozorování, zda psychický stav odpovídá stavu a projevům těla a kvalitě dechu, nabízí další možnosti, jak jej konfrontovat s jeho celkovou situací. Poskytuje oporu v hledání možných příčin potíží, které často pacienti přinejmenším zpočátku odmítají, bagatelizují apod. Umožňuje trpělivě pracovat s pacientem, i když ten očekává rychlé výsledky, s pacienty, u nichž i delší dobu nedochází ke změně a omezuje tak vznik frustrace u obou zúčastněných. Průběžné pozorování projevů těla a dechu pacienta umožňuje zachytit a ukázat pacientovi změny, které ještě není schopen sám zaznamenat.

Je obrovskou výhodou, že tělo „nelže“. Ukazuje, zda pacient žije v souladu se svými zkušenostmi, pocity a potřebami nebo v rozporu s nimi. V rámci možností pacienta terapeut hledá cesty k prožití a pochopení kompenzací, jež mají zakrýt či zmírnit dopad

oněch zkušeností, pocitů a potřeb, které člověk nemohl prožít nebo zpracovat. Jelikož zvyk je železná košile, často se kompenzační mechanismy vracejí. Pacient se rozšiřováním schopnosti vnímat vlastní tělo učí zachytit nástup kompenzačního vzoru. Tento vzor prožívá, komunikuje a někdy tak ztrácí potřebu ho nevědomě stále opakovat.

Konkrétní příklady ke třetí hypotéze z kazuistik pacientů:

**Mladší akutní pacient** – Už při odebrání anamnézy je patrný rozpor v jeho vyjádření, že rád sportuje a pracuje na dostavbě domu, ale právě tyto činnosti mu působí zhoršení potíží – Jaká je tedy jeho motivace k těmto činnostem? Z použitých technik mělo největší vliv na změnu stavu hlazení, což mě vedlo k dotazu na dětství a matku a pacient hovořil o nárocích matky na stoprocentní výkon. Přestože pacient byl (po předchozí 5-měsíční léčbě) po třech terapiích téměř bez bolesti, navrhla jsem mu pokračování terapie a to vzhledem k dalším interním potížím (GER, hypertenze), které mohou mít souvislost se vzorem napětí pacienta (viz KR stoje). Jeho odmítnutí můžu jen respektovat.

**Starší akutní pacientka** – Pacientka má od dětství skoliózu pravděpodobně následkem vrozené luxace kyčle (viz KR stoje) a stará se o imobilní dceru. Přesto působila vyrovnaně, nestěžovala si na nic jiného, než vznik akutní bolesti v bederní oblasti. Momentálně byla spokojená s návratem ke stavu před lumbagem, nebyl důvod navrhnout jí další léčbu také proto, že o sebe pečuje (jóga, sporty, setkání s přáteli).

**Mladší chronický pacient** – Zpočátku jsme se soustředili na úpravu asymetrií těla, pacient bagatelizoval náměty k psychosomatickým souvislostem jeho potíží. Později se stal otevřenějším a alespoň odpovídal na otázky. Stále však hledal příčiny potíží pouze v těle. Jeho obtíže se však v menší míře stále občas projevovaly a opakovaně měl drobná sportovní nebo pracovní poranění. V době, kdy začal přirozeně mluvit o sobě, se objevily výraznější tělesné prožitky během terapie a došlo k částečnému uvolnění Sy rozevřených nůžek. Začal akceptovat, že vnitřní nejistotu (a horší funkci HSS) nahrazuje povrchovým napětím. Více vnímá dechové obtíže a pozoruje jejich souvislost se stresem různého druhu. Pohybové potíže má minimální.

**Starší chronická pacientka** – Na tělesný kontakt reagovala pacientka ze začátku hypersenzitivně. Byla však (po rok staré předchozí zkušenosti s terapií) rozhodnutá v léčbě vytrvat. Velmi dobře aktivně spolupracuje, např. si poznamenává změny stavu mezi jednotlivými sezeními. Během terapie se objevily některé staré symptomy a řada nových. Podporuji jejich prožívání a komunikaci a pacientka už z nich nemá takové obavy jako na začátku, zjistila, že je unese. Zmenšily se výrazně její bolesti zad, zmírnily se i její interní

obtíže. Je veselejší a spokojenější, že její běžné denní činnosti neprovází bolest.

Z tabulky v kapitole 9.2. je patrná platnost první hypotézy. „Práce s tělem“ podle těchto výsledků snižuje bolest u pacientů s funkčními poruchami. Pacientka č.1 přišla na terapii s výrazným strukturálním nálezem (coxartróza III.stupně) a doporučením k totální endoprotéze kyčelního kloubu. Velmi se však bála operace. Na terapii byla 4x a nedošlo k ovlivnění jejích bolestí. Přijala nutnost operativního zákroku a sama došla k názoru, že jí „nic jiného nezbyvá“. V ostatních případech, i když měli/mají někteří pacienti strukturální nálezy, byly přítomny také funkční poruchy a jejich ovlivněním došlo ke snížení bolesti.

Zajímavé jsou výsledky dotazu na zlepšení kvality života pacientů vlivem terapie „Práce s tělem“. Vyplývá z nich pouze to, že určité zlepšení cítí všichni pacienti (opět s výjimkou pacientky č.1) – od 10 do 100%. Nevypozorovala jsem, že by pocíťované zlepšení bylo v přímé úměře ke snížení míry bolesti, k délce trvání obtíží, ani k věku a pohlaví pacientů. Skutečně by konkrétnější posouzení změny kvality života pacientů vyžadovalo podrobnější rozbor, hypotéza č.2 však byla potvrzena.

V potvrzení všech tří hypotéz jsem po svých zkušenostech z praxe doufala. Zvláště třetí hypotéza a komentáře k ní jsou pro mě významné, neboť dokládají, co odlišného od jiných druhů terapie může „Práce s tělem“ nabídnout terapeutům a pacientům s funkčními poruchami.

## ZÁVĚR

Terapie „Práce s tělem“ není stejně jako jiné terapie vhodná pro každého. Ovlivňuje především funkční poruchy, vyžaduje aktivitu pacienta, znalosti terapeuta nad rámec obvyklého profesního vzdělávání a není hrazena ze systému zdravotního pojištění. Jelikož pacienti si musí sami terapii vyhledat a vkládají do ní své finanční prostředky, je zajištěna jejich alespoň základní aktivita v přístupu k léčbě. Ta je zásadní pro změnu nepříznivého zdravotního stavu pacientů a její absence je největším limitem pro terapii.

Z charakteru terapie „Práce s tělem“ vyplývá, že její rozšíření v systému zdravotního pojištění tak, jak je nastaven nyní, asi není možné. Většina zařízení však nabízí terapie, které si pacienti hradí sami a zároveň přibývá pacientů, kteří chápou, že zdravotní pojištění nemůže pokrýt všechny dostupné druhy terapií a investice do vlastního zdraví se jim rozhodně vrátí. V tom vidím cestu pro terapeuty a pacienty „Práce s tělem“, tohoto komplexního přístupu k člověku.

## SEZNAM ZDROJŮ

- CHAITOW, Leon a DELANY, Judith. *Clinical application of neuromuscular techniques. Volume 1, The upper body*. 2nd ed. Edinburgh: Elsevier, 2008. xxii, 595 s. ISBN 978-0-443-07448-6
- DAHLKE, Ruediger, NEUMANN, Andreas. *Léčivá síla dýchání*. Vyd. 1. Praha: Euromedia Group,k.s.- Ikar, 2005. 224 s. ISBN 80-249-0597-3
- FALEIDE, Asbjørn O., LIAN, Lilleba B. a FALEIDE, Eyolf Klæboe. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2864-3
- FINANDO, Donna a FINANDO, Steven J. *Fundované doteky: hodnocení a léčba myofasciálních poruch*. V Olomouci: Poznání, 2004. 220 s. ISBN 80-86606-25-2
- HALADOVÁ, Eva a NECHVÁTALOVÁ, Ludmila. *Vyšetřovací metody hybného systému*. Vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 135 s. ISBN 80-7013-393-7
- HOUŠKA, Petr. *Terapeutické konzultace*. Plzeň 2000-2013
- KLOTZBACH, Sigrid. *Práce s tělem s integrujícím dýcháním, kurz*. Praha: UK FTVS, 1996-1997
- KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, ©2009. xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- LOWEN, Alexander. *Bioenergetika: terapie duše pomocí práce s tělem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 274 s. ISBN 80-7178-649-7
- LOWEN, Alexander. *The Language of the Body: Physical Dynamics of Charakter Structure*. Bioenergetics Press, 2006. 358 s. ISBN10: 0-9743737-9-6
- MENSE, Siegfried, SIMONS, David G. a RUSSELL, I. Jon. *Muscle pain: understanding its nature, diagnosis, and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ©2001. xi, 385 s. ISBN 0-683-05928-9
- MORSCHITZKY, Hans a SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 181 s. Spektrum. ISBN 978-80-7367-218-8
- RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, ©2004. 530 s. ISBN 80-7345-010-0

- SMOLÍKOVÁ, Libuše. *Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001
- VAŘEKOVÁ, Jitka. *Hermeneutické úvahy k diagnostice a terapii funkčních poruch*. Rehabilitácia, 2002, 35(2), 67-71. ISSN 0375-0622
- WILLANT, Ákoš. *Desatero holistické medicíny* [cit. 10.12.2012]. Dostupné z <http://mojeharmonie.mypage.cz/menu/cesta-prirody/desatero-holisticke-mediciny>

ANKETA. zdroj vlastní

OBRÁZKY 1-8. *Kineziologický rozbor stoje zezadu a z boku 1-8*. zdroj vlastní

OBRÁZKY 9-16. *Postup práce v oblasti páteře* [cit. 23.2.2013]. Dostupné z [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní zdroj

OBRÁZKY 17-29. *Postup práce v oblasti hrudníku* [cit. 23.2.2013]. Dostupné z [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní zdroj

OBRÁZKY 30-34. *Fotografie z terapie*. zdroj vlastní

OBRÁZEK 35. ANONYM. *Headovy zóny* [cit. 23.2.2013]. dostupné z [www.wikifysio.nl](http://www.wikifysio.nl)

TABULKY 1-2. *Numerická škála bolesti a kvalita života 1-2*. zdroj vlastní



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABD – abdukce

C obl. – krční oblast

CT – počítačová tomografie

DK(K) – dolní končetina(y)

FL – flexe

GER – gastroesofagiální reflux

HK(K) – horní končetina(y)

HSS – hluboký stabilizační systém

IK – ischemická komprese

IM – infarkt myokardu

KR – kineziologický rozbor

L obl. – bederní oblast

L-S přechod – lumbo-sakrální přechod

LZ – leh na zádech

MR – magnetická rezonance

NW – nordic walking

PS – pohybová soustava

PV val – paravertebrální val

RTG – rentgenový snímek

SI kloub – sakroiliakální kloub

SIPS – spina iliaca posterior superior

Sy - syndrom

Th obl. – hrudní oblast

TK – tlak krve

TP(s) – tender point(s)

TrP(s) – trigger point(s)

VAS – vertebrogenní algický syndrom

VDT – vadné držení těla

VR – vnitřní rotace

ZR – zevní rotace

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Numerická škála bolesti a kvalita života 1.....	49
Tabulka 2 Numerická škála bolesti a kvalita života 2.....	50

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 KR stoje zezadu 1 .....	34
Obrázek 2 KR stoje zboku 1 .....	34
Obrázek 3 KR stoje zezadu 2.....	37
Obrázek 4 KR stoje zboku 2.....	37
Obrázek 5 KR stoje zezadu 3.....	40
Obrázek 6 KR stoje zboku 3.....	40
Obrázek 7 KR stoje zezadu 4.....	44
Obrázek 8 KR stoje zboku 4.....	44
Obrázek 9 Práce v obl. páteře 1 .....	62
Obrázek 10 Práce v obl. páteře 2 .....	62
Obrázek 11 Práce v obl. páteře 3 .....	62
Obrázek 12 Práce v obl. páteře 4 .....	62
Obrázek 13 Práce v obl. páteře 5 .....	63
Obrázek 14 Práce v obl. páteře 6 .....	63
Obrázek 15 Práce v obl. páteře 7 .....	63
Obrázek 16 Práce v obl. páteře 8 .....	63
Obrázek 17 Práce v obl. hrudníku 1 .....	64
Obrázek 18 Práce v obl. hrudníku 2 .....	64
Obrázek 19 Práce v obl. hrudníku 3 .....	64
Obrázek 20 Práce v obl. hrudníku 4 .....	64
Obrázek 21 Práce v obl. hrudníku 5 .....	64
Obrázek 22 Práce v obl. hrudníku 6 .....	65
Obrázek 23 Práce v obl. hrudníku 7 .....	65
Obrázek 24 Práce v obl. hrudníku 8 .....	65
Obrázek 25 Práce v obl. hrudníku 9 .....	65
Obrázek 26 Práce v obl. hrudníku 10 .....	65
Obrázek 27 Práce v obl. hrudníku 11 .....	66
Obrázek 28 Práce v obl. hrudníku 12 .....	66
Obrázek 29 Práce v obl. hrudníku 13 .....	66
Obrázek 30 Práce s bránicí .....	69
Obrázek 31 Uvolnění lopatky.....	69
Obrázek 32 Detail manuální techniky .....	69

Obrázek 33 Práce s dolní končetinou.....	69
Obrázek 34 Protážení bederní lordózy .....	70
Obrázek 35 Headovy zóny.....	71

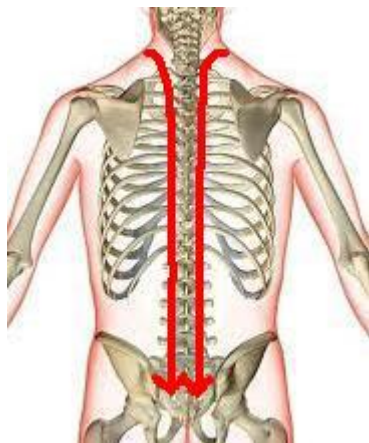
## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Postup práce v oblasti páteře.....	62
Příloha 2 – Postup práce v oblasti hrudníku.....	64
Příloha 3 – Anketa – vzor.....	67
Příloha 4 – Fotografie z terapie.....	69
Příloha 5 – Headovy zóny.....	71

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Postup práce v oblasti páteře

### Obrázek 9 Práce v obl. páteře 1

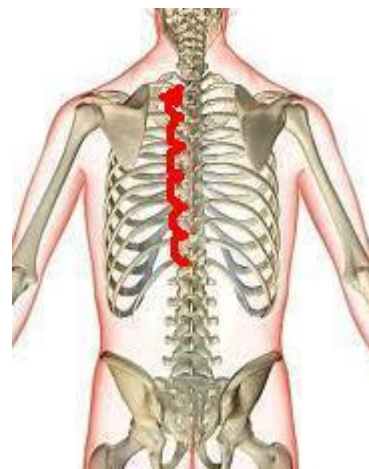


Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

Začínáme vlevo, krátkými tahy šikmo nahoru ze stran k páteři uvedeme celou páteř do pohybu. Přidáváme tlak a několikrát propracujeme hrudní páteř (zvláště mezi obratli Th 6-8 a Th 1-3). Pak pracujeme na druhé straně.

V LB podložíme břicho (vyrovnání bederní lordózy) a hlezna. Obouruč vedeme tah podél páteře směrem od horní části m.trapezius. Jemně zjišťujeme rozložení napětí a přidáváme tlak. Tah začínáme s výdechem a provádíme v rytmu dýchání pacienta.

### Obrázek 10 Práce v obl. páteře 2



Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

### Obrázek 11 Práce v obl. páteře 3

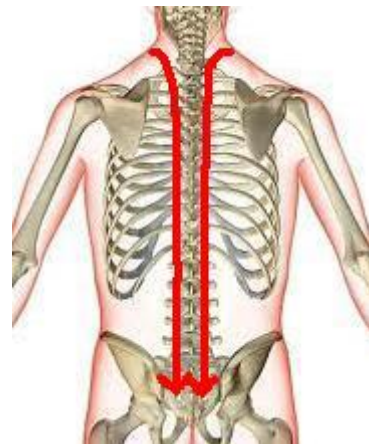


Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

Hluboké protažení bederní oblasti (m.quadratus lumborum, systém vzpřimovačů a bránice). Začínáme vlevo.

1. Ze strany k obratli L 3.
2. Ze strany k obratli L 5.
3. Ze strany v obratli Th 12.

### Obrázek 12 Práce v obl. páteře 4



Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

1x provedeme vyrovnávací tah.

**Obrázek 13 Práce v obl. páteře 5**



Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

Vedeme tah od nejvyššího bodu SI kloubu k přechodu křížové kosti a kostrče. Stejný směr tahu o asi 3cm laterálně. Začínáme vlevo.

Vedeme tah napříč strukturou SI skloubení. Pracujeme palci nebo bříšky 2.-4. prstu.

**Obrázek 15 Práce v obl. páteře 7**



Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

Začínáme na SIPS, tah vedeme podél hřebene kosti kyčelní ke strukturám kyčle.

Prsty nebo oběma palci provádíme protažení od páteře, k vnitřní hraně lopatky, k hornímu úhlu lopatky a od krku k rameni, případně až na paži.

**Obrázek 14 Práce v bol. páteře 6**



Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

**Obrázek 16 Práce v obl. páteře 8**



Zdroj: [www.inmagine.com](http://www.inmagine.com) + vlastní

Na závěr v LZ provedeme protažení krku, hrudníku, případně pracujeme na chodidlech.

## Příloha 2 – Postup práce v oblasti hrudníku

Obrázek 17 Práce v obl. hrudníku 1



V LZ podložíme kolena, aby pánev byla ve správné pozici. Obouruč vedeme tah podél sternu a dál na spodní žebra. Začínáme s výdechem pacienta, postupně přidáváme tlak a snažíme se mobilizovat danou oblast.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

Obrázek 18 Práce v obl. hrudníku 2



Tah začínáme u mečíkovitého výběžku a vedeme jej podél sternu až na paže, které můžeme lehce podržet v trakci a tím pomoci nádechu.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

Obrázek 19 Práce v obl. hrudníku 3



Terapeut stojí na opačné straně, než na které pracuje a krátkými tahy ošetřuje úpon m. rectus abdominis. Přerušovaným tlakem může tuto oblast mobilizovat.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

Obrázek 20 Práce v obl. hrudníku 4



Tah vedeme od mečíku po spodních žebrech – práce na přechodu m.obliquus externus abdominis a m.serratus anterior. Vlevo je reflexní zóna žaludku, vpravo zóna jater a žlučníku.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

Obrázek 21 Práce v obl. hrudníku 5



Provádíme obouruční mobilizaci spodního okraje hrudníku, případně i podél sternu. Pracujeme konečky prstů, při větší ztuhlosti i dlaní.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní



#### Obrázek 22 Práce v obl. hrudníku 6



Pacient může mít na ošetřované straně ruku pod hlavou. Pracujeme na mezižebních svalech. Začínáme od spodní části hrudníku směrem k axile. Nakonec můžeme paži vytáhnout šikmo vzhůru.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

#### Obrázek 23 Práce v obl. hrudníku 7



Ošetřujeme bránici. Začínáme od mečíku a tah vedeme jemně pod posledním žebrem. Pracujeme jedním nebo oběma palci na jedné straně nebo palci zároveň na obou stranách současně.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

#### Obrázek 24 Práce v obl. hrudníku 8



Pracujeme na kostosternálních spojeních v dolní části hrudníku. Krátké tahy vedeme od středu sternu na jednotlivá žebra.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

#### Obrázek 25 Práce v obl. hrudníku 9



Protahujeme pod klíční kostí, případně přes rameno až na paži. Je zde reflexní zóna plic, vlevo i srdce.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

#### Obrázek 26 Práce v obl. hrudníku 10



Oběma rukama protahujeme hrudní fascii.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

#### Obrázek 27 Práce v obl. hrudníku 11



Protahujeme začátek m.pectoralis major podobně jako v tahu 8, ale pracujeme i mezi žebry.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

#### Obrázek 28 Práce v obl. hrudníku 12



Obouruč se 2-3 prsty v axile zavěsíme za prsní sval a protahujeme šikmo vzhůru nebo uchopíme sval mezi 2-3 prsty a palec a protahujeme šikmo dolů. Tah můžeme protáhnout až na paže.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

#### Obrázek 29 Práce v obl. hrudníku 13



Práce na m.pectoralis minor. Provádíme krátké hluboké tahy a přidáváme tlak. Tah můžeme opět protáhnout až na paže.

Zdroj: [www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com) + vlastní

Dále provádíme protažení paží, pracujeme na flexorové a extenzorové skupině svalů předloktí, na palcovém a malíkovém valu dlaně a protahujeme meziprstní prostory.

Sezení končíme zklidňujícím protažením od mečíku k ramenům a přes paže a jemným protažením krční páteře. Pokud je to nutné, pracujeme na chodidlech.

### Příloha 3 – Anketa – vzor

1. Popište, prosím, své obtíže (i vedlejší) před začátkem terapie.

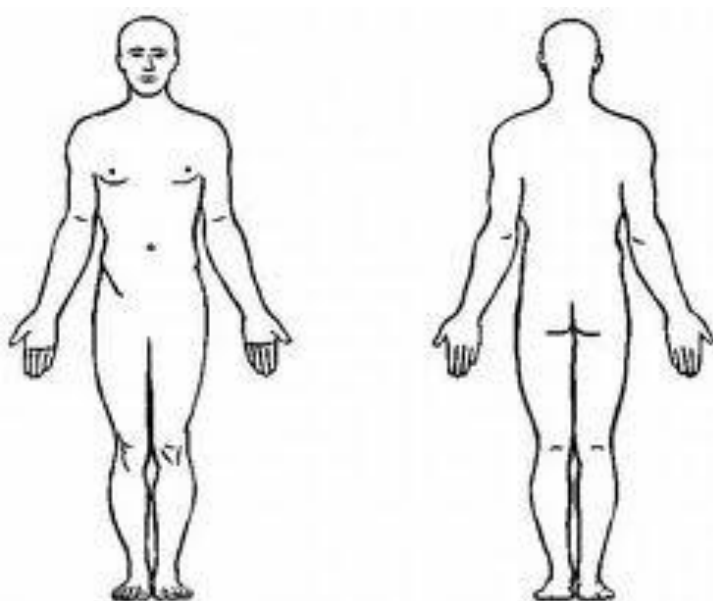
.....

.....

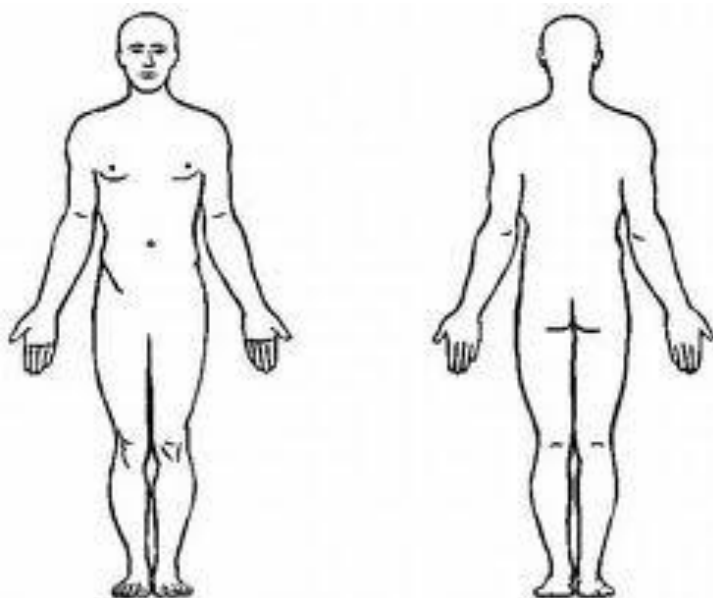
.....

.....

2. Kde jste měl/a obtíže před začátkem terapie?



3. Kde máte obtíže nyní?



4. Jaká byla vaše bolest před začátkem terapie?

*Intenzita bolesti*  
žádná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nejhorší možná

*Nepříjemnost bolesti*  
žádná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nejhorší možná

5. Jaká je vaše bolest nyní?

*Intenzita bolesti*  
žádná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nejhorší možná

*Nepříjemnost bolesti*  
žádná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nejhorší možná

6. Absolvoval/a jste před nebo současně s terapií jinou léčbu nebo nějakou (např. sportovní) aktivitu pro podporu zdraví?

.....  
.....  
.....

7. Můžete v procentech napsat, o kolik se dle vašeho názoru zlepšila celková kvalita vašeho života od doby před začátkem terapie?

.....

8. Kdy začala vaše terapie? .....

9. Kdy skončila vaše terapie? .....

10. Napište, prosím, proč pokračujete/jste skončil/a s terapií.

.....  
.....

11. Co pro vás bylo/je největším přínosem terapie?

.....

.....

## Příloha 4 – Fotografie z terapie

**Obrázek 30** Práce s bráničí



Zdroj: vlastní

**Obrázek 31** Uvolnění lopatky



Zdroj: vlastní

**Obrázek 32** Detail manuální techniky



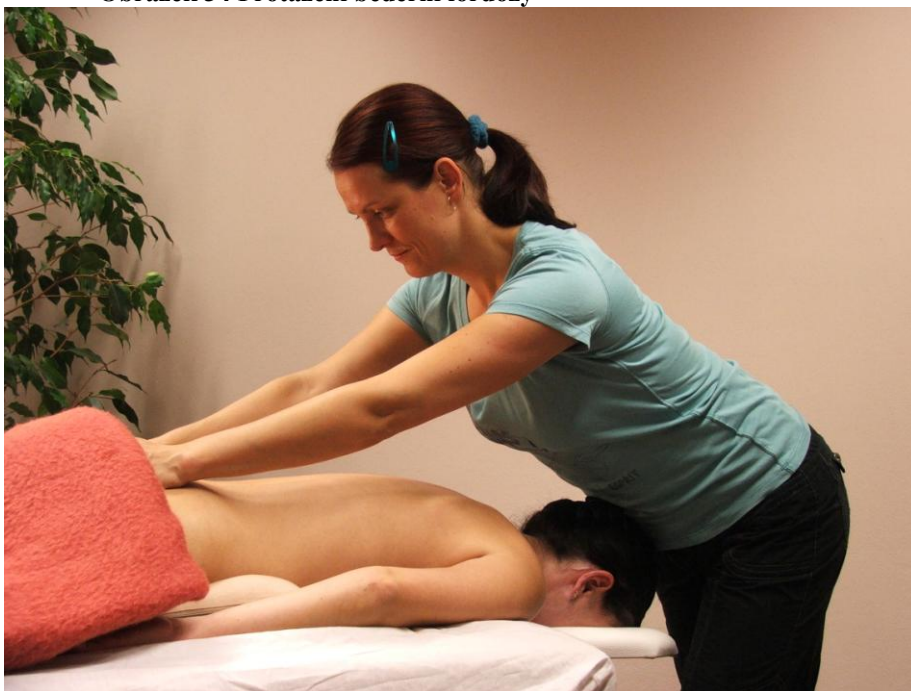
Zdroj: vlastní

**Obrázek 33** Práce s dolní končetinou



Zdroj: vlastní

**Obrázek 34** Protážení bederní lordózy

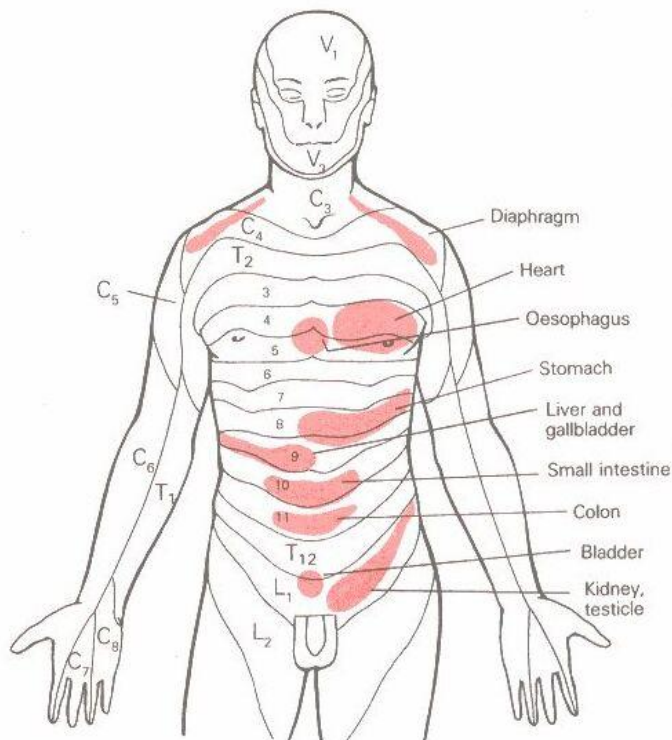


Zdroj: vlastní

## Příloha 5 – Headovy zóny

Headovy zóny označují místa na těle, kam se mohou propagovat poruchy konkrétních vnitřních orgánů.

Obrázek 35 Headovy zóny



Zdroj: [www.wikifysio.nl](http://www.wikifysio.nl)