Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Dopady změny v poskytování lázeňské péče dle vyhlášky 267/2012 Sb. na koncepci fyzioterapie v lázeňském prostředí

Vypracovala: Eva Pražáková
Vedoucí práce: PhDr. Marek Zeman, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problémy, které nastaly po zrušení vyhlášky č. 58/1997 Sb. a přijetím vyhlášky č. 267/2012 Sb. stanovující nový Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost, kdy došlo k výrazným změnám v oblasti poskytování lázeňské péče. K zásadním změnám došlo např. v délce léčebného pobytu, který byl zkrácen na 14 dní resp. 21 dní, a dále ke změnám v celkové indikaci lázeňské léčby, kdy u některých onemocnění nebylo možné čerpat lázeňskou péči vůbec. Z toho vyplynuly závažné problémy jak pro lázeňská zařízení, tak i pro pacienty. Fyzioterapie, jako důležitá součást balneoterapie, má velmi úzký vztah k celkovému pojetí lázeňské léčby a její efekt je do značné míry na přítomnosti a četnosti ostatních procedur závislý.

První část teoretické práce se zabývá lázeňskou léčbou, legislativou lázeňské péče a dopady, ke kterým došlo přijetím vyhlášky č. 267/2012 Sb. Druhá část se zabývá léčebnými metodami v lázních.

Cílem práce bylo zmapování problematiky fyzioterapeutických postupů v rámci lázeňské péče podle vyhlášky 58/1997 Sb. a 267/2012 Sb. Pro zpracování byla použita kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně metoda osobní případové studie (kazuistika). Výzkumný soubor tvořili tři pacienti, kteří absolvovali třítýdenní komplexní lázeňskou léčbu v Bertiných lázních v Třeboni. Jeden pacient se léčil s Revmatoidní artritidou a dva pacienti s Bechtěrevovou chorobou. Všichni uvedení pacienti navštěvovali lázeňská zařízení pravidelně a opakovaně. U těchto respondentů byl proveden odběr anamnézy, vstupní a výstupní kineziologický rozbor. Vstupní a výstupní kineziologický rozbor obsahoval vyšetření aspekcí, palpací, vyšetření chůze, antropometrická vyšetření, goniometrická vyšetření a vyšetření distancí na páteři. Bylo provedeno šest individuálních terapií a na závěr došlo k subjektivnímu hodnocení výsledků terapie. Dále byla zhodnocena fyzioterapeutická léčba podle výše uvedených vyhlášek.

U těchto tří léčených pacientů byl zaznamenán rozdíl ve vlivu lázeňské léčby při třítýdenním a čtyřtýdenním pobytu. Delší pobyt přinesl dlouhodobější úlevu od bolesti, zlepšení pohyblivosti a celkově měl dlouhodobější efekt, a to díky většímu počtu balneologických procedur a většímu počtu fyzioterapií. Také měl lepší vliv na psychiku

pacienta, kdy si pacient při delším pobytu odpočinul, stihnul si osvojit naučené cviky a navázal nová přátelství.

Dobrou zprávou je přijetí nového zákona, kdy od roku 2015 se délka lázeňského pobytu vrátila na čtyři týdny.

Touto bakalářskou prací bych chtěla poukázat na problémy, které způsobilo přijetí vyhlášky č. 267/2012 Sb. Dále by se touto cestou mohla zlepšit informovanost veřejnosti o této problematice.

Klíčová slova: vyhláška č. 58/1997 Sb., vyhláška č. 267/2012 Sb., balneologie, balneoterapie, lázeňská léčba

Abstract

My bachelor thesis deals with problems, that occurred after the cancellation of the Decree No. 58/1997 Coll. and the adoption of the Decree No. 267/2012 Coll. establishing a new indicator list for the Spa sanatorium rehabilitation care for adults, children and adolescents, when there have been significant changes in the area of Spa care. Significant changes occurred, for example in the length of stay in treatment, that was shortened to 14 days or 21 days and to changes in the overall indication of the spa treatment, when some disease it was not possible to draw a spa care at all. This resulted in serious problems for both the spa facilities, as well as for patiens. Physiotherapy as an important part of balneotherapy has a very close relationship to the overall concept of the Spa treatement and its effect depends to a large extent on the presence and frequency of other treatments.

The first part of the theoretical work deals with a spa treatment, legislation of Spa care and impact which has occurred after the adoption of Decree No. 267/2012 Coll.
The second theoretical part deals with the therapeutic methods in the Spa.

The aim of the work was charting of physiotherapeutic procedures in the context of Spa care pursuant to decree 58/1997 Coll. and 267/2012 Coll.. For the processing of a qualitative research strategy was used the method of the personal case study. Research file consisted of three patients who have completed the three-week comprehensive spa treatment in Bertiny lázně in Třeboň. One patient was treated with rheumatoid arthritis and two patients with Bechterew's disease. All the listed patients visited the spa facilities regularly and repeatedly. For these respondents was conducted the subscription history, input and output kinesiological analysis. Input and output of kinesiological analysis contained the examination of aspects, palpation, examination of walk, antropometric examination, goniometric examination and examination of distance on the spine. Six individual therapies was done and a subjective evaluation of the results of therapy at the end. Physiotherapy treatment was evaluated according to the above regulations.

For these three treated patients was noted a difference in the effect of the spa treatment in the three-week and the four-week stay. Extended stay brought the longer-

term pain relief, improve mobility and overall had a long-term effect, thanks to the greater number of balneotherapy treatment and the greater number of physiotherapy. It also had a better effect on the psyche of the patient when the patient could rest during the longer stay and managed to learn exercises and consolidate new friendship.

The good news is the adoption of the new law, when from 2015 the length of the Spa stay was set back to four weeks.

In my bachelor thesis I'd like to point out the problems that caused the adoption of Decree No. 267/2012 Coll. Furthermore, public awareness on this issue could be improved in this way.

Key words: Decree No. 58/1997 Coll., Decree No. 267/2012 Coll., balneology, balneotherapy, spa treatment

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma **Dopady změny v poskytování lázeňské péče dle vyhlášky 267/2012 Sb. na koncepci fyzioterapie v lázeňském prostředí** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015 .....

Eva Pražáková

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Marku Zemanovi, Ph.D. za jeho odborné rady a za ochotu a pomoc se zpracováním této bakalářské práce. Dále děkuji personálu Bertiných lázní za umožnění výzkumu a zúčastněným pacientům za jejich spolupráci. A také bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu, trpělivost a porozumění.

Obsah

1 SOUČASNÝ STAV 11

1.1 LÁZEŇSTVÍ 11

1.1.1 Typy lázeňské péče 12

1.1.2 Poskytování lázeňské péče podle vyhlášky č. 58/1997 Sb. 13

1.1.3 Poskytování lázeňské péče podle vyhlášky č. 267/2012 Sb. 14

1.1.4 Obecné kontraindikace 15

1.1.5 Změny v indikačním seznamu od 1. října 2012 16

1.1.6 Vzniklé problémy přijetím vyhlášky 267/2012 Sb. 18

1.1.7 Statistika lázeňské péče 20

1.1.8 Nový indikační seznam lázeňské péče od roku 2015 21

1.2 BALNEOLOGIE 22

1.3 BALNEOTERAPIE 23

1.3.1 Léčebné metody balneoterapie 25

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA 33

2.1 CÍL PRÁCE 33

2.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA 33

3 METODIKA 34

3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 34

3.2 TECHNIKY SBĚRU DAT 34

4 VÝSLEDKY 37

4.1 KAZUISTIKA 1 37

4.2 KAZUISTIKA 2 47

4.3 KAZUISTIKA 3 57

5 DISKUZE 67

6 ZÁVĚR 70

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 72

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 77

9 PŘÍLOHY 78

Úvod

Od 1. 10. 2012 nabyla platnost vyhláška č. 267/2012 Sb. o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost. Došlo ke změně délky pobytu nebo u některých indikací až k úplnému zrušení hrazené léčby zdravotními pojišťovnami. Přitom například pro pacienty s chronickým onemocněním je lázeňská léčba hodně důležitá.

Důležitou součástí lázeňské péče je fyzioterapie, která přistupuje k pacientovi individuálně a řeší jeho aktuální obtíže. Léčí pomocí pohybu a manuálních technik, ale také fyzioterapeut dovede poradit pacientovi, jaké pohyby jsou a nejsou vhodné a jak je správně provádět. Zde má své místo i psychosociální aspekt, který může být důležitý pro odstranění příčiny onemocnění.

Další podstatnou částí lázeňské péče je balneoterapie, která je založena na přírodních neinvazivních postupech. Ty si žádají dlouhodobé pozvolné působení. Aby měla lázeňská léčba smysl, měla by být dlouhodobá. Zkrácení délky lázeňského pobytu jej do značné míry znehodnocuje. Pozitivní efekt mají léčebné procedury právě až s odstupem času při dlouhodobé a opakované aplikaci.

Opakovaná a pravidelná léčebně rehabilitační péče má prokazatelný pozitivní vliv na zdraví pacientů, proto se do lázní rádi vracejí. Také na ně skvěle působí jiné prostředí, kdy jsou oproštěni od každodenních starostí. Pacienti zde navazují nová přátelství a vzájemně si vyměňují zkušenosti ohledně své nemoci.

Ke zpracování bakalářské práce jsem si vybrala toto téma, protože se hodně hovořilo o problematice přijetí nového indikačního seznamu. V rámci praxe během studia jsem také slýchávala od pacientů, že pokud dříve jeli do lázní na delší dobu, měla pro ně lázeňské péče větší efekt. Proto mě toto téma zaujalo v nabídce bakalářských prací.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Lázeňství

Lázeňství je historicky především evropskou záležitostí. Má velkou tradici od antických dob až do současnosti. Vývoj je úzce vázán na výskyt minerálních vod, již dříve se používaly různé koupele, převážně horké. K největším pokrokům v moderním léčebném lázeňství došlo v posledních stoletích v Evropě a české země se na tomto vývoji podílely významnou měrou. (Mackovič, 1995)

V současnosti se české lázeňství považuje za nejlepší v Evropě. České lázně se mohou pyšnit kvalitní lékařskou péčí a progresivními rehabilitačními a léčebnými metodami. Velkou zásluhu na vynikajících výsledcích českého léčebného lázeňství má především vysoce kvalifikovaný personál (lékaři, fyzioterapeuti i zdravotní sestry). (Svaz léčebných lázní ČR)

Lázeňská péče představuje soubor zdravotnických činností a postupů, včetně léčebné rehabilitace a výchovy ke zdravému způsobu života. Všechny tyto činnosti a postupy vedou k prevenci onemocnění, navrácení a upevnění zdraví nebo stabilizaci nemoci s cílem maximálního zmírnění jejích důsledků, prodloužení a zlepšení kvality života. (Jandová, 2009)

V České republice můžeme najít stovky přírodních léčivých pramenů a bohatá naleziště peloidů (bahno, slatina a rašelina), dále se u nás vyskytuje mnoho zdrojů přírodních zřídelních plynů a míst s příznivým klimatem. Díky jejich propojení s lékařskou vědou vzniklo v České republice více než třicet lázeňských míst, kde se léčí široká škála onemocnění. (Svaz léčebných lázní ČR)

Lázeňské pobyty odstraňují nebo zmírňují zdravotní problémy nebo mohou působit preventivně. Výhodou lázeňských míst je jejich umístění v malebných krajinných oblastech, také jsou přitažlivá svým urbanistickým pojetím a specifickou architekturou. Jedinečnost lázeňských míst je přímo spojená s kvalitou přírodních léčivých zdrojů. Právě přírodní bohatství a kvalitní zdravotnický personál českých lázní je plně srovnatelný se světovou lázeňskou konkurencí. (Vondruška, 2006)

1.1.1 Typy lázeňské péče

Lázeňskou péči v České republice můžeme rozdělit na dvě základní skupiny, a to na komplexní lázeňskou péči a na příspěvkovou lázeňskou péči. Třetí samostatnou skupinu tvoří lázeňské pobyty pro samoplátce. Počet lázeňských pobytů pro samoplátce v posledních letech vzrůstá, protože klienti mají stále větší zájem o lázeňské pobyty, které jim zpříjemní jejich kvalitu života a také jsou vynikající preventivní pomůckou proti nejrůznějším civilizačním chorobám. (Zdravotní pojišťovny)

Komplexní lázeňská péče

Komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní péči nebo péči v odborných ambulancích a je zaměřena na doléčení závažných onemocnění, např. stavů po komplikovaných operacích. Zdravotní pojišťovna hradí náklady na léčení, ubytování a stravování ve standardní úrovni nasmlouvané s poskytovateli lázeňské péče. Doprava do lázeňského zařízení a zpět je hrazena pojišťovnou pouze v případě, pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje dopravu běžným způsobem bez použití dopravní zdravotní služby. Tuto dopravu indikuje ošetřující lékař. Pobyt průvodce pojišťovna hradí pouze v případě, kdy jeho nezbytnost potvrdí revizní lékař (náklady za průvodce hradí zdravotní pojišťovna pacienta). (VZP)

Příspěvková lázeňská péče

U příspěvkové lázeňské péče zdravotní pojišťovna hradí pouze standardní léčení. Pobyt a stravování si pacient hradí sám. Tato péče je poskytována u nemocí, které jsou uvedeny v indikačním seznamu, pokud nejsou splněny podmínky umožňující schválení komplexního typu léčby. (VZP)

Na oba typy lázeňského léčení musí být návrh schválen revizním lékařem.

Samoplátce

Samoplátcům zdravotní pojišťovna pobyt nehradí. Tito klienti si pobyt v lázních hradí sami. Jejich lázeňská péče není schvalována revizním lékařem. (VZP)

1.1.2 Poskytování lázeňské péče podle vyhlášky č. 58/1997 Sb.

Poskytování lázeňské péče se řídilo podle vyhlášky č. 58/1997 Sb., která nabyla účinnosti dnem 1. dubna 1997 a zrušena byla ke dni 30. září 2012. Indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost byl ustanoven vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 58/1997 Sb., podle § 33 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V této vyhlášce byly stanoveny nemoci, u nichž bylo možno poskytnout lázeňskou péči, indikační předpoklady a odborná kritéria pro poskytnutí lázeňské péče u jednotlivých nemocí. Dále zde byla určena délka léčebného pobytu a indikační zaměření jednotlivých lázeňských míst. Jednotlivé indikace jsou označovány římskou číslicí skupiny (např. v případě nemocí pohybového ústrojí je to VII.) a vlastním pořadovým číslem. (Vyhláška č. 58/1997 Sb.)

Indikační skupiny

Indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé
I Nemoci onkologické
II Nemoci oběhového ústrojí
III Nemoci trávicího ústrojí
IV Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí
V Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí
VI Nemoci nervové
VII Nemoci pohybového ústrojí
VIII Nemoci močového ústrojí
IX Duševní poruchy
X Nemoci kožní
XI Nemoci ženské

(Zdroj: Zpracováno dle vyhlášky č. 58/1997 Sb.)

Indikační seznam pro lázeňskou péči o děti a dorost
XXI Nemoci onkologické
XXII Nemoci oběhového ústrojí
XXIII Nemoci trávicího ústrojí
XXIV Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí

XXV Netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí
XXVI Nemoci nervové
XXVII Nemoci pohybového ústrojí
XXVIII Nemoci močového ústrojí
XXIX Duševní poruchy
XXX Nemoci kožní
XXXI Nemoci gynekologické

(Zdroj: Zpracováno dle vyhlášky č. 58/1997 Sb.)

Při poskytování komplexní lázeňské léčby byla základní délka léčebného pobytu 28 dnů. Vedoucí lékař lázeňské léčebny, dle zdravotního stavu nemocného, mohl prodloužit délku léčebného pobytu o 7 dnů, 14 dnů nebo až na 49 dnů. Další prodloužení bylo možné se souhlasem revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny.

Od 1. října 2012 byla vyhláška č. 58/1997 Sb. nahrazena vyhláškou č. 267/2012 Sb.

1.1.3 Poskytování lázeňské péče podle vyhlášky č. 267/2012 Sb.

Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost je určen vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 267/2012 Sb. Podle zákona č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou zde stanoveny nemoci, u nichž lze lázeňskou léčebně rehabilitační péči poskytnout, indikační předpoklady, odborná kritéria pro poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče u jednotlivých nemocí, délka léčebného pobytu a indikační zaměření v jednotlivých lázeňských místech.

Jednotlivé indikace jsou označovány římskou číslicí skupiny (v případě nemocí pohybového ústrojí je to VII.) a vlastním pořadovým číslem. (Vyhláška č.267/2012 Sb.)

Indikační skupiny

Indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé
I Nemoci onkologické
II Nemoci oběhového ústrojí
III Nemoci trávicího ústrojí
IV Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí

V Nemoci dýchacího ústrojí
VI Nemoci nervové
VII Nemoci pohybového ústrojí
VIII Nemoci močového ústrojí
IX Duševní poruchy
X Nemoci kožní
XI Nemoci gynekologické

(Zdroj: Zpracováno dle vyhlášky č. 267/2012 Sb.)

Indikační seznam pro lázeňskou péči o děti a dorost
XXI Nemoci onkologické
XXII Nemoci oběhového ústrojí
XXIII Nemoci trávicího ústrojí
XXIV Nemoci z poruch výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí a obezita
XXV Nemoci dýchacího ústrojí
XXVI Nemoci nervové
XXVII Nemoci pohybového ústrojí
XXVIII Nemoci močového ústrojí
XXIX Duševní poruchy
XXX Nemoci kožní
XXXI Nemoci gynekologické

(Zdroj: Zpracováno dle vyhlášky č. 267/2012 Sb.)

V novém Indikačním seznamu jsou používány pro označení indikačních skupin a jednotlivých indikací stejné symboly jako ve starém, ale obsah a význam se u většiny indikací novým Indikačním seznamem mění. Některé indikace zanikly, některé indikace jsou nové, některé se sloučily a u některých došlo ke změně odborných kritérií.

1.1.4 Obecné kontraindikace

- Infekční nemoci přenosné z člověka na člověka a bacilonosičství
- Všechny nemoci v akutním stádiu
- Klinické známky oběhového selhání, maligní arytmie

- Stavy po hluboké trombóze do 3 měsíců po odeznění nemoci, stavy po povrchové tromboflebitidě do 6 týdnů po odeznění nemoci
- Kachexie
- Zhoubné nádory během léčby a po ní, s klinicky zjistitelnými známkami pokračování nemoci
- Nekompenzovaná epilepsie
- Psychózy a duševní poruchy s asociálními projevy nebo sníženou možností komunikace
- Závislost na alkoholu, závislost na návykových látkách
- Často se opakující profuzní krvácení všeho druhu
- Nehojící se kožní defekty jakéhokoliv původu
- Inkontinence moči a stolice
- Těhotenství
- Neschopnost sebeobsluhy a denních činností bez pomoci druhé osoby a neschopnost samostatné chůze
  (Jandová, 2014)

1.1.5 Změny v indikačním seznamu od 1. října 2012

Od 1. října 2012 se lékaři, kteří vystavovali lázeňský návrh, řídili novelizovaným indikačním seznamem pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost - vyhláškou č. 267/2012 Sb.

Hlavní změny

- Délka komplexní lázeňské péče u dospělých byla změněna z původních 28 dnů na 21 dnů a u dětí a dorostu byla stanovena na 28 dnů
- Délka příspěvkové lázeňské péče u dospělých byla změněna z původních 21 dnů na 14 dnů
- Možnost prodloužit lázeňský pobyt na doporučení lázeňského lékaře, kterého schválila zdravotní pojišťovna

- Zachována možnost opakovat lázeňskou péči: ve formě příspěvkové a u řady diagnóz i komplexní lázeňské péče. Přesné podmínky stanoví indikační seznam. (Svaz léčebných lázní)

Změny v označení a názvech diagnóz

- Zůstává stejné označení indikačních skupin římskými číslicemi, např. VII pro nemoci pohybového aparátu
- Naopak číslování indikačních podskupin se změnilo: např. koxartróza byla dříve označena VII/9, nyní VII/7
- Dříve samostatné diagnózy/indikační podskupiny jsou nyní často sloučeny do jedné: např. dříve gonartróza zařazena pod VII/10, nyní sloučena do VII/7 spolu s koxartrózou
- Byly zařazeny nové diagnózy: např. diagnóza intersticiální plicní fibróza u dětí, která dříve patřila do XXV/10, je nyní zařazena do XXV/7, kam jsou řazeny i nové diagnózy cystická fibróza a sarkoidóza plic
- Nově se mohou léčit onkologická onemocnění ve všech lázeňských místech, ovšem v závislosti na orgánovém postižení. Pacient, který prodělal rakovinu plic, se bude léčit v lázních indikovaných pro léčbu dýchacího ústrojí. (Svaz léčebných lázní)

Změny v časových intervalech

- Zásady opakované lázeňské léčby: lázeňské pobyty, které pacient realizoval po 1. říjnu 2009, se započítávají do limitu opakovaných lázeňských pobytů
- U některých diagnóz, hlavně u pooperačních stavů, došlo ke zkrácení nástupu do lázní: např. po ortopedických operacích po výměně kloubu je nutno zahájit lázeňskou léčbu do 3 měsíců po úrazu nebo operaci, v případě komplikací do 6 měsíců po operaci. Došlo tedy k výraznému zkrácení dřívější roční lhůty. (Svaz léčebných lázní)

1.1.6 Vzniklé problémy přijetím vyhlášky 267/2012 Sb.

Z nového Indikačního seznamu byly vyloučeny určité druhy onemocnění, např. některé choroby kožní, některé případy hypertenze, stavy po operacích žlučníku apod. Hlavně se však zkrátila doba komplexních lázeňských pobytů, a to ze 4 na 3 týdny.
Po zhodnocení těchto navrhovaných opatření je třeba si uvědomit všechny aspekty, které měly dopad na oblast zdravotní, ekonomickou i etickou. (Zdraví E15)

Zdravotní dopady

Přijetí nového Indikačního seznamu mělo řadu důsledků. Na prvním místě je třeba sledovat aspekt zdravotní. Z balneologické teorie vyplývá, že má-li mít lázeňská léčba smysl, musí být dlouhodobá. Balneologie je totiž založena na přírodních neinvazivních postupech, a ty si žádají dlouhodobé pozvolné působení. Zkrácení délky lázeňského pobytu na tři týdny léčbu do značné míry znehodnotilo. Závažným rozhodnutím bylo nejen přijetí opatření, kdy byla snížena délka pobytu, ale hlavně možnost absolvovat hrazenou komplexní lázeňskou péči u řady diagnóz jen jedenkrát. Pokud pacient nemohl využít takto hrazenou lázeňskou léčbu opakovaně, mohlo dojít k omezení jeho pracovní schopnosti nebo ho mohly zdravotní problémy z pracovního procesu zcela vyloučit. A především pro tyto stavy (nejčastěji poúrazové, pooperační či revmatické) jsou lázně nejpřínosnější. Pravidelná opakovaná lázeňská péče dokáže v hodně případech udržet pracovní schopnost pacienta i při úspoře medikamentů, a to léčebným postupem mnohem příjemnějším a šetrnějším než nákladná medikace. (Zdraví E15)

Ekonomické dopady

Opatření v oblasti lázeňství však měly také zcela zásadní ekonomické dopady na jednotlivá lázeňská zařízení, jejich zaměstnance, pacienty i na oblast, ve kterých se lázně vyskytují. (Koubová, 2015, Zdraví E15)

Dopady na lázeňská zařízení

Tato opatření postihla především samotná lázeňská zařízení tím, že jsou často existenčně závislá na příjmech z prostředků zdravotního pojištění a reformní opatření pro ně byly v několika případech i likvidační (např. lázně Velichovky, Dolní Lipová).

Dopady na zaměstnance lázní

Většina lázní musela učinit úsporná opatření, která se dotkla především počtu zaměstnanců, protože v sektoru služeb obvykle náklady na pracovní sílu představují jednu z nejvýznamnějších nákladových položek. Bohužel v řadě lázeňských zařízení došlo k propouštění většího počtu pracovníků, kteří měli velký problém najít novou práci ve svém oboru. V těchto místech docházelo ke zhoršení stavu zaměstnanosti.

Protože na činnost lázeňských organizací jsou navázány i ekonomické aktivity dalších subjektů (dodavatelé potravin, prádelny apod.), i pro ně mělo omezení lázeňské činnosti za následek redukci jejich vlastních podnikatelských aktivit. Dále toto vše mělo dopad i na majitele obchodů, restaurací a jiných provozoven poskytujících služby, protože návštěvníci lázní jsou často jejich zákazníky a jejich úbytek pro ně znamenal pokles výnosů, což se opět odrazilo na stavu zaměstnanosti v regionu.

Dopady na pacienty

U některých indikací došlo k omezení nebo k úplnému vyloučení z lázeňské léčby, která byla plně hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Tato skutečnost měla za následek to, že se pacient často rozhodl nepodstoupit lázeňskou léčbu, kterou by si musel doplácet nebo i celou zaplatit sám. Je všeobecně známo, že klienty lázní jsou především starší lidé a jejich finanční situace jim mnohdy neumožňuje hradit si lázeňské služby ze svého.

Pro pacienty měla tato nedostatečná lázeňská léčba za následek snížení jejich pracovní schopnosti, a mohla by mít vliv i na jejich předčasnou invaliditu. Především chronická bolest, která je průvodním jevem většiny onemocnění, která se zde léčí (zejména pohybového aparátu), může zásadně negativním způsobem ovlivnit kvalitu života. (Zdraví E15)

Etické dopady

Občané často tíživě nesli skutečnost, že přestože si poctivě a v zákonném rozsahu přispívali na své zdravotní pojištění, nakonec, když sami potřebovali lázeňskou péči, jejich nárok byl snížen nebo úplně zanikl. To zásadním způsobem narušilo důvěru obyvatelstva v sociální systém a správu státu obecně. Přitom povinnost platit zdravotní pojištění se nezměnila.

Pokud by byla tato péče, která je hrazena z prostředků zdravotního pojištění, redukována, byla by nedostupná pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva. Lázeňská zařízení sice nabízejí své služby na komerčním principu, ale většinou si tuto přímo placenou péči mohou dovolit především ti majetnější. Ti tak budou mít větší šanci na lepší péči o zdraví, tedy na kvalitnější a možná i delší život. (Zdraví E15)

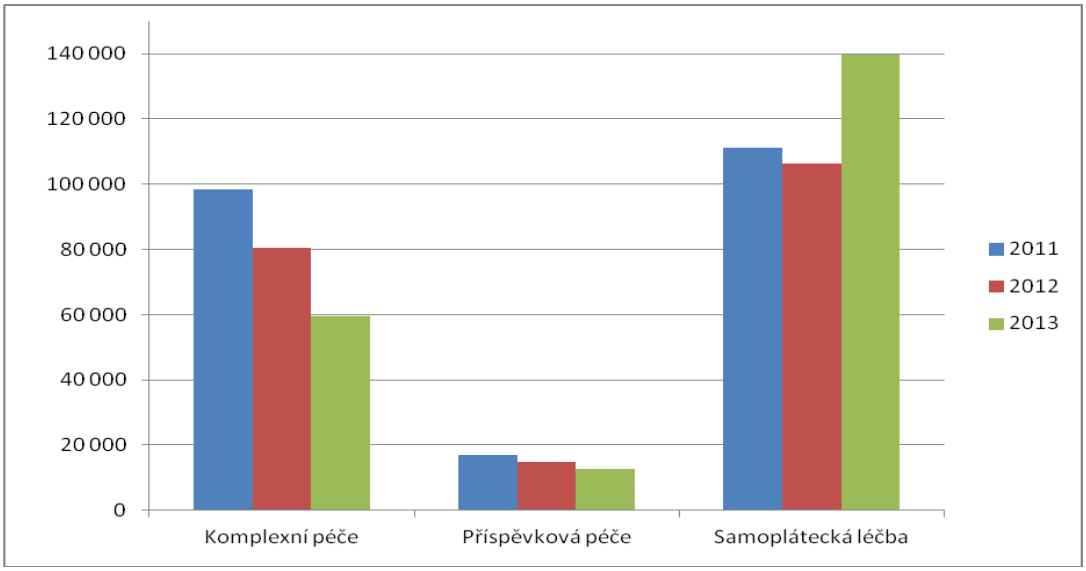
1.1.7 Statistika lázeňské péče

Komplexní lázeňská péče byla poskytnuta v roce 2013 celkem 59 590 pacientům, v roce 2012 to bylo celkem 80 424 a v roce 2011 celkem 98 323 pacientům. To je o 20 834 osob méně než v roce 2012 a o 38 733 osob méně než v roce 2011.

Příspěvkovou lázeňskou péči využilo v roce 2013 celkem 12 734 pacientů, v roce 2012 to bylo celkem 14 848 osob a v roce 2011 celkem 17 084 osob.

Samoplátecká léčba, při které si všechny náklady spojené s pobytem a léčbou hradí klient sám, byla využita v roce 2013 rekordním počtem 139 605 tuzemských klientů. Až na 335 pacientů ve věku dětském a dorostovém se jednalo o dospělé osoby. V roce 2012 to bylo celkem 106 381 osob a v roce 2011 celkem 111 141 osob. (Lázeňská péče 2013)

Graf č. 1: Vývoj počtu pacientů



(Zdroj: vlastní zpracování podle Lázeňská péče 2013)

1.1.8 Nový indikační seznam lázeňské péče od roku 2015

Vyhláška o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost byla zrušena Ústavním soudem 25. března 2014 s platností od 31. prosince 2014. (Sbírka zákonů č.77/2014) Dnem 6. ledna 2015 vstoupil v platnost novelizovaný zákon o veřejném zdravotním pojištění. Jeho součástí je nově Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči. Na základě rozhodnutí Ústavního soudu jsou tímto pravidla poskytování lázeňské péče hrazené zdravotními pojišťovnami upravena zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a tvoří jeho novou přílohu č. 5, nikoli vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR. (VZP, Sbírka zákonů č.1/2015)

Novela pacientům především u vybraných diagnóz vrací zpět délku pobytu komplexní lázeňské péče na 28 dní. Obecně se dá říci, že napříč všemi indikačními skupinami k této úpravě dochází u více jak poloviny diagnóz. U řady dětských diagnóz zákonná úprava umožňuje prodloužení délky pobytu na návrh ošetřujícího lékaře, což přichází v úvahu také u dospělých pacientů. Pokud jde o příspěvkovou lázeňskou péči, její délka je stanovena na 21 dnů, případně 14 dnů (v indikovaných případech). Novela zákona rovněž definuje interval nástupu na opakovaný pobyt. (Bednářová, 2015)

1.2 Balneologie

Balneologie se historicky řadí k nejstarším klinickým oborům medicíny a má tisíciletou tradici. Původně byla balneologie s balneoterapií samostatným klinickým oborem. V 70. letech 20. století byla součástí tří oborové atestace se zkratkou FBLR, tj. oborů: ***fyziatrie*** (léčení přírodními a fyzikálními prostředky), ***balneologie*** a ***léčebné rehabilitace*** (fyzioterapie). Současný název samostatného klinického atestačního oboru je Rehabilitační a fyzikální medicína (RFM). (Jandová, 2009)

Balneologie je ***interdisciplinární přírodovědný obor***. (Škapík, 1994) Je to nauka o léčení přírodními, na určité místo vázanými, léčivými zdroji (přírodní minerální vody, zřídelní plyn - oxid uhličitý, peloidy a klima), jejich účincích na lidský organismus a lázeňských léčebných metodách. (Jandová, 2014) Zabývá se vznikem, analýzou, úpravou a využitím přírodních léčivých zdrojů k léčebným účelům. Léčba probíhá za účelem ozdravení či znovu obnovení organismu pod lékařským vedením v rámci konkrétních léčebných postupů. (Škapík, 1994)

Medicína přírodních léčivých zdrojů se zabývá využitím přírodních léčivých zdrojů a jejich účinky na lidský organismus. Při terapii využívá klimatické podmínky, tradiční léčebné postupy vázané k danému místu, režimová a dietní opatření k prevenci (edukaci), léčbě a léčebné rehabilitaci všech stavů vyžadujících následnou zdravotní péči. Lázeňská péče je poskytována v odborných lázeňských léčebných ústavech, které jsou vázány na místa výskytu přírodních léčivých zdrojů. (SRFM)

Cílem balneologie je optimalizace samoúzdravných fyziologických pochodů cestou adaptace na sérii převážně fyzikálních podnětů s dosažením dlouhodobé reaktivní přeměny organismu na kvalitativně i kvantitativně vyšší úrovni regulačních pochodů psychických a somatických funkcí. Je nutná sumace podnětů, proto se dodržuje empiricky a vědecky doložené nepodkročitelné minimum aplikace přírodních léčivých zdrojů. (Jandová, 2009) Přírodní léčivé zdroje – prameny, slatina, bahno a plyn nejsou nositeli hormonů, ale stimulují hormonální hladinu v organismu. Klíčovou roli v balneoterapii má hypothalamus spolu s limbickým systémem. Jde o osu hypothalamus - hypofýza - nadledvinky. Reakce na balneoprocedury jsou rychlé, ale pro organismus i zatěžující. Náš organismus na ně reaguje vyplavením adrenokortikotropního hormonu, a

tím dojde k ovlivnění ostatních žláz s vnitřní sekrecí. (Micková, 2013) Balneologie vyvolává bezprostřední biologické reakce celkové a lokální. Tímto mechanismem indukuje dlouhodobé klinické efekty, což nelze jinou terapií docílit ani napodobit, proto je balneologie u mnoha chorob a stavů nezastupitelná a nenahraditelná. (Jandová, 2009)

1.3 Balneoterapie

Balneoterapie je souhrnem různorodých léčebných postupů používaných v lázeňském místě pod lékařským vedením obvykle po dobu několika týdnů. Hlavním léčebným prostředkem v lázních jsou ***přírodní léčivé zdroje*** (minerální vody, peloidy, přírodní plyny a klima). Kromě přírodních léčivých zdrojů, využívá celou paletu fyziatrických metod, psychoterapii, dietoterapii i medikamentózní léčbu. (Škapík, 1994) Jde o aplikaci fyzikálně-chemického podnětu na sliznice a na kůži pacienta. Léčba ovlivňuje autonomní nervovou soustavu, stimuluje limbický systém a ovlivňuje smyslové orgány. Aplikace jsou dávkované v přesných časových intervalech a v přesném množství. (Jandová, 2009) Podněty a jejich účinky na změnu reaktivity systémů autonomní nervové soustavy, hormonální osu a imunitní systém musí působit pravidelně, nejlépe denně, minimálně po dobu 18-21 dnů, než dojde k zabudování nových informací do dlouhodobé paměti. (Jandová, 2013)

Přírodní minerální vody v nejširším slova smyslu jsou vody, které se od prostých podzemních vod liší svým složením. V užším a běžnějším smyslu rozumíme minerálními vodami vody, které mají pro své chemické a fyzikální vlastnosti určitý fyziologický účinek na lidský organizmus. Jsou to přírodní vody, které se liší od prostých podzemních vod množstvím nebo druhem rozpuštěných solí a plynů nebo teplotou. (Mackovič, 1995)

Jandová (2014) definuje přírodní minerální vody jako přirozeně se vyskytující podzemní vody původní čistoty s obsahem rozpuštěných pevných látek nejméně 1g/litr (sušina po odpaření vody), nebo s obsahem nejméně 1g/litr rozpuštěného oxidu uhličitého, nebo s obsahem jiného pro zdraví významného chemického prvku, anebo přírodní minerální vody, které mají u vývěru přirozenou teplotu vyšší než 20°C, nebo obsahují radioaktivitu radonu vyšší než 1,5 kBq/l.

Balneoterapie má výborné výsledky při léčbě pohybového aparátu, trávicího a oběhového systému, u onemocnění dýchacího a nervového systému, při léčbě kožních nemocí, gynekologických a endokrinologických potíží, při léčbě cukrovky, při nemocech močových cest, nadváze a obezitě, a také u stavů po onkologických onemocněních. (Svaz léčebných lázní)

Cílem lázeňské léčby je s použitím přírodních léčivých zdrojů a vhodné rehabilitace dostat organismus do stavu, kdy dokáže plně využívat svých samoregulačních a samoléčících schopností. Léčebná péče zvyšuje obranyschopnost organismu, odolnost vůči stresům, stimuluje a reguluje funkce autonomní nervové soustavy, upravuje látkové a hormonální řízení organismu a zvyšuje rozsah všech funkčních schopností celého organismu. (Svaz léčebných lázní)

Bezprostřední výsledky balneoterapie nejsou stejně výrazné jako při nemocničním léčení akutních onemocnění, ale obvykle jsou dlouhodobé, přetrvávající několik měsíců, až jeden rok. Výsledky lázeňského léčení lze hodnotit i z jiných aspektů než čistě medicínských.

Z hlediska **sociologického** může lázeňský pobyt pozitivně ovlivnit osobnost pacienta a jeho společenské jednání. Pobyt v lázních u řady nemocných zlepšuje schopnost komunikovat, odstraňuje deprivace v oblasti sociální komunikace, zvláště u starších osob, protože osamělé osoby zde často navazují nové společenské kontakty.

Z hlediska **psychologického** lze kladně hodnotit vliv lázeňského léčení na změnu psychického ladění pacienta, navození pocitu spokojenosti, ústup neurotických prvků.

Z hlediska **ekonomického** vidíme přínos lázeňského léčení ve snížení pracovní neschopnosti, ve zlepšení pracovního uplatnění pacienta, v oddálení invalidizace, a tím i poklesu jeho společenské a ekonomické úrovně.

Z hlediska **celospolečenského** je pak významný vliv lázeňského léčení na pokles morbidity a mortality osob opakovaně v lázních léčených, na snížení nákladů na náročné nemocniční léčení. (Škapík, 1994)

1.3.1 Léčebné metody balneoterapie

Hydroterapie

Při hydroterapii na organismus působíme vodou. (Zeman, 2013) Od nejstarších dob jsou v lázeňství využívány především přírodní zdroje vody – termální, bohaté na plyny (především CO2) a mineralizované. (Knop, 1999) Využíváme tří základních účinků vody: chemického (obsah minerálních látek), termického (teplem a chladem) a mechanického (větším či menším tlakem, např. u podvodní masáže či vířivých koupelí). Obecně hydroterapii rozdělujeme na „malou“ (procedury nevyžadují zvláštní technické vybavení) a „velkou“ (je třeba technického vybavení). (Zeman, 2013)

Na rozdíl od termálních koupelí představovala vodoléčba už od starověku léčebnou metodu využívající původní studenou, teprve později i teplou vodu ve formě koupelí, polevů, sprch, střiků, norných lázní nebo zábalů, na které často navazovala i masáž. Později se zevní aplikace začaly kombinovat s pitím velkých dávek vody. (Kajlík, 2007)

Základní typy aplikací vody jsou otěry a omývání, zábaly a obklady, polevy, sprchy a střiky, koupele – částečné, celkové, vířivé, přísadové, perličkové, podvodní masáže, plavání, cvičení v bazénu atd. (Knop, 1999)

Pitná kúra minerálními vodami

Pití minerálních vod je jedna z významných procedur v lázních, většinou přímo z vývěrů a odběrových míst. Pitné kúry předepisuje lékař s přímou vazbou na hlavní a vedlejší diagnózy pacienta a na složení minerální vody. Obecně jako u dietoterapie platí i pro pitné kúry jejich rozdělení na přímou součást terapie (rozpouštění močových a jiných kamenů, stavy po onemocnění jater, gastrointerstinálního traktu apod.), a na doprovodnou součást (léčba pohybového ústrojí). Podle složení vody se dá hovořit o pitných kúrách ve smyslu obecného pitného režimu (léčebně nevýznamné stolní vody) a o pitné kúře uzdravující (vody léčivé). (Knop, 1999)

Uhličitá terapie

Terapie oxidem uhličitým se aplikuje jako vodní uhličité koupele, suché uhličité koupele nebo podkožní injekční insuflace. Jejich nesporná výhoda spočívá v tom, že terapie se mohou zúčastnit ženy i muži najednou (podstupují totiž terapii oblečení, protože oxid uhličitý působí i přes látku) a v nastavitelnosti hladiny oxidu uhličitého. (Jandová, 2011)

Mechanismus účinku uhličité terapie je jednak nespecifický – vztlak a hydrostatický tlak, jednak specifický – resorpce oxidu uhličitého, vliv elektrolytů na resorpci, termoregulační vliv uhličité lázně, celkové biologické reakce. (Knop, 1999)

Výhoda vodní celkové uhličité koupele spočívá jednoznačně v příznivých fyzikálně-chemických účincích na lidský organismus. Uhličité koupele se zpravidla předepisují o teplotě 32-34 °C, protože při vyšších teplotách oxid uhličitý uniká velmi rychle do vzduchu a koupel by byla neúčinná. (Jandová, 2011) Připravuje se mícháním studené vody v saturátoru s oxidem uhličitým, která se pod hladinou teplé vody napouští do vany. Tento postup je nutný dodržet proto, aby se oxid z vody nevytratil. (Dinka, 2008)

Injekční insuflací oxidu uhličitého se provádí popudová terapie, založená na reflexních vztazích a účincích místního prokrvení. Primární účinky uhličitých koupelí jsou směrovány především do kůže a podkoží, doménou jsou choroby srdce, cév a vysoký krevní tlak. (Jandová, 2011)

Termoterapie

Při teploléčbě na organismus působíme termickými podněty a procedurami. Je v úzkém spojení i s hydroterapií, což je metodická aplikace vody s různou teplotou a v různých skupenstvích, k terapeutickým, profylaktickým a dietetickým účelům. Teploléčba, při které do organismu teplo přivádíme, nazýváme termoterapií pozitivní a při které teplo z organismu odvádíme, nazýváme termoterapií negativní. (Zeman, 2013) Při ohřívání organismu se snižuje periferní cévní odpor, svalový hypertonus, bolest, a je podporována resorpce. Naopak ochlazování organismu způsobuje reaktivní hyperemii, zvyšuje svalový tonus, zvyšuje krevní tlak, prohlubuje dýchání, zklidňuje a navozuje

pocit osvěžení, otužuje a zlepšuje psychiku. (Knop, 1999) Časté je také použití střídavých procedur, tedy střídavá aplikace termopozitivních a termonegativních podnětů během jedné procedury (např. Kneippův chodník, sauna). Vzestupné procedury jsou typické postupným zvyšováním teploty od indiferentní teploty a sestupné procedury jsou naopak typické postupným ochlazováním. Termoterapie může být buď dle rozsahu působení celková i částečná. Podle způsobu aplikace může být teplo předáváno buď přímým kontaktem nosičem s organismem (voda, vzduch, peloidy a parafín), nebo bezkontaktně (IR záření, diatermie). (Zeman, 2013)

Hlavním účinkem u všech procedur termoterapie je prokrvení neboli hyperémie. Díky prokrvení, které v organismu zajišťuje další regenerační procesy (například zvýšení výživy a zlepšení funkce místa kam působíme) klesá ztuhlost svalů, výrazně se zrychluje hojení. Termoterapie také působí protizánětlivě, analgeticky a uvolňuje svalové napětí. (Termoterapie)

Knop (1999) ve své knize uvádí, že celkově lze termoterapii charakterizovat jako celotělové působení na nervosvalový a cévní aparát s bezpečným kladným působením na indikované obtíže. Mezi termoterapeutické metody patří vodoléčba, peloidoterapie, aplikace parafínu, záření infračervenými paprsky a elektromagnetické záření.

Parafín

Parafín je speciální vosk, získaný frakční destilací ropy. Pro terapeutické účely je rozpuštěn přibližně s 1/10 parafínového oleje (prevence depilačního efektu po skončení procedury) v parafínové lázni. Aplikační teplota parafínu je 56 až 60 °C, kůže pacienta musí být suchá, je zde nebezpečí popálení (teplotní tolerance lidského těla pro vodu je totiž pouze 46 °C). Nejčastějším způsobem aplikace je krátké opakované ponoření rukou do lázně, kdy na vzduchu vznikne tuhnutím vrstva parafínu. Ta je následně izolována mikrotenovým sáčkem a froté ručníkem. Doba aplikace je přibližně 20 minut. Pro ošetření větší plochy přikládáme přímo na tělo roušky nasycené parafínem, přímo vytažené z parafínové lázně. (Zeman, 2014)

Peloidy

Peloidem nazýváme takovou přírodní látku, která je směsí anorganických a organických látek v různém poměru. Podle způsobu vzniku a obsahu organických látek se rozdělují do dvou základních skupin, a to na bahna a humolity. Mají vysokou schopnost vázat vodu a nabývat tak kašovité podoby. (Jandová, 2009, Zeman, 2014)

Humolity se dělí na:

- Rašeliny – obsahují nejvíce organických látek, až 99 %, vznikají z mechů (rašeliník, suchopýr)
- Slatiny – obsahují až 95 % organických látek, vznikají z rákosovitých trav
- Slatinné zeminy – obsahují až 50 % organických látek

Bahna:

- Obsahují méně než 20 % organických látek, vznikají sedimentací anorganického materiálu

Výrazný termický účinek peloidů zajišťuje tzv. index teplodržnosti, ten udává, kolikrát pomaleji předává peloid teplo oproti vodě. (Zeman, 2014) Peloidy jsou aplikovány na postižené části těla buď částečně – zábaly, tampony, nebo celkově jako peloidní koupele. (Knop, 1999)

Peloidy se používají při onemocněních pohybového aparátu, při léčbě různých nervových onemocněních, kožních nebo gynekologických. Mají účinek anti-alergický, antivirový, antibakteriální, protizánětlivý, detoxikační a analgetický. (Munteanu, 2014)

Elektroterapie a magnetoterapie

Moderní fyziatrie dává přednost z hlediska terapeutického efektu racionálním metodám tzv. elektroanalgezie a elektrostimulační impulzoterapie. Do pozadí jsou zatlačeny dříve běžně používané metody – galvanizace, iontoforéza, diatermie, které měly své pozitivní efekty, ty jsou však z hlediska vědeckotechnického pokroku překonány. K nejužívanějším metodám patří v elektroanalgezii diadynamické proudy, interferenční proudy, Träbertovy proudy, metody TENS (transkutánní elektrické

neurostimulace). K dalším elektroléčebným postupům patří galvanoterapie, iontoforéza, elektroforéza, impulzoterapie, vysokofrekvenční proudy – diatermie, léčba ultrazvukem, laser. (Knop, 1999)

Magnetoterapie využívá pro terapeutické účely obecné biologické účinky magnetické složky elektromagnetického pole. Základní vlastnosti magnetického pole jsou dány především intenzitou a indukcí. Nejvíce jsou využívána pulzní magnetická pole, u kterých je důležitá také frekvence. (Poděbradský, Vařeka, 1998)

Fototerapie

Aplikace světelného záření na lidský organismus dává při specifických podmínkách a v daných vlnových délkách specifické účinky. Nejčastější bývá členěna podle částí světelného záření: infračervené záření, viditelné světlo, ultrafialové záření. Fototerapii lze charakterizovat většinou jako pomocnou terapii, sloužící např. k předehřátí tělesných partií před aplikací masáže, ovlivnění zánětlivých procesů, u kterých je vhodné teplo – sinusitida, atd. Ultrafialové záření je vhodné především u onemocnění kostí – léčba a prevence křivice, osteomalácie, osteoporózy, špatně se hojících ran, kožních onemocnění, kosmetických vad. V současné době je aplikace UV záření v kosmetických centrech, v soláriích velmi běžná, bohužel však často bez konzultací s lékařem, a ne zcela bez rizika. (Knop, 1999)

Dietoterapie

V českých lázních se tradičně uplatňuje terapie omezující negativní vliv nesprávného stravování na diagnózu pacienta – dietoterapie. Celkem je rozlišováno 11 základních diet, které jsou potřebné pro léčebnou výživu v lázních. Tato terapie je dvojího druhu:

- Dieta jako volná a pouze doprovodná součást jiných terapií (většinou jen racionální dieta u indikací typu neurologických, revmatologických, atd.)
- Dieta jako přímá součást komplexní terapie s vazbou na diagnózy – onemocnění srdce a cév, nemoci trávicího ústrojí, metabolické poruchy, nemoci ledvin a močových cest (Knop, 1999)

Léčebné inhalace

Inhalací rozumíme účelné vdechování léčebných látek. Patří mezi metody, které využívají přírodní léčivé zdroje – minerální a mořské vody. (Knop, 1999) Slouží k léčbě onemocnění horních cest dýchacích a dolních cest dýchacích. Inhalace je účinná tím, že dochází k urychlení místního metabolismu, uvolnění svalstva průdušek za účelem jejich rozšíření, uvolnění hlenu z dýchacích cest, snížení nebo zvýšení sekrece sliznice, dezinfekce sliznice dýchacích cest. (Mikšová, 2006)

Tato terapie se úzce váže na klimatoterapii. Například v přímořských oblastech působí na člověka blahodárně již pouhý pobyt u moře a existence mikroklimatu umožňuje zároveň inhalaci aerosolů z ovzduší. (Knop, 1999) Při inhalaci je důležitá dechová frekvence, dýchání má být hluboké a pomalé, můžeme inhalovat až 2x denně. (Zeman, 2014)

Plynové pneumatické inhalace zahrnují především:

- Oxygenoterapii (vdechování vzduchu obohaceného kyslíkem na 40 – 60 %)
- Dýchání vzduchu v přetlakových komorách
- Dýchání pomocí dýchacích přístrojů (Knop, 1999)

Klimatoterapie

Klimatoterapií rozumíme léčení pobytem v takovém místě, jehož podnebí má mimořádné příznivé nebo léčivé účinky. Klima představuje komplex atmosférických (fyzikálních a chemických), půdních a krajinných vlastností, které jsou uplatňovány v určitém území a jsou pro ně charakteristické. Klimatoterapie má řadu proměnlivých veličin, proto se má posuzovat jako celek v dynamickém průběhu. Klima je tedy souhrnem opakujících se různých povětrnostních situací, tj. různých tříd nebo typů počasí, které jsou dány střídáním vzdušných hmot (oceánských, kontinentálních, polárních, tropických) s určením jejich frekvence a stanovením převládajícího typu na určitém území a v určité roční době. (Škapík, 1994) Jandová (2014) definuje klimatické lázně jako přírodní léčebné lázně využívající klimatické podmínky příznivé pro léčení.

Mezi základní prvky, podle kterých lze klima určovat patří: tlak vzduchu, vlhkost vzduchu, teplota, směr a rychlost nejčastějších větrů, množství srážek, složení aerosolu, oblačnost, atmosférická elektřina a radioaktivita vzduchu. (Škapík, 1994)

Podle hlavních léčivých faktorů lze klimatoterapii dělit na:

- Aeroterapii – pobyt na vzduchu s určitými klimatickými parametry, cvičení a pohyb
- Helioterapii – léčba slunečním zářením (obdoba fototerapie)
- Talasoterapie – léčba a otužování mořským klimatem a mořskými koupelemi
- Speleoterapie – využití léčebného účinku pobytu v jeskyních (Knop, 1999)

Fyzioterapie

Fyzioterapie využívá různých forem energií (včetně pohybové) k léčebnému ovlivnění patologických stavů. Zabývá se zejména pohybovým systémem, jeho analýzou pomocí specifických diagnostických postupů, možnostmi jak ovlivnit jeho poruchy a poruchy dalších orgánových systémů. Mezi základní postupy patří postupy kinezioterapeutické. (Kolář, 2012)

Fyzioterapie používá specifické prostředky, kterými zasahuje tam, kde pohyb a ostatní fyzické i psychické funkce jsou poznamenány a ovlivněny procesem stárnutí, zraněním, nemocí nebo vrozenou vadou. K pohybové diagnostice používá fyzioterapie speciální kineziologické postupy a testy, fyzikální měření ke stanovení rozsahu pohybu v kloubech a stupně svalové síly k vyhodnocení pohybových vzorů, posturálního a lokomočního chování pacienta. Díky diagnostice můžeme stanovit terapeutický plán. K terapii používá fyzioterapie neinvazivní léčebné prostředky fyzikální povahy. Především využívá aktivní i pasivní pohyb, teplo, chlad, mechanické podněty, gravitaci, tlakové a vztlakové síly vodního prostředí uplatněné ve speciálních postupech, metodách a konceptech pohybové, manuální a reflexní terapie. Fyzioterapie by měla dopomoci k zachování a obnovení optimální funkce pohybového systému. Pohyb, který je důležitým prvkem zdravého života, působí na ostatní funkce organismu, včetně funkcí psychických. (UNIFY ČR)

Při lázeňské individuální fyzioterapii používáme např. techniky měkkých tkání, mobilizaci, nácvik uvolňujících manévrů, úpravu pohybových stereotypů, trakci, stabilizaci svalového korzetu trupu, senzomotoriku a další. Doba trvání jedné individuální fyzioterapie v lázních trvá přibližně 20 až 30 minut. Hlavní snahou fyzioterapie je co nejvíce zmírnit bolest, zlepšit pohyblivost kloubů a svalové napětí, upravit pohybovou dynamiku. Dále je důležité vysvětlit pacientovi vhodné cviky a upravit životní návyky tak, aby po skončení lázeňského pobytu zůstal zachován veškerý výsledek terapie v co největším měřítku a co nejdéle. (Košinová, 2010)

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zmapování problematiky fyzioterapeutických postupů v rámci lázeňské péče podle vyhlášky 58/1997 Sb. a 267/2012 Sb.

2.2 Výzkumná otázka

Jaké konkrétní změny v pojetí a účinnosti fyzioterapie přinesla změna vyhlášky 58/1997 Sb. na vyhlášku 267/2012 Sb., případně další legislativní změny?

3 METODIKA

Pro praktickou část byla použita kvalitativní výzkumná strategie.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili tři pacienti, kteří absolvovali třítýdenní komplexní lázeňskou léčbu v Bertiných lázních v Třeboni. Jeden pacient se léčil s Revmatoidní artritidou a dva pacienti s Bechtěrevovou chorobou. Všichni uvedení pacienti navštěvovali lázeňská zařízení pravidelně a opakovaně.

3.2 Techniky sběru dat

Hlavní technikou sběru dat byl vstupní a výstupní kineziologický rozbor, který zahrnuje odběr anamnézy, vyšetření aspekcí, palpací, vyšetření chůze, antropometrické vyšetření, goniometrické vyšetření a vyšetření distancí na páteři. Na závěr bylo provedeno subjektivní hodnocení lázeňské léčby u jednotlivých pacientů.

Anamnéza – soubor údajů o zdravotním stavu nemocného od jeho narození do okamžiku odběru anamnézy. (Navrátil, 2008) Vstupní pohovor slouží k navázání osobního kontaktu s nemocným, k získání informací o jeho osobnosti, o prostředí ve kterém žije. Dále slouží ke zjištění, jak se pohybuje v zaměstnání a ve volném čase, která onemocnění prodělal, jak se léčil a k získání informací o současných obtížích. (Véle, 2006)

Vyšetření aspekcí – neboli vyšetření pohledem, prostředek k získávání podstatných informací o držení těla, pohybu pacienta a chůzi. Pacienta pozorujeme ve spodním prádle zepředu, z boku a zezadu. Postupujeme směrem kraniokaudálním nebo kaudokraniálním. Sledujeme odchylky od optimálního postavení a stranové asymetrie. (Rychlíková, 2008)

Vyšetření palpací – palpací vnímáme tvrdost, drsnost, pružnost, vlhkost, teplotu atd. Hodnotíme tonus podkožního vaziva a svalů, atrofii, přítomnost a kvalitu otoku, dále u jizev jejich bolestivost a posuvnost proti spodině, kvalitu čití. Palpací zkoumáme

posunlivost a protažlivost kůže a podkoží, přítomnost hyperalgických zón. (Haladová, Nechvátalová, 2005, Kolář, 2012)

Vyšetření chůze – hodnotíme rytmus a pravidelnost, délku kroku, osové postavení dolní končetiny, postavení nohy a její odvíjení od podložky, pohyb těžiště. Dále nás zajímají souhyby horních končetin, hlavy a trupu, stabilita při chůzi, svalová aktivita a používání pomůcek. (Haladová, Nechvátalová, 2005)

Antropometrické vyšetření – informuje nás o proporcích lidského těla. Při tomto výzkumu byly hodnoceny délkové a obvodové rozměry horních a dolních končetin, měření výšky a váhy pacienta.

Goniometrické vyšetření – planimetrická metoda, při které zjišťujeme rozsah pohybu v kloubu pomocí goniometru. (Janda, Pavlů, 1993) Je to SFTR metoda nazvaná podle hlavních rovin, ve kterých jsou pohyby při vyšetření prováděny. (Vařeka, 1997)

Vyšetření distancí na páteři – zjišťujeme pohyblivost jednotlivých úseků páteře nebo celé páteře. (Haladová, Nechvátalová, 2005)

Mezi distance patří:

Schoberova vzdálenost

- Ukazuje rozvíjení bederní páteře
- Od trnu L5 naměříme 10 cm kraniálně
- Při předklonu prodloužení na 14 cm

Stiborova vzdálenost

- Ukazuje na pohyblivost hrudní a bederní páteře
- Od trnu L5 po trn C7
- Při předklonu prodloužení o 7 – 10 cm

Forestierova fleche

- Kolmá vzdálenost hrbolu kosti týlní od stěny
- Zjišťuje se u zvýšené kyfózy nebo při flekčním postavení hlavy

Čepojova vzdálenost

- Ukazuje rozsah pohybu krční páteře do flexe
- Kraniálně 8 cm od C7
- Při předklonu prodloužení o 3 cm

Ottova inklinační vzdálenost

- Měření pohyblivosti hrudní páteře při předklonu
- Od C7 naměříme 30 cm kaudálně
- Prodloužení o 3,5 cm

Ottova reklinační vzdálenost

- Měření pohyblivosti hrudní páteře při záklonu
- Od C7 naměříme 30 cm kaudálně
- Zmenšení o 2,5 cm

Thomayerova vzdálenost

- Hodnotíme pohyblivost celé páteře
- Ve stoje se provede předklon a měříme vzdálenost mezi špičkou třetího prstu ruky a podlahou
- Normou je, že se pacient dotkne prstem podlahy

Lateroflexe

- Hodnotíme pohyblivost páteře do úklonu
- Měří se posun třetího prstu ruky po stehně při úklonu
- Norma prodloužení 20 cm (Haladová, Nechvátalová, 2005, Kolář, 2012)

4 VÝSLEDKY

4.1 Kazuistika 1

Anamnéza

Osobní údaje:

Iniciály: P. U.

Pohlaví: muž

Rok narození: 1967

Výška: 180 cm

Váha: 77 kg

Diagnóza: Revmatoidní artritida IV. st. seropozitivní

Osobní anamnéza: V roce 1990 zjištěna RA

-v 9 letech prodělal klíšťovou encefalitidu

-operace: v roce 1986 apendektomie

-přidružená onemocnění: coxartroza obou kyčelních kloubů, osteoporóza, ankylóza zápěstí, revmatická noha

Nynější onemocnění: pacient udává bolestivost drobných ručních i nožních kloubů, bederní páteře a obou kyčlí, občas má noční bolesti a ranní ztuhlost

Rodinná anamnéza: otec zemřel ve 22 letech na vojně, matka zdráva

Pracovní anamnéza: nyní je v invalidním důchodu, dříve pracoval jako nástrojář

Sociální anamnéza: žije s manželkou v rodinném domě

Farmakologická anamnéza: Medrol, Bonviva, Movalis, na bolest si bere Tramal nebo Aulin

Alergie: neguje

Abusus: nekouří, alkohol příležitostně

Vstupní kineziologický rozbor

Aspekční vyšetření – vstupní vyšetření

Pohled zepředu: pokles příčné klenby, prsty v kladívkovitém postavení, mírný otok hlezenních kloubů, výška postavení patel symetrická, lehké valgózní postavení kolenních kloubů, svalová kontura DKK symetrická, břišní stěna prominuje, pravé rameno výš, pravá axila výš, lehká prominence pravé klíční kosti, svalová kontura pravé paže širší, mírný otok rukou a zápěstí

Pohled z boku: anteverze pánve, výraznější bederní lordóza, prominence břišní stěny, hrudník v nádechovém postavení, protrakce ramenních kloubů, mírně předsunuté držení hlavy

Pohled zezadu: tvar pat oválný, pravá subgluteální rýha výš, pravá taile hlubší, zvýšený tonus trapézových svalů, prominence pravé lopatky, pravá lopatka výš, pravé rameno výš

Aspekční vyšetření – výstupní vyšetření

Při výstupním vyšetření bylo zaznamenáno zmenšení otoku hlezenních kloubů a zmírnění otoků rukou a zápěstí. Zmírnila se protrakce ramenních kloubů a zmenšil se tonus trapézových svalů.

Palpační vyšetření – vstupní vyšetření

Hypertonus v trapézových svalech, trigger pointy v oblasti krční páteře, hypertonus prsních svalů bilaterálně, zvýšené napětí a přítomnost bolestivých bodů m. deltoideus, atrofie interoseálních svalů, pravá SIAS výš, pravá SIPS výš, drásoty v kolenních kloubech.

Palpační vyšetření – výstupní vyšetření

Po terapii došlo ke snížení hypertonu trapézových svalů a prsních svalů, dále odstranění bolestivých bodů m. deltoideus.

Vyšetření chůze:

Vstupní vyšetření: chůze stabilní, rytmus pravidelný, délka kroku je nepatrně delší u pravé DK, pánev a trup jsou při chůzi bez souhybů, souhyby paží vychází z ramenních kloubů

Výstupní vyšetření: patrná synkinéza pánve a trupu

Antropometrické vyšetření

Tabulka č. 1: Horní končetina – délkové rozměry

	PHK	LHK
Délka HK	76 cm	76 cm
Délka paže a předloktí	59 cm	59 cm
Délka paže	32 cm	32 cm
Délka předloktí	27 cm	27 cm
Délka ruky	18 cm	18 cm

Tabulka č. 2: Horní končetina – obvodové rozměry

	PHK	LHK
Obvod paže relaxované	35 cm	32 cm
Obvod paže při kontrakci svalu	38 cm	37 cm
Obvod loketního kloubu	32 cm	31 cm
Obvod předloktí	32 cm	32 cm
Obvod zápěstí	19 cm	19 cm
Obvod přes hlavičky metakarpů	23 cm	22 cm

Při výstupní vyšetření se zmenšil obvod zápěstí u PHK na 18 cm a u LHK na 17,5 cm z důvodu snížení otoku. Přes hlavičky metakarpů byl obvod na PHK 21,5 cm a na LHK 21 cm také kvůli snížení otoku.

Tabulka č. 3: Dolní končetina – délkové rozměry

	PDK	LDK
Funkční délka DK	92 cm	92 cm
Anatomická délka DK	88 cm	88 cm
Délka stehna	44 cm	44 cm
Délka bérce	44 cm	44 cm
Délka nohy	25 cm	25 cm

Tabulka č. 4: Dolní končetina – obvodové rozměry

	PDK	LDK
Obvod stehna	55 cm	54 cm
Obvod nad kolenem	46 cm	45 cm
Obvod kolene	44 cm	44 cm
Obvod přes tuberositas tibiae	39 cm	38 cm
Obvod lýtka	42 cm	41 cm
Obvod přes kotníky	29 cm	28 cm
Obvod přes nárt a patu	36 cm	36 cm
Obvod přes hlavičky metatarsů	25 cm	25 cm

Při výstupním vyšetření byl zaznamenán menší obvod přes kotníky na PDK 27,5 cm a na LDK 26,5 cm. Jiné změny zaznamenány nebyly.

Tabulka č. 5: Vyšetření distancí na páteři

	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Rozdíl
Schoberova vzdálenost	3 cm	4 cm	1 cm
Stiborova vzdálenost	5 cm	6,5 cm	1,5 cm
Forestierova fleche	3 cm	2 cm	1 cm

Čepojova vzdálenost	1,5 cm	2,5 cm	1 cm
Ottova inklinační vzdálenost	2 cm	2 cm	0 cm
Ottova reklinační vzdálenost	1 cm	1,5 cm	0,5 cm
Thomayerova vzdálenost	7 cm	2 cm	5 cm
Lateroflexe	Vpravo: 16 cm	Vpravo: 19 cm	3 cm
	Vlevo: 15 cm	Vlevo: 17, 5 cm	2,5 cm

Pacientova pohyblivost páteře byla v normě, avšak po terapii došlo k výraznějšímu rozvíjení páteře.

Goniometrické vyšetření

Tabulka č. 6: Pohyblivost krční páteře

	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Rozdíl
Anteroflexe	4 cm	2 cm	2 cm
Lateroflexe	Vpravo: 25°	Vpravo: 35°	10°
	Vlevo: 25°	Vlevo: 35°	10°
Rotace	Vpravo: 40°	Vpravo: 50°	10°
	Vlevo: 45°	Vlevo: 50°	5°

Došlo ke zlepšení pohyblivosti krční páteře.

Tabulka č. 7: Goniometrie kloubů HKK

Kloub ramenní	Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření		Rozdíl	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
Flexe	155°	135°	160°	145°	5°	10°
Extenze	40°	45°	45°	45°	5°	0°
Abdukce	135°	145°	145°	150°	10°	5°
Zevní rotace	50°	35°	55°	40°	5°	5°

Vnitřní rotace	45°	40°	50°	50°	5°	10°
Kloub loketní						
Flexe	135°	145°	140°	145°	5°	0°
Extenze	0°	0°	0°	0°	0°	0°
Kloub zápěstní						
Dorzální flexe	35°	45°	45°	50°	10°	5°
Palmární flexe	50°	55°	60°	65°	10°	10°
Ulnární dukce	30°	35°	40°	40°	10°	5°
Radiální dukce	15°	15°	20°	25°	5°	10°

Nejvíce došlo ke zlepšení dorzální a palmární flexe v zápěstích z důvodu snížení otoku.

Tabulka č. 8: Goniometrie kloubů DKK

Kyčelní kloub	Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření		Rozdíl	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
Flexe	85°	85°	85°	90°	0°	5°
Extenze	5°	5°	10°	10°	5°	5°
Abdukce	25°	30°	30°	30°	5°	0°
Addukce	20°	25°	20°	25°	0°	0°
Zevní rotace	25°	35°	35°	35°	10°	0°
Vnitřní rotace	30°	30°	35°	40°	5°	10°
Kolenní kloub						
Flexe	115°	115°	120°	120°	5°	5°
Extenze	0°	0°	0°	0°	0°	0°
Hlezenní kloub						
Plantární flexe	15°	15°	25°	25°	10°	10°
Dorzální flexe	5°	5°	10°	10°	5°	5°

Nejvíce byla omezena flexe v kyčelních a kolenních kloubech. Opět z důvodu snížení otoku došlo k větší hybnosti v hlezenních kloubech.

Terapie

Lázeňský pobyt probíhal od 16. 9. 2014 – 7. 10. 2014 v Bertiných lázních. Pacient měl od lékaře předepsaný Laser-Maestro na drobné ruční klouby, LTV v bazénu, podvodní masáž 36°C, slatinnou koupel 38°C, ruční masáž celé páteře, jodovou koupel 36°C, parafín na páteř a ruce, plynové injekce do oblasti bederní páteře a LTV individuální.
Individuální terapie probíhala dvakrát týdně po dobu 30 minut.

1. individuální terapie

Na první terapii byl proveden vstupní kineziologický rozbor. Dále byly provedeny techniky měkkých tkání na zádech a PIR horních trapézů bilaterálně.

2. individuální terapie

Tato terapie byla zaměřena na horní končetiny a následovala po parafínovém zábalu rukou. Nejprve byly provedeny techniky měkkých tkání na oblast předloktí a ruky, stimulace pomocí ježků a malých míčků. Dále terapie zahrnovala mobilizaci drobných kloubů ruky, radiokarpálních kloubů a PIR flexorů a extenzorů předloktí, odstranění bolestivých bodů v m. deltoideus. Na závěr byla provedena centrace ramenních kloubů.

3. individuální terapie

Před terapií byl aplikován parafínový zábal na páteř. Následně byly provedeny měkké techniky v oblasti zad, ošetření trigger pointů v oblasti krční páteře. Dále PIR horních trapézů a PIR m. pectoralis major sternální části bilaterálně. Poté nácvik automobilizace k protažení paravertebrálních svalů páteře, korekční cvičení proti

protrakci ramen, stabilizace lopatek, posilovací cviky na mezilopatkové svaly a dolní fixátory lopatek.

4. individuální terapie

Tato terapie byla zaměřena na dolní končetiny. Nejdříve proběhla facilitace plosek nohou a mobilizace drobných kloubů nohou, hlezenních kloubů a pately. Dále do terapie byla zahrnuta metodika senzomotorické stimulace - nácvik malé nohy a korigovaného stoje. Cviky na posílení gluteálních, stehenních a břišních svalů. Nakonec byla provedena centrace kyčelních kloubů.

5. individuální terapie

Na začátku byla provedena mobilizace drobných kloubů nohou a rukou. Do této terapie byla zahrnuta technika PNF pomocí 1. a 2. diagonály HK - flekčních a extenčních vzorců, k protažení svalů předloktí a ruky a uvolnění svalů ramenních kloubů a diagonála lopatky pro uvolnění trapézových svalů.

6. individuální terapie

Při poslední terapii byl proveden výstupní kineziologický rozbor. Pacientovi byly zopakovány cviky na doma. Pacient byl poučen o dodržování režimových opatření.

Subjektivní hodnocení lázeňské léčby

Pacient byl s průběhem terapie spokojen. Všechny procedury měly pozitivní účinek. Po celkové třítýdenní léčbě pocítil úlevu, došlo k odstranění bolestí drobných ručních a nožních kloubů a ke zmenšení otoků. Dále zmizely bolesti bederní páteře a téměř zmizela ranní ztuhlost.

Pacientovi vyhovovala jodová koupel, podvodní masáž a slatinná koupel s následnou masáží zad, poté se cítil uvolněnější. Za přínosné považoval parafínové zábaly s následnými měkkými technikami a mobilizacemi drobných kloubů rukou a nohou. Lázeňskou léčbu si nemůže vynachválit, ale říkal, že když byl v lázních v roce

2013 na tři týdny, měl úlevu od potíží půl roku, ale když dříve jezdíval na čtyři týdny, cítil úlevu delší dobu, téměř až tři čtvrtiny roku.

Porovnání

Pacient měl při třítýdenním pobytu (v roce 2014) 66 procedur a při čtyřtýdenním pobytu (v roce 2012) 88 procedur.

Tabulka č. 9

Procedury	Třítýdenní pobyt	Čtyřtýdenní pobyt
LTV individuální	6x	8x
LTV bazén	6x	8x
Podvodní masáž	3x	4x
Jodová koupel	6x	8x
Slatinná koupel	9x	12x
Plynové injekce	6x	8x
Ruční masáž	6x	8x
Parafín – páteř	6x	8x
Parafín – ruce	9x	12x
Laser – Maestro	9x	12x

Na základě výstupního kineziologického rozboru bylo objektivně zjištěno zmenšení otoku obou zápěstí a obou hlezenních kloubů, mírné zlepšení pohyblivosti krční páteře, zlepšení hybnosti zápěstí, kyčelních, kolenních a hlezenních kloubů. Dále se zmírnila protrakce ramenních kloubů a zmenšil se tonus trapézových svalů.

Při porovnání kineziologického rozboru z roku 2012, kdy tento pacient podstoupil čtyřtýdenní léčbu, bylo zjištěno, že se více snížil otok rukou a hlezenních kloubů a více se zlepšila hybnost kyčelních a kolenních kloubů. Při léčbě v roce 2012 mohlo být díky většímu počtu fyzioterapií aplikováno více cviků zaměřených na ruční a nožní klouby – mobilizace, facilitace, ale i cviků na zlepšení pohyblivosti páteře - mobilizace hrudní a

bederní páteře, automobilizační cvičení, posilování ochablých svalů, ale hlavně dostatek času na naučení a správné provádění cviků, které pacient cvičil po lázeňské léčbě doma.

Velký vliv mělo i to, že pacient podstoupil více procedur. Podvodní masáž spojuje účinek celkové teplé koupele a masáže, má relaxační účinek pro svalstvo a klouby a pomáhá ke snížení otoku. Při jódové koupeli dochází k prokrvení tkání a také podporuje výživu chrupavky. Po slatinné koupeli následuje suchý zábal a klasická masáž. Účinek má analgetický a protizánětlivý, uvolňuje svalstvo, podporuje metabolismus, trofiku a krevní oběh v tkáních masírované oblasti. Při plynových injekcích dochází k lepšímu prokrvení dané oblasti rychlým vstřebáváním plynu. Parafín má účinky tepelné, uvolňují se podkožní vrstvy, svalstvo, prohřívá hluboké kloubní struktury. Všechny tyto procedury mají příznivý vliv na pacienta tím, že se mu uvolní a prokrví svalstvo. Další individuální fyzioterapie, při které aplikujeme např. techniky měkkých tkání, mobilizace, trakce atd. mohou mít i lepší účinek, a také se tato terapie lépe provádí. Laser má protizánětlivé účinky a zmírňuje bolest. Při LTV v bazénu se procvičují hlavně velké klouby a páteř. Tato dlouhodobější a opakovaná aplikace přinesla pacientovi dlouhodobější úlevu.

4.2 Kazuistika 2

Anamnéza

Osobní údaje:

Iniciály: M. K.

Pohlaví: muž

Rok narození: 1977

Výška: 174

Váha: 79

Diagnóza: Morbus Bechtěrev III. stupně

Osobní anamnéza: od 19ti let bolesti bederní páteře, zhoršení po prodělaném průjmovém onemocnění ve 20ti letech. Navíc přítomna oboustranná coxitida, v roce 2003 další zhoršení po salmonelóze, kdy se rozvinula těžká periferní artritida. Přítomnost antigenu HLA B-27 nebyla prokázána.

Nynější onemocnění: trvající bolestivost bederní páteře, kyčlí, kolen a zápěstí, slabost DK, mírná ranní ztuhlost

Rodinná anamnéza: matka diabetes mellitus, otec zdráv, Bechtěrev v rodině diagnostikován nebyl

Pracovní anamnéza: technik

Sociální anamnéza: pacient žije s manželkou v rodinném domě

Farmakologická anamnéza: Enbrel – injekčně, pacient si aplikuje sám

Alergie: neguje

Abusus: nekouří, alkohol příležitostně

Vstupní kineziologický rozbor

Aspekční vyšetření – vstupní vyšetření

Pohled zepředu: příčně plochá noha, hallux valgus na pravé noze, prominence břišní stěny, prominence dolních žeberních oblouků, prohloubené nadklíčkové jamky, lehká vnitřní rotace horních končetin

Pohled z boku: retroverze pánve, vyhlazená bederní lordóza, výrazná hrudní kyfóza, protrakce ramen, předsunuté držení hlavy

Pohled zezadu: kulovité paty, objemnější pravá Achillova šlacha, valgózní postavení kolen, pravá podkolenní rýha delší, subgluteální rýhy symetrické, tonus hýžďových svalů symetrický, hypertonus paravertebrálních svalů v oblasti bederní páteře, pravá taile hlubší, levá lopatka výš, levé rameno výš, hypertonus trapézových svalů

Aspekční vyšetření – výstupní vyšetření

Po terapii došlo ke zmenšení předsunutého držení hlavy, protrakce ramen a vnitřní rotace horních končetin není tak výrazná, zmírnění prominence dolních žeberních oblouků. Dále došlo ke snížení tonu paravertebrálních a trapézových svalů.

Palpační vyšetření – vstupní vyšetření

Hypertonus trapézových svalů, m. levator scapulae, m. sternocleidomastoideus více vpravo, m. pectoralis major více vpravo, hypertonus paravertebrálních svalů, m. piriformis více vpravo, SIAS ve stejné výši, levá SIPS výš, hypotonus mezilopatkových, břišních a hýžďových svalů.

Palpační vyšetření – výstupní vyšetření

Po terapii došlo ke snížení svalového tonu trapézových svalů, m. sternocleidomastoideus, m. pectoralis major a paravertebrálních svalů. Ke zvýšení svalového tonu došlo u mezilopatkových a břišních svalů.

Vyšetření dechového stereotypu

Vstupní vyšetření: břišní typ dýchání, prominence dolních žeberních oblouků

Výstupní vyšetření: břišní typ dýchání, zmírnění prominence dolních žeberních oblouků

Amplituda hrudníku

Vstupní vyšetření: 2 cm (obvod hrudníku při maximálním nádechu je 94 cm a při maximálním výdechu 92 cm)

Výstupní vyšetření: 4 cm (obvod hrudníku při maximálním nádechu je 95 cm a při maximálním výdechu 91 cm)

Vyšetření olovnicí – vstupní vyšetření

Osové postavení páteře – olovnice se dotýká hrudní kyfózy, prochází středem intergluteální rýhy a dopadá mezi paty

Osové postavení trupu – olovnice se opírá o vyklenutou břišní stěnu, prochází středem pupku a padá do středu stojné báze

Osové postavení těla – olovnice prochází před ramenním a kyčelním kloubem a dopadá 6 cm od zevního hlezenního kloubu

Vyšetření olovnicí – výstupní vyšetření

Osové postavení páteře – stejné

Osové postavení trupu – olovnice se dotýká vyklenuté břišní stěny, prochází středem pupku a padá do středu stojné báze

Osové postavení těla – olovnice prochází přední částí ramenního a kyčelního kloubu a dopadá 6 cm od zevního hlezenního kloubu

Vyšetření chůze

Vstupní vyšetření – chůze rytmická, délka kroku stejná, držení těla při chůzi je kyfotické, synkinéza pouze v ramenních kloubech, bez souhybu trupu a pánve

Výstupní vyšetření – zlepšení držení těla při chůzi, patrná synkinéza pánve a trupu

Antropometrické vyšetření

Tabulka č. 10: Horní končetina – délkové rozměry

	PHK	LHK
Délka HK	72 cm	72 cm
Délka paže a předloktí	55 cm	55 cm
Délka paže	29 cm	29 cm
Délka předloktí	26 cm	26 cm
Délka ruky	17 cm	17 cm

Tabulka č. 11: Horní končetina – obvodové rozměry

	PHK	LHK
Obvod paže relaxované	32 cm	33 cm
Obvod paže při kontrakci svalu	35 cm	36 cm
Obvod loketního kloubu	32 cm	32 cm
Obvod předloktí	31 cm	32 cm
Obvod zápěstí	19,5 cm	19,5 cm
Obvod přes hlavičky metakarpů	22 cm	22,5 cm

Tabulka č. 12: Dolní končetina – délkové rozměry

	PDK	LDK
Funkční délka DK	89 cm	89 cm
Anatomická délka DK	84 cm	84 cm
Délka stehna	42 cm	42 cm
Délka bérce	42 cm	42 cm
Délka nohy	25 cm	25 cm

Tabulka č. 13: Dolní končetina – obvodové rozměry

	PDK	LDK
Obvod stehna	53 cm	53,5 cm
Obvod nad kolenem	46 cm	47 cm
Obvod kolene	43 cm	43 cm
Obvod přes tuberositas tibiae	39 cm	38 cm
Obvod lýtka	42 cm	41,5 cm
Obvod přes kotníky	29 cm	28 cm
Obvod přes nárt a patu	34 cm	34,5 cm
Obvod přes hlavičky metatarsů	25 cm	25 cm

Tabulka č. 14: Vyšetření distancí na páteři

	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Rozdíl
Schoberova vzdálenost	1 cm	2,5 cm	1,5 cm
Stiborova vzdálenost	4 cm	6 cm	2 cm
Forestierova fleche	6 cm	4 cm	2 cm
Čepojova vzdálenost	1,5 cm	2 cm	0,5 cm
Ottova inklinační vzdálenost	1,5 cm	3 cm	1,5 cm
Ottova reklinační vzdálenost	0,5 cm	1,5 cm	1 cm
Thomayerova vzdálenost	16 cm	8 cm	8 cm
Lateroflexe	Vpravo: 10 cm	Vpravo: 15,5 cm	5,5 cm
	Vlevo: 11 cm	Vlevo: 16 cm	5 cm

Na začátku terapie byla výrazně omezena pohyblivost celé páteře a výrazné předsunutí hlavy. Po terapii došlo ke zlepšení pohyblivosti páteře a ke zmenšení předsunutí hlavy.

Goniometrické vyšetření

Tabulka č. 15: Pohyblivost krční páteře

	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Rozdíl
Anteroflexe	3 cm	1,5 cm	1,5 cm
Lateroflexe	Vpravo: 25°	Vpravo: 30°	5°
	Vlevo: 25°	Vlevo: 35°	10°
Rotace	Vpravo: 40°	Vpravo: 50°	10°
	Vlevo: 40°	Vlevo: 55°	15°

Mírné omezení krční páteře, po terapii zlepšení.

Tabulka č. 16: Goniometrie kloubů HKK

Kloub ramenní	Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření		Rozdíl	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
Flexe	150°	145°	160°	160°	10°	15°
Extenze	25°	30°	30°	35°	5°	5°
Abdukce	145°	135°	160°	150°	15°	15°
Zevní rotace	65°	70°	70°	70°	5°	0°
Vnitřní rotace	60°	60°	70°	65°	10°	5°
Kloub loketní						
Flexe	135°	140°	140°	140°	5°	0°
Extenze	0°	0°	0°	0°	0°	0°

Pohyblivost horních končetin v normě.

Tabulka č. 17: Goniometrie kloubů DKK

Kyčelní kloub	Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření		Rozdíl	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
Flexe	95°	105°	105°	110°	10°	5°
Extenze	10°	10°	10°	10°	0°	0°
Abdukce	30°	25°	35°	35°	5°	10°
Addukce	25°	20°	25°	25°	0°	5°
Zevní rotace	25°	30°	35°	35°	10°	5°
Vnitřní rotace	30°	35°	35°	40°	5°	5°
Kolenní kloub						
Flexe	110°	115°	115°	115°	5°	0°
Extenze	0°	0°	0°	0°	0°	0°

Mírně omezena hybnost v kyčelním kloubu, hlavně do zevní rotace a abdukce.

Terapie

Lázeňský pobyt probíhal od 16. 9. 2014 – 7. 10. 2014 v Bertiných lázních. Pacient měl od lékaře předepsaný parafín na ruce, parafín na páteř, slatinnou koupel 38°C, bylinkovou koupel 36°C, ruční masáž celé páteře, LTV individuální a LTV skupinovou.

Skupinová LTV probíhala třikrát týdně po dobu 60 minut. Cvičení bylo zaměřeno na procvičení celého těla, zvýšení pohyblivosti páteře, kořenových a periferních kloubů. Dále k posílení mezilopatkových, břišních a hýžďových svalů a k protažení svalů s tendencí ke zkrácení. Důraz byl kladen na prohloubení dechu, s nácvikem bráničního dýchání, a zlepšení celkové kondice.
Individuální terapie probíhala dvakrát týdně po dobu 30 minut.

1. individuální terapie

Při první terapii byl proveden vstupní kineziologický rozbor a techniky měkkých tkání na zádech.

2. individuální terapie

Po parafínovém zábalu páteře byly provedeny techniky měkkých tkání na paravertebrálních svalech, protažení dorzolumbální fascie, m. latisimus dorzi a m. quadratus lumborum. Dále nácvik dechové vlny, nácvik bráničního dýchání a aktivace HSSP vleže na zádech.

3. individuální terapie

Byly provedeny techniky měkkých tkání, protažení šíjové fascie, ošetření trigger pointů v oblasti krční páteře a mezi lopatkami, uvolnění úponů v oblasti krční páteře. Poté PIR horních trapézů, protažení hrudní a sternální fascie, PIR na pektorální svaly. Nespecifická mobilizace lopatek, centrace ramenních kloubů, uvolnění sternoklavikulárního skloubení, stabilizace lopatek, cvičení proti protrakci ramen a posilovací cviky na mezilopatkové svaly a dolní fixátory lopatek.

4. individuální terapie

Před terapií byl aplikován parafínový zábal na páteř. Poté byly provedeny měkké techniky na zádech, pružení SI kloubů, trakce bederní páteře, mobilizace hrudní páteře do flexe, extenze, lateroflexe a rotace. Posílení gluteálních svalů, svalů břišních a stehenních. Nácvik automobilizačních a protahovacích cviků na zvětšení pohyblivosti hrudní a bederní páteře.

5. individuální terapie

Nejdříve proběhla stimulace plosek nohou míčkem s bodlinkami a mobilizace drobných kloubů nohou a hlezenních kloubů. Dále byl do terapie zahrnut nácvik abdukce pravého metatarzofalangeálního kloubu 1. prstu vsedě s dopomocí a nácvik malé nohy a korigovaného stoje. Na závěr byla provedena centrace kyčelních kloubů.

6. individuální terapie

Byl proveden výstupní kineziologický rozbor, kontrola bráničního dýchání a poučení pacienta o nutnosti každodenního cvičení.

Subjektivní hodnocení lázeňské léčby

Pacient se první týden cítil unavený, bolestivý a „rozlámaný“. Po týdnu se začaly bolesti zmenšovat. Po skončení druhého týdne pocítil pacient úlevu od bolestí, ustoupila ranní ztuhlost a víc se cítil pohyblivější. Po ukončení terapie hlásil pacient úlevu od bolestí, celkově si připadal pohyblivější, uvolněnější a odpočinutější. Lázeňská léčba přinesla pacientovi jak fyzickou, tak psychickou úlevu. I tento pacient litoval, že je škoda, že nyní jezdí do lázní jen na tři týdny. Když se léčil čtyři týdny, tak si prý čtvrtý týden užíval, protože neměl skoro žádné bolesti a cítil se skvěle, jak po fyzické, tak po psychické stránce.

Pacient na všechny procedury reagoval kladně. Kladně hodnotil prohřátí ve slatinné koupeli s následnou masáží zad, která mu přinesla uvolnění a zmírnění ztuhlosti. Pozitivně hodnotil skupinová cvičení, která zvýšila pacientovu pohyblivost, zlepšení celkové kondice, ale i zlepšení psychiky. Při individuální LTV ocenil cílení terapie na jeho aktuální obtíže, instruktáž autoterapie a zlepšení dýchání.

Porovnání

Pacient měl při třítýdenním pobytu (v roce 2014) 50 procedur a při čtyřtýdenním pobytu (v roce 2012) 66 procedur.

Tabulka č. 18

Procedury	Třítýdenní pobyt	Čtyřtýdenní pobyt
LTV individuální	6x	8x
LTV skupinová	9x	16x
Bylinková koupel	6x	8x
Ruční masáž	9x	12x
Parafín – páteř	6x	6x

Parafín – ruce	5x	4x
Slatinná koupel	9x	12x

Na základě výstupního kineziologického rozboru bylo objektivně zjištěno, že po terapii došlo ke zlepšení pohyblivosti páteře a ke zmenšení předsunutí hlavy. Zlepšila se hybnost krční páteře a pohyblivost v kyčelních kloubech. Dále po terapii došlo ke zmenšení protrakce ramen a zmírnění prominence dolních žeberních oblouků. Také se snížil svalový tonus paravertebrálních a trapézových svalů.

Při porovnání kineziologického rozboru z roku 2012, kdy tento pacient podstoupil čtyřtýdenní léčbu, bylo zjištěno, že se ještě více zvýšila pohyblivost celé páteře a hybnost v kyčelních kloubech. Při léčbě v roce 2012 mohlo být díky většímu počtu fyzioterapií aplikováno více cviků zaměřených na zlepšení pohyblivosti páteře - mobilizace hrudní a bederní páteře, uvolňování SI skloubení, automobilizační cvičení, protahování zkrácených svalů, posilování ochablých svalů, zvýšení rozsahu v kořenových kloubech, ale hlavně dostatek času na naučení a správné provádění cviků, které si pacient bude cvičit doma.

Také velký vliv mělo to, že pacient podstoupil více procedur. Parafín má účinky tepelné, uvolňují se podkožní vrstvy a svalstvo, prohřívá hluboké kloubní struktury. Po slatinné koupeli následuje suchý zábal a klasická masáž. Účinek má analgetický a protizánětlivý. Uvolňuje svalstvo, podporuje metabolismus, trofiku a krevní oběh v tkáních masírované oblasti. Bylinková koupel má zklidňující účinek na celý organismus, uvolňuje unavené svaly. I u tohoto pacienta měly aplikované procedury příznivý vliv na jeho organismus tím, že se mu uvolnilo a prokrvilo svalstvo. I další individuální fyzioterapie, při které byly aplikovány např. techniky měkkých tkání, mobilizace, protažení zkrácených svalů atd., mohla mít i lepší účinek, a také se tato terapie lépe prováděla. Skupinové cvičení pro pacienty s Bechtěrevovou chorobou trvá jednu hodinu, kdy se snažíme o aktivaci prakticky všech partií organismu. Tato dlouhodobější a opakovaná aplikace přinesla dlouhodobější úlevu.

4.3 Kazuistika 3

Anamnéza

Osobní údaje:

Iniciály: M. N.

Pohlaví: žena

Rok narození: 1953

Výška: 170

Váha: 81

Diagnóza: Morbus Bechtěrev III. stupně

Osobní anamnéza: od 18 let výrazné bolesti bederní páteře, Bechtěrevova choroba diagnostikována ve 26 letech, přítomnost antigenu HLA B – 27 nebyla prokázána
-přidružená onemocnění: arteriální hypertenze, jednou zánět duhovky
Nynější onemocnění: výrazná ztuhlost hrudní páteře a bolestivost krční páteře, častá ranní ztuhlost, obtížnější dýchání
Rodinná anamnéza: otec také Bechtěrevova choroba, matka arteriální hypertenze
Gynekologická anamnéza: jeden přirozený porod bez komplikací
Pracovní anamnéza: první rok ve starobním důchodu, dříve prodavačka
Sociální anamnéza: pacientka žije s manželem v rodinném domě
Farmakologická anamnéza: Ifirmasta na vysoký krevní tlak, analgetika neužívá
Alergie: neguje
Abusus: nekouří, alkohol příležitostně, tři kávy denně

Vstupní kineziologický rozbor

Aspekční vyšetření – vstupní vyšetření
Pohled zepředu: hallux valgus na levé noze, příčně plochá noha, zatížení vnitřních hran chodidel, levá patela výš, pupek směřuje nahoru a vlevo, povolená břišní stěna, vpadlý hrudník, prominence pravé klíční kosti

Pohled z boku: hyperextenze kolenních kloubů, retroverze pánve, vyhlazená bederní lordóza, výrazná hrudní kyfóza, gibus na vertebra prominens, výrazná krční lordóza, protrakce ramen, předsunuté držení hlavy

Pohled zezadu: kulovité paty valgózně postavené, zbytnělé Achillovy šlachy bilaterálně, valgózní postavení kolen, pravá podkolení rýha výš, subgluteální rýhy symetrické, tonus hýžďových svalů symetrický, hypertonus paravertebrálních svalů, pravá taile hlubší, mírný úklon trupu vpravo, levá lopatka prominuje dorzálně a kraniálně, levé rameno výš, hypertonus trapézových svalů

Aspekční vyšetření – výstupní vyšetření
Po terapii došlo k napřímení páteře, rozvinutí hrudníku, zmenšení předsunutého držení hlavy, protrakce ramen není tak výrazná. Zmírnění prominence levé lopatky a zatížení vnitřních hran chodidel není tak výrazné. Dále došlo ke snížení tonu trapézových a paravertebrálních svalů.

Palpační vyšetření – vstupní vyšetření
Hypertonus trapézových svalů, paravertebrálních svalů, krátkých extenzorů šíje, m. levator scapulae, m. sternocleidomastoideus více vpravo, m. pectoralis major bilaterálně, m. piriformis více vlevo, adduktorů stehna, pravá SIAS výš, levá SIPS výš, hypotonus hýžďových, břišních a mezilopatkových svalů.

Palpační vyšetření – výstupní vyšetření
Po terapii došlo ke snížení svalového tonu trapézových svalů, krátkých extenzorů šíje, m. sternocleidomastoideus, m. pectoralis major a paravertebrálních svalů.
Ke zvýšení svalového tonu došlo u břišních a mezilopatkových svalů.

Vyšetření dechového stereotypu
Vstupní vyšetření: břišní typ dýchání, špatné rozvíjení hrudního koše
Výstupní vyšetření: břišní typ dýchání, lepší rozvíjení hrudního koše

Amplituda hrudníku

Vstupní vyšetření: 2 cm (obvod hrudníku při maximálním nádechu je 98 cm a při maximálním výdechu 96 cm)

Výstupní vyšetření: 4 cm (obvod hrudníku při maximálním nádechu je 99 cm a při maximálním výdechu 95 cm)

Vyšetření olovnicí – vstupní vyšetření

Osové postavení páteře – olovnice se dotýká Th kyfózy, olovnice prochází vpravo od intergluteální rýhy a dopadá více k pravé patě

Osové postavení trupu – olovnice se opírá o vyklenutou břišní stěnu, prochází vpravo od pupku a dopadá více k pravé noze

Osové postavení těla – olovnice prochází před ramenním a kyčelním kloubem a dopadá 5 cm od zevního hlezenního kloubu

Vyšetření olovnicí – výstupní vyšetření

Osové postavení páteře – stejné

Osové postavení trupu – olovnice se dotýká vyklenuté břišní stěny, prochází vpravo od pupku a dopadá více k pravé noze

Osové postavení těla – olovnice prochází přední částí ramenního a kyčelního kloubu a dopadá 5 cm od zevního hlezenního kloubu

Vyšetření chůze

Vstupní vyšetření – rytmus chůze pravidelný, levá noha delší krok, kyfotické držení těla, pohyb horních končetin bez souhybu trupu a pánve

Výstupní vyšetření – zlepšení držení těla, patrná synkinéza trupu a pánve

Antropometrické vyšetření

Tabulka č. 19: Horní končetina – délkové rozměry

	PHK	LHK
Délka HK	73 cm	73 cm
Délka paže a předloktí	57 cm	57 cm
Délka paže	31 cm	31 cm
Délka předloktí	26 cm	26 cm
Délka ruky	16 cm	16 cm

Tabulka č. 20: Horní končetina – obvodové rozměry

	PHK	LHK
Obvod paže relaxované	33 cm	34 cm
Obvod paže při kontrakci svalu	36 cm	35 cm
Obvod loketního kloubu	28 cm	29 cm
Obvod předloktí	29 cm	29 cm
Obvod zápěstí	17,5 cm	18 cm
Obvod přes hlavičky metakarpů	21 cm	20 cm

Tabulka č. 21: Dolní končetina – délkové rozměry

	PDK	LDK
Funkční délka DK	86 cm	86 cm
Anatomická délka DK	83 cm	83 cm
Délka stehna	41,5 cm	41,5 cm
Délka bérce	41,5 cm	41,5 cm
Délka nohy	24 cm	24 cm

Tabulka č. 22: Dolní končetina – obvodové rozměry

	PDK	LDK
Obvod stehna	52 cm	51,5 cm
Obvod nad kolenem	42 cm	43 cm
Obvod kolene	40 cm	40,5 cm
Obvod přes tuberositas tibiae	35,5 cm	36 cm
Obvod lýtka	38 cm	38 cm
Obvod přes kotníky	28 cm	28 cm
Obvod přes nárt a patu	32 cm	32,5 cm
Obvod přes hlavičky metatarsů	24 cm	24,5 cm

Tabulka č. 23: Vyšetření distancí na páteři

	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Rozdíl
Schoberova vzdálenost	2 cm	3 cm	1 cm
Stiborova vzdálenost	3 cm	5,5 cm	2,5 cm
Forestierova fleche	7 cm	4 cm	3 cm
Čepojova vzdálenost	1 cm	1,5 cm	0,5 cm
Ottova inklinační vzdálenost	1 cm	3 cm	2 cm
Ottova reklinační vzdálenost	1 cm	1,5 cm	0,5 cm
Thomayerova vzdálenost	20 cm	11 cm	9 cm
Lateroflexe	Vpravo: 9 cm	Vpravo: 15 cm	6 cm
	Vlevo: 10 cm	Vlevo: 16 cm	6 cm

Nejdříve omezena pohyblivost celé páteře a předsunuté držení hlavy. Po terapii došlo k větší pohyblivosti celé páteře a k mírnějšímu předsunutí hlavy.

Goniometrické vyšetření

Tabulka č. 24: Pohyblivost krční páteře

	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření	Rozdíl
Anteroflexe	4 cm	2 cm	2 cm
Lateroflexe	Vpravo: 20°	Vpravo: 25°	5°
	Vlevo: 20°	Vlevo: 25°	5°
Rotace	Vpravo: 45°	Vpravo: 50°	5°
	Vlevo: 45°	Vlevo: 55°	10°

Omezení do lateroflexe.

Tabulka č. 25: Goniometrie kloubů HKK

Kloub ramenní	Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření		Rozdíl	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
Flexe	145°	150°	160°	160°	15°	10°
Extenze	30°	30°	35°	35°	5°	5°
Abdukce	135°	145°	155°	160°	20°	15°
Zevní rotace	65°	70°	75°	75°	10°	5°
Vnitřní rotace	65°	60°	70°	70°	5°	10°
Kloub loketní						
Flexe	135°	135°	140°	140°	5°	5°
Extenze	0°	0°	0°	0°	0°	0°

Hybnost horních končetin v normě.

Tabulka č. 26: Goniometrie kloubů DKK

Kyčelní kloub	Vstupní vyšetření		Výstupní vyšetření		Rozdíl	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
Flexe	95°	100°	105°	105°	10°	5°
Extenze	10°	5°	10°	10°	0°	5°
Abdukce	25°	25°	35°	35°	10°	10°
Addukce	20°	25°	25°	30°	5°	5°
Zevní rotace	30°	35°	35°	35°	5°	0°
Vnitřní rotace	30°	35°	35°	40°	5°	5°
Kolenní kloub						
Flexe	105°	110°	115°	115°	10°	5°
Extenze	-5°	-5°	0°	0°	5°	5°

Mírně omezena flexe a abdukce v kyčelním kloubu a flexe v kolenním kloubu.

Terapie

Terapie probíhala od 16. 9. 2014 – 7. 10. 2014 v Bertiných lázních. Lázeňským lékařem byl předepsán parafín na ruce, parafín na páteř, slatinná koupel 38°C, ruční masáž celé páteře, bylinkové koupele 36°C, LTV individuální a LTV skupinová.

Skupinová LTV probíhala třikrát týdně po dobu 60 minut. Cílem cvičení bylo zvýšení rozsahu pohybu páteře, kořenových a periferních kloubů a celkové procvičení celého těla. Dále uvolnění a protažení zkrácených svalů a posílení oslabených svalů. Důraz byl kladen na prohloubení dechu, s nácvikem bráničního dýchání, a zlepšení celkové kondice.
Individuální terapie probíhala dvakrát týdně po dobu 30 minut.

1. individuální terapie

Na první terapii byl proveden vstupní kineziologický rozbor a nácvik bráničního dýchání.

2. individuální terapie

Byly provedeny techniky měkkých tkání, protažení lumbodorzální a šíjové fascie, ošetření trigger pointů v oblasti krční páteře a mezi lopatkami, uvolnění úponů v oblasti hrudní a krční páteře. Poté PIR horních trapézů, PIR pektorálních svalů, protažení hrudní a sternální fascie. Nespecifická mobilizace lopatek, centrace ramenních kloubů, stabilizace lopatek, posilovací cviky na mezilopatkové svaly a dolní fixátory lopatek, cvičení proti protrakci ramen.

3. individuální terapie

Po parafínovém zábalu páteře byly provedeny techniky měkkých tkání na paravertebrálních svalech, protažení dorzolumbální fascie, m. latisimus dorzi a m. quadratus lumborum. Dále nácvik dechové vlny, nácvik bráničního dýchání a aktivace HSSP vleže na zádech.

4. individuální terapie

Byly provedeny měkké techniky na zádech, trakce bederní páteře, pružení SI kloubů, mobilizace hrudní páteře do flexe, extenze, lateroflexe a rotace. Nácvik automobilizačních a protahovacích cviků na zvětšení pohyblivosti hrudní a bederní páteře.

5. individuální terapie

Nejdříve byla provedena stimulace plosek nohou míčkem s bodlinkami a mobilizace drobných kloubů nohou a hlezenních kloubů. Dále byl do terapie zahrnut nácvik abdukce levého metatarzofalangeálního kloubu 1. prstu vsedě s dopomocí a nácvik malé nohy a korigovaného stoje. Na závěr byla provedena centrace kyčelních kloubů.

6. individuální terapie

Byl proveden výstupní kineziologický rozbor, kontrola naučených cviků a poučení pacientky o nutnosti každodenního cvičení.

Subjektivní hodnocení lázeňské léčby

Pacientka první týden cítila bolesti v oblasti krční páteře a trpěla ranní ztuhlostí. Po psychické stránce se necítila moc dobře. Po skončení druhého týdne pacientka hlásila mírnější bolest v oblasti krční páteře, ústup ranní ztuhlosti a zlepšení pohyblivosti. Po ukončení terapie byla bez bolestí, celkově si připadala pohyblivější, uvolněnější a odpočinutější. Lázeňská léčba přinesla pacientce jak fyzickou, tak psychickou úlevu. Pozitivní vliv na psychiku mělo popovídání si s ostatními pacienty, začlenění se do kolektivu a navázání nových přátelství.

Na pacientku všechny procedury působily pozitivně. Chválila si prohřátí ve slatinné koupeli s následnou masáží zad a šíje, po které došlo ke zmírnění ztuhlosti a k celkovému uvolnění. Pozitivně hodnotila skupinové cvičení s ostatními pacienty, došlo ke zlepšení celkové kondice, zvýšení pohyblivosti a také ke zlepšení psychiky. Při individuální LTV kladně hodnotila měkké techniky šíje, uvolnění trapézových svalů a odstranění bolestí krční páteře.

Porovnání

Pacientka měla při třítýdenním pobytu (v roce 2014) 50 procedur a při čtyřtýdenním pobytu (v roce 2012) 66 procedur.

Tabulka č. 27

Procedury	Třítýdenní pobyt	Čtyřtýdenní pobyt
LTV individuální	6x	8x
LTV skupinová	9x	16x
Bylinková koupel	6x	8x
Ruční masáž	9x	12x
Parafín – páteř	6x	5x

Parafín – ruce	5x	5x
Slatinná koupel	9x	12x

Na základě výstupního kineziologického rozboru bylo objektivně zjištěno, že po terapii došlo k větší pohyblivosti celé páteře a k mírnějšímu předsunutí hlavy, mírně se zlepšila pohyblivost krční páteře, zvýšil se rozsah pohyblivosti v kyčelních a kolenních kloubech. Zlepšilo se rozvíjení hrudního koše, zmenšila se protrakce ramenních kloubů a prominence levé lopatky. Snížil se svalový tonus trapézových a paravertebrálních svalů.

Při porovnání kineziologického rozboru z roku 2012, kdy tato pacientka podstoupila čtyřtýdenní léčbu, bylo zjištěno, že se ještě více zvýšila pohyblivost celé páteře a hybnost v ramenních a kyčelních kloubech, dále došlo k většímu rozvíjení hrudního koše. Při léčbě v roce 2012 mohlo být díky většímu počtu fyzioterapií aplikováno více cviků zaměřených na zlepšení pohyblivosti páteře - mobilizace hrudní a bederní páteře, uvolňování SI skloubení, automobilizační cvičení, posilování ochablých svalů, protažení zkrácených svalů, zvýšení rozsahu v kořenových kloubech, dechová cvičení, aktivace HSSP, ale hlavně dostatek času na naučení a správné provádění cviků, které bude pacientka cvičit po návratu z lázní doma.

Také velký vliv mělo to, že pacientka podstoupila více procedur. Parafín má účinky tepelné, uvolňují se podkožní vrstvy, svalstvo, prohřívá hluboké kloubní struktury. Po slatinné koupeli následuje suchý zábal a klasická masáž. Účinek má analgetický a protizánětlivý, uvolňuje svalstvo, podporuje metabolismus, trofiku a krevní oběh v tkáních masírované oblasti. Bylinková koupel má zklidňující účinek na celý organismus, uvolňuje unavené svaly. I u této pacientky měly aplikované procedury příznivý vliv na její organismus tím, že se jí uvolnilo a prokrvilo svalstvo a další individuální fyzioterapie, při které byly aplikovány např. techniky měkkých tkání, mobilizace, protažení zkrácených svalů atd., mohla mít i lepší účinek a také se tato terapie lépe prováděla. Skupinové cvičení pro pacienty s Bechtěrevovou chorobou trvá jednu hodinu, kdy se snažíme o aktivaci prakticky všech partií organismu. Tato dlouhodobější a opakovaná aplikace přinesla pozitivnější účinky.

5 DISKUZE

Cílem práce bylo zmapovat problematiku fyzioterapeutických postupů v rámci lázeňské péče podle vyhlášky 58/1997 Sb. a 267/2012 Sb. Výzkum probíhal v Bertiných lázních v Třeboni na třech vybraných pacientech, kteří absolvovali třítýdenní lázeňskou léčbu. Jeden pacient se léčil s Revmatoidní artritidou a dva pacienti s Bechtěrevovou chorobou.

První pacient byl muž s diagnózou Revmatoidní artritida. Trpěl otoky a bolestivostí drobných ručních i nožních kloubů, bederní páteře a obou kyčlí. Občas se u něj vyskytovala ranní ztuhlost a noční bolesti. Při výstupním kineziologickém rozboru bylo zjištěno, že se zmenšil otok obou zápěstí a obou hlezenních kloubů, zlepšila se pohyblivost krční páteře, hybnost zápěstí, kyčelních, kolenních a hlezenních kloubů. Odstranila se bolestivost drobných ručních a nožních kloubů, zmizely bolesti bederní páteře a téměř zmizela ranní ztuhlost. Při individuální fyzioterapii byly provedeny techniky měkkých tkání, PIR, facilitace rukou a plosek, senzomotorická stimulace, mobilizace drobných kloubů, centrace, nácvik automobilizace, posilovací cviky, protažení zkrácených svalů, techniky PNF. Při porovnání kineziologického rozboru z roku 2012, kdy tento pacient podstoupil čtyřtýdenní léčbu, se ještě více snížil otok rukou a hlezenních kloubů a více se zlepšila hybnost kyčelních a kolenních kloubů. Kvůli většímu počtu fyzioterapií mohla být terapie více zaměřena na ruční a nožní klouby, automobilizační cvičení, cviky na zlepšení pohyblivosti páteře, ale hlavně dostatek času na naučení a správné provádění cviků na doma. Velký vliv mělo i to, že pacient podstoupil více balneologických procedur. Proto čtyřtýdenní lázeňská léčba přinesla pacientovi v roce 2012 dlouhodobější úlevu.

Druhý pacient byl muž, kterému byla stanovena diagnóza Morbus Bechtěrev. Tento pacient trpěl bolestivostí bederní páteře, kyčlí, kolen a zápěstí. Dále se vyskytovala ranní ztuhlost. Při výstupním kineziologickém rozboru bylo zjištěno, že ustoupila ranní ztuhlost, odstranily se bolesti bederní páteře, kyčlí a kolen, zmenšilo se předsunutí hlavy, zlepšila se pohyblivost páteře a kyčelních kloubů. Litoval, že terapie trvá pouze tři týdny, protože čtvrtý týden si prý užíval, protože neměl skoro žádné bolesti a cítil se skvěle jak po fyzické, tak po psychické stránce. Při individuální fyzioterapii byly

provedeny techniky měkkých tkání, nácvik bráničního dýchání, aktivace HSSP, protažení zkrácených svalů, cviky na posílení ochablých svalů, PIR, mobilizace, automobilizační cviky, stimulace plosek, centrace. Při porovnání kineziologického rozboru z roku 2012 bylo zjištěno, že se více zvýšila pohyblivost celé páteře a hybnost v kyčelních kloubech. Díky většímu počtu fyzioterapií mohly být cviky více zaměřené na zlepšení pohyblivosti páteře, uvolňování SI skloubení, automobilizační cvičení, protahování zkrácených svalů, posilování ochablých svalů, cviky na zvýšení rozsahu v kořenových kloubech, ale hlavně dostatek času na naučení a správně provádění cviků v domácích podmínkách. Také díky většímu množství balneologických procedur měla lázeňská léčba větší efekt.

Třetí pacientkou byla žena, která měla také Bechtěrevovu chorobu. Měla výraznou ztuhlost hrudní páteře, bolestivost krční páteře, častou ranní ztuhlost a obtížně se jí dýchalo. Při výstupním kineziologickém rozboru bylo zjištěno, že ustoupila ranní ztuhlost, zlepšila se pohyblivost krční páteře a také ustoupily bolesti krční páteře. Zvýšil se rozsah pohyblivosti v kyčelních a kolenních kloubech, zlepšilo se rozvíjení hrudního koše, lépe se jí dýchalo, ale hlavně došlo u pacientky ke zlepšení psychického stavu. Při individuální terapii byly provedeny techniky měkkých tkání, protažení zkrácených svalů, cviky na posílení ochablých svalů, PIR, mobilizace, centrace, nácvik bráničního dýchání, aktivace HSSP, nácvik automobilizačních cviků, stimulace plosek. Při porovnání kineziologického rozboru z roku 2012 bylo zjištěno, že se více zvýšila pohyblivost celé páteře, hybnost v ramenních a kyčelních kloubech a rozvíjení hrudního koše. Při léčbě v roce 2012 mohlo být díky většímu počtu fyzioterapií aplikováno více cviků zaměřených na zlepšení pohyblivosti páteře, uvolňování SI skloubení, automobilizační cviky, posilování ochablých svalů, protažení zkrácených svalů, cviky na zvýšení rozsahu v kořenových kloubech, ale také hlavně dostatek času na naučení a správné provádění cviků. Díky tomu byla pacientka také ještě ve větší psychické pohodě.

Z výsledků u všech tří pacientů vyplývá, že čtyřtýdenní léčba, při které bylo aplikováno více balneologických procedur a více fyzioterapií, měla pro tyto pacienty lepší a dlouhodobější efekt, pacienti si více odpočinuli a zlepšila se více jejich psychika.

Mohlo být využito více fyzioterapeutických metod a hlavně bylo více času na seznámení s cviky.

Vyhláška č. 267/2012 Sb. přinesla mnoho problémů pro pacienty i pro samostatné lázně. Dobrou zprávou je, že tato vyhláška byla ukončena z rozhodnutí Ústavního soudu ČR dne 31. 12. 2014. S účinností od 6. ledna 2015 vstoupila v platnost novela zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění v 5. příloze tohoto zákona, kdy se prodloužila lázeňská léčba u hodně indikací opět na čtyři týdny.

Proč se rozhodlo ministerstvo o opětovné zavedení delších pobytů u těžkých onemocnění, vysvětluje důvodová zpráva ministerstva: „Klinicky je prokázáno, že organismus člověka reaguje na balneoterapii - lázeňskou léčbu určitou odpovědí, jež má zpravidla 3 fáze. Odpověď organismu na zatížení balneoterapií trvá zpravidla 18 až 21 dnů. Pacient prochází fázemi adaptace na stresové (poplachové) podněty balneoterapie, jejich přechodu do habituace, kdy se ekonomizují a upevňují reflexní odpovědi na stresovou balneoterapeutickou zátěž a odpovědi organismu se dostávají na vyšší řídící a regulační úroveň dějů v centrálním nervovém systému, autonomním nervovém systému, systému imunity, endokrinního a humorálního řízení, včetně aktivace motorického a kardiovaskulárního systému. U těžších onemocnění se mírně prodlužuje jak druhá, tak třetí fáze, proto je zde navržena délka léčení 28 dnů.“

Náměstek pro zdravotní péči Ferdinand Polák ve své prezentaci sděluje, že je odpovědností lékaře, který navrhuje rehabilitační péči, jakou formu a druh péče doporučí. Hodnotí při tom jeho celkový zdravotní stav, včetně mentální schopnosti a soběstačnosti. Mělo by dojít ke změně postojů lékařů při předepisování a posuzování lázeňské léčby, a zároveň i vztahu pojišťoven k jejímu proplácení. Lázeňská léčba dává možnost opakovaného léčení a této možnosti by se mělo využívat ve prospěch snížení nákladů na nemocniční léčení i poklesu morbidity a mortality při opakované lázeňské léčbě. Lázeňské léčení by se mohlo kladně projevit i v oblasti ekonomické – hlavně ve snížení pracovní neschopnosti a v oddálení invalidizace. (Petr, 2004)

6 ZÁVĚR

Přijetí vyhlášky č. 267/2012 mělo negativní dopad jak na pacienty, tak na samotné lázně. Výše zmiňovaní pacienti poukazovali na své delší lázeňské pobyty, při kterých se léčili před vydáním vyhlášky č. 267/2012 Sb. tak, že tyto pobyty měly na jejich zdraví dlouhodobý příznivý efekt.

Přestože však vyhláška č. 267/2012 Sb. stanovila u vybraných diagnóz možnost prodloužení podle individuálního zdravotního stavu pacienta, praxe ukázala, že tato možnost nebyla využívána tak, jak by bylo žádoucí a mnohdy byli pacienti z lázní propouštěni bez dostatečného zlepšení jejich zdravotního stavu. Problém se vyskytoval rovněž v omezeném počtu opakování pobytů u jednotlivých diagnóz, kdy pacienti po vyčerpání stanovených možností již nemohli lázeňskou léčbu absolvovat. Jako významné se projevilo i omezení prodloužení léčby, zejména při opakovaných pobytech dětí.

Cílem práce bylo zmapování problematiky fyzioterapeutických postupů v rámci lázeňské péče podle vyhlášky 58/1997 Sb. a 267/2012 Sb. Lázeňská péče má význam především rehabilitační, ale i prevenční. Důležitou roli zde hraje fyzioterapie - je to komplex rehabilitačních přístupů a postupů směřujících k obnovení hybných a funkčních schopností organismu. Při fyzioterapii posilujeme oslabené svaly, protahujeme zkrácené svaly a upravujeme pohybové stereotypy. Také zahrnuje mobilizační techniky a techniky měkkých tkání, pomocí nichž fyzioterapeut uvolňuje kůži a podkoží, fascie, svaly. Fyzioterapie dále využívá techniky PIR pro uvolnění svalového napětí a odstraňování trigger pointů ve svalech. Fyzioterapeut také pacienta učí, které pohyby jsou a nejsou vhodné, a jak je správně provádět, správný stereotyp chůze a koriguje špatné držení těla. Také je pacient poučen o vhodných sportech a pohybových aktivitách. Pacienti si při delším pobytu mají větší šanci osvojit vše, co se během lázeňského pobytu naučí. Při kratší době lázeňské péče hrozí, že si vše naučené pacienti dostatečně neosvojí a také to, že celá terapie nebude mít potřebný efekt.

Závěrem bych chtěla podotknout, že zkoumaný vzorek není dost velký na to, abychom mohli výstupy pro praxi zobecňovat. I u těchto tří pacientů mohly být výsledky zkreslené tím, že při jejich léčebných pobytech mohly na pacienty působit jiné

faktory. Například při kratším pobytu mohl pacient trpět ještě jiným problémem, který měl vliv na to, že se pacient necítil tak dobře, jako při delším pobytu. Mohlo se jednat o bolesti z důvodu jiných chorob, ale i rozdílná psychika při jednotlivých pobytech, kdy pacient mohl řešit složitější osobní problémy.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

1) DINKA, P. ET AL. *Voda a chlad: prevencia – liečba - rehabilitácia*. 1. vyd. Bratislava: Formát & Liečreh Gúth, 2008, 313 s., ISBN 978-80-967229-5-2.

2) HALADOVÁ, E. ,NECHVÁTALOVÁ, L. *Vyšetřovací metody hybného systému.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2005, 135 s. ISBN 80-7013-393-7.

3) JANDA, V., PAVLŮ, D. *Goniometrie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993, 108 s. ISBN 80-701-3160-8.

4) JANDOVÁ, D. *Balneologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009, xvi, 404 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-2820-9

5) JANDOVÁ, D. *Základy balneologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014, 45 s. ISBN 978-80-7013-573-0.

6) KAJLÍK, V. *České lázně a lázeňství*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj, 2007, 218 s. ISBN 978-80-239-9330-1.

7) KNOP, K. *Lázeňství: Ekonomika a management.* 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 231 s. ISBN 80-7169-717-6.

8) KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

9) MACKOVIČ, M. *Lázeňství a balneotechnika*. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta ekonomická, 1995, 53 s. ISBN 80-7028-226-0

10) MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetřovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

11) NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

12) PETR, P. *Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie*. 1. vyd. České Budějovice: INPRESS, 2004, 118 s. ISBN 80-903427-1-x.

13) PODĚBRADSKÝ, J., VAŘEKA, I. *Fyzikální terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998, 264 s. ISBN 80-7169-661-7.

14) RYCHLÍKOVÁ, E. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 4. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 499 s. ISBN 978-807-3451-691.
15) ŠKAPÍK, M. a kol.: *Využití balneoterapie ve vnitřním lékařství*. Praha: Grada, 1994. 152 s. ISBN 80-7169-130-5.
16) VAŘEKA, I. *Vyšetření pohybového aparátu*. 1997. Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci
17) VÉLE, F. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, 2006, 375 s. ISBN 80-7254-837-9.
18) ZEMAN, M. *Koordinovaná rehabilitace*. In: Pfeiffer a kolektiv. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
19) ZEMAN, M. *Základy fyzikální terapie.* 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013, 105 s. ISBN 978-80-7394-403-2.

Časopisecké zdroje

20) BEDNÁŘOVÁ, J. *Lázeňská pohoda*. Změny v indikačním seznamu. [online]. č. 1, 2015 [cit. 2015-3-19]. Dostupné z: http://www.aurora.cz/uploads/files/pdf/POHODA_2015_01_preview.pdf
21) JANDOVÁ, D. Dopřej si uhličitou koupel. *40+ Moje generace: Wellness magazín.* Listopad - prosinec 2011, č. 55, s. 34-37. ISSN 1214-1453
22) JANDOVÁ, D. *Wellness in Spa Medicin*. Scientific Journal. Acta salus vitae. Vol. 1, No. 1, 2013. ISSN 1805-8787
23) LÁZEŇSKÁ PÉČE 2013. *Zdravotnická statistika*. Praha 2. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN: 978-80-7472-093-2
24) MICKOVÁ, M. Lázeňské procedury a naše tělo. *40+ Moje generace: Wellness magazín.* Září – listopad 2013, č. 68-69, s. 58-59. ISSN 1214-1453

25) MUNTEANU, C. Techirghiol mud and new perspectives for healthy ageing. *Balneo research journal*. Vol. 5, No.2, 2014 [cit. 2015-3-19] ISSN 2069-7597. Dostupné z: http://bioclima.ro/T115.pdf

Internetové zdroje

26) DŮVODOVÁ ZPRÁVA. *Health and Social Insider Monitor*. [online] 2014 [cit. 2015-3-19]. Dostupné z: http://www.hasim.cz/sites/default/files/attachments/duvod._zpr.pdf
27) KOŠINOVÁ, M. *Třeboňsko.* Fyzioterapie (individuální) – LTV. [online] 2010 [cit. 2015-4-10] Dostupné z: http://www.trebonsko.cz/fyzioterapie-individualni-ltv
28) KOUBOVÁ, M. *Zdravotnický deník.* Lázně na pojišťovnu jsou zase čtyřtýdenní. [online] 2015 [cit. 2015-2-4] Dostupné z: http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/01/lazne-na-pojistovnu-jsou-zase-ctyrtydenni-castejsi-ale-nebudou/
29) POLÁK, F. *Lázeňská léčebně rehabilitační péče v ČR*. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online] 2013 [cit. 2015-2-4] Dostupné z: http://www.senat.cz/xqw/webdav/pssenat/original/70050/58842
30) Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny ČLS JEP. *Rehabilitační a fyzikální lékařství.* [online]. [cit. 2015-3-4]. Dostupné z: http://www.srfm.cz/koncepce.htm
31) ZDRAVÍ E15. Dopady nového indikačního seznamu nejen do ekonomiky lázeňských organizací [online] 2013 [cit. 2015-2-4] Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/dopady-noveho-indikacniho-seznamu-nejen-do-ekonomiky-lazenskych-organizaci-470075
32) SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ. *Proč jet do českých lázní*. [online] 2009-2014 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/proc-jet-do-ceskych-lazni>.
33) SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ. *Předepisování lázeňské péče od 1. Října 2012*. [online] 2012 [cit. 2014-12-29] Dostupné z: http://www.lecebne-lazne.cz/cs/pro-lekare/predepisovani-lazenske-pece-od-1-rijna-2012

34) SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ. *Účinky a cíle balneoterapie.* [online] 2009-2015 [cit. 2015-3-4]. Dostupné z: http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/ucinky-a-cile-balneoterapie
35) TERMOTERAPIE. *Termoterapie uvolní vaše tělo.* [online] 2015 [cit. 2015-3-4]. Dostupné z: http://www.termoterapie.cz/
36) UNIFY ČR. *Koncepce oboru fyzioterapie*. [online] 2005 [cit. 2015-3-4]. Dostupné z: http://www.unify-cr.cz/koncepce/koncepce-oboru-fyzioterapie.html
37) VONDRUŠKA, R. *Dynamická propagace českého lázeňství*. [online] 2006 [cit. 2015-3-4]. Dostupné z: http://www.ap-cherry.cz/historie/kt_magazin2.php
38) VZP ČR. *Jaké jsou typy úhrad lázeňské péče*. [online] 2012 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/lazenska-pece/jake-jsou-typy-uhrad-lazenske-pece
39) VZP ČR. *Návrhová činnost pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost v roce 2015.* [online] 2015 [cit. 2015-4-10]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/navrhova-cinnost-pro-lazenskou-lecebne-rehabilitacni-peci-o-dospele-deti-a-dorost-v-roce-2015
40) ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY. *Jaké jsou druhy lázeňské péče*. [online] 2012 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z <http://www.zdravotnipojistovny.cz/jake-jsou-druhy-lazenske-pece>

Zákony a vyhlášky

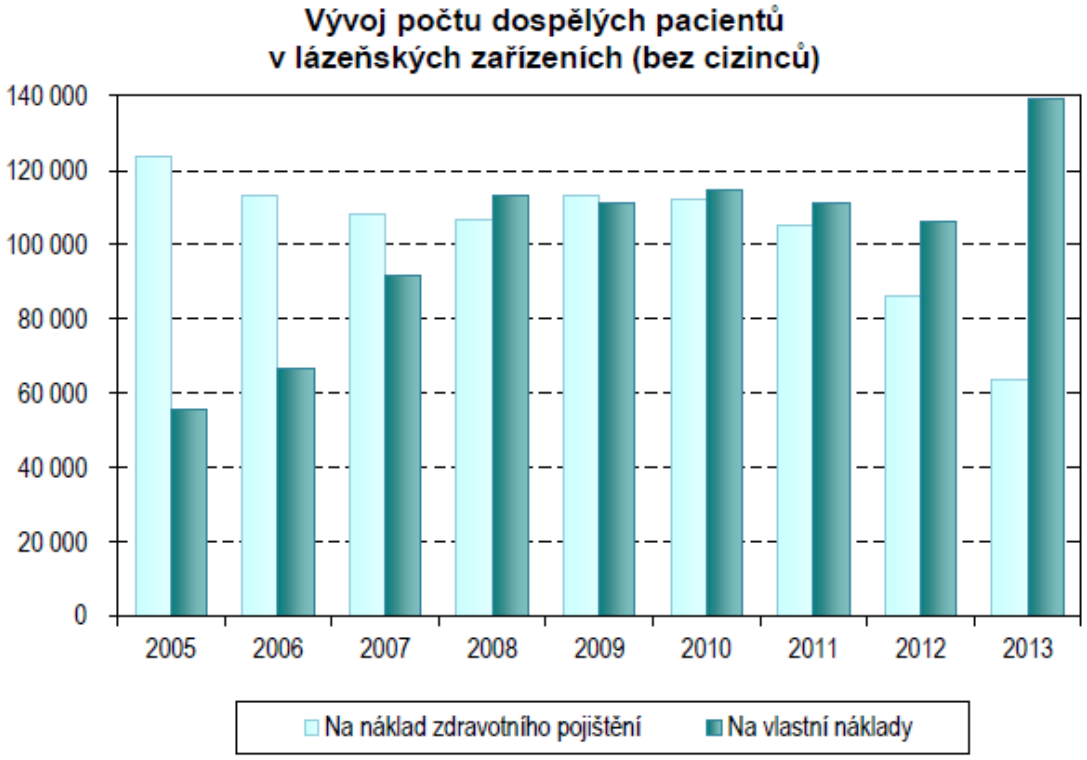
41) SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost*
42) SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 267/2012 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost*
43) SBÍRKA ZÁKONŮ č. 77/2014. *Nález Ústavního soudu ze dne 25. března 2014 sp. zn. Pl. ÚS 43/13 ve věci návrhu na zrušení vyhlášky č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost.*

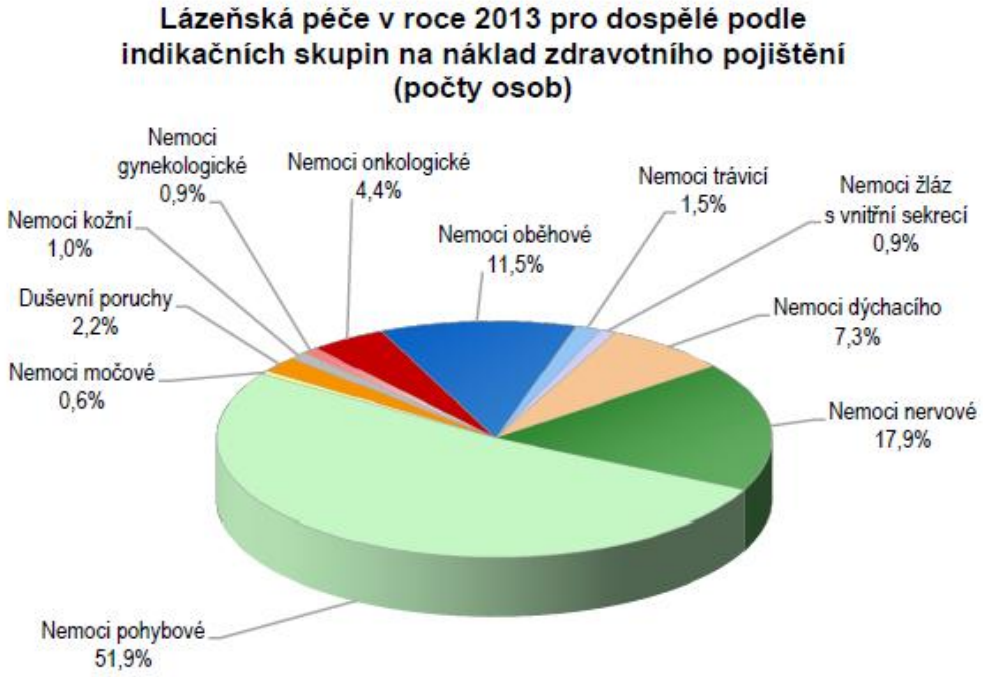
44) SBÍRKA ZÁKONŮ č. 1/2015. *Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- apod. – a podobně
- atd. – a tak dále
- C – krční
- č. – číslo
- ČR – Česká republika
- DKK – dolní končetiny
- g – gram
- HSSP – hluboký stabilizační systém páteře
- kBq/l – kilobecquerel
- L – bederní
- LDK – levá dolní končetina
- LHK – levá horní končetina
- LTV – léčebná tělesná výchova
- m. – musculus (sval)
- Např. – například
- Odst. – odstavec
- PDK – pravá dolní končetina
- PHK – pravá horní končetina
- PIR – postizometrická relaxace
- PNF – proprioceptivní neuromuskulární facilitace
- RA – revmatoidní artritida
- Sb. – sbírky
- SI – sakroiliakální skloubení
- SIAS – spina iliaca anterior superior
- SIPS – spina iliaca posterior superior
- tj. – to je
- Th - hrudní

9 PŘÍLOHY





(Lázeňská péče 2013)

Informovaný souhlas pacienta

Souhlasím, aby Eva Pražáková, studentka 3. ročníku fyzioterapie na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, nahlédla do mé osobní zdravotnické dokumentace za účelem získání informací pro svoji bakalářskou práci s názvem „**Dopady změny v poskytování lázeňské péče dle vyhlášky 267/2012 Sb. na koncepci fyzioterapie v lázeňském prostředí**“. Dále souhlasím se zveřejněním svého věku, diagnózy, anamnestických údajů a hodnot získaných během výzkumu.

V Českých Budějovicích dne ..…… Podpis ……