REHABILITÁCIA 3

XLIX 2012, ISSN 0375–0922
indexovaný v databáze SCOPUS
http://www.rehabilitacia.sk

Redakčná rada:

A. Gúth – šéfredaktor
A. Konečníková – asistentka
M. Štefíková – asistentka
M. Hlobeňová – Hlohovec
K. Hornáček – Bratislava
E. Vaňásková – Hr. Králové
J. Čelko – Trenčín
Ľ. Želinský – Košice
J. Zálešáková – Tr. Teplice
V. Kříž – Kostelec n. Č. I.
A. Krobot – Zlín
I. Springrová – Čelákovice
F. Golla – Opava
V. Tošnerová – Hr. Králové
P. MÍkvy – Senec
H. Lesayová – Malacky
L. Kiss – Čiližská Radvaň
V. Lechta – Trnava
H. Meruna – Bad Oeynhausen
K. Ammer – Wien
E. Ernst – Exeter
C. Gunn – Vancouver
J. Ľalíková – Killarney
A. Gúth ml. – Levárky
E. Lorenc – N. Zámky
P. Schönherr – Karlsruhe
T. Doering – Hannover

VYDAVATEĽSTVO LIEČREH

REHABILITÁCIA č. 3, XLIX. 2012, str. 129 - 192
Vedecko-odborný, recenzovaný časopis pre otázky liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie, indexovaný v SCOPUSe, šírený sieťou Internetu na adrese: http://www.rehabilitacia.sk,
Adresa redakcie: LIEČREH s.r.o. P. O. BOX 77, 831 01 Bratislava 37, Slovensko,
e-mail: rehabilitacia@rehabilitacia.sk

OBSAH

A. Gúth: Meranie a rehabilitácia 130
V. Süss, P. Matošková, P. Pravečková: Die Methode der Winkelmessung zwischen den Körper... 131
S. Oravec, T. Kunze, V. Henschke, K. Steinke: Naše skúsenosti s kombinovanou liečbou... 139
V. Kříž: Rehabilitace po operaci plotének po propuštění z neurochirurgického pracoviště 145
J. Bienertová: Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob s disabilitou mezi ekono... 153
K. Honová: Využití tyče flexi-bar v terapii osteoporózy 161
J. Haluzíková: Sledování režimových opatření u nemocných po PTCA a CABG 167
R. Bužgová, L. Sikorová: Kompetencí studentů fyzioterapie a jiných nelékařských oborů 176
E. Kocábková, E. Vaňásková: Logopedická péče po cévní mozkové příhodě... 184

REHABILITÁCIA No. 3 Vol.: XLIX. 2012 pp. 129 - 192
Scientific specialist peer reviewed journal for the issues of medical, occupational, educational and psychosocial rehabilitation. Indexed in SCOPUS. Internet http://www.rehabilitacia.sk
Redaction adress: LIEČREH s.r.o. P. O. BOX 77, 831 01 Bratislava 37, Slovakia,
e-mail: rehabiltacia@rehabilitacia.sk

CONTENTS

Gúth, A.: Measurement and rehabilitation 130
Süss, V., Matošková, P., Pravečková, P.: Angle measurement method betw. the body segm... 131
Oravec, S., Kunze, T., Henschke, V., Steinke, K.:
Our experience with combination therapy in the rehabilitation of patients with chronic pain 139
Kříž, V.: Rehabilitation after spinal disc surgery after neurosurgical ward dismissal 145
Bienertová, J.: Integration long-term unemployed with disability among economically 152
Honová, K.: Use of flexi-bar in the osteoporosis therapy 161
Haluzíková, J.: Monitoring of regime precautions in after PTCA and CABG 167
Bužgová, R., Sikorová, L.: Comparison of ethic competency in students of physiotherapy... 176
Kocábková1, E. Vaňásková2, E.: Speech therapy after brain stroke within the rehab... 184

REHABILITÁCIA Nr. 3 Jahresgang XLIX. 2012 S. 129 - 192
Wissenschaftliche rezensiert Fachjournal für die Fragen der Medizinischen-, Arbeits-, Psychosozial- und Erziehungsrehabilitation.
Registriert in SCOPUS, Internet http://www.rehabilitacia.sk
Adresse der Redaktion: LIEČREH s.r.o. P. O. BOX 77, 831 01 Bratislava 37, Slowakei,
E-mail: rehabilitacia@rehabilitacia.sk

INHALT

Gúth, A: Messung und Rehabilitation 130
Süss, V., Matošková, P., Pravečková, P.: Die Methode der Winkelmessung zwischen den Körper... 131
Oravec, S., Kunze, T., Henschke, V., Steinke, K.: Unsere Erfahrungen mit der Kombination... 139
Kříž, V.: Die Rehabilitation nach der Operation der Zwischenwirbelbandscheibe nach der... 145
Bienertová, J.: Die Integration Langzeitarbeitslose mit Behinderung zu den wirtschaftlich... 153
Honová, K.: Verwendung der Stange FLEXI-BAR in der Behandlung der Osteoporose 161
Haluzíková, J.: Die Uberwachung der Regimemassnahmen bei Patienten nach PTCA und... 167
Bužgová, R., Sikorová, L.: Vergleich der ethischen Kompetenzen der Studenten der ... 176
Kocábková1, E. Vaňásková2, E.: Logopädische Pflege nach dem Gefäägehirnschlag... 184

Meranie a rehabilitácia

Jedna z hlavných výčitiek presadzovania sa našich rehabilitačných procedúr v rámci medicíny (a uvereniu v ich účinnosť) je neštandartnosť, nemerateľnosť alebo problematická merateľnosť jednotlivých parametrov. Z toho vyplýva potom aj ťažko uznateľná kvantifikácia prípadného zlepšenia, alebo zhoršenia po rehabilitačnej procedúre. Totiž už z „klasickej medicíny“ vieme, že placebový efekt funguje vo veľmi veľkom percente aplikácií u postihnutého pacienta. Pri efektivite placeba záleží na „banálnych sprievodných“ faktoch ako napr. veľkosť tabletky, farebnosť tabletky, spôsob podávania, miesto podávania, podávajúca osoba a podobne. Placebová tabletka pritom jednoducho neobsahuje žiadnu účinkovú látku, ale „účinná“ je. Na tomto mieste teda vystáva otázka: „Nepracujeme aj my pri našich fyzikálnych procedúrach, cvičeniach, spôsoboch merania... s placebovým efektom?“ Veľakrát na to myslím, keď sa napr. prezentuje niektorá z vyšetrovacích technik, pri ktorej „starý macher“ povie „A teraz vidíte...“, „A teraz cítite...“ a všetci pokyvkávajú hlavou a reagujú „Áno vidím...“, „Áno cítim...“ – a pritom nikto nič nevidel, nič necítil, ale v rámci ošiaľového vplyvu prítomnosti odborného „guru“ všetci „vidia a cítia“. Ten istý fenomén môžeme vidieť pri aplikácii terapeutického postupu. Prvý kritik si dovolí zakričať „Veď ten kráľ je nahý“ až keď „guru“ odíde...

Preto treba vítať každý pokus, ktorý sa snaží o objektivizáciu našich kvantitatívnych hodnotení tak, aby sa subjektívny faktor vyhodnocujúceho rehabilitačného lekára, rehabilitačného pracovníka ako aj rehabilitovaného pacienta čo najviac potlačil. A pritom všetko vyššie uvádzané sa týkalo len pohybu a pohybového aparátu. Obdobné platí aj pre ďalšiu entitu, s ktorou denne pracujeme – a to je bolesť. Tá sa totiž nedá „uchopiť“ a na jej objektivizáciu treba „vtipne“ použiť vyhodnocovanie nepriamych ukazovateľov...

Z uvedených dôvodov som privítal, keď autori ponúkli nášmu časopisu práce, ktoré sa pokúšajú aspoň parciálne vniknúť do problematiky bolesti a problematiky merania. Každý krok, alebo aspoň krôčik, ktorým sa priblížime k objektívnej pravde v rehabilitácii bude v kontexte s inými podobnými aktivitami znamenať nielen lepšie pochopenie a vyhodnotenie konkrétneho rehabilitačného postupu, metodiky, ale aj odborné uznanie pre rehabilitáciu zo strany iných medicínskych kruhov a aj spoločenské uznanie ako také... Dvadsať rokov po... - napísané 1.9.RP2012, A. Gúth

METODA MĚŘENÍ ÚHLŮ MEZI SEGMENTY TĚLA POMOCÍ DIGITÁLNÍ FOTOGRAFIE

Autoři: V. Süss, P. Matošková, P. Pravečková
Pracoviště: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Praha, ČR

Souhrn

Cílem příspěvku je prezentovat způsob měření úhlů mezi sousedními segmenty těla pomocí určování souřadnic bodů na digitální fotografii.a na základě předem nadefinovaných vzorce v programu Microsoft Excel.
Výsledky ukazují na velkou přesnost při určování velikosti úhlů (0,1°) a vysokou reliabilitu i validitu měření. Metoda je vhodná pro praxi i pro potřeby výzkumu. Její omezení spočívá v možnosti měřit úhel pouze v jedné rovině. S výhodou lze dosažené výsledky archivovat jak v podobě digitálních fotografií, tak i v podobě konkrétních velikostí úhlů.
Klíčová slova: měření úhlu – segment těla – digitální fotografie – rehabilitace

Süss, V., Matošková, P., Pravečková, P.: Angle measurement method between the body segments via digital photography

Summary

***Aim** of this contribution is to present the way of angle measurement between the neighbouring body segments via coordinate determination of the points on the digital photography and via the prior defined formulas in the Microsoft Excel programme.*
***Results** show substantive accuracy in the angle size determination (0,1°) and both high reliability and validity of the measurements. The method is suitable for both practice and the research needs. Its limitation lies in the ability to measure the angle in the one plane only. However, the advantage is that the results can be archived both in the form of digital images and the particular angle sizes.*
***Key words**: angle measurement –- body segment –- digital photography – rehabilitation*

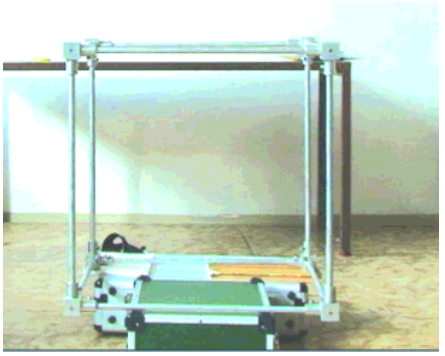
Süss, V., Matošková, P., Pravečková, P.: Die Methode der Winkelmessung zwischen den Körpersegmenten mit Hilfe der digitalen Photographie

Zusammenfassung

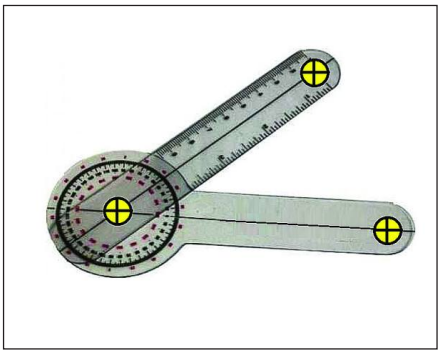
***Das Ziel** dieses Artikels ist es, die Methode der Winkelmessung zwischen den Nachbarkörpersegmenten durch die Bestimmung der Koordinaten der Punkte auf der digitalen Photographie und auf Grund der vordefinierten Formeln in Microsoft Excel zu präsentieren.*
***Die Ergebnisse** zeigen eine grosse Genauigkeit bei der Bestimmung der Winkelgrösse (0,1°) und eine hohe Reliabilität und Validität der Messung. Die Methode ist für die Praxis und für den Bedarf der Forschung geeignet. Ihre Einschränkung besteht in der Möglichkeit den Winkel in einer Ebene zu messen. Mit einem Vorteil können die erzielten Ergebnisse sowohl in der Form der digitalen Photographien als auch in der Form der konkreten Winkelgrössen archiviert werden.*
***Schlüsselwörter**: Winkelmessung – Körpersegment – digitale Photographien - Rehabilitation*

Úvod k metodě

„Pohyb v kloubech je možné charakterizovat jako změnu úhlu mezi sousedními pohybovými segmenty“ (Kolář et al., 2009, str. 126). V rehabilitační praxi se nejčastěji používá planimetrická metoda, která bývá označována jako goniometrické vyšetření. Problémem může být pohyb v kloubech v několika osách současně. Na tento problém poukazuje obecně např. Kolář et al. (2009) nebo Vařeka a Vařeková (2009) v případě pohybu v hlezenním kloubu. V našem příspěvku neřešíme tento problém, spíše prezentuje možnost využití jiného způsobu výpočtu (měření) úhlu



Obr. 1 Kalibrace pomocí krychle



Obr. 2 Kalibrace pomocí goniometru

mezi segmenty těla. Metoda výpočtu úhlů v kloubech pomocí digitální fotografie je na rozdíl od přímého měření velikosti úhlu goniometry (Janda a Pavlů, 1993) založena na výpočtu úhlů na základě vlastností trojúhelníku z planimetrie. Principem je výpočet úhlů z obecného trojúhelníku na základě kosinové věty. Pro výpočet je nutné na těle sledované osoby zadat body (pomocí nalepených markerů nebo i odhadem) a určit pomocí jednoduchého a dostupného softwaru (například „Malování“, kde se zobrazují souřadnice bodu na obrazovce) jejich souřadnice. Z těch lze výpočtem určit úhel ve vrcholu trojúhelníku. Tohoto principu, výpočtu úhlu ze souřadnic bodů, využívají známé metody kinematické analýzy (ať plošné nebo prostorové) na základě digitalizovaného videozáznamu (např. Janura a Zahálka, 2004). K výpočtu úhlů ze souřadnic bodů lze použít jednoduše nadefinovaných vzorců v programu Microsoft Excel, který je běžně dostupný pro PC. Standardní postup i úpravu tabulky v Excelu ukážeme v první části našeho příspěvku. Druhá část příspěvku bude věnována reliabilitě a validitě uvedené metody.

Standardizace postupu

1. krok: příprava měřené osoby

Měření kloubní pohyblivosti by mělo předcházet standardní rozcvičení, které lze volit dle stavu sledované osoby (pacienta) buď jako aktivní, nebo pasívní.
Markery, které slouží k usnadnění zpracování digitálního obrazu, je vhodnější nalepit na sledované segmenty těla tak, aby vyhovovaly podmínkám standardního postupu v kinesiologii (Robertson, 2009) a byly dobře vidět při zpracování fotografie.

2. krok: umístění fotoaparátu

Umístění digitálního fotoaparátu musí splňovat tři podmínky:
· osa objektivu musí být ve směru kolmém na směr pohybu vybraných segmentů těla ve sledovaném kloubu
· fotoaparát musí být umístěn v takové vzdálenosti, aby bylo možné zaznamenat celé segmenty těla s nalepenými markery
· umístění fotoaparátu nemá být nikdy proti zdroji světla
· výhodnější je, ale není to podmínkou, když je fotoaparát umístěn na stativu a přímo spojen s PC, aby bylo možné bez pohybu fotoaparátu přenést okamžitě fotografii do PC.

3. krok: kalibrace roviny, ve které budeme testovat pohyby v kloubu

a. pomocí kalibrační krychle (pro výzkum)
Kalibrační krychli postavíme kolmo na osu objektivu fotoaparátu (obr. 1) do místa, kde bude měřen úhel v kloubu těla a krychli vyfotografujeme. Po přenesení snímku do

PC změříme úhel u libovolného vrcholu přední strany krychle. Pokud výpočet ukáže jiný než pravý úhel, upravíme polohu krychle a postup opakujeme.
b. pomocí goniometru
Na plastový goniometr nalepíme markery (obr. 2) a nastavíme pravý úhel. Takto označený goniometr umístíme do roviny, kde bude měřen úhel v kloubu těla kolmo k zemi a goniometr vyfotografujeme. Po přenesení snímku do PC změříme souřadnice markerů a vypočteme úhel při vrcholu. Pokud výpočet ukáže jiný než pravý úhel, upravíme polohu goniometru a postup opakujeme.

4. krok: poloha sledované osoby

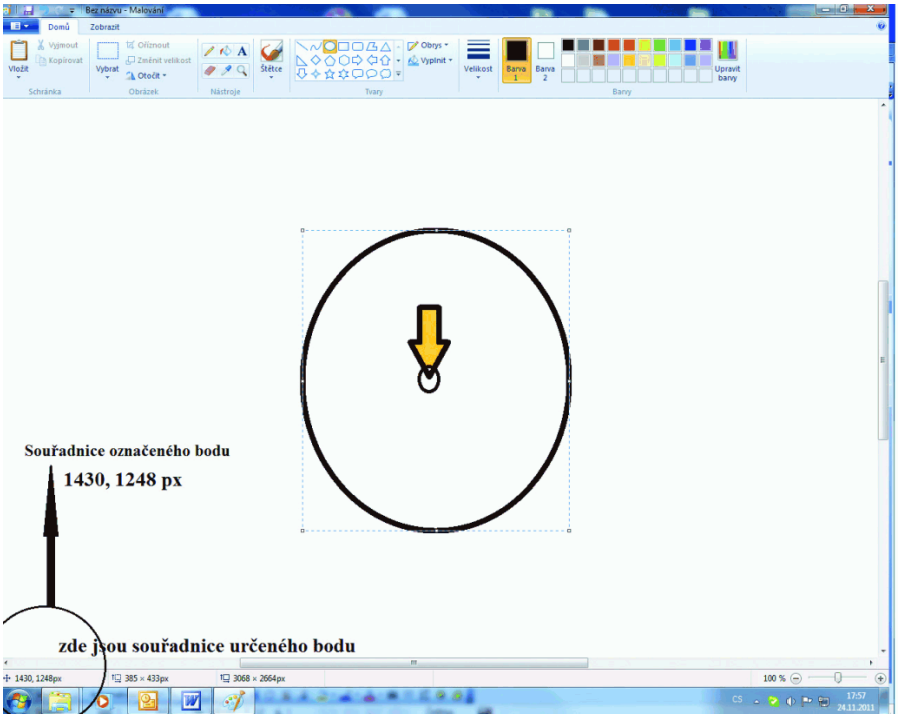
Poloha sledované osoby je závislá na úhlu, který budeme měřit. Polohy pro měření jednotlivých úhlů popisuje například (Janda a Pavlů, 1993). Pro naši ukázku jsme vybrali ověření ve dvou kloubech – v kolenním a zápěstním.

Kolenní kloub (articulatio genus) je nejsložitějším kloubem lidského těla. Umožňuje pohyb v sagitální rovině okolo příčné osy, jedná se o flexi a extenzi. Fyziologický rozsah flexe je limitován kontaktem svalstva na zadní straně stehna a bérce nebo dotykem paty a gluteálního svalstva. Fyzologický rozsah extenze je limitován napětím zadní části kloubního pouzdra, napětím lig. popliteum obliqum arcuatum a dále rozsah pohybu limitují ligg. cruciata genus a ligg. colateralia genus svým napětím. Výchozí polohou pro flexi je leh na břiše, dolní končetiny v kyčelních a kolenních kloubech se nacházejí v nulovém postavení, nohy přesahují přes okraj stolu. Břicho je podloženo. Výchozí polohou pro extenzi je leh na zádech, dolní končetiny se nacházejí opět v nulovém postavení v kyčelních a kolenních kloubech.

Střed goniometru se přikládá na laterální epikondyl femuru, pevné rameno směřuje paralelně s podélnou osou femuru, je přiloženo na spojnici laterálního epicondylu femuru a velkého trochanteru. Pohyblivé rameno jde paralelně s podélnou osou fibuly a směřuje k laterálnímu malleolu.
Zápěstí (articulatio radiacarpea) umožňuje pohyb v sagitální rovině kolem příčné osy, kde se pak jedná o flexi a extenzi, a dále pohyb v rovině frontální kolem osy sagitální, a pak hovoříme o radiální a ulnární dukci. Fyziologický rozsah flexe je limitován napětím dorzálních radiokarpálních ligament a dorzální části kloubního pouzdra. Fyziologický rozsah extenze je limitován napětím palmárního radiokarpálního ligamenta a palmární části kloubního pouzdra a dále kontaktem mezi radiem a karpálními kostmi. Výchozí polohou pro obě polohy je sed, v ramenním kloubu je 90° abdukce, v kloubu loketním 90° flexe, předloktí v pronaci položeno celou plochou na vyšetřovacím stole. Ruka je mimo podložku, prsty uvolněny. Goniometr se přikládá z laterální strany zápěstí, střed goniometru směřuje na os triguetrum. Pevné rameno jde paralelně s podélnou osou ulny, pohyblivé rameno je vedeno paralelně s podélnou osou V. metakarpu.

Fyziologický rozsah radiální dukce je limitován kontaktem mezi processus styloideus radii a os scaphoideum, dále napětím kolaterálního ulnárního ligamenta, ulnokarpálního ligamenta a ulnární částí kloubního pouzdra. Fyziologický rozsah ulnární dukce je limitován napětím radiál. colateral. lig. a radiální části kloubního pouzdra. Výchozí polohou je sed, v ramením kloubu je 90° abdukce, v loketním kloubu 90° flexe, předloktí v pronaci, zápěstí v nulovém postavení, prsty uvolněny. Celá vyšetřovaná horní končetina spočívá na vyšetřovacím stole. Osa goniometru je přiložena z dorzální strany zápěstí nad os capitatum. Pevné rameno vede středem předloktí, pohyblivé rameno pak směřuje paralelně s podélnou osou třetího metakarpu.

5. krok: pořízení fotografie pohybu v jednotlivých kloubech



Obr. 3 Systém souřadnic v programu „Malování“

6. krok: zadání souřadnic a výpočet úhlů

Postup zadání souřadnic

a. otevření fotografie v „Malování“
Prvním krokem po převedení fotografie do PC je její otevření v programu „Malování“, což se provede běžným způsobem v PC.

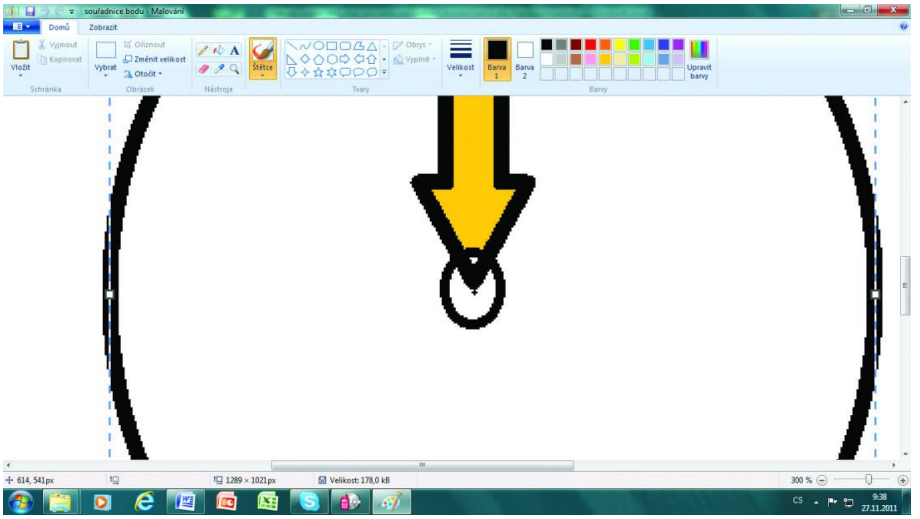
b. určení souřadnic bodu
Systém značení souřadnic v tomto programu je od levého horního rohu. Zde je bod [0,0], tedy bod o souřadnicích 0, 0; jedná se o počátek soustavy souřadnic. Souřadnice libovolného bodu na ploše „Malování“ jsou pak značeny v levém dolním rohu dialogového okna programu „Malování“, jak je ukázáno na obr. 3.

Souřadnice našeho určeného bodu na obr. 3 jsou:
První číslo (1430) je **x** souřadnicí a druhé číslo (1248) je **y** souřadnicí určeného bodu. Tedy náš bod má souřadnice [1430,1248].

c. využití přiblížení obrazu
Pokud využijeme přiblížení obrazu (v pravém dolním rohu obrazovky), pak můžeme určit souřadnice středu markeru s větší přesností. Přiblížení obrazu je pouze optické, nemění se přitom umístění bodu v rámci digitalizované fotografie a pracovní plochy programu „Malování“. Využití přiblížení ukazujeme na obr. 4.

Postup zadání výpočtu

Pokud pro výpočet použijeme soubor, který je možné stáhnout na http://www.ftvs.cuni.cz/katedry/ksh/suss.php pak je další postup velmi jednoduchý. Otevřeme uvedený sešit v programu Microsoft Excel a postupně zadáme souřadnice bodů A, B a C. Výpočet se provede automaticky.



Obr. 4 Souřadnice bodu po zvětšení

Příklad na obrázku 5 znázorňuje zadání souřadnic vymyšleného trojúhelníku, který je zobrazen v levém dolním rohu obrázku, kde souřadnice jeho vrcholů jsou A [0.0], B [0.1] a C [2.1]. Výsledek je uveden pro úhly á - úhel při vrcholu A, â ţ #ţ úhel při vrcholu B a ă ţ #ţ úhel při vrcholu C. Pro případ archivace výsledků je nutné pouze spustit makro, které zahájíme kliknutím na tlačítko „zapiš údaje“ (na obrázku 5 v pravém horním rohu). Výpočet se uloží do listu „záznam“ a políčka v listu „zadání“ se vynulují.

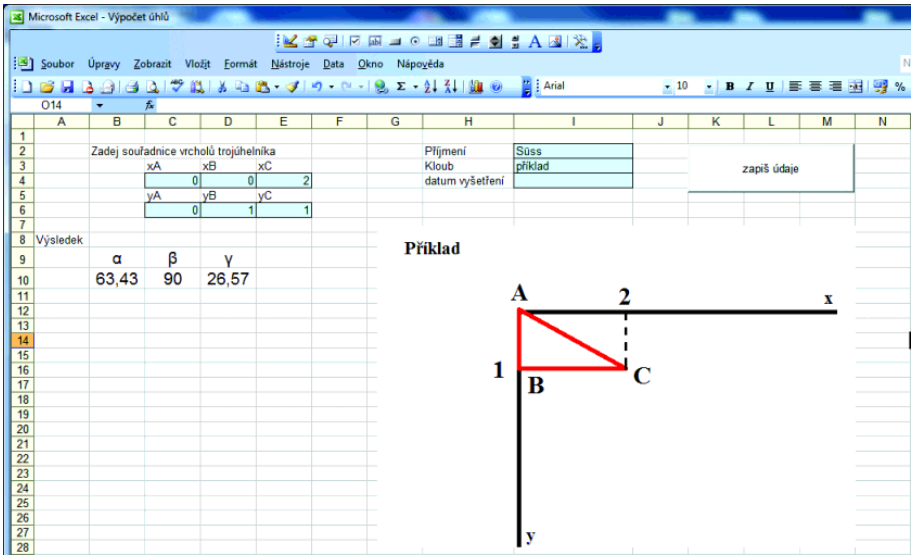
Reliabilita metody

Reliabilitu měření jsme hodnotili pomocí systému test – retest u dvou nezávislých hodnotitelů. Oba hodnotitelé byli zaškoleni do určování souřadnic a výsledky hodnotili s odstupem dvou dnů. Zaslepení měření bylo provedeno pomocí přeznačení názvů obrázků před druhým opakovaným měřením. Výsledky jsme porovnali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu, které uvádíme v tabulce 1. Spearmanův korelační koeficient jsme převedli na koeficient determinace. Převedeme-li výsledky korelací na koeficient determinace (tabulka 1) a vynásobíme 100, získáme procentuální vyjádření odhadu výsledků jednoho měření z druhého.

Písmeny A-C jsou označeny výsledky prvního (A) a druhého (B) hodnotitele, jejich porovnání mezi prvním a druhým měřením a společné srovnání obou hodnotitelů (C) v obou měřeních. Výsledky ukazují na vysokou spolehlivost odečtu

	Rozdíl mezi goniometrem a posuzovateli [°]					Rozdíly mezi jednotlivými posuzovateli [°]					
	1	2	3	4	Φ	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
průměr	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
SD	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Min	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	-0,3	-0,4	-0,5	-0,4	-0,4	-0,4
Max	2,8	2,9	2,9	3,1	2,9	0,5	0,5	0,5	0,4	0,2	0,4
Var.X	2,0	2,2	2,0	2,3	2,1	0,7	0,9	0,9	0,8	0,5	0,8

Tab. 1 Výsledky porovnání



Obr. 5 Zadání souřadnic

souřadnic z fotografie. Výsledky porovnání test- retest, trojice výsledků pod označením A a B, ukazují maximální možnou korelaci mezi opakovanými měřeními. Průměrný rozdíl mezi spočtenými hodnotami 0,5°, resp. 0,1° u obou hodnotitelů, je zanedbatelný a potvrzuje vysokou korelaci pro opakovaná měření. Porovnání mezi jednotlivými hodnotiteli (řádky s označením C) ukazuje opět na vysokou spolehlivost 99,8 % odhadu jednoho výsledku z druhého. To nás opravňuje tvrdit, že se jedná o vysokou spolehlivost dané metody. Rozdíl mezi měřeními obou hodnotitelů je průměrně –0,3°, což je zanedbatelná velikost.

Validita metody

Nezávisle na testování reliability jsme provedli testování validity této metody porovnáním výsledků měření úhlů na základě stanovení souřadnic bodů na fotografii s měřením pomocí goniometru. Na plastový goniometr jsme nalepili tři markery (obr. 2). Na goniometru jsme nastavili náhodně jakoukoli velikost úhlu, kterou jsme zapsali a poté měřící škálu zakryli a goniometr vyfotografovali. Takto pořízené fotografie s pořadovými čísly 1 - 25 jsme dali k posouzení 4 osobám, které po zácviku provedly měření pomocí odečtu souřadnic na fotografii.Výsledky shody ukazujeme v tabulce 2. Validita měření je pak dána korelací mezi měřeními pomocí odečtu souřadnic a měřením úhlu pomocí škály na goniometru. Srovnáním rozdílů výsledků jednotlivých hodnotitelů s naměřenými výsledky na goniometru získáme chybu, se kterou tato metoda měří velikost úhlu ve srovnání s měřením pomocí goniometru.

Rozdíly mezi posuzovateli ukazují opět na vysokou spolehlivost výpočtu pomocí určování souřadnic. Rozdíl mezi goniometrem a měřením pomocí výpočtu je průměrně roven 1,8°, což je rozdíl zanedbatelný. Na homogenitu výsledků získaných ze srovnání mezi naměřenou hodnotou úhlu na goniometru a vypočtenou hodnotou, ukazuje velmi malá hodnota směrodatné odchylky (SD=0,5°). Korelační koeficienty mezi měřením pomocí goniometru a hodnotiteli byly všechny rovny 0,999, což ukazuje na maximální možnou validitu této metody výpočtu velikosti úhlů pomocí souřadnic z digitální fotografie.

				Rozdíl				
		korelace	determinace	min	max	rozptyl	průměr	SD
A	celkem	0,999	99,7	-1,9	4,1	6,0	0,5	1,5
	koleno	0,999	99,8	-0,3	4,1	4,4	0,5	1,4
	zápěstí	0,990	98,0	-1,9	3,0	4,9	0,5	1,5
B	celkem	0,999	99,9	-1,4	1,3	2,7	0,0	0,8
	koleno	0,999	99,9	-0,7	1,3	2,0	-0,1	0,6
	zápěstí	0,995	99,0	-1,4	1,3	2,6	0,1	1,0
C	celkem	0,999	99,8	-4,6	1,3	5,9	-0,3	1,1
	koleno	0,999	99,8	-4,6	0,4	5,0	-0,3	1,1
	zápěstí	0,995	99,1	-2,3	1,3	3,6	-0,2	1,1

Tab. 2 Výsledky měření úhlu na goniometru, Legenda: SD směrodatná odchylka, Ö průměr z výsledků posuzovatelů, 1-2…3-4 označení rozdílů mezi prvním a druhým, resp. třetím a čtvrtým posuzovatelem

Závěr

Metoda určování velikosti úhlů mezi sousedními segmenty těla pomocí učení souřadnic z bodů na digitální fotografii prokázala vysokou spolehlivost měření (R = 0,999 – 0,990). Výpočet velikosti úhlu při použití markerů na těle pacienta vykazuje velkou přesnost měření (zjištěný rozdíl mezi jednotlivými posuzovateli je v průměru 0,1°). Validita měření, tedy přesnost ve srovnání s naměřeným úhlem na plastickém goniometru byla v průměru zatížena chybou 1,8°.

Poznámky k využití pro praxi:

· pomocí metody výpočtu velikosti úhlu na základě určení souřadnic bodů lze stanovit běžné rozsahy kloubní pohyblivosti,

· je nutné dodržet, aby měřený rozsah (úhel) v kloubu byl vždy kolmo na osu fotoaparátu,

· s výhodou lze tuto metodu využít v posuzování pasivního rozsahu kloubní pohyblivosti, kdy fyzioterapeut spolupracuje s pacientem a pomocí nastavení fotoaparátu (samospoušť) může zjednodušit postup při vyšetření,

· při zapojení „on-line“ fotoaparátu s PC lez získat výsledky okamžitě a

· výsledky je možné archivovat jak ve formě spočtených výsledků měření, tak i ve formě digitálních fotografií, a tak i porovnávat výsledky léčby pacientů.

Literatura

1. HOPKINS G.W. 2000 Measures of reliability in sports medicíně and science Sport Medicine 2000 vol. 30 č.1 s. 1-15

2. JANDA, V., PAVLŮ, D.1993 Gonometrie. Brno : Institut pro další vzdělávání prac. ve zdravotnictví, 1993

3. JANURA, M., ZAHÁLKA, F. 2004 Kinematická analýza pohybu člověka. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004

4. KOLÁŘ, P. et. al. 2009 Rehabilitace v klinické praxi. Praha : Galén, 2009

5. MUCHA, C. 2011 Trojdimenzionálna analýza pohybu pleca u pacientov s hemiparézou počas cvičení Rehabilitacia 2011 vol 48 č. 1. s. 32 -38

6. ROBERTSON GE. 2009 Vicon Workstation Quick Reference Guide. Biomechanics Laboratory School of Human Kinetics Univ. of Ottawa, 2009

7. STREJCOVÁ, B., BALÁŠ, J. 2012 Reliabilita a chyby měření isokinetické síly v kolenním kloubu při extenzi a flexi Rehabilitacia 2012 vol 49 č. 2 s. 80-87

8. VAŘEKA, I., VAŘEKOVÁ, R. 2009 Kineziologie nohy. Olomouc : Univerzita Palackého FTK, 2009

Poznámka:

Studie byla realizována s podporou Výzkumného záměru MŠMT ČR MSM 0021620864

Kontaktní adresa: V.S. UK FTVS J Mártího 31 Praha 6, 162 52 Česká Republika

suss@ftvs.cuni.cz

VAMEL Medical s.r.o.

Pánska dolina č.80, 949 01 Nitra, tel./ fax: 037 7416493

- **Univerzálna elektroliečba s vákuovou jednotkou**
- **Multifrekvenčný ultrazvuk**
- **Magnetoterapia**
- **Kombinácia elektroliečby s ultrazvukom a vákuom**
- **Parafínový kúpeľ**

Prenosné prístroje:

- **Biolaser**
- **Diadynamik a stimulátor**
- **Ultrazvuk 1MHz**

Ležadlá:

- **Manipulačné s elektrickým polohovaním**
- **Rehabilitačné a oddychové**

www.vamel.sk

vamel @ vamel.sk

NAŠE SKÚSENOSTI S KOMBINOVANOU LIEČBOU V RÁMCI REHABILITÁCIE PACIENTOV S CHRONICKOU BOLESŤOU

Autori: S. Oravec, T. Kunze, V. Henschke, K. Steinke
Pracovisko: Rehabilitationsklinik Dahlener-Heide, Nemecko

Súhrn

Východiská: Autori predstavujú v článku multimodálnu liečbu patientov s chronickou bolesťou pohybového aparátu. Tá pozostáva z rehabilitačnej a psychologickej liečby, ako aj liečby hudbou, umením a ergoterapiou.
Metodiky: Vyhodnotenie liečby sa uskutočnilo pomocou dotazníkov BDI (depresia), FESV (stratégia voči bolesti) a FF-Stabs (motivácia). Toto vyhodnotenie sa uskutočnilo na jej konci, ako aj 1 rok po jej ukončení.
Záver: Signifikantné zlepšenie na konci liečby vo všetkých sledovaných oblastiach bolo jeden rok po jej ukončení len v oblasti stratégií spracovania bolesti (kognitívna, behaviorálna), ale čiastočne aj v motivácii.

Kľúčové slová: chronická bolesť – multimodálna liečba – testy hodnotenia efektov

Oravec, S., Kunze, T., Henschke, V., Steinke, K.: Our experience with combination therapy in the rehabilitation of patients with chronic pain

Summary

***Basis**: In the article the authors present the multimodal therapy of patients with chronic musculoskeletal system pain. This therapy includes the rehabilitation, psychology, ergotherapy, music and art therapy.*
***Methods**: The evaluation of the therapy was conducted by questionnaires of the BDI (depression), the FESV (accomplishment of pain) and the FF-Stab (motivation) from the end of the treatment till one year after the therapy.*
***Conclusion:** Significant improvement had been seen one year after the therapy when in comes to cognitive and behavioral strategy of accomplishment of pain and partially motivation.*

***Key words:** chronic pain – multimodal therapy – test evaluation*

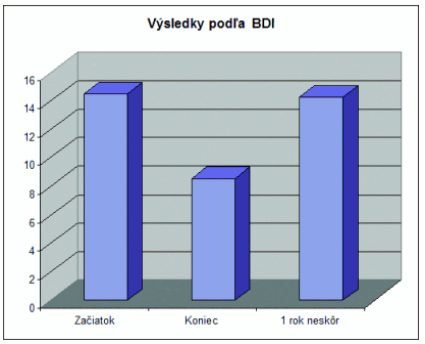
Oravec, S., Kunze, T., Henschke, V., Steinke, K.: Unsere Erfahrungen mit der Kombinationstherapie im Rahmen der Rehabilitation der Patienten mit dem chronischen Schmerz

Zusammenfassung

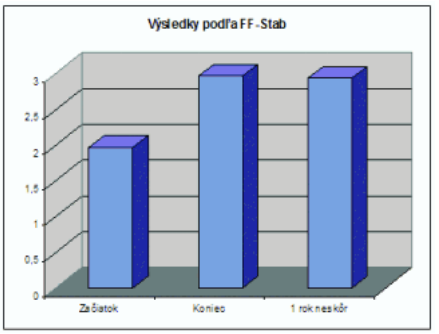
***Die Ausgangpunkte:** Im Artikel stellen die Autoren die multimodale Behandlung von Patienten mit einem chronischen Schmerz des Bewegungsapparates vor. Diese besteht aus rehabilitativer und psychologischer Therapie sowie Ergo-, Musik- und Kunsttherapie.*
***Die Methoden**: Die Auswertung der Therapie wurde durch Fragebögen von BDI (Depression), FESV (Schmerzbewältigung) und FF-Stab (Motivation) durchgeführt. Diese erfolgte am Ende der Behandlung sowie ein Jahr danach.*
***Die Schlussfolgerung:** Signifikante Besserungen konnte man ein Jahr später beobachten jedoch nur im Bereich der kognitiven und verhaltensbezogenen Strategie zur Schmerzbewältigung sowie im Bereich der Motivation.*
***Die Schlüsselwörte:** chronischer Schmerz – multimodale Behandlung – Testauswertung*

Úvod

Prevalencia chronickej bolesti pohybového aparátu, t.j. bolesti ktorá trvá dlhšie ako 6 mesiacov alebo je charakteristická častými recidívami, sa pohybuje v Nemeckej spolkovej republike medzi 10 – 30 %. Z toho predstavujú bolesti v lumbálbej oblasti asi 50 %, v cervikobrachiálnej 30 – 40 %, zvyšok



Graf 1: Hodnotenie depresívnej reakcie podľa dotazníka BDI (stredná hodnota)



Graf 2: Zmeny hodnotenia mtivácie na začiatku, na konci liečby a 1 rok po jej ukončení

predstavujú bolesti neuropatické, fibromyalgia, postherpetická bolesť a iné. To kladie vysoké nároky na finančné zaťaženie zdravotníckeho rozpočtu, pretože nepriame náklady vďaka pracovnej neschopnosti predstavujú ročne približne 910 eur na jedného patienta, priame náklady (vyšetrovacie metodiky, liečba) sa nachádzajú medzi 383 (miernejšia bolesť) a 2227 eurami (silná bolesť) (11).

Príčinou chronifikácie bolesti môžu byť pretrvávajúce dráždivé faktory v oblasti nocicepcie (napr. zápalový proces), poranenie nervových štruktúr ako neuropatická bolesť (napr. fantómová bolesť), alebo neadekvátna pamäťová stopa pre bolesť v CNS pri nedostatočne liečenej intenzívnej bolesti (1, 2).

Veľkú rolu u pacientov s chronickou bolesťou zohrávajú psycho-sociálne faktory. Dlhodobá nezamestnanosť, neadvekátne podmienky na pracovisku (mobbing, stres), rodinné problémy a pod. môžu vyvolať depresívne stavy, ktoré majú vplyv nielen na vnímanie a spracovanie bolesti, ale aj na jej vznik (4).
Preto aj v Nemeckej spolkovej republike sa v posledných rokoch kladie veľký dôraz na tímovú spoluprácu pri liečení chronických bolestí. Podieľajú sa na nej nielen lekári, ale aj psychológovia, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a musikoterapeuti (5, 6, 8).

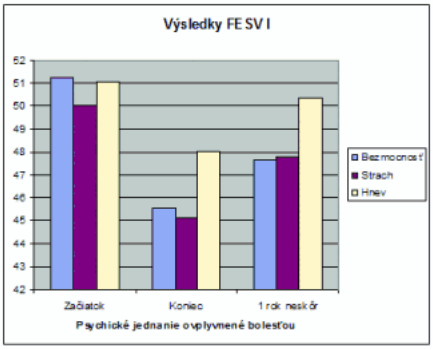
Materiál a metóda

Od roku 2005 bol na Rehabilitačnej klinike Dahlener-Heide integrovaný koncept pre pacientov s chronickými bolesťami, hlavne pohybového systému (tzv. Schmerzpatient).
Dĺžka pobytu bola stanovená na 4 týždne, počas ktorých pacient absolvoval nielen rehabilitačnú liečbu formou školy chrbtice, liečebnej gymnastiky, kondičného tréningu, aplikácie tepla, či TENS-prúdov, ale aj psychologickú liečbu, ako rozhovory jednotlivo a v skupine, „tréning vnímania pocitov a chuti“, vypracovanie stratégií na „spracovanie problému“ a podobne. Pacienti majú možnost spracovať vlastné pocity pomocou hudby, maľby či ergoterapie. Túto multimodálnu liečbu viedol a koordinoval rehabilitačný lekár.
Každoročný nárast počtu pacientov s chronickou bolesťou a zároveň s depresívnym stavom či somatoformnou poruchou bolesti na našej klinike si vyžiadal štruktúru terapie, ktorá sleduje nielen zmeny v telesnej oblasti, akými sú korektúry svalových dysbalancií a pohybových vzorcov, zlepšenie telesnej kondície či schopnosť relaxácie, ale aj zmeny v oblasti psychickej, ktoré sledujú ciele ako:
- spracovanie bolesti,
- potlačenie telesných symptómov,
- psychickú stabilitu,
- zlepšenie „uvedomenia si seba“ (Selbstwahrnehmung)

- „potlačenie choroby“,
- motiváciu k pohybu,
-„stanovenie možností“, (Ressourcenfreilegung)
- vypracovanie „domáceho programu“ a
- stabilizáciu v bio-psycho-sociálnom kontexte.

Od začiatku roku 2009 bolo na našej klinike rehabilitovaných 155 pacientov (102 žien, 53 mužov) v rámci programu „Pacient s chronickou bolesťou“ (Schmerzpacient). Priemerný vek bol 50 rokov, z toho v produktívnom veku do 65 rokov bolo 152 pacientov. V zamestnaneckom pomere bolo z nich 82 (z toho 36 práceneschopných) a 66 pacientov bolo nezamestnaných (35 práceneschopných), 4 pacienti poberali invalidný dôchodok a 3 boli dôchodcovia. Indikáciou pre zaradenie do programu „chronická bolesť“ boli: a) bolesť trvajúca dlhšie ako 6 mesiacov, b) bolesť ako „hlavný problém“, c) tendencia agravácie a d) tendecia pozitívnej zmeny postoja k chronickým bolestiam („niečo s tým spraviť“). Z najčastejších „ortopedických“ diagnóz bolo 108 pre lumbosakrálnu oblasť (M544/M545), 66 pre cervikobrachiálnu oblasť (M531/M542), zo psychosomatických diagnóz to boli somatofórmna porucha bolesti F45, depresia F32 a porucha prispôsobenia sa F432.

Vyhodnotenie sa uskutočnilo v oblasti sklonu k depresii pomocou dotazníka BDI-2 (Beck-Depression-Invertar), kde hodnota normality leží medzi bodmi 0 – 8, od 9 sa začína minimálna, od 14 ľahká, bodu 20 stredná a od 29 ťažká depresia, v oblasti stratégie liečby bolesti dotazníkom FESV (Fragenbogen zur Erfassung der Schmerzbearbeitung) a oblasť motivácie dotazníkom FF-Stab (Freiburger Fragenbogen- Stadien der Bewältigung chronischer Schmerzen) so 4 fázami 1) bezstarostnosť, 2) príprava, 3) správanie, 4) vytrvalosť. Toto hodnotenie prebehlo na začiatku a konci rehabilitačnej liečby, ako aj 1 rok po jej ukončení. Pomocou Studentovho T-testu sa zisťovali štatisticky významné rozdiely medzi získanými hodnotami.



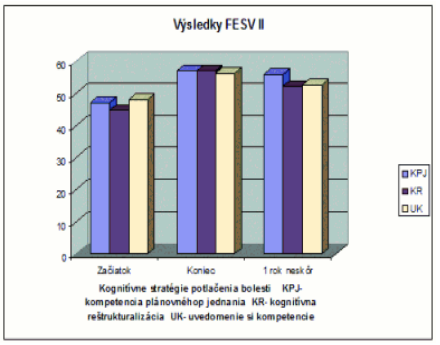
Graf 3: Zmeny správania ovplyvnené bolesťou

Výsledky

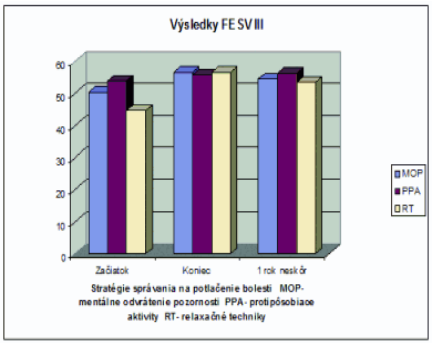
Po 4 týždňoch kombinovaného programu pozostávajúceho predovšetkým z aktívneho pohybového programu na suchu či vode, jednotlivo či v skupine, zameraného na bolestivé oblasti, ďalej cvičení na zlepšenie kondície, relaxačných cvičení, využitia kreatívnych postupov (hudba, maľba, ergoterapia), skupinových či jednotlivých sedení s psychológom došlo na konci liečby oproti jej začiatku k štatisticky významnej zmene v oblasti depresie (dotazník BDI). Stredná hodnota na jej začiatku bola 14,48 a na jej konci 8,52 ($p < 0,001$). Avšak rok po ukončení liečby stúpla „v domácich podmienkach“ stredná hodnota na 14,24.

Graf 1:
Hodnotenie motivácie podľa dotazníka FF-Stab ukázalo signifikantné zlepšenie na konci liečby oproti jej začiatku. Stredná hodnota na začiatku liečby sa zlepšila z 1,97 (pacienti sa nachádzali niekde medzi oblasťou bestarostnosti a prípravy) na 2,97 ($p < 0,001$), čo znamená oblasť medzi prípravou a správaním. Avšak 1 rok po jej ukončení klesla na 2,93, čo znamenalo mierne, nie však signifikantné zhoršenie ($p>0,05$).

Graf 2:
V oblasti zmien psychického správania ovplyvneného bolesťou sa významne



Graf 4: Zmeny zistené pri stratégiách v kognitívnej oblasti



Graf 5: pri behaviornálnych stratégiách došlo po roku k len nepatrnému poklesu hodnôt

zmenil pocit bezmocnosti (51,24/45,55; p = 0,001) a strachu (50,03/45,14; p = 0,018), ako aj hnevu (51,03/48,03; p = 0,012). Rok po ukončení liečby došlo k opätovnému zhoršeniu stavu, aj keď nie takému výraznému ako na začiatku liečby (p > 0,05).

Graf 3:
V oblasti kognitívnych stratégií potlačenia bolesti sa pri kompetencii plánovaného správania zlepšila stredná hodnota z 47,17 na 57,21, o rok klesla na 55,97 (štatisticky nevýznamné). Kognitívna reštrukturali - zácia sa zo 44,69 zlepšila na 57,10 (p < 0,001), po roku klesla na 52,10 (p > 0,05) a stratégia uvedomenia si kompetencie sa zlepšila z 48,07 na 56,34 (p < 0,001), ale po roku klesla na 52,76, čo však bolo štatisticky nevýznamné.

Graf 4:
V oblasti behaviorálnych stratégií sa zlepšila stratégia odvrátenia pozornosti z 50,38 na 56,55 (p < 0,001), po roku došlo k poklesu na 54,48 (p > 0,05). Pri protipôsobiacich aktivitách to bolo zlepšenie z 53,79 na 55,72, s ďalším zlepšením 1 rok po ukončení liečby na 56,84, ktoré však v oboch prípadoch bolo štatisticky nevýznamné (p = 0,233/ p = 0,316) Pri relaxačných technikách sa zlepšili hodnoty zo 44,69 na 56,48 (p < 0,001), po roku klesli ale na 53,41 (štatisticky nevýznamné).

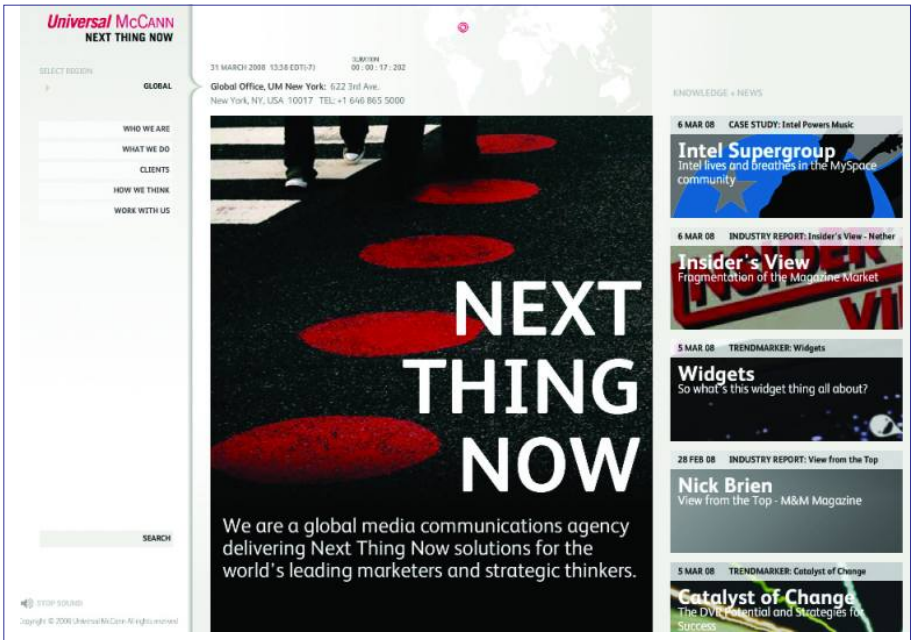
Záver

Komplikovanosť chronických bolestí v ich „rezistencii“ na liečbu, ich recidívach a vysokých finančných nákladoch možno riešiť len v celkovom liečebnom komplexe. Hlavne podchytenie častých psychických komponentov a ich riešenie môže priniesť určité zlepšenie cekového stavu (9, 10).

Vyhodnotením našej liečby sme síce dosiahli zlepšenie na konci liečby vo všetkých sledovaných oblastiach (depresia, motivácia, stratégie na potlačenie bolesti), ale rok po ukončení liečby boly hodnoty v oblasti depresie opätovne výrazne zvýšené. Poukazuje to na negatívny vplyv „pôvodného prostredia“. Preto považujeme ďalšiu ambulantnú psychoterapiu za dôležitú časť liečby. Ďalším doporučením je presadenie naučených stratégií v oblasti správania a plánovania v praxi. Z telesného hľadiska je dôležité pravidelné telesné cvičenie a šport. Uvedomenie si nutnosti multimodálnej skladby liečby chronických bolestí pohybového aparátu pomôže v boji s narastajúcim počtom tejto závažnej problematiky, hlavne keď si uvedomíme pasivitu mladých generácií („mediálna mládež“) a nárast psychického zaťaženia (3, 7).

Literatúra

1. DOERING, S., SÖLLNER, W. 1997, Zur Psychosomatik chronischer Schmerzen.



OPTIMÁLNY PARTNER PRE VAŠU REHABILITÁCIU

In: Orthopäde, 1997, 6/1997, s. 521-527, ISSN 0085-4530

2. GÚTH, A. 2001, et al Rehabilitácia a bolesť. In: Rehabilitácia, 2001, s. 261-316, ISSN 0375-0922

3. HASKELL, L. 2000, Sport, Bewegung und Gesundheit. In: Orthopäde, 2000, 11/2000, s. 930-935, ISSN 0085-4530

4. HOLLMANN, W., STRÜDER, H. K. 2000, Gehirn, Psyche und körperliche Aktivität. In: Orthopäde, 2000, 11/2000, s. 948-956, ISSN 0085-4530

5. HORŇÁČEK, K, PÁLENÍKOVÁ, A., LUBA, J. 2009, Výskum spokojnosti pacientov s bolesťami chrbta so skupinovým cvičením zameraným na hlboký stabilizačný systém. In: Rehabilitácia, 2009, 2/2009, s. 103-108, ISSN 0375-0922

6. KIRÁLOVÁ, A., VAŇO, I., BALOGH, Z. 2011, Problém bolesti a disability u pacientov s chronickou lumbálnou diskopathiou, In: Rehabilitácia, 2011, 1/2011, s. 25-31, ISSN 0375-0922

7. MOROCHOVIČOVÁ, I., BODNÁR, S., MOROCHOVIČ, R. 2010, Vplyv rehabilitačnej liečby u pacientov so štrukturálnymi poruchamu chrbtice, In: Rehabilitácia, 2010, 3/2010, s. 168-176, ISSN 0375-0922

8. SÖLLNER, W., DOERING, S. 1997, Psychologische Therapieverfahren bei chronischen nicht-radikulären Rückenschmerzen. In: Orthopäde, 1997, 6/1997, s. 535-542, ISSN 0085-4530

9. SPÁTH, M. 2011, Fibromyalgie. In: Orthopäde, 2011, 11/2011, s. 1031-1043, ISSN 0085-4530

10. SLEZÁKOVÁ, Z., REHOZSKÁ, D.: Kvalita života pacienta s Lumboischiadiským syndrómom. In: Rehabilitácia 2/2012 roč. 49, str. 110-118, ISSN 0375-0922

11. WOLF, R. 2011, et al. Epidemiologie von nicht tumorbedingten chronischen Schmerze in Deutschland. In: Schmerz, 2011, 1/2011, s. 26-39, ISSN 0932-433X

Adresa autora:
dr.svatoslav.oravec@t-online.de

„Choroba ľudského tela“

Vo vydavateľstve Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH v Mníchove vyšla minulý rok publikácia *Anatómia, fyziológia, obraz choroby, Učebnica a atlas pre zamestnania v zdravotníctve, od autorov Renate Huch, Klaus D. Jürgens, ISBN: 3-437-26792-2, Vydavateľ: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH; München, 6. Auflage, 2011*

1. Súhrn

Kniha „Choroba ľudského tela“ nie je napísaná výslovne pre profesiu ošetrovania, ale je zameraná rovnako na výučbu lekárskych odborov, ako napr. fyzioterapeutov, ľudových liečiteľov, sanitárov záchrannej služby a laikov so záujmom pre zdravotníctvo. Kniha spája anatomické a fyziologické základy na jednej strane s k nim prislúchajúcim obrazom chorôb a na druhej strane príslušné liečebné opatrenia. S k tomu prislúchajúcemu kódu Elsevier je možné získať bezplatný on-line prístup na obsah knihy, ako aj jej obrázky. A-Z register liekov, lexikon Roche, slovník s odbornými výrazmi, ako aj opakované otázky a kontrola cieľa učenia dopĺňajú knihu do rozsiahlej príručky.
Autori Prof. Dr. Dr. h.c. Renate Huch a Prof. Dr. Klaus D. Jürgens sprostredkúvajú cez 25 kapitol nevyhnutné základy humánnej medicíny v ľahko zrozumiteľných textoch a jasnej grafike.
Vzhľadom k často veľmi podrobným obsahom je kniha veľmi odporúčaná tak pre medicínske vzdelávanie, ako aj pre prípravu v rámci štúdia medicíny.

2. Kritické zhodnotenie

V knihe „Choroba ľudského tela“ ide o učebnicu veľkého formátu, ktorá berie do úvahy základné piliere klasického vzdelávania. Postupne sú vytvárané poznatky o anatómii, fyziológii až po patológiu. V priebehu asi 500 strán pracuje čitateľ so záujmom od základov humánnej medicíny až po choroby. V rámci kapitol je mnoho prepojených bodov tak, aby jednotlivé témy navzájom súviseli a neboli nakoniec spracované iba v poradí.
Prvé tri kapitoly tvoria základné vedomosti z chémie, biológie, fyziky a genetiky. Nasledujú potrebné základy všeobecných vedomostí o chorobách. Ďalšie kapitoly ponúkajú dobrý prehľad o ľudskom tele, ako aj o jeho fungovaní. Niektoré kapitoly sa veľmi podrobne zaoberajú celým pohybovým aparátom (kosti, kĺby a svaly). Nasledujú kapitoly o anatomických štruktúrach a funkciách všetkých orgánov a orgánových sústavách.
Práca je rozdelená do ľahko zrozumiteľných článkov, ako je zdravotný a životný štýl. Kapitola Deti, starší ľudia a urgentné stavy završujú toto dielo.
Jednotlivé kapitoly sú veľmi dobre rozdelené, k tomu existuje pre každú oblasť prehľad tém. Autori kladú dôraz na ľahko zrozumiteľné a plynule písané texty. Tieto sú obohatené o viacfarebné grafiky, fotografie, röntgenové snímky a tabuľky.

Príslušné oblasti tela sú veľmi podrobne vysvetľované v ich anatómii, ako aj v ich funkciách. Toto je doplnené o lekárske diagnostické opatrenia, ako aj možné terapie a najlepšie tipy na predchádzanie chorobám. Vynikajúce ilustrácie a priamy súvis ku každodenným situáciám starostlivosti tvoria skutočnú pridanú hodnotu v porovnaní s podobnou literatúrou.
Obzvlášť pozitívne sa dá hodnotiť „Plus na webe – ponuka“. Čitateľovi je umožnený prístup do online lexikonu Roche, opakovaným otázkam, prípadom z praxe s mnohými obrázkami, filmovými animáciami a tabuľkami, ktoré slúžia rozširovaniu si znalostí a dopĺňaniu si vedomostí.

3. Záver

Učebnica „Choroba ľudského tela“ je zrozumiteľne napísané dielo a je určená ako kniha so základmi pre vzdelanie a pre odborné každodenné použitie v zdravotníckej starostlivosti. Cez jasne štrukturovanú stavbu je možné ju odporúčať tak pre študentov, a veľmi sa odporúča aj pre docentov a tým, ktorí pôsobia v odbore. Kniha sleduje celkový koncept, to znamená, že jednotlivé témy sa neuvádzajú oddelene podľqa anatómie a fyziológie, ale ucelene a vo vzájomných súvislostiach.
V 25 kapitolách sú prakticky pokryté všetky oblasti ľudského tela a medicíny. Vynikajúca a jasná prezentácia fyziologických mechanizmov, ako aj paralelné súvislosti k obrázkom o bežných chorobách umožňujú získanie vedomostí zrozumiteľným a zaujímavým spôsobom.

Na základe štruktúrovaného usporiadania a celkovej prezentácie cielene umožňuje čitateľovi prečítať si knihu ešte raz a vytvoriť si solídne lekárske základné znalosti.

Chr. Bonack

REHABILITACE PO OPERACI PLOTÉNEK PO PROPUŠTĚNÍ Z NEUROCHIRURGICKÉHO PRACOVIŠTĚ

Autor: V. Kříž
Pracoviště: Centrum medicínské rehabilitace, Kostelec n. Č. Lesy, Česko

Souhrn:
Autor se zabývá složitostí a mnohotvárností rehabilitace po operacích meziobratlových plotének. Vyjmenovává faktory, které rehabilitaci mohou ovlivnit. Zdůrazňuje potřebnou návaznost péče různých oborů před i po operaci, nutný individuální přístup ke každému pacientovi, který nelze paušalizovat do obecných schémat. Vyjmenovává obecné zásady pooperační rehabilitace. Zdůrazňuje prevenci a léčbu prováděnou pracovníky v rehabilitaci, která má i celospolečenský ekonomický význam.

Klíčová slova: operace meziobratlových disků – rehabilitace – spolupráce – návaznost – etika – prevence – ekonomika

Kříž, V.: Rehabilitation after spinal disc surgery after neurosurgical ward dismissal

Summary

Basis: *Author deals with the complexity and diversification of the rehabilitation after spinal disc surgeries. He names the factors influencing the rehabilitation process. The writer emphasises the consecution need of the care from various specialties before and after the surgery, necessary individual approach to each patient, which cannot be universalized into the general schemes. He names the common principles of the rehabilitation after the surgery.*
Conclusion for practice: *The article emphasises the prevention and therapy conducted by the rehabilitation specialists, which has overall economic importance in the society.*
Key words: *spinal disc surgery, rehabilitation, cooperation – consecution, ethics, prevention, economics*

Kříž, V.: Die Rehabilitation nach der Operation der Zwischenwirbelbandscheibe nach der Entlassung aus der neurochirurgischen Abteilung

Zusammenfassung

Die Ausgangspunkte: *der Autor beschäftigt sich mit der Kompliziertheit und Vielfältigkeit der Rehabilitation nach der Operation der Zwischenwirbelbandscheiben. Er nennt Faktoren, die die Rehabilitation beeinflussen können. Er betont die notwendige Kontinuität in der Pflege der verschiedenen Bereiche vor und nach der Operation, des notwendigen individuellen Zugangs zu jedem einzelnen Patienten, der nicht in die generelle Schemas zu pauschalisieren möglich ist. Es werden die allgemeinen Grundsätze der postoperativen Rehabilitation genannt.*
Das Fazit für die Praxis*: betont die Prävention und die Behandlung, die von den Arbeitern in der Rehabilitation durchgeführt wird und hat auch die gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung.*
Schlüsselwörter: *Operation der Zwischenwirbelbandscheibe, Rehabilitation, Zusammenarbeit – Kontinuität, Ethik, Prävention, Wirtschaft*

Úvod

S problémem porušení plotének se setkáváme na dvou úrovních:
1. v době, kdy se rozhoduje, zda léčit (ještě) konzervativně či zda je indikována operace (kde rozhodující závěrečné slovo má neurochirurg),
2. v době, kdy dostaneme odoperované pacienty na rehabilitační pracoviště, ať již jsou to lůžková oddělení, ambulance či lázně.

Indikace operace

Výhřez meziobratlové ploténky s útlakem kořene nebo míchy je buď akutní záležitost, často s jasnou diagnosou zpravidla již z anamnézy a klinického nálezu, který jen potvrdí speciální zobrazovací metody, a kdy operace je nediskutabilní a její urgentnost se často počítá na hodiny.
Nebo je to záležitost chronická, kdy k útlaku (a z něj vyplývajícím potížím a příznakům) dochází po etapách, tedy po různě dlouhých intervalech bez potíží nebo s minimálními potížemi. Recidivy potíží se mohou postupně objevovat častěji, může stoupat jejich závažnost a obtížnost ovlivnění konservativní
terapií.
Zde je zvážení operace i její urgentnosti náročnější, složitější a diskutabilnější, zvláště v těch případech, kde dochází ke zmírnění potíží a ústupu příznaků, nebo když není plný soulad klinických a laboratorních nálezů.
Pokud jsou výsledky zobrazovacích metod (klasické rtg snímky, kontrastní perimyelografie, CT ,magnetická rezonance, EMG a j.) v souladu s klinickými nálezy, není opět o čem diskutovat. Bohužel, často tento soulad není úplný a tak vzniká nejistota, což je častý úděl lékaře. Nejistota ošetřujícího personálu se přenáší i na psychiku pacienta, který se na základě argumentů a doporučení lékařů musí rozhodnout, zda se operaci podrobí či ne. Je sice možné formálně problém zodpovědnosti přenést na pacienta (což je i oficiální trend současného našeho zdravotnictví), ale etické **zodpovědnosti za** konečný stav pacienta se nezbaví ani indikující, ani operující, ani následně ošetřující zdravotníci.

Návaznost a etika

Návaznost práce diagnostických i terapeutických týmů by měla být maximálně vstřícná a kolegiální, a to jak mezi zdravotníky, tak i v komunikaci směrem k pacientům i veřejnosti. Neboť není nic jednoduššího, než svést případný neúspěšný výsledek na kterýkoliv článek, tým nebo jednotlivce (pozdní indikace operace, špatná operace, špatná rehabilitace), při čemž je samozřejmé, že i toto vše může existovat a může se podílet na neúspěšných výsledcích.

Procento neúspěšnosti výsledků je v této oblasti poměrně velké, vyplývá z neobyčejné složitosti této problematiky na všech zmíněných etapách. Vyplývá též z mnoha nedokonalostí současné medicínské teorie i praxe i techniky, což je ovšem fakt, který nám jen málokdo z postižených je ochoten tolerovat. Navíc jsou lidé vedeni masmedii k představě, že zdravotník je povinně stoprocentně neomylný a že nové poznatky, diagnostické a terapeutické metody již vše dokonale vyřešily.

I v odborné literatuře se objevují nové metody, od likvidace výhřezu či celého disku mechanicky, termokoagulací, chemolýzou, evaporací laserem, přes náhrady chybějícího disku kostními štěpy, kovovou klíckou či umělým pohyblivým diskem, či řešení problematického segmentu (i více úseků)jejich zpevněním.
Je zajímavé, že ke stejnému výsledku (spondylodéze) vedou autoreparační procesy organizmu, např. přemosťujícími osteofyty. Tak se stává, že dlouhodobé či opakované bolesti v lumbální krajině ve vyšším věku přestanou. Ale vymizelé problémy ze ztuhlé bederní páteře se za čas přenesou do vyšších úseků páteře.

Ideální by bylo, kdyby nemocného ošetřoval jediný tým, který by také odpovídal za celkový výsledek. Naši nemocní mají většinou tu smůlu, že jim jeden či většinou více lékařů provede diagnózu, jiný tým ho zoperuje, event. spolu s dalším týmem pracovníků v rehabilitaci zajistí včasnou rehabilitaci na neurochirurgii, kde se většinou leží 3-1O dní, čtvrtý tým ho pak ošetřuje zpravidla na neurologických (nebo rehabilitačních) lůžkách nemocnice, při čemž mu pátý tým provádí zde rehabilitaci, po propuštění

chodí nemocný někam na ambulantní rehabilitaci, která je (pokud to nemá blízko do nemocnice) 6.týmem, který se o něj stará. Jede-li nemocný do lázní, pracuje na něm 7.tým.

Faktory ovlivňující rehabilitaci

Složitost a úspěšnost léčby, resp. jen rehabilitace, kterou jsme schopni my ovlivnit, je závislá na mnoha faktorech,takže se pokouším napřed seřadit faktory s nimiž musíme počítat

1. čas. Tam, kde došlo k diagnose a operaci včas a rychle je největší šance na úspěch.

Výsledek operativní léčby pacientů trpících potížemi delší dobu musí počítat jednak

- s řadou anatomických změn v operovaném segmentu (např. srůsty a tuhost již zdegenerovaných pojivových tkání),
- s řadou funkčních změn (např. insuficience či dysbalance paravertebrálního svalstva v důsledku poruch aference i eference)a špatné pohybové stereotypy z před i pooperačního období,
- s řadou psychických změn pacienta dlouhodobě trpícího bolestí (zemocionalizovaná bolest),
- i s řadou sociálních změn, které vznikají v důsledku vyřazení pacienta z jeho navyklého životního rytmu, což mu může přinášet problémy ekonomické (např. ztráta výdělku), organizační (práci vyřazeného jedince někdo musí zastat), ale i interpersonální, projevující se ve vztazích pacienta k okolí a naopak okolí vůči pacientovi. Např. útěk do nemoci z důvodů sociální nejistoty či rodinné nestability může být překážkou úspěšného vyléčení.
- Vyřazení z běžné denní zátěže může také prohlubovat svalové dysbalance, což prokázaly srovnávací studie porovnávající pacienty léčené při práci a při pracovní neschopnosti.(Zaměstnaní měli významně lepší výsledky.) Jistě se na tom podílí i psychické odpoutání se od bolesti při plném duševním vytížení. Je rovněž známo, že lepší léčebné výsledky jsou u lidí, kteří usilují o co nejrychlejší návrat do práce ať s osobních, prestižních, ekonomických či jiných důvodů.

2. druh operace, šetrnost přístupu, radikálnost či úplnost vyřešení mechanických problémů a časná pooperační péče, což je doménou i svědomím operatérů.

3. pooperační vývoj. Anatomický a fyziologický výsledek operace není až na výjimky uvedením do původního stavu, ale dochází zde ke změně statiky i dynamiky předního oporného sloupce páteře, na níž organizmus (nějakým, a asi ne vždy stejným způsobem) musí reagovat. Jedná se souběžně o hojivé a adaptační reakce jak na úrovni segmentu, tak i mimo něj. Zásah na disku změní jeho tvar, pružnost, fixaci, pohyblivost i způsob zatížení obratlových těl, znamená ale i velké změny v zadní oblasti segmentu, např. změnu postavení, tlaku, kongruence a pohyblivosti intervertebrálních kloubů.

Je jednoduché, tyto potíže přičíst špatné rehabilitaci (např. příliš rychlé, pomalé, nešetrné, nevhodné), i když se může jednat o logické potíže z adaptace segmentu a celé páteře na změněné poměry, která není jednoduchá, bude asi dost individuální, a jsme ji asi schopni ovlivnit jen v omezeném rozsahu a také možná způsobem, o kterém se zatím moc neuvažovalo. Jistě se těmito problémy zabývá mnoho operatérů i pracovníků v rehabilitaci, kteří i experimentují a předávají si své zkušenosti z nejrůznějších škol a postupů. Je nutno si ale otevřeně říci, že v této oblasti je ještě mnoho nevyřešeného, a také současná ekonomizace medicíny dosti omezuje čas na předávání teoretických poznatků a myšlenek i praktických zkušeností, o možnostech týmového výzkumu už ani nemluvě. I v naší odborné literatuře je popsána řada rehabilitačních postupů. Zdálo by se, že chybí komplexní statistická srovnání,která by zahrnovala co nejvíce ovlivňujících faktorů (věk pacienta, včasnost diagnostiky a operace, způsob

operace, postupy a metody včasné i pozdní rehabilitace a výsledky). Každá (zprůměrňující) statistika by však byla klamná, neboť v medicíně neléčíme průměry, ale vždy konkrétního člověka s jeho anatomickými, funkčními i reparačními odlišnostmi.

Obecné zásady rehabilitace

Ze svých zkušeností si dovoluji odkázat na svoji monografii Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích z r.1986, kde od str.291 jsou popsány zásady rehabilitace po těchto operacích. Dovolil bych se na tyto zásady podívat v přehledu jen snad trochu z jiného úhlu pohledu a také po mnoha letech dalších zkušeností.

1. postupné zatěžování postižené oblasti
- nejprve v horizontálních polohách
- potom v přísně vertikálních polohách
- nakonec pak v pohybech do sagitálních a rotačních směrů.

Neexistuje šablona, podle níž by se dalo určit, kolikátý den se má operovaný začít vertikalizovat. To může určit nejerudovaněji operatér, který má informace o tom, co při operaci nalezl a provedl, při čemž je ale nutné si uvědomit, že i on se ale pohyboval ve velmi složitém terénu, jen minimálně přehledném (např. ve srovnání s endoskopickými operacemi v různých dutinách)a bez možnosti peroperačně si ověřit úspěšnost provedeného zákroku. Krajní možností je např. pozdní vertikalizace, t.j. až po 1 či 2 týdnech ležení a to i bez jakéhokoliv speciálního cvičení, pouze s otáčením se či polohováním do všech možných extenčních poloh. Druhá krajní mez je okamžitá vertikalizace, kterou umožňují některé operace zachovávající původní šíři meziobratlového prostoru a eventuelně ještě tuto pozici různým způsobem fixující. Většina našich pracovišť volí poměrně rychlý vertikalizační režim, dovolující 2.-4. den chůzi bez delšího stoje, v dalších dnech vzpřímený stoj, pak vzpřímený sed a až úplně naposledy uvolněný sed a rotační pohyby. Málo se používají při vertikalizaci francouzské hole, které umožňují jednak intermitentní odlehčení či až trakci postiženého úseku, jednak při správně nastavené délce zajišťují vzpřímenou chůzi a optimální postavení páteře a pánve.Používá se nejčastěji chůze tříbodová s odlehčením té strany, na níž je léze. Vhodné může být i použití zpevňovacích korsetů, ale jen v počáteční fázi vertikalizace a po omezenou dobu.

2. důsledný boj proti bolesti a to především vyhýbáním se všem bolestivým polohám, pohybům i cvikům, i za cenu relativního zpoždění rehabilitace. K boji proti bolestem je možné využít i analgetickou fyzikální, medikamentózní či reflexní léčbu ale s uvědoměním, že si tím můžeme potlačit i žádoucí varovnou signalizaci.

3. antiedémová a protizánětlivá léčba je často na místě, neboť jak v důsledku operace, tak i v průběhu adaptace na zvyšovanou zátěž může vznikat otok, poškozující nervové i pojivové tkáně (včetně vzniku nežádoucích reflexů a pohybových stereotypů), také zpomalující hojení či podporující tvorbu nežádoucího jizvení.

4. hojení může urychlit aplikace pulzních magnetických polí jejich trofickým, analgetickým a svalově eutonizačním účinkem.

5. kontraindikován je ultrazvuk a VF terapie, opatrní bychom měli být i u ostatních druhů teploléčby.

6. ideální je cvičení ve vodě s využitím vztlaku k odlehčení páteře i hydrostatického tlaku působícího antiedémově.

7. mimořádná pozornost se má věnovat ostatním, t.j. **neoperovaným úsekům** páteře, protože téměř každá porucha jejich dynamiky negativně ovlivňuje i operovaný úsek.

8. všeobecnými i speciálními metodami se provádí **obnova svalového korzetu páteře** a břišních svalů (včetně bránice a svalů pánevního dna).

9. obnova celkové fyzické **kondice**.

10. péče o psychiku – boj proti anxiozitě, která mimo jiné zvyšuje svalový tonus a podporuje flekční držení, obnova psychické kondice, sebedůvěry a důvěry v úspěšné a brzké uzdravení a to především trvalým pozitivním působením veškerého ošetřujícího personálu, včetně vhodného ovlivňování všech osob, které jsou s pacientem v kontaktu (rodina, spolupacienti!).

Je třeba si též uvědomit, že pacient by měl být zrehabilitován (až na ojedinělé výjimky) do 3 měsíců a že každé další prodloužení zvyšuje pravděpodobnost neúspěchu. Jistě by zde mohly hrát podstatně aktivnější úlohu lázně, pokud by byly ochotny a schopny přijímat pacienty přímo z neurochirurgických oddělení (a měly tam pracovníky zkušené v rehabilitaci právě těchto pacientů).

Některé chyby

Pacient je často vyšetřován nákladnými metodami (CT,MR) i když tyto v případě nestability segmentu (např. listéza) nemají žádnou užitnou hodnotu. Při tom pro rozhodnutí zda léčit konzervativně či operovat stačí 2 rtg snímky v extrémních polohách.
Pacient je poslán po operaci na „rehabilitaci“ bez náležité dokumentace, bez popisu operace a bez zobrazení výsledného pooperačního stavu (šrouby, dlahy, výplně, fixátory) a bez zhodnocení fáze hojení.

Často je ještě posílán na rehabilitaci zbytečně pozdě.
Někdy je naopak posílán na rehabilitaci zbytečně (např. za 3 měsíce do lázní), v době kdy nemá žádné potíže, a jedinou správnou rehabilitací je jeho zapojení do normálního života, které se čekáním na paušálně doporučenou rehabilitaci zbytečně prodlužuje.

Rehabilitace je občas prováděna se zaměřením jen na operovaný úsek, ačkoliv páteř vždy reaguje jako celek. A často přehlédnuté poruchy funkce v neoperované oblasti přetěžují operovanou oblast. Tím udržují nebo dokonce vyvolávají potíže v oblasti operace či zhoršuji hojení nebo i výsledek operace. Samotné zjištění a vyřešení těchto poruch může stačit k ústupu potíží z operované oblasti (např. vyřešení funkčních poruch v oblasti C a Th páteře po operacích L páteře.)

Na některých pracovištích existují univerzální schémata postupné zátěže a soubory cviků bez ohledu na to, co bylo operací provedeno, jak je páteř zatížitelná, jak probíhá reparace a jak pacient reaguje na cvik (polohu či jiný pohyb) subjektivně (tah, bolest) či objektivně (např. naskočení či zhoršení hypertonů).

Snahou o zkracování ošetřovací doby na neurochirurgii nezbude čas na akutní rehabilitaci, resp. otestování toho, co konkrétní pacient může a co nesmí nebo nemá a na náležité poučení pacienta „oni vám to vysvětlí a ukážou na rehabilitaci“, na kterou se ale pacient nedostane včas nebo je tato zajištěna nedostatečně odborně nebo personálně (např. na lůžkách neurologie či LDN).

Totéž platí o souborech cviků, které dostávají pacienti pro domácí cvičení.
Cviky nejsou vyzkoušeny pod odborným dohledem. Řada (často většina) cviků je neutrálně zcela neškodná, maximálně jsou jen psychoterapií, občas není pacient upozorněn, že cviky, které bolí, nemá vykonávat.

Často je ordinována zbytečně dlouhá inaktivita, což vede k úbytku celkové fyzické kondice, lokální síly svalové, někdy i ke ztrátě ortostatických reflexů.

To platí nejen po operacích ale i obecně při vertebrogenních algických potížích, kde vystavení pracovní neschopnosti a naordinování klidu je paušální součástí léčby (je to ve většině učebnic neurologie).

NÁSTUPCE

Lékaře FBLR-RFM umějícího MM ***přijmu jako mého nástupce****, nabízím i zařízený byt 3+1 nad ordinací v Kostelci n.Č.Lesy. Zaškolím. Možnost i pronájmu této dobře prosperující ordinace (s.r.o.), ev. prodeje i s domem a bytem.*
E-mail:
kriz-rehab@iol.cz, www.cemr.cz.

Ekonomika

Je samozřejmé, že předoperační péče a vyšetření, operace i pooperační péče jsou ekonomicky náročné. Proto je důležitá (a ekonomicky levnější) včasná prevence. Tu umí provádět (mimo jiné odbornosti) právě odborní pracovníci v rehabilitaci, kteří se spíše ale setkávají s následky neideálního pohybového režimu. Je ekonomickým paradoxem, že v ČR se opět uvažuje o tom, že za vertebrogenní poruchy si vlastně mohou postižení sami a tudíž by jejich léčba měla být hrazena pacientem (dle nového zákona klientem) jako nadstandardní péče. Ti, které toto napadlo naprosto neakceptují změny, k nimž došlo v posledních 50-ti letech v pohybové aktivitě většiny obyvatelstva, dětmi počínaje. Úbytek fyzické práce, dojíždění (místo docházení) do škol a do zaměstnání, převážně sedavý způsob zaměstnání, ale i sedavý způsob v oblasti mimopracovní (informatika, vzdělávání, kultura, televize, počítače), méně dostupnější a dražší odborně řízené pohybové aktivity i vzrůstající každodenní životní stres jsou takové změny, na které není schopen lidský organizmus se adaptovat během jednoho života. Mělo by být naopak v zájmu ekonomiky, aby k těmto potížím (a jejich nákladné léčbě) nedocházelo v tak hojném počtu. Vždyť pacienti s vertebrogenními potížemi tvoří největší část dočasně či trvale práce neschopných.

Primární prevence (aby nedošlo k potížím), sekundární prevence (když už došlo k poruchám, tak aby nezanechaly následky) není tedy jen záležitostí pracovníků v rehabilitaci, ale měla by být celospolečenskou a ekonomicky podporovanou snahou.

Závěr

Rehabilitace osob po operacích meziobratlových plotének patří k nejobtížnějším činnostem v našem oboru a má také mimořádně velké procento neúspěchů.
Domnívám se, že lepší organizací péče (z hlediska návaznosti), mimořádnou pozorností k těmto pacientům, individualizací přístupů a důsledným pozorováním a vedením každého pacienta by se i v naší činnosti dalo ještě ledacos zlepšit.

Literatura

1. DEYO, R. A.1994: Magnetic resonance imaging of the lumbar spine. Terrific test or tar baby? NEJM 331, 1994, č. 2, s. 115-116
2. JENSEN, M. C. et al. 1994: Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without pack pain. NEJM 331, 1994, č. 2, s. 69-73.
3. ČELKO J. 1999: Môže zmena spôsobu popisu rtg snímky chrbtice znížiť počet rtg vyšetrení pri bolestiach chrbta? Rehabilitácia, 32, 1999, č. 3 s. 182. (Překlad z: Roland M., Nan Tulder M. 1998: Should radiologist change the way report plain tadiography of spine? The Lancet 352, 1998: 229-230)
4. LEWIT K. 2003: Manipulační léčba v myoskeletální medicíně, 5.přepracované vydání. Sdělovací technika s.r.o., Praha 2003, s. 411
5. KOLÁŘ P. a kol. 2009: Rehabilitace v klinické praxi, Galén, Praha 2009, s. 713
6. KŘÍŽ V. 1986: Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích.Avicenum, Praha, 1986, s. 332
7. KŘÍŽ V. 1997: Některé zkušenosti s léčbou vertebropatií v privátní ordinaci

rehabilitačního lékaře. Rehabilitácia 30, 1997, č. 3, s. 131-139
8. KŘÍŽ V., Majerová V. 2009: Řetězení funkčních poruch páteře. Rehabilitácia, 46, 2009, č. 2. s. 98- 102
9. KŘÍŽ V., Majerová (Křížová) V. 2009: Vertebrogenní algický syndrom (VAS) – dvojí možnost diagnostiky. Rehabilitácia, 46, 2009, č. 3, s. 131-134
10. KŘÍŽ V., Majerová V. 2009: Vertebrogenní algický syndrom (VAS) – dva způsoby manuální a fyzikální terapie. Rehabilitácia, 46, 2009, č. 4, s. 217-221
11.KŘÍŽ V., Majerová V. 2010: Statická a dynamická funkce jednotlivých úseků páteře a její význam pro diagnostiku a terapii. Rehabilitace a Fyzikální Lékařství, 17, 2010, č. 4, s. 155-163
12. KŘÍŽ V., Majerová V. 2010: Vertebrogenní algický syndrom. Medicína po promoci 11, 2010, s. 77-82
13. NOVÁKOVÁ E. 2009: Je možné změnit postupy péče u bolestí páteře? Rehabilitace a Fyzikální Lékařství 16, 2009, č. 4, s. 198-196
14. SLEZÁKOVÁ, Z 2011.: Motivational factors to sustain the nurses of neurological Departments The International Symposium: Nursing professionalization as an indicator of nursing care's quality.s. 464- 479 RZESZÓW, POLAND. 15 – 16 September 2011. 590 s., ISBN 978-836942-99-4
15. SLEZÁKOVÁ, Z. MAREKOVÁ, B.:2010. Využitie klasifikačných systémov u pacientov s diagnózou poruchy chôdze a mobility. 2010.In: Zdravotníctvo a sociálna práca, vedecký čas. roč.5,2010 číslo 3-4. s.15-19, ISSN 1336-9326
16. SLEZÁKOVÁ, Z. 2006… Neurologické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta , 2006.s.165, ISBN 80-8063-218-
17. VACEK J.a kol. 2012: Manuál rehabilitační a fyzikální terapie. Raabe, Praha, 2012, kap. A.1-A.4

Adresa:
V. K., Kutnohorská 46, 281 63 Kostelec n. Čer. Lesy, ČR
e-mail: kriz-rehab@iol.cz

Anton Mišura SAJO

Predaj a servis rehabilitačných prístrojov a zariadení

- elektroliečba
- vodoliečba
- tepelná terapia
- mechanoterapia
- oxygenterapia
- suché uhličité kúpele

Zastúpenie firiem:
- Enraf Nonius - NL
- Ewac - NL
- Reck - D
- Trautwein - D

Anton Mišura - SAJO
Vodárenská 109
921 01 Piešťany

Mobil: 0905640337
Tel./fax: 0337741192,
Email: sajo@amsajo.sk
Web: www.amsajo.sk

INTEGRACE DLOUHODOBĚ NEZAMĚSTNANÝCH OSOB S DISABILITOU MEZI EKONOMICKY AKTIVNÍ SPOLEČNOST

Autor: J. Bienertová
Pracoviště: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, externí doktorandka studijního programu Specializace ve zdravotnictví, obor – Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů, ČB, Česko

Souhrn

Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením (s disabilitou), mezi ekonomicky aktivní společnost, patří v současné době mezi prioritní cíle majoritní (odborné i laické) společnosti. V ČR celá péče o osoby se zdravotním postižením (s disabilitou), jejich integrace do společnosti a následná prevence spadá do ucelené rehabilitace, jejímiž složkami jsou léčebná, pracovní, sociální, pedagogická a technická rehabilitace. Hlavním pilířem je Pracovní rehabilitace uváděná zákonem č. 435/2004, která je zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením (s disabilitou) - v prvé řadě zahrnuje poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a zprostředkování zaměstnání. Samotný proces integrace je důležitý nejen pro udržení dobrého duševního zdraví zainteresovaného klienta, pro jeho pocit užitečnosti a spokojenosti, či vylepšení finanční situace, má však také nesmírný ekonomický význam pro společnost jako celek, neboť dochází k rapidnímu snížení nákladů celé společnosti. Při integraci je nezbytné brát ohled na individuálnost každého jedince, vycházet nejen z pozitivní rekomandace klienta, ale brát v úvahu také sociální, psychické, fyzické, fyzikální a emocionální bariéry. Velmi často bývají bariéry integrace spíše v myšlenkách potencionálních zaměstnavatelů či samotných klientů, než v technických překážkách.
Závery: Zdary či nezdary integračního procesu závisí však i na jiných aspektech (např. změna životního stylu, ztráta jistoty, nízké sebevědomí, vliv rodinných příslušníků, špatná předcházející zkušenost, předsudky, sociální fobie, motivace, aj.). Profese, typ a druh práce tzv. vhodné pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) není omezen, závisí čistě na typu a míře postižení, kvalifikaci a okolnostech. Stěžejním problémem nynějšího stavu v oblasti pracovní rehabilitace je v ČR nedostatečné zajištění potřebné spolupráce s ostatními složkami zdravotnického systému a neuspokojivá právní úprava v návaznosti na aktuální požadavky.
Klíčová slova: disabilita – ekonomicky aktivní obyvatelstvo – integrace – kvalita života – nezaměstnanost – pracovní rehabilitace

Bienertová, J.: Integration long-term unemp - loyed with disability among economically active society

Summary

Integration *of long-term unemployed persons with disabilities, the economically active company, is currently among the priority objectives of the majority (professional and lay) of society. In the CR, all care for persons with disabilities and their integration into society and the subsequent prevention of falls into a comprehensive rehabilitation, the ingredients are therapeutic, occupational, social, educational*

Bienertová, J.: Die Integration Langzeitarbeits-lose mit Behinderung zu den wirtschaftlich aktiven Gesellschaft

Zusammenfassung

Integration *von Langzeitarbeitslosen Menschen mit Behinderungen, der wirtschaftlich aktiven Unternehmen, zählt derzeit zu den vorrangigen Zielen der Mehrheit (Berufs-und Laien-) Gesellschaft. In der Tschechischen Republik, alle Fürsorge für Menschen mit Behinderungen und deren Integration in die Gesellschaft und die anschließende Prävention von Stürzen in eine umfassende Sanierung, sind die Zutaten*

and technical rehabilitation. The main pillar is rehabilitation work quoted by Act No. 435/2004, which is aimed at obtaining and maintaining suitable employment persons with disabilities - primarily involves counseling, theoretical and practical preparation for employment and recruitment. The process of integration is not only important for maintaining good mental health of an interested client, for his sense of usefulness and satisfaction, and improve the financial situation, but also has enormous economic significance for society as a whole, since it leads to dramatically reduce costs throughout the company. When integration is necessary to take into account the individuality of each individual, based not only on the positive recommendation client, but also take into account the social, psychological, physical, emotional and physical barriers. Very often are barriers to integration rather in the spirit of potential employers or clients themselves, than the technical obstacles.

Conclusion: *Success or failure of the integration process but depends on other aspects (eg, lifestyle changes, loss of security, low self-esteem, family influence, lack of previous experience, prejudices, social phobias, motivation, etc.). Profession, the type and the type of work suitable for people with disabilities is not limited purely depends on the type and extent of disability, skills and circumstances. The central problem of the current situation in the field of vocational rehabilitation in the CR is insufficient to provide necessary cooperation with other components of the health system and unsatisfactory legislation in relation to current requirements.*

Key words: *disability – the economically active population – integration – quality of life – unemployment – vocational rehabilitation*

therapeutischen, beruflichen, sozialen, pädagogischen und technischen Sanierung. Das wichtigste Standbein ist Sanierungsarbeiten durch das Gesetz Nr. 435/2004, die auf die Erlangung und Aufrechterhaltung geeigneter Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet wird zitiert - in erster Linie um Beratung, theoretische und praktische Vorbereitung auf das Berufsleben und Rekrutierung. Der Prozess der Integration ist nicht nur wichtig für die Erhaltung der seelischen Gesundheit von einem interessierten Kunden, für seinen Sinn für Nutzen und die Zufriedenheit und verbessern die finanzielle Situation, sondern hat auch enorme wirtschaftliche Bedeutung für die Gesellschaft als Ganzes, da sie die Kosten drastisch senken im gesamten Unternehmen führt.

Die Schlussfolgerung: *Erfolg oder Misserfolg des Integrationsprozesses, sondern hängt von anderen Aspekten (z. B. Änderungen des Lebensstils, Verlust der Sicherheit, geringes Selbstwertgefühl, Einfluss der Familie, mangelnde Erfahrung, Vorurteile, soziale Phobien, Motivation, etc.). Beruf, die Art und die Art der Arbeit für Menschen mit Behinderung ist nicht rein hängt von der Art und Umfang der Behinderung, Fähigkeiten und Umstände beschränkt. Das zentrale Problem der aktuellen Situation im Bereich der beruflichen Rehabilitation in der Tschechischen Republik ist nicht ausreichend, um notwendige Zusammenarbeit mit anderen Komponenten des Gesundheitssystems und unbefriedigend Gesetzgebung in Bezug auf aktuelle Anforderungen.*

Schlüsselwörter*: Disability – wirtschaftlich aktiven Bevölkerung – Integration – Lebensqualität – Arbeitslosigkeit – berufliche Rehabilitation*

Úvod

Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením (disabilitou – disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti) patří již řadu let mezi ústřední koncepce mnoha zemí. (JANKOVSKÝ et al., 2005, BIENERTOVÁ, 2011) V současné době, na počátku třetího tisíciletí, kdy se již značně změnil pohled a přístup k těmto osobám (z nemocného, neschopného a ničím neprospívajícího člověka, ke vnímání člověka jako osoby s limitovanou aktivitou a participací závisející na facilitacích či bariérových faktorech prostředí) ve své podstatě často opomíjíme fakt, že nejvyšší formou integrace člověka, zejména osoby se zdravotním postižením (disabilitou) do života je jejich ekonomická aktivita – nezávislost. (Mezinárodní klas. funkčních schopností, disability a zdraví MKF, 2008) V ČR celá péče o osoby se zdravotním postižením (s disabilitou), jejich integrace do společnosti a následná prevence spadá do ucelené (komprehensivní) rehabilitace, jejímiž složkami jsou léčebná, pracovní, sociální, pedagogická, technická, ekonomická, právní atd. rehabilitace. (VURM et al., 2004) Hlavním pilířem je Pracovní rehabilitace uváděná zákonem č. 435/2004, která je zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením – v prvé řadě zahrnuje poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a zprostředkování zaměstnání. Pracovní

rehabilitace dává možnost zapojení jakéhokoliv občana (dospělého či mladistvého), dle jeho aktuálního zdravotního stavu, do hledání odpovídajícího uplatnění, ať již v podobě chráněného pracovního místa, nebo integrace na volný pracovní trh. Pro klienty Úřadu Práce, kteří jsou osobami se zdravotním postižením (disabilitou), je především určen individuální plán pracovní rehabilitace. (Zákon č. 435 / 2004 Sb. o zaměstnanosti, FORMÁNKOVÁ, P., et al., 2011)

Uplatnění jedince na trhu práce je závislé na množství aspektů (věk, zdravotní stav, pohlaví, vzdělání aj.), vyčleňujících skupiny lidí s větší mírou rizika na ztrátu práce a předurčující je k dlouhodobé nezaměstnanosti. (BUCHTOVÁ, et al., 2002)

Je třeba si uvědomit, že jakákoliv vada nepostihuje pouze určitý orgánový systém, ale ovlivňuje rovněž celou osobnost postiženého a vytváří tak zcela speciální sociální situaci. (VÁGNEROVÁ, 2002)

Klíčovým faktorem integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) je jejich vlastní aktivita, veškeré nástroje legislativní i nelegislativní jsou účinné jen v případě přítomnosti tohoto „katalyzátoru“. Kvalifikaci osob se zdravotním postižením (disabilitou) je nutno chápat jako souhrn všestranných „pracovních kompetencí“ k moderním formám zaměstnání, kde osobnost, skrytý potenciál (včetně odvahy překonat překážky, znovu začít, odpovídat za svou práci) hraje u adaptace často rozhodující roli. (Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP)

Při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti jedince se vychází zejména z nálezu ošetřujícího lékaře, popřípadě výsledků funkčních vyšetření a výsledků vlastního vyšetření lékaře, který plní úkoly okresní správy sociálního zabezpečení. (KOŠČÁLOVÁ, 2010)

Najít pracovní uplatnění pro jedince se zdravotním postižením (disabilitou), obzvláště jedná-li se o postižení těžšího charakteru, je v posledních letech velmi obtížné. Projevila se značná diference mezi původním uspořádáním, které pro tyto osoby zaručovalo práci jistého druhu a novou tržní ekonomikou, kde nenacházejí lidé se zdravotním postižením (disabilitou) nikterak lehkou pozici. (KRÁSA, 2004)

Bariéry integrace osob se zdravotním postižením (disabilitou) bývají mnohdy spíše v myšlenkách potencionálních zaměstnavatelů či samotných klientů, než v technických překážkách. Vedle „viditelných“ bariér (technických, pohybových a komunikačních) zde značně působí a hrají roli i méně patrné (osobní zázemí, rodina, pomoc v životních situacích, podobně jako samotné vztahy na pracovišti, předsudky, nepochopení „zvláštních potřeb“). (Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP)

Nezdařená integrace či obava osob se zdravotním postižením (disabilitou) zapojit se do pracovního procesu, mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo, může mít tak několik příčin. Je to např.:

1. Změna navyklého životního stylu – lidé dlouhodobě nezaměstnaní, kteří si prošli nejen stádiem krize (dle KÜBLE – ROSSOVÉ), stádiem ztráty zaměstnání (Harrisonův cyklus), ale i také si již po určitém období navykli na nový způsob života a získali určitou novou stabilitu, se bojí opět vykročit ze známých vod do neznáma a po několikáté se opět přizpůsobovat novému životu. Samozřejmě tu určitou roli hrají i další faktory, jako je např. rezignace (po několika předchozích negativních zkušenostech s integrací mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo), či strach (ze ztráty navyklého denního režimu/ zajetých kolejí a hlavně z budoucího neznáma). vliv rodinných příslušníků (většina je proti jakékoli změně, mají rádi zajeté standardy + pravidelná pomoc a podpora státu či jiných příspěvkových organizací)

2. Ztráta jistoty – jedná se jak o jistotu ekonomickou (pravidelný přísun sociálních dávek, příspěvek na péči, aj.), kdy osoba s disabilitou má určitou jistotu, že i když dojde k mírnému zlepšení, či zhoršení zdravotního stavu, zůstane

ekonomický příjem stejný, tak i o jistotu životní (neustálá nestabilita zdravotního stavu znemožňuje vypracování kariérní pozice trvalého rázu, proto invalidní důchod a příjem dávek ve většině případů vítězí nad integrací mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo)

3. Nízké sebevědomí – osoba se zdravotním postižením (disabilitou) si po prožitém traumatu – vzniku disability již nevěří ve vlastní schopnosti, je náchylnější na sebekritiku a kritiku vůbec, cítí se méněcenná a zbytečná a obává se, že ji „zdravá majoritní společnost" nepřijme

4. Vliv rodinných příslušníků – rodina bývá největší oporou každého jedince, a proto na něho mívá i největší vliv, je jen logické, že většina rodinných příslušníků si po akutní fázi či atakách nemoci potřebuje vydechnout a vítá určitou stabilitu stavu a zajeté koleje v péči o svého bližního s disabilitou, proto opětovná změna – pokus o integraci nebývá zpravidla zpočátku pozitivně vnímán a raději dají přednos zajetým standardům – pravidelné pomoci a podpoře státu či jiných příspěvkových organizací

5. Špatná předcházející zkušenost – v případě, že se nejedná o první pokus a proces integrace osoby se zdravotním postižením (disabilitou) mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo, klesá nejen zájem, naděje, pozitivní přístup, sebevědomí, ale úměrně s tím také stoupá strach, frustrace až konečná rezignace

6. Předsudky – mohou být jak ze strany jedince se zdravotním postižením (disabilitou), tak i ze strany majoritní společnosti vůči jedinci se zdravotním postižením (disabilitou), kdy spouštěcím mechanismem může být jak prožitá jednorázová zkušenost, tak i všeobecně přejímaný a putovaný přežitek dané skupiny obyvatel vůči druhé skupině obyvatel

7. Sociální fobie – postupná ztráta pravidelného kontaktu s okolím (hromadná doprava, pracoviště, návštěva společenských akcí aj.), která trvá delší dobu, vede nejen ke změně životního stylu, ale ovlivňuje také osobnost daného jedince a může v některých případech vézt až ke vzniku sociální fobie

8. Motivace – je tzv. „bazální aspekt" v rámci integrace – malá či nedostatečná motivace (vůle) zapojit se mezi ekonomicky aktivní společnost (příčinou může být jakákoli výše uvedená skutečnost) má značný vliv na celkový proces integrace (bez přítomnosti tohoto aspektu je „úspěšná" integrace nemožná)

Uvedený výčet příčin nezdařené integrace není konečný, jedná se o pouhý nástin možné problematiky. Jednotlivé aspekty spolu mohou korespondovat a navzájem se ovlivňovat.

Velmi důležité je, v těsné vazbě s úřady práce a představiteli zaměstnavatelů, obcí a regionů, vytvářet podmínky pro pracovní rehabilitaci, která si dává za cíl využít a rozvinout všechny silné stránky a zachované funkční schopnosti občana s postižením (disabilitou), k zajištění vhodného způsobu jeho pracovního zařazení na trhu práce. Po zvážení všech aspektů, se může jednat o navýšení kvalifikace, případně o rekvalifikaci na jiný obor dle aktuálních potřeb trhu práce. (BIENERTOVÁ, J., 2010)

V součinnosti MZ a MPSV je adekvátní zajistit předpoklady k zahájení pracovní rehabilitace během, nebo alespoň ve finální části rehabilitace léčebné, se záměrem zajistit předpoklady k následné rehabilitaci pro pracovní uplatnění – pochopitelně s přihlédnutím k výsledkům rehabilitace léčebné. (BIENERTOVÁ, 2010)

Ideálním řešením by bylo uplatnění občanů se zdravotním postižením (disabilitou) na volném trhu práce. Tam, kde to z různých příčin nelze realizovat, hrají klíčovou úlohu organizace, zaměstnávající z větší části občany se zdravotním postižením (disabilitou), disponující dostatkem zkušeností, tak i odborníků, k vytváření optimálních pracovních podmínek těmto občanům (tzv. chráněné dílny – od 1. 1. 2012 v ČR dochází ke sjednocení institutu chráněné pracovní dílny s institutem chráněného pracovního místa). (BIENERTOVÁ, 2010)

unimedia
MEDIA PLANNING & BUYING SERVICES

Ubývání výrobních programů, které měly z velké části v minulé době úzké vazby na větší výrobní podniky, nízká kvalifikace a snížená výkonnost zaměstnanců, vysoký podíl manuální práce, a tím i z velké části vysoká mzdová náročnost a vysoká kvóta krátkodobé pracovní neschopnosti se v minulosti jevila jako zásadní překážka tzv. chráněných dílen, v současné době však nacházíme tutéž problematiku i u tzv. chráněných míst. (VYSOKAJOVÁ, 2000)
Chráněné dílny prakticky nebyly schopny být ekonomicky zcela soběstačné, jejich ziskovost byla takřka nereálná a návratnost vložených prostředků bylo možno v tomto případě považovat za velký úspěch. (NOVOSAD, 2000)
Chráněná práce zaměřující se hlavně na občany s nejtěžším zdravotním postižením (disabilitou), kde je pracovní výkon takřka nesouměřitelný s výkonem na volném trhu práce, pro pracoviště s vysokým soustředěním občanů s těžkým zdravotním postižením a pracoviště v domácím prostředí osoby se zdravotním postižením. (BIENERTOVÁ, 2010)

Je nezbytné dodat, že profese, typ a druh práce tzv. vhodné pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) není omezen, závisí čistě na typu a míře postižení, kvalifikaci a okolnostech. Motivovaný člověk se zdravotním postižením (disabilitou) je schopen vyrovnat se množstvím a kvalitou práce ostatním spolupracovníkům, často však na úkor svého zdravotního stavu. (Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP)

Závěr

I přes to, že z hlediska právní úpravy, je možné v ČR pracovní rehabilitaci v současnosti považovat za nejkomplexněji propracovanou oblast rehabilitace, stěžejním problémem nynějšího stavu v oblasti pracovní rehabilitace je nedostatečné zajištění potřebné spolupráce s ostatními složkami zdravotnického systému a neuspokojivá právní úprava v návaznosti na aktuální požadavky. Špatná úroveň koordinace,

provázanosti, popř. efektivnosti postupů a činnosti jednotlivých subjektů, které působí v této oblasti, je jen toho důsledkem.

Výše uvedená omezení a nedostatky opožďují realizace nezbytných intervenčních rehabilitačních postupů, což ve svém důsledku znamená snížení schopností jedince se zdravotním postižením (disabilitou) dosáhnout maximálně možné sociální a v závislosti na tom i pracovní integrace. Opožděný nebo nedostatečný intervenční rehabilitační zásah = zvýšené nároky na dávky a služby podmíněné nepříznivým zdravotním stavem.

Vedle těchto „primárních" problémů se však objevuje celá škála dalších (např. nedostatečná síť rehabilitačních center, v nichž by mohlo dojít k ověření zachovaného pracovního potenciálu osoby se zdravotním postižením, nízký výskyt až absence pozitivní rekomandace u některých skupin osob se zdravotním postižením (disabilitou), aj.), které rovněž ovlivňují svým způsobem integraci jedinců se zdravotním postižením (disabilitou).

Pro působivé a ekonomické provádění rehabilitace, potažmo pracovní rehabilitace, jako komplexní činnosti, se ve všech jejích činnostech musí řídit základními zásadami – včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost, dostupnost, individuální přístup multidisciplinární posouzení a součinnost. (Pracovní rehabilitace v regionálních sítích spolupráce)

Literatúra

1. BIENERTOVÁ, J. 2011, Hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu – kazuistika. Rehabilitácia,. 48, 2011, s. 120-127

2. BIENERTOVÁ, J. 2010, Pracovní rehabilitace – podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením (disabilitou), rigorózní práce, 2010

3. BUCHTOVÁ, B. et al. 2002, Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém. 1. vyd. Praha : Grada, 2002, ISBN 80-247-9006-8

4. FORMÁNKOVÁ, P., MOTLOVÁ, L., SVĚCENÁ, K. 2011, Aktivizace imobilních seniorů v rezidenčních zařízeních jako součást komprehensivní rehabilitace, Rehabilitácia, 48, 2011, s. 109-115

5. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. 2005, Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005, ISBN 80-7040-826-X

6. KRÁSA, V. 2004, V Praze se konala důležitá konference o zaměstnávání občanů se zdravotním postižením. Pracovní kapitál – přesun od zdravotního postižení ke schopnostem. In Skok do reality. č. 2. Praha, 2004

7. KOŠČÁLOVÁ, J. 2010, Změny v posuzování invalidity, Tempus medicorum, ročník 19, 2010, č 1, ISSN 1214-7524

8. Metodika motivačních nástrojů pro zaměstnávání OZP, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce"

9. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví MKF. 2001, Praha, Grada publishing,. Překlad z anglického originálu International classification of functioning, disability and health ICF, WHO, 2001, ISBN 978-80-247-1587-2, 2008

10. NOVOSAD, L. 2000, Základy speciálního poradenství : struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-197-5

11. Pracovní rehabilitace v regionálních sítích spolupráce, PENTACOM. vydané v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – Aktivace – Práce"

12. VÁGNEROVÁ, M. 2002, Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-678-0

13. VURM, V. et al. 2004, Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Manus, 2004, ISBN 80-86571-07-6

14. VYSOKAJOVÁ, M. 2000, Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení.1. vyd. Praha : Karolinum, 2000, ISBN 80-246-0057-9

15. Zákon č. 435 / 2004 Sb. o zaměstnanosti, v platném znění.

Adresa:
J. B., Pruchova ul. 2910/20, Most 434 01, Česko

Plynové injekcie ako ich nepoznáme

V dnešnej dobe sa čoraz viac objavujú trendy k návratu liečby bolesti starými a tradičnými metódami a najmä návrat k alternatívnym spôsobom liečby. Je to dané strachom ľudí z nadmerného užívania liekov typicky pri bežnej bolesti, ale aj o ich snahu zvládnuť bolesť a zdravotné problémy vlastnými silami. Tieto nefarmakologické postupy využívajú fyzikálnu terapiu - alternatívne konvenčné postupy (hydroterapiu, lokálne a celkové horúce kúpele, kryoterapiu, vibrácie, elektroterapiu, arómaterapiu, atď.). Obľúbenou je tiež alternatívna a doplnková terapia (akupunktúra, meditácia, jóga), ďalej kognitívne a behaviorálne postupy (meditácie, biofeedback, hypnóza). Jednou hraničnou a veľmi efektívnou metódou je **podkožná insuflácia plynu CO2**. Ide vlastne o spojenie konvenčného postupu fyzikálnej terapie a alternatívnej doplnkovej terapie. Dodnes je doménou balneoterapeutických procedúr v kúpeľných zariadeniach, kde sa s úspechom používa najmä pri chronických bolestivých stavoch, ale veľmi efektne aj pri kardiovaskulárnych ochoreniach, vazoneurózach a poruchách periférneho cievneho a nervového systému. Možno povedať, že je to aj hlavná indikácia použitia tejto jedinečnej metódy, aplikácia oxidu uhličitého (CO2) pod kožu. Jej prednosťou je veľmi jednoduché použitie, bezpečnosť pri dodržaní inštruktážnych krokov pri aplikácii (spôsob aplikácie, indikácie a kontraindikácie) a zachovaní asepsy (zhodná ako pri aplikácii iných s.c. injekcií). Dôležitým faktom sú i minimálne vedľajšie účinky (prechodné, krátkotrvajúce zvýšenie bolesti - pozitívny efekt reflexnej terapie) a v konečnom dôsledku je nezanedbateľná aj ekonomická stránka používanej metódy. Podrobnejšie viac na www.medexim.sk/INCO2.pdf
Po komplexnom zhodnotení možností využitia a porovnania účinku liečby na základe vlastných dlhoročných skúseností je jednoznačne odporučená aj do ďalších odborných ambulancií ako sú ortopedické, fyziatricko-rehabilitačné, neurologické, ale aj do ambulancií všeobecného a dorastového lekára.

J. Haring

Skolióza

Autorka této knihy o skolióze je dcera a pokračovatelka zakladatelky této metody Kathariny Schroth.

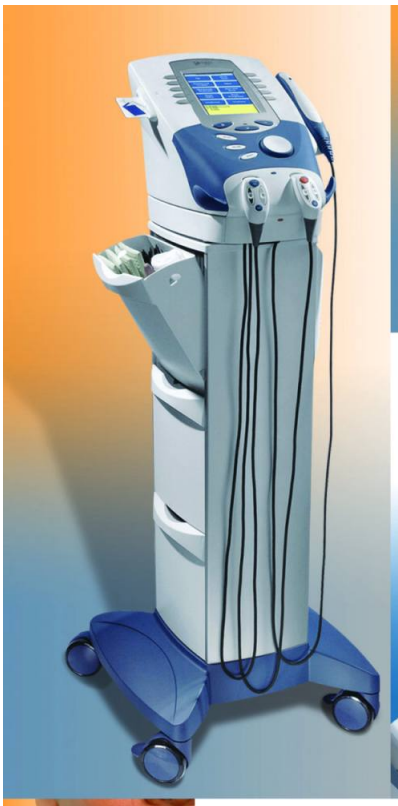
V roce 2007 vyšla v anglickém jazyce vydaná nakladatelstvím The Martindale Press, Palo Alto, California kniha *THREE-DIMENSIONAL TREATMENT FOR SCOLIOSIS - a physiotherapeutic method for deformities of the spine Christa Lehnert-Schroth, P.T.* ISBN 978-0-914959-02-1 V originálu byla publikována v Německu jako Dreidimensionale Skoliose-Behandlung již v roce 1973. Do angličtiny bylo přeloženo 7. vydání.

Publikace obsahuje 276 stran a 679 ilustrací a fotografií.
Kniha je rozdělena do pěti hlavních částí, které pak obsahují dalších až deset podkapitol:

A/ Teoretický základ metody Schrothové
B/ Evidence a základy teorie
C/ Cvičení
D/ Dokumentace
E/ Obecné informace

Kniha velmi hezky a zřetelně popisuje anatomii a patologické aspekty skoliózy. Na ilustracích je zobrazena jak anatomie, tak patologie. Dále je zde uvedena zásoba cviků v různých polohách, s pomůckami a náčiním, dýchání a také upozornění na chyby a nevhodná cvičení. V knize je uvedena spousta kazuistik s fotografiemi pacientů před, během a po terapii. Dále pak statistické údaje vývoje léčby, klinická vyšetření během terapie a mnoho dalších užitečných informací.

Přestože tato metoda pochází z počátků 20. let 20. století, stále hraje významnou roli v konzervativním manegementu a terapii skolióz a je hojně využívána na rehabilitacích věnující se této diagnóze.
Autorka až nadčasově pracovala se systémy lidského těla, ať už kosterně



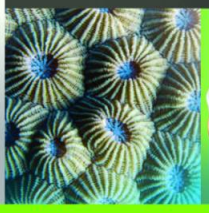
Derma

Physio

MEDEXIM®
20th Anniversary

...už 20 rokov Váš partner
na ceste za zdravím

Aqua



MEDEXIM spol. s r.o.
Hlboká 58, 921 01 Piešťany, Slovakia
tel.: +421 33 7724035, 7724687, 7724259, fax: +421 33 7725189
e-mail: medexim@medexim.sk, www.medexim.sk

svalovým, tak dechovým či kardio-respiračním.

Prvky této metody můžeme postřehnout i v novějších metodikách a konceptech jako je např. Spirální dynamika nebo DNS.

Například v části B se mimo jiné popisuje jak chápat a pracovat s pohybovým systémem, který je změněn skoliózou. Na jedné straně jsou zde svaly přetížené, roztahují se a hypertrofují na opačné svaly zkracující se a atrofující.

Tak např. m. quadratus lumborum, který společně s erectori trunci mají za úkol udržet oblast bederní páteře ve středním postavení. Pracuje-li tento sval jednostranně, dochází zde k tahu transversálních výběžků bederní páteře – výsledkem toho je torze v této oblasti. Jak s touto a dalšími asymetriemi pracovat, jak je správně podložit, prodýchat, uvolnit a zároveň aktivovat v excentrických a koncentrických kontrakcích se dočtete v druhé kapitole. Autorka nezapomíná ani na periferie a uvádí několik korekčních cvičení pro nohy (plochonoží, hallux valgus...).

Tato publikace díky svému velmi přehlednému popisu i množství fotografií, ilustrací a nadčasovostí je vhodnou knihou pro rehabilitační pracovníky a fyzioterapeuty věnující se této problematice.

J. Ľalíková

VYUŽITÍ TYČE FLEXI-BAR V TERAPII OSTEOPORÓZY

Autorka: K. Honová
Pracoviště: SurGal Clinic s r.o., Brno, Česko

Souhrn

Východiska: V následujícím sdělení představuji pomůcku Flexi-bar, která je vhodnou alternativou ke známým a běžně používaným prostředkům používaným k rehabilitaci pacientů, kteří trpí osteoporózou. Pozitivní účinky jsou prokázány studiemi. Popíši neurofyziologické působení, v další části textu se zaměřím na metodiku a příklady cvičení.
Klíčová slova: osteoporóza – vibrace – kmitání – rehabilitace – Flexi-bar

Honová, K.: Use of flexi-bar in the osteoporosis therapy

Summary

***Basis**: Flexi-bar is introduced in the following lines, which is a suitable alternative to well-known and commonly used tools used in the rehabilitation of patients suffering from the osteoporosis.*
***Results**: Positive effects are proved by the studies*
***Conclusion for practice**: Neurophysiologic impact is described, in the following part of the text, with a focus on methodology and exercise examples.*

***Key words**: osteoporosis, vibrations, oscillation, rehabilitation, Flexi-bar*

Honová, K.: Verwendung der Stange FLEXI-BAR in der Behandlung der Osteoporose

Zusammenfassung

***Die Ausgangspunkte**: in der vorliegenden Mitteilung ist ein Hilfsmittel Flexi-bar vorgestellt, das eine geeignete Alternative zu den bekannten und üblich verwendeten Mitteln, die in der Rehabilitation bei den Patienten, die an die Osteoporose leiden, ist.*
***Die Ergebnisse:** positive Wirkungen sind in den Studien nachgewiesen.*
***Die Schlussfolgerungen für die Praxis**: beschrieben ist die neurophysiologische Wirkung, in dem anderen Teil des Textes mit der Orientierung auf die Methodik und die Beispiele für die Übungen.*

***Schlüsselwörter**: Osteoporose – Vibration – Schwingung – Rehabilitation – Flexi-Bar*

Úvod

Dle WHO (1994) je **osteoporóza** progresivní systémové onemocnění, charakterizované úbytkem kostní hmoty a poruchami mikroarchitektury kostní tkáně s následným zvýšením fragility kostí a tendencí ke zlomeninám (6,13). Vzhledem k prodlužujícímu se věku populace má její výskyt vzestupný trend a stává se tak problémem nejen zdravotním a sociálním, ale i ekonomickým. V současné době trpí tímto onemocněním v České republice okolo 850 000 osob, což je 7 – 8 % obyvatelstva (3,6). Osteoporózu (dále jen OS) rozeznáváme lokální (především komplexní regionální syndrom) a generalizovanou. Generalizovaná forma se dělí dle příčiny vzniku na primární a sekundární. Primární OS je především involuční (postmenopauzální a senilní). Hlavním epidemiologickým faktorem je pokles ovariálních hormonů. Sekundární OS je způsobena základní chorobou (endokrinologické onemocnění, onemocnění jater, ledvin, diabetes mellitus, imobilizace nebo iatrogenně vyvolaná OS). K exogenním rizikovým faktorům patří předčasná menopauza, terapie kortikoidy, kouření, nadměrná konzumace alkoholu, imobilizace, sedavý způsob života, nedostatek pohybu, nízký příjem kalcia a vitamínu D (6,13).

Obr. 1

Obr. 2

U dospělých jedinců podléhá kost trvalému odbourávání a přestavbě. Remodelace se odehrává ve 3 – 10 % celkové masy skeletu za rok (7). Po ukončení růstu je kostní hmota relativně konstantní až do věku okolo 50 let.

U žen může dojít v některých místech skeletu k úbytku kostní hmoty již před menopauzou, ale ve srovnání s dalšími lety jsou tyto změny zanedbatelné. Procento pacientů s OS narůstá exponenciálně s věkem (13).

Pohybová léčba v rámci rehabilitace je nedílnou součástí léčby i prevence OS. Fyzická aktivita a vliv gravitace jsou nejdůležitějšími faktory pro růst kosti a její remodelaci. Působí třemi mechanismy: Dochází k aktivaci osteoblastů, fixaci vápenatých iontů na negativně nabité povrchy kostí a ke zvýšenému přísunu materiálu pro osifikace (6,9). Sinaki (2002) popsal ve své studii pozitivní efekt dva roky probíhajícího pohybového programu s progresivním odporovým cvičením dokonce 8 let po jeho skončení (10).

Rehabilitační cíle můžeme postulovat následovně:
- prevence zlomenin,
- zmírnění bolesti,
- korekce vertikálního držení těla,
- uchování nebo zlepšení pohybových funkcí,
- zlepšení kvality života,
- edukace.

Pohybová cvičení jsou doporučená provádět v délce trvání 45 minut, ideální frekvence je 3x týdně, intenzita zatížení submaximální. Pohyb by měl být doplněn o silovou složku, tedy tah, tlak, oporu o končetiny a tzv. „weight-bearing exercise“, což je cvičení, kdy tělo pracuje proti gravitaci (např. dřepy) (13).

Cvičení s Flexi-barem působí jiným mechanismem. Jedná se o působení kmitání těla tyče, které napodobuje a dále stimuluje vibrace probíhající fyziologicky ve svalu. Odezva organismu na účinek vibrací je závislá na délce působení, směru a intenzitě vibrací (8). Účinek vibrací je komplexní a působí ve dvou rovinách:

- **Přímo** – tj. mechanickou cestou, kterou ovlivňuje strukturu tkání.

- **Nepřímo** – působením na proprioceptory a exteroceptory (12).

Při cvičení s Flexi-barem dochází k zlepšení
- stability,
- rovnováhy,
- koncentrace,
- koordinace,
- pohybové senzibility (11).

Studie, zkoumající účinky vibrací v tréninku, prokazatelně potvrdily účinky na rozvoj síly, flexibility, stability, zlepšení hustoty kostí, cirkulace krve a urychlení regenerace (8).

Obr. 3

Obr. 7

Flexi-bar

Flexi-bar (obr. 1) je multifunkční a 3-dimenzionální tréninkové a léčebné nářadí (4). V jeho konstrukci nacházíme podobnost s Propriomedem. Na rozdíl od něj ale Flexi-bar (dále jen FB) neumožňuje regulaci zátěže posunem závaží na tyči. FB má dvě koncová závaží a středové madlo. Tělo tyče je vyrobeno speciálním postupem ze sklolaminátových vláken, který zaručuje přesně daný počet pravidelných kmitů. FB byl navrhnut pro masovější využití, zejména ve fitness centrech a pro svou jednoduchost a také nižší pořizovací náklady se využití přesouvá i do oblasti rehabilitace.

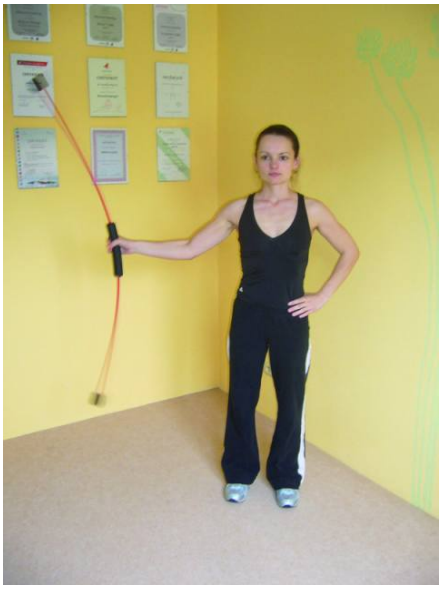
FB je v dostání ve čtyřech provedeních a obsáhne tak celé spektrum klientů:
- **Zelený** (Kids) – vhodný pro děti, nebo osoby se sníženou koordinační schopností, pro pacienty s paraplegií, spasticitou, dlouhodobě ležící osoby a seniory.
- **Červený** (Standart) – nejširší pole působnosti.
- **Modrý** (Intensiv) – pro zdatnější klienty.
- **Černý** (Athletik) – určen převážně pro vrcholové sportovce.

Podstatou cvičení s Flexi-barem je rozkmitání tyče a udržení výchozí (korigované) atitudy. Kmity vedou k vychylování nastavené postury a aby k této destabilizaci nedošlo, masivně se aktivují všechny skupiny břišních svalů, svaly pánevního dna, bránice, hluboké extenzory páteře (mm.multifidi), svaly trupu a paží. FB svými kmity působí střídavou aktivizaci antagonistických svalů v kokontrakčním vzorci.

Kontraindikace cvičení s FB jsou následující:
- akutně vzniklé vertebrogenní potíže,
- pooperační stavy (1 – 2 týdny po operaci meziobratlových plotének),
- masivní potíže s ploténkami s neurologickou symptomatologií,
- akutní zánětlivé procesy,
- závažné srdeční a oběhové problémy,
- extrémní hypertonie,
- arterioskleróza (stadium II – IV),
- aneurysma břišní aorty,
- artrotické bolesti v akutní fázi,
- těžká artróza,
- závažnější poruchy hmatu,
- těhotenství od druhého trimestru,
- zhoubné nádory s metastázami (4,12).

Zásady cvičení s Flexi-barem

Při kontrakci svalu dochází k uzavření kapilár po 30 sekundách. Při cvičení s FB je doba uzávěru kapilár dlouhá přibližně 2 minuty. Tato doba je tedy maximem výdrže v jedné poloze. K optimální zátěži naprosto stačí 15 – 30 s výdrže v dané poloze (12). Trénují se polohy vstoje, vsedě, v kleku, vleže a balanční modifikace. Poloha vleže je obzvláště výhodná v terapii pacientů po úrazech, dlouhodobě ležících a jako prevence vzniku imobilizačního syndromu (2). Pokud přidáme i pohybovou složku, je



Obr. 4

Obr. 5

možná i kombinace s výše zmíněnými „weight-bearing exercise“ – např. dřepy s předpažením s FB (viz praktická část). Další možností je kombinace cvičení v polohách dle vývojové kineziologie, která je přínosem v terapii např. u vertebropatů (5). Pokud se při cvičení ke zvýšení motivace používá hudba, neměla by rychlost překročit 130 BPM (beats per minute). Zajímavostí je energetická náročnost cvičení. V pilotní studii Dipperta a kol. (2010) bylo zjištěno, že za 30 minut cvičení s FB je energetická spotřeba 351 kcal, tedy vyšší než u joggingu rychlostí 8 km/hod (240 kcal) nebo při jízdě na kole (184 kcal) (1).

Příklady praktických cvičení

Cvik č. 1 (vhodný pro začátečníky, seniory nebo osoby s pohybovým omezením)

Výchozí poloha: Sed na židli, dolní končetiny (dále jen DKK) v trojflexi a lehké zevní rotaci v kyčelních kloubech. Pánev v neutrálním postavení, páteř v plynulém protažení, ramena centrována.

Provedení: FB v držení před tělem obouruč nadhmatem. Lehká flexe v loketních kloubech. Kmity vedeme v transversální rovině. Sledujeme změnu dechové vlny, pozor na elevaci ramen (obr. 2).

Variace: Cvik provést v elevaci paží, nebo pomalé vzpažení za stálého kmitání tyče(obr. 3). Pokud dojde ke krouživému pohybu na závažích, tyč zastavíme a znovu rozkmitáme.

Cvik č. 2 (běžná populace)

Výchozí poloha: Stoj, chodidla na šířku kyčelních kloubů. Postavení pánve, páteře a ramen viz výše.

Provedení: FB držen v upažení, druhá horní končetina (dále jen HK) může být v opření o bok nebo také v upažení (obr. 4). Kmity vedeme ve frontální rovině. Pokročilí přidají pomalý pohyb do vzpažení. Nad hlavou je možné FB přehmátnout do druhé DK a provést pohyb směrem do upažení.
Variace: Unožíme kontralaterální DK a přidáme tak balanční prvek (obr. 5).

Cvik č. 3 (sportovci)

Výchozí postavení: Stoj na bosu, FB držen v předpažení, kmity v transverzální rovině. Jednu DK flektovat v kyčelním kloubu (obr. 6). Výdrž, pomalu vrátit zpět a vyměnit.
Variace: Ve stoji na jedné noze provést pomalé vzpažení.

Cvik č. 4 (kombinace s „weight-bearing exercise“)

Výchozí poloha: Viz cvik č.2. FB v držení cca 45° předpažení. Pomalým pohybem provedeme squat (chodidla držet rovnoběžně, váhu přenést více na paty, maximální konečná pozice je pokud jsou stehna rovnoběžně se zemí a kolena nepřesahují před špičky), současně provádíme elevaci HKK s FB. Ramena držet v centrovaném postavení (obr. 7).

Cvik č. 5 (kombinace s terapií dle vývojové kineziologie)

Výchozí poloha (odpovídá vývojovému modelu 2. trimenonu): Vleže na boku, opora o jednu paži v oblasti ulnární strany předloktí, druhá v upažení drží FB. DKK: spodní v semiflexi v kyčelním kloubu, flexe v koleni a kotníku, svrchní DK v nákrokové fázi s trojflexí (obr. 8).
Variace: Zvednutí pánve nad podložku (obr. 9).

Závěr

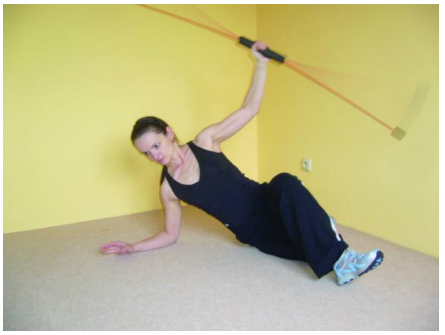
Osteoporóza je progresivní systémové onemocnění, které vede ke zvýšení fragility kostí s tendencí ke zlomeninám. Četnost v naší populaci je cca 7 – 8 %. V léčbě osteoporózy je vedle medikamentózní léčby nezastupitelná i pohybová intervence. V předloženém příspěvku je představena rehabilitační pomůcka Flexibar (FB). Podstatou cvičení s FB je rozkmitání tyče a udržení výchozí (korigované) atitudy. FB svými kmity působí střídavou aktivizaci antagonistických svalů v kokontrakčním

Obr. 6

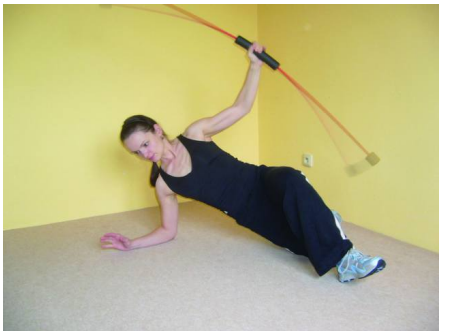
vzorci. Uvedeným mechanismem dochází ke stimulaci remodelace kostí a proto je velmi přínosné využít FB k pohybové léčbě pacientů s osteoporózou. FB je využitelný i k doplňující terapii sportovců, k léčbě poúrazových a pooperačních stavů a nebo u pacientů s funkčními poruchami pohybového aparátu. Ve článku jsou uvedeny příklady cviků, kterými můžeme obsáhnout široké pole působnosti.

Literatura

1. DIPPERT, T. et al.: Energieverbrauch während einer 30minütigen Trainingseinheit mit dem „Flexibar“ – eine Pilotstudie. Dostupné na: http://www.flexibar.de/content10/studien-auszeichnungen/Abschlussbe - richt_Flexi_Pilotstudie_final_D_0711.pdf
2. FORMÁNKOVÁ, P. a kol. 2011, Aktivizace imobilních seniorů v rezidenčních zařízeních jako součást komprehenzivní rehabilitace. Rehabilitácia, Vol. 48, No. 2, 2011, pp. 109–115. ISSN 0375-0922
3. FORMÁNKOVÁ, P. a kol. 2011, Léčebná výchova s seniorů s chronickým stádiem



Obr. 8



Obr. 9

osteoporózy jako nedílná součást komplexní léčebné rehabilitace. Rehabilitácia, Vol. 48, No. 3, 2011, pp. 143–150. ISSN 0375-0922

4. GUNSCH, M. D. 2009, Tiefenwirksames 3D-Training mit dem Flexi-bar. In.: Physioterapie med. 2009, No 6. pp. 5–13. Dostupné na: http://www.flexibar.de/content10/studien-auszeichnungen/PM6-2009_gunsch_3-D.pdf

5. HONOVÁ, K. 2012, Aktivace hlubokého stabilizačního systému s využitím moderních fitnes pomůcek (TRX, BOSU, FLOWIN). Rehabilitace a fyzikální lékařství, č. 1, 2012, s. 42–46. ISSN 1211-2658

6. NĚMCOVÁ, J., KORSA, J.:2008, Komplexní léčba a prevence osteoporózy – postavení a význam pohybové aktivity a léčebné rehabilitace. Medicína pro praxi 2008; 5(4), s. 165–168. ISSN 1214-8687

7. PALIČKA, V. a kol. 2001, Osteoporóza a vliv některých lokálních metabolických faktorů na kostní remodelaci. Česká revmatologie, supl. 1, 2001, s. 17–21. ISSN 1803-6597

8. PAVLŮ, D., STRACHOTOVÁ, H. 2011, Terapie a trénink s využitím vibrací: Současný trend nebo účinný prostředek? Rehabilitace a fyzikální lékařství, č. 3, 2011, s. 138–144. ISSN 1211-2658

9. SINAKI, M. 2010, Musculoskeletal Rehabilititation in Patiens with Osteoporosis – Rehabilitation of Osteoporosis Program-Exercise (ROPE). Journal für Mineralstoffwechsel 2010; 17 (2) pp. 60–65. Dostupné na http://www.kup.at/kup/pdf/9007.pdf

10. SINAKI, M. et al. 2002, Stronger Back Muscles Redukce the Incidence od Vertebral Fractures: A Prospective 10 Year Follow-up of Postmenopausal Women. BONE, Vol. 30, No. 6, June 2002, pp. 836–841. ISSN 8756-3282

11. SLAVÍK, M. 2006, Cvičení s pružnou tyčí v kondičním tréninku. Bakalářská práce. Katedra sportovních studií MU. Brno, 2006.

12. TOUFAROVÁ, H. 2012, Flexi-bar basic, odborné školení.. Brno 2012, ústní sdělení.

13. UNIFY ČR. FBLR/2 metabolická onemocnění skeletu – osteoporóza. Standart fyzioterapie doporučený UNIFY ČR. Pro členy dostupné na: http://www.unify-cr.cz/download/fblr/pks_16_007_fblr_2.pdf

Adresa: K. H., Nížkovice 96, Slavkov u Brna, 684 01
mail: honova@centrum.cz

navštív stránku www.rehabilitacia.sk

SLEDOVÁNÍ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ U NEMOCNÝCH PO PTCA A CABG

Autor: J. Haluzíková
Pracovisko: Ústav ošetřovatelství, Slezká univerzita Opava, fakulta veřejných politik, Hauerova 4, 746 01 Opava, Česko

Souhrn

Východiska: Kardiovaskulární choroby v rozvinutých zemích jsou hlavní příčinou úmrtí. V posledních letech zaznamenala velký úspěch perkutánní koronární angioplastika a z chirurgických metod aortokoronární bypass. Důležitá je motivace a edukace nemocných v dodržování režimových opatření, ke kterým řadíme adekvátní fyzickou aktivitu v rámci rehabilitace, dodržování antisklerotické diety, zákaz kouření a sníž. konzumace alkoholu.
Cíl: průzkum je zaměřen na zjištění dodržování režimových opatření u pacientů po revaskularizačním zákroku (perkutánní koronární angioplastika - PTCA a aortokornární bypass – CABG).
Metodika: První soubor tvořili muži, u kterých byla provedena PTCA. Pacienti byli do průzkumu zařazeni tak, jak postupně přicházeli k provedení zákroku. Šetření bylo provedeno u 50 mužů ve věku od 40 – 65 let. Druhý soubor tvořili nemocní, u kterých byla provedena CABG. V kardiochirurgické ambulanci bylo náhodně vybráno 50 mužů po CABG ve věku od 40 – 65 let.
Závěr: Progrese koronární aterosklerózy zůstává nadále závažným problémem po PTCA a CABG. Po pacientovi se vyžaduje, aby provedl modifikace v jeho koronárních rizikových faktorech a životním stylu. Cílem edukace by mělo být navrhnout změny životního stylu, identifikovat překážky, identifikovat zdroje zdravotních informací a vyvodit návrhy na pečovatelskou činnost pro pomoc dlouhodobému uzdravení. Je potřeba vyvinout maximální úsilí v primární a sekundární prevenci.
Klíčová slova: perkutánní transluminální koronární angioplastika – aortokoronární bypass – režimová opatření – antisklerotická dieta – kouření – pohybová aktivita – rehabilitace

Haluzíková, J.: Monitoring of regime precau - tions in after PTCA and CABG

Summary

Basis: *Cardiovascular diseases are a major cause of death in the developed countries. Percutaneous coronary angioplasty and surgical aortic-coronary bypass noted big success in the recent years. Motivation and education of the patients to comply with the regime precautions, such as adequate physical activity during rehabilitation process, abiding the atherosclerotic diet, prohibition of smoking and low consumption of alcohol is very important.*
Aim: *The research was focused on regime precaution compliance in patients after revascularization intervention (percutaneous coronary angioplasty – PTCA and aortic-coronary bypass – CABG).*
Methods: *The first group consisted of men after PTCA, patients were engaged into the research in the order, as they came for the intervention. This research group consisted of 50 men, aged*

Haluzíková, J.: Die Uberwachung der Regime-massnahmen bei Patienten nach PTCA und CABG

Zusammenfassung

Die Ausgangspunkte: *die kardiovaskuläre Erkrankungen in den entwickelten Ländern sind die häufigste Todesursache. In den letzten Jahren wurde ein grosser Erfolg der perkutanen koronaren Angioplastik und von den chirurgischen Methoden aortokoronarer Bypass registriert. Wichtig ist die Motivation und Ausbildung der Patienten zur Einhaltung der Regimemassnahmen, zu den eine adäquate physische Aktivität im Rahmen der Rehabilitation, die Einhaltung der antisklerotischen Diät, das Rauchverbot und reduzierter Alkoholkonsum gehören.*
Das Ziel: *die Untersuchung ist auf die Einhaltung der Regimemassnahmen bei den Patienten nach dem Revaskularisationseingriff (perkutane koronare Angioplastik – PTCA und aortokoronarer Bypass – CABG) gezielt.*

40-65 years. The second group consisted of patients after CABG. 50 men, aged 40-65 years, were randomly chosen form the dispensary of cardio-surgical outpatient department.
Conclusion: *Progression of coronary atherosclerosis still remains very serious problem after PTCA and CABG. Patient is requested to make modifications in his coronary risk factors and lifestyle. Aim of the education is to propose the changes in the lifestyle, identify the obstacles, identify the sources of health information and to draw the proposals for healthcare to help the long-term healing. Maximal effort should be evolved in the primary and secondary prevention.*

Key words: *percutaneous transluminal coronary angioplasty, aortic-coronary bypass, regime precautions, antisclerotic diet, smoking, motion activity, rehabilitation*

Die Methodik: *die erste Gruppe bestand aus den Männern, bei den PTCA durchgeführt wurde. Die Patienten wurden in die Untersuchung so eingeordnet, wie sie sich stufenweise einem Eingriff zu unterziehen kamen. Die Untersuchung wurde bei 50 Männern in dem Alter von 40 – 65 Jahren durchgeführt. Die zweite Gruppe bildeten die Patienten, bei den CABG durchgeführt wurde. In der kardiochirurgischen Ambulanz waren nach dem Zufallsprinzip 50 Männer im Alter von 40 bis 65 Jahren ausgewählt.*
Das Fazit: *die Progression der koronaren atherosklerose bleibt auch weiter ein ernsthaftes Problem nach PTCA und CABG. Der Patient ist verpflichtet, dass er die Modifikation in seinen koronaren Risikofaktoren und seinem Lebensstil durchführt. Das Ziel der Erziehung sollten die Vorschläge der Lebensstilveränderungen sein, Identifikation der Hindernisse, die Quellen der Gesundheitsinformationen zu identifizieren und die Vorschläge auf die Betreuungstätigkeit für die Hilfe bei der langfristigen Heilung zu deduzieren. Es ist wichtig die maximale Anstrengungen in der primären und sekundären Prävention zu entwickeln.*

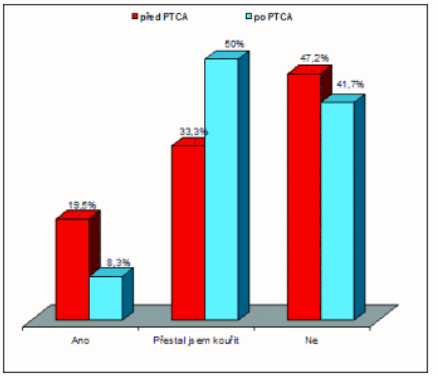
Schlüsselwörter: *perkutane transluminale koronare Angioplastik – aortokoronarer Bypass – Regimemassnahmen – antisklerotische Diät – Rauchen – Bewegungsaktivität - Rehabilitation*

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění patří k nejčastějším onemocněním nejen u nás, ale i v celém západním světě. Jde především o onemocnění, která úzce souvisí se životním stylem. A právě proto, že životní styl , který vedeme, můžeme sami změnit a tak snížit negativní působení tohoto faktoru. Bohužel řada nemocných je si vědoma svého nezdravého životního stylu a přesto pro sebe nic nedělá. V USA proběhla celostátní opatření a dosáhlo se tak snížení výskytu kardiovaskulárních onemocnění u mužů ve věku 30 – 59 let o 30 – 50%. Studie proběhla v letech 1972 – 1982. Pacienti na změně svého životního stylu pracovali individuálně nebo ve skupinách. (5) Výsledky dlouhodobého výzkumu příčin kardiovaskulárních onemocnění (tzv. Framinghamské studie) upozorňují na faktory , které zhoršují funkci srdeční a oběhové soustavy. Rizikové faktory neboli tzv. moderátory nepřímo ovlivňují fyziologické dění, které je poté hlavním faktorem, kdy dojde k selhání srdce nebo krevního oběhu.

Cíl: průzkum je zaměřen na zjištění dodržování režimových opatření u pacientů po revaskularizačním zákroku (perkutánní koronární angioplastika – PTCA a aortokornární bypass – CABG).
Metodika: První soubor tvořili nemocní (muži), u kterých byla provedena plánovaná PTCA, ale i nemocní, u kterých byla provedena akutně. Pacienti byli do průzkumu zařazeni tak, jak postupně přicházeli k provedení zákroku. Šetření bylo provedeno u 50 mužů ve věku od 40 – 65 let. Tato skupina byla oslovena za 6 měsíců od provedení PTCA, kdy jim byl zaslán dotazník. Z oslovených 50 nemocných odpovědělo 36 (72 %).
Druhý soubor tvořili nemocní, u kterých byla provedena CABG. V kardiochirurgické ambulanci bylo náhodně vybráno 50 mužů po CABG ve věku od 40 – 65 let. Na zaslaný dotazník odpovědělo 31 nemocných. Návratnost dotazníků činila

62 %. Ze sledovaného souboru dva nemocní zemřeli (6,4 %) a jeden nemocný (3,2 %) byl po cévní mozkové příhodě, imobilní, neschopen komunikace (základní údaje vyplnila manželka). Z tohoto důvodu je provedeno hodnocení u 28 nemocných pro lepší analýzu zjištěných údajů.
Statistické zpracování: Získaná data byla ukládána do databáze vytvořené v programu Microsoft Excel, statistické zpracování údajů bylo provedeno počítačovým programem Stata verze 7.0
Výsledky: Průměrný věk respondentů před a po PTCA je 53,2 roků. V souboru po CABG 57,6 roků.
Graf č. 1 Před PTCA kouřilo 19,5 % (7), přestalo kouřit 33,3 % (12) a nekouří 47,2 % (17). Po výkonu kouří 8,3 % (3), 50 % (18) přestalo kouřit a 41,7 % (15). Po CABG nekouří větší polovina respondentů.
Graf č. 2 ilustruje jak pacienti požívají alkohol před a po angioplastice. Před výkonem přiznali požívání alkoholu pravidelně 8,3 % (3), příležitostní požití uvádí 63,9 % (23) a nepožívá alkohol 27,8 % (10). Po angioplastice příležitostně požívá alkohol 66,7 % a nepije 33,3 % (12).
ilustruje jak pacienti požívají alkohol před a po angioplastice. Před výkonem přiznali požívání alkoholu pravidelně 8,3 % (3), příležitostní požití uvádí 63,9 % (23) a nepožívá alkohol 27,8 % (10). Po angioplastice příležitostně požívá alkohol 66,7 % a nepije 33,3 % (12). V souboru po CABG příležitostné požívání alkoholu uvedla většina nemocných.
Graf č. 3 ukazuje jaká je pravidelná tělesná námah u nemocných před a po angioplastice. Pravidelnou tělesnou námahu před zákrokem udává 33,3 % (12) a žádnou pravidelnou tělesnou námahu neprovozuje 66,7 % (24). Po zákroku 36,1 % (13) se pravidelně tělesně namáhá a 63,9 % (23) ne. $p < 0,050$ *. Pacienti po CABG cvičí pouze čtvrtina nemocných a většina necvičí vůbec.
Graf č. 4 podává přehled o dodržování dietních opatřeních. Před výkonem se dietní opatření netýkala 69,4 % (25) a antisklerotickou dietu má 30,56 % (11). Po angioplastice nemá dietní opatření 52,8 %



Graf č. 1 ***Kouříte?*** *Před výkonem téměř polovina pacientů nekouří, ale po výkonu se jejich počet snížil. Zvýšil se počet nemocných, kteří po výkonu přestali kouřit.*

(19) a antisklerotickou dietu dodržuje 47,2 % (17). $p < 0,000$. U nemocných po CABG třičtvrtina nemocných nedodržuje dietní opatření.

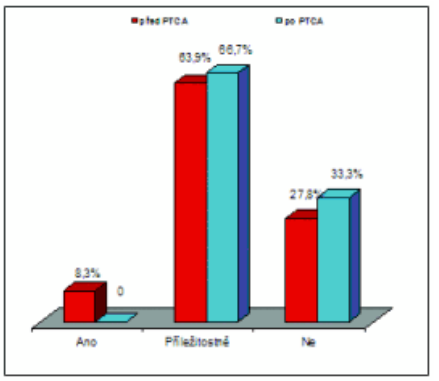
Diskuze

Celá populace většiny průmyslově rozvinutých zemí, ale i rozvíjejících se zemí je riziková v rámci výskytu rizikových faktorů aterosklerózy. Závažným rizikovým faktorem je i kuřáctví. V souboru nemocných před PTCA kouřilo sedm a jejich počet se snížil na tři po angioplastice. Zvýšil se počet nemocných, kteří po výkonu přestali kouřit. Asi polovina nemocných nekouří před PTCA, ale po výkonu se jejich výskyt nepatrně snížil. Příznivá situace je v souboru po CABG, kdy kouří jeden, ostatní respondenti přestali kouřit anebo nekouří. Kouření patří k jednomu z rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku kardiovaskulárních komplikací. Lékař i sestra (samozřejmě oba nekuřáci) by měli v rámci edukace nemocného v nekuřáctví stále podporovat a především ty nemocné, kteří přestali kouřit. I když je většina nemocných k nekuřáctví neustále motivována, přesto je v této průzkumné práci osmina, kteří kouří. Je možné, že je jich více a pacienti neodpovídají správně. Těmto nemocným by bylo vhodné důrazně říci , že pro jejich zdraví, je nutné zanechat kouření. Můžeme nabídnout odvykání kouření formou

náplastí, nikotinových žvýkaček. Při každé návštěvě dotaz a informaci opakujeme. Protože kuřácké návyky vznikají většinou v dětství a adolescenci je nutná primární prevence. Statistiky vypovídají o tom, jak je kouření nebezpečné. Podle prohlášení, které vydala American Cancer Society z roku 1989 se odhaduje, že plných 30 % úmrtí na rakovinu připadá na vrub kouření. O něco vyšší množství kuřáků a kuřaček, než zemře na rakovinu, zemře na komplikace spojené s kardiovaskulárním onemocněním. (Křivohlavý, 2001, s. 70)
Pokud nemocný s tímto onemocněním přestane ihned kouřit riziko kardiovaskulárních chorob okamžitě klesá (4). Důležitým aspektem je i fakt, že kouření snižuje účinnost řady léků např. menší pokles krevního tlaku, tepové frekvence, snižuje se účinek benzodizepinů, účinek warfarinu, některých psychofarmak. (4)
S požíváním alkoholu se setkáváme v průběhu tisíciletí dějin lidstva na mnohých místech světa. Dnes se příjem alkoholu vyjadřuje jako průměrná spotřeba alkoholu na osobu za časovou jednotku. Počítá se s tím, že v západním světě existují úplní abstinenti (asi 40 %), občasní příjemci (necelých 35 %), umírnění pijáci (zhruba 17 %) a alkoholici (asi 6 %). (70) V podstatě nejméně pijí alkohol starší lidé, vyšší procento lidí holdujících alkoholu je mezi mladými lidmi. Je potřeba si uvědomit, že alkohol je návykový a ve větším množství negativně působí na organismus člověka, např. způsobuje jaterní cirhózu. V souboru negativně působících vlivů na naše zdraví je v posledních letech věnována mimořádná pozornost vlivu alkoholu a drog. V souboru PTCA přiznali tři pravidelné požívání alkoholu. Příležitostní požití alkoholu před výkonem udává větší polovina a po provedení angioplastiky není významný rozdíl. Stejné je to i u těch, kteří odpověděli, že nepožívají alkohol. V souboru po CABG je většina, kteří udávají příležitostné požití alkoholu. Nemocným nezakazujeme umírněné požívání alkoholu. Tolerance denní spotřeby se pohybuje v rozmezí 30 – 50 g tj. 0,5 – 1l piva, 2 – 4 dcl vína nebo 5 cl lihovin u mužů, u žen je tolerována poloviční dávka alkoholu než u mužů.
Z kardiologického hlediska a komplexní péče se formují dvě skupiny nemocných. Jednu tvoří osoby staršího věku, a to sebou přináší nové medicínské problémy. Cílem komplexní rehabilitace je udržet jejich fyzickou kondici, samostatnost a odpovídající kvalitu životu. Druhou a odlišnou skupinu tvoří mladí nemocní s předčasnými projevy ICHS, kteří jsou zaskočeni její manifestací. Je to pro ně existenční záležitost.

Pohyb je jedním ze základních projevů života. Pravidelné cvičení těla a ducha zlepšuje zdraví. Minulé století, ale i začátek tohoto století jsou charakterizovány stále se zmenšujícími nároky na tělesnou práci a ubývajícím pohybem obyvatel měst i venkova. S nedostatkem pohybu se setkáváme již v raném dětství. Výsledkem je klesající fyzická výkonnost našich obyvatel, jejíž projevy jsou všem dobře známy.
V průzkumné práci je zjišťován jaký je vztah nemocných k pravidelné tělesné námaze. V souboru PTCA není významného rozdílu mezi probandy, kteří uvedli pravidelnou tělesnou námahu před a po angioplastice. Počet cvičících stoupl a tento nárůst, je statisticky významný. (graf č.3) U respondentů po CABG je situace obdobná, kdy většina probandů nemá pravidelnou tělesnou námahu. Výsledky v průzkumu ukazují na to, že vztah k pohybové aktivitě je u pacientů víc něž záporný. Cílem edukace nemocných by mělo být i vysvětlení nutnosti rehabilitace. Řada studií, která proběhla klade důraz na význam pravidelné tělesné zátěže. Léčebná tělesná výchova může být vedena na principu kolektivního nebo individuálního tréninku. Vhodným typem tělesné námahy by měla být chůze, jízda na kole a lyžování. Nemocný by měl ujít 17 – 35 km týdně. (12, 13) Pohyb u této zátěže je dynamický, a velmi kladně působí na emotivní stránku nemocných. Především těch, u kterých se projevují nálady anxiózní a depresivní. Ze zimních sportů je doporučován běh na

lyžích nebo turistika. Sjezdové lyžování není vhodné pro značný podíl statické, izometrické práce, která vede ke zvýšení krevního tlaku a může dojít až k hypertenzi. Nevýhodou v horském terénu by mohla být špatná dostupnost při převážení nemocného do zdravotnického zařízení při vzniku kardiálních obtíží. Z dalších sportů je vhodné plavání v krytém bazénu s přiměřeně teplou vodou, rychlá chůze, běh, gymnastika. Kolektivní sporty jsou rizikem pro pacienty s kardiologickým onemocněním, poměrně často může vzniknout náhlá koronární smrt. Po provedení zákroku by nemocní měli absolvovat ergometrické testování v laboratorních podmínkách. Úplně ideální by bylo, kdyby v jednotlivých zdravotnických zařízeních probíhala organizována léčebná tělesná výchova na principu kolektivního nebo individuálního tréninku, kde by se scházeli jednou týdně kardiaci a cvičili v předem stanovených jednotkách pod vedením lékaře a fyzioterapeuta. Dlouhodobý rehabilitační tréninkový program je pro kardiaky prospěšný. Zvyšuje fyzickou kondici, vrací nemocnému důvěru (při zátěži delší jak 30 minut dochází v organismu k uvolnění endorfinů, které působí jako opioidy a u nemocného vytvářejí příjemnou náladu). Cvičení ovlivní nejen fyzickou stránku člověka, ale i psychickou, kdy dochází ke snížení úzkosti, zvýší se kladně sebehodnocení, odstranění depresí aj..
Důležité je ovšem uvědomit si, že pro nás všechny od malička až do pozdního věku je důležitý pravidelný pohyb. Zátěž nemá být vyčerpávající, ale má být úměrná věku a trénovanosti. Nejvhodnější a nejlevnější je chůze – pro každého a v každém věku.
K dalším významným rizikovým faktorům patří i neracionální nutrice. Doporučení která by měla vést ke změně stravovacích návyků, se podávají s přihlédnutím k tělesné hmotnosti, hladině lipidů v krvi a celkovém riziku. Racionální výživa s doporučením zvýšené tělesné aktivity by se měla stát absolutní prioritou. Dodržovat pravidla správné výživy a změnit stravovací návyky se nestalo samozřejmostí



Graf č. 2 Požíváte alkohol? Před výkonem téměř polovina pacientů nekouří, ale po výkonu se jejich počet snížil. Zvýšil se počet nemocných, kteří po výkonu přestali kouřit.

pro větší polovinu před PTCA a po PTCA se počet nepatrně snížil. Výsledky ukazují na pokles počtu nemocných, kteří po provedení zákroku nedodržují dietní opatření. Obdobná situace je i ve skupině po CABG, většina nedrží dietu. V oblasti edukace, která se týká problematiky výživy, je vidět rezervy. Je potřeba nemocné upozornit na význam dietních opatření při ICHS. Správná výživa má vliv na vznik a průběh onemocnění, přesto někteří nemocní nechtějí provést zásadní změny ve stravovacích zvyklostech. Nevhodné složení potravy vede i ke vzniku obezity. Byla zveřejněna studie Sjostroma, kdy byl prokázán výrazný vztah mezi obezitou a kardiovaskulárním onemocněním, mozkovou mrtvicí a úmrtím na selhání srdce. Studie, které se zaměřily na poznávání vztahu mezi obezitou a zdravotním stavem, ukázaly, že ukládání tuku v břišní oblasti má velmi negativní vliv na vývoj zdravotního stavu. Zároveň byl zjištěn vztah mezi tímto typem obezity a kardiovaskulárním onemocněním. (5) Sestra by měla doporučit vhodné nebo méně vhodné a nevhodné potravy pro racionální výživu. Vhodné by bylo pořádání odborných přednášek dietní sestrou pro kardiaky, na kterou by se mohli nemocní nebo jejich příbuzní obrátit i s příslušnými dotazy. Dietní sestry poskytující intervence musí být dostatečně erudované v celé oblasti výživy. Měly by

znát i různé výživové směry, které jsou stále oblíbenější, měly by také znát její klady a zápory. Aby nemocný porozuměl stravovacímu režimu, je nutný kvalitní edukační materiál. Za účelem dietních intervencí jsou vypracovány rámcové jídelníčky. Dietní sestra by měla názorně předvést, jak pomocí rámcového jídelníčku a záměnných tabulek sestavovat konkrétní jídelní lístek. Nemocný by měl také obdržet pokyny, rámcový jídelníček, tabulky záměny potravin, vzorové jídelníčky včetně jejich nutričních propočtů, receptář pokrmů a tabulky výživných hodnot vybraných potravin. Nemocný by tak získal přehled o tom, které potraviny jsou pro něj vhodné, jaká je jejich energetická hodnota, důležité je i vědět, jaká je správná skladba jídla. Nesmíme opomenout i to, aby se naučil orientovat v tom, jaké pohybové aktivity jsou pro něj vhodné a jaký je jejich energetický výdej. Dietní sestra, která edukaci provádí, musí samozřejmě zjistit, jaké stravovací návyky nemocný má, dále by měla zjistit i sociální podmínky. Je-li to možné, pozveme do poradny i rodinného příslušníka, který doma vaří. Část edukace správných dietních opatření považuji za velmi důležitou. V souboru nemocných se zcela evidentně ukázalo, že nemocní nedrží antisklerotickou dietu. Většina nemocných užívá hypolipidemika, která jim předepsal lékař. Léčba těmito preparáty je nesmírně nákladná a zároveň doprovázená řadou nežádoucích účinků těchto preparátů, na které si nemocní stěžují. Dieta je nesmírně důležitou součástí léčby.

Zjištěné výsledky

informují, v kterých oblastech je potřeba se zaměřit na adekvátní edukaci pacientů a jejich rodin. Je to především v oblasti dodržování pravidelné tělesné námahy a dodržování diety. V souboru PTCA nemocní nedodržují dietní opatření před výkonem, po výkonu se jejich počet mírně snížil, přesto téměř polovina nemocných nedodržuje dietní opatření.

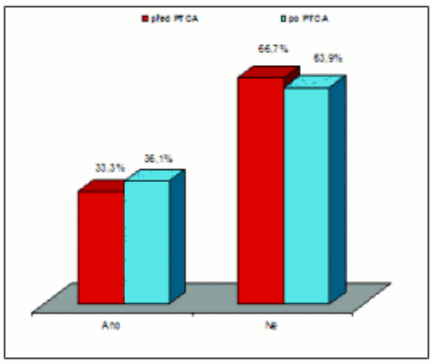
Taktéž **dietní opatření** nedodržují nemocní v souboru po CABG. V řadě zemí existují sekundární preventivní programy (6,1), které prokázaly účinnost v oblasti změny stravovacích návyků, ale neukázaly žádný vliv na kouření nebo pravidelnou tělesnou námahu. Některé studie poukazují na význam pravidelné tělesné námahy, lékařskou, ošetřovatelskou a psychickou péči, která by měla být součásti profesionální péče o nemocné s chronickým onemocněním. Důležitá je změna od kvantity ke kvalitě. (2)

K dalším významným opatřením po obou zákrocích patří dodržování pravidelné tělesné námahy. V souboru PTCA dosažené výsledky ukazují na významné nedodržování pravidelné tělesné námahy, kdy zjištěné údaje do jisté míry podporují výše zmíněné předpoklady zhoršené kvality života podmíněné povahou a průběhem základního onemocnění. Výsledky jsou statisticky významné. V souboru po CABG rovněž většina respondentů uvádí, že nemá pravidelnou tělesnou námahu. Nesporný vliv na zlepšení kvality života má i rehabilitace. Uvádí se, že u nemocných, kteří se účastnili rehabilitace, došlo ke zlepšení QOL za čtyři až šest týdnů po angioplastice. (8, 7). Tito nemocní měli i méně problémů než ti, kteří se rehabilitace neúčastnili. Taktéž rehabilitace má vliv na zpětné zařazení do pracovního poměru. Jaký je současný stav léčby kardiovaskulárních onemocnění? Řada studií zdůrazňuje efektivitu invazivní revaskularizační léčby (PTCA a CABG), která je poskytována v 90% akutních stavů. Bohužel dva faktory se vymykají zdravotnické péči tj. kouření a nízká fyzická aktivita, které se podílejí na vytvoření komplexu faktorů tvořící metabolický syndrom. Důležité je informovat nemocné nejen o dodržování racionální diety, ale s tím souvisí i přiměřená fyzická aktivita. (14) Nemocným se uvádí, že po plánované angioplastice se mohou vrátit během týdne do práce. Většina nemocných po PTCA nemá snížené schopnosti po stránce fyzické nebo mentální, jako po AIM nebo CABG. Tito se cítí uzdraveni. Jejich ocenění po stránce kardiálního uzdravení nemusí být seriózní. Záleží na lidech, co

udělají dál pro své zdraví. V zahraničí mají možnost nemocní na rozdíl od našich možnost účastnit se v různých edukačních kurzech (7, 74, 92, 108). Tyto programy ukázaly, že jsou účinné v oblasti stravovacích návyků, ale neukázaly žádný vliv na kouření nebo pravidelnou tělesnou námahu. Zahraniční studie sledovaly dietní opatření, péče o zdraví, role a zařazení do práce a ukazují na potřebu dalšího výzkumu. Uvádějí, že nemocní měli zájem o nejnovější informace a o videoknihovny. Podporují individualitu učení nemocného. (8, 3, 9)

Je nesmírně důležité jaká je osobnost nemocného, jak umí ocenit sám sebe, dále záleží na jeho povaze a jak po proceduře bude dodržovat doporučená režimová opatření zaměřená na zdraví, dietu, chůzi, práci aj.. Lázeňská péče má hlavní význam pro edukaci nemocných ke správnému životnímu cílu (dieta, cvičení, správný denní režim). Samotné lázeňské procedury jsou samozřejmě doplňkem nikoliv podstatou léčby.

Hodnocení kvality života
po CABG se hodnotí jako přežívání bez limitující AP, srdečního selhání, AIM, rehospitalizace, reintervence, s dostatečnou tolerancí zátěže. Většina nemocných udává dobrou kvalitu života prvních pět let po operaci, poté se začíná pomalu zhoršovat (návrat k AP).
Nemocný, který před operací pracoval, může při nekomplikovaném průběhu nastoupit do zaměstnání za 2-3 měsíce (úplná revaskularizace, dobrá tolerance zátěže bez AP, bez přidružených limitujících onemocnění). U nemocných s neúplnou revaskularizací nebo přetrvávající AP upřesňuje výsledek zátěžového testu. (16) Zařazení nemocných do pracovního poměru po PTCA je individuální. Jednalo-li se o výkon plánovaný, může se do práce vrátit za dva až tři dny po absolvování výkonu. Je-li PTCA provedena v rámci AIM, zkracuje se délka hospitalizace a s tím i návrat do zaměstnání. Hlavním

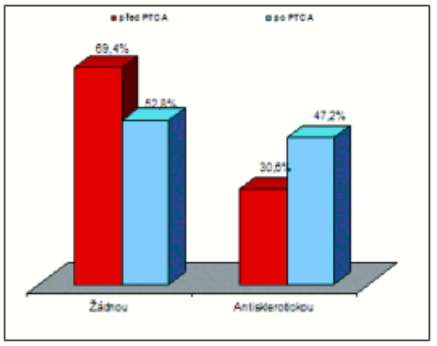


Graf č. 3 ***Namáháte se tělesně pravidelně*** *V oblasti pravidelné tělesné námahy není významný rozdíl v počtu nemocných, kteří uvedli pravidelnou tělesnou námahu před a po angioplastice. I když počet cvičících po PTCA stoupl o jednoho, tento nárůst je statisticky významný (p<0,05).*

ukazatelem v obou případech jsou výsledky zátěžového testu.

Otázka návratu do pracovního procesu je problematická. Je ovlivněna socioekonomickými faktory a tím, jak je vysoká nezaměstnanost v příslušném regionu. Nemocní, kteří odešli do invalidního důchodu a jsou v produktivním věku a došlo u nich k zlepšení zdravotního stavu, mnohdy těžce hledají uplatnění v praxi.

Aktivní práce
s nemocným a členy jejich rodiny, jejich příprava na propuštění pacienta a jejich edukace v požadavcích léčebného režimu by měly být součástí individualizované ošetřovatelské péče. Na tuto činnost by měla dál navazovat péče ambulantní a to nejen u praktického lékaře, ale i v ordinacích odborných lékařů. Jak ukázaly jiné průzkumy, práce sester je prozatím orientována tímto směrem velmi málo, ale ani lékaři příliš nemocného na nutnost a vhodnost dodržovat pro propuštění určitá režimová opatření nepřipravují. Většina nemocných i jejich rodinných příslušníků, ale i zdravotnických pracovníků v ambulantní složce zůstává poučena velmi málo, přestože většina z nich by informace ráda prospěšně využila. (11)



Graf č. 4 ***Držíte dietu*** *Větší polovina nemocných před PTCA nedodržuje antisklerotickou dietu a po PTCA se počet snížil. Zvýšil se počet nemocných, kteří po angioplastice dodržují dietní opatření.*

Song (10) uvádí, že jeho studie potvrzuje motivaci k edukačním programu, které vedou k zlepšení kvality života. Podporují programy pro uvedení a udržení zdravého životního stylu.

Sociologické výzkumy,
které proběhly u nás i ve světě potvrdily, že rodinná a sousedská péče zajišťuje 70 až 80% veškeré poskytované péče. Zdravotnictví a sociální sektor zabezpečují pouze něco přes 20%. (15) Stoupají náklady na tyto služby a tlak na pečující se rodiny tak zvyšuje. Nejvíc možností má sestra, která pracuje v primární péči. Ta by měla spolupracovat se sestrou v kardiologické ambulanci. Jejich prvním krokem by mělo být komplexní zhodnocení pacienta. Prvním krokem by mělo být zhodnocení anamnézy, posouzení schopností a dovedností týkajících se aktivit, schopností a možností pečovat o svou domácnost a její vybavení. Nutné je věnovat zvláštní pozornost sociální situaci pacienta, jeho schopností komunikovat, rozhodovat se a přizpůsobit se změnám. Dále je potřebné si ověřit, kdo poskytuje péči z rodiny, jaký profesionál a v jakém rozsahu. Vhodné je zhodnotit situaci v rodině. Hovoříme nejen s pacientem, ale i s pečujícími. Ten, kdo přebírá na sebe většinu péče, je nazýván primárním pečujícím. S rozhovoru s příbuznými by měla sestra umět rozpoznat problémové rodiny. Na základě zjištěných informací je potřebné provést analýzu a sestavit edukační plán. Edukujeme nejen pacienta, ale i rodinné příslušníky, kteří žijí s nemocným ve společné domácnosti.
Závěr: Progrese koronární aterosklerózy zůstává nadále závažným problémem po PTCA a CABG. Po pacientovi se vyžaduje, aby provedl modifikace v jeho koronárních rizikových faktorech a životním stylu. Cílem edukace by mělo být navrhnout změny životního stylu, identifikovat překážky, identifikovat zdroje zdravotních informací a vyvodit návrhy na pečovatelskou činnost pro pomoc dlouhodobému uzdravení. Je potřeba vyvinout maximální úsilí v primární a sekundární prevenci.

Literatura

1. CARLSSON, R. 1998: Serum cholesterol,lifestyle, working capacity and quality of life in patients with coronary artery disease. Experiences from a hospital – based secondary prevention programme. Scand Cardiovasc J Suppl.,1998. Vol.50, 1998, s. 1 – 20
2. DEREK, J., DALYNN,T. 2000: Quality of life comparisons: Gender and population differences in cardiopulmonary rehabilitation. Heart Lung, 2000. Vol. 29, no 9. s. 340 – 347
3. GULANIC, M., ET A L 1998: Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: The patient's perspective. Heart Lung, 1998. Vol. 27, no 4. s. 253 - 62.)
4. KRÁLÍKOVÁ, I. 2008: Kouření jako rizikový faktor kardiovaskulárního onemocnění. Medicína po promoci, 2008. Vol. 9, no 2. s. 33 – 39.

keď chceš dobre citovať v diplomovke - navštív stránku www.rehabilitacia.sk

Klinika komplexní rehabilitace MUDr. Jiřího Marka

MONADA, spol. s r. o.

pořádá

mezioborovou konferenci s mezinárodní účastí

KOMPLEXNÍ LÉČBA POHYBOVÉHO APARÁTU DĚTÍ A DOSPĚLÝCH

u příležitosti 20. výročí založení kliniky

12. října 2012

Top Hotel & Congress Center, Praha 4 - Chodov

Odborným garantem je ČLS – SRFM J. E. P.
Konference bude zařazena v systému celoživotního vzdělávání lékařů dle SP ČLK č.16/2007.
Bude zažádáno o vydání souhlasného stanoviska profesní organizace UNIFY ČR dle vyhl. č.4/2010Sb. a ČAS dle vyhl.č. 321/2008Sb.

Bližší informace naleznete na **www. monada.cz**

1992

MONADA

2012

5. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001: Psychologie zdraví. 1.vyd. Praha: Portál, 2001.
6. LISSPERS, J. 1999: Behavioral effects of a comprehensive, multifactorial program for lifestyle change after percutaneous transluminal coronary angioplasty: A prospective, randomize, controlled study. Journal of Psychosomatic Research, 1999. Vol. 46, no 2. s. 143 – 154.
7. LUKKARINEN, H., HENTINEN, M. 1998: Assessment of quality of life with the Nottingham Health profile among women with coronary artery disease. Heart Lung, 1998. Vol. 27, no 3. s. 189 – 199.
8. PERKINS, S., JENKINS, L., 1998: Selft / efficacy expectation, behavior performance, and mood status in early recovery from PTCA. Heart Lung, 1998. Vol. 27, no 1, s. 37 – 46.
9. PERMANYER,M., ET A L 1999: Perceived health over 3 years after percutaneous coronary balloon angioplasty. J Clin Epidemiol, 1999. Vol. 52, no 7. s. 615 – 23.
10. SONG,R., „ET AL." 2001: Effects of a 12 week cardiac rehabilitation exercise program on motivation and health/promotion lifestyle. Heart Lung, 2001. Vol. 30, no 4. s. 200 - 209.
11. STAŇKOVÁ, M., WALTER, I. 2000: Návaznost nemocniční a ponemocniční péče při ošetřování starších osob. Ošetřovatelství, 2000. Vol. 2, no 1-2. s. 14-19.
12. ŠIMÍČEK, J. 1995: Tělesná námaha při koronární nemoci: risk či zisk ? Eurorehab, 1995. Vol. 5, no 3. s. 157 – 159.
13. ŠIMÍČEK, J., STOLZ, I. 1996: Význam odvykání kouření v rehabilitaci po kardiovaskulárních onemocněních. Eurorehab, 1996. Vol. 6, no. 4. s. 245 – 247.
14. ŠIMON, J. 2008: Perspektivy preventivní kardiologie aneb co dále. Cor vasa, 2008. Vol. 50, no 4, s. 145-146.
15. TOPINKOVÁ, E. 1997: Podpora péče v rodině – úloha sestry. Sestra, 1997, Vol. 7, no 5. s. 14.
16. ŽELÍZKO, M. 1996: Invazivní diagnostika a intervenční léčba ICHS. Cor Vasa,1996. Vol. 38, no.1, K3-K8.

Kontaktní adresa: J. H., Slezská univerzita Opava, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetřovatelství, Hauerova 4, 746 01 Opava
jana.haluzikova@fvp.slu.cz

POROVNÁNÍ ETICKÝCH KOMPETENCÍ STUDENTŮ FYZIOTERAPIE A JINÝCH NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

Autoři: R. Bužgová, L. Sikorová
Pracoviště: Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava, Česko

Souhrn

Východisko: Morální aspekty jsou nedílnou součástí zdravotnické praxe. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je míra morální kompetence u studentů fyzioterapie, ergoterapie a dalších nelékařských oborů na Lékařské fakultě Ostravské univerzity, zda je ovlivněna studijním oborem a předchozí absolvovanou střední školou.
Soubor: Výzkumu se zúčastnilo 366 studentů zdravotnických oborů Lékařské fakulty OU - fyzioterapie, ergoterapie, všeobecná sestra, porodní asistentka.
Metody: Pro měření etických kompetencí byl použit test MJT (The Moral Judgment Test) od George Linda (1995). Ke statistickému zpracování byly použity: analýza rozptylu (ANOVA) a Pearsonův korelační koeficient na hladině významnosti 5 %.
Výsledky: Průměrná hodnota C-indexu byla u všech studentů 15,65. Pouze 9 % studentů dosáhlo vysokých hodnot C-indexu. Nebyla zjištěna souvislost mezi absolvovanou střední školou a hodnotou C-indexu (p = 0,3161). U studentů fyzioterapie byl zjištěn největší podíl studentů (14 %) s vysokou hodnotou C-indexu. Při hodnocení preference argumentů podle šesti stupňů dle Kohlberga jsme zjistily, že studenti preferovali argumenty ve vyšším stupni 5 a 6, tedy v postkonvenčním stádiu morálního vývoje.
Závěry: Výsledky ukázaly, že studenti zdravotnických oborů mají nižší schopnost morální argumentace (nižší hodnoty C-indexu), proto je nutné hledat vhodné metody pro rozvoj morálního usuzování studentů při výuce zdravotnické etiky.

Klíčová slova: morální kompetence – MJT – student – zdravotnické obory

Bužgová, R., Sikorová, L.: Comparison of ethic competency in students of physiotherapy and the other non-medical departments

Summary

Basis: *Moral aspects are inseparable part of healthcare practice. Aim of the study was to find out the rate of moral competency among the students of physiotherapy, occupational therapy and some other paramedical departments at Medical Faculty of Ostrava University and to detect if it is influenced by the study section and the previous high school attendance.*
Group: 366 students of paramedical departments of Medical Faculty of Ostrava University, students of physiotherapy, occupational therapy, general nursing, midwifery, participated in the study.
Methods*: The Moral Judgment Test (MJT) by George Lind (1995) was used to measure the ethic competency. The data were statistically processed and analysed via analysis of variances (ANOVA) and Pearson correlation coefficient, the level of significance was 5 %.*

Bužgová, R., Sikorová, L.: Vergleich der ethischen Kompetenzen der Studenten der Physiotherapie und anderen nicht – medizinischen Bereiche

Zusammenfassung

Die Ausgangspunkte*: die moralischen Aspekte sind integraler Bestandteil der medizinischen Praxis. Das Ziel dieser Untersuchung war es festzustellen, wie ist das Mass der moralischen Kompetenz bei den Studenten der Physiotherapie, Ergotherapie und den anderen nicht – medizinischen Bereichen an der Medizinischen Fakultät der Universität Ostrava, ob die durch das Studienbereich und durch die bisherig absolvierte Mittelschule beeinflusst ist.*
Die Datei: in der Untersuchung waren 366 Studenten der medizinischen Bereiche an der Medzinischen Fakultät OU – Physiotherapie, Ergotherapie, Krankenschwester, Hebamme beteiligt.
Die Methoden*: um die ethische Kompetenzen zu messen war der Test MJT (The Moral Judgment Test) von George Linda (1995) verwendet. Für*

Results: The average value of C-index was 15,65 in all students. Only 9 % of students reached the high values of C-index. The correlation between the previous high school type attendance and the C-index values was not found (p = 0,3161). The highest ratio of students (14 %) with the high value of C-index was found among physiotherapy students. Assessing the preference of the arguments according to Kohlberg via six grades we found that the students preferred the arguments of higher grades 5 and 6, in the post-convention state of moral development.
***Conclusion**: The results showed that the students of paramedic departments have lower ability of moral competency (lower levels of C-index), therefore it is necessary to search for the suitable methods to develop the moral judgement of students in healthcare ethic tuition.*
***Key words**: moral competency, MJT, student, paramedic departments*

die statistische Verarbeitung wurden die Varianzanalyse (ANOVA) und der Korrelationskoeffizient nach Pearson bei Signifikanzniveau von 5 % verwendet.
Die Ergebnisse: der Durchschnittswert des C-Indexes war bei allen Studenten 15,65. Nur 9 % der Studenten erreichten ein hohes Mass an C-Index. Es gab keine Korrelation zwischen der absolvierte Mittelschule und dem C-Index Wert (p = 0,3161). Bei den Studenten der Physiotherapie war der grösste Anteil der Studenten (14 %) mit dem hohen C-Index Wert festgestellt. Bei der Auswertung der Präferenzen von Argumenten nach den sechs Stufen nach Kohlberg haben wir festgestellt, dass Studenten die Argumente in der höheren Stufe 5 und 6 bevorzugten, also in der postkonventionellen Stufe der moralischen Entwicklung.
***Die Schlussfolgerungen**: die Ergebnisse zeigten, dass die Studenten der medizinischen Berufe haben niedrigere Fähigkeit der moralischen Argumentation (niedrigere Werte des C-Indexes), so ist es notwendig geeignete Methoden für die Entwicklung der moralischen Beurteilung der Studenten bei dem Unterricht der medizinischen Ethik zu finden.*
***Schlüsselwörter**: moralische Kompetenz, MJT, Student, medizinische Bereiche*

Úvod

Schopnost morálně zvažovat etické problémy a dilemata u studentů nelékařských zdravotnických oborů je důležitou součástí jejich budoucí zdravotnické praxe. Morálka vychází z osobních vnitřních akceptovaných morálních principů jedince, nikoliv z vnějších sociálních norem a standardů (Lind, 2008). Stupeň morálního vývoje jedince je určován mírou zvnitřnění sociálních norem a hodnot, a mírou závislosti na vnější kontrole chování (Prokopová, 2006). Lerkiatbundit (2006) dokazuje, že metoda morální diskuse nad dilematy při výuce studentů zdravotnických oborů může zvýšit jejich morální uvažování. Dále dokládá z literárního přehledu souvislost mezi principy morálního usuzování a celkovým morálním chováním, které zahrnuje odpor k podvádění a vyvíjení tlaku, předcházení nezákonnému jednání, neagresivní a pomáhající chování. Pozitivní vztah mezi morálním úsudkem a profesionálním chováním byl zjištěn právě u studentů zdravotnických oborů a to u fyzioterapeutů, farmakologů, všeobecných sester, lékařů a zubařů, (Rest, 1994).

V zahraničí existuje několik testů, kterými lze morálku měřit, např. Defining Issues Test – DIT (Rest, 1979), Moral Judgement Interwiev – MJI (Colby, 1987), The Moral Udgement Test – MJT (Lind, 2008). V evropských zemích je nejčastěji užíván Lindův test MJT, který byl uveřejněn před více než 30ti lety k měření morálního postoje (afektivní aspekt) a morální kompetence (kognitivní aspekt). V současné době je uveden ve 29 jazykových verzích (Lind, 2006). Morální kompetence je chápána jako jedincova způsobilost dospívat na základě svých vnitřních zásad k morálním soudům a způsobilost jednat v souladu s těmito soudy. Morální postoje představují převážně hodnotící vztah, ve kterém se částečně odráží rozumové poznání, ale především subjektivní emocionální hodnocení mravních problémů (Lind, 2005; Slováčková, 2001). Jedincovy morální postoje jsou v MJT testu měřeny podle 6 stupňů morálního usuzování dle Kohlberga (Lind, 2008). Tato stádia jsou spojeny do tří úrovní. První je

Tab. 1 Porovnání průměrných hodnot a podílu (v %) nízkých, středních, vysokých a velmi vysokých hodnot C-indexu u jednotlivých oborů

Studijní obor			Hodnota C-indexu (v %)			
	průměr	s.d.	nízký	střední	vysoký	velmi vysoký
všeobecná sestra	12,67	8,75	46	48	6	0
porodní asistentka	18,69	10,17	17	75	8	0
fyzioterapie	17,41	10,46	27	59	14	0
ergoterapie	15,99	9,99	30	61	9	0
radiologický asistent	14,74	10,47	34	58	6	2
zdravotní laborant	15,24	9,82	38	50	12	0
Celkem	**15,65**	**9,43**	**36**	**55**	**9**	**0**

Tab. 1 Porovnání průměrných hodnot a podílu (v %) nízkých, středních, vysokých a velmi vysokých hodnot C-indexu u jednotlivých oborů

prekonvenční úroveň (1. a 2. stádium) morálního usuzování. Je charakteristická pro děti ve věku 2 – 7 let. Jedná se o pragmatickou morálku s naivní egocentrickou orientací, chování je zaměřené na uspokojování vlastních potřeb a posuzováno podle snahy o maximální výhodu (odměnu) či minimální negativní následky.

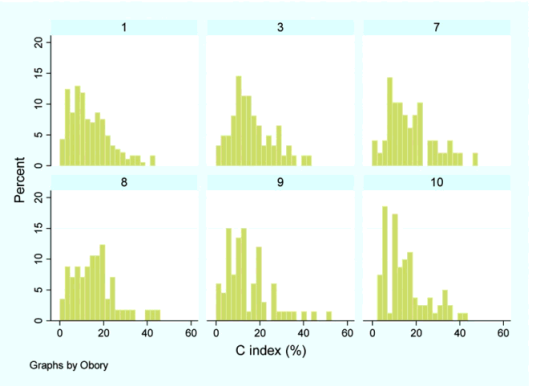
Druhá je konvenční úroveň (3. a 4. stádium), která je charakteristická konformitou se standardními obrazy společnosti a fixováním na pravidla.

Činy jsou posuzovány podle očekávané ztráty cti a podle viny za škodu způsobenou druhým. Ustrnutí v konvenční úrovni morálního vývoje si lze představit jako morálku poslušného dítěte či dobrého občana, naplňujícího normy, plnícího příkazy autorit, aniž by uvažoval o jejich obsahu. Poslední je postkonvenční stádium morálního vývoje (5. a 6. stádium), které je charakteristické orientací na svědomí, respektování druhých a na společné sdílené hodnoty. Čin je veden poctivostí, spravedlností a snahou o uchování vlastních morálních zásad. Je vyjádřena úcta ke společnosti a k sobě samému (Kohlberg, 1990, Prokopová, 2006, Pascarella 1997).

V České republice použila test MJT Slováčková (2001) a to k měření etických kompetencí budoucích lékařů na LF UK v Hradci Králové.

Soubor a metody

Měření etických kompetencí se zúčastnilo celkem 366 studentů 1. ročníků nelékařských oborů Ostravské univerzity, denní formy studia v oborech fyzioterapie (n = 50), ergoterapie (n = 60), všeobecná sestra (n = 90), porodní asistentka (n = 14), radiologický asistent (n = 70) a vyšetřovací metody (n = 82) v akademickém v roce 2009 % 2011. Věkové rozpětí studentů se pohybovalo od 18 do 35 let. Průměrný věk studentů byl 20,68 let (s = 2,66).
Pro měření etických kompetencí byl použit test MJT (The Moral Judgment Test) od George Linda (2008). Test je určen k diagnostice vývojových stadií morální kompetence jedince, umožňuje získat nejen pokrok v morální kompetenci, ale také zastavení vývoje či dokonce regresi. Test předkládá studentům dvě dilemata a ke každému dilematu šest argumentů pro a proti zvolenému řešení chování v příběhu. Studenti mohou souhlasit či nesouhlasit s daným argumentem a svůj názor vyjádřit na škále od (- 4) do (+ 4). Výstupem testu je tzv. skóre konzistence – C-index, který představuje morální kompetenci jedince. C-index odráží jedincovu schopnost argumentovat podle svých morálních kvalit. Hodnotí konzistentnost zastávaného stanoviska. C-index může nabývat hodnot 1 - 100 a je nejčastěji kategorizován na nízký (1 – 9), střední (10 – 29), vysoký (30 – 49) a velmi vysoký (nad 50). Druhým výstupem je skóre preference stadií – tato hodnota odhaluje



Graf 1 Rozložení hodnot C-indexu u studentů jednotlivých zdravotnických oborů 1 – všeobecná sestra, 3 – porodní asistentka, 7- fyzioterapie, 8 – ergoterapie, 9 – radiologický asistent, 10 – zdravotní laborant

postoje jedince identifikované podle 6 Kohlbergových stadií morálního usuzování. Postoje ke každému stupni jsou prezentovány hodnotou v rozpětí od -16 (argumenty v uvedeném stupni silně odmítá) do + 16 (argumenty v daném stupni silně přijímá). Postoje podle 6 Kohlbergových stádií musí být řazeny podle jejich čísla, pokud je vyšší stupeň 6 preferován více, stupeň 1 by měl být preferován méně.

Testy byly studentům předkládány ve skupinách vždy podle jednotlivých oborů. Předložení dotazníku bylo časově omezeno na 25 – 35 minut.

Hodnoty C-indexu byly vypočteny dle metodiky Linda (2005). Pro hodnocení vztahu C-indexu v závislosti na oboru a typu školy byla použita analýza rozptylu (ANOVA) na hladině významnosti 5 %. Typy škol byly rozděleny na tři skupiny: 1. gymnázium, 2. zdravotnické, humanitní a ekonomické obory (střední zdravotnická škola, humanitní a výchovná, sociálně-právní, techniky a služeb, hotelová, obchodní akademie) a 3. technické obory (střední průmyslová škola, strojnická, hutnická průmyslová). Pro hodnocení vzájemné souvislosti mezi C-indexem a jednotlivými stupni dle Kohlberga byl použit Pearsonův korelační koeficient na hladině významnosti 5 %.

Cíl

Cílem práce bylo zjistit, jaká je míra morální kompetence u studentů nelékařských oborů na Lékařské fakultě OU, zda je ovlivněna studijním oborem a předchozí absolvovanou střední školou.

Výsledky

Výsledky ukázaly, že studenti vykazovali nízkou míru C-indexu. Průměrná hodnota C-indexu u všech studentů byla 15,65 ± 9,43, variační rozpětí 0,6 – 50,56 bodů. U 36 % studentů byla zjištěná nízká hodnota C-indexu, u 55 % studentů střední a pouze u 9 % studentů vysoká hodnota C-indexu. Pouze u 1 studenta byla zjištěna velmi vysoká hodnota C-indexu.

Rozdíly v hodnotách podle jednotlivých oborů jsou uvedeny v tabulce č. 1 a grafu 1. Při hodnocení rozdílu mezi jednotlivými obory byla zjištěna signifikantně nižší hodnota C-indexu u studentů v oboru všeobecná sestra ve srovnání s ostatními obory (p = 0,0014). Nejvyšší průměrné hodnoty byly zjištěny u studentů v oboru fyzioterapie a porodní asistence. U studentů fyzioterapie byl zjištěn největší podíl studentů (14 %) s vysokou hodnotou C-indexu.

Tab. 2 Porovnání hodnot C-indexu u studentů podle absolvované střední školy

Střední škola	n	průměr	s.d.	p
gymnázium	203	16,41	10,42	0,3161
zdravotnické, humanitní a ekonomické obory	146	15,42	10,57	
technické obory	17	12,55	5,8	

Tab. 2 Porovnání hodnot C-indexu u studentů podle absolvované střední školy

Při hodnocení rozdílu podle absolvované střední školy, byla zjištěna nesignifikantně vyšší hodnota C-indexu u studentů z gymnázia (p = 0,3161), tab. 2. Nejnižší hodnoty C-indexu byly zjištěny u studentů z technicky zaměřených středních škol.

Tab. 2 Porovnání hodnot C-indexu u studentů podle absolvované střední školy
Při hodnocení samostatných otázek jsme se zaměřily na názor studentek na dilema lékaře (souhlas s provedením euthanasie lékařem na žádost terminálně nemocné ženy). Respondenti odpovídaly na škále od -3 (silně nesouhlasím) do +3 (silně souhlasím). Nejvíce a to více než polovina studentů (64,8 %) s provedením euthanasie spíše nebo silně souhlasila. Nejčastěji studenti souhlasili s argumenty „protože lékař byl jediným člověkem, který mohl splnit přání ženy, respekt vůči jejímu přání jej přiměl jednat tak, jak jednal.“a „lékař musel jednat podle svého svědomí. Zdravotní stav ženy ospravedlnil výjimku z morálního závazku chránit život.
Naopak s provedením euthanasie silně nesouhlasilo pouze 6,3 % studentek. Nejčastěji voleným argumentem proti euthanasii byl: „…protože se lékař mohl dostat do velkých problémů. Již byli potrestaní jiní za stejnou věc….“ Silný souhlas s euthanasií vyjádřili zejména studenti fyzioterapie, naopak silný nesouhlas vyjádřily nejvíce všeobecné sestry. Rozdíly v jednotlivých oborech jsou uvedeny v tabulce č. 3.
Při hodnocení preference argumentů podle šesti stupňů dle Kohlberga jsme zjistily, že studenti preferovali argumenty ve vyšším stupni 5 a 6, tedy v postkonvenčním stádiu morálního vývoje. Rozdíly v jednotlivých oborech jsou uvedeny v tabulce 4.

Vyšší hodnota znamená větší souhlas s argumenty v daném stupni, VS – všeobecná sestra, PA – porodní asistentka, Fyzio – fyzioterapie, Ergo – ergoterapie, RA – radiologický asistent, ZL – zdravotní laborant

Tabulka 5 ukazuje korelační matici mezi jednotlivými stupni dle Kohlberga. Byla zjištěna vyšší korelace mezi bližšími stupni (např. stupeň 1 a 2) než mezi stupni, které jsou více vzdáleny od sebe (např. stupeň 2 a 4). Nejvyšší korelace byla zjištěna mezi prvním a druhým stupněm ($r = 0.5667$, $p < 0.05$). V prvním sloupci tab. 6 je uvedena korelace mezi jednotlivými stupni a C-indexem. Preference pro stupeň 5 a 6 pozitivně mírně korelovala s C-indexem ($r = 0.2196$ a $r = 0.2075$, $p < 0.05$), pro nízký stupeň (1 a 2) nebyla zjištěna negativní korelace s C-indexem.

Diskuse

Dle výsledků měření etických kompetencí u studentů nelékařských oborů Ostravské univerzity je zřejmé, že studenti dosáhli převážně nízké a střední hodnoty C-indexu. Slováčková (2001) zjistila u 45 % studentů medicíny na LF UK vysokou míru C-indexu, v našem souboru studentů to bylo pouze 9 %. Podobně nižší průměrnou hodnotu C-indexu zjistili Schillinger-Agati a Lind (2003) u Brazilských vysokoškolských studentů na malých soukromých vysokých školách. Tito autoři zjistili vyšší hodnoty C-indexu (průměr 37,8) u

Tab. 3 Názor studentů na dilema lékaře (v %)

Škála	VS	PA	Fyzio	Ergo	RA	ZL	**Celkem**
-3	10,3	5,9	6,1	5,0	5,9	4,9	**6,3**
-2,-1	19,6	23,5	18,4	21,7	16,2	15,9	**19,2**
0	13,4	5,9	2,0	15,0	14,7	7,2	**9,7**
1,2	45,9	52,9	44,9	40,0	50,0	51,2	**47,5**
3	10,8	11,8	28,6	18,3	13,2	20,8	**17,3**

Rozpětí škály od -3 (silně nesouhlasím) do +3 (silně souhlasím), VS – všeobecná sestra, PA – porodní asistentka, Fyzio – fyzioterapie, Ergo – ergoterapie, RA – radiologický asistent, ZL – zdravotní laborant

Tab. 3 Názor studentů na dilema lékaře (v %) Rozpětí škály od -3 (silně nesouhlasím) do +3 (silně souhlasím), VS – všeobecná sestra, PA – porodní asistentka, Fyzio – fyzioterapie, Ergo – ergoterapie, RA – radiologický asistent, ZL – zdravotní laborant

vysokoškolských studentů v Německu. V našem souboru nebyla zjištěna souvislost mezi absolvovanou střední školou a hodnotou C-indexu, přesto vykazovali studenti gymnázia nesignifikantně vyšší hodnoty C-indexu.

Studentky v našem výzkumu preferovali 5 a 6 stupeň morálního usuzování, tedy postkonvečení úroveň. Tyto výsledky jsou shodné s tvrzením Linda (2006) na základě 29 průřezových studií, kdy zjistil ve všech kulturách preferenci morální orientace stupně 5 a 6 jako adekvátní úroveň argumentace při řešení morálního dilematu. Prekonvenční orientace (stupeň 1 a 2) byla odmítána nejvíce, shodně jako v našem výzkumu, a preference pro konvenční orientaci (stupeň 3 a 4) byla mezi těmito dvěma extrémy. Lerkiatbundit et al. (2006) zjistili u studentů zdravotnických oborů preferenci 5 a 4 stupně před stupněm 6.

Při hodnocení korelace byla celkově zjištěna shodně s Lindem (2005) vyšší korelace mezi bližšími stupni preference stádií (např. stupeň 1 a 2) než mezi stupni, které jsou více vzdáleny od sebe (např. stupeň 2 a 4).

Dále jsme zjišťovali korelaci mezi jednotlivými stupni preference stádií a C-indexem. V našem výzkum nebyla zjištěna, jak uvádí Lind (2005), vysoká negativní korelace mezi C-indexem a nízkým stupněm preference (1 a 2), vysoká pozitivní korelace mezi C-indexem a vysokým stupněm preference (5 a 6) a současně korelace se středním stupněm (3 a 4) ležící mezi těmito dvěma extrémy. V našem výzkumu byla zjištěna pouze nízká korelace mezi C-indexem a stupněm 5. Nebylo tedy potvrzeno, že preference vyššího stupně souvisí s vyšší hodnotou C-indexu. Přestože studenti preferovali vyšší stupeň morálního posuzování – postkonvenční úroveň, mají nižší schopnost argumentovat s konzistencí zastávaného stanoviska.

Některé provedené studie hodnotící morální kompetence studentů zjišťují vývoj morálního uvažování během studia. Vývoj morální kompetence během studia nebyl v naší studii zjišťován. Slováčková (2001) zjistila snížení hodnot C-indexu ve vyšším ročníku studia medicíny. Naopak Auvinen et al. (2004) dokládá signifikantně vyšší morální kompetenci u studentů ošetřovatelství v posledním ročníku ve srovnání se studenty prvního ročníku. Vyšší etickou kompetenci zjistila také u studentů, kteří se setkali s etickými dilematy při praktickém tréninku. Také Duckett et al. (1997) zjistili signifikantně vyšší hodnoty morálního uvažování u studentů po skončení bakalářského studia ošetřovatelství.

Při hodnocení jednotlivých otázek dilematu lékaře, téměř tři čtvrtiny studentů uvedly souhlasný postoj k provedení euthanasie a to zejména studenti oboru fyzioterapie. Studenti nejvíce souhlasili s argumentem podporujícím autonomii pacienta a důraz na jeho přání v závěru života. Quaghebeur et al. (2009) na základě literárního přehledu 41 článků uvádí také mezi nejčastější argumenty pro euthanasii ve zdravotnické etice argumenty postavené na jednom ze základních etických principů, jímž je respekt k autonomii pacienta. Musgrave a Soudry (2000) zjišťovali postoj sester a porodních asistentek k euthanasii na mezinárodní konferenci ošetřovatelství. Většina sester

Tab. 4 Průměrné hodnoty preference stupňů podle Kohlberga u studentů v jednotlivých oborech

Stage preference	VS	PA	Fyzio	Ergo	RA.	ZL	**Celkem**
	mean ± SD (range: -16 to 16)						
Stage 1	-1,21±3,67	-1,59±4,31	-3,02±4,04	-2,84±3,93	-1,19±3,89	-1,98±4,16	**-1,97±4,04**
Stage 2	-2,91±4,98	-3,77±5,12	-5,80±5,15	-4,58±4,98	-3,05±4,02	-2,06±5,30	**-3,69±5,13**
Stage 3	0,76±4,07	-0,13±4,03	-1,52±5,03	-1,18±4,31	0,18±4,39	-0,20±4,98	**-0,35±4,52**
Stage 4	2,24±4,06	3,25±3,28	2,72±3,99	3,25±4,29	3,11±3,94	3,15±3,14	**2,96±3,99**
Stage 5	4,27±3,98	4,9±3,21	4,51±4,09	4,47±3,27	3,98±3,87	4,07±3,72	**4,37±3,69**
Stage 6	3,43±4,08	3,95±3,95	3,28±3,23	3,64±3,84	3,99±3,28	3,85±3,07	**3,69±3,61**

Vyšší hodnota znamená větší souhlas s argumenty v daném stupni, VS – všeobecná sestra, PA – porodní asistentka, Fyzio – fyzioterapie, Ergo – ergoterapie, RA – radiologický asistent, ZL – zdravotní laborant

Tab. 4 Průměrné hodnoty preference stupňů podle Kohlberga u studentů v jednotlivých oborech

a porodních asistentek vyjádřila souhlasný postoj k aktivní euthanasii a její legalizaci. Častěji to byly sestry bez náboženského vyznání, žijící v zemích s více liberálním postojem k euthanasii. K podobným závěrům dospěl i Kuhse a Singer v Austrálii (1993), kdy souhlas se změnou legislativy ve prospěch euthanasie uvedlo 78 % sester a dokonce 65 % sester by bylo ochotno spolupracovat s lékařem při výkonu aktivní euthanasie, pokud by byla zákonná. Cavlak (2007) zjišťoval postoj k euthanasii u studentů fyzioterapie a zjistil souhlasný postoj k provedení euthanasie pouze u 38,3 % studentů fyzioterapie v Turecku, tedy méně než v našem souboru studentů fyzioterapie. Schillinger-Agati a Lind zjistili spíše souhlasné stanovisko s euthanasií u 64 % vysokoškolských studentů psychologie.

Závěr

Zkušenosti z výuky etiky i výsledky testů morální kompetence ukazují, že studenti zdravotnických oborů mají nižší schopnost morální argumentace (nižší hodnoty C-indexu), proto je nutné hledat vhodné metody pro rozvoj morálního usuzování studentů při výuce zdravotnické etiky. Vhodnou metodou může být tradiční metoda diskuse modifikovaná dle Linda (2005), kterou pojmenoval Konstanzova metoda dilematické diskuse (Method of Dilemma Discussion - KMDD). Metoda byla navržena ke zvýšení k aktivní diskuse prostřednictvím střídajících se fází náročného myšlení, znovu přezkoumání předpokladů, odhalení různých názorů, tvoření řad argumentů a reakcemi na protiargumenty. Vliv této metody ověřil Lerkiatbundit et al. (2006) u studentů zdravotnických oborů, kdy zjistil signifikantní zvýšení hodnot C-indexu v intervenční skupině. Signifikantní zvýšení hodnot C-indexu bylo zjištěno po ukončení diskusních skupin (6 setkání po 90 minutách) a to také 6 měsíců po ukončené intervenci. Bylo by vhodné vyzkoušet tuto metodu i v českém prostředí při výuce zdravotnické etiky. Také test MJT může být vhodnou pomůckou pro testování morálního vývoje studentů, ověření účinnosti výuky i pomůckou pro zahájení etické diskuse se studenty. Pro další výzkum by bylo vhodné sledovat vývoj morální kompetence u studentů během jejich studia.

Literatura

1. AUVINEN, J. SUOMINEN, T. LEINO-KILPI, H. HELKAMA, K. 2004. The development of moral judgment during nursing education in Finland. In Nurse education today. ISSN 0260-6917, 2004, roč. 24, č. 7, s. 538-546.

2. CAVLAK, U. ASLAN, U. B. GURSO, S. et al. 2007. Attitudes of physiotherapists and physiotherapy students toward euthanasia: A comparative study. In Advances in therapy. ISSN 0741-238X, 2007, roč. 24, č. 1, s. 135-145.

3. DUCKETT, L. ROWAN, M. RYDEN, M. et al. 1997. Progress in the Moral Reasoning of Baccalaureate Nursing Students Between Program Entry and Exit. In Nurse Reseacher. ISSN 1351-5578, 1997, roč. 46, č. 4, s. 222-229.

Tab. 5 Korelace mezi stupni podle Kohlberga u studentů nelékařských oborů

	C-index	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5	Stage 6
C-index	1.0000						
Stage 1	-0.0891	1.0000					
Stage 2	-0.0503	**0.5667***	1.0000				
Stage 3	-0.1182	0.4572*	0.4023*	1.0000			
Stage 4	0.0807	0.2062*	0.3506*	0.2573*	1.0000		
Stage 5	0.2196*	0.1565*	0.1381*	0.2318*	0.2536*	1.0000	
Stage 6	0.2075*	0.1608*	0.1302*	0.2393*	0.3352*	0.3803*	1.0000

Tab. 5 Korelace mezi stupni podle Kohlberga u studentů nelékařských oborů

4. KOHLBERG, L. DWIGHT, R. B. LEVINE, CH. 1990. The return of Stage 6: Its principle and moral point of view. In WREN, T. E. (ed.) The moral domain: Essays in the ongoing discussion between philosophy and the social sciences. 1. vyd. Cambridge, MA: MIT Press, 1990, s. 151-181. ISBN 0-262-23147-6.

5. KOHLBERG, L. 1964. Development of moral character and moral ideology. In: HOFFMAN, M. L. HOFFMAN, L. W. (eds). Review of Child Development Research. 1. vyd. New York: Russel Sage Foundation, 1964

6. KUHN, T. 1962. The structure of scientific revolutions. 1. vyd. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

7. KUHSE, H. SINGER, P. 1993. Voluntary euthanasia and the nurse: an Australian survey. In International journal of nursing studies. ISSN 0020-7489, 1993, roč. 30, č. 4, s. 311-22.

8. LIND, G. 2008. The meaning and measurement of moral judgment competence. A Dual-aspect model. In FASKO, D. WILLIS, W. (eds.) Contemporary Philosophical and Psychological Perspectives on Moral Development and Education, [online]. 1. vyd. Creskill: Hampton Press, 2008, s. 185 – 220. [cit. 2011. 11.7]. Dostupné na internetu: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2008_Meaning-measurement-copy.pdf.

9. LIND, G. 2005. Moral Dilemma discussion revisited – the Konstanz method. In Europe´s Journal of Psychology, [online]. 2005, roč. 1, č. 1. [cit. 2011.11.6.]. Dostupné na internetu: http://www.ejop.org/archives/2005/02/moral-dilemma-discussion-revisited-%E2%80%93-the-konstanz-method.html. ISSN 1841-0413.

10. LIND, G. 2006. The Cross-Cultural Validity of the Moral Judgment Test: Findings from 29 Cross-Cultural Studies, [online]. 2006. [cit. 18.10.2011]. Dostupné na internetu: http://citeseerx.ist.psu.edu.

11. LERKIATBUNDIT, S. UTAIPAN, P. LAOHAWIRIYANON. CH. TEO, A. 2006. Impact of the Konstanz Method of Dilemma Discussion on Moral Judgment in Allied Health Students: A Randomized Controlled Study. In Journal of allied health. ISSN 0090-7421, 2006, roč. 35, č. 2, s. 101-108.

12. MUSGRAVE, C. F. SOUDRY, I. 2000. An exploratory pilot study of nurse-midwives´ attitudes toward active euthanasia and abortion. International journal of nursing studies. ISSN 0020-7489, 2000, roč. 37, č. 6, s. 505-12

13. PROKOPOVÁ, A. 2006. Čtvrtý rozměr zdraví. In Výchova ke zdraví II. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, pedagogická fakulta, 2006, s. 62 - 73. ISBN 80-210-4215-X.

14. QUAGHEBEUR, T. DIERCKX de CASTERLÉ, B. GASTMANS, C. 2009. Nursing and euthanasia: a review of argument-based ethics literature. Nursing ethics. ISSN 0969-7330, 2009, roč. 16, č. 4, s. 466-486.

15. REST, J. NARVAEZ, D. 1994. Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics. 1. vyd. Hillsdale,New Jersey: Lawrence Erbbaum, 1994, 163 s. ISBN 0805815392.

16. SLOVÁČKOVÁ, B. 2001. Morální kompetence a morální postoje u studentů lékařské fakulty univerzity Karlovy v Hradci Králové. Psychiatrie, [online]. 2001, roč. 5, č. 2. [cit. 2011.11.17.]. Dostupné na internetu: http://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/psychiatrie/itemlist/category/350-c_2-2001.html.

17. SCHILLINGER-AGATI, M. LIND, G. 2003. Moral Judgment Competence in Brazil and German University Students. Annual Meeting of the American Education Research Association, [online]. 2003. [cit. 2011.11.12.]. Dostupné na internetu: http://www.citeseerx.ist.psu.edu.

Adresa: Radka.Buzgova@osu.cz

LOGOPEDICKÁ PÉČE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V PODMÍNKÁCH LŮŽKOVÉHO REHABILITAČNÍHO ODDĚLENÍ

Autoři: E. Kocábková[1], E. Vaňásková[2]
Pracoviště: [1]Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové, [2] Rehabilitační klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česko

Souhrn

Východiska: Poruchy řeči jsou častým důsledkem cévních mozkových příhod, klinická logopedie je proto nezbytnou součástí léčby a komplexní rehabilitace.
Metodika a soubor
Byly hodnoceny záznamy klinického logopeda a stav řečových poruch u 38 pacientů (18 mužů a 20 žen) po cévní mozkové příhodě na rehabilitační klinice v roce 2011. Byl použit test MASTcz pro vyšetření fatických funkcí a Test 3F Dysartrický profil pro vyšetření dysartrie. Logopedické vyšetření bylo provedeno u každého pacienta na začátku a na konci rehabilitačního programu (18-21 dní).
Výsledky
Ze skupiny všech 64 pacientů přijatých pro cévní mozkovou příhodu na lůžka rehabilitační kliniky bylo indikováno 38 nemocných k péči logopedické. Autoři zaznamenali významné zlepšení v komunikačních dovednostech po cílené logopedické terapii v rámci komplexního rehabilitačního programu.
Závěr
Multidisciplinární přístup k léčbě, jehož součástí je logopedická terapie, přispívá k významnému zlepšení stavu pacienta a jeho soběstačnosti. Vysoký počet pacientů po cévní mozkové příhodě s poruchami komunikace spolu s terapeutickými objektivně doloženými úspěchy potvrzují důležitou úlohu oboru klinické logopedie v týmu komplexní péče o tyto nemocné.
Klíčová slova: cévní mozková příhoda – logopedie – afázie – dysartrie – rehabilitace

Kocábková1, E. Vaňásková2, E.: Speech therapy after brain stroke within the rehabilitation ward conditions

Summary

***Basis**: speech impairments are common consequence of brain strokes, therefore clinical logopaedics is an unavoidable part of treatment and complex rehabilitation.*
***Methods** and group: The records of clinical speech therapist and the state of speech impairments were assessed in 38 patients (18 men and 20 women) after brain stroke in rehabilitation ward in 2011.The MASTcz test was used to assess phatic functions and the 3F Dysartric Test to evaluate the dysarthria. Speech examination was performed at the beginning and the end of rehabilitation programme (18-21 days).*
***Results**: From the group of 64 patients treated in the ward of rehabilitation clinic for the brain*

Kocábková1, E. Vaňásková2, E.: Logopädische Pflege nach dem Gefäägehirnschlag in den Bedingungen der stationären Rehabilitationsabteilung

Zusammenfassung

***Die Ausgangspunkte:** die Sprachstörungen sind oft eine Folgeerscheinung nach den Gefäägehirnschlägen, klinische Logopädie ist daher ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung und der komplexen Rehabilitation.*
***Die Methodik** und die Datei: waren Aufzeichnungen von klinischen Logopäden und der Stand der Sprachstörungen bei 38 Patienten (18 Männer und 20 Frauen) nach dem Schlaganfall in der Rehabilitationsklinik im Jahr 2011 ausgewertet. MASTcz Test wurde verwendet um phatische Funktionen zu untersuchen und Test 3F Dysarthrie Profil um die Dysarthrie zu untersuchen. Logopädische Untersuchung war bei jedem Patient am Anfang und am Ende des*

stroke, 38 patients were indicated for speech therapy. Authors recorded significant improvement in communication skills after targeted speech therapy within the complex rehabilitation programme.
Conclusion: *Multidisciplinary approach to the therapy, whose component is also the speech therapy, contributes to the significant improvements of patients' state and their self-sufficiency. High numbers of patients after stroke with communication disorders, together with therapeutic objectively substantiated successes, prove the important role of the clinical logopaedics branch in the team of complex care of these patients.*
Key words*: brain stroke, logopaedics, aphasia, dysarthria, rehabilitation*

Rehabilitationsprogramm (18 – 21 Tage) durchgeführt.
Die Ergebnisse*: von der Gruppe aller 64 Patienten, die in Folge des Schlaganfalles auf die Krankenbetten in der Rehabilitationsklinik aufgenommen wurden, waren 38 Kranke zur logopädischen Behandlung indiziert. Die Autoren registrierten eine signifikante Verbesserung in den kommunikativen Fähigkeiten nach der gezielten logopädischen Therapie im Rahmen des komplexen Rehabilitationsprogrammes.*
Das Fazit*: eine multidisziplinäre Einstellung zur Behandlung, einschlieâlich der logopädischen Behandlung trägt zu einer deutlichen Verbesserung des Patientenzustandes und seiner Selbstversorgung bei. Die hohe Zahl von Patienten nach dem Schlaganfall mit den Kommunikationsstörungen zusammen mit den objektiv dokumentierten therapeutischen Erfolgen bestätigen eine wichtige Rolle des Bereichs der klinischen Logopädie im Team der komplexen Behandlung um diese Patienten.*
Schlüsselwörter*: Gefäägehirnschlag (Schlag - anfall), Logopädie, Aphasie, Dysarthrie, Rehabilitation*

Úvod

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích. Četnost výskytu onemocnění je v České republice asi 250 příhod na 100 000 obyvatel a rok (jedna z nejvyšších na světě). Kromě vysoké incidence je závažná i skutečnost, že mozkové příhody postihují stále více mladší věkové skupiny, vzácností tak nejsou příhody u pacientů mezi 30. – 40. rokem života. Cévní mozkové příhody se staly problémem nejen medicínským, ale i sociálním a ekonomickým. V České republice je úmrtnost na cévní mozkové příhody ve věku do 65 let ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy dvojnásobná (1). Evropská iniciativa pro cévní mozkovou příhodu EUSI vypracovala doporučené postupy při akutní léčbě, sekundární a primární prevenci CMP. Doporučení bylo vytvořeno v mantinelech medicíny založené na důkazech (evidence-based-medicine). Dokument zdůrazňuje multidisciplinární přístup k léčbě a za lékařskou péčí je vyjmenovaná nezbytná péče ošetřovatelská, fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a péče sociální (2). Poruchy řeči jsou častým důsledkem po CMP a subjektivně jsou pacienty vnímány stejně těžce, jako poruchy hybnosti, neboť výrazně omezují jejich soběstačnost, snižují kvalitu života, brání jim v pracovním uplatnění. Potíže v sociální interakci vedou až ke společenské izolaci jedince. Neschopnost srozumitelného či smysluplného vyjádření je často příčinou nepochopení okolí - je zaměňován defekt jazykových a řečových schopností za úbytek schopností mentálních. Potíže v řeči jsou významným činitelem ovlivňujícím psychiku, depresí trpí 30 – 60 % pacientů po CMP. Obraz poruch komunikace po CMP je velmi variabilní, nejpočetnějšími jsou poruchy jazykového systému – afázie, neuromotorické poruchy – dysartrie a dále se k nim řadí přidružené kortikální poruchy – alexie, agrafie, akalkulie a další. Typickými a velmi častými poruchami, které úzce souvisí s postižením řeči, jsou centrální parézy kraniálních nervů, především nervus facialis (n. VII), který má důležitý význam nejen pro řeč, ale zároveň způsobuje typický funkční a estetický defekt obličeje (3).

Sobor nemocných a metodika

Soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na rehabilitační klinice v Hradci Králové v roce 2011 po CMP a zároveň měli poruchu řečových funkcí. Z celkového počtu 64 pacientů po CMP se jednalo o 38 pacientů indikovaných k logopedické terapii, z toho bylo 18 mužů (průměrný věk 64 let) a 20 žen (průměrný věk 60 let). Ischemická etiologie CMP byla zaznamenána v 33 případech a hemoragická etiologie u pěti pacientů. Většina pacientů se nacházela v subakutním stadiu nemoci - 29 pacientů a 8 pacientů bylo v chronické fázi

Tab. č. 1: Pacienti po CMP indikovaní k logopedické péči pro řečové potíže

Onemocnění	PACIENTI (n - 38)			
	ŽENY		MUŽI	
	počet	průměrný věk	počet	průměrný věk
	20	**60** (30 - 79 let)	18	**64** (31 - 89 let)
Ischemické CMP	17		16	
Hemoragické CMP	3		2	
Subakutní fáze onemocnění	15		14	
Chronická fáze onemocnění	5		4	
Pravostranné postižení - dominantní strana	31			
Pravostranné postižení - nedominantní strana	1			
Levostranné postižení - nedominantní strana	6			

Tab. č. 1: Pacienti po CMP indikovaní k logopedické péči pro řečové potíže

Tab. č. 2: Diagnostika poruch řečových funkcí (n=38)

DIAGNOSTIKOVÁNA	PACIENTI (n - 38)		
	Celkem		z toho
Afázie	**12**	Anomická	**9**
		Transkortikální smíšená	**1**
		Transkortikální motorická	**1**
		Wernickova	**1**
Afázie/dysartrie	**13**	Brocova	**5**
		Anomická	**4**
		Transkortikální smíšená	**2**
		Transkortikální motorická	**2**
		Smíšená	**1**

Tab. č. 2: Diagnostika poruch řečových funkcí (n = 38)

nemoci. Pravostranné postižení bylo zaznamenáno u 32 pacientů a z toho u 31 pacientů se jednalo o dominantní stranu. Levostranné postižení bylo shledáno u 6 pacientů a ve všech případech šlo o nedominantní stranu (tab. č. 1).

Pro vyšetření fatických funkcí jsme použili test MASTcz, což je česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST) autorů Nakase-Thompson R. a kol. (Methodist Rehabilitation Center, Jackson, MI, USA) verze z r. 2002 (4). Pro vyšetření dysartrie jsme použili Test 3F Dysartrický profil (5). Logopedické vyšetření jsme provedli u každého pacienta na začátku a na konci rehabilitačního programu. Získané výsledky – celkový jazykový index (CJI) a dysartrický index (DX) jsme zaznamenali do dotazníku, jehož součástí byly také informace o věku, pohlaví pacienta, datum vzniku nemoci, datum prvního a kontrolního vyšetření, informace o typu a stupni řečové poruchy, údaje o charakteru CMP, celkový klinický nález, přítomnost centrální parézy n. VII, dále údaje o kontinuitě péče po ukončení hospitalizace. Logopedická intervence byla zajištěna 1-2krát denně, pětkrát v týdnu v rámci hospitalizace. Probíhala formou individuální i skupinovou. Délka hospitalizace trvala zpravidla 18 až 21 dní.

Výsledky

Diagnostikovali jsme poruchy fatických funkcí – afázie u 25 pacientů, z toho u 13 pacientů afázii v koexistenci s dysartrií a u 12 pacientů afázii bez dysartrie. Dysartrii bez přítomnosti fatických poruch jsme zaznamenali u 13 pacientů. Z celkového počtu 38 byla přítomnost centrální parézy n. VII zjištěna u 25 pacientů. Typy afázie jsme hodnotili podle Bostonské klasifikace, kdy anomická afázie byla zaznamenána v třinácti případech, z toho čtyřikrát v koexistenci s dysartrií. Brocova afázie se vyskytla u pěti pacientů, vždy s dysartrií. Transkortikální smíšené afázie byly zjištěny tři, z toho dvě s dysartrií a jedna bez dysartrie. Obdobně transkortikální motorické afázie byly zaznamenány tři, z toho dvě s dysartrií a jedna bez přítomnosti dysartrie. Případ Wernickovy afázie byl zjištěn jedenkrát, bez dysartrie. Všechny dysartrie byly spastického typu a pouze jedenkrát se jednalo o těžkou dysartrii typu smíšeného. V tabulce č. 2 je uveden přehled diagnostikovaných poruch řečových funkcí.

Hodnocení výsledků jsme provedli porovnáním vstupního vyšetření na počátku léčby a kontrolního vyšetření před ukončením hospitalizace. Zjistili jsme zlepšení u 34 pacientů, u 3 pacientů se situace výrazně nezměnila a u jedné pacientky došlo k vážnému zhoršení celkového stavu a exitu. Pozitivní posun ve schopnostech komunikace byl tedy zaznamenán u 90 % sledovaných pacientů.

Tabulka č. 3 zobrazuje přehled pacientů s dg. afázie, zaznamenává pohlaví a věk pacienta, etiologii CMP, stav hemiparézy, typ fatické poruchy, přítomnost centrální parézy n. VII a výsledky vyšetření celkového jazykového indexu při zahájení a ukončení léčby.

V tabulce č. 4 jsou zaznamenáni pacienti s dg. afázie a dysartrie, jejich pohlaví a věk, etiologie CMP, stav hemiparézy, typ poruchy afázie a dysartrie, přítomnost centrální parézy n. VII a výsledné hodnoty vstupního a kontrolního vyšetření CJI a DX.

V tabulce č. 5 je zaznamenán přehled pacientů s dg. dysartrie - pohlaví a věk, etiologie CMP, stav hemiparézy, typ poruchy, přítomnost centrální parézy n. VII a výsledky vyšetření dysartrického indexu při zahájení a ukončení léčby.

Diskuse

Předpokládali jsme, že po absolvování komplexního rehabilitačního programu dojde ke zlepšení komunikačních schopností. Většina

Tab. č. 3: Pacienti s dg. afázie (n=12)

ČÍSLO PACIENTA	POHLAVÍ	VĚK	ETIOLOGIE CMP	HEMIPARÉZA		TYP PORUCHY	n. VII	1. VYŠ. (CJI)	2. VYŠ. (CJI)
				P/L	D/N				
2	Ž	79	I	P	D	ANOMICKÁ	+	98	100
6	M	74	I	P	D	ANOMICKÁ	–	93	97
8	M	72	I	P	N	ANOMICKÁ	–	91	97
10	M	70	I	P	D	ANOMICKÁ	–	89	93
19	Ž	64	I	P	D	ANOMICKÁ	–	87	97
24	M	62	I	P	D	ANOMICKÁ	–	91	97
25	Ž	61	I	P	D	ANOMICKÁ	–	89	94
26	Ž	58	I	P	D	TK-MOTOR.	–	42	65
28	Ž	57	I	P	D	TK-MOTOR.	–	55	76
31	Ž	53	I	P	D	ANOMICKÁ	+	82	82
32	M	46	I	P	D	WERNICKOVA	+	58	72
33	Ž	43	H	P	D	ANOMICKÁ	+	91	98

Vysvětlivky: Ž – žena, M- muž, I – ischemická, H – hemoragická, P – pravostranná, L – levostranná, D – dominantní, N – nedominantní, TK-MOTOR – transkortikorální-motorická, CJI – celkový jazykový index

Tab. č. 3: Pacienti s dg. afázie (n=12)

Tab. č. 4: Pacienti s dg. afázie/dysartrie (n=13)

ČÍSLO PAC.	POHL.	VĚK	ETIOL. CMP	HEMIPARÉZA		TYP PORUCHY		n. VII	1. VYŠ. (CJI)	2. VYŠ. (CJI)	1. VYŠ. (DX)	2. VYŠ. (DX)
				P/L	D/N	AFÁZIE/DYSARTRIE						
3	Ž	78	I	P	D	TK-SM	SP	+	9	†	–	–
4	Ž	77	I	P	D	BROC	SP	+	72	74	149	172
11	M	70	H	P	D	ANOM	SP	+	94	96	178	180
13	M	69	I	P	D	ANOM	SP	+	96	96	173	179
14	Ž	69	I	P	D	BROC	SP	+	93	95	174	179
15	M	67	I	P	D	BROC	SP	+	93	96	156	161
20	Ž	64	I	P	D	ANOM	SP	+	87	95	170	178
21	Ž	63	I	P	D	TK-M	SM	–	72	89	143	170
27	M	57	I	P	D	TK-SM	SP	+	60	76	125	151
29	Ž	57	I	P	D	TK-M	SP	–	67	80	82	103
34	Ž	37	I	L	N	ANOM	SP	–	96	100	178	180
35	Ž	36	H	P	D	BROC	SP	+	57	79	22	49
37	Ž	30	H	P	D	BROC	SP	+	86	90	163	170

Vysvětlivky: Ž – žena, M- muž, I – ischemická, H – hemoragická, P – pravostranná, L – levostranná, D – dominantní, N – nedominantní, ANOM – anomická, BROC – Brocova, TK-MOTOR – transkortikorální-motorická, TK-SM – transkortikální-smíšená, SP – spastická, SM – smíšená, CJI – celkový jazykový index, DX – dysartrický index, † - exitus

Tab. č. 4: Pacienti s dg. afázie/dysartrie (n=13)

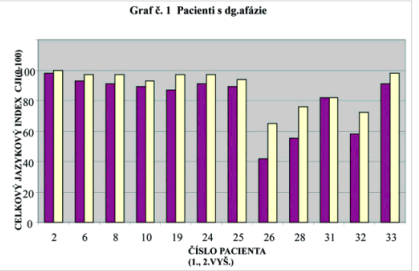
pacientů se nacházela v subakutním stadiu onemocnění, kdy je obraz řečové poruchy proměnlivý a přirozeně se mění. Má rychlou tendenci ke spontánní úpravě. Cílem logopedické intervence bylo tomuto přirozenému návratu řečových funkcí napomoci a zároveň zabránit vzniku sekundárních poruch. Zlepšení v komunikaci jsme zaznamenali u 90% sledovaných pacientů. U pacientů v chronickém stadiu nemoci, kdy je stav jejich komunikace stabilizovaný, bylo záměrem navození substitučních a kompenzačních mechanismů, k dosažení maximální soběstačnosti v oblasti komunikace a zabránění eventuálnímu možnému zhoršování stavu. Zlepšení u těchto pacientů nebylo tak výrazné a u některých se stav komunikace během pobytu nezměnil. Zvolený klinický test MASTcz je kvalitní, spolehlivý a validní screeningový test detekce afázie, který mapuje narušení relativně širokého spektra jazykových schopností. Lze s ním zachytit vývoj fatické poruchy v čase a díky bodovému hodnocení snadno porovnat výsledky (4, 18). Dysartrický profil, je u nás nejrozšířenějším diagnostickým testem. Pro český jazyk jej upravili autoři J. Roubíčková a J. Hedánek a zaměřuje se na „neřečové“ položky, jakými je vyšetření stavu činnosti svalstva v orofaciálním komplexu a na identifikaci problémů vyskytujících se při samotné verbální produkci a to zejména v oblasti respirace, fonace, artikulace a prozodie řeči (melodie, přízvuk, tempo, pauzy) (5, 19). Zaznamenali jsme vysoký podíl pacientů s dysartrií a se symptomatikou centrálních paréz kraniálních nervů a to cca u 70 % sledovaných pacientů. Problematika terapie centrálních paréz n. VII a s nimi spojených dysartrií se podle našich zkušeností často nijak neřeší, logopedická péče není indikována a spoléhá se na spontánní úpravu stavu, přestože je prokázáno, že efektivita terapie je závislá na časném začátku terapie (6). V rehabilitační péči je preferována úprava hybnosti a mobility a v logopedické péči je prioritou úprava poruch fatických. Dysartrie a přetrvávající postižení mimiky obličeje zůstává často jako méně významné na okraji zájmu terapeutů. Z hlediska pacienta, po stabilizaci celkového zdravotního stavu, se naopak stává významným činitelem, který ovlivňuje nejen komunikaci, ale především jeho psychický stav. Ani v odborné literatuře nenacházíme mnoho vědeckých prací, které by se danému tématu věnovaly. U nás se problematikou orofaciální rehabilitace zabývá ve svých publikacích Konečný. V provedené rozsáhlé studii, zaměřené na efektivitu cílené rehabilitace potvrzuje statisticky významný efekt, již po čtyřech týdnech terapie ve zlepšení orofaciálních funkcí - mimiky, zmírnění deprese a zlepšení celkové kvality života (3, 7). V naší práci jsou sledováni v období jednoho roku pacienti s poruchou řečových funkcí, zaznamenán je výskyt jednotlivých typů postižení a kvantifikován je efekt terapie. Vzhledem k tomu, že jsme neprováděli cílenou studii s kontrolní skupinou pacientů bez terapie, lze naše výsledky hodnotit pouze jako orientační. Nezbytným předpokladem efektivity péče o pacienty po CMP je týmová spolupráce, která zabezpečuje kvalitní, intenzívní a celostně zaměřenou léčbu. Ačkoli obnova řečových schopností spadá především do kompetence klinického logopeda, výsledky jeho terapeutického procesu jsou závislé na spolupráci dalších členů týmu. Specifické neurovývojové terapeutické postupy, např. Bobath koncept, Vojtova reflexní metodika, a další jsou v kompetenci fyzioterapeuta a ergoterapeuta a přímo ovlivňují posturální a

Tab. č. 5: Pacienti s dg. dysartrie (n=13)

ČÍSLO PACIENTA	POHLAVÍ	VĚK	ETIOLOGIE CMP	HEMIPARÉZA		TYP PORUCHY	n. VII	1. VYŠ. (DX)	2. VYŠ. (DX)
				P/L	D/N				
1	M	89	I	P	D	SPASTICKÁ	–	169	175
5	Ž	74	I	L	N	SPASTICKÁ	+	170	174
7	Ž	73	I	L	N	SPASTICKÁ	+	172	180
9	M	70	I	P	D	SPASTICKÁ	+	175	180
12	Ž	70	I	P	D	SPASTICKÁ	+	178	180
16	M	67	I	L	N	SPASTICKÁ	+	176	180
17	M	66	I	P	N	SPASTICKÁ	+	178	180
18	Ž	65	I	L	N	SPASTICKÁ	+	170	174
22	M	62	I	P	D	SPASTICKÁ	+	173	178
23	M	62	I	P	D	SPASTICKÁ	+	164	180
30	M	54	I	P	D	SPASTICKÁ	+	170	179
36	M	31	H	P	D	SPASTICKÁ	+	178	178
38	M	70	I	P	D	SPASTICKÁ	–	176	180

Vysvětlivky: Ž – žena, M- muž, I – ischemická, H – hemoragická, P – pravostranná, L – levostranná, D – dominantní, N – nedominantní, DX – dysartrický index

Tab. č. 5: Pacienti s dg. dysartrie (n=13)



Vysvětlivky: 1. sloupec = vstupní vyš. CJI, 2. sloupec = kontrolní vyš. CJI

V grafu č. 1 jsou zobrazeny výsledky vyšetření CJI u pacientů s afázií.

dechové funkce, které jsou při obnově řeči nutnou podmínkou. Neuropsycholog ovlivňuje poruchy vyšších korových funkcí, pozornosti, orientace, paměti, které bývají po CMP téměř vždy a limitují pacienta často významněji než porucha hybnosti. Dobrý psychický stav pacienta, vysoká míra jeho motivace, aktivní přístup a osobní zainteresovanost k léčbě jsou základním předpokladem úspěšné rehabilitace. Celodenním působením a empatickou péčí významně ovlivňují výslednou kvalitu péče zdravotní sestry a další ošetřovatelský personál. Působení logopeda uvnitř týmu spočívá v informování ostatních o stavu řeči pacienta a především o úrovni jeho rozumění. Logoped nastavuje co nejoptimálnější komunikační strategie a doporučuje alternativní formy komunikace. Praktické informace od logopeda k ostatním odbornostem pomáhají v porozumění problémů pacienta, předcházejí chybám v komunikaci a jednoznačně pomáhají urychlit léčebný proces.

Závěr

V dospělém věku je cévní mozková příhoda nejčastější příčinou poruch řeči. Pacienti své komunikační potíže vnímají velmi citlivě, neboť bývají spojeny s nepochopením okolí a vydělují je ze společnosti. Přetrvávající poruchy řeči, i přes úpravu hybnosti, jsou překážkou návratu do běžného pracovního a společenského prostředí. Pro logopedickou terapii jsou pacienti vysoce motivováni, vyhledávají ji a preferují rehabilitační zařízení, která logopedickou péči poskytují. Pozitivní výsledky z klinické praxe efektivitu cílené logopedické terapie dokládají a význam oboru klinické logopedie v týmu komplexní rehabilitace potvrzují.

Literatura

1. CMP v ČR. Dostupné z http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/cmp/cmp_v_cr.html. Získáno 5.1.2012

2. VAŇÁSKOVÁ, E. 2010, Prognostické faktory u nemocných s cévní mozkovou příhodou, předpověď výsledků léčebné rehabilitace. Bratislava, 2010. Habilitační práce. Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce.

3. KONEČNÝ, P., KALČÍKOVÁ, M., ELFMARK, M., KROBOT, A., URBÁNEK, K., KAŇOVSKÝ, P. 2010, Paréza n. facialis a její vliv na impiarment, disabilitu a handicap u pacientů po cévní mozkové příhodě in: REHABILITÁCIA, Vol. 47, No. 2, 2010

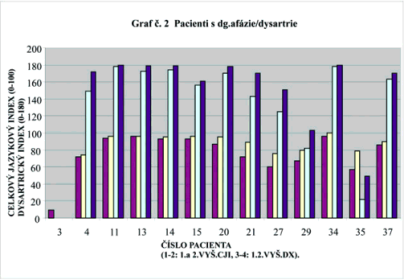
4. KOŠŤÁLOVÁ, M. a kol. 2012, MASTcz: česká verze The Mississippi Aphazia Screening Test (MAST), http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305. Získáno 5.1.2012

5. HEDÁNEK, J., ROUBÍČKOVÁ, J. 1997, Dysartrický profil – test 3F. 1.vyd., Praha: DeskTop Publishing Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, 1997

6. Management ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemická ataka – dopor. European Stroke Org., 2008, aktualizace leden 2009, dostupné na http://www.cmp.cz/public/4b/8/f4058 16949ESO_Guidelines_CZ_revize.doc. Získáno 12.1.2012

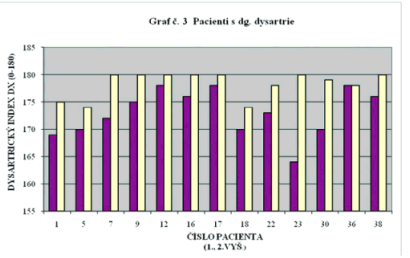
7. VYSOKÝ, R., KONEČNÝ, P. 2007, Výsledky cílené orofaciální rehabilitace u neurologických pacientů s poruchou artikulace a fonace in: REHABILITACE A FYZIKÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ, 14, 2007, 1, s. 18-23

8. VAŇÁSKOVÁ, E., ČELEDOVÁ, L., TOŠNEROVÁ, V. 2009, Predikce výsledků rehabilitační léčby nemocných s cévní mozkovou příhodou v subakutní fázi In:



Vysvětlivky: 1. sloupec = vstupní vyš. CJI, 2. sloupec = kontrolní vyš. CJI, 3. sloupec = vstupní vyš. DX, 4. sloupec = kontrolní vyš. DX

Graf č. 2 znázorňuje výsledky u pacientů s dg. afázie a s dg. dysartrie.



Vysvětlivky: 1. sloupec = vstupní vyš. DX, 2. sloupec = kontrolní vyš. DX

Graf č. 3 znázorňuje výsledky u pacientů s dg. dysartrie.

REHABILITÁCIA, Vol. 46, No. 4, 2009, ISSN 0375-0922
9. KOŠŤÁLOVÁ, M., BEDNAŘÍK, J., SKUTILOVÁ, S. a kol. 2009, Diferenciace afázie a demence pomocí české verze The Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz). Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2009, roč. 72, Suppl. 2, s. 114
10. CSÉFALVAY, Z. 2007, Terapie afázie: teorie a případové studie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-316-1
11. GANGALE, D. C. 2004, Rehabilitace orofaciální oblasti. Praha, Grada publishing, 2004, ISBN 80-247-0534-6
12. KITTEL, A. 1999, Myofunkční terapie. Praha, Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-619-6
13. KOŠŤÁLOVÁ, M., BEDNAŘÍK, J., MECHL, M., VOHÁŇKA, S., ŠNÁBL, I. 2006, Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí. Brno: Masarykova univerzita; 2006. Dostupný z http://portal.med.muni.cz/index.php
14. KOŠŤÁLOVÁ, M. 2008, Diagnostika afázie v klinické praxi. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2008, roč. 71/104, Suppl. 3, S96
15. MORALES, C. R. 2006, Orofaciální regulační terapie. Praha, Portál, 2006
16. NEUBAUER, K. a kol. 2007, Neurogenní porucha komunikace u dospělých. Praha. Portál, 2007
17. PFEIFFER, J. 2007, Neurologie v rehabilitaci – pro studium a praxi. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1135-5
18. SLEZÁKOVÁ, Z.: Motivational factors to sustain the nurses of neurological Departments The International Symposium: Nursing professionalization as an indicator of nursing care's quality.s. 464- 479 RZESZÓW, POLAND. 15 – 16 September 2011. 590 s., ISBN 978-836942-99-4
19. SLEZÁKOVÁ, Z. Neurologické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta , 2006.s. 165, ISBN 80-8063-218-9.

Adresa: eva.kocabkova@seznam.cz

XVI. Jesenná rehabilitačná konferencia v N. Zámkoch

Termín: 22. a 23.11.2012
Témy:
1. **Rehabilitácia pri ochoreniach nervového systému**
2. **Problematika rehabilitácie v geriatrii**
3. Varia
Prihláška aktivnej účasti do 12.10.2012 - najlepšie mailom na adrese: lorenz@nspnz.sk
Podrobnosti budú aj na stránke fblr.sk

navštív terajšie novinky na stránke www.rehabilitacia.sk

Ortobionómia – nová liečebná metóda v Slovenských liečebných kúpeľoch Piešťany

Súhrn: článok poskytuje informáciu o novej liečebnej metóde autoreparácie formou mäkkej manuálnej techniky založenej na základe telu vlastných korektívnych reflexov, ktorá odbúrava stres, akútnu i chronickú bolesť.
Kľúčové slová: orthobionómia - autoreparácia - mäkká manuálna technika- reflex.

Názov je odvodený z gréčtiny a v preklade znamená „ sledovať regulácie, pravidlá života „. Nepôsobí proti telesným zmenám, ale podporuje uzdravenie človeka podporou telu vlastných činností na autoreparáciu – samouzdravenie.
Je to samostatná forma mäkkých manuálnych techník , komplexný systém rôznych hmatov a postupov, je to reflexná technika. Kvalita týchto hmatov a postupov tvorí vlastnú podstatu ortobionomie. Pracuje nie na človeku , ale s ním. Nehrozí pri nej žiadne poškodenie tela. Môže sa použiť samostatne alebo aj ako súčasť inej liečby. Je to neinvazívna , jemná, veľmi účinná liečba pohybového aparátu. V strede stojí celý pohybový aparát s jeho svalmi, fasciami, kosťami – aj lebkou, vnútorné orgány a telu vlastný energetický systém.
Ortobionómia na rozdiel od iných manuálnych techník odbúrava cielený stres v regulačnom systéme. Vedecky povedané jedná sa o odbúranie nociceptívnych, bolesť potencujúcich nervových impulzov pri súčasnom potencovaní regeneračných faktorov. Táto metóda ako prvá z manuálnych techník umožňuje dôsledné uvoľnenie dráždenia na báze sympaticko/ parasympatického systému s vysokou špecifikáciou a to na základe reflexného diania. Toto reflexné pôsobenie je rovnaké ako pri nárazovej manuálnej liečbe. Pracuje na základe telu vlastných korektívnych reflexov a efektívne zmierňuje akútnu aj chronickú bolesť, bolesti vznikajúce zvýšeným napätím ako aj bolesti vznikajúce chybnými pohybovými vzorcami a stresom. Touto metódou pracujeme sympatikolyticky a tým odbúravame stres a zároveň podporujeme regeneráciu aktiváciou parasympatického autonómneho nervstva. Hranice ortobionómie sú dané funkčným vplyvom na patologické procesy. Ktoré sú často inde ako sa predpokladá.
7 základných pravidiel ortobionomie :

1. Terapeut pôsobí vždy z hľadiska pacienta vo voľnom, nebolestivom, neblokovanom smere. Necháva sa viesť organizmom pacienta a zosilňuje určené statické/pohybové vzorce.
2. Žiaden hmat, žiadna poloha nesmie vyvolať ani bolesť ani nepohodlie.
3. Hľadá sa pre pacienta vhodná poloha a smer pohybu.
4. Vnímanie pacienta, jeho podnetov a reakcii terapeutom sa musí rešpektovať.
5. Priebeh liečby sa orientuje na cielenú podporu vlastných opravných zmien a nie na nejaký vopred definovaný liečebný cieľ, respektíve na opravu stavu, ktorý bol pôvodne vnímaný ako patologický. Nie je dôležitá teória biomechanického funkčného modelu, ale rozhodujúci je aktuálny lokálny nález.
6. „Rob málo a nechaj nech sa stane veľa“. Telo dokáže úspešne spracovať len určité množstvo informácii.
7. Terapeut musí byť pri liečbe v telesnom aj psychickom pohodlí. Jeho problémy, nepohoda sa môžu preniesť na pacienta.

Za zakladateľa ortobionómie sa považuje Dr.Arthur Lincoln Pauls. Bol to lekár, osteopat a judista, ktorý prvý začal využívať samoopravné reflexy tela na jeho uzdravenie. Stal sa aj prvým vyučujúcim tejto metódy v USA a v Európe. Doktor Pauls vychádzal z koncepcie, že ľudské telo obsahuje neprehliadnuteľné množstvo samo ozdravujúcich mechanizmov, ktoré ho udržujú pri zdraví. Všetky funkčné oblasti a funkčné reťazce tela obsahujú veľké množstvo kontrolných kompenzačných mechanizmov. Príznak nejakej choroby môže byť teda prejavom preťaženia a poškodenia kompenzačných

opravných mechanizmov, napr. po ťažkom úraze. Takýto príznak býva často prejavom nedostatočnej sebaregulácie, telo nevie, ako sa s problémom vysporiadať. Napr. po vyvrtnutí členku krívame, aby sme členku odľahčili. Avšak toto krívanie často pokračuje aj po uzdravení. Tento chybný pohybový vzorec potom nepredstavuje pre telo odľahčenie, ale záťaž. Krívanie je teda omylom považované za normálne, je to omyl tela. Pri chybnom postavení kĺbov telo zvýši v okolí kĺbu svalové napätie, aby sa kĺb čo najmenej hýbal a tak ho vlastne chráni, pri tom môže vznikať bolesť. Následkom zvýšeného svalového napätia je chybné postavenie akoby zacementované a telo ho nevie bez pomoci korigovať. Ortobionómia nepracuje na odstránení nejakého symptómu, ale na dosiahnutí pôvodnej funkčnej sebaregulácie.

Liečebné metódy ortobionómie sa vyvinuli do niekoľkých liečebných fáz. Fázy 1 až 3 patria do osteopatie, tie sa v ortobionómii nepoužívajú. Fáza 4 je prvá fáza ortobionómie, zahŕňa štrukturálne techniky. Fáza 5 dynamické techniky a fáza 6 techniky energetické, fáza 7 výlučne riadiace systémy.

Čo môžeme liečiť touto metódou ?

Všeobecne sa používa na liečbu rôznych bolestivých stavov kĺbov a chrbtice a to aj pri stavoch nereagujúcich na bežnú liečbu, posturálnych porúch, chronických napätí a stresu.

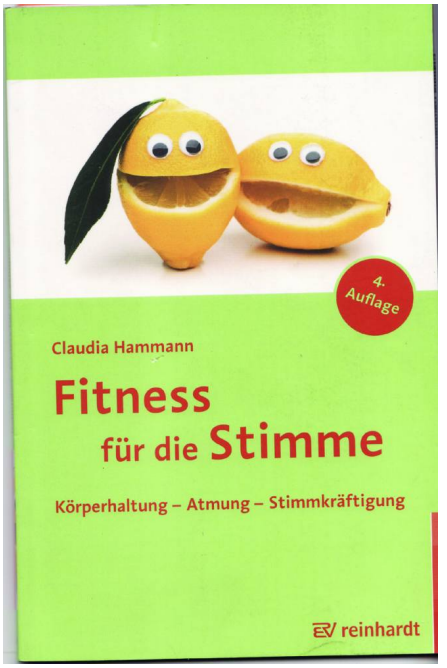
Cielené naštartovanie vlastných regulačných mechanizmov vysvetľuje pretrvávajúce dobré výsledky tejto liečby. Telo sa znova naučí zdolávať vlastné problémy.

Je potešiteľné, že medzinárodný certifikát pre liečbu touto metódou získali ako prvé na Slovensku aj fyzioterapeutky z kúpeľov Piešťany v júli t.r.

Literatúra

K.G.Weber/M.Wiese – Weiche manuellen Techniken der Ortho-Bionomy, Sonntag Verlag Stuttgart 2005

P. Makovník, Slovenské liečebné kúpele, a.s. Piešťany



Fitness pre hlas

Hlas je jedinečný nástroj našej osobnosti. Je to fascinujúci fenomén, častokrát určuje sympatie alebo naopak nesympatie voči určitej osobe. To, ako je dôležitý, si obyčajne uvedomíme až keď nás sklame. Kto používa hlas v každodennom osobnom alebo pracovnom živote (a je nás v tomto smere väčšina), musí sa o svoj hlas starať tak, aby bol čo najvýkonnejší a pripravený na prenos informácií. Je zaujímavé, že kvalita hlasu závisí od držania tela, dýchania, od toho ako s hlasom cvičíme. Minulý rok vyšla vo vydavateľstve Ernst Reinhardt vynikajúca príručka s týmto zameraním, ktorá na 85 stranách podá každému záujemcovi o problematiku hlasu dokonalý prehlad v tejto oblasti. Kniha obsahuje cvičenia, hry, ilustrované obrázky, ktoré pomáhajú zachovať si zdravý a výrazný hlas. Koordináty: *Claudia Hammann: Fitness für die Stimme,Ernst Reinhardt Verlag, Munchen, Basel 2011, ISBN 978-3-497-02258-8* T. Gúth

155x19

Vydavateľstvo

LIEČREH s.r.o.
pripravilo pre Vás a pre Vašich pacientov nasledujúce publikácie:

REHABILITÁCIA
Časopis, ktorý sa venuje liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácii. Vychádza 4x do roka v papierovej alebo digitálnej verzii, momentálne stojí jedno číslo 1,65 eura + 10% DPH alebo 60 Kč + 10% DPH (pre Česko).

K. Horňáček a kol.: **Hippoterapia - hipporehabilitácia** uvádza na 316 stranách nové poznatky v tejto oblasti rehabilitácie. Cena je 20,0 eur + 10% DPH alebo 600 Kč (pre Česko) + 10% DPH, poštovné a balné.

A. Gúth: skriptá **fyziológia - NEUROFYZIOLÓGIA**
je brožovaná publikácia zaoberajúca sa na 112 stranách problematikou ***neurofyzio - lógie*** v rehabilitácii. Cena je 10,0 eur + 10% DPH alebo 300 Kč (pre Česko)+ 10% DPH + poštovné a balné.

V. Vojta: **Cerebrálne poruchy pohybového ústrojenstva v dojčenskom veku**
Publikácia na 266 stranách, ktorá bola preložená v r. 1993. Do vyčerpania posledných zásob. Cena je 10,0 eur + DPH alebo 300 Kč (pre Česko)+ 10% DPH + pošt. a balné.

A. Gúth a k.: **vyšetrovacie metodiky v REHABILITÁCII**
Publikácia zaoberajúca sa na 400 stranách problematikou ***vyhodnocovania*** v rehabilitácii. Cena je 18,09 eur + 10% DPH alebo 544,54 Kč (pre Česko) + 10% DPH, poštovné a balné.

A. Gúth a kol.: **liečebné metodiky v REHABILITÁCII**
Publikácia zaoberajúca sa na 400 stranách problematikou najčastejšie používaných ***metodík v rehabilitácii***. Cena je 18,09 eur + 10%DPH alebo 544,54 Kč (pre Česko) + 10%DPH, poštovné a balné.

A. Gúth: **BOLESŤ a škola chrbtice**
Publikácia pre pacienta a jeho učiteľa v boji s bolesťou chrbtice. Rozsah publikácie je 128 strán. Cena 7,0 eur + 10% DPH alebo 180 Kč (pre Česko) + 10% DPH, poštovné a balné. (Keď zoberieš viac ako 10 ks - je jeden kus za 6,0 eur).

P. Dinka a kol.: **VODA a CHLAD**
Publikácia na 314 stranách s plnofarebnými obrázkami prezentuje liečbu a rehabilitáciu vodou a chladom. Hydrokinezioterapia je súčasťou knihy. Cena je 20,0 eur + 10% DPH alebo 600Kč + 10% DPH (pre Česko) + poštovné a balné.

M. Szabová: **Pohybom proti ASTME**
Autorka ponúka na 144 čiernobielych stranách s 90 obrázkami vlastné poznatky a v literatúre dostupné informácie, ktoré sú potrebné na zvládnutie chronických ťažkostí pri astme. Cena je 5,0 eur + 10% DPH alebo 150,00 Kč (pre Česko) + 10% DPH + poštovné a balné.

A. Gúth: skriptá **Propedeutika v REHABILITÁCII** pre fyzioterapeutov
sú skriptá zaoberajúca sa v krátkosti na 100 stranách problematikou diagnostiky v odbore FBLR. Cena brož. je 10,00 eur + 10% DPH alebo 300,00 Kč (pre Česko) + 10% DPH + poštovné a balné.

B. Bobathová: **Hemiplégia dospelých**
Kniha pojednáva o rehabiitácia pacientov s hemiparézou po cievnej mozgovej príhode. Cena je 7,0 eur + 10% DPH alebo 210 Kč (pre Česko) + 10% DPH + poštovné a balné.

A. Gúth: skriptá **REHABILITÁCIA v ošetrovateľstve** je brožovaná publikácia zaoberajúca sa na 100 stranách základnými problémami rehabilitácie pre ošetrovateľ - stvo. Cena 7,0 eur + 10% DPH alebo 210 Kč (pre Česko)+ 10% DPH + poštovné a balné.

Ešte dnes sadni k počítaču a napíš objednávku!!!, na adresu
rehabilitacia@rehabilitacia.sk
- podrobnejšie informácie sa môžeš dozvedieť na našej webovej stránke:
www.rehabilitacia.sk

Moderný prípravok vyvinutý na kĺby a kosti špeciálne **pre potreby žien** vo veku nad 40 rokov

výživový doplnok

1 500 mg **glukózamín sulfátu** v dennej dávke a **OsteoComplex** (vápnik, vitamín D a vitamín K) na zachovanie **zdravých kĺbov a pevných kostí.**

Aktívne pomôže predchádzať problémom s pohybovým aparátom vo vyššom veku.

S dlhotrvajúcim účinkom.

Výživový doplnok je dostupný v lekárňach, na infolinke 080 191 191 alebo na www.arthrstop.sk

www.arthrostop.sk

WALMARK®

FYZIOTERAPEUT

Informácie o pracovnom mieste

- vykonáva rôzne druhy rehabilitačných cvičení.
- v spolupráci s lekárom pripravuje nové metodiky cvičebných jednotiek.
- vedie denné záznamy o vplyve procedúr na zdravotný stav pacienta,...

Ponúkaný plat a termín nástupu
dohodou
Iné výhody
-možnosť ďalšieho odborného vzdelávania (jazykové kurzy hradí zamestnávateľ)
-možnosť kariérneho postupu,
-motivujúci systém odmeňovania,
-zaujímavý sociálny program, finančné a nefinančné zamestnanecké benefity (výmenné tuzemské i zahraničné rekreácie, zvýhodnené ceny kúpeľných procedúr, ...)
-kvalitné stravovanie,
-možnosť služobného ubytovania

Požiadavky na zamestnanca
Požadované vzdelanie
VŠ vzdelanie II. stupňa v magist. študij. programe v študij. odbore fyzioterapia
VŠ vzdelanie I. stupňa v bakal. študij. programe v študij. odbore fyzioterapia
vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaný fyzioterapeut

Jazykové znalosti

-znalosť nemeckého alebo anglický jazyk na pokročilej úrovni
-znalosť ďalších cudzích jazykov výhodou
-potrebná znalosť slovenského alebo českého jazyka

Osobnostné predpoklady a zručnosti

-prax v odbore - výhoda
-empatický prístup ku klientom
-znalosť práce s PC na užívateľskej úrovni

Žiadosti a štruktúrované životopisy prijímame na kontaktných adresách:
personal@spapiestany.sk
Slovenské liečebné kúpele Piešťany, a.s.
úsek Ľudské zdroje
Winterova 29
921 29 Piešťany, SK

LEKÁR

Informácie o pracovnom mieste

Miesto práce
Kúpeľný ostrov, Piešťany
Náplň práce, právomoci a zodpovednosti
lekár samostatne pracujúci

Ponúkaný plat a termín nástupu
dohodou
Iné výhody
-zaujímavá práca v medzinárodnej spoločnosti so zahraničnou klientelou
-možnosť ďalšieho odborného vzdelávania a kariérneho postupu,
-jazykové kurzy hradí zamestnávateľ
-zaujímavý sociálny program – finančné a nefinančné zamestnanecké benefity (výmenné rekreácie tuzemské a zahraničné, zľavnené ceny liečebných procedúr,...)
-motivujúci systém odmeňovania,
--možnosť služobného ubytovania

Požiadavky na zamestnanca
Požadované vzdelanie
-VŠ vzdelanie II. stupňa v doktorskom študijnom programe v študijnom odbore všeobecné lekárstvo,
-práca nie je vhodná pre absolventa,
-odborná prax min. 3 roky,
-výhodou špecializácia v odboroch FBLR alebo v príbuzných odboroch (reumatológia, ortopédia,...)

Jazykové znalosti

-podmienkou aktívna znalosť nemeckého alebo anglického jazyka,
-znalosť ďalších cudzích jazykov vítaná (ruský, ...)
-znalosť slovenského alebo českého jazyka podmienkou

Počítačové znalosti - používateľ

Microsoft Windows - pokročilý

Žiadosti a štruktúrované životopisy prijímame na kontaktných adresách:
personal@spapiestany.sk
Slovenské liečebné kúpele Piešťany, a.s.
úsek Ľudské zdroje
Winterova 29
921 29 Piešťany, SK

Kúpele Piešťany
Zdravie pre každého

Nikde inde nenájdete ostrov s tak jedinečnou kombináciou sírneho bahna a termálnej vody – hojivého elixíru, ktorý dokáže liečiť telo i dušu.

Socha Barlolamača ako symbol Kúpeľov Piešťany, dokonale vystihuje prínos kúpeľov v liečbe reumatizmu, rehabilitácii pohybového aparátu a nervového systému. Podstata myšlienky zlomenej barle vôbec nie je prehnaná, pretože práve barla sa stáva pre mnohých z našich pacientov po liečbe zbytočná.

Špeciálny pobyt „Rehabilitácia“

- 2 x ubytovanie s polpenziou
- Lekárska konzultácia
- 3 unikátne piešťanské liečebné procedúry
- 3 extra liečebné procedúry
- Už od 90 EUR / osoba / pobyt

Pobyt v termíne 1.11. – 23.12.2012

Pri rezervácií prosím zadajte heslo: „Rehabilitácia“

SME ZMLUVNÝMI PARTNERMI VŠETKÝCH ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ NA SLOVENSKU.

Facebook: www.facebook.com/Kupele.Piestany

THE CHOICE OF GENERATIONS 40 YEARS DANUBIUS HOTELS GROUP

Tel.: 033 / 775 77 33 e-mail: booking@spapiestany.sk web: www.kupelepiestany.sk

Vážené dámy a páni,

spoločnosť Prestom Partners je už niekoľko rokov známa svojou pôsobnosťou na trhu medzi odborníkmi v oblasti spracovania účtovníctva, účtovného a daňového poradenstva, auditu, miezd a korporátnych služieb.

ÚČTOVNÍCTVO A MZDY **AUDIT** **PRÁVNE PORADENSTVO** **KORPORÁTNE SLUŽBY**

Radi by sme upozornili, že naše profesionálne služby Vám vieme ponúknuť v cene už

od 80 Eur mesačne.

Za našu profesionalitu a poskytované služby hovorí aj široké portfólio spokojných klientov. Vážime si pozitívne referencie, ktoré odrážajú náš individuálny prístup ku každému klientovi a naďalej sa budeme snažiť vychádzať Vám v ústrety vo Vašom podnikaní.

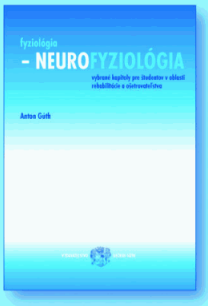
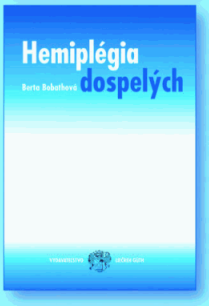
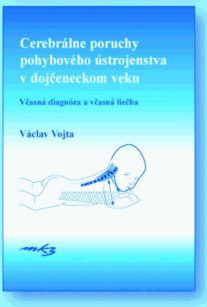
Veľmi radí rozšírime rady svojich spokojných zákazníkov aj o Vašu osobu.
Odbremeníme Vás od povinností spätých s podnikaním a všetko vyriešime za Vás.

Pre Vašu rehabilitáciu

Prestom Partners, s.r.o., Ferienčíkova 18, 811 08 Bratislava, tel: (02) 57 20 32 05, fax: (02) 57 20 32 08
www.prestom.sk, e-mail: ba@prestom.sk

Rehabilitácia je časopis pre otázky liečebnej, pracovnej, psychosociálnej a výchovnej rehabilitácie, ktorý vychádza na 64 stranách 4x do roka

Vydavateľstvo LIEČREH

P.O.BOX 77, 831 07 Bratislava 37

Všetky otázky v súvislosti s uvádzanými publikáciami
Vám zodpovieme na tel. čísle: 02 / 59 54 52 43
www.rehabilitacia.sk e-maile: rehabilitacia@rehabilitacia.sk