

Úvod do fyzioterapie I – propedeutika I

Cvičební jednotka

- cvičení je organizováno ve cvičebních hodinách = cvičebních jednotkách
- skládá se zpravidla z 3 částí: úvodní, hlavní a závěrečná

Úvodní část

- cíl: připravit organismus pacienta na zvýšenou tělesnou zátěž, zvýšit aktivitu vegetativního systému – prokrvení, zahřátí
- prostředky: jednoduché pohybové prvky, nenáročné na provedení, v rychlejším tempu, nemusí být přesně provedené, emočně působivé.

Hlavní část

- vyrovnávací část** - je náročnější z hlediska techniky provádění každého cviku. Cviky vybíráme dle cíleného zaměření a činností, které budou následovat v další části. Intenzita zatížení je nízká, pomalé, vedené pohyby.
- rozvíjecí část** – může mít různou náplň a různá zaměření. Různé pohybové činnosti dle zájmu a potřeby. Intenzita zatížení individuální (ve starším věku by neměla překročit submaximální hodnotu – 60% maxima, sledujeme základní ukazatele stupně zatížení a známky únavy).

Závěrečná část

- cíl: zklidnění, návrat fyziologických funkcí na klidovou úroveň, snížení napětí a celková relaxace
- prostředky: dechové a relaxační cvičení (autogenní trénink).

Známky nadměrného zatížení - nesmí se objevit známky přetížení oběhu: poruchy rytmu pulzu, nadměrné pocení, neobvyklé zčervenání, bledost okolo úst, zmodrání rtů, pocit nevolnosti, lapání po dechu, bolest na hrudi)

Borgova škála **6-20** pro hodnocení vnímání intenzity, namáhavosti, zatížení

6	14
7 velmi, velmi lehká	15 namáhavá
8	16
9 velmi, velmi lehká	17 velmi namáhavá
10	18
11 lehká	19 velmi, velmi namáhavá
12	20
13 poněkud namáhavá	

Borgova škála **0-10** pro hodnocení subjektivních pocitů dušnosti, bolesti na hrudi a dolních končetin

0 vůbec žádná	6
0,5 velmi, velmi slabá	7 velmi silná (těžká)
1 velmi slabá	8
2 lehká	9
3 střední	10 velmi, velmi silná
4 poněkud silná (těžká)	maximální
5 silná (těžká)	

Cvičební jednotka jednovrcholová

- hlavní část cvičební jednotky tvoří jeden vrchol

Cvičební jednotka vícevrcholová

- hlavní část cvičební jednotky je rozdělena do dvou a více částí (= vrcholů)
- vhodná u pacientů s celkovým oslabením tělesné zdatnosti a výkonnosti

Cílem včasné rehabilitace je obnovení optimální posturální a lokomoční funkce.

Cíl rehabilitační terapie:

- a) reedukace funkce posturo-lokomoční** – obnovení bipedálního stoje, udržení stability postury s nácvikem lokomoce

posturální systém: axiální+pletence

lokomoční systém: končetiny+pletence

- b) reedukace funkce ideomotorické** – ergoterapie, logopedie a psychologie (jemná motorika, záměrně cílený pohyb, sdělovací motorika – řeč)

Jiný přístup fyzioterapeut by měl být k pacientovi s akutní bolestí, a jiný, pokud se nachází v klidovém období déle trvajících, chronického problému.

Při akutní bolesti lze využít především vybrané manuální techniky (hlazení, jemná trakce, masáž, postizometrická relaxace, protažení kůže a měkkých tkání v okolí kloubu) a některé metody fyzikální terapie (vodoléčba, elektroléčba, magnetoterapie, ultrazvuk atd.). Velmi důležitá je fyzioterapeutem na míru šitá pohybová terapie konkrétnímu člověku (např. jízda na kole, plavání, pohyb ve vodě, chůze, Nordic Walking nebo určité druhy tance).

Chronický problém (trvajících déle než tři až šest měsíců) - bolest bývá spíše neohraničená, ukazovaná pacientem "někde tady". Pacient možná umí popsat situaci, která stav zhoršuje, ale zná úlevovou polohu nebo cvik, který pomáhá? Bolesti se mohou v rámci těla stěhovat – bolavé koleno přestane pacient vnímat v souvislosti se začátkem bolesti v bederní části zad, bolavá bedra uniknou pozornosti, jestliže rozbolí hlava. Při chronických problémech je léčba často náročná a dlouhodobá a vyžaduje především motivaci pacienta. V kinezioterapii můžeme využít - nácvik vnímání těla, metodiky s cílem změny pohybových stereotypů (držení těla, dýchání) až po doporučení vhodného pohybu. Důležité je, aby pohyb byl pestrý, vhodný, přiměřený a pravidelný. Z dlouhodobého hlediska je důležité pracovat i na řešení často stresové životní situace pacienta. Zde se uplatňuje kromě zmíněného také psychoterapie, nácvik relaxačních technik (např. autogenní trénink), jóga, konzultace s výživovou poradkyní atp.

Komunikace s pacientem:

- a) **verbální**
- b) **nonverbální**

Metodické zásady kinezioterapie

Přiměřenost

- a. věku pacienta (somatickému, psychomotorickému, mentálnímu)
- b. pohlaví (ženy – větší kloubní pohyblivost, emocionální vnímavost, nižší výkonnost - menstruace, gravidita apod.)
- c. vrozeným tělesným dispozicím (antropometrické parametry)
- d. schopnosti motorického učení
- e. aktuální tělesné zdatnosti = kondici (výkonnost kardiovaskulárního a respiračního systému)
- f. aktuálnímu pohybovému fondu (stavu konkrétního postižení)
- g. duševním schopnostem (rozumět účelu pohybu)
- h. aktuálnímu psychickému stavu (nálada, rozpoložení)

Z toho vyplývá výběr činností co do intenzity, trvání, náročnosti:

- přiměřené zatížení – dosažení ideální odezvy organismu
- nízké zatížení – nedosažení plných možností
- nadměrné zatížení - přetížení až poškození pacienta (zhoršení bolesti, otok, fyzická i mentální únava, zhoršená koordinace)

Posloupnost, systematičnost

- zařadit „nový prvek“ až po zvládnutí předchozího
- nepřidávat více než 3-5 nových prvků v jedné CJ

Stupňování

- postupně zvyšovat náročnost cvičení, tak dochází k postupné adaptaci organismu pacienta na rostoucí nároky
- cíl kinezioterapie: vytvořit postupně co nejlepší ekonomický a koordinovaný vzorec pohybu

Soustavnost

- pravidelnost cvičení

- v době mimo cvičení instruovat pacienta k samostatnému cvičení (může jít jen o relaxaci nebo zadat pacientovi jiný „úkol“, např. kdykoliv ji vzpomenete, opřete lopatky v představě o „zed“)
- snaha o zařazení „nového vjemu“ nebo prvku do běžných denních činností

Názornost

- prostředky: slovní popis, vedení při pohybu, předcvičování, přirovnání k všeobecně známým činnostem, využití pomůcek (obrázek, video)
- zdůraznit: výchozí polohu, průběh pohybu, výslednou polohu, event. účel pohybu

Individuální přístup

- každý pacient je individuální osobnost po stránce: ontogenetické, psychické, somatické, psychomotorické, psychosociální
- proto je vždy u každého nutné znát: diagnózu, charakteristické projevy onemocnění, charakterové vlastnosti pacienta (ochota spolupracovat apod.)
- rozdíl mezi individuálním a skupinovým cvičením: u skupinového cvičení nelze plně uplatňovat zásadu individualizace (nutné pečlivě vybírat pacienty vhodné k zařazení do skupinové kinezioterapie)

Motivace

- snaha o vytvoření potřeby pohybu
- prostředky: verbální a nonverbální komunikace

Zraková kontrola - pomocí zraku pacient kontroluje a koriguje pozici a pohyb

- zpětná vazba zrakem může zesílit svalovou kontrakci
- kontakt očima mezi pacientem a terapeutem pomáhá komunikaci a spolupráci

Pozn. Křivka zapomínání:

