

6/24 McKenzie Magazín

časopis pro MDT odborníky
číslo 41



- 5 Talk it easy
- 11 Provázání fyzioterapie s psychologickým působením...
- 29 „Load me up, Scotty“, „Nalož mi, Scotty“...
- 40 Klacky a kameny: Vliv jazyka v rehabilitaci...

Obsah

- 2 Úvod**
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT
- 3 Proč mám ráda McKenzie metodu?**
Mgr. Klára Bartoňková, Cert. MDT
- 5 Talk it easy**
Mgr. Peter Hafič, Cert. MDT
- 7 Odborný seminář Talk it easy**
Příležitosti a úskalí komunikace v klinické praxi
Jan Běhůnek, DiS.
- 11 Provázání fyzioterapie s psychologickým působením v klinické praxi**
PhDr. Kryštof Kuba, Ph.D., Cert. MDT
- 19 SIG 7. března 2024**
Mgr. Štěpánka Pospíšilová, Cert. MDT
- 21 SIG 2. dubna 2024**
Kateřina Rajchlová, Cert. MDT
- 24 Kazuistika Cesta k extenzi lemovaná spontánní úzdravou...?**
Mgr. Veronika Fílová, Cert. MDT
- 29 „Load me up, Scotty“ „Nalož mi, Scotty“:**
mechanoterapie plantární fasciopatie (dříve známé jako plantární fasciitida)
Přeložila:
Kateřina Rajchlová, Cert. MDT
- 34 Newsletter Toddá Edelsona na pokračování – Jít nebo nejít na operaci: Druhý díl – Rameno**
Přeložila: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT
- 40 Klacky a kameny: Vliv jazyka v rehabilitaci poruch pohybového systému**
Přeložil: Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT
- 49 SIG zájmová skupina 2024**
- 50 Kurzy McKenzie 2024**

Úvod

Milé kolegyně a kolegové,
moje úvodní slovo je inspirováno články z tohoto čísla.

Po jejich přečtení mi vytanula na mysli tato tři slova:

- Pokora = Pokora je cesta k poznání a následně určení správné diagnózy.
- Naslouchání = Naslouchání je důležité pro sběr informací.
- Provázení = Provázení na cestě k úzdavě.

Všichni určitě známe ten vnitřní hlas, který nám říká: „Tak tenhle pacoš je úplně jasnej, to bude do extenze, blbě sedí...“ nebo „tak to bude šichta, tenhle nic dělat nebude...“ Zapomeneme poslouchat, co nám říká, a ptáme se na věci, které chceme vědět my, ale v zásadě se nic víc nedozvíme.

Překvapí nás cíl terapie ženy ve středním věku po zlomenině kotníku, že si chce zase obout lodičky, protože my všichni víme, že lodičky jsou peklo pro nohy, záda...

Co je úzdava pacienta v naší představě a v jeho? Plný rozsah pohybu, perfektní svalová síla, symetrie? Nebo štěstí v očích, že si zase po dlouhé době obula své oblíbené lodičky, že proseděl s chlapy celý večer v hospodě a ty záda byly docela dobrý?

Někdy si říkám, co jsem vlastně pro pacienta udělala, že se uzdravil, mám pocit, že jsme si jen povídali, cviků málo..., ale je mu dobře.

Tak nám všem přeji, abychom byli pokorní, naslouchali a vybrali tu správnou cestu k pacientově úzdavě a k uspokojení v naší práci.

P. S.

Milí mladí kolegové, stále nabízíme tvůrčí prostor nové krvi, přinést svěží vítr do našich zajetých kolejí.

Nové nápady na články, překlady, připojte se k nám!

Pokud by měl někdo chuť a odvalu se do těchto aktivit zapojit, bude se širokou náručí vítán.

Eva velmi ráda předá tuto zodpovědnost a zkušenost v oblasti tvorby časopisu do nových rukou.

Nebojte se svou pomoc nabídnout, my „staří mazáci“ budeme stále nablízku a nenecháme vás v tom úplně samotné.

Za redakční tým
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT ■

Proč mám ráda McKenzie metodu?

Mgr. Klára Bartoňková, Cert. MDT

Proč ve fyzioterapeutické praxi ráda používám MDT systém? Důvodů je několik. Jsem dynamický člověk, vítám rychlé posuny vpřed. Nepatřím mezi trpělivé terapeuty, kteří umějí krůček po krůčku provázet pacienta léčbou po měsíce. Přeji si, aby výsledky společné práce byly vidět co nejdříve. Zajímá mě takové cvičení, které přináší ústup bolesti a napomáhá funkci. Pokud se tak neděje, mám tendenci postup analyzovat a měnit strategii. Ani moji pacienti nebývají, až na výjimky, mentálně nastaveni na zdlouhavou léčbu. Chtějí úlevu hned. Již na začátku studia McKenzie metody jsem pocítila úlevu i já. Vidím, že existuje směr, který odráží moje vnitřní hodnoty.

Pomocí strukturovaného diagnostického systému zjistím, zda mohu zmíněnou rychlou změnu k lepšímu poskytnout pacientovi, který právě sedí naproti mně. Někdy dojdou k závěru, že fyzioterapie nepomůže, nebo by mohla dokonce uškodit. V takovém případě kontaktuji jiného specialistu – ortopeda, neurologa, psychologa, internistu či mnoho dalších. MDT systém nabízí i takové strategie, které odhalí, že závažnost obtíží neodpovídá popisu pacienta, a měli bychom společně místo specifické terapie spíše obnovovat důvěru k pohybu a celkové aktivitě.

Jak to tedy vypadá, když bolest odchází z těla ihned v ordinaci; a hlavně – moje cviky na doma jsou zázračně jednoduché a krk mě bolí výrazně méně.

Lidé s bolestí pohybového aparátu přicházejí s mnoha otázkami. Jak moje bolest vznikla? Jak dlouho bude trvat, než se mi uleví? Jak často mám cvičit, abych mohl očekávat efekt? Uškodím si prací, mohu sportovat? Ve fyzioterapeutické praxi je pro mě ulehčující mít možnost se při odpovídání na dotazy opřít o vědecky podložené informace, které MDT výzkumníci přinášejí. Pokud se ale

Článek

pacient vyptává na detaily, co přesně ho v těle vlastně bolí, mám možnost říci – já nevím. Pravděpodobně bolí více struktur najednou, ale nevíme to přesně. Stejný problém vidíme například u přenesené bolesti. Umíme ji léčit, umíme vysvětlit fenomén centralizace, ale nevíme, jak a proč přesně vzniká. MDT systém je mi sympatický pokorou, se kterou informace o bolesti pohybového aparátu předává, a tedy férovostí k pacientovi.

Domnívám se, že není lepší způsob, jak si ověřit efekt dané metody, než si ji prožít na svém těle. Dlouhé roky mě trápila bolest krční páteře. Vyzkoušela jsem různé klasické i alternativní fyzioterapeutické směry, masáže i psychoterapii ve víře, že můj problém snad spadá do oblasti psychosomatiky. Bylo mi možná lépe psychicky, ale na bolest krku to nemělo žádný vliv. Když je fyzioterapeut pacientem, jeho příběh nemůže být jednoduchý, a tak se na mně vystříдалo několik MDT specialistů. Nakonec byla úspěšnou terapií na doma statická rotace krční páteře v lehu na břicho a posléze retrakce v odlehčené variantě. Zažívala jsem trojí nadšení: nepatřím tedy mezi speciální případy, na které nic moc nezabírá; konečně cítím, jak to tedy vypadá, když bolest odchází z těla ihned v ordinaci; a hlavně – moje cviky na doma jsou zázračně jednoduché a krk mě bolí výrazně méně.

McKenzie metoda usnadňuje život mně i mým pacientům. Nemusí ale vyhovovat každému. Domnívám se, že správná cesta napříč profesemi je ta, která nás těší a naplňuje. ■

Talk it easy

Autor: Mgr. Peter Hafič, Cert. MDT

Ahojte, cílem tohoto sdělení je přiblížit hrubou náplň odborného semináře **Talk it easy**, abyste se při dalším termínu nebáli přihlásit. 😊

Rád bych se s vámi podělil o pár poznámek z odborného semináře **Talk it easy**, který pro nás den a půl vedl dobře známý Georg Supp se svou kolegyní Stephanie Moers. Na začátku bylo Georgem řečeno, že tento seminář nemá nic společného s kurzy MDT, ale během semináře se určité základní principy prolínaly.

Například zeptat se pacientů co očekávají od terapie, nevnučovat jim naše postoje a pravdy, nechat pacienta mluvit...

K semináři dostali účastníci krátká přehledná skripta, která nám přeložil kolega Ondřej Houška, jenž celý seminář organizoval, a patří mu i dalším kolegům velké díky za skvělou organizaci.

Seminář obnášel praktické komunikační dovednosti, hry a práce v kolektivu... pro další případné účastníky nebudu vše prozrazovat 😊. Využití otevřených a uzavřených otázek v komunikaci s pacientem, kdy a proč je vhodné zvolit druh otázky, nebo pouze zformulovat to, co nám pacient řekne, abychom si potvrdili, jestli to opravdu myslí tak, jak jsme to slyšeli při aktivním naslouchání.

Co znamená aktivně naslouchat?

1. neprojevat vlastní postoje
2. nemuset se vším souhlasit.

**... je mimochodem
velmi důležitý
k navázání
terapeutického vztahu
s pacientem.**

Naopak projevujeme vůči pacientovi pokoru, nezesměšňujeme ani jeho, ani již jinou proběhlou léčbu, přestože víme, že dle EBM je to zcela mimo (toto jako první změním

Článek

ve své praxi), ale někdy to můj humor nedovolí 😊, a ten je mimochodem velmi důležitý k navázání terapeutického vztahu s pacientem.

U chronických pacientů, kteří již absolvovali několik vyšetření a vracejí se k nám na rehabilitaci, je někdy vhodné položit otázku: „Co vám dělá radost?“

Jeden blok se hovořilo o předpojatosti, bias, předsudku vůči pacientovi, stigmatizaci... k tomu již proběhlo několik studií, se kterými jsme byli obeznámeni.

Hodně času se věnovalo narušení terapeutického vztahu, což, jak víme, je nesmírně důležité jak pro pacienta, tak samozřejmě pro nás, abychom se na své pacienty těšili, zajímali se o proběhlé změny v průběhu jejich onemocnění, změny v ADL... Pacienti tím vidí náš spontánní zájem o ně, ne naučený, ale přirozený (to pacienti poznají). Myslím si, že narušení vzájemného vztahu může vést i k syndromu vyhoření u terapeutů 😊.

V praktických ukázkách jsme si vyzkoušeli krizové situace s nespokojeným pacientem a možná řešení tohoto problému.

Seminář se také zabýval komunikací mezi zdravotníky, což je také podloženo výzkumy: čeho se vyvarovat a čemu naopak dát důraz při předávání informací ohledně pacientů.

Dále řešení nedorozumění (sporů) mezi pacientem a terapeutem, nejen osobně, ale i při chybách dané kliniky, a jak reagovat na dané neshody/problémy.

Mimochodem, byl to seminář o komunikaci s rodilými Němci, kteří nám přednášeli v angličtině, a to bylo simultánně překládáno do češtiny. Domnívám se, že se vše povedlo 😊.

Děkuji. ■

Odborný seminář Talk it easy

Příležitosti a úskalí komunikace v klinické praxi

Autor: Jan Běhůnek, DiS. (Nemocnice následné péče Horažďovice)

Ve dnech 19.–20. 4. 2024 uspořádala Rehabilitační nemocnice Beroun odborný seminář **Talk it easy** pod vedením Georga Suppa a Stephanie Moers. Oba lektori přijeli na pozvání Ondřeje Houšky a akci zastrešoval McKenzie institut pod vedením Evy Novákové. Technickou podporu semináře zajišťoval Radek Kaša, B. A., PR & Community Manager nemocnice Beroun, a vynikající překlad Yulia Skadchenko. Seminář byl akreditován Uníí fyzioterapeutů České republiky a získal garanci pro celoživotní vzdělávání.

O semináři jsem se s dostatečným předstihem dozvěděl z internetu. V horažďovické nemocnici jsem absolvoval kurz sebeobrany a asertivity, ale řešit úskalí a chyby při komunikaci s pacientem bylo pro mě úplně nové téma. Proto jsem se na seminář přihlásil.

Krátce o lektorech

Stephanie Moers je německá fyzioterapeutka s dlouholetou praxí, která nyní působí na klinice PULZ ve Freiburgu. Zároveň pracuje jako lektorka, redaktorka a také jako kurátorka tance a performančního umění.

Georg Supp se fyzioterapii věnuje přes 30 let a společně se svým kolegou vede kliniku PULZ ve Freiburgu. Je to

mezinárodně uznávaný učitel a lektor, který školil fyzioterapeuty nejen v Evropě, ale také v Asii nebo Africe.

Celý seminář se konal v moderně vybaveném konferenčním sále, kam se pohodlně vešlo všech 22 registrovaných účastníků. Nechybělo rovněž občerstvení, které bylo na stejné úrovni jako na McKenzie kurzech.

První den

Na začátku semináře jsme se všichni vzájemně v kruhu představili a stručně sdělili, odkud kdo přijel. Každý účastník obdržel přehledná skripta k jednotlivým tématům. Celý seminář byl rozdělen do sedmi modulů. Na rozehrání nám Georg a Stephanie rozdali kartičky, na kterých byly vyobrazeny různé druhy nezdravých potravin pod označením „Junk Food“.

Podle podobných kartiček jsme vytvořili různorodé skupinky. Na každém stole ležel sáček s kostičkami Lega. Ve skupině byl jeden stavitel a ostatní členové v průběhu jedné minuty běhali sledovat za zástěnu to, co se má z Lega postavit. Podle jejich instrukcí pak stavitel pracoval a sestavoval tři různé předměty. Bylo těžké v krátkém časovém úseku sestavit domeček, velrybu a lokomotivu jen

Článek

podle slovních instrukcí ostatních.

Po prvním rozehrivacím kolečku jsme si zopakovali různé cíle, požadavky a očekávání, které jsme před seminářem vyplnili do dotazníku.

Modul 1, kladení otázek

V prvním modulu jsme si měli uvědomit rozdíl mezi otevřenými a uzavřenými otázkami. Otevřené otázky vedou k porozumění s pacientem a delšímu rozhovoru, zatímco uzavřené otázky jsou přesnější a odpověď na ně je kratší. Při plnění úkolu jsme se rozdělili do dvojic nebo trojic a vzájemně jsme si kladli cvičné otevřené a uzavřené otázky. Z výzkumů vyplynulo, že když necháme pacienta bez přerušování vyprávět, tak to stojí skoro stejně času, jako kdybychom ho neustále přerušovali upřesňujícími dotazy.

Po ukončení modulu byl vždy čas na kladení různých otázek nebo na kratší diskusi. Každý z účastníků měl z vlastní praxe jistě mnoho zkušeností a zážitků.

Modul 2, navázání terapeutického vztahu

U aktivního naslouchání není třeba projevovat postoje terapeuta, ale také to neznamená hned s pacientem ve všem souhlasit.

Ve druhém modulu jsme měli opět ve dvojicích pacientovy postoje přeformulovat a interpretovat je jiným způsobem. Zadání úkolu nebylo úplně jednoduché provést. Tady nám Georg a Stephanie

ukazovali různé rady a tipy, jak se na pacienta připravit. Georg třeba před každým pacientem provádí malý rituál, do terapie zahrnuje i humor, soustředí se také na uznání a ocenění pacienta, pokud se snaží, apod.

Dopolední blok nám utekl docela rychle. Na oběd jsme šli do nově vybudovaného areálu duševního zdraví, který stál něco přes miliardu korun. Prostředí nemocnice a celého areálu působilo čistě, příjemně a upraveně.

Modul 3, předpojatost

U třetího modulu jsme se opět rozdělili podobně jako na McKenzie kurzech do dvojic nebo trojic a Stephanie nám rozdala cca 15 fotek s různými typy mužů a žen. Podle jejich výrazu ve tváři, barvy pleti, oblečení nebo účesu jsme je měli ohodnotit prvním výrazem, který nás napadne. Tady jsme si měli uvědomit, že o lidech máme často dopředu utvořený názor a hodnocení, aniž bychom je znali.

Stephanie nám vysvětlovala pojmy, jako je stigmatizace, předsudek nebo předpojatost. Pokud se například setkáme s obézním pacientem, možná ho dopředu rovnou odsoudíme. Nakonec ani nevíme, jaké procedury a diety na sobě již vyzkoušel, protože už máme vytvořený hotový názor. Jak řešit situace, kdy z pacienta cítíme nepříjemný cigaretový kouř nebo je upocený a zapáchá? Máme ho na problém upozornit nebo se tvářit, že se nic neděje?

Oba lektoři nám vysvětlili, že každý člověk má určitě právo žít nezdavě. Někdy

nemocné lidi neoprávněně obviňujeme, že si za svůj zdravotní stav mohou sami. Naopak pozitivně vnímáme různé extrémní sportovce, kteří se svým životem a zdravím spíše hazardují.

Večer po ukončení první části semináře jsme se setkali v restauraci Český Dvůr v centru Berouna. Bylo to příjemné a neformální posezení, kdy jsme si vyměňovali různé zkušenosti z praxe. Byl jsem zvědavý na pracovní zkušenosti kolegyně z nemocnice v Berouně. U stolu se střídala čeština s angličtinou a někdy i s němčinou. Georgovi a Stephanii české pivo chutnalo, nám ovšem také...

Druhý den

Modul 4, nástrahy

Další den jsme si ukazovali různé nástrahy a poruchy ve vztahu k pacientům. Někdy v takovém vztahu panuje nesoulad při výběru a způsobu léčby, nesoulad při určování cílů nebo nedostačící empatie v emocionálním vztahu. Terapeut někdy „neslyší“, co mu pacient říká, a v jiné situaci se zase nechá příliš unést a vtáhnout do jeho příběhu.

Během 4. modulu nám lektori představili web, který se věnuje kritickým nebo aktuálním otázkám ve fyzioterapii: Critical Physiotherapy Network (CPN).

Paměťová hra s 10 různými latinskými názvy nebo různými surovinami nám ozřejmila, že během krátké doby nejsme schopni zachytit tolik informací najednou. V praxi tedy nemá smysl pacienty přehlcovat informacemi naráz nebo jim dávat

různé nevyžádané rady. To pak může působit zcela kontraproduktivně.

Další úkol zněl přeformulovat negativně vyznívající pojmy, jako je výhřez, zablokované, nestabilní, zánětlivé, degenerativní, akutní, mobilizace, dislokované, chronické, uskřínutí apod.

U placebo a nocebo efektu jsme si porovnávali dva články psané na stejné téma. Jeden vyzníval spíše pozitivně a neutrálně, druhý byl psaný negativně.

Modul 5, sdílené rozhodování

Tady nám Stephanie vysvětlila, jaký je rozdíl mezi paternalistickým (spíše nadřazeným, direktivním) a informativním přístupem k pacientům. V diskusi jsme řešili, v jaké situaci je vhodné být spíše direktivní a kdy zase informativní. Sdílené rozhodování o terapii s pacientem potom probíhá v celkem devíti krocích.

Ve dvojicích jsme si pak zkoušeli různé modelové situace, kdy jsme pacienta vtahovali do spolurozhodování o další terapii. Protože jsme se ve dvojicích různě střídali, bylo zajímavé slyšet zkušenosti jiných terapeutů z různých situací.

Pokud po obědě trošku klesala naše pozornost, Georg a Stephanie neměli problém program přerušit a dát si krátké cvičení v kruhu s nějakým pohybem nebo tlesknutím. Nenásilně nás tak vtáhli zpátky do svého výkladu.

Modul 6, nedorozumění

Georg nám sdělil, že během své praxe udělal spoustu různých chyb. Představil nám strategii BLAST, která byla původně

Článek

určena pro obchodní prostředí. Strategie BLAST směrem k pacientovi se dá stručně shrnout do pěti slov: důvěřuj, naslouchej, omluv se, uspokoj a poděkuj. Jiná strategie OARS zahrnuje čtyři body zaměřené na klienta: otevřené otázky, ocenění/ potvrzení, aktivní naslouchání a shrnutí.

V šestém modulu mě nejvíc pobavily různé sehrané scénky mezi terapeutkou a hercem, které byly prostě ze života.

Řherec/pacient byl často rozčilený ze svých bolestí, z nefunkční terapie, z peněz, které má zaplatit, z dalších a dalších cvičení, a naopak velice příjemný/slízky byl tehdy, když s terapeutkou flirtoval nebo jí dělal sexuální návrhy. Tady platí jen strategie „a dost“!

Vzájemně jsme zkoušeli deeskalovat různé napjaté situace, kdy rozčilený pacient čeká na terapii už dva měsíce. Jak pacienta uklidnit a jakou mu nabídnout alternativu? Co dělat, pokud se stane chyba a na jeden termín se sejdou dva pacienti současně? Georg to řeší vouchery na kávu nebo malým dárečkem.

I k takovým situacím nás napadlo spoustu různých vtipů. Třeba postup v čekací listině řešit pomocí obálkové metody (myšleno jako vtip, ne návod!).

Modul 7, komunikace s lékaři

Sedmý modul obsahoval jednoduchý a stručný návod, jak komunikovat s lékaři, dalšími odborníky nebo členy rodiny. WHO doporučuje tuto strategii ISBAR jako: představení se, co se stalo / o co jde, klinické pozadí, jak o svých potížích uvažujete vy, co pro vás mohu udělat?

S lékaři je dobré komunikovat čistě, krátce a srozumitelně. Nejlépe celý problém nebo požadavek formulovat do pěti vět. Tady se už celý seminář blíží ke svému konci. Georg nám znovu připomenul pozvání na zajímavou událost, která se bude konat 29.–31. 5. 2025 v Tokiu. Jedná se o Světový fyzioterapeutický kongres. Na konci semináře jsme dostali to úplně nejdůležitější – certifikát o účasti.

Ze zkušeností ostatních účastníků vyplynulo, že se celý obor fyzioterapie ubírá nesmírně dopředu. Zatímco dříve byl pacient jen příjemcem zdravotní péče a terapeut jen jejím poskytovatelem, v současné době se tento vztah velice proměňuje a je aktivní z obou stran. Někteří účastníci během rozhovoru velice oceňovali setkání s McKenzie metodou, která jim doslova otevřela oči a umožnila jim zcela jiný pohled na fyzioterapii.

Určitě stojí za to takové akce navštěvovat. ■

Provázání fyzioterapie s psychologickým působením v klinické praxi

(článek je úpravou autorovy původní práce otištěné v časopise Rehabilitácia č. 4/2020)

Autor: PhDr. Kryštof Kuba, Ph.D., Cert. MDT

Shrnutím soudobých teoretických znalostí má článek seznámit čtenáře s pohledem na psychologické působení fyzioterapeuta v každodenní klinické praxi. Cílem je z dostupných zdrojů nahlédnout na srovnání psychologického vlivu fyzioterapeuta na pacienty v tuzemsku a v zahraničí a následně diskutovat, zda je žádoucí zlepšit vzdělávání fyzioterapeutů v oblasti psychologie. V české odborné literatuře není o tématu psychologického vlivu fyzioterapeuta téměř žádná zmínka. Světová literatura tuto problematiku obsahuje a studie se zabývají otázkami vzdělávání a psychologického působení fyzioterapeutů v praxi.

Fyzioterapeuti mají v praxi velký prostor psychologicky působit na pacienty, kteří se jim velmi často svěřují a žádají různé rady a informace. O tomto tématu se píše již mnoho let. Zdá se však, že je tato problematika znovuobjevována a v některých zemích se jí začíná přiklášat větší pozornost nejen ve výzkumu, ale

i ve vzdělávání a v praxi fyzioterapeutů. Přínosem pro čtenáře má být rozšíření znalostí z oblasti psychologie, dále zjištění možností aplikace těchto znalostí v ambulanti nebo jiné praxi a také zhodnocení dosavadních publikovaných materiálů o výzkumu psychologického působení v klinické praxi.

Proč se tématem zabývat?

Spojení psychologického působení a fyzioterapie má při léčbě pacienta významnou úlohu. Tímto tématem se v rámci fyzioterapeutického ošetření zabývám dlouhodobě, a to nejen ve sportovním prostředí (23). Fyzioterapeut během dialogu s pacientem klade řadu dotazů a otázek, které mohou být svým významem sugestivní. Informuje pacienta o mnoha možných příčinách jeho obtíží. Fyzioterapeut tedy velkou měrou může proces léčby ovlivnit svým verbálním projevem i otázkami a informacemi, které pacientovi podává. Jeho vliv nekončí pouze u manuálního, přístrojového

vého či jiného působení. Fyzioterapeuti psychologicky působí na pacienty a ti se jim svěřují a žádají rady a informace. V roce 1995 byl vydán článek, který se v online podobě objevil až roku 2009 a jehož text není sice v současných systematických přehledech citován, ale dost zásadně soudobé články připomíná (11). Tato problematika je tedy znovuobjevována s důrazem nejen na výzkum, ale i na vzdělávání fyzioterapeutů a přenos těchto znalostí do praxe.

Fyzioterapeuti působí pozitivně i negativně

I v České republice by bylo vhodné získat mezi fyzioterapeuty lepší povědomí o psychologickém působení na pacienty. Výzkum by mohl přinést informace, zda je nutné zlepšit vzdělávání fyzioterapeutů v oblasti psychologie a zda o to vůbec samotní fyzioterapeuti mají zájem. Vyšší úspěch fyzioterapeutů s lepším psychologickým působením při léčbě zmiňuje například Véle (43).

Fyzioterapeut pracuje s pacientem, který přichází řešit svůj zdravotní problém, případně chce problému předejít. Většinou už je zatížen bolestí nebo nemocí. Správný psychologický přístup k takovému člověku může být směrodatný a významný pro průběh terapie. Metody, které mají pro fyzioterapeuta přínosný význam, jsou například relaxační cvičení, užívání metafor, pozitivní motivace, pozitivně laděné vnitřní fráze a také stanovování cílů. Tyto techniky fyzioterapeuti používají v klinické praxi často,

ale nevědomky a nesystematicky (10).

Opačně, tedy záporně, lze hodnotit využití přesvědčování či sugesce, že vybraná léčba funguje. To lze označit za neetické, zvláště pokud jsou pacientům podsouvány různé druhy léčby bez jakéhokoliv vědeckého základu. Tím se posouvá léčba fyzioterapeutem na úroveň lidových léčitelů či šarlatánů. V praxi se tyto přístupy s placebo efektem někdy oprávněně objevují. Měly by však být součástí psychologického působení fyzioterapeuta kontrolované a s ohledem na evidence-based medicine.

Rešerše literatury o spojitosti fyzioterapie a psychologickém působení

Disability neboli postižení nebo omezení jakožto následek poranění či nemoci a následná rehabilitace má ve vztahu k jednotlivci aspekty fyzické, sociální, emoční, kognitivní a behaviorální (44). Ovlivnění těchto aspektů spadá do kompetencí zdravotnického týmu, jehož členem je samozřejmě i fyzioterapeut. Významnou roli pro správné působení terapeuta hraje respektování Engelova biopsychosociálního modelu (5, 14, 42).

Spektrum psychologických metod používaných při dialogu fyzioterapeut – pacient je mnoho (1, 13). V současné době přibývá i v ČR vzdělávacích seminářů týkajících se komunikace s pacientem. Využití těchto metod v oblastech fyzioterapie je různě specifikované, například při léčbě chronické bolesti (6, 12, 14, 27, 28), při rehabilitaci předních křížových vazů (9, 30), při rehabilitaci

neurologických pacientů (34) a samozřejmě ve sportu (15, 23, 24, 36).

Řízený dialog, který fyzioterapeut vede díky svým zkušenostem a znalostem s pacientem, je základní postup. K dalším známějším technikám, které jsou používány dostatečně edukovanými fyzioterapeuty napříč odbornostmi, je kognitivně behaviorální terapie (KBT) nebo méně známé neurolingvistické programování (NLP), které může provádět kvalifikovaný fyzioterapeut s akreditovaným výcvikem ukončeným závěrečnou zkouškou a supervizí (22, 26).

Z dostupných zdrojů se zdá, že popisovanou problematikou se nejvíce zabývají ve Velké Británii. Ale i přes psychologické vzdělávání je i ve Velké Británii stále odborné použití psychologického působení fyzioterapeutem na velmi nízké úrovni (2, 6, 21, 26).

Na podkladě studií psychologického působení fyzioterapeuta ve sportu (2, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24) lze říct, že psychologické stavy, se kterými se fyzioterapeut setkává nejčastěji, jsou stres, úzkost, deprese, pocity bezvýchodnosti a beznaděje, pocity zmaru a dále (nejen ve sportovním prostředí) je to strach z opětovného zranění, někdy dokonce problematika závislosti na cvičení (21, 23, 42).

Nejčastější psychické obtíže pacientů zmiňované v praxi fyzioterapeutů

Stres, deprese a úzkosti jsou stavy popisované jako doprovod dlouhotrvajících chronických bolestí (44). Nicméně

je prokázáno, že biomedicínský (strukturální) model nedokáže zcela vysvětlit chronickou muskuloskeletální bolest. Ačkoli mnoho muskuloskeletálních terapeutů pokročilo ve svém myšlení a aplikují biopsychosociální pohled na chronické bolesti, většina jich prošla biomedicínským vzděláváním. Biomedicínský přístup ovlivňuje postoje a základní přesvědčení nejen fyzioterapeutů.

Fyzioterapeuti by si měli být vědomi dopadu svých přístupů a přesvědčování k návrhům terapie, ale i opačného přesvědčení pacienta. Přesvědčení pacienta ke spolupráci ovlivňuje dodržování léčebných postupů. Proto si musí fyzioterapeuti uvažující pouze mechanicky uvědomit, že zaměření na biomedicínský model u chronické muskuloskeletální bolesti s vysokou psychickou korelací pravděpodobně povede ke špatnému dodržování pokynů pacientem, pokud nebude brán v potaz biopsychosociální model. Následkem toho pak bude horší výsledek léčby (6, 14, 27). Strach z chronické bolesti je psychosociální téma, které musí spadat do holistického přístupu léčby. Fyzioterapeuti vedoucí léčbu komplexně mohou svým přístupem tyto doprovodné jevy onemocnění snáze ovlivnit a odstranit nedůvěru v úplně zhojení či alespoň snížení chronické bolesti. I k tomu se ale stále fyzioterapeuti cítí nepřipraveni (20, 28, 39).

Psychologické postupy v praxi fyzioterapeuta

Stanovování cílů je nejběžnější psychologický zásah používaný fyzioterapeuty (1, 34). Tyto cíle však nebývají zdokumentovány dotazníkovou či jinou formou a fyzioterapeut se k nim nemůže objektivně vracet. Výhodou McKenzie spisu je již vložený dotaz na očekávání pacienta i stanovení cílů a plán v závěru formuláře. Existují mnohé další dotazníky k tomuto účelu, což jsou například VISA-A, VISA-H, VISA-P. Lze je použít ke konkrétním obtížím. Plnění stanovených cílů vede k lepšímu sebevědomí, dobrému pocitu a soběstačnosti pacientů. To podpoří vzájemnou spolupráci i efektivnější výsledek léčby (34).

V rámci času stráveného s pacientem je podstatná efektivní komunikace. Při smysluplné diskusi s ohledem na stav pacienta lze obtíže psychologického charakteru výrazně ovlivnit. Ověření tohoto vlivu je možné cestou dotazníkového šetření (14, 33).

Positivní motivace, pozitivně laděná vnitřní řeč a stanovování cílů lze použít u nejrůznějších poranění (disability). U poranění mozku a následné rehabilitace je tento přístup hodnocen jako nejvhodnější v rámci holistického přístupu k léčbě pacienta (25).

Psychologické působení ve specifických oborech

Jen okrajově lze zmínit, že psychologické působení se používá ke zvýšení léčebného efektu mnoha onemocnění

doprovázených fyzioterapeutickou péčí, jako například u obezity, Parkinsonovy nemoci, rakoviny, chronické bolesti a dalších (3, 4, 7, 31, 32, 35, 38, 40, 41). Stejně tak jsou psychiatrická onemocnění provázána s rehabilitačními úkony a tuto léčbu nastavují ve spolupráci psychiatr a rehabilitační lékař například u diagnózy schizofrenie (8, 37).

Uvedení do praxe

Při zvážení náročnosti studia fyzioterapie je nutné vzít v úvahu, zda v pregraduálním studiu zvyšovat nároky na vzdělávání v oblasti psychologie. Lze argumentovat, že fyzioterapeut se má věnovat svému oboru a při podezření na psychologickou poruchu předat pacienta do péče odborníkovi. Navíc při další snaze fyzioterapeuta pomáhat i mimo svůj obor může vzniknout dojem, že požadavky na jeho péči jsou příliš vysoké a že nemůže pacientům pomoci tak, jak by sám chtěl, což může vést až k syndromu vyhoření. Proto je ke zvážení spíše postgraduální vzdělávání formou seminářů a kurzů, které může fyzioterapeutovi nabídnout rozšíření jeho působení a zvýšit efektivitu léčby a naopak může posloužit jako prevence syndromu vyhoření (29, 33, 34). Z praxe však víme, že toto postgraduální vzdělávání není mezi fyzioterapeuty vyhledáváno, a tak semináře a kurzy na toto téma probíhají minimálně.

Shrnutí

Mezi podstatná zjištění spadá informace, že přenos psychologických intervencí do praxe fyzioterapeuta má řadu potenciálních výhod. Přesto fyzioterapeuti udávají, že jejich zkušenosti, vzdělání a „trénink“ psychoterapeutických postupů nejsou dostatečné a to zvyšuje jejich frustraci v každodenní praxi. Ze systematických přehledů Alexandersové (1) z Velké Británie a Driverové (11) z Austrálie je patrné, že touha po využití psychologických intervencí, o kterých fyzioterapeuti vědí, stoupá. Současné jsou si ale fyzioterapeuti vědomi své nedostatečné kompetence k sofistikovanému použití těchto přístupů v praxi. A to nejen na základě nedostatečné výuky pregraduální, ale i nedostatečné nabídky postgraduálního vzdělávání v těchto metodách ve vztahu k praktické fyzioterapii.

V České republice přibývá vzdělávacích programů k tomuto tématu, zatím však o ně není valný zájem. Pro další hodnocení a zjištění stavu výuky a zájmu studentů o znalosti psychologického působení na pacienta je nutné kontaktovat jednotlivé katedry fyzioterapie. Vliv fyzioterapeuta na pacienta je zásadní při vytváření důvěry k léčbě či zvolenému přístupu. Pro některé fyzioterapeuty bohužel zůstává výzvou pouze verbální přesvědčení skeptického pacienta o efektivitě zvolené léčby. A to navíc bez jistoty výsledků léčby v dlouhodobějším horizontu a bez braní ohledu na osobní přesvědčení pacienta.

Pozn. redakce: Vzdělání fyzioterapeutů má v oblasti bio-psycho-sociální ještě své rezervy. A ačkoli jedna vlaštovka jaro nedělá, máme naději, že se pomalu prodlužují dny provázání fyzioterapie s psychologickým působením na pacienta a teplota mírně stoupá...

Zde jeden inspirativní odkaz:

<https://www.roseta.cz/seminar/psychosomaticky-pristup-ve-fyzioterapii/>

Literatura

1. Alexanders, J. et al. Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy*, 2010; 101(2): 95–102.
2. Arvinen-Barrow, M. et al. UK chartered physiotherapists' personal experiences in using psychological interventions with injured athletes: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 2010; 11(1): 58–66.
3. Bancroft, M. Physiotherapy in cancer rehabilitation: a theoretical approach. *Physiotherapy*, 2003; 89: 729–73.
4. Braun, S. et al. Rehabilitation with mental practice has similar effects on mobility as rehabilitation with relaxation in people with Parkinson's disease: a multicentre randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 2011; 57: 27–34.
5. Brewer, B. W. et al. Psychological aspects of sport injury rehabilitation:

- toward a biopsychosocial approach. *Medical and psychological aspects of sport and exercise*, 2002: 41–54.
6. Brunner, E. et al. Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? *Disabil Rehabilitation*, 2013; 35(1): 1–10.
 7. Cardoso, G. et al. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis. *Psychol Health Med*, 2016; 21: 562–70.
 8. Cendelínová, H. et al. Schizofrenní pacient zařazený do rehabilitačně intervenčního programu péče o tělesné zdraví. *Rehabilitácia*, 2016; 53(3) 198–208.
 9. Cupal, D. D., Brewer, B. W. Effects of relaxation and guided imagery on knee strength, reinjury anxiety, and pain following anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabil Psychol*, 2001; 46(1): 28–43.
 10. Čaplová, T., Krajčovičová, D. Rehabilitácia v psychiatrii jako súčasť komplexnej psychiatrickej liečby. *Rehabilitácia*, 2013; 50(4): 241–8.
 11. Driver, CH. et al. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 2017; 39(22): 2237–49.
 12. Foster, N. E., Delitto, A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice—challenges and opportunities. *Physical Ther*, 2011; 91: 790–803.
 13. Harding, V., Williams, A. C. 1995. Applying Psychology to Enhance Physiotherapy Outcome. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1995 ; 11(3): 129–32.
 14. Harland, N., Lavalley, D. Biopsychosocial management of chronic low back pain patients with psychological assessment and management tools. *Physiotherapy*, 2003; 89(5): 305–12.
 15. Heaney, C. Physiotherapists' perceptions of sport psychology intervention in professional soccer. *Int J Sport Exerc Psychol*, 2006; 4(1): 73–86.
 16. Heaney, C. A. et al. Sport psychology education for sport injury rehabilitation professionals: A systematic review. *Physical Therapy in Sport*, 2015; 16(1): 72–79.
 17. Heaney, C. A. Recommendations for Successfully Integrating Sport Psychology Into Athletic Therapy. *Sport Psychology and Counseling*, 2006; 11(2): 60–62.
 18. Heaney, C. A. et al. Is there a link between previous exposure to sport injury psychology education and UK sport injury rehabilitation professionals' attitudes and behaviour towards sport psychology? *Physical Therapy in Sport*, 2017; 23: 99–104.
 19. Heaney, C. A. et al. The impact

- of a sport psychology education intervention on physiotherapists. *European Journal of Physiotherapy*, 2017; 19(2): 97–103.
20. Hemmings, B., Povey, L. Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice. *Br J Sports Med*, 2002; 36(1): 61–64.
 21. Jevon, S. M., Johnston, L. H. The perceived knowledge and attitudes of governing body chartered physiotherapists towards the psychological aspects of rehabilitation. *Physical Therapy in Sport*, 2003; 4(2): 74–81.
 22. Karunaratne, M. Neuro-linguistic programming and application in treatment of phobias. *Complement Ther Clin Pract*. 2010; 16(4): 203–7.
 23. Kuba, K. et al. Spojitost psychologie a fyzioterapie ve sportu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2019; 26(3): 121–5.
 24. Lafferty, M. et al. Club-based and non-club based physiotherapist's views on their psychological content of their practice when treating sports injuries. *Res Sports Med*, 2008; 16(4): 295–306.
 25. Medley, A. R., Powell, T. Motivational interviewing to promote self-awareness and engagement in rehabilitation following acquired brain injury. *Neuropsychol Rehabil*, 2010; 20: 481–508.
 26. Nielsen, M. et al. Physical therapist delivered cognitive-behavioral therapy. *Physical Therapy*, 2014; 94: 197–209.
 27. Nijs, J. et al. Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy*, 2013; 18: 96–102.
 28. Ojala, T. et al. Chronic pain affects the whole person. *Disabil Rehabil*, 2015; 37: 363–71.
 29. Pešek, R., Praško, J. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: PASPARTA Publishing, 2016. 180 s. ISBN: 978-80-88163-00-8.
 30. Pizzari, T. et al. Adherence to rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstructive surgery. *J Sport Rehabil*, 2005; 14: 201–14.
 31. Poděbradská, R. Pohybová intervence jako součást léčení nadváhy a obezity. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2011; 2: 50–58.
 32. Pidlyský, K. et al. Exploring aspects of physiotherapy care valued by breast cancer patients. *Physiotherapy*, 2014; 100: 156–61.
 33. Ptáček, R., Raboch, J., Kebza, V. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada Publishing, 2013. 168 s. ISBN 978-80-247-5114-6.
 34. Scobbie, L. et al. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil*, 2009; 23: 231–3.
 35. Schmidt, F., Valkovič, P. Rehabilitačná liečba posturálnej instability pacientov s Parkinsonovou chorobou. *Rehabilitácia*, 2012; 49: 38–42.

36. Schwabreese, L. M. et al. Effectiveness of psychological intervention following sport injury. *Journal of Sport and Health Science*, 2012; 1(2): 71–79.
37. Stubbs, B. et al. Addressing the disparity in physical health provision for people with schizophrenia: an important role for physiotherapists. *Physiotherapy*, 2014; 100: 185–6.
38. Sullivan, M. J. L., Adams, H. Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiother Can*, 2010; 62: 180–9.
39. Synnott, A. et al. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 2015; 61: 68–76.
40. Šumec, R. et al. Psychological Benefits of Nonpharmacological Methods Aimed for Improving Balance in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Behav Neurol*, 2015.
41. Ten Hoor, G. A. et al. The Psychological Effects of Strength Exercises in People who are Overweight or Obese: A Systematic Review. *Sports Med*, 2017; 47(10): 2069–81.
42. Tracey, J. Inside the clinic: health professionals' role in their clients' psychological rehabilitation. *J Sport Rehabil*, 2008; 17(4): 413–31.
43. Vélé, F. 2006. *Kineziologie*. Praha: Triton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-837-9.
44. World Health Organization. *World report on disability: research report*. Geneva: UN World Health Organization, 2011. ■

SIG 7. března 2024

Autorka: Mgr. Štěpánka Pospíšilová, Cert. MDT

Milé kolegyně a kolegové,
píši pod dojmem dnešního SIGu, kde jsme se zabývali problematikou mechanicky nezařaditelných stavů a v této souvislosti jsme uvažovali i o podílu psychiky na zdraví našich pacientů. Čím dál častěji se setkávám s pojmem psychosomatická či somatomorfní porucha a snažím se najít odpověď, co to vlastně je. Díky tomu, že mohu spolupracovat s psychosomatickou klinikou, a tudíž se setkávám s pacienty, kteří touto poruchou trpí, zjišťuji, že o psychosomatické problematice se hovoří tehdy, když pacient má zdravotní potíže, ale ty jsou diagnosticky negativní (a to včetně psychických poruch), zkrátka nelze najít organickou příčinu. Jinými slovy – objektivně je pacient zdravý, on se ale cítí nemocen. Rovnováha těla a duše je narušena, tělo mluví a není, kdo by mu rozuměl.

Psychosomatika není nic nového, je stará jako lidstvo samo. Bohužel v souvislosti se zánikem rodinných lékařů a stále větší lékařskou specializací v jednotlivých oborech (a následnou přebujelou administrativou) byl tento obor upozaděn a na dlouhou dobu předán k rukám především vzdělaných psychologů a psychiatrů, aby v posledních letech zažil velký zářný comeback a vtěsnil se, kam to jde. A tak dle českého úsloví: „Kdo neskáče, není Čech“ – alias kdo nedělá psychosomatiku, není terapeut – se psychosomatika postupně stává součástí mnohých oborů, včetně těch lazebnických (ačkoli v těchto oborech by se úspěšně dalo pochybovat o tom, zda je psychosomatika opravdu někdy opustila). Psychosomatická porucha není jen tak něco, o čem si popovídáme a ono se to samo spraví, naopak, odkrytí vzniku zdravotních potíží a následná terapie je záležitost měsíců a let. A abych vyzdvihla i erudici oboru, kterého si velice vážím a považuji ho za základ medicínské

**Jsem vděčná za
získání vzdělání MDT
dle McKenzieho a
považuji to za nejlepší
diagnosticko-
-terapeutický nástroj...**

Report

vzdělanosti, tak v současné době je psychosomatika jako součást lékařských oborů na vzestupu, konečně ji lze studovat, po zkoušce získat atestaci a pak i vykazovat příslušný kód pojišťovně.

Jsem vděčná za získání vzdělání v MDT dle McKenzieho a považuji to za nejlepší diagnosticko-terapeutický nástroj, který je zároveň pevnou půdou pod mýma nohama při rozhodování v terapii. A proto vás chci podpořit v tom, aby diagnostika, která má hlavu a patu, navíc s výsledným návrhem poměrně krátkodobé terapie, zůstala kvalitním nástrojem v ordinacích McKenzie terapeutů, a to nezávisle na dalších diagnózách našich pacientů. Derangement či dysfunkci může mít člověk s psychickou poruchou stejně jako s diabetem či lupenkou. Jsem zastáncem názoru, že můj klient je především člověk, a tudíž mě jeho životní peripetie zajímají a mohu si tak postupně skládat mozaiku jeho života, ale zároveň mu mohu nabídnout v rámci MDT systematické řešení. To může být pro psychosomaticky nemocného člověka základním kamenem k postupnému uzdravení. Protože to, co tento pacient potřebuje, je chápavý a zároveň oběma nohama na zemi stojící – tudíž stabilní – terapeut. Tato jasná směrodatnost, tak typická pro MDT dle McKenzieho, je jedním z nejcennějších aspektů, které můžeme pacientům nabízet. A tak, milí kolegové, držme se svého kopyta. Protože, věřte či ne, je to jedna z prevencí psychosomatických poruch. ■

SIG 2. dubna 2024

Autorka: Kateřina Rajchlová, Cert. MDT

Schůzka začala upozorněním na nové uspořádání tematických skupin v rámci UNIFY dle pravidel WCPT. Nový model je celosvětovým trendem, aby se netvořily skupiny jen podle metod. Cílem je utvořit oblast neurologickou, myoskeletální, dětskou apod. a do těchto skupin zařadit jednotlivé metody, aby mohly lépe spolupracovat v dané oblasti. Pozice MDT není zcela jasná a o dalším vývoji se bude jednat. Aby se E. Nováková, Dip. MDT, nenudila, tak UNIFY žádá počet UNIFY členů z McKenzie metody, a já se zamýšlím, zda to stejně zjišťují – počítají – i z jiných metod. Eva Nováková zde upozornila, že zájmová skupina McKenzie je po mnoho let jediná funkční ve smyslu aktivních setkávání, výměny zkušeností včetně mezioborové spolupráce a po mnoho let i finančně přispívala do UNIFY. Budeme se těšit na UNIFY resumé.

Kazuistika

Na konzultaci byla pozvána mladá žena (30 let) pro bolesti pravého kolene, po ASK, pracující jako výživová poradkyně (sed/stoj, chůze). Do operace proběhlo mnoho fyzioterapií včetně MDT kolegů, dle pacientky BE. Nyní zahájila další terapii u jiné MDT kolegyně a ta ji na naše odborné setkání pozvala.

Lokalita: Na mediální i laterální straně, zde někdy do 1/2 stehna. Před ASK bolest jen na laterální straně v oblasti caput fibulae.

Historie bolesti: St. p. běžném pádu na pravé koleno při orientačním běhu 8/2022, bez fraktury. Ihned po pádu již nebyla schopná doběhnout. Nemohla několik týdnů udělat EXT kolene, pro nefunkčnost m. quadriceps, EXT obnovila cvičením. Přetrvávala bolest na mediální i laterální straně kolene, nemohla se vrátit k běhání.

Nepotvrdila se hypotéza o poškození struktury intraartikulárně, jedná se o hojení pooperačního stavu ve svalových tkáních.

Report

MRI kolene s negativním nálezem. Po konzultacích u cca sedmi ortopedů, kdy názory operovat/neoperovat byly 50/50, se rozhodla k ASK 8. 12. 2023.

Provedena resekce plíky, med. meniscus a laterální release pately, pooperačně 3× punkce, z toho 2× hemartróz. Po ASK omezena FLX kolene a znovu po několik týdnů nemožnost aktivace m. quadriceps f.

Funkční baseline: Dřep v zátěži, schody, záběr nohou na kole, běh vůbec nelze (od 12 let běhá 100 km/týdně).

NPRS: 1–5/10.

Anamnéza páteře nyní vyloučena.

Zhoršení: Viz funkční baseline, po zátěži P 5/10, poté NZ.

Zlepšení: Ráno, v klidu.

Jiné: Vnímá křupání, někdy větší lupnutí, po zátěži proteplení kolene. Noční bolest 0.

Deprivace, že po ASK se nic nezlepšilo, dochází na psychoterapie – BE.

Předběžná klasifikace: Pro deragement značí jen intermitentní příznaky, spíše vše svědčí pro strukturální poškození. Pacientka se přes všechny psychické bariéry nadále pečlivě snaží a je motivovaná, pracující.

Mechanická baseline:

Pohledem snížení obvodu stehna vůči druhé nohy, patrné i přes kalhoty.

Aktiv EXT – BBP, bez omezení ROM/pasiv 0.

Aktivně a pasivně FLX vleže na břiše bez omezení ROM a BNK na laterální straně kolene, při poloze na zádech pasivní FLX bolest na anteriorní straně, bez omezení ROM.

Aktivní ZR bérce bolest na med. str. kolene.

Odporové testy: Mírně snížená SS při ZR.

Funkční test: Dřep s oporou o záda 10×, lze jen do 70°, BBP nahoru, mediální i laterální strana kolene, samostatně na PDK nelze.

Opakované pohyby:

- 1) 30× aktivní EXT a poté 10× trakce terapeuta + aktivní EXT, BE na dřep.
- 2) FLX dosedáním na patu na 1 DK s podložením polštářkem ve f. poplitea, produkuje anteriorní stranu kolene a omezen ROM, 20× zvyšuje ROM a odstraňuje anteriorní stranu kolene, po testování je lepší ZR bérce, BE na dřep.
- 3) 20× FLX s trakcí terapeuta, BE na dřep.

Doporučení: Gradovat zátěž v rámci týdnů.

- 1) Opakovaná EXT kolene v různých úhlech proti odporu, vždy 15×/2× denně, vhodné kombinovat s vnitřní a zevní rotací pro aktivizaci mm. vasti, navyšovat počet opakování i zátěž (therabandem apod.).
- 2) HSR 2× týdně na EXT kolene.
- 3) Zvedání ze židle, jen do pocitu zvýšení bolesti se zvolí až jako progres dle tolerance předchozích variant.
- 4) 1× denně FLX vkleče na 1 DK s podložením ve f. poplitea, do pocitu zvýšení tahu na anteriorní straně kolene a jakmile již nedojde k pocitu tahu, nebude daný cvik potřebovat, a tudíž jej z terapie vyřadí.
- 5) začít běhat v rámci P, NZ, např. z chůze zkusit pár kroků běhu (pár sekund) a dle tolerance a reakce navyšovat.

Navíc si pacientka cvičí řadu variant na posilování nohou včetně důrazu na iliotibiální lokalitu, posiluje trupové svaly atd.

Závěr: Nepotvrdila se hypotéza o poškození struktury intraartikulárně, jedná se o hojení pooperačního stavu ve svalových tkáních. Pacientka je poučena o dlouhodobém procesu v rámci nabytí kapacity tkáně a o dobré prognóze.

Po tomto velmi zajímavém vyšetření jsme ve zbývajícím čase byli aktivováni k vhodným progresím sil a tlaků na Cp s laterální složkou v teoretické i praktické rovině.

Opět děkujeme Evě za předání zkušeností. ■

Cesta k extenzi lemovaná spontánní úzdravou...?

Autorka: Mgr. Veronika Fílová, Cert. MDT

Muž, 44 let

1. návštěva

Pacient přichází s bolestí v oblasti spodní části zad a pravé hýždě s vystřelováním bolesti až do periferie, s pocity tuhnutí, brnění a dřevěnění celé pravé dolní končetiny. Bolest se na škále NRPS pohybuje v rozmezí 0–8/10. Udává, že nepříjemné pocity v noze jsou konstantní. Bolest se dokáže někdy dostat na nulu. Tyto obtíže ho trápí cca 5 měsíců. Pán je aktivní sportovec, pravidelně se věnuje běhu (2–3× týdně), příležitostně cyklistice a turistice. Zaměstnání má sedavé.

Po zhodnocení sekce zhoršení/zlepšení doplněné o fakt, že běh mu vůbec nevádí a problém nastává až tehdy, když se v předklonu vydýchává, jsem měla za to, že s extenzí u něj vyhrájeme. I vyšetření ROM mi hrálo do karet, protože zde byla nejvíce omezena právě extenze. Proto jsem se v rámci vyšetření opakovaných pohybů rozhodla začít extenzí vleže. K mému překvapení však pacient na tyto pohyby nereagoval vůbec pozitivně, ba naopak, byl po nich zhoršen symptomaticky i funkčně. Extenze jsem se však nechtěla vzdát, proto jsem pokračovala statikou v menším rozsahu pohybu, ale i zde jsem se shledala s neúspěchem. Vzhledem k unilaterální symptomatice a také kvůli tomu, že jsem se extenze nechtěla vzdát, moje další úvahy směřovaly k možné laterální složce. Dále jsem zkusila EVL s vybočením pánve a EVL s PDK na lehátku, kde nejlepším výsledkem bylo snižuji / není lepší. Po vyzkoušení všech těchto variant, kde ani jediná nevedla ke kýženému efektu, jsem v nemalém časovém presu vyzkoušela poslední variantu, a to flexi s rotací. Podařilo se odstranit bolest lýtky a zlepšit baseline. Tento cvik jsem vybrala pro autoterapii.

2. návštěva (+ 10 dní)

Pacient udává posun k lepšímu, pociťuje spíše tlak nežli bolest v oblasti kyčle, přetrvává ztuhlost/dřevěnost lýtka. Cítí se funkčně lepší, lépe spí a nemusí již na celý problém tolik myslet. Jsem toho názoru, že po 1,5 týdne flexí s rotací je už konečně čas na extenze!

Začneme pomalu se statickou semiEVL, kde se mírně zvyšuje bolest pravé hýždě a tlak v lýtku, ale není zhoršen. Funkčně je přibližně stejný (o pár stupňů lepší Laséque). Pro jistotu zkusím ještě pár dynamických EVL, ale to pacienta opět zhoršuje... Zkusíme ještě flexi s rotací do většího rozsahu pohybu, která vede opět ke zlepšení. Domluvíme se tedy na tom, že ještě 3–4 dny bude pán pokračovat ve flexi s rotací (s vypodložením boku, aby se dostal do většího rozsahu) a pak se zkusí postupně a nenuceně polohovat na předloktí. V následujících dnech mi od pacienta přišel e-mail, že zkusil statickou semiEVL a začal se opět zhoršovat, takže se vrátil ke své příjemné a pomáhající flexi s rotací. Ach jo, zase to nevyšlo!

3. návštěva (+ 10 dní)

Na další návštěvu jsem si přizvala zkušenějšího a silnějšího kolegu. Nějak se mi nezdá, že by měl pacient tak dlouho cvičit flexi s rotací, a navíc si nejsem jistá, zda jsem se s ním dostala do maximálního rozsahu pohybu.

Pacient udává zlepšení hlavně v oblasti kyčle, dřevěnění a mravenčení lýtka je stále podobné. Udělal pokrok v sedu v autě.

Opakovaná extenze produkuje lýtko, hýždí a stehno s opakováním více, po cvičení zůstává bolest pravé hýždě a lehce i v lýtku. Nejedná se však o významné zhoršení (pacient udává, že je zhoršen přibližně o jeden stupeň). Už je zde ale faktor strachu – když zkoušel semiEVL, tak byl zhoršen, co když se to tedy zase zhorší? Flexe s rotací do absolutního maxima opět pacientův aktuální stav zlepšuje.

Proběhla tedy edukace o tom, že flexe s rotací má již sloužit jen jako berlička k tomu, aby se pacient dostal k extenzi a mohl se bezbolestně hýbat všemi směry. Už je pravý čas na to, abychom postoupili o krok dál! Nakonec se domlouváme na kompromisu – pacient bude doma cvičit 5× EVL a poté zakončí svou oblíbenou flexí s rotací (opačné pořadí v rámci společného rozhodování neprošlo). Po pár dnech mi přijde e-mail, že v tomto režimu se to daří a zase dochází ke zlepšování stavu.

4. návštěva (+ 10 dní)

Pacient byl minulý týden skoro nadšený, cítil velké zlepšení. Zvládl i práci na zahradě, ovšem po večerním dlouhém a ochablém posezení v hospodě se jeho obvyklá místa začala zase ozývat. Podráždění bylo ale pouze přechodné a v den návštěvy už je zase téměř bez bolesti.

Od minulé návštěvy došlo k výraznému zlepšení ROM do extenze. Pacient je již nakloněn ke změně a dostáváme se k domácímu režimu – FX s ROT a poté EVL dle tolerance s jasným cílem – pomalu ubírat FX s ROT a dostat se pouze k EVL. Během dalšího týdne dostávám od pacienta zprávu, že se vše daří podle plánu, cvičí již jen EVL a je téměř bez obtíží.

5. návštěva (+ 10 dní)

Pacient je nadšený. Obtíže jsou již jen občasné, není to ještě úplně stoprocentní, ale cítí se být plně funkční. V ordinaci je bez obtíží. Je poučen o dalším režimu a plně navrácen do funkce. Terapii ukončujeme.

Dle domluvy se mi pacient po třech týdnech ozývá e-mailem, vše je v pořádku a ještě stále si preventivně cvičí EVL 2–3× denně (nakonec si tento cvik i přes počáteční obavy oblíbil).

Komentář

Celý proces léčby trval přibližně 40 dní, což opravdu nelze považovat za moc dobrý výsledek. Předpokládám, že velkou roli zde hrála spontánní úzdrava. Další faktor, který měl velký význam, byl strach. Pacient byl po předchozích rehabilitacích zhoršen – čím více cvičil, tím více se zhoršoval. Tomu nepřidalo ani přechodné zhoršení při statické semiEVL, a o to těžší bylo udělat další krok vpřed. Možná i proto byl celý proces léčby pomalejší... Byl to projev pouze spontánního hojení, nebo můj zásah alespoň částečně pomohl? To už se asi nikdy nedozvím, ale důležité je, že pacient je zase plně aktivní a nemá strach z žádného pohybu. ■



Datum 30.04.2024

Jméno Pacient Kazuistika Muž / Žena / Ostatní

Ulice _____

Telefon _____

Datum narození 01.01.1980 Věk 44

Odeslán LP / Ort. / Bez doporučení / Ostatní

Práce / náročnost sed u PC 8h _____

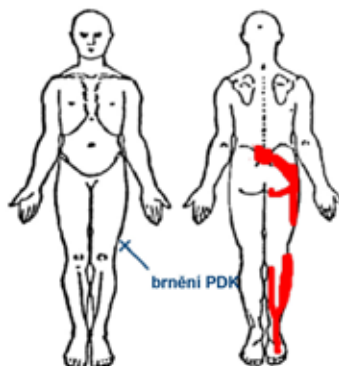
Volný čas / držení těla běh 2-3x týdně, kolo, turistika

Funkční disability této epizody 1. sed v autě

2. sed na tvrdé židli 3. _____

Dotazníky / Funkční disability skóre _____

Škála bolesti NPRS (0-10) 3 0-8 14D _____



ANAMNÉZA

Popište současné symptomy viz obr. tuhnutí nohy a střílení do DK, brnění a dřevěnění DK občas, ztuhlé lýtko

Trvající od 5 měsíců, nejdřív se to horšilo, posledních 14 dní se to trochu lepší Zlepšení / Bez změny / Zhoršení

Začátek obtíží v důsledku stěhování a malování Lp, noha se přidala až po rehabilitacích Nebo bez příčinné souvislosti

Počáteční obtíže: Záda Stehno Noha po 1 měsíci se přidala noha, po cvičení (po RHB)

Konstantní symptomy: Záda Stehno Noha nepříjemné pocity Intermittentní symptomy: Záda Stehno Noha bolest

Zhoršení předklon sezení / vstávání stání delší dobu chození * ležení P bok

dopoledne / v průběhu dne / odpoledne v klidu / v pohybu

jiné *zpočátku dřevěněla noha, jižda autem, při stání tlak do kolene, statika obecně, první kroky po delším sedu, unavenost

Zlepšení předklon sezení stání chození ležení záda, břicho

dopoledne / v průběhu dne / odpoledne v klidu / v pohybu

jiné když kolem vánoc nedělal nic moc- tak se to lepšílo, ale tuhla záda, prodýchávání, nejlepší když leží

Poruchy spánku Ano Ne zpočátku ano Poloha spánku: na břiše na zádech bok P L Matrace: tuhá

dřve nemohl usnout - 1/2h bolest před usnutím dřve spal více na boku, Chodí běhat - bolesti pouze když se vydýchává v předklonu

Předchozí anamnéza páteře pohyblivý obratel S1 - lumbalizace, v létě více cyklistika - přetížení dolních zad, pak malování, stěhování - blok zad - RHB - 1-2 návštěvy a Lp bez bolesti, začal cvičit, postupem se mu začala šířit bolest do nohy

Předchozí terapie poté další rhb - měl pocit, že když něco cvičil, tak se to zhoršovalo, uvolňování hýždě trochu pomohlo, nic tedy necítil, protahuje v pozici dítěte, magnety - aplikuje si i doma, dává na celá záda

CÍLENÉ OTÁZKY

Kašel / Kýčelání / Břísň lis Močení / vyměšování: normální / abnormální Chůze: normální / abnormální zpočátku ano

zpočátku ano - kašel, zpočátku tahal nohu za sebou, špatné se chodilo, nyní už ne, pouze po sedu v autě

Léky: _____

Celkový zdravotní stav / komorbidity zdráv

Operace v poslední době: Ano Ne

Malignita: Ano Ne Nevysvětlitelný váhový úbytek: Ano Ne

Úrazy: Ano Ne Zobrazovací vyšetření: Ano / Ne RTG pánve- lumbalizace

Cíle/čekávání/přesvědčení pacienta chce, aby ho to nebolelo, trápl ho to dlouho a je to otravné, stále na to myslí, omezuje ho to v pohybu, cestování je problém

VÝŠETŘENÍ

DRŽENÍ TĚLA (pohledem)

Vsedě: lordotické / **neutrální** / kyfotické Korekce držení těla: zlepšení / zhoršení / **bez efektu**

Vstoje: lordotické / **neutrální** / kyfotické Vybočení: vpravo / vlevo / **žádné** Klinický význam: Ano / **Ne**

Jiné / funkční baseline: viz ROM, lasseque

NEUROLOGICKÉ

Motorický deficit *normální* Reflexy *neprovedeno*

Senzorický deficit *normální* Napinací manévry *lasseque cca 70st + zkrfžený*

OMEZENÍ POHYBU	výraz	střed	min	0	symptomy
Flexe			×		<i>hýždě, lýtko</i>
Extenze		×			<i>stehno</i>
Lateroposun (P)				×	<i>kyčel, lýtko</i>
Lateroposun (L)				×	<i>kyčel, lýtko</i>
Jiné					

TEST POHYBŮ Popište efekt na současnou bolest - Během: produkuje, odstraňuje, zvyšuje, snižuje, bez efektu, centralizování, periferizování. Po: lepší, zhoršení, není lepší, není zhoršení, bez efektu, centralizovaný, periferizovaný.

	Symptomy během testování	Symptomy po testování	Mechanická odpověď		Bez efektu
			Rozsah pohybu, fční test		
			↑	↓	
Popis příznaků před testem vstoje:					
	FVS				
	Opak. FVS				
	EVS				
	Opak. EVS				
Popis příznaků před testem vleže: <i>hýždě dx, koleno laterální, lýtko dx</i>					
	FVL				
	Opak. FVL				
	EVL <i>Zvyšuje lýtko</i>				
①	Opak. EVL <i>Zvyšuje lýtko</i>	<i>Zhoršen</i>		×	
Případné symptomy před testem:					
	Lateroposun (P)				
	Opak. Lateroposun (P)				
	Lateroposun (L)				
	Opak. Lateroposun (L)				
②	Jiné: <i>FX s ROT DX staticky 5min O lýtko</i>	<i>Lepší</i>		×	

STATICKE TESTY

Sed ochablý / vzpřímený / **leh na břiše v extenzi** / sed s nataž. DKK *Zvyšuje/hýždě dx, lýtko dx/Není zhoršen*

EVL s vybočením páne vlevo: *Zvyšuje lýtko, kyčel, Produkuje Lp střed/zhoršen, EVL s PDK na rehátku: Snižuje bok/není lepší, baseline stejně*

JINÉ TESTY

PŘEDBĚŽNÁ KLASIFIKACE (pracovní dg.)

Derangement centrální/symetrický unilaterální/asymetrický - nad koleno unilaterální/asymetrický - pod koleno

Směrová preference *Laterální*

Dysfunkce: Směr _____ Posturální _____ Jiné _____

Zdroj bolesti / disability: Komorbiditý **Kognitivní-emoční** Kontextuální

RHB a cvičení ho zhoršovalo - strach

PRINCIP TERAPIE

Edukace semafor, sed v autě, periferizace X centralizace

Jiné cvičení / intervence _____

Extenční princip: _____ Frekvence: _____

Laterální princip: *FX s ROT dx* Frekvence: *3-5min á 2-3h*

Flekční princip: _____ Frekvence: _____

„Load me up, Scotty“ – „Nalož mi, Scotty“

Mechanoterapie plantární fasciopatie (dříve známé jako plantární fasciitida)

Autoři: M. S. Rathleff^{1,2}, K. Thorborg^{3,4}

Přeložila: Kateřina Rajchlová, Cert. MDT

1 Department of Health Science and Technology, Faculty of Medicine, Center for Sensory-Motor Interaction (SMI), Aalborg University, Aalborg, Denmark

2 Department of Occupational and Physiotherapy, Aalborg University Hospital, Aalborg, Denmark

3 Sports Orthopaedic Research Center – Copenhagen, Arthroscopic Centre Amager, Copenhagen University Hospital, Amager-Hvidovre, Denmark

4 Physical Medicine & Rehabilitation Research – Copenhagen (PMR-C), Department of Occupational and Physical Therapy, and Department of Orthopaedic Surgery, and Clinical Research Center, Hvidovre Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Bolest v oblasti plantární paty je často způsobena plantární fasciitidou (fasciopatií), léčba běžně zahrnuje protahování měkkých tkání chodidla, gelové vložky pod patu a opichy. Avšak na základě širšího klinického výzkumu spolu s důkazy týkajícími se mechanoterapie, jak ji znovu představili Khan a Scott (1) a pak Rathleff et al. (2), byl zvolen nový přístup k léčbě poškozené plantární fascie využívající cvičení a zátěž (mechanotransdukci). Důvodem pro použití mechanoterapie byla skutečnost, že plantární fascie se skládá z kolagenu typu 1 a může tak vykazovat znaky tendinopatie, včetně degenerativních změn, poškození kolagenních vláken, zvýšené produkce pojivové bílkoviny (proteoglykanů), lokální pro-

liferace fibroblastů (zduření) a zvýšené vaskularity (3, 4).

Nová „fasciální“ léčba

Při novém postupu léčby plantární fasciopatie byl použit pomalý silový trénink s vysokou zátěží (HSR) a porovnával se s postupem léčby strečinkem plantární fascie u pacientů s plantární fasciopatií (2). Pacienti si stoupali na špičky a měli pod prsty nohou podložený ručník, aby zvýšili dorzální flexi metatarzofalangeálních kloubů. Pomalý silový trénink s vysokou zátěží spolu s gelovými podpatěnkami měl po třech měsících lepší výsledky než strečink plantární fascie také v kombinaci s gelovými podpatěnkami (2).

Strečink: nízké zatížení tkání?

Specifický strečink plantární fascie i silový trénink s vysokou zátěží poskytují tkáním tahové zatížení. Jejich hlavní rozdíl spočívá v tom, jak velkou zátěž vyvolávají (zátěž je změna délky dělena celkovou délkou). Specifický strečink plantární fascie spočívá v maximální dorzální flexi kotníku a prstů na nohou – vyvolává sílu ≈ 146 N napříč plantární fascií, která vytváří 1% napětí (5). Když však Achillovu šlachu zatížíme 550 N (≈ 55 kg), síla napříč plantární fascií se zvýší o 400 % a napětí se zvýší čtyřikrát o 4 %. Podobně přechod z 0° na 45° dorziflexe prstů nohy zdvojnásobí sílu působící na plantární fascii a zvýší napětí o ≈ 50 % (5). To naznačuje, že jak protahování, tak náročnější posilování (HSR) zatěžují plantární fascii, ale mnohem větší napětí se vykoná při posilování s vysokou zátěží (HSR).

Základní mechanismy mechanoterapie

Pro optimalizaci mechanoterapie plantární fasciopatie a dalších tendinopatií (1) máme v hledáčku některé důležité otázky týkající se účinných mechanobiologických podnětů. Opakované namáhání vazivových pojivových tkání, jako jsou šlachy, může aktivovat mechanotransdukční dráhy v extracelulárním matrixu, které ovlivňují anabolické a katabolické reakce tkáně. Rozsah, frekvence, rychlost, tzn. trvání zátěže, a míra napětí fascie jsou důležitými prvky mechanických podnětů a ovlivňují buněčné biochemické odpovědi a specifickou

adaptaci tkáně (6). Míra napětí působící na Achillovu šlachu by měla přesáhnout obvyklou hodnotu (2–3 % napětí), aby vyvolala adaptační odpověď na mechanické vlastnosti šlachu (7).

Vyšší délka trvání napětí šlachu při jedné kontrakci (3 s cyklického zatížení) oproti 1 s cyklického zatížení) vedla k lepší adaptaci, zlepšení mechanických a strukturálních vlastností Achillovy šlachu (7). To naznačuje, že síla a velikost deformace aplikované při cvičení by měly přesáhnout nastavený bod zatížení vyskytující se při každodenních aktivitách. Krátká cyklická zátěž, i když s vyšší velikostí síly a napětí, může poskytnout menší adaptaci – to ukazuje na možný přínos progresivního silového tréninku, včetně vysokých zátěží prováděných při pomalých opakováních (3 s a více).

Klinické vyhodnocení zátěže a časového faktoru při předpisování mechanoterapie

V jedné z mála studií, které srovnávaly různé mechanoterapeutické programy, Kongsgaard et al. (8) porovnávali excentrický tréninkový program (ECC) s programem těžkého pomalého odporu (HSR) a poté se skupinou bez cvičení, která dostávala ultrazvukem řízenou injekci kortikosteroidu (tab. 1). Nejdůležitějšími výsledky bylo, že jak excentrický, tak těžký pomalý odporový trénink se ukázaly být lepší než kortikosteroidy. Kromě toho byl těžký pomalý odporový trénink (včetně o 36 % vyššího času v tahu a zatížení na základě maxima opakování při selhání kontrakce, viz tab. 1) spojen

s normálnější strukturou šlachy a změnami ve složení extracelulárního matrixu, což naznačovalo přestavbu matrixu a novou syntézu kolagenní sítě. Dále se zdá být důležité, že nezáleží na tom, zda zátěž pochází z koncentrické nebo

excentrické kontrakce, pokud je zátěž dostatečná a podobně velká a trvá.

Tab. 1 – Příklad mechanobiologických podnětů při cvičení odporu v Kongsgaard et al. a Rathleff et al.

	Excentrické cv. (ECC), Kongsgaard et al.	Těžký pomalý odporový trénink, Kongsgaard et al.	Silový trénink s vysokou zátěží pro plantar fasciitis, Rathleff et al. (HSR)
1. Zvolená zátěž	Zpočátku vahou těla Progrese síly při snížení bolesti	15 RM 1. týden a 6 RM v 9.–12. týdnu	12 RM v 1. týdnu a 8 RM ve 4. týdnu
2. Počet opakování	15	15	12
3. Počet sérií	3	12	3
4. Odpočinek mezi sériemi	?	?	?
5. Počet sad cvičení (za den nebo týden)	2× za den	3× za týden	3,5× za týden
6. Doba trvání experimentálního období	3 měsíce	3 měsíce	3 měsíce
7. Časová zátěž (s) dle typu kontrakce	0 s konc. 0 s izo. 3 s exc	3 s konc 0 s izo. 3 s exc	3 s konc 2 s izo. 3 s exc
8. Pauza mezi opak. (s) nebo (min)	?	?	?

Studie

9. TUT ((s) nebo (min))	3×15×3×2 = 270 s/ den. Celková TUT za 3 měsíce: 22 680 s	4×15×4×6 = 1 440 s na trénink během 1. týdne. Celková TUT za 3 měsíce: 30 816 s	3×15×8=288 s na trénink během 1. týdne. Celková TUT za 3 měsíce: 11 424 s
10. Volní svalové snížení síly	?	Ano	Ano
11. Rozsah pohybu	?	?	Plný rozsah pohybu
12. Doba regenerace mezi cvičeními (h) nebo (d)	12 h	48–72 h	48 h
13. Anatomické vymezení cviku (forma cvičení)	?	?	Ano

RM – maximální počet opakování; TUT – čas zátěže

Zatěžovací prvky optimální mechanoterapie je potřebné lépe popsat

Domníváme se, že nejdůležitější složkou mechanoterapie fasciopatií a dalších tendinopatií je optimalizace zatížení tkání a že mnoho důležitých mechanobiologických parametrů není v klinickém a výzkumném kontextu často dostatečně zohledněno. Nové komerčně dostupné technologie, jako jsou akcelerometry, gyroskopy, video systémy a „inteligentní“ elastické popruhy, umožňují měřit nejdůležitější mechanobiologické deskriptory popsané v tab. 1. Nedávno jsme ukázali, jak lze pomocí „inteligentních“ elastických popruhů měřit dobu pod napětím (zástupný ukazatel celkové dávky cvičení) pomocí technologie integrované do cvičení (9). To poskytne lékařům

možnost měřit, monitorovat a vykazovat důležité mechanobiologické ukazatele i při domácích mechanoterapeutických sezeních bez dohledu. Budoucí klinické využití a výzkum mechanoterapie u tendinopatií má proto stále obrovský potenciál ke zlepšení.

Literatura

1. Khan KM, Scott A. Mechanotherapy: how physical therapists' prescription of exercise promotes tissue repair. *Br J Sports Med*, 2009; 43: 247–52.
2. Rathleff MS, Mølgaard CM, Fredberg U, et al. High-load strength training improves outcome in patients with plantar fasciitis: a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Scand J Med Sci Sport*, 2014. doi: 10.1111/sms.12313.
3. Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. *J Am Podiatr Med Assoc*, 2003; 93: 234–7.
4. Drew BT, Smith TO, Littlewood C, et al. Do structural changes (eg. collagen/matrix) explain there sponse to therapeutic exercises in tendinopathy: a systematic review. *Br J Sports Med*, 2014; 48: 966–72.
5. Carlson RE, Fleming LL, Hutton WC. The biomechanical relationship between the tendoachilles, plantar fascia and metatarsophalangeal joint dorsiflexion angle. *Foot Ankle Int*, 2000; 21: 18–25.
6. Toigo M, Boutellier U. New fundamental resistance exercise determinants of molecular and cellular muscle adaptations. *Eur J Appl Physiol*, 2006; 97: 643–63.
7. Arampatzis A, Karamanidis K, Albracht K. Adaptational responses of the human Achilles tendon by modulation of the applied cyclic strain magnitude. *J Exp Biol*, 2007; 210(Pt15): 2743–53.
8. Kongsgaard M, Kovanen V, Aagaard P, et al. Corticosteroid injections, eccentric decline squat training and heavy slow resistance training in patellar tendinopathy. *Scand J Med Sci Sports*, 2009; 19: 790–802.
9. Rathleff MS, Thorborg K, Rode LA, et al. Adherence to commonly prescribed, home-based strength training exercises for the lower extremity can be objectively monitored using the Bandcizer. *J Strength Cond Res*, 2014 (v tisku). doi: 10.1519/JSC.0000000000000675. ■

Newsletter Todda Edelsona na pokračování – Jít nebo nejít na operaci: Druhý díl – Rameno

Překlad: Mgr. Petra Seidlová, Cert. MDT

V návaznosti na minulý newsletter, ve kterém jsem se zabýval odpověďmi na otázku, zda a za jakých podmínek podstoupit operaci kolenního kloubu, přicházím s dalším dílem, který se bude týkat ramenního kloubu. Základní principy rozhodování, zda jít či nejít na operaci, jsou v podstatě stejné pro rameno jako pro koleno. Nálezy na zobrazovacích metodách při absenci závažné patologie by samy o sobě neměly být rozhodujícím faktorem k indikaci operačního řešení.

Ve své praxi často vídám pacienty s radiologickými nálezy, na kterých je popsáno poškození rotátorové manžety i přesto, že funkce je zachovaná. Ve studii „Extremity Pain of Spinal Source (EXPOSS Study)“ od Rosedale a kol. (2019) autoři zjistili, že více než 40 % bolestí končetin má svůj původ v páteři. Pokud tedy nejprve nevyloučíme páteř jako zdroj obtíží, unikne nám pravá příčina obtíží téměř u 50 % pacientů. Tím pádem pak tyto pacienty léčíme nevhodně.

Následkem poranění ramenního kloubu může dojít k pádům nepřímo tak, že jim pacienti nemusí být schopni zabránit v důsledku poruchy funkce ramenního kloubu.



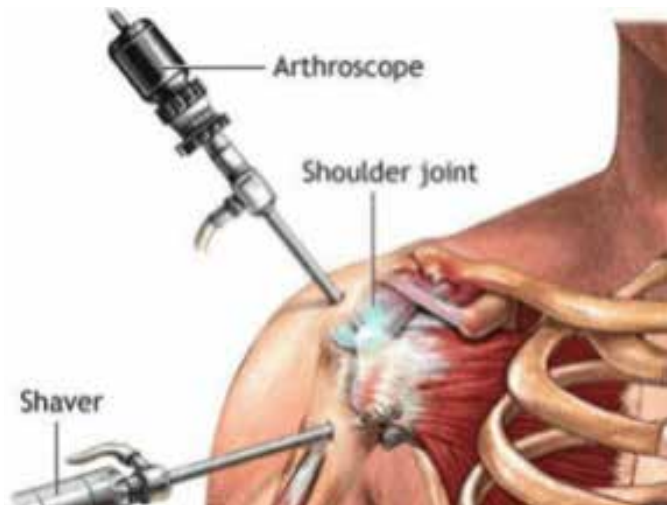
Rád bych tento fakt demonstroval na kazuistice pacienta s bolestí ramene, kterého jsem léčil před dvaceti lety. Pacienta jsem znal z minulosti, kdy jsme spolu úspěšně vyřešili jeho potíže s bederní páteří. Tentokrát se pacient dostavil kvůli obtížím s ramenem. Podle výsledků MRI měl kompletní rupturu rotátorové manžety. Pacientovi bylo sděleno, že mu fyzioterapie v tomto případě nepřinese žádné zlepšení, a že pokud bude chtít znovu bez omezení používat horní končetinu, musí podstoupit operaci. Navzdory danému doporučení se pacient rozhodl nejprve vyzkoušet konzervativní léčbu formou fyzioterapie. Při vstupním vyšetření jsem vyloučil jako zdroj pacientových obtíží krční a hrudní páteř a potvrdil jsem, že se skutečně jedná o poranění ramene. V rozporu s nálezem kompletní ruptury rotátorové manžety na MRI bylo, že pacient byl schopen aktivně zvednout ruku nad hlavu. To by při úplné ruptuře bylo fyzicky nemožné. Pacient nabyl plnou funkci v ramenním kloubu po šesti fyzioterapeutických sezeních. V tomto případě nebyla operace nutná.

Indikace k operaci ramene (po konzultaci s chirurgem) jsou následující:

- Ramenní kloub je nestabilní a/nebo tak bolestivý, že jsou omezeny běžné denní činnosti a konzervativní léčba nepřináší efekt.
- Přetrvávající hemartróza, která se projevuje dlouhodobým zarudnutím a horkostí kloubu, nereagující na konzervativní léčbu. Tyto symptomy mohou znamenat zlomeninu, infekci, poškození svalů, které stabilizují ramenní kloub a pohybují paží, poškození synoviální membrány kloubního pouzdra, poškození labra ramenní kloubu nebo jiných struktur v ramenním kloubu.

Operační řešení by mělo být metodou první volby pouze v případě závažného traumatu, zlomeniny nebo vážné patologie ramenního kloubu. Axiom „Dělejte tak málo, co je možné, ale tolik, kolik je nutné“ platí stejně tak pro ramenní kloub jako pro kolenní kloub, pokud se rozhodujete, zda podstoupit operaci ramene.

Nestabilita nebo jiné poranění kolenního kloubu může vést k pádům, čímž představuje pro pacienty bezpečnostní riziko. Následkem poranění ramenního kloubu může dojít k pádům nepřímým, že jim pacienti nemusí být schopni zabránit v důsledku poruchy funkce ramenního kloubu.



Stručně o historii operací ramenního kloubu:

Artrioskopická operace ramene (Dessai, 2020)

První artrioskopické vyšetření provedl japonský lékař Takagi v roce 1918 na kolenním kloubu zemřelého pomocí cytoskopu. Rozvoj artrioskopu se skutečně rozběhl poté, co se začalo využívat studené světlo a systém optických čoček, které v roce 1960 zavedl Hopkins. Artrioskopie ramene se začaly provádět během 80. let 20. století. Zpočátku se artrioskopie využívala u nestabilních ramen a dále následovala subakromiální dekomprese. S rozvojem biotechnologie v průběhu 80. a 90. let 20. století začaly být k dispozici sofistikovanější nástroje a kotvy, což vedlo ke zdokonalení operačního postupu u nestabilních ramen.

Pamatujte, že artrioskopická operace není všelékem a rozhodně není náhradou dobrého klinického vyšetření.

Totální endoprotéza ramenního kloubu

První totální endoprotézu ramenního kloubu provedl francouzský lékař Jules Émile Péan v roce 1893 u 37letého pacienta s tuberkulózní artritidou ramene. Použil platinovou a gumovou kloubní náhradu, která musela být po dvou letech extrahována pro nevládnutelný infekci.

K dalšímu rozvoji endoprotéz došlo až v 50. letech 20. století s příchodem plastové a akrylové hlavice humeru. Implantáty byly typicky

fixovány pomocí destiček a šroubů v humeru, ale selhávaly kvůli špatnému ukotvení a následnému vytažení šroubů z pažní kosti. Začátkem 80. let 20. století se objevily další, bohužel neúspěšné, snahy o zdokonalení materiálů používaných k výrobě endoprotéz. V 90. letech 20. století byly nové návrhy výrazně funkčně vylepšeny a dosahovaly trvalých pozitivních výsledků. V současné době vydrží až 90 % náhrad ramenního kloubu 10 a více let.

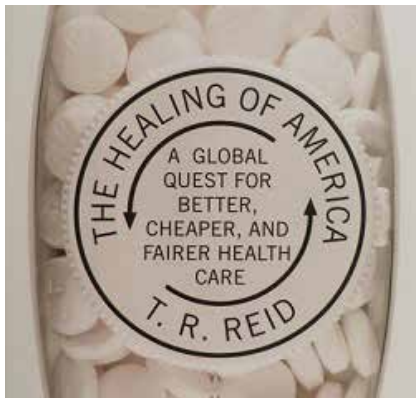
Stejně jako od pacientů s bolestmi kolenního kloubu slyším u pacientů s obtížemi v rameni věty typu: „Můj rentgen ukazuje, že v mém kloubu leží kost na kosti,“ nebo: „Můj lékař mi řekl, že moje rameno je to nejhorší, co kdy viděl,“ a také oblíbenou větu: „Na základě výsledků MRI vašeho ramene je operace jedinou volbou léčby, pokud chcete ještě kdy hýbat rukou.“

Opět platí, že obrázek by neměl stanovovat diagnózu. Jedná se pouze o jeden kousek multifaktoriální prezentace. Vždy je třeba pečlivě zhodnotit přínos a rizika operace, potřeby pacienta, jeho životní styl, věk, dobu rekonvalescence a zdravotní stav. Kritéria pro operaci ramenního kloubu jsou v podstatě stejná jako pro operaci kolenního kloubu. Pokud již nejste schopni vykonávat běžné denní činnosti anebo je vaše rameno tak bolavé, že nemůžete normálně fungovat, je operace jediným možným řešením.

Zmrzlé rameno

V jakémkoli článku nebo diskusi týkající se ramenního kloubu nesmí chybět zmínka o syndromu zmrzlého ramene, který typicky postihuje pouze ramenní kloub. Podle Griggse a kol. (2000) nelze u drtivé většiny pacientů zjistit základní příčinu obtíží (jedná se o tzv. idiopatické zmrzlé rameno). Samostatnou skupinu tvoří pacienti s diabetes mellitus II. typu, u nichž bývá průběh obvykle závažnější (vyšší intenzita bolesti, výraznější omezení rozsahu pohybu v rameni a také delší průběh onemocnění), pravděpodobně vlivem zhoršené cirkulace krve, která je pro diabetes typická.

Pro syndrom zmrzlého ramene je typický náhlý začátek obtíží bez zjevné příčiny. Nálezy na zobrazovacích metodách jsou často negativní a symptomy jsou zřídka spojeny s patologickými nálezy. Diagnóza se stanoví na základě anamnézy a klinického obrazu:



Syndrom zmrzlého ramene má tři fáze:

- Počáteční fázi, pro kterou je charakteristická vysoká intenzita bolesti při pohybu a/nebo v klidu.
- Dále následuje fáze, ve které se intenzita bolesti snižuje a výrazně se zhoršuje rozsah pohybu v rameni všemi směry.
- V konečné fázi dochází ke zlepšení funkce a obnově rozsahu pohybu v rameni.

Operace zmrzlého ramene se provádí zřídka. Občas se provádí manipulace ramene pod celkovou anestézií, tzn., že rameno je násilně rozhýbáváno u pacientů v narkóze. Tento zákrok často vede ke zhoršení obtíží a k prodloužení doby léčby. Fyzioterapie je vhodnou léčebnou metodou. I přesto mohou obtíže trvat i několik let (v průměru je to však 9–18 měsíců).

Na závěr bych vám rád doporučil knihu od T. R. Reida „The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper and Fairer Health Care“. Autor v knize představuje různé systémy zdravotní péče v průmyslově vyspělých zemích, kam ho zavedly jeho velké problémy s ramenem, když hledal jejich řešení.

Pro obtíže s ramenním kloubem platí, že pokud je chirurgický zákrok správně indikován, dokáže vám změnit život.

I u operací ramenního kloubu platí, že čím jste silnější, flexibilnější a v co nejlepší kondici před operací, tím rychlejší a úspěšnější bude vaše rekonvalescence.

Todd (t.edelson@montclairphysicaltherapy.com)
www.montclairphysicaltherapy.com

Zdroje literatury

- Desai SS. History and evolution of shoulder arthroscopy. *J Arthrosc Surg Sport Med*, 2020; 1(1): 11–15.
- Flatow EL, Harrison AK. A history of reverse total shoulder arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*, 2011 Sep; 469(9): 2432–9.
- Griggs SM, Ahn A, Green A. Idiopathic adhesive capsulitis: a prospective functional outcome study of nonoperative treatment. *J Bone Joint Surg [Am]*, 2000; 82-A: 1398–407.
- Robinson CM, Seah KTM, Chee YHP, Hindle, Murray IR. Frozen Shoulder. *J Bone Joint Surg [Am]*, 2012; 94-B: 1–9.
- Rosedale R, Rastogi R, Kidd J, Lynch G, Supp G, Robbins SM. A study exploring the prevalence of Extremity Pain of Spinal Source (EXPOSS). *J Man Manip Ther*, 2020 Sep; 28(4): 222–30. ■

Klacky a kameny*: Vliv jazyka v rehabilitaci poruch pohybového systému**

Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation

Autoři: Michael Stewart, MCSP, SRP, MSc, BSc (Hons), PG Cert (Clin Ed)¹, Stephen Loftus, PhD²

Přeložil: Mgr. Ondřej Houška, Cert. MDT

Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy

Published Online: June 30, 2018, Volume 48, Issue 7, Pages 519–522

<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.0610>

1 University of Brighton, Eastbourne, United Kingdom

2 William Beaumont School of Medicine, Oakland University, Rochester, MI

*„Sticks and stones may break my bones, but words can never hurt me.“

„Klacky a kameny mi mohou zlámat kosti, ale slova mi nijak neublíží.“

Dětská říkanka používaná v anglickém jazyce v reakci na nadávky a slovní útoky.

„Slova jsou nejsilnější droga, kterou lidstvo užívá.“

Rudyard Kipling

Rehabilitace v oblasti onemocnění pohybového systému je často náročný proces, jehož výsledky jsou významně ovlivňovány jazykovými prostředky, kterých při léčbě používáme. Naše slova mají schopnost jak léčit, tak ubližovat. Je nesmírně důležité dosáhnout lepšího porozumění často skrytého vlivu našeho jazykového projevu na průběh a výsledky terapie. Tento článek typu „Viewpoint article“ popisuje význam výběru slov v klinické praxi a přináší praktické úvahy

pro přizpůsobení použitých jazykových prostředků v muskuloskeletální rehabilitaci.

Jedním ze základů efektivní rehabilitace funkčních poruch pohybového systému je naše schopnost komunikovat a vést lidi k uzdravení. Jako kliničtí pracovníci hrajeme klíčovou roli v životech lidí ve zranitelných, stresujících situacích. Slova, která používáme, mají sama o sobě potenciál léčit, nebo naopak

** Článek je opakovaně publikován pro tematickou shodu s dalšími články.

způsobovat zničující a trvalé poškození (2). Stejně jako drogy mají slova silný vliv na lidské myšlení a pocity. Slova tedy mohou otrávit nebo posílit mysl člověka. Mohou vytvářet příjemné nebo nepříjemné emoce a motivovat k činnostem vedoucím k pozitivní nebo negativní změně chování. Obavy a nejistota spojené se životem s chronickým onemocněním pohybového aparátu často vedou k neustálému hledání odpovědí. To může ve světě online informací a dezinformací znamenat skutečný problém. Jsme vždy jen jedno kliknutí od toho, abychom si potvrdili naše nejčernější představy, případně v sobě probudili dříve neuvědomělé obavy.

Narůstající množství vědeckých důkazů naznačuje, že psychologické faktory jsou účinnějšími prediktory intenzity bolesti a disability než faktory patoanatomické (6, 12, 14). Je tedy logické, že pokud se kliničtí pracovníci budou nadále zaměřovat na patoanatomickou terminologii, mohou nevědomky zhoršit psychologické nastavení pacientů. Psychologické faktory je třeba rozpoznat a pochopit a následně je záměrně používat jako součást terapie. Nepochopení nebo ignorování psychologických faktorů s sebou nese riziko negativního ovlivnění výsledků terapie. Velkým problémem je, že naše terapie a odborné vzdělávání stále kladou důraz na biomedicínskou problematiku se zaměřením na patoanatomický jazyk. Biomedicínské předměty tvoří více než

99 % veškerého pregraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (4).

Navzdory rostoucímu povědomí o důležitosti psychologických faktorů a o silném vlivu, který má jazyk na individuální vnímání bolesti, může být terapie poruch pohybového aparátu minovým polem výhrušných slov a nejednoznačných informací. Bez smysluplné rekonceptualizace bolesti jako vysoce komplexního, subjektivního lidského prožitku, který je pocítován v tkáních, ale vědomím je interpretován jako reakce na očekávané ohrožení (17), si lékaři pravděpodobně nebudou vědomi potenciální újmy, kterou jejich slova mohou způsobit (15).

V muskuloskeletální rehabilitaci bychom měli zůstat věčně ostražití v otázce, jak mohou být naše slova interpretována. Lidské bytosti se skládají ze svalů, kostí a tkání, ale slova, která používáme v terapii, mohou mít hluboký vliv na to, jak lidé chápou svá těla a jak interpretují to, co prožívají. Termín typu „degenerativní změny meziobratlové ploténky“ může pro lékaře znít mírně a přímočaře, ale pro pacienta katastrofálně. V tomto smyslu se slova dají přirovnat k zubní pastě – jakmile ji vytlačíme z tuby, nelze ji vrátit zpět. Jako kliničtí pracovníci musíme být velmi vnímaví k tomu, jak naši pacienti reagují na námi používaná slova. Musíme mluvit o patoanatomických poměrech a o terapii jako takové způsobem, kterému pacienti porozumí, aniž by se

Studie

cítíli ztraceni. To je samozřejmě komplikováno skutečností, že různí pacienti budou mít různé úrovně porozumění a budou to, co říkáme, interpretovat různými způsoby.

Bullington et al. (5) tvrdí, že „setkat se s jiným člověkem znamená poznat jiný svět“. Proto nemůže existovat jeden jednoduchý recept nebo vzorec určující, jak používat jazyk v klinické praxi. Ne každý medicínský výraz je škodlivý pro všechny jedince (1). Musíme samozřejmě i nadále klást zásadní klinické otázky, jako například: „Všimli jste si nějakých problémů s vylučováním?“ Zároveň si ale musíme uvědomovat potenciální dopad tohoto dotazu na každého, kdo se obává nějakých problémů týkajících se funkce močového měchýře nebo střev.

Následující kazuistika přináší některé příklady často skrytých nebezpečí vyplývajících z nevhodných forem komunikace a použitého jazyka při terapii poruchy pohybového systému.

Ben je talentovaný 15letý atlet. Již dva roky trpí zhoršující se bolestí v kříži a předchozí lékař mu doporučil, aby přestal běhat a začal místo toho plavat. Benovi bylo také řečeno, že navzdory svému věku má na výsledku magnetické rezonance „degenerativní změny meziobratlové ploténky“ v bederní páteři. Na kliniku přišel se svým dědečkem, který je také jeho trenérem. Dědeček má dlouhodobé problémy s bolestmi v kříži

a byl mu diagnostikován „syndrom neúspěšné operace zad (FBSS – failed back surgery syndrome)“. Předchozí fyzioterapeut Benovi ve snaze pomoci poradil, aby si přečetl online vzdělávací brožuru vydanou pro mladé sportovce s bolestmi v kříži. Brožura obsahuje následující věty: „Léčba je podobná léčbě výhřezu ploténky u dospělé populace. Epidurální injekce lze použít, ale ve většině případů nejsou nutné. Pokud se symptomy nezlepší komplexním rehabilitačním programem, pak může být indikován chirurgický zákrok. To je nutné pouze u malého procenta mladých sportovců s poraněním ploténky.“

Ben se nyní cítí zoufalý a stále se zabývá myšlenkou, že bude potřebovat operaci páteře. A v podobné situaci rozhodně není sám. Vzhledem k tomu, že současné mezinárodní epidemiologické studie poukazují na eskalaci bolestivých stavů v populaci (9), je načase zvážít, zda slova, která používáme, přispívají k řešení této situace, nebo naopak k dalšímu zvýšení zranitelnosti našich klientů. Aby se Ben a miliony dalších, jako je on, vrátili k plnohodnotnému a smysluplnému životu, musí kliničtí pracovníci rozvíjet své komunikační dovednosti, které jim pomohou přeformulovat odborné informace tak, aby dávaly pacientům smysl a ukazovaly jim cestu vpřed.

Z praktického hlediska je prvním krokem pro zlepšení Benova stavu to, aby se vyrovnal se svou situací realistickým

způsobem, aniž by podléhal fatalistickým katastrofickým představám. Je povinností klinického terapeuta pomoci Benovi přehodnotit informace, které mu byly poskytnuty tak, aby takzvanou „degeneraci“ začal považovat za normální změnu související s věkem. To již samo o sobě může stačit ke změně Benova vnímání svého problému při zachování pravdivého informování pacienta. Bude však zřejmě potřeba o hodně intenzivnější informování, než Ben opravdu přijme, že termín „degenerované ploténky“ neznamená, že se jeho páteř drolí a že vyžaduje urgentní léčbu. Terapeut musí poskytnout pečlivě formulovanou podporu, aby pacient začal vidět svůj stav v nových souvislostech. Základním krokem na cestě k obnově odolnosti a zvládnání problémových životních situací je pochopení, že změnou přístupu z pasivního – určeného strachem – k aktivnímu lze účinně zmírnit úroveň disability a tíže symptomů. Existuje mnoho důkazů potvrzujících tvrzení, že změnou náhledu na své potíže jsme schopni je začít měnit (10). Lidem, jako je Ben, můžeme pomoci změnit jejich vnímání problémů. Tento nový pohled může být pro ně sám o sobě terapeutický, a to navzdory jakékoli patoanatomické odchylce od normálu.

Společně s Benem podstupuje mnoho lidí rutinní zobrazovací vyšetření pomocí RTG, CT, MRI apod. Ta jsou považována za zlatý standard k určení patoanatomického zdroje jejich příznaků. Jazyk

používaný při sdělování výsledků zobrazovacích vyšetření a při následné terapii je přinejmenším stejně důležitý jako samotné jejich nálezy. Slova používaná k popisu lékařských snímků pacientům, jako je Ben, mohou podporovat a utvrzovat neužitečná, nepravdivá a zavádějící přesvědčení – typicky, že páteř je křehká, zranitelná a nemá schopnost regenerace (7). Důkazy však ukazují, že přeformulováním a rozšířením kontextu lékařského jazyka používaného při rozhovorech s pacienty mohou kliničtí pracovníci začít osvobozovat lidi od života plného zbytečných starostí a strachu z běžných aktivit (3). Zaměříme-li se tedy v naší komunikaci na Benovy naděje a vyhlídky, a ne na jeho omezení, můžeme začít pokládat základy pro jeho uzdravení. Jasným příkladem takového postupu je výklad Mattinglyho (16) popisující terapeuta, který provádí nového pacienta po rehabilitačním zařízení a ukazuje mu, kde se budou konat jaké procedury. Novým pacientem je mladý muž s poraněním hlavy. Terapeut pečlivě používá slova, kterými zdůrazňuje, jakým způsobem terapie položí základy nového smysluplného života. Mattingly (16) popisuje tento přístup jako „terapeutické propojení“. Bez využití tohoto postupu existuje vážné riziko, že se pacient do terapie nezapojí, protože ji bude považovat za nesmyslnou. To, jaká slova používáme, je v této situaci klíčovým faktorem úspěchu terapie. Správná volba komunikačních prostředků povzbuzuje pacienta k osvojení pozitivního postoje. Ten se

Studie

pak zaměřuje se na to, co dělat může (nebo bude schopen udělat s pomocí), místo neplodného přemítání o věcech, které aktuálně nezvládá.

Pro pacienty, jako je Ben, může být slovo „degenerativní“ skutečně alarmující. Jazyk, který v terapii muskuloskeletálních onemocnění používáme, je plný příležitostí k dezinterpretaci lékařské terminologie pacientem. Pokud naše řeč není jasná, je její interpretace silně zkreslena psychologickým stavem pacienta.

Ben má již existující znalosti vedoucí k obavám, že stejně jako jeho dědeček bude i on potřebovat chirurgický zákrok, který může nakonec vést k „syndromu neúspěšné operace zad (FBS – failed back surgery syndrome)“. Tento fakt ovlivňuje způsob jeho interpretace obdržených informací. Stejně jako v Benově případě Sillence et al. (21) zjistili, že pacienti mají ohledně zdravotního stavu obecně tendenci spíše věřit radám nabízeným rodinou a přáteli než hledat informace jinde. Protichůdná doporučení z více zdrojů vedla k pocitům zmatku a nejistoty.

Ben si selektivně vybírá informace odpovídající jeho pohledu na svět. Nevhodně zvolená slova mohou posílit Benovy obavy. Ben se například zaměřil na informaci „může být indikován chirurgický zákrok“ ve vzdělávací brožuře. Ostatní sdělení si vůbec nepamatuje. Benovo zaujaté hledání informací odpovídajících jeho přesvědčení je pro pacienty v podobné situaci naprosto přirozené.

Slovní spojení „může být indikována operace“ vnímá tedy člověk s Benovým nastavením s naprostou jistotou jako: „Budu potřebovat operaci!“

Biro (2) uvedl, že jednotlivá a někdy mimovolná prohlášení mohou výrazně ovlivnit očekávání uzdravení. Toto je důležité, když uvážíme, že nízká očekávání zotavení jsou silným prediktorem špatného výsledku terapie (12). V rámci rehabilitace muskuloskeletálních onemocnění mohou běžná slova vztahující se k pravděpodobnosti výsledku, jako „může“, „možná“ nebo „snad“, velice pravděpodobně negativně ovlivnit emocionální reakce pacienta. Mnoho klientů s onemocněním pohybového aparátu se obává o svou budoucnost a jsou přirozeně náchylní vidět spíše negativa než pozitiva. Když jsme fyzicky a emocionálně na dně, stáváme se nejen zranitelnějšími, ale také podvědomě vyhledáváme informace, které podpoří naše negativní naladění (11). Zdravotníci musí být tedy velmi vnímaví ke způsobu, jakým pacienti přijímají jejich slova, a co nejlépe zabránit jejich možným nesprávným interpretacím.

Pokud jsou tedy slova jako „degenerativní“ problematická, jak jinak by mohli zdravotníci popsat patoanatomické nálezy? Je například naprosto jasné, že běžně používané přirovnání k „mechanickému opotřebením“ může také vést k neužitečným představám o „rezavých“ částech těla (1, 18). Rozbor nejčastěji

používaných metafor je velice prospěšný k pochopení mechanismů utváření názoru pacienta na to, co se od lékařů a terapeutů dozvídají o příčinách svých potíží. Řada výzkumníků poukázala na různá přirovnání používaná v klinické praxi při komunikaci s pacienty a na to, jak si je pacienti vykládají (22). Například přirovnávání lidského těla ke stroji se často používá k reprezentaci fyzických změn v termínech jako „opotřebený“. Odborníkovi toto nemusí znít nijak problematicky, ale mnoho pacientů si toto vyloží tak, že „opotřebený“ stroj vyžaduje technickou opravu, a pokud tato technická oprava nebude poskytnuta, situace se jen zhorší. To představuje možný důvod, proč tolik pacientů tak zoufale věří v možnost rychlého uzdravení pomocí nějaké pasivní léčebné modalit.

Změna metafory o „opotřebený“ na metaforu typu „život je cesta“ může fungovat lépe (20, 23). Takovou změnou v komunikaci lze efektivně pomoci pacientům začít zvládat své symptomy (jako je chronická bolest) a pokračovat dál v aktivním životě. Příznaky je pak možné různými způsoby kontrolovat bez nutnosti nechat se odradit od splnění svých životních cílů a oblíbených činností (15). Takové postupy vyžadují u terapeutů vynikající osvojení komunikačních dovedností, pomocí kterých pak pacientům zprostředkují konstruktivní interpretaci jejich symptomů.

V běžné klinické praxi musíme tedy překročit jednorozměrné zaměření na

biomedicínské problémy a přijmout o mnoho širší pohled na to, jak tyto na strukturu zaměřené výroky zapadají do pacientova světonázoru. Musíme si neustále klást otázky jako: „Co to pro všechno znamená pro pacienta?“ a „Jaká mohu klientovi v jeho aktuální situaci pomoci najít pozitivní východiska?“ To vyžaduje znalost možnosti ovlivnění sociálních, psychologických, biologických a kulturních faktorů jazykovými prostředky (19). Tabulka zobrazuje seznam typických výrazů, kterým je třeba se při rehabilitaci poruch pohybového aparátu vyhnout, a navrhuje možné vhodnější alternativní termíny.

Stručně řečeno, na muskuloskeletální poruchy je třeba pohlížet v komplexnějším rámci, který bere v úvahu biomedicínské problémy a zahrnuje to, jak pacienti své potíže a omezení vnímají, jak prožívají bolest a jak si svůj stav odůvodňují. Pro tento komplexnější pohled jsou klíčová slova, která používáme my (i naši pacienti). Eccleston a Crombez (8) uvádějí: „Bolest je ideálním prostředím pro rozvoj úzkosti.“ Bez výše popsané rekonceptualizace použití jazyka v terapii si kliničtí pracovníci pravděpodobně nebudou vědomi potenciální újmy, kterou může jejich chybná komunikace pacientům způsobit. V důsledku toho mohou i nadále nevědomky zvyšovat zranitelnost svých klientů trpících různými bolestmi.

Studie

Poděkování

Tento článek vychází z příspěvku profesorky Eleny Semino, vedoucí katedry lingvistiky a anglického jazyka, Lancaster University, Velká Británie. Rádi bychom Eleně poděkovali za její cennou pomoc.

Slova, kterým je třeba se vyhnout	Navrhované alternativy
Chronické degenerativní změny	
Negativní výsledky testů	všechno je v pořádku
Nestabilita	potřeba zvýšit sílu a kontrolu
Poškození z přetížení	přirozené opotřebení
Neurologické	z nervového systému
Nemějte strach	všechno bude dobré
Kost na kost	zúžení/těsnost
Trhlina	natažení
Poškození	opravitelné poranění
Parestezie	změna citlivosti
Uskřínutí nervu	zmáčknutí, které lze uvolnit
Lordóza	normální zakřivení páteře
Kyfóza	normální zakřivení páteře
Výhřez, herniace	vyboulení, otok

Nemoc	stav
Náplň, efuze, edém	otok
Chronický	může být dlouhodobý, ale lze překonat
Diagnostika (MRI, CT...)	zobrazovací vyšetření
Budete s tím muset nějak žít	zřejmě bude potřeba se přizpůsobit

Literatura

1. Barker KL, Reid M, Minns Lowe CJ. Divided by a lack of common language? – A qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. *BMC Musculoskeletal Disord*, 2009; 10: 123. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-123>.
2. Biro D. *The Language of Pain: Finding Words, Compassion, and Relief*. New York, NY: W.W. Norton, 2010.
3. Bossen JK, Hageman MG, King JD, Ring DC. Does rewording MRI reports improve patient understanding and emotional response to a clinical report? *Clin Orthop Relat Res*, 2013; 471: 3637–44. <https://doi.org/10.1007/s11999-013-3100-x>.
4. Briggs EV, Carr EC, Whittaker MS. Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom. *Eur J Pain*, 2011;15: 789–95. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.01.006>.
5. Bullington J, Nordemar R, Nordemar K, Sjostrom-Flanagan C. Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scand J Caring Sci.*, 2003;17: 325–31. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00244.x>.
6. Chester R, Jerosch-Herold C, Lewis J, Shepstone L. Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. *Br J Sports Med*, 2018; 52: 269–75. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096084>.
7. Darlow B, Dean S, Perry M, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Easy to harm, hard to heal: patient views about the back. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2015; 40: 842–50. <https://doi.org/10.1097/BRS.000000000000090>.
8. Eccleston C, Crombez G. Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*, 2007;132:233–236. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.014>.

9. Foreman J. *A Nation in Pain: Healing Our Biggest Health Problem*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2014.
10. Fox E. *Rainy Brain, Sunny Brain*. New York, NY: Perseus/Basic Books, 2012.
11. Gifford L. *The mature organism model*. In: *Topical Issues in Pain 1: Whiplash – Science and Management. Fear-Avoidance Beliefs and Behaviour*. Falmouth, UK: CNS Press, 1999: 45–56.
12. Ivarsson A, Johnson U, Podlog L. Psychological predictors of injury occurrence: a prospective investigation of professional Swedish soccer players. *J Sport Rehabil*, 2013; 22: 19–26. <https://doi.org/10.1123/jsr.22.1.19>.
13. Kipling R. Surgeons and the soul: a speech to the Royal College of Surgeons. *The London Times*, February 15, 1923.
14. Linton SJ. *Understanding Pain for Better Clinical Practice: A Psychological Perspective*. Edinburgh, UK: Elsevier, 2005.
15. Loftus S. Pain and its metaphors: a dialogical approach. *J Med Humanit*, 2011; 32: 213–30. <https://doi.org/10.1007/s10912-011-9139-3>.
16. Mattingly C. The concept of therapeutic „emplotment“. *Soc Sci Med*, 1994; 38: 811–22.
17. Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Man Ther*, 2003; 8: 130–40. [https://doi.org/10.1016/S1356-689X\(03\)00051-1](https://doi.org/10.1016/S1356-689X(03)00051-1).
18. Padfield D, Janmohamed F, Zakrzewska JM, Pither C, Hurwitz B. A slippery surface... can photographic images of pain improve communication in pain consultations? *Int J Surg*, 2010; 8: 144–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2009.11.014>.
19. Puentedura EJ, Louw A. A neuroscience approach to managing athletes with low back pain. *Phys Ther Sport*, 2012; 13: 123–33. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2011.12.001>.
20. Reisfield GM, Wilson GR. Use of metaphor in the discourse on cancer. *J Clin Oncol*, 2004; 22: 4024–7. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.03.136>.
21. Sillence E, Briggs P, Harris PR, Fishwick L. How do patients evaluate and make use of online health information? *Soc Sci Med*, 2007; 64: 1853–62. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.012>.
22. Skelton JR, Wearn AM, Hobbs FD. A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioners and patients in consultation. *Br J Gen Pract*, 2002; 52: 114–18.
23. Stewart M. The hidden influence of metaphor within rehabilitation. *In Touch*, 2015; 153: 8–13 ■

SIG zájmová skupina

Termíny zájmové skupiny McKenzie
pro rok 2024

Česká republika, Praha

Datum	Téma	Místo konání / Kontakt
1. 10. '24 / 14.00	Zpráva z McKenzie mezinárodní konference Ottawa, Kanada	ÚVN Praha 6, Střešovice, vchod C3, 4. patro
6. 11. '24 / 17.00	Využití MDT v ordinaci neurologa. Přednášející MUDr. Jana Letáková, Cert. MDT	Certifikovaná McKenzie klinika Kladno
3. 12. '24 / 14.00	Průřez znalostí z různých konferencí a co vše Robin McKenzie předával a publi- koval v devadesátých letech	ÚVN Praha 6, Střešovice, vchod C3, 4. patro

Dodržujte nutné objednávky pro omezené možnosti prostor je počet účastníků limitován, aktuální termíny setkání najdete na našem webu:

Mgr. Soňa Marečková, Cert. MDT

Telefon: +420 721 703 232, e-mail: sona.mareckova@email.cz.

Pokud videoZOOM akce – sledujte www.mckenzie.cz a čtěte e-mailly 😊.

SIG Česká republika, Brno

McKenzie zájmová skupina v Brně, organizuje **Mgr. Denisa Burianková, Cert. MDT**, e-mail: denisa.buriankova@email.cz, telefon: +420 774 090 716.

SIG Česká republika, Ostrava

Rovněž se rozbíhá SIG skupina v Ostravě, ptejte se kolegy **Mgr. Zdeněk Guřan, Cert. MDT**, +420 777 868 424, e-mail: zdenek.guran@fno.cz.

SIG Slovenská republika, Žilina

V Žilině probíhají setkání McKenzie skupiny pod vedením **PhDr. Michaely Kotrbancové, Cert. MDT**, e-mail: m.kotrbancova@gmail.com nebo telefon: +421 903 944 371 ■

Kurzy McKenzie

Termíny kurzů McKenzie metody
pro rok 2024

Česká republika, Praha

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové McK
6. 9. '24 Kladno	Eva / Mirek / ČR	ZK	5 850 Kč	2 000 Kč
19. 9. - 22. 9. '24	Mirek / ČR	B*	16 700 Kč	10 850 Kč
4. 10. - 7. 10. '24	Eva / ČR	D*	16 700 Kč	10 850 Kč
22. 11. - 25. 11. '24	Eva / ČR	C*	16 700 Kč	10 850 Kč
29. 11. - 30. 11. '24	Simon / DK	Bolest	15 700 Kč	7 850 Kč
5. 12. - 8. 12. '24	Mirek / ČR	A*	16 700 Kč	10 850 Kč

Slovensko, Žilina / Bratislava

Datum	Lektor	Typ	Původní cena	Členové McK
27. 9. '24 Bratislava	Hans / NL	Update	335 eur	285 eur*
17. - 20. 10. '24 Bratislava	Mirek / ČR	A*	660 eur	395 eur*
24. - 27. 10. '24 Bratislava	Eva / ČR	C*	660 eur	395 eur*
15. 11. '24 Žilina	Eva / Mirek / ČR	ZK	150 eur	75 eur*

Vysvětlivky:

* Na kurz přispívá McKenzie Institute Czech Republic & Slovakia.

- ▷ Přihlášky zasílejte včas.
- ▷ Při opakování kurzu se účtuje 1/2 ceny.
- ▷ Podrobné informace o místě konání a programu kurzu jsou zasílány e-mailem cca měsíc před zahájením každého kurzu. Kurzu se může účastnit fyzioterapeut nebo lékař s půlroční praxí.
- ▷ Mezi každou částí kurzu je nutné dodržet minimálně čtyřměsíční odstup pro praktické vyzkoušení teorie v praxi.
- ▷ Udělení akreditace od MZ ČR (č. j.: 9150 / 2020-5 / ONP) pro vzdělávací program certifikovaného kurzu McKenzie® mechanická diagnostika a terapie hybného systému, MDT (76 kreditů za úspěšné složení zkoušky).
- ▷ Další informace ohledně McKenzie kurzů nebo McKenzie zájmové skupiny (SIG skupina) najdete na www.mckenzie.cz.
- ▷ Pokud máte možnost přispět dotací, podívejte se na: http://www.mckenzieinstitute.org/cz/cs_CZ/podporte-nas/



www.shop-mdt.cz

Obrat'te se na nás

Kontaktní adresa

The McKenzie Institute Czech Republic
Stochovská 530
161 00 Praha 6
Tel./fax: 235 301 705
info@mckenzie.cz
www.mckenzie.cz

V případě nepřítomnosti zanechejte
zprávu na záznamníku.

Odpovědný redaktor

Ing. Marie Černá, CSc.
Romana Wolfová, DiS., Cert. MDT
MUDr. Jana Letáková, Cert. MDT
Mgr. Štěpánka Pospíšilová, Cert. MDT
Layout: MgA. Ondřej Jiráška
DTP: MgA. Eva Nováková

Za obsah jednotlivých příspěvků
odpovídají jejich autoři.

Články neprošly odbornou recenzí.
ISSN 1802-274X
číslo časopisu je 41

