

## Informace pro terapeuty

### Případová kranio studie: Evropský prospektivní výzkum

#### Vážení kraniosakrální terapeuti!

Zájem o kraniosakrální terapii významně roste a klienti často zaznamenávají úžasné výsledky. Vědecká dokumentace bohužel chybí a úspěch kraniosakrální terapie zatím zůstává pouze v rovině individuální zkušenosti. Pro vyjednávání s pojišťovkami, oficiálními institucemi a běžně využívanými informačními databázemi (jako je např. Wikipedie) jsou vědecká data efektivity terapeutické metody naléhavě potřebná.

Ve spolupráci německé Univerzity v Duisburg-Essen, Německé kraniosakrální asociace (CSVD) a Německé upledgerovské asociace (UCD) bude probíhat případová studie sledující využití a efektivitu kraniosakrální terapie. Tímto vás žádáme o spolupráci. Chtěli bychom nasbírat co možná nejvyšší možné množství kazuistik klientů a jejich zkušeností s kraniosakrální terapií.

Najděte si, prosím, přiložený formulář zahrnující dotazník pro terapeuta i pro klienta a dále také klientův písemný souhlas s účastí ve studii.

Prospektivní případová zpráva shromažďuje data o klientovi před začátkem terapie. Klient je následně ošetřován a dotazován znovu po dokončení série ošetření. Terapeut krátce dokumentuje zásadní kroky ošetření. Jsou dvě verze případové zprávy: pro klienty samotné a pro rodiče dětí, které jsou ošetřovány.

#### Instrukce pro použití formulářů případových zpráv:

- Pro statistickou analýzu kazuistiky je důležité, aby byl dotazník klienta vyplněn kompletně celý.
- Jestliže vy jako terapeut nejste schopni poskytnout všechna požadovaná data, akceptujeme také neúplnou případovou zprávu. Ujistěte se ovšem, že klientův formulář je kompletní.
- Volné komentáře poskytují cennou informaci klientových osobních zkušeností. Není-li na ně dostatek místa, může být přiložen další list.
- Kresby jsou také cennou složkou dotazníku. Je často jednodušší nakreslit bolest/obtíže, než je vysvětlovat. Klient může nakreslit své obtíže i na volný list. Přiložte, prosím, ke zprávě obě kresby (před a po sérii ošetření).

**Nakonec, prosím, označte každou ze stránek dotazníku klientovým identifikačním číslem a také identifikačním číslem terapeuta a pošlete je zpět k nám:**

...oskenované emailem na adresu: [info@kranio.eu](mailto:info@kranio.eu)

...poštou na adresu ČATKSB, Vyšehradská 1376/43, Praha 2, 128 00

...případně je možné domluvit osobní předání

Jestliže máte nějaké další dotazy, neváhejte nás kontaktovat na adrese:

Zuzana Kozáková, [zuzana@masaze-terapie.eu](mailto:zuzana@masaze-terapie.eu), (tel. 774 824 803),

nebo [info@kranio.eu](mailto:info@kranio.eu).

## Případová kranio studie | formulář pro terapeuta

### Terapeutovo identifikační číslo (ID)

1. první písmeno vašeho jména
2. první písmeno vašeho příjmení
3. rok narození

		-	
--	--	---	--

### Informace o terapeutovi:

- a) Věk: ..... Pohlaví: ..... Město/Stát: .....
- b) Původní profese: .....
- Praxe CST (kolik let): .....
- Speciální odvětví CST (upledgerovská CST, biodynamika, obojí, jiné ): .....



### Anamnéza klienta:

- a) Věk: ..... Pohlaví: .....
- Má klient předchozí zkušenost s CST (ano/ne): .....
- b) Hlavní symptomy:

### Klinické vyšetření: Kraniosakrální pozorování

#### Průběh ošetření:

- a) Počet a trvání CST ošetření: .....
- Odstup mezi ošetřeními (týdny): .....
- b) Průběh symptomů (dobrovolná odpověď):

Stupeň zlepšení (v procentech)? .....

### Vedlejší účinky CST, nebo přechodné zhoršení: (jestliže nejsou žádné vedlejší účinky, uveďte to, prosím)

**Další léčba, probíhající zároveň s ošetřeními CST:** (léky, nebo jiná lékařská/ fyzioterapeutická léčba probíhající souběžně s ošetřeními CST)

## Případová kranio studie | formulář pro klienta: informovaný souhlas

### Vážený kliente!

Záměrem případové kranio studie je zhodnotit využití a účinnost kraniosakrální terapie. Chceme prozkoumat, jak jste vy a vaše dítě zažívali kraniosakrální ošetření a do jaké míry to ovlivnilo fyzickou, mentální a emocionální kvalitu vašeho života. Protože v Evropě dosud k dispozici žádné systematické průzkumy ohledně kraniosakrální terapie nejsou, můžete významně přispět ke studiu této terapie a podpořit její uznání a zavedení do konvenční zdravotní péče. Tato případová studie je prováděna ve spolupráci s Německou kraniosakrální asociací (CSVD), Německou upledgerovskou asociací a Univerzitou v Duisburg-Essen.

### Průběh studie:

Obdržíte dva krátké dotazníky týkající se vašich obtíží a jejich dopadu na kvalitu vašeho života: první dotazník před začátkem vašeho prvního kraniosakrálního ošetření, druhý na konci série ošetření, kterou si domluvíte se svým terapeutem. Otázky, prosím, zodpovězte tak spontánně, jak je to možné a vyhněte se mnohoznačným odpovědím. Nevynechejte, prosím, žádnou otázku.

### Ochrana zdravotních dat:

Sběr, zpracování a uchování osobních dat v rámci studie zůstane přísně důvěrné. Aby byla zachována anonymita, všechny dotazníky budou číslovány s použitím numerického kódu. Vědecká publikace výsledků studie bude probíhat v úplné anonymitě. Tím je zajištěna ochrana dat. Účast ve studii je dobrovolná a vyžaduje váš psaný souhlas. Máte právo se studie neúčastnit a účast ve studii kdykoliv ukončit. Rozhodnutí neúčastnit se nebo ukončit účast ve studii nepovede k žádnému postihu a nijak nepoškodí váš vztah s vaším terapeutem. Informaci o ukončení účastnictví ve studii adresujte, prosím, v písemné formě koordinátorovi studie (kontakt je uveden níže). V případě jakýchkoliv dalších dotazů se neváhejte obrátit na svého terapeuta nebo na koordinátora studie.

### Informovaný souhlas

Informace o této studii jsem četl/a a rozuměl/a jsem jim. Jsem si vědom/a toho, že osobní data jsou sbírána, uchována a analyzována pro vědecké účely. Této studii se účastním dobrovolně a souhlasím s tím, aby má data byla analyzována a použita anonymní formou pro vědeckou prezentaci a publikaci. Měl/a jsem možnost klást otázky týkající se studie a všechny mé otázky byly zodpovězeny k mé spokojenosti.

.....  
Místo, datum

.....  
Podpis zákonného zástupce

**Klientovo identifikační číslo (ID):** Zadejte, prosím, svůj osobní kód pro zajištění své anonymity.

1. První písmeno jména vašeho dítěte:
2. První písmeno příjmení vašeho dítěte:
3. Druhé číslo vašeho PSČ:
4. Poslední číslo roku narození vašeho dítěte:

--	--	--	--

UNIVERSITÄT  
DUISBURG  
ESSEN

Open-Minded

**Pro další otázky nás, prosím, kontaktujte:**

Zuzana Kozáková, [zuzana@masaze-terapie.eu](mailto:zuzana@masaze-terapie.eu), (tel. 774 824 803), [info@kranio.eu](mailto:info@kranio.eu).

*Ua* Upledger  
Association  
Germany

craniosacral verband deutschland

## Případová kranio studie | formulář pro klienty: První dotazník (před ošetřením)

Vyberte, prosím, od jednoho do tří symptomů (fyzických, nebo mentálních), které vaše dítě nejvíce obtěžují. Uveďte je níže i s informací o tom, jak dlouho každý z uvedených symptomů trvá. Dále ohodnoťte skóre průměrné intenzity symptomů v posledních 4 týdnech, tím, že je označíte číslem od 0 do 10.

Symptom 1: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Symptom 2: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Symptom 3: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Nyní vyberte jednu nebo dvě aktivity (fyzické, mentální, sociální, nebo pracovní), které jsou pro vaše dítě důležité a jsou jeho symptomy ovlivněny. Uveďte, prosím, průměrné skóre tohoto postižení v období posledních 4 týdnů.

Aktivita 1: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 tak špatné, jak to jen může být

Aktivita 2: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 tak špatné, jak to jen může být

Jak by jste hodnotil/a míru pocitu celkové životní spokojenosti vašeho dítěte během posledních 4 týdnů?

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Jak by jste hodnotil/a míru mentálního/emočního pocitu spokojenosti vašeho dítěte během posledních 4 týdnů?

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Jak by jste hodnotil/a kvalitu spánku vašeho dítěte během posledních 4 týdnů?

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Co si myslíte? Jak úspěšně kraniosakrální terapie zmírní symptomy vašeho dítěte?

úplně neúspěšná 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 velmi úspěšná

Na závěr, prosím, doplňte následující informace o vašem dítěti:

Věk: ..... Pohlaví: .....

Škola, kterou navštěvuje (školka/základní škola/střední škola): .....

**Děkujeme Vám za Vaši ochotu a pomoc!**

## Případová kranio studie | formulář pro klienty: Druhý dotazník (po terapii)

Uvedte, prosím, symptomy (fyzické nebo mentální), kvůli kterým vaše dítě absolvovalo kraniosakrální ošetření a uveďte skóre současné intenzity symptomů označením čísla mezi 0 až 10.

Symptom 1: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Symptom 2: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Symptom 3: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Uvedte, prosím, aktivity (fyzické, mentální, sociální nebo pracovní), ve kterých bylo vaše dítě před začátkem terapie omezeno a posuďte, jaká je současná úroveň omezení.

Aktivita 1: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 tak špatné, jak to jen může být

Aktivita 2: ..... Trvání: .....

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 tak špatné, jak to jen může být

Jak byste ohodnotil/a celkovou úroveň životní spokojenosti vašeho dítěte?

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Jak byste ohodnotil/a mentální/emocionální spokojenost vašeho dítěte?

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Jak byste ohodnotil/a kvalitu spánku vašeho dítěte?

nejlepší, jaké to může být 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 nejhorší, jaké to může být

Jak byste ohodnotil/a celkové obtíže vašeho dítěte ve srovnání s obdobím před začátkem série kraniosakrální terapie?

+4	+3	+2	+1	0	-1
vyřešení/ vyléčení	velké zlepšení	vyřešení/ vyléčení	znatelné zlepšení	minimální zlepšení	zhoršení

*Prosím otočte...*

Jestliže vaše dítě užívalo nějaké léky proti popisovaným obtížím ještě před sérií kraniosakrální terapie (jestliže ne, prostě přeskočte otázku): Jak by jste ohodnotil/a současnou míru užívání těchto léků u vašeho dítěte?

**+4****nejsou už dále  
zapotřebí****+3****velké  
snížení****+2****znatelné  
snížení****+1****minimální  
snížení****0****žádná  
změna****-1****vzrůst**

Dobrovolné informace: Máte vy nebo vaše dítě nějaké další zkušenosti s kraniosakrální terapií, které byste chtěl/a sdílet? (Například: zaznamenal/a jste nějaké zvláštní změny v chování vašeho dítěte, změny v jeho chování vůči ostatním dětem, vůči dospělým nebo při stresu? Získali jste vy nebo vaše dítě nějaké nové možnosti spojení se svými spirituálními zdroji, atd.