



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Diplomová práce

Vliv komplexní lázeňské péče na návrat do pracovního procesu

Vypracoval: Bc. Lukáš Forst

Vedoucí práce: Ing. Eliška Lukášová Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

V diplomové práci jsem se zaměřil na účinnost komplexní lázeňské péče při terapii, zaměřenou na pohybový aparát. Snažil jsem se zmapovat vliv zdravotnických metodik používaných v lázeňských zařízeních, konkrétně v Bertiných lázních Třeboň, na návrat pacientů do pracovního procesu. Lázeňská péče je v posledních několika letech často diskutovaným tématem, a to nejen kvůli nedávné změně indikačního seznamu. V současné době je v České republice 35 lázeňských míst, která musí splňovat přesné požadavky, aby zajistily co největší příznivý efekt při rehabilitaci, resocializaci, prevenci a podpůrné léčbě. Poslední dobou však mnoho lidí vyhledává lázeňská zařízení spíše pouze za účelem relaxace, a tak se někdy poněkud vytrácí primární účel lázní. Lázně mají především léčebný charakter a slouží jak k prevenci, tak i k doléčení. Často je, nebo by alespoň měla být, lázeňská péče také poslední léčbou před ukončením pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost je významným problémem v současné zdravotně-sociální oblasti a průměrná pracovní neschopnost se pak stává i významným ekonomickým činitelem.

Pro naplnění cíle práce jsem zvolil kombinaci kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Primárním cílem výzkumu bylo zjistit vliv komplexní lázeňské péče na návrat do pracovního procesu. Sběr dat pro kvantitativní část proběhl metodou dotazování technikou dotazníku o čtrnácti otázkách, dvou otevřených deseti uzavřených a dvou polootevřených. Dotazník se týkal léčebně - pobytových informací spojených s tématem diplomové práce. Šetření se účastnili klienti Bertiných lázní s délkou pobytu nad 15 dní, kteří zde pobývali na komplexní léčbu, nebyli v lázních poprvé a splňovali věkovou hranici 15 – 65 let. Dotazníků bylo rozdáno 500 ks s návratností 420 ks. Výzkum probíhal v letech 2012 – 2014. Pro vyhodnocení výsledků jsem si stanovil hypotézu, kterou jsem se snažil pomocí t-testu potvrdit, či vyvrátit. Dále jsem spočítal aritmetické průměry počtu dnů v pracovní neschopnosti před lázeňskou péčí a po lázeňské péči. Oba průměry jsem porovnal a výsledky jsem zpracoval do tabulek a grafů.

U kvalitativního výzkumu jsem využil metody zúčastněného pozorování – měření rozsahů pohybů (páteře, či kloubů, které se vztahují k pacientově diagnóze) před a po komplexní lázeňské péči a naměřené hodnoty jsem zaznamenával do formuláře – kineziologického rozboru. Pro výběr výzkumného vzorku jsem měl stejná kritéria jako u výzkumu kvantitativního, tedy důležité bylo především, aby byla splněna stejná věková hranice, pobyt na komplexní léčbu se stejnou délkou pobytu a minimálně druhá návštěva lázeňského komplexu. Pro vyhodnocování výsledků jsem rozdělil pacienty do skupin podle stejné diagnózy a výsledky jsou pak aritmetickým průměrem rozsahů v jednotlivých skupinách. Pro interpretaci těchto výsledků jsem použil opět tabulky.

Na podkladě zjištěných výsledků z kvantitativní části lze potvrdit příznivý vliv komplexní lázeňské péče pro návrat do pracovního procesu. Výsledky druhé, tedy kvalitativní části nám ukazují zlepšení rozsahů pohybů téměř ve všech směrech u všech sledovaných skupin.

Tato práce může být využita jako studijní a informační materiál, pro celoživotní vzdělávání i pro informovanost pacientů, vyhledávajících lázeňskou léčbu. Dále by mohla být příspěvkem do diskuse ohledně hrazení lázeňské péče.

Klíčová slova

lázeňská péče; pracovní neschopnost; pacient; fyzioterapie

Abstract

The aim of this work is to find out the effectiveness of comprehensive spa treatment therapy focused on the musculoskeletal system. I tried to map out the influence of medical methodologies used in spa facilities, specifically in Berta Spa Třeboň, and patients' return to work. In the past few years spa treatment is a frequently discussed topic not only because of the recent change in the list of indications. At present there are 35 spas in the Czech Republic which have to fulfill strict requirements to ensure maximum beneficial effect in rehabilitation, resocialization, prevention and supportive treatment. Lately many people are seeking spa facilities rather only for relaxation and so the spas are losing the primary purpose. Spas have mainly curative effect and are used as a prevention as well as a treatment. Spa treatment is or should also be the last treatment before the end of incapacity. Incapacity is a significant topic in the current health and social issues. The average incapacity/sick leave then becomes also an important economic factor.

To fulfill the goals of this work I chose the combination of quantitative and qualitative researches. The primary aim of the research was to determine the effect of comprehensive spa treatment on return to work. Data collection for the quantitative part was taken by the questionnaire method of fourteen questions: two open, two closed and ten half-open ones. The questionnaire covered the hospital - residential information related to the topic of the thesis. Clients in Berta spa were the participants, with the length of their stay of 15 days, who lived there for complex treatment, were not at the spa for the first time and were at the age from 15 to 65 years. There were distributed 500 questionnaires, the return was 420 pieces. The research was realized in the years 2012 - 2014. For the evaluation of these results I determined hypothesis, which I tried to confirm or refute by using a t-test. I also calculated the arithmetic average number of days of sick leave before and after spa treatments. I compared both averages and I drafted the results in tables and graphs.

In qualitative research I used the method of participant observation – the measurement of the range of motion (spine or joints which are related to the patient's

diagnosis) before and after a full spa care and I recorded the readings in a form - kinesiography analysis. For the selection of the research sample I had the same criteria as for quantitative research. It was therefore very important to meet the same age, the stay at the full spa care, the same length of the stay, and at least the second visit to the spa complex. I divided the patients into groups according to the same diagnosis to evaluate the results and these results are the arithmetic average of the ranges in each group. To interpret these results I used the table again.

On the basis of the results of the quantitative section the positive effect of full spa care to the patients' return to work can be confirmed. The results of the second, qualitative research section show us the improvement of the range of motion in almost all directions in all groups of the patients I studied.

This work can be used as a study material as well as the information for lifelong learning and for patients' seeking the spa treatments. Furthermore, it could be a topic for discussion how to pay the spa treatment.

Keywords

spa treatment; incapacity/sick leave; patient; physiotherapy

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 17.8.2016

.....

(Bc. Lukáš Forst)

Poděkování

Děkuji paní Ing. Elišce Lukášové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této diplomové práce.

Obsah

Úvod	14
1 Současný stav	16
1.1 Historický vývoj lázeňství	16
1.2 Situace lázeňské medicíny v České republice a indikace k lázeňské péči.....	17
1.3 Legislativa související s lázeňstvím.....	20
1.4 Pracovní proces a pracovní neschopnost	24
1.4.1 Legislativa související s pracovní neschopností	24
1.5 Česká lázeňská medicína jako komplexní léčba	26
1.5.1 Fyzioterapeutické metody a koncepty	28
1.5.2 Fyzikální terapie	33
1.6 Nejčastější diagnózy indikované k lázeňské péči v Bertiných lázních Třeboň a jejich terapie	36
1.6.1 Bertiny lázně	36
1.6.2 Nejčastější diagnózy a jejich terapie	37
2 Cíl práce a hypotézy	48
3 Metodika	49
3.1 Kvantitativní výzkum.....	49
3.1.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	49
3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	50
3.2 Kvalitativní výzkum.....	50
3.2.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	50
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	51

4 Výsledky	52
4.1 Kvantitativní výzkum – vyhodnocení dotazníků	52
4.2 Kvalitativní výzkum	63
5 Diskuze.....	68
Závěr	74
Seznam použitých zdrojů	76
Seznam příloh	85

Seznam použitých zkratk

AGR – antigravitační relaxace

AS – ankylozující spondylitis

AQ – akomodační kvocient

BL – Bertiny lázně

CNS – centrální nervová soustava

CP - courant modulé en courtes périodes

ČSÚ – český statistický úřad

DD – diadynamické

DE – distanční elektroterapie

DF – diphasé/difázická složka

DM – diabetes melitus

DMO – dětská mozková obrna

DNS – dynamická neuromuskulární stabilizace

ED – elektrodiagnostika

EG – elektrogymnastika

EKG – elektrokardiografie

ES – elektrostimulace

ET – elektroterapie

FBLR – fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace

FPPS – funkční poruchy pohybové soustavy

FT – fyzikální terapie

HSSP – hluboký stabilizační systém páteře

IR – infračervené záření

LP – lázeňská péče

LP modulace - courant modulé en longues périodes

LTV – léčebný tělocvik

MB – morbus Bechtěrev – Bechtěrevova choroba

MF – monophasé/monofázická složka

MM - monophasé modulé

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NF – nízkofrekvenční

OA – osteoartróza

OZ – občanský zákoník

PIR – postizometrická relaxace

PLZ – přírodní léčivé zdroje

PN – pracovní neschopnost

PNF – proprioceptivní neuromuskulární facilitace

PS – pooperační stavy

RA – revmatoidní artritida

RF – revmatoidní faktor

RFM – rehabilitační a fyzikální medicína

RI – reciproční inhibice

RS - rythme syncopé

TBC – tuberkulóza

TENS – transkutánní elektro- neuro stimulace

TEP – totální endoprotéza

TrPs – Trigger points/spoušťové body

UZ – ultrazvuk

VAS – vertebrogenní algický syndrom

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ZP – ZÁKON č. 262/2006 Sb., Zákoník práce

ZNP – ZÁKON č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

ZZS – ZÁKON č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Úvod

Téma diplomové práce „Vliv komplexní lázeňské péče na návrat do pracovního procesu“ jsem si vybral zejména proto, že jsem přes deset let pracoval v Bertiných lázních Třeboň (dále také BL) na pozici fyzioterapeuta a posléze i vedoucího fyzioterapie a balneoprovozu, a tak jsem měl možnost na vlastní oči vidět, jaký vliv komplexní lázeňská léčba pacientům přináší. Dalším důvodem, který mě přiměl zpracovávat toto téma, je fakt, že problémy s pohybovým systémem jsou čím dál aktuálnější a navíc se posunula věková hranice a tím i prodloužila doba odpracovaných let, před nárokem na starobní důchod, tedy doba kdy je zapotřebí udržet pacienta v takové kondici, aby byl schopen podávat dostatečný výkon, pracovní nasazení a tempo. Právě lázně by měly sloužit jako podpůrná či preventivní léčba. Jsou primárně zdravotnickým zařízením sloužícím i k doléčení, na což se v poslední době někdy trochu zapomíná a z léčebných komplexů se častěji stávají spíše turistické destinace s wellness. Bohužel v dnešní době se stále častěji zohledňuje ekonomika nad profesionalitou a léčebnými výsledky a tak mě zajímaly informace k tomuto tématu soustředěné v jeden celek, podpořené výzkumem, ze kterého by bylo možno získat informace, do jaké míry ovlivňuje komplexní lázeňská péče klienta při zařazení do následného pracovního procesu. Právě v dnešní době, kdy stále panuje větší či menší nezaměstnanost a tedy i obava ze ztráty zaměstnání je důležité zamyslet se nad otázkou dostatečného zdravotního stavu, aby člověk mohl být nejen soběstačný, ale také práce schopný.

V rámci ekonomické krize na počátku druhé dekády tohoto století samozřejmě došlo i na zdravotnické rozpočty a v tomto případě dolehla na lázně krize prostřednictvím zdravotních pojišťoven a změnou indikačního seznamu, čili okleštěním seznamu diagnóz určených k lázeňské péči a i délky pobytu (tedy pro lázně méně pacientů, tedy i potřeba méně zaměstnanců) Tento deficit bylo samozřejmě nutné někde sanovat. Zároveň se změnou indikačního seznamu pro lázeňské pobyty došlo i k určitým, v některých ohledech, přísnějším kritériím, a tedy je podle mého názoru na místě pokusit se zmapovat vliv a případně i obhájit komplexní lázeňskou léčbu, jako

podpůrnou pro vrácení produktivního člověka, do pracovního procesu, a tedy případně i ekonomičtější stránky pro stát. Nezaměstnaný nejen že negeneruje žádný příjem do státního potažmo obecního rozpočtu, ale významně klesá i jeho kupní síla a spotřebovává finance v rámci sociálních dávek. Pak je otázkou, co se vyplatí.

Cílem práce je zjistit vliv komplexní lázeňské péče na návrat do pracovního procesu. Tedy pokusit se argumentačně podložit pozitivní vliv lázeňské léčby, nejen ze zdravotnické stránky, kterou jsem posuzoval podle změn v rozsazích pohybů, ale také dle pracovní neschopnosti před a po absolvování lázeňské léčby a tím i možné ekonomické stránky věci.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části najdeme historický vývoj lázeňství, současnou situaci lázeňské medicíny u nás a indikace k lázeňské péči (dále také LP), dále zde najdeme legislativu spojenou s lázeňstvím a problematiku pracovní neschopnosti. Stručně je zde i něco málo o Bertiných lázních v Třeboni. Teoretická část ještě obsahuje popis nejčastějších diagnóz pacientů v BL a fyzioterapeutické i fyzikální metody zde používané.

Druhá část práce je praktická. Tato část je zaměřena na zjištění vlivu komplexní LP na návrat pacienta do pracovního procesu. Základem byl kvantitativní výzkum dotazovací metodou. Dotazník pro tento výzkum jsem vytvořil a následně vyhodnocoval a výsledky interpretoval do tabulek a grafů. Pro doplnění kvantitativního výzkumu jsem zvolil i výzkum kvalitativní, tedy sekundární analýzu dat, kterou jsem zjišťoval a následně porovnával rozsahy pohybů ve skupinách rozdělených dle diagnóz. Oba tyto výzkumy mají předložit informace o vlivu komplexní lázeňské péče ze dvou hledisek.

1 Současný stav

1.1 Historický vývoj lázeňství

Balneologie má tisíciletou tradici a historicky se řadí k nejstarším oborům medicíny. Nejstarší popisy forem hydroterapie nacházíme již kolem roku 3700 př. Kr. v čínské literatuře, nejstarší dochovaná učebnice pochází rovněž z Číny z roku 2837 př. Kr. Vedle hydroterapie a léčivých masáží popisuje termoterapii a manipulace či trakce. **(19)**

Další vývoj posléze vede přes další starověké civilizace, jako jsou Egypt, Řím, Řecko. Středověký úpadek všech oblastí vědy a znovuobjevení přírodních léčivých zdrojů v 19. století a jeho prudký rozvoj ve století dvacátém. **(28)**

Události 20. století s dvěma světovými válkami a velkými politickými přesuny mocenských sil byly pro lázeňství všeobecně nepříznivé. Objev antibiotik, rozvoj farmakologie a nových chirurgických metod navodilo situaci, kdy přirozené léčebné prostředky ztrácely celosvětově na významu. V roce 1951 oznámil v Československu na konferenci tehdejší ministr dr. Plojhar vládní rozhodnutí o znárodnění všech lázní v Československu. Po čtyřiceti letech došlo v roce 1991 státním legislativním rozhodnutím v první vlně kupónové privatizace k návratu českého lázeňství do privátního sektoru, s výjimkou části dětských odborných léčebných lázeňských ústavů. **(19)**

Obrovský pokrok v medicínských technologiích zejména chirurgických oborů vedl k specializaci dalších lázeňských zařízení de facto na lůžka rehabilitační a obecně tento pokrok přinesl v postoji vůči lázeňské medicíně v Evropě a v ČR dvě mezní tendence:

- převážně klinický přístup, tj. lázeňství orientované na orgánovou patologii, s přeměnou lázní na lůžková zdravotnická rehabilitační zařízení s tendencí odlehčit provozu v nemocnicích, suplovat nedostatek lůžkové nemocniční rehabilitační péče a lůžkové kapacity v oblasti následné péče

- psychologizující přístup – nadměrné zdůrazňování psychosociálních a psychologických aspektů pobytu v lázních, k redukci lázeňského léčení jen na rekreaci, edukaci zdravotní osvěty a na komerční wellness **(21)**

V Čechách patřil k průkopníkům PhDr. MUDr. František Ambrož Reuss. V roce 1809 se v Kadani narodil prof. MUDr. J. Löschner, který přednášel balneologii v polovině 19. století na pražské univerzitě, více je znám jako zakladatel dětské nemocnice v Praze. Dalším balneologem zmiňovaným v literatuře byl ke konci 19. století prof. MUDr. Chodounský, známějším ve světě pak byl první český profesor balneologie na Univerzitě Karlově v Praze MUDr. Vladislav Mladějovský, který v roce 1907 napsal první učebnici balneologie a hydroterapie a v roce 1923 vydal učebnici o klimatologii a balneologii. **(19)**

Mezi jména, jež formovali či formují současnou fyzioterapii, a mají tedy vliv i na současný fyzioterapeutický přístup v lázeňství, patří Prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc., Prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc., Prof. MUDr. Václav Vojta, DrSc., Prof. MUDr. František Véle, DrSc. či Ludmila Mojžíšová.

1.2 Situace lázeňské medicíny v České republice a indikace k lázeňské péči

Balneologie s balneoterapií byla původně samostatným klinickým oborem české medicíny, na počátku sedmdesátých let minulého století byla součástí tří oborové atestace se zkratkou FBLR, tj. oborů: fyziatrie (léčení fyzikálními energiemi, zpravidla uměle přístrojově generovanými), balneologie a léčebné rehabilitace (dnešní nomenklatura označuje léčebnou rehabilitaci pojmem fyzioterapie v soulase s celosvětovým pojetím, ta využívá především kinetickou energii - kinezioterapii na neurofyziologickém podkladě). Současný název samostatného atestačního oboru, jehož je česká lázeňská medicína součástí, je rehabilitační a fyzikální medicína (dále také RFM). Balneoterapie je souhrn různých léčebných postupů používaných v lázeňském místě pod lékařským vedením nejčastěji po dobu několika týdnů. Hlavním léčebným

prostředkem jsou přírodní léčivé zdroje (minerální vody, přírodní plyny, peloidy a klima). Kromě přírodních léčivých zdrojů, využívá také fyziotrické metody, psychoterapii, dietoterapii i farmakoterapii. (51)

Balneologie na počátku 3. tisíciletí odpovídá svou náplní a přístupem k nemocnému intencím relativně nového oboru klinické medicíny psychoneuroimunoendokrinologie. Specifikem české lázeňské medicíny je, že lázně jsou lůžkové zdravotnické zařízení charakteru nadregionálního, oborově specializovaného, strukturovaného, odborného léčebného ústavu, využívajícího místně příslušný přírodní léčivý zdroj, s odpovídajícím kolektivem lékařů, fyzioterapeutů, sester a ostatních pracovníků, s dobrým technickým vybavením pro danou specializaci. Indikace jsou ošetřeny legislativně podle charakteru místně příslušného přírodního léčivého zdroje dle zákona č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákon. (67)

Současná lázeňská lůžková kapacita v ČR tvoří 50 % všech lůžek oboru rehabilitační a fyzikální medicíny v oblasti následné léčebné péče a léčení v lázních je dáno pravidly ministerstva zdravotnictví České republiky (dále také MZ ČR), tj. Indikačním seznamem pro lázeňskou léčbu dospělých, dětí a dorostu uvedeným v zákoně č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákon. (67)

Na rozdíl od ostatních zemí je lázeňská medicína v České republice více jak padesát let prezentována:

- **lékařským vyšetřením**, předpisem procedur lékařem, kontrolami lékařem, výstupní kontrolou a pohovorem s lékařem
- **komplexní léčbou**: integrovanou léčbou metodami celého spektra oboru rehabilitační a fyzikální medicíny s balneoterapií místně příslušných přírodních

léčivých zdrojů, s ergoterapií, farmakoterapií, dietoterapií, reflexoterapií, psychoterapií a edukací nemocných v režimových opatřeních

- **diagnostikou funkcí** a hodnocením kvality života
- **úrovni medicínských preventivních programů (21)**

V roce 1969 definovala World Health Organization (dále také WHO) rehabilitaci jako *kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti. (28)*

České lázeňství převzalo z léčebné rehabilitace mimo terapie i objektivizující hodnocení pomocí standardních testů: svalový test podle Jandy, goniometrické vyšetření, vyšetření dětí podle Collisové, diagnostické postupy podle Vojty, Mojžíšové, index kvality života (Index Quality of Live), aktivity všední denní činnosti (Activities of Daily Living), testy u myopatií, testy u roztroušené sklerózy, testy u imobilních a další široké spektrum. V lázních, jako kritéria pro výběr terapie a zhodnocení efektu terapie, používají i další testy oboru rehabilitační a fyzikální medicíny podle indikačního zaměření, dané diagnózy a konkrétního aktuálního zdravotního stavu. (19)

Léčebný proces vychází z krátkodobého a dlouhodobého plánu. Krátkodobý – rehabilitační plán je určen konkrétních postupů. Délku stanovuje prognóza diagnózy, obvykle však nepřesáhne 3 měsíce. Dlouhodobý léčebný plán je souhrn následujících medicínských postupů, které vedou k naplnění dalších složek ucelené rehabilitace. (28)

Česká lázeňská medicína reprezentuje medicíny funkčních poruch, diagnostikuje a hodnotí u nemocných nejen poruchy funkcí, ale primárně využívá zachovaný funkční potenciál k podpoře samoúdržavných schopností organismu, k úplnému uzdravení nebo k dosažení optima individuální funkční zdatnosti. (19)

V současnosti je v ČR 35 lázeňských míst. Lázeňskou léčbu doporučuje praktický lékař dle platného indikačního seznamu pro lázeňskou péči pro dospělé, děti a dorost (Formulář viz příloha 1). V indikačním seznamu jsou kromě indikací a kontraindikací uvedena všechna lázeňská místa a seznam chorob, které se v lázních léčí. Vyhláška

rozděluje nemoci do jedenácti skupin. Zvláštní seznam ve stejném rozsahu je i pro dětskou populaci. Diagnóza pro lázeňskou léčbu se vyznačuje slovy a symboly Mezinárodní klasifikace nemocí. Lázeňský pobyt je rozdělen do třech skupin (5):

- **komplexní**, kdy je veškerá péče hrazena pojišťovnou - hradí léčbu, ubytování, celodenní stravování a cestu, pouze však v případě, že se pacient nemůže vzhledem ke zdravotnímu stavu, dopravit do lázní sám. Pacient sám si hradí tzv. lázeňskou taxu - místní poplatek a může si připlatit za nadstandardní služby jako je jednolůžkový pokoj, větší nebo lépe vybavený pokoj. Při komplexní léčbě je pacientovi vystavena pracovní neschopnost, a proto také musí dodržovat všechny předpisy, které se k tomuto statusu vztahují
- **příspěvkové**, zde je pacientova diagnóza v indikačním seznamu, ale nejsou dosažena všechna kritéria pro komplexní léčbu. U tohoto typu pobytu si pacient hradí stravu a ubytování ze svých zdrojů
- Třetím typem jsou **samoplátci**, kdy si vše hradí pacient (26, 5)

Návrh na lázně se doplňuje propouštěcí zprávou z nemocnice včetně případného operačního nálezu. Obsahuje důležitá anamnestická data (u dětí zvláště podrobně), popis nynějšího onemocnění, objektivní nález a funkční stav, laboratorní a další potřebná vyšetření. Nezbytný je i výčet všech diagnóz pacienta. K návrhu jsou připojeny lékařem doporučené zvláštní požadavky na lázeňskou léčbu a zdůvodnění průvodce pacienta pro pobyt.

Každý návrh na lázně musí schválit revizní lékař příslušné pojišťovny. Hradí-li si veškeré náklady pacient (samoplátce), stačí pouze doporučení lékaře na jednoduchém formuláři. Samoplátce může požádat libovolnou lázeňskou organizaci o přijetí k pobytu. V tomto případě indikuje terapii balneolog.

1.3 Legislativa související s lázeňstvím

Pojmem lázně označujeme komplex ubytovacích, rehabilitačních, stravovacích, léčebných a sportovních zařízení využívající pro dosažení léčebného účinku přírodních léčivých zdrojů a léčebných procedur. (72)

Lázeňství je v České republice regulováno celou řadou právních předpisů. Jediným skutečně specifickým zákonem v tomto směru je zákon č. 164/2001 Sb., *o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech*, který se zabývá zejména vyhledáváním, ochranou, využíváním a dalším rozvojem přírodních léčivých zdrojů. Přesto, že se jedná o významný zákon z pohledu lázeňství obecně, není relevantní z pohledu věcného zaměření této práce, neboť ta se zabývá poskytováním lázeňské péče z hlediska vztahu lázeňského zařízení ke svým pacientům a nikoliv vztahem tohoto zařízení k využívání přírodních zdrojů. **(65)**

Z tohoto hlediska jsou tak podstatné zejména **veřejnoprávní předpisy**, které stanoví podmínky výkonu činnosti služeb v lázeňství, a dále **soukromoprávní předpisy**, které upravují smluvní vztahy mezi lázeňským zařízením a jeho pacienty.

Veřejnoprávní regulace

Definici lázeňské péče je možné nalézt v § 33 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*. Ačkoliv se jedná o definici pouze pro účely plnění z veřejného zdravotního pojištění, lze ji použít i obecně. **(60)** Naprostá většina finančních příjmů lázeňských zařízení pochází z tohoto pojištění; tento zákon tak zůstává jedním z nejdůležitějších předpisů, kterými se lázeňská zařízení řídí. Podrobnosti ohledně kritérií výkonu lázeňské činnosti přitom v této souvislosti stanoví prováděcí právní předpis daného zákona, a sice vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 2/2015 Sb., *o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče*. Zde je mimo jiné uvedeno, jakou odbornou způsobilost musí mít lékaři lázeňského zařízení vzhledem k léčebnému zaměření jednotlivých zařízení. **(57)**

Vzhledem k tomu, že lázeňská zařízení lze řadit mezi zdravotnická zařízení v širším smyslu, vztahuje se na ně i zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* (dále také ZZS), zákon č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a zákon č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na

minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tyto zákony upravují podmínky poskytování zdravotní péče, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů, osob blízkých pacientům a v neposlední řadě povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb. **(62, 63, 69)**

Skutečnost, že lázeňská péče spadá pod pojem poskytování zdravotní péče ve smyslu tohoto zákona, potvrzuje § 5 odst. 2 písm. f) ZZS, který ve výčtu jednotlivých druhů zdravotní péče (dle jejího účelu) uvádí i: *„léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči“*. **(69)**

Stěžejní částí ZZS pro účely této práce je část čtvrtá: *„postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb“*. V této pasáži zákona je stanovena povinnost zdravotnických zařízení (a tedy i lázeňských zařízení) poskytovat pacientům zdravotní péči na základě jejich dobrovolného souhlasu, informovat je řádně o všech poskytovaných službách, dbát jejich důstojnosti apod. **(69)**

Tento zákon však upravuje i celou řadu dalších otázek – např. povinnost mlčenlivosti pracovníků zdravotnického zařízení, vedení zdravotnické dokumentace, zpracovávání osobních údajů pacientů apod.

Soukromoprávní regulace

Zatímco v předchozí části byl popsán právní vztah mezi lázeňskými zařízeními a státem, v této části se budu zabývat vztahem mezi lázeňským zařízením a jeho pacienty, do kterého může stát zasahovat pouze prostřednictvím soudu, pokud mezi nimi vznikne spor a bude podána žaloba.

Na tomto místě je v první řadě stanoveno, že smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel (tedy lázeňské zařízení) vůči pacientovi zavazuje pečovat v rámci svého

předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného. Pacient se naproti tomu zavazuje, za tyto služby zaplatit odměnu, pokud nestanoví jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů (což v případě lázeňských zařízení vyplývá zpravidla z již zmiňovaného zákona o veřejném zdravotním pojištění). **(61)**

Občanský zákoník stanoví na tomto místě též povinnost poskytovateli péče o zdraví - poučit pacienta důkladně o poskytovaných službách a vyžádat si k jednotlivým úkonům souhlas pacienta. Pokud o to pacient požádá, musí být souhlas udělen v písemné formě. Stěžejními ustanoveními smlouvy o péči o zdraví jsou § 2643 a § 2645, které stanoví povinnost poskytovatel péče v souladu s pravidly daného oboru (*lege artis*). Pokud poskytovatel této své povinnosti nedostojí, odpovídá pacientovi za veškerou škodu, která mu je tím způsobena – typicky tedy za škodu na zdraví. Ve zbytku se ustanovení péče o zdraví, týkající se především nakládání a vedení zdravotnické dokumentace, přičemž je opět zdůrazněna povinnost mlčenlivosti o všech skutečnostech, které se poskytovatel péče v souvislosti se svojí činností dozví. **(59, 61)**

Další právní úprava

Na činnost lázeňských zařízení se pochopitelně vztahuje i celá řada dalších právních předpisů, neboť lázeňská zařízení jsou stejně jako jiné subjekty také plátcem daní, zaměstnavatelem, podnikatelem; jsou též zpravidla financována z veřejných rozpočtů a vztahuje se na ně tedy i zákon o veřejných zakázkách apod. Z předpisů, které jsou ve vztahu k lázeňským zařízením alespoň trochu specifické, však považuji za vhodné zmínit zákon č. 565/1990 Sb., *Zákon České národní rady o místních poplatcích*, který obcím, v jejichž obvodu se lázně nacházejí, umožňuje vybírat tzv. poplatek za lázeňský pobyt. **(70)**

1.4 Pracovní proces a pracovní neschopnost

Pracovní proces je sled událostí vedoucí k nějakému pracovnímu cíli. Každý z nás potřebuje určitý druh seberealizace a také odměnu za práci, tedy plat/mzdu. Proto, aby mohl člověk pracovat, podávat v práci určitý výkon, musí být zastoupeny dva základní aspekty – biologický (tělesná dispozice, druh práce, denní doba) a psychologický (náročnost práce na myšlení, schopnost řešit problém, vnímat, učit se, pamatovat si).

(27)

V případě, že je jeden z těchto aspektů narušen, dochází k poklesu výkonu. Tedy pokud je pracující nemocný, stává se pro pracovní organizace málo výkonný. V případě, že není schopen vykonávat svou práci, nastává doba pracovní neschopnosti. Pojmem pracovní neschopnost je v obecné rovině míněn stav, kdy zaměstnanec (dále také pojištěnec) není schopen vykonávat své obvyklé povolání ze zdravotních důvodů.

Pracovní neschopnost je významným problémem v současné zdravotně-sociální oblasti. Poměrně dlouhá průměrná doba pracovní neschopnosti v naší společnosti se stává i výrazným ekonomickým činitelem ve smyslu nemocenských dávek a tudíž výdajů státního rozpočtu v době krize.

1.4.1 Legislativa související s pracovní neschopností

S pojmem pracovní neschopnost pracuje celá řada právních, nicméně jeho hlavní význam se soustředí především v oblasti pracovního práva a práva sociálního zabezpečení, tedy především v zákoně č. 262/2006 Sb., *zákoník práce* (dále také ZP) a v zákoně č. 187/2006 Sb., *o nemocenském pojištění* (dále také ZNP). **(68, 66)**

Klíčovou definici dočasné pracovní neschopnosti obsahuje ustanovení § 55 ZNP, podle kterého je dočasnou pracovní neschopností stav poruchy zdraví, který neumožňuje zaměstnanci vykonávat dosavadní zaměstnání, a pokud tato porucha trvá déle než 180 kalendářních dní, jedná se o pracovní neschopnost tehdy, pokud daná

porucha neumožňuje pojištěnci vykonávat ani jiné než dosavadní zaměstnání. Pracovní neschopnost lze dále konstatovat i v případě poruchy zdraví osoby, která není zaměstnána. Za pracovní neschopnost však nemůžeme považovat ošetřování pojištěnce v nočním sanatoriu, v době detoxikace po požití alkoholu nebo omamných látek (pokud člověk požil tyto látky úmyslně) nebo při poskytování zdravotní péče v z kosmetických nebo estetických důvodů za úhradu pojištěncem. **(66)**

Dle zákoníku práce představuje pracovní neschopnost překážku v práci na straně zaměstnance; stejně jako u jiných překážek tak má zaměstnavatel po dobu trvání pracovní neschopnosti povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance v zaměstnání. **(68)**

Pracovní neschopnost stanovuje ošetřující lékař, a to zejména v případech, kdy zjistí, že zdravotní stav pacienta nedovoluje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost (tedy dosavadní zaměstnání). Dalšími důvody pro stanovení pracovní neschopnosti je například přijetí pojištěnce k poskytnutí komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče na základě zdravotního pojištění. **(66)**

V průběhu dočasné pracovní neschopnosti ošetřující lékař posuzuje, zda je zdravotní stav pojištěnce stabilizovaný a zda se pracovní schopnost pojištěnce obnovila. Za stabilizovaný stav se považuje takový zdravotní stav, který se ustálil na takové úrovni zdraví, která umožňuje pojištěnci vykonávat dosavadní nebo jiné zaměstnání bez zhoršení zdravotního stavu, a který další léčení již podstatně nemůže ovlivnit. Jakmile ošetřující lékař shledá, že zdravotní stav pojištěnce mu umožňuje vykonávat své zaměstnání, ukončí dočasnou pracovní neschopnost. **(66)**

Po skončení pracovní neschopnosti má zaměstnanec nárok, aby ho zaměstnavatel zařadil na jeho původní práci a pracoviště. **(68)**

Náhrada mzdy po dobu pracovní neschopnosti, náleží zaměstnanci po dobu prvních 14 dnů PN náhrada ve výši 60 % průměrné mzdy, ale tato náhrada se nevztahuje na období prvních 3 dní pracovní neschopnosti. Po uplynutí těchto 14 dnů náleží zaměstnanci náhrada mzdy ve stejné výši, nicméně tentokrát již jako plnění z nemocenského pojištění, kdy tato náhrada, je hrazena po dobu tzv. „podpůrčí doby“ až

380 dní, popřípadě po dobu prodloužení této doby na základě stanovených podmínek. **(66, 68)**

Jak vyplývá z předchozího textu, předpokládá se, že pracovní neschopnost má dočasný a nikoli trvalý charakter (i když maximální délka trvání dočasné pracovní neschopnosti není stanovena). Pokud by porušení zdraví mělo trvalejší charakter, postupuje se z hlediska sociálního zajištění pojištěnce podle zákona č. 155/1995 Sb., *o důchodovém pojištění* a zákona č. 117/1995 Sb., *o státní sociální podpoře*. **(58, 64)**

Významným důsledkem pracovní neschopnosti je dle zákoníku práce i případná odpovědnost zaměstnavatele za ztrátu na výdělku zaměstnance v důsledku pracovní neschopnosti, a to v případech, kdy byla pracovní neschopnost způsobena jako pracovní úraz nebo nemoc z povolání. **(68)**

Pracovního úraz je definován obecně jako porušení zdraví (fyzické nebo psychické) nebo smrt zaměstnance, ke kterým došlo při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním nezávisle na jeho vůli krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů. Seznam nemocí z povolání nalezneme v příloze nařízení vlády č. 290/1995 Sb., *kterým se stanoví seznam nemocí z povolání*, kde jsou uvedeny všechny nemoci, u kterých se uznává jejich profesionální původ. **(38)**

1.5 Česká lázeňská medicína jako komplexní léčba

V rámci komplexního přístupu k nemocným česká lázeňská medicína na rozdíl od lázní ve světě v sobě originálně spolu s aplikací přírodních léčivých zdrojů integruje:

- léčebnou rehabilitaci (fyzioterapii): individuální léčebný tělocvik (dále také LTV), (neurofyziologické koncepty podle autorů: manželé Bobathovi, Brüger, Kabat, McKenzie, Mojžíšová aj.), skupinové LTV (cviky pro kardiaky, respirační nemoci, stavy po totálních endoprotézách (dále také TEP),

gynekologie, hydrokinezioterapie, nácvik lokomoce v bazénovém chodníku u paraplegiků a další neurofyziologické postupy podle indikace

- fyzikální léčbu (fyziatrii): z vlastních přírodních zdrojů doplněnou o proceduru z umělých zdrojů energií (např. fototerapie laserem, solux diatermie, magnetoterapie aj.)
- dietoterapii podle indikace lékaře, spektrum diet je obdobné jako v nemocnici podle diagnózy
- farmakoterapii – nemocní dodržují terapii nastavenou specialisty, např. pulmologem předešpanou kortikoterapii u asthma bronchiale, endokrinologem indikovanou substituci hormonální u stavů po strumektomii, po operaci adenomů hypofýzy aj.
- ergoterapii podle indikací, doménou jsou převážně neurologické indikace, pórurazové stavy a pediatrie
- arteterapii a muzikoterapii u dětí, dorostu i dospělých v psychiatrii, specifiky podle diagnóz
- klimatoterapii, která je sama o sobě komplexem převážně fyzikálních jevů, v klimatických lázních je základním přírodním léčivým zdrojem, v ostatních přírodních léčebných lázních je podmínkou přiznání statutu, klima je integrální součástí léčby ve všech lázeňských komplexech
- reflexoterapii formou myoskeletální medicíny, léčby měkkými technikami, akupunkturou, speciálních masáží
- klinickou psychologii a psychoterapii, ta je podmínkou u psychiatrických nemocných fakultativně u dalších indikací
- klinickou logopedii u neurologických indikovaných nemocných
- edukaci – česká lázeňská medicína má ve světě prioritu v edukaci klientů v režimových opatřeních i edukaci speciálních léčebných postupů podle dané diagnózy a aktuálního funkčního stavu klienta
- podologii, podiatrii s diagnostikou plochonoží a aplikací podpůrných individuálních stélek

- expertní systémy a informační medicínské technologie s novými diagnostickými a terapeutickými přínosy, typickým příkladem je systém počítačové kineziologie (19)

1.5.1 Fyzioterapeutické metody a koncepty

Pro volbu fyzioterapeutických postupů nevycházíme jen z diagnózy, ale i z vyšetření funkční symptomatologie. Zde uvádím pouze metody a koncepty.

Zajímá nás stupeň svalové síly, rozsah pohybu v kloubech, schopnost relaxace a selektivní hybnosti, pohyblivost, resp. rezistence v oblasti měkkých tkání, úroveň rovnovážných funkcí, posturální aktivita a reaktibilita, tonus svalového napětí, přítomnost mimovolních pohybů, paréza reagující na reflexní stimulaci, nebo bez reflexní odezvy, provokovaná bolest atd. Podle této symptomatologie volíme konkrétní fyzioterapeutické postupy: mobilizaci měkkých tkání, posílení svalové síly, cvičení posturální funkce svalu, trénink selektivní hybnosti, relaxační techniky, nácvik rovnovážných funkcí ap. Metodiky, které k tomu využíváme, jsou obecné a jsou součástí speciálních fyzioterapeutických metod např.: Vojtova metoda, koncept manželů Bobathových, propioceptivní neuromuskulární facilitace (dále také PNF). Volba metody se musí opírat o kvalitní funkční diagnostiku. (42)

Obecné fyzioterapeutické postupy a koncepty

Do výběru fyzioterapeutických konceptů jsem zařadil ty, které jsou využívány na pracovišti, které je předmětem výzkumu, tj. Bertiny lázně Třeboň.

Pasivní pohyby

Pasivní pohyby v kloubech provádíme bez vlastní aktivity pacienta. Cvičení pasivních pohybů se zavádí u pacientů po operačním výkonu v prvních pooperačních dnech. Při pasivních pohybech je nutné dbát na správný úchop (měkké a pevné podepření segmentu), nesmíme dovolit patologickému pohybu. (11)

Aktivní cvičení s asistencí

Fyzioterapeut při individuálním cvičení pomáhá, ale především vede pohyb tak, aby byl prováděn v centrovaném postavení kloubů. Asistence dopomáhá dokončit prováděný pohyb při svalové slabosti. **(28)**

Aktivní cvičení v odlehčení

Při pohybu stále dochází k zmenšení nebo vyrušení vlivů gravitace, ale pacient již sám musí hlídat postavení segmentů ve správném – centrovaném postavení. Tento aktivní pohyb využíváme např. při cvičení ve vodě, kdy je pacient nadlehčován díky hydrostatickému vztlaku nebo při cvičení v závěsu postiženého segmentu. **(8)**

Cvičení svalové síly

Svalovou sílu je možné cvičit pomocí zvýšených odporů, k čemuž lze využít široké spektrum cviků, metod a pomůcek (např. činky), včetně cvičení na strojích. Při tréninku za účelem zvýšení svalové síly můžeme nahlížet na konkrétní sval jako na samostatnou anatomickou jednotku a při cvičení pak vycházet pouze ze směru jeho kontrakce od začátku k úponu. Riziko tohoto „klasického“ přístupu ke cvičení je, že se při něm nedostatečně rozvíjí především mezisvalová koordinace. **(8)**

Dynamická neuromuskulární stabilizace

Prostřednictvím technik dynamické neuromuskulární stabilizace (dále také DNS) podle Koláře ovlivňujeme funkci svalu v jeho posturálně lokomoční funkci. Tento koncept obsahuje obecné principy, a proto jej zařazujeme mezi obecné fyzioterapeutické metody. Aby nedocházelo k přetížení měkkých tkání a skeletu, musí svalová aktivita, resp. centrální nervový systém a vazivový aparát zajistit, že se posilování segmentu/ů děje v centrovaném postavení kloubu (jde o neutrální polohu). **(28)**

Mobilizace měkkých tkání

Stejně jako u kloubů, léčíme a diagnostikujeme funkci měkkých tkání, abychom harmonizovali jejich elasticitu a pohyb. Měkké tkáně obklopují pohybovou soustavu, jsou důležitou součástí svalů a umožňují pohyb těchto tkání. Tato souvislost se týká i

vztahu mezi pohybovým aparátem a vnitřními orgány, zejména v dutině břišní. K léčbě používáme specifickou techniku, která spočívá v tom, že když chceme tkáň protahovat nebo posouvat nejdříve dosahujeme fyziologické bariéry a potom aniž měníme tlak, působí fenomén uvolnění, již může trvat několik sekund. Během této terapie je vhodné měnit směr, tlak a tah. (24)

Postizometrická relaxace (dále také PIR)

Prostá PIR

- 1. krok:** dosáhneme předpětí ve směru mobilizace
- 2. krok:** pacient klade odpor o minimální síle proti směru mobilizace po dobu alespoň pěti sekund
- 3. krok:** následuje pokyn pacientovi „uvolněte“
- 4. krok:** pacient relaxuje, dochází k fenoménu uvolnění. Doba relaxace musí být delší než aktivace a trvá, dokud cítíme prohlubování. Ze získané pozice lze postup opakovat. Pacient relaxuje bez naší pomoci protažením do většího rozsahu (6)

Postizometrickou relaxaci se však snažíme facilitovat dalšími fyziologickými podněty, a tak zvýšit její účinnost. Pomocí pohledu (nahoru a dolů) nádechu a výdechu facilitujeme a inhibujeme. (32)

Příklady dalších technik

Protažení kožní řasy

V postižené oblasti je kožní řasa (s podkožní tkání) ztlustělá a bolestivá na tlak. Řasu mezi prsty obou rukou protahujeme do předpětí (nemačkáme), aniž bychom způsobili bolest. V předpětí je nutno vyčkávat, nezvyšovat tah. Po určité latenci se dostaví fenomén uvolnění, který sledujeme až do konce. Přitom se řasa protahuje ve tvaru písmene S. (32, 47)

Posouvání fascií

Dochází k posunu tkání vůči sobě. Při nalezení patologické bariéry opět čekáme na fenomén tání. (7)

Bolestivé periostové body

Nad povrchně ležícími periostovými body (epikotyly, trn C2, zadní spiny kosti kyčelní, pes anserinus na tibií) lze za normálního stavu měkké tkáně volně posouvat všemi směry. (28)

Akupresurní masáž

Jedná se o masáž, či tlak na akupresurní bod. Provádíme ji postupným vnořením bříšek prstů do hlubších struktur měkkých tkání (nejčastěji svalů). Postupná palpace je důležitá proto, aby pacient nereagoval reflexním zvýšením svalového napětí. Posléze provádíme hluboké hnětení v místech palpačně citlivé rezistence. Opět dbáme na to, aby pacient nereagoval reflexním spasmem, ale byl maximálně uvolněný. (23)

Aktivní patogenní jizvy

Jizvy, nejčastěji po operacích, procházejí všemi vrstvami měkkých tkání. V každé z těchto vrstev se mohou utvářet patologické bariéry, které způsobují klinické potíže. Pokud je jizva na břiše, vyskytují se patologické rezistence také v břišní dutině, při jejichž palpaci reagují pacienti bolestivě. I zde po dosaženém předpětí dochází po latenci k fenoménu uvolnění. Fenomén uvolnění je v tomto případě obzvláště důležitý: pokud k němu nedojde, nejde o změnu funkčně reverzibilní, nýbrž o stav patologický a je nutné se poradit s chirurgem. (47)

Trakce

Trakce je do určité míry způsob manipulace s kloubem. Jedná se o tah v ose kloubu, kdy dochází k oddálení jednotlivých částí pohybových segmentů. Tah provádíme opakovaně po krátkou dobu anebo kontinuálně delší dobu. Při trakci je důležitá volba použité síly. Nikdy nesmí při jejím použití dojít k ochranné reflexní reakci ve svalech. Více se osvědčuje trakce manuální než pomocí přístrojů. (43)

Relaxační techniky

Jde o uvědomění si zvýšeného napětí příčně pruhovalých svalů a následnou relaxaci. Mezi nejznámější techniky patří autogenní trénink. Děje se pod slovním vedením terapeuta. Navozuje se pocit tíže, tepla a chladu. Prostřednictvím duševní relaxace dochází ke snížení napětí ve svalech. Pravidelná cvičení autogenního tréninku vedou k uklidnění, zlepšení sebeovládání, tělesné i psychické sebekontroly. **(28)**

Senzomotorická stimulace

Metodika senzomotorické stimulace byla nejprve využívána pro terapii nestabilního kolena a kotníku. Dnes se používá při terapii funkčních poruch pohybového aparátu, zvláště stabilizačních svalů. Technika obsahuje soustavu balančních cviků prováděných v různých posturálních polohách. **(18)**

Senzorickým stimulem se vyvolá pohybová aktivita, a to zpětně ovlivňuje funkce v centrální nervové soustavě (dále také CNS) a má také vliv na mentální vývoj jedince. **(56)**

Metodika pracuje s dvoustupňovým modelem motorického učení. Nejprve se jedinec opakovaně pokouší dělat nový pohyb a tím postupně buduje základní pohybový program. Nastává druhá fáze motorického učení – automatizace. **(20)**

Pro cvičení používáme různé balanční podložky a pomůcky, jako například kulové úseče, čochky, nebo bosu. Důležité je vždy pomalu zvyšovat obtížnost. **(4)**

Posturální korekce ve stoji

Pro všechna cvičení ve stoji se musí pacient nejprve naučit korigovaný stoj. Cílem tohoto cviku je zlepšení vnímání kontaktu chodidla s podložkou, zvýšení aktivity svalů chodidla a nácvik uvědomění si těla v prostoru.

Korigovaný stoj se učí ve třech stupních a je výchozí korekcí pro všechna další cvičení. Prvním z těchto cvičení je nácvik korigovaného stoje na jedné dolní končetině. **(28)**

1.5.2 Fyzikální terapie

Využívání účinků různých forem fyzikální energie má v léčebné rehabilitaci tradiční místo. Naši předkové dobře znali uzdravující sílu minerálních pramenů, termálních zřidel a slunečního světla. Přestože neměli exaktní biofyzikální a biochemická data, vytvářeli účinné léčebné systémy založené na empirii. Masáže a další druhy mechanoterapie přispívaly k relaxaci lidí všech civilizačních epoch. Technický rozvoj rozšířil prostředky fyzikální terapie (dále také FT) o přístrojově aplikované druhy energie s možností přesného nastavení dávky.

Přes široké spektrum dostupných procedur je FT doplňkovou terapií. V moderní léčebné rehabilitaci, která klade důraz na aktivní přístup pacientů, by FT jako „pasivní“ terapie neměla přesahovat u většiny diagnóz 5 až 10 % celkové léčby. Efekt FT nespočívá v délce a množství aplikací, ale v optimálně zvoleném terapeutickém ovlivnění symptomů a dysfunkcí, zejména pohybové soustavy. To vyžaduje znalost mechanismů účinku jednotlivých druhů FT na organismus a schopnost diagnostikovat funkční poruchy pohybové soustavy (dále také FPPS). **(36)**

Mechanoterapie

Jde o aplikace různých forem mechanické energie. V podstatě všechny techniky manuální medicíny a masážní postupy se zakládají na přenášení mechanické energie z terapeuta na pacienta, do oboru fyzikální terapie se však nezahrnují. K procedurám mechanoterapie řadíme **(71)**:

- přístrojové zdroje podtlaku, přetlaku, trakce, vibrací
- přístroje vykonávající pasivní pohyby a polohování
- ultrazvukovou terapii
- terapii rázovou (tlakovou) vlnou

Termoterapie a hydroterapie

Zahrnují působení termopozitivních a termonegativních podnětů formou široké škály vodoléčebných procedur nebo jiných zdrojů tepla (chlada). V ČR s bohatou tradicí lázeňství jsou vodoléčebné (balneologické) postupy všeobecně známy. Hojně se využívají také v domácí autoterapii. Dnešní balneologie z velké části staví na léčebných systémech vytvořených Vincenzem Priessnitzem (1799-1851), Sigmundem Hahnem a jeho syny nebo Sebastianem Kneippem, jejichž úspěch byl založen na praktikování principů zdravé životosprávy, jako je aktivní pohyb, zdravá strava a otužování. (1)

Elektroterapie

V elektroterapii (dále také ET) jsou využívány různé formy elektrických proudů a elektromagnetického pole. Rozlišujeme **ET kontaktní**, kdy je ošetřovaný segment součástí elektrického obvodu a **ET bezkontaktní**, při kterých je segment vystaven elektromagnetickému poli aplikátoru. Léčebný účinek kontaktní ET je založen na elektrochemické reaktivitě tkání na procházející proud a dráždivosti nervosvalového systému. V případě bezkontaktní ET souvisí mechanismus účinku s elektromagnetickou indukcí a vlastnostmi elektromagnetického pole působícího na tkáň. (71)

Kontaktní ET zahrnuje:

- stejnosměrný (galvanický) proud
- nízkofrekvenční proudy (frekvence do 1000 Hz)
- středofrekvenční proudy (od 1000 Hz do 100 kHz)
- elektrodiagnostiku a elektrostimulaci – používá jednotlivé impulsy pravoúhlého a šikmého tvaru o délce do 1000 ms k dráždění svalových vláken (71)

Bezkontaktní ET zahrnuje:

- vysokofrekvenční proudy (frekvence nad 100 kHz) – energie proudu se v tkáni mění v teplo (diatermie), v případě kondenzátorového aplikátoru se tvorba tepla

nazývá také dielektrotermie, má-li aplikátor formu cívky, jedná se o induktotermii

- distanční elektroterapii (dále také DE) – proud vzniká v tkáni indukcí elektromagnetického pole pod aplikátorem
- magnetoterapii – využívá interakci ošetřovaného segmentu s magnetickým polem vznikajícím uvnitř a kolem aplikátorů na principu elektromagnetické indukce v okolí vodičů elektrického proudu. V současnosti se používá nejvíce pulsní nízkofrekvenční magnetoterapie (71)

Fototerapie

Fototerapie je léčba pomocí elektromagnetického záření v rozsahu vlnových délek od 280 do 3000 nm s cílem pozitivního ovlivnění ozařovaných tkání. Toto spektrum zahrnuje dlouhovlnné ultrafialové záření, viditelné světlo a krátkovlnné infračervené záření. Pro samotný účinek je důležité zda se jedná o záření polarizované například lasery anebo nepolarizované. (1)

Laserový paprsek má vysokou energii hlavně díky polarizaci, koherenci, monochromatčnosti a nondivergenci. (37)

Kombinovaná terapie

Termín kombinovaná terapie je v praxi vyhrazen pro současnou aplikaci léčebného ultrazvuku a elektroterapii, nejčastěji transkutánní elektro-neuro stimulace (dále také TENS) a středofrekvenčních proudů. Pro dosažení kumulativního účinku se kombinují také další procedury FT (71):

- elektroterapii aplikovanou vakuovými elektrodami
- aplikace galvanického proudu ve vodním prostředí („hydrogalvan“) – elektroléčebná vana, čtyřkomorová galvanizace

- hydroterapie a mechanoterapie – subakvální masáž, vířivé a perličkové koupele, skotské stříky a řada dalších procedur
- distanční elektroterapie a IR záření

1.6 Nejčastější diagnózy indikované k lázeňské péči v Bertiných lázních Třeboň a jejich terapie

1.6.1 Bertiny lázně

Bertiny lázně v Třeboni mají mnohaletou tradici. Byly založeny v r. 1883 učitelem Václavem Huckem. Ten zde zavedl využívání slatiny, která se dodnes používá pro léčbu pohybového aparátu a celkovou relaxaci a rekondici nejen těla, ale i mysli. Celý komplex, se nachází v těsné blízkosti historického centra města Třeboň, vedle parku a Zlaté stoky. Stavby vhodné k lázeňské léčbě v třeboňských lázních: degenerativní onemocnění kloubů (osteoartróza, zejména koxartróza a gonartróza), revmatická onemocnění, bechtěrevova nemoc, dna a hyperurikemický syndrom, osteoporóza, artritidy, vertebrogenní algický syndrom, funkční poruchy kloubů, svalů apod., bolestivé stavy páteře a kloubů, bolestivé stavy měkkých tkání, stavy po úrazech a operacích pohybového aparátu (včetně operací s náhradou kloubní), přípravné pobyty před operacemi kloubů. **(54)**

Ubytování je zajištěno buď v hlavní budově, tedy přímo v tam, kde i probíhají léčebné procedury, nebo v okolních budovách vzdálených několik minut pěšky. Celková ubytovací kapacity činí 186 lůžek. **(54)**

Při léčení pacientů se BL drží historického odkazu. Hlavním přírodním léčebným zdrojem je třeboňská slatina, která má rovnoměrně prohřívá, tlumí bolest, působí blahodárně na pokožku a zkracuje dobu regenerace při obtížemi pohybového aparátu. **(54)**

Tento komplex dále nabízí aktivní odpočinek, jako například: fitness, bowling, tenis, nebo stolní tenis. Najde se zde i bazén a sauna. **(54)**

1.6.2 Nejčastější diagnózy a jejich terapie

Osteoartróza

Osteoartróza (dále také OA) je nejčastější kloubní onemocnění s výskytem 12-15 % v populaci, týkající se obou pohlaví. Ve věku nad 75 let se nachází ve více než 80 %. Používá se také název osteoartritida. Primárně se projevuje procesem degenerace a zánětem, který je sekundárním následkem (komplikací) a lze léčbou zmírnit nebo odstranit. Osteoartróza je kloubní onemocnění, projevující se změnou mechanických vlastností chrupavky. Diagnóza osteoartrózy vychází z klinického a radiologického nálezu. OA dělíme na **primární a sekundární. (12)**

Primární (idiopatická) OA

Dochází ke změně metabolismu kloubní chrupavky.

Sekundární OA

U tohoto typu osteoartrózy jsou známy příčiny vzniku degenerace:

- anatomické – dysplazie kloubu, Perthesova choroba, nestejná délka končetin, hypermobilita
- traumatické – kloubní trauma (luxace, luxační a intraartikulární zlomeniny), opakovaná zranění s krvácením do kloubu (neadekvátní sportovní zátěž)
- metabolické – diabetes mellitus (DM), dna porucha metabolismu steroidů
- zánětlivé – revmatoidní artritida, septická artritida **(41)**

V postiženém kloubu dochází k destrukci chrupavky, sklerotizaci subchondrální kosti, tvorbě osteofytů, tvorbě cyst v kostní dřeni pod subchondrální kostí.

Rehabilitace

Volba rehabilitační léčby je závislá především na stadiu a aktivitě choroby. V akutním stadiu je důležitý klidový režim 2-3 dny s preventivním polohováním: u koxartrózy v poloze na břiše, abychom zamezili flekčním kontrakturám, v poloze na zádech s dolními končetinami v nulové poloze pro udržení optimálního postavení

centrovaného kloubu postižené končetiny. Abychom zabránili prohloubení atrofie z inaktivity jsou důležitá izometrická cvičení břišního, gluteálního a stehenního svalstva. Vhodné jsou pasivní pohyby v odlehčení v závěsu nebo ve vodě, úlevu přináší ruční trakce u kyčelního kloubu v ose krčku femuru nebo v ose dolní končetiny. **(14, 12)**

Jakmile ustane, akutní bolest kloubu zaměříme se na uvolnění zkrácených svalů a postupně přidáváme aktivní cvičení. Platí zásada nepřetěžovat kloub, respektovat bolest a vyhýbat se bolestivému dotahování pohybu, nevhodné jsou pohyby švihové. Odstranění výpotku je podmínkou pro zahájení pohybové léčby u kolenního kloubu. Cílem je udržení úplné extenze v kolenu, což docílíme polohováním dolní končetiny s extendovaným kolenem, popř. střídat s minimální 10° flexí. Důležitý volný pohyb pately, proto je mobilizace pately zařazena do pohybového programu. Samozřejmostí je uvolnění zkrácených ischiokrurálních svalů, aktivní cvičení na posílení m. quadriceps femoris, resp. m. vastus medialis. Součástí pohybové léčby v rámci fyzioterapeutických postupů je i využití labilních ploch a senzomotorická cvičení. **(32)**

Fyzikální terapie

Léčebný tělocvik ve vodě formou individuálních nebo skupinových cvičení umožňuje pohyb v odlehčení, vířivé koupele zmírňují otok, uplatňuje se analgetická, myorelaxační elektroléčba. Ve fázi iritace jsou vhodné analgetické elektroléčebné procedury, které nezpůsobí hyperémii. V chronickém stadiu je indikována pozitivní termoterapie – krátkovlnná, mikrovlnná diatermie. **(1)**

Režimová opatření

U osteroartrózy je zásadním režimovým opatřením odlehčit přetížený kloub. Dalším režimovým opatřením je redukce hmotnosti u obézních pacientů. **(17)**

Kompenzační pomůcky

Protetické pomůcky zajišťují odlehčení postiženého kloubu, indikujeme ortopedické vložky do bot, úpravu ortopedické obuvi. U vyšších stupňů artrózy nosných kloubů pacienta vybavujeme vycházkovou holí, francouzskými holemi. Pacient

může využít i různé typy ortéz podle typu postižení. Ty doporučujeme pacientům se sekundární nestabilitou a osovou deformitou kloubu.

Operační léčba

Náhrada kloubu alloplastikou je v případech, kdy kloub je zdrojem stálé intenzivní bolesti nebo došlo k výraznému omezení funkce kloubu. V současné době jsou již řadu let běžně nahrazovány klouby kyčelní, kolenní a v posledních letech i ramenní, loketní a hlezenní. **(48)**

Při postižení drobných ručních kloubů, jako jsou metakarpofalangeální klouby a radiokarpální kloub, se používají implantáty z kovových materiálů (ušlechtilá ocel, slitiny kovů nebo titan), kontaktní povrchy jsou tvořeny kovem, polyetylénem nebo keramikou. Rozlišujeme dvě základní skupiny kloubních náhrad – cementované a necementované a i hybridní implantáty.

Indikace aloplastiky se pro jednotlivé klouby liší. Podle toho, zda se jedná o nosný kloub nutný pro vzpřímení těla, nebo jak významné je omezení rozsahu pohybu v kontextu zachování hybnosti kloubu pro sebeobsahu pacienta. Možná onemocnění s intolerancí na cizí předmět v těle, riziko uvolnění implantátu. **(19)**

Vertebrogenní Algický Syndrom

Bolesti zad, jsou jedním z nejčastějších důvodů návštěvy lékaře. Jsou také jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti, neboť postihují převážně osoby v produktivním věku (nejvyšší incidence těchto obtíží se vyskytuje v období mezi 30 až 55 lety života). Je asi 70 % dospělých, kteří někdy trpěli bolestí zad. Roční prevalence bolesti zad u populace v produktivním věku činí zhruba 30-40 %, 5-10 % osob z tohoto počtu kvůli tomu skončí v pracovní neschopnosti a stejné procento nemocných vykazuje známky přechodu k chronickému stavu. Na přiznaných invalidních důchodech se bolesti zad podílejí z 50 %. Hlavním důvodem tak vysoké incidence je skutečnost, že bolest zad má řadu příčin. **(40)**

Pomocí zobrazovacích metod často odhalíme strukturální nálezy, které jsou bez neurologického nálezu a tudíž bez subjektivních obtíží, neboť vlivem funkčních reakcí

má páteř daleko větší adaptační možnosti, než je tomu u periferních kloubů. Tedy u velkého počtu osob vyšetřených různou technikou se ukazuje, že mohou být přítomny asymptomatické hernie disků, které nezpůsobují bolesti, a to ani akutní, ani chronické. Obdobně je tomu i u ostatních lokálních nálezů v oblasti páteře (spinální stenóza, spondylolistéza ap.). **(40)**

Páteř má prostřednictvím funkčních reakcí značné kompenzační možnosti. Za příznivé funkční situace má i výrazné schopnosti regenerace.

Důležitá je skutečnost, že u velkého množství pacientů trpících bolestmi zad, nelze ani dnešními metodami zjistit žádné morfologické nálezy. Tyto bolesti se označují jako „nespecifické“ nebo „idiopatické“, jinými slovy bez diagnózy.

Pro zařazení lokálního morfologického obrazu jsou důležité patologickoanatomické definice. Mezi hlavní strukturální (morfologické) a funkční příčiny vertebrogenního syndromu patří: postižení meziobratlové ploténky (disku), degenerace intervertebrálních (facetových) kloubů, spinální stenóza, abnormity páteřního kanálu, spondylolistéza, osteoporóza, ankylozující spondylitida, záněty, nádory, porucha řídicí funkce CNS, porucha nocicepce a porucha psychiky.

Rehabilitace

Při léčbě je nutno respektovat nejen anatomický, ale i funkční nález (kvalitu centrálních složek, psychologické aspekty, stabilizační funkci svalů ap.). Pro volbu konzervativního léčebného postupu je důležité odlišit akutní a chronické stadium nálezu. Chronické stadium vyžaduje jiný typ léčby než akutně vzniklý stav. U akutního nálezu je nutné využít i medikamentózní léčbu a klidový režim. U chronického stavu v konzervativní léčbě převážně využíváme cílené cvičení. **(15)**

Cíl konzervativní léčby nespočívá jen ve cvičení: výsledek je závislý na jeho specifitě, na způsobu a intenzitě a především na integraci vycvičené funkce do postury a běžných činností všedního dne. **(15)**

Fyzikální terapie

Z Fyzikální terapie využíváme především takové druhy, které mají myorelaxační a analgetický účinek, tedy DD proudy, TENS, kombinace TENS + Ultrazvuk, dále můžeme využít Träbertova proudu. Terpmopozitivních procedur, jako jsou celotělové koupele, vířivé koupele, peloidní zábaly. Také bychom mohli aplikovat solux, parafín a další. **(44)**

Režimová opatření

Ergonomická a režimová opatření zde mají velký význam především v akutním stavu, kdy je doporučen klidový režim. Naopak u chronických stavů využíváme pravidelných vhodných pohybových aktivit, správné nastavení pracovního prostředí a především individuální edukace zaměřená na konkrétní problém u konkrétní osoby. **(14)**

Kompenzační pomůcky

Doporučena je především podpurná terapie fixačními korzetami (krční límce, bederní pásy, aj.), ale opět záleží na individuálním pacientovi.

Operační léčba

Indikace k operaci je nezvladatelná bolest, postižení nervových struktur a nestabilita, u které lze výše zmíněné příznaky v budoucnosti předpokládat. U traumat jsou absolutní indikací k operaci poranění s neurologickým postižením a otevřená poranění. Relativní indikací je jakákoliv instabilita, stenóza páteřního kanálu nad 50 %, snížení přední hrany těla obratle o více než 50 %, kyfóza větší než 15-20° a mnohočetné zlomeniny. Ligamentózní instabilita je v porovnání s kostní instabilitou závažnější, zvláště v dlouhodobé perspektivě. V případě degenerativního postižení páteře a deformit platí obecné indikace modifikované podle konkrétní patologie. U nádorů je situace odlišná, zde chirurgická terapie hraje zásadní úlohu a odstranění solidního nádoru je jiným způsobem ve většině případů nemožné. U zánětů v oblasti páteře je operační léčba vyhrazena zejména pro pacienty s abscesem a závažnými destrukcemi kostí. **(28)**

Ankylozující spondylitida (morbus bechtěrev)

Mezi typická onemocnění ze skupiny spondylartritid s převážným postižením axiálního skeletu patří ankylozující spondylitida (dále také AS) – Bechtěrevova choroba.

Ankylozující spondylitida je chronické, systémové zánětlivé onemocnění, které postihuje především axiální skelet, sakroiliakální, apofyzeální a kostovertebrální klouby páteře. Choroba začíná zpravidla koncem druhého a třetího decennia, častěji u mužů než žen (poměr 7-10:1 ve prospěch mužů).

Spondylartritidy charakterizují tři hlavní symptomy:

1. artritický, postihující predilekčně střední a velké klouby dolních končetin
2. axiální ve smyslu zánětlivého postižení páteře (spondylitis), nebo sakroiliakálních kloubů (sacroiliitis)
3. extraartikulární, který zahrnuje slizniční či kožní léze, oční postižení a postižení kardiovaskulárního aparátu

Na rozdíl od RA, kde je primární zánět synoviální výstelky kloubů, je u spondylartritid primární lézí zánět kloubního pouzdra, šlach a ligament při úponu do kosti.

Příčina tohoto onemocnění je zatím neznámá, uvádějí se často infekční, genetické a imunogenetické faktory. Je potvrzen vysoký stupeň asociace onemocnění s antigenem HLA-B27. Sama přítomnost antigenu HLA-B27 však pro rozvoj AS nestačí a malé procento pacientů s AS nemá antigen HLA-B27 vůbec. **(47)**

Zánětlivá reakce kloubů axiálního skeletu je doprovázena kostní novotvorbou a tvoří se syndesmotická přemostění dvou sousedních obratlů. Dochází k osifikaci pouzdra sakroiliakálních kloubů a následnému vyvolání parciální ankylózy.

Podle klinického obrazu a rentgenového vyšetření můžeme dělit toto onemocnění na pět stádií.

- **I.Stádium:** Klinický obraz: zkrácení Schoberovy distance, naznačený dvojhrb. Na RTG vyšetření ještě nejsou patrné změny na sakroiliakálních kloubech, nebo jsou patrné pouze málo
- **II.Stádium:** Klinický obraz: stejný jako v prvním stadiu. Na RTG vyšetření jsou změny (osteoskleroze) pouze na sakroiliakálních kloubech
- **III.Stádium:** Klinický nález: minimální Schoberova distance, zkrácená Stiborova distance, omezené úklony a rotace v bederním úseku. V RTG nálezů můžeme najít výraznější změny v sakroiliakálních kloubech a v bederním úseku například osifikaci ligament páteře
- **V.Stádium:** Klinický obraz: ke známkám III. Stádia se připojuje omezení pohyblivosti hrudní páteře. Na RTG lze pozorovat také změny v hrudní páteři a mohou být nepatrné změny i v krční oblasti
- **V.Stádium:** Klinický obraz: Zahrnuje všechny příznaky předešlých stádií, přidává se krční páteř, která je již klinicky zcela nehybná, kromě atlantookcipitální skloubení. Při RTG vyšetření je též více zasažena i krční oblast páteře (9)

Tato stádia však nemusejí vypovídat o schopnostech pacienta, protože funkční omezení závisí i na dalších okolnostech nemoci.

Rehabilitace

Fyzioterapie zaujímá v terapii AS zcela zásadní místo. Aktivní pohyb představuje pro pacienta celoživotní nutnost pro udržení kvality života. Cílem fyzioterapie je zpomalit ankylotizaci páteře a působit proti deformitám. Zaměřujeme se na udržení hybnosti páteře a hrudníku, zlepšení svalové disbalance, udržení rozsahu pohyblivosti kořenových kloubů, korekci postury, udržení maximální dechové výkonnosti a zlepšení celkové kondice pacienta. (22)

Ve stadiu **vysoké aktivity** je důležité zamezit vzniku deformit preventivním polohováním, dále volíme pasivní cvičení s využitím trakčních technik a dechovou gymnastiku. Po předeřtání provádíme techniku měkkých tkání zmírňující bolest.

Cvičením pomocí izometrie předcházíme svalový atrofii. Při cvičení vycházíme z antalgické polohy, což přispívá k celkové relaxaci pacienta. **(32)**

Ve stadiu **střední a nízké aktivity** choroby se indikuje korekce správného držení, polohování, šetrná mobilizace sakroiliakálních kloubů, neuromuskulární techniky mobilizace páteře a žeber; nárazové manipulační techniky nejsou vhodné. Součástí individuální terapie pod vedením fyzioterapeuta je uvolnění zkrácených svalů, spinální cviky a cvičení zaměřené na hluboký stabilizační systém páteře a nácvik hrudního typu dýchání. **(16)**

Cílem skupinových cvičení je opět především preventivní udržení nebo znovuzískání optimální hybnosti (protahování, cvičení do záklonů, zrakem kontrolované švihové pohyby k uvolnění měkkých tkání, tahové pohyby do maximálního rozsahu atd.). Význam skupinových cvičení spočívá v neopominutelném vlivu na psychiku jedince. **(31)**

Fyzikální terapie

Cvičení ve vodě – individuální nebo skupinová cvičení, podvodní masáže na uvolnění svalových kontraktur, vířivé koupele a skotské stříky.

Příznivou analgetickou odezvu má účinek magnetického pole. Podle cíle léčby využíváme elektroléčbu a ultrazvuk s analgetickým a myorelaxačním účinkem.

Režimová opatření

Důležitá je včasná informovanost o průběhu choroby, režimové opatření pro každodenní pohybové aktivity. Spolupráce pacienta je předpokladem pro zachování alespoň částečné pracovní schopnosti. Pohybová terapie je nutnou součástí denního režimu, zpočátku pod vedením fyzioterapeuta, po jejím osvojení pacient cvičí samostatně alespoň 20-30 minut denně. Vhodné je i plavání, turistiky, popřípadě běh na lyžích. Nevhodné sporty jsou naopak: horolezectví, bojové sporty, atletické sporty, cvičení na trampolíně. **(52)**

Kompenzační pomůcky

Při postižení nosných kloubů se doporučují dvě francouzské hole.

Operační léčba

Po destruktivních a ankylozujících koxitidách jsou nutné totální endoprotézy. Jinak lze provádět klínovitou osteotomii, která může být užitečná zejména při pokročilé flekční deformitě v hrudní oblasti, ale zároveň takovéto těžké kyfózy řešené osteotomií bývají velmi rizikové. **(53)**

Revmatoidní artritida

Revmatoidní artritida (dále také RA) je chronické zánětlivé kloubní onemocnění posilující synoviální výstelku kloubů, burz a šlach s výskytem četných mimokloubních příznaků, vznikem uzlů nebo vaskulitidy.

Předpokládá se genetická predispozice, vliv exogenních faktorů, jako jsou různé druhy bakterií a virů, což může být spouštěcím mechanismem autoimunitního procesu. Většina nemocných s RA je nositelem tzv. sdíleného epitopu HLA-DR4 nebo HLA-DR1. V séru pacienta můžeme prokázat autoprotilátky, z nichž je nejznámější revmatoidní faktor (dále také RF), který však nemusí být přítomen u všech pacientů. **(28)**

Revmatoidní artritida je nejčastější zánětlivé revmatické onemocnění s prevalencí asi 1 %. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích. Vrchol výskytu je mezi 30. - 55. rokem života, častěji jsou postiženy ženy (2-3:1).

Toto onemocnění můžeme také dělit do několika stádií. Stádia jsou určena dle RTG snímků.

- **I. Stadium:** nejsou viditelné žádné destruktivní změny, může se vyskytovat lehká poróza skeletu
- **II. Stadium:** poróza, lehká destrukce chrupavky, atrofie svalů
- **III. Stadium:** destrukce chrupavky a kosti, viditelné deformity, svalové atrofie
- **IV. Stadium:** ankylóza

Rehabilitace

Volba pohybové a fyzikální léčby závisí na aktivitě, stadiu choroby, věku pacienta, postižení jiných orgánů. V počátečních stádiích, ve kterých nejsou závažnější strukturální poruchy kloubů ani deformity, je pohybový režim zaměřen preventivně, v pokročilejších stádiích je nezbytné zamezit dalšímu rozvoji deformit a ve stadiu již závažných deformit se zaměřujeme na nácvik substitučních pohybů pro usnadnění sebeobsluhy. Ve stadiu vysoké humorální a lokální aktivity se doporučuje 2-3 dny klid na lůžku s dodržováním zásad polohování v rámci rehabilitačního ošetřovatelství. Alespoň jednou denně je potřeba klouby pasivně procvičit v maximálně možném rozsahu kloubu. Úlevu přináší trakce s tahem v ose končetiny. Obvykle začínáme uvolňováním nejbolestivějších kloubů a relaxací svalů. K udržení svalové síly v této fázi přispívají izometrické kontrakce v okolí postiženého kloubu. S odezníváním aktivity choroby je důležitá postupná aktivizace pacienta. Cíleně je věnována pozornost svalům, jejichž atrofie mohou být příčinou deformit. **(10, 13)**

Ve stadiu remise, respektive nízké aktivity choroby, se klade důraz na aktivní pohybovou terapii s ovlivněním svalového hypertonu, zlepšení rozsahu pohybu i svalové síly a nácvik chůze s francouzskými holemi, často i podpažními berlemi podle postižení úchopové funkce ruky. Do léčby zařazujeme také aerobní kondiční cvičení. **(13)**

Pohybová léčba musí být dlouhodobá, progresivní, ale nesmí zvyšovat bolest a únavu. Pro terapii využíváme metody k udržení úplného rozsahu pohybu uvolňování kloubních struktur (protahování, mobilizace). Mobilizace kloubů přináší subjektivní úlevu od bolesti a kloubní ztuhlosti a zvláště u kloubů horních končetin přispívá ke zlepšení jemné motoriky a sebeobsluhy. **(20)**

Fyzikální terapie

V akutní fázi onemocnění se osvědčil lokální účinek kryoterapie, který působí analgeticky a protizánětlivě. V některých zemích je uplatňována i celotělová aplikace krátkodobým pobytem v chladové komoře s teplotou až -170°C (tato metoda ale není v BL používána). Ve stadiu remise jsou vhodné i procedury s pozitivním termoefektem,

parafínové zábaly, vířivé koupele, fyzioterapeutické postupy v bazénu. Jako podpůrnou léčbu využíváme účinky ultrazvuku a laseru – zejména v oblasti ručních a nožních kloubů. (1)

Režimová opatření

Tělesný klid snižuje systémovou zánětlivou odpověď, dlouhotrvající klidový režim však může způsobit ireverzibilní kloubní ztuhlost s fibrózní přestavbou a ovlivněním funkční zdatnosti a sebeobsluhy. Pohybová aktivita je proto součástí každodenního režimu pacienta. Je nutná prevence flekčních kontraktur prostřednictvím polohování v odlehčení v závěsu.

Kompenzační pomůcky

Ideální jsou individuálně zhotovené termoplastické dlahy, které působí nejen preventivně, ale i korekčně a přispívají k úlevě od bolesti.

Operační léčba

Chirurgická léčba zahrnuje profylaktické operace – synovektomie a operace rekonstrukční – osteotomie, artrodézy, spondylodézy a kloubní plastiky. (19)

2 Cíl práce a hypotézy

Hlavním cílem mé práce je zmapovat vliv komplexní lázeňské péče na návrat pacienta do pracovního procesu. Pro naplnění cíle práce, jsem zvolil kombinace kvantitativního i kvalitativního výzkumu a stanovil jsem si tyto dílčí cíle:

1. Zjistit, zda se změní délka pracovní neschopnosti po absolvování komplexní lázeňské léčby.
2. Zjistit objektivní stav pacienta na začátku a na konci lázeňského pobytu

Pro kvantitativní výzkum jsem zvolil tuto hypotézu:

H: Délka pracovní neschopnosti se po absolvování lázeňské péče sníží.

Pro H jsem si stanovil ještě alternativní hypotézu HA.

HA: Délka PN před a po absolvování komplexní lázeňské léčby se liší.

Operacionalizace hypotézy

H: Délka pracovní neschopnosti se po absolvování lázeňské péče sníží.

Pojmem „délka pracovní neschopnosti“ je vyjádřen počet dnů od 0 - 366, které strávili dotazovaní pacienti v PN během jednoho roku.

Pojmem „absolvování lázeňské péče“ vyjadřuje počet dní léčebného procesu během jednoho komplexního, pobytu, tedy pobytu plně hrazeného pojišťovnou, v mém případě v délce 15 a více dnů.

Pojmem „sníží“ je vyjádřeno procento o kolik bude menší počet dnů PN po absolvování lázeňské péče, než v prvním roce před absolvováním LP.

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolil tuto výzkumnou otázku:

Jaký je objektivní stav pacienta na začátku a na konci pobytu?

3 Metodika

3.1 Kvantitativní výzkum

3.1.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro kvantitativní část práce jsem použil metodu dotazování technikou dotazníku. Sestavil jsem dotazník o čtrnácti otázkách – deseti uzavřených, dvou otevřených a dvou polootevřených (viz Příloha 2 Dotazník pro kvantitativní výzkum). Otázky byly jak uzavřené, tak otevřené. Sběr dat proběhl v BL v období let 2012 – 14. Pacienti měli na vyplnění dotazníku čas během celého pobytu, aby mohli informace o počtu dní v pracovní neschopnosti případně dohledat, nebo se zeptat rodin. Výsledky jsem na závěr vyhodnocoval sám pomocí t-testu. Abych mohl dojít k objektivnímu výsledku, stanovil jsem si pomocnou hypotézu:

H: Délka pracovní neschopnosti se po absolvování lázeňské péče sníží.

$$\mathbf{H: x_1 > x_2}$$

HA: Délka PN před a po absolvování komplexní lázeňské léčby se liší.

$$\mathbf{HA: x_1 \neq x_2}$$

Kde x_1 je délka PN před absolvováním lázeňské péče a x_2 je délka PN po absolvování lázeňské péče.

Hranice pro dosažení statistické významnosti je 0,05 (5 %).

Pro potvrzení, či vyvrácení HA jsem použil párový t-test. V případě, že by byla HA potvrzena, spočítal jsem si průměr dnů pracovní neschopnosti před lázeňskou léčbou a po lázeňské léčbě a tyto dva průměry jsem porovnal. K interpretaci jsem použil grafy a tabulky.

3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti Bertiných lázní Třeboň v produktivním věku (15–65 let), kteří jsou občany České republiky. Jsou zde zahrnuti muži i ženy. Poměrné zastoupení obou pohlaví nebylo předem stanoveno, avšak záměrem bylo, aby byla zastoupena pohlaví obě. Všichni byli plně soběstační. Jejich diagnózy se odlišují, ale vždy se jedná o autoimunitní onemocnění, pooperační stavy, artrotické, algické, či poúrazové stavy. Pacienti byli vybíráni cíleně podle věku, tak aby splňovali hranici, kdy je nejpravděpodobnější možnost, že se jedná o skupinu pracujících. Dále byli vybráni takoví pacienti, kteří nejsou v lázních poprvé a tedy je u nich možné srovnat efekt lázeňské péče. Dalším důležitým kritériem bylo, aby zde pacienti pobývali na komplexní léčbu. Všichni klienti byli předem seznámeni s důvodem k vyplnění dotazníku. Informovaný souhlas mi poskytla primářka Bertiných lázní (viz Příloha 3 Informovaný souhlas). Rozdáno bylo 500 dotazníků, přičemž se mi jich vrátilo rovných 420 vyplněných. Toto číslo (číslo 420) vyjadřuje reprezentativní vzorek, tedy 11 % pacientů pobývajících v BL na komplexní léčbu za dva roky. Průměrný počet pacientů na komplexní léčbu za rok činí 1909 osob (na dva roky tedy 3818). Protože můj výzkum trval dva roky, zvolil jsem 500 dotazníků (které by tvořily 13 % z této skupiny).

3.2 Kvalitativní výzkum

3.2.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolil metodu zúčastněného pozorování – měření rozsahů pohybů (páteře, či kloubů, které se vztahují k pacientově diagnóze) před a po komplexní lázeňské péči a naměřené hodnoty jsem zaznamenával do formuláře – kineziologického rozboru (viz Příloha 4 Dotazník pro kineziologický rozbor).

Při první fyzioterapii během pobytu, bylo pacientovi provedeno vstupní vyšetření a hodnocení zapsáno do formuláře – kineziologického rozboru. Při poslední návštěvě

(před ukončením pobytu) probíhalo výstupní vyšetření a bylo opět zaznamenáno. Vyšetření probíhalo buď přímo mnou, nebo ostatními fyzioterapeuty – pracovníky BL. Poté jsem dotazníky sám vyhodnotil. Rozdělil jsem je do skupin podle diagnóz a pak porovnal v dané skupině změny v rozsazích pohybů související s pacientovou diagnózou (tedy rozvíjení páteře, pohyby v nosných a ostatních kloubech) před a po absolvování lázeňské péče. U vstupního i výstupního hodnocení jednotlivé skupiny jsem vytvořil aritmetické průměry a ty pak vzájemně spolu porovnával. Ke zpracování dat sekundární analýzy, tj. kineziologických rozborů byly též použity tabulky.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro kvalitativní část práce byly vybrány kineziologické rozborů pacientů BL. Pacienti, jejichž formuláře byly zahrnuty do šetření, byli vybíráni podle stejných kritérií jako v části kvantitativní, tedy důležitými požadavky byl produktivní věk, pobyt na komplexní léčbu, více než jeden lázeňský pobyt. Jednalo se přímo o pacienty, kteří mi odevzdali dotazník pro kvantitativní část práce. Všichni tito pacienti docházeli pravidelně na procedury, dle rozvrhu procedur na celý pobyt. Počet a druh terapií se u jednotlivých pacientů může odlišovat nejen kvůli rozdílným hlavním diagnózám, ale i kvůli diagnózám sekundárním – cévní onemocnění, alergie a jiné.

4 Výsledky

4.1 Kvantitativní výzkum – vyhodnocení dotazníků

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		
Pohlaví	Počet pacientů	Počet pacientů v %
muži	226	53,8%
ženy	194	46,2%

Zdroj: vlastní

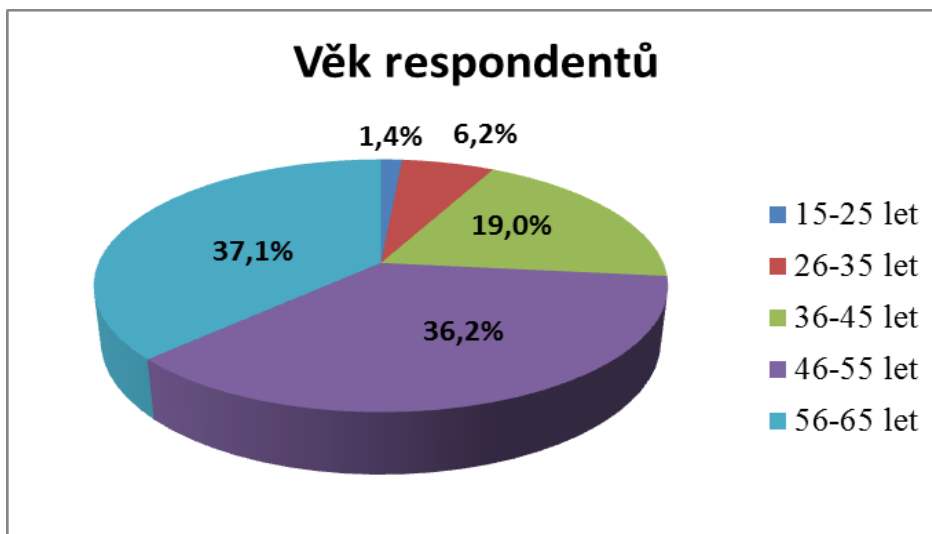
Tabulka 1 ukazuje zastoupení mužů a žen. Z celkového množství 420 dotazovaných bylo 194 žen a 226 mužů.

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk respondentů		
Věk	Počet pacientů	Počet pacientů v %
15-25 let	6	1,4%
26-35 let	26	6,2%
36-45 let	80	19,0%
46-55 let	152	36,2%
56-65 let	156	37,1%

Zdroj: vlastní

Graf 1: Věk respondentů



Zdroj: vlastní

Tabulka 2 a graf 1 znázorňují věk respondentů. Ze všech zúčastněných byla nejsilnější skupina ve věkové hranici od 56 do 65 let a to 156 dotazovaných (37,1 %). Hned za nimi byla skupina od 46 do 55 let, v té bylo 152 dotazovaných (36,2 %), dále do skupiny od 36 do 45 let patřilo 80 respondentů, do skupiny od 26 do 35 let patřilo 26 dotazovaných a ve skupině od 15 do 25 let bylo pouze 6 odpovídajících.

Tabulka 3: Velikost bydliště

Velikost bydliště		
Velikost bydliště	Počet pacientů	Počet pacientů v %
0-5 tis	78	18,6%
6-20 tis	84	20,0%
20-50 tis	131	31,2%
50-100 tis	78	18,6%
více než 100 tis	49	11,7%

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 znázorňuje, z jak velkých měst pacienti přijíždějí. Nejvíce respondentů bydlí ve městech s 20 až 50 tisíci obyvatel, konkrétně 131 respondentů (tedy 31,2 %). Další dotazovaní bydlí ve městech s 6 až 20 tisíci obyvatel a to 84 (tedy 20,0 %). 78 dotazovaných (tedy 18,6 %) mají bydliště v městech s 50 až 100 tisíci obyvatel, stejně odpověděla skupina dotazovaných z měst s 0 až 5 tisíci obyvatel (78 lidí, tedy 18,6 %) a nejméně početná skupina byla z měst se 100 a více tisíci obyvatel, takto odpovědělo 49 respondentů (tedy 11,7 %).

Tabulka 4: Bydliště respondentů v rámci krajů

Bydliště respondentů v rámci krajů		
Kraj	počet pacientů	počet pacientů v %
Jihočeský kraj	116	27,6%
Vysočina	51	12,1%
Středočeský kraj	48	11,4%
Jihomoravský kraj	14	3,3%
Praha	43	10,2%
Plzeňský kraj	26	6,2%
Královehradecký kraj	32	7,6%
Pardubický kraj	26	6,2%
Olomoucký kraj	5	1,2%
Zlínský kraj	1	0,2%
Liberecký kraj	19	4,5%
Ústecký kraj	30	7,1%
Karlovarský kraj	2	0,5%
Mostecký kraj	7	1,7%

Zdroj: vlastní

Tabulka 4 vyjadřuje zastoupení respondentů v rámci krajů. Nejvíce respondentů pochází z Jihočeského kraje (27,6 %), dále je hojně zastoupena Vysočina (12,1 %), Středočeský kraj (11,4 %), nebo i Praha (10,2 %). Celá tabulka (viz Příloha 13 a 14, Tabulka 7, Graf 5)

Tabulka 5: Diagnóza, pro kterou je indikován lázeňský pobyt

Diagnóza		
Diagnóza	počet pacientů	počet pacientů v %
VAS	179	42,6%
Artrotické stavy	136	32,4%
Autoimunní choroby	36	8,6%
Pooperační stavy	56	13,3%
Poúrazové stavy	13	3,1%

Zdroj: vlastní

Tabulka 5 a graf 2 (viz Příloha 5) znázorňují, s jakými typy onemocnění dotazovaní lázně navštívili. Nejpočetnější skupina dotazovaných navštívila lázně s vertebrogenními algickými syndromy a to 179 (42,6 %) lidí, další velká skupina navštívila lázně s artrotickými problémy, bylo jich 136 (tedy 32,4 %), s pooperačními stavy navštívilo lázně 56 (13,3 %) dotazovaných a pouze 36 (8,6 %) dotazovaných jelo do lázní s autoimunními chorobami.

Tabulka 6: Forma lázeňského pobytu

Forma pobytu		
Forma pobytu	počet pacientů	počet pacientů v %
Komplexní	420	100,0%
Příspěvkové	0	0,0%
Samoplátce	0	0,0%

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 znázorňuje, že všichni dotazovaní, tedy 100 % pacientů, zde byli na komplexní lázeňské léčbu.

Tabulka 7: Délka pobytu

Délka pobytu		
Délka pobytu	počet pacientů	počet pacientů v %
0-7 dní	0	0,0%
8-14 dní	0	0,0%
15-21 dní	366	87,1%
22 a více dní	54	12,9%

Zdroj: vlastní

Tabulka 7 znázorňuje délku lázeňského pobytu dotazovaných respondentů. Ze všech dotazovaných odpovědělo 366 účastníků (87,1 %), že délka pobytu v lázeňském zařízení byla 15 až 21 dní. Ostatní respondenti, tedy 54 (12,9 %) uvedlo délku pobytu v lázních 22 a více dnů. Nikdo z dotazovaných nebyl v lázních méně než 15 dnů.

Tabulka 8: Četnost návštěv lázní

Četnost návštěv		
Četnost návštěv	počet pacientů	počet pacientů v %
Poprvé	0	0,0%
2-4 krát	297	70,7%
5-8 krát	111	26,4%
9 a více	12	2,9%

Zdroj: vlastní

Tabulka 8 znázorňuje, kolikrát respondenti navštívili lázně. Nejvíce dotazovaných navštívilo lázně 2 - 4krát a to 297 (70,7 %) lidí. 111 (26,4 %) dotazovaných navštívilo lázně 5 - 8krát, 12 dotazovaných absolvovalo lázeňskou péči 9krát a více. Nikdo z respondentů nebyl v lázních poprvé.

Tabulka 9: Pracovní vztah

Pracovní vztah		
Pracovní vztah	počet pacientů	počet pacientů v %
zaměstnaný	420	100,0%
nezaměstnaný	0	0,0%
v důchodu (starobní/ invalidní)	0	0,0%

Zdroj: vlastní

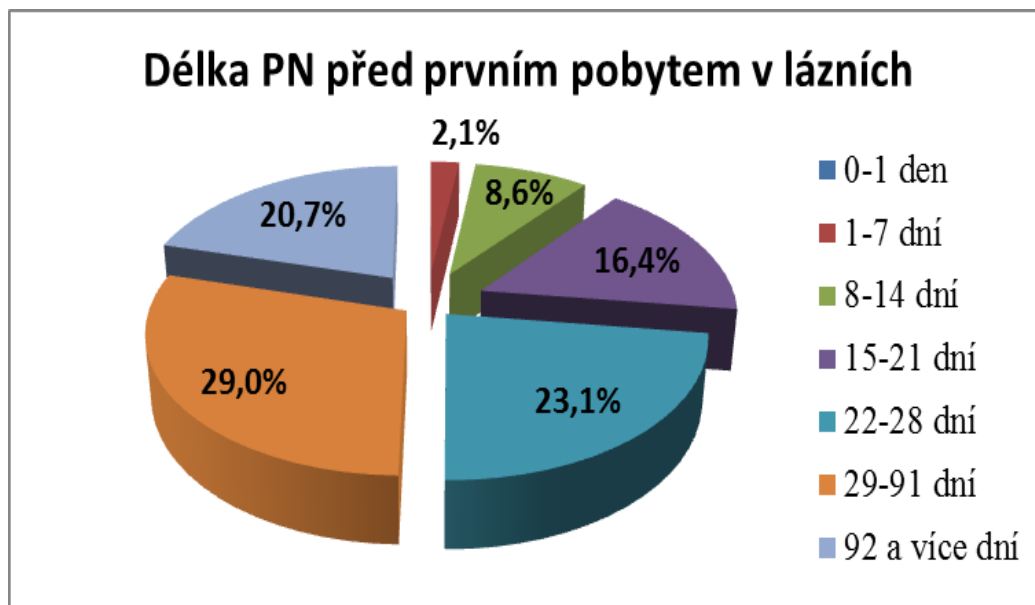
Tabulky 9 nám ukazuje, že všichni zúčastnění, tedy všech 420 osob jsou pracující, zaměstnaní lidé.

Tabulka 10: Délka PN před prvním pobytem v lázních

Délka PN před prvním pobytem v lázních		
Délka PN	počet pacientů	počet pacientů v %
0-1 den	0	0,0%
1-7 dní	9	2,1%
8-14 dní	36	8,6%
15-21 dní	69	16,4%
22-28 dní	97	23,1%
29-91 dní	122	29,0%
92 a více dní	87	20,7%

Zdroj: vlastní

Graf 3: Délka PN před prvním pobytem v lázních



Zdroj: vlastní

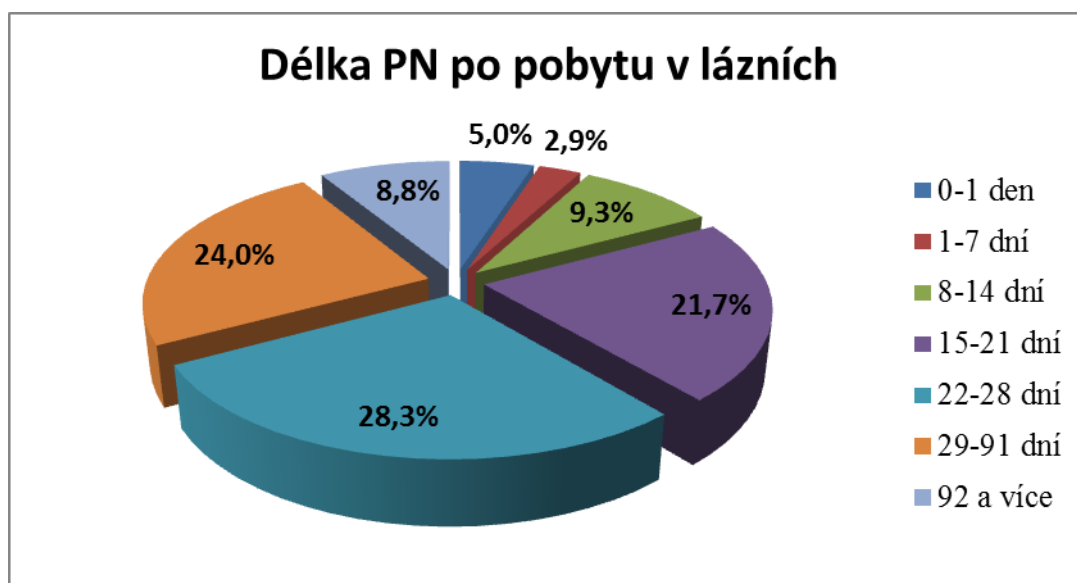
Tabulka 10 a graf 3 znázorňují délku pracovní neschopnosti respondentů v posledním roce před prvním pobytem v lázních ve vztahu k jejich diagnóze. Nejvíce dotazovaných, 122 (29 %), bylo v pracovní neschopnosti 29 až 91 dní. 97 (23,1 %) dotazovaných bylo v pracovní neschopnosti 22 až 28 dní, 92 a více dní v pracovní neschopnosti strávilo 87 (20,7 %) dotazovaných, 15 až 21 dní pracovní neschopnosti dostalo 69 (16,4 %) dotazovaných, 36 (8,6 %) respondentů strávilo 8 až 14 dní v pracovní neschopnosti a 9 (2,1 %) dotazovaných bylo v pracovní neschopnosti 1 až 7 dní.

Tabulka 11: Délka PN po prvním pobytu v lázních

Délka PN po pobytu v lázních		
Délka PN	počet pacientů	počet pacientů v %
0-1 den	21	5,0%
1-7 dní	12	2,9%
8-14 dní	39	9,3%
15-21 dní	91	21,7%
22-28 dní	119	28,3%
29-91 dní	101	24,0%
92 a více	37	8,8%

Zdroj: vlastní

Graf 4: Délka PN po pobytu v lázních



Zdroj: vlastní

Tabulka 11 a graf 4 znázorňují délku pracovní neschopnosti respondentů v prvním roce po absolvování lázeňské péče ve vztahu k jejich diagnóze. 119 (28,3 %) dotazovaných odpovědělo, že jejich pracovní neschopnost trvala 22 až 28 dní, 101 (24 %) dotazovaných strávilo v pracovní neschopnosti 29 až 91 dní, 91 (21,7 %) dotazovaných bylo v pracovní neschopnosti 15 až 21 dní, 92 a více dní v pracovní

neschopnosti strávilo 37 (8,8 %) respondentů, 8 až 14 dní v pracovní neschopnosti strávilo 39 (9,3 %) respondentů. Pouze 12 (2,9 %) dotazovaných bylo v pracovní neschopnosti 1 až 7 dní. 21 osob (5,0 %) nebylo v prvním roce po absolvování lázni v PN vůbec.

Tabulka 12: Zdravotní pojišťovna klientů

Zdravotní pojišťovny		
Zdravotní pojišťovna	počet pacientů	počet pacientů v %
Veřejná zdravotní pojišťovna	182	43,3%
Oborová zdravotní pojišťovna	87	20,7%
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra	52	12,4%
Vojenská pojišťovna	47	11,2%
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	18	4,3%
Česká průmyslová pojišťovna	27	6,4%
Revírní bratrská pokladna	7	1,7%

Zdroj: vlastní

Tabulka 12 znázorňuje, u jakých pojišťoven jsou dotazovaní pojištěni. Nejvíce dotazovaných jsou klienty Všeobecné zdravotní pojišťovny a to 182 respondentů (tedy 43,3 %), 87 (20,7 %) dotazovaných jsou u Oborové zdravotní pojišťovny, u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra je pouze 52 (12,4 %) dotazovaných, u Vojenské pojišťovny je 47 (11,2 %) našich dotazovaných respondentů, Českou průmyslovou pojišťovnu má 27 (6,4 %) respondentů, Zaměstnaneckou pojišťovnu Škoda má 18 (4,3 %) dotazovaných a nejmenší počet klientů, 7 (1,7 %), má Revírní bratrská pokladna.

Tabulka 13: Možnost hrazení péče z vlastních příjmů

Hrazení z vlastních příjmů		
Možnost hrazení z vlastních zdrojů	počet pacientů	počet pacientů v %
Ano	29	6,9%
Ne	391	93,1%

Zdroj: vlastní

Tabulka 13 znázorňuje, zda by si dotazovaní respondenti mohli dovolit lázeňský pobyt jako samoplátci. Celých 391 (93,1 %) respondentů zodpovědělo, že by si lázeňský pobyt jako samoplátci dovolit nemohli a pouze 29 (6,9 %) dotazovaných odpovědělo kladně.

Tabulka 14: Návštěva jiných lázeňských zařízení

Jiná lázeňská zařízení		
Návštěva v jiném lázeňském zařízení	počet pacientů	počet pacientů v %
Ano	268	63,8%
Ne	152	36,2%

Zdroj: vlastní

Tabulka 14 znázorňuje, jestli dotazovaní respondenti navštívili i jiná lázeňská zařízení. Kladně odpovědělo 268 (63,8 %) dotazovaných a 152 (36,2 %) dotazovaných odpovědělo záporně.

Tabulka 15: Vyhodnocení t-testu pro H0

Vyhodnocení T-testu pro H0		
	<i>délka PN před absolvováním lázní</i>	<i>délka PN po absolvování lázní</i>
Stř. hodnota	59,28095238	35,9
Rozptyl	3040,613001	1156,309785
Pozorování	420	420
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
P(T<=t) (2)	6,57559E-29	

Zdroj: vlastní

V tabulce 15 můžeme nalézt hodnoty vyhodnocení t-testu pro H0. Řádek **Pozorování** nás informuje o počtu dotazovaných jedinců, tedy 420 dotazovaných. Řádek **Hyp. rozdíl stř. hodnot** je roven 0, tak jak to předpokládá stanovená nulová hypotéza. Hodnota P(2), která je v našem případě rovna $6,57559 \cdot 10^{-29}$, vyčísluje hodnotu dosažené statistické významnosti. Aby H0 byla potvrzena, muselo by platit, že:

$$H_0: P(T \leq t) (2) \geq 0,05$$

$$H_0: 6,57559 \cdot 10^{-29} \geq 0,05$$

Tabulka 16: Aritmetický průměrný počet dnů PN

Aritmetický průměrný počet dnů PN	
Před LP	Po LP
59,3	35,9

Zdroj: vlastní

Tabulka 10 ukazuje průměrný počet dnů PN před absolvováním lázeňské péče a po absolvování lázeňské péče.

4.2 Kvalitativní výzkum

Jednotlivé sloupce vždy vyjadřují směr pohybu v příslušném kloubu, hodnoty naměřené před a po lázeňské péči, rozdíl v naměřených hodnotách a ideální stav.

Tabulka 17: Rozsah pohybu kyčelního kloubu u pooperačních stavů

Rozsah pohybu kyčelního kloubu u pooperačních stavů				
KYČELNÍ KLOUB	průměr před LP	průměr po LP	rozdíl	optimum
<i>FLEXE</i>	88°	116°	+28°	120°
<i>EXTENZE</i>	3°	9°	+6°	15°
<i>ABDUKCE</i>	23°	34°	+11°	40°
<i>VNITŘNÍ ROTACE</i>	5°	15°	+10°	30°
<i>ZEVNÍ ROTACE</i>	31°	38°	+7°	45°

Zdroj: vlastní

Tabulka 17 zobrazuje vývoj rozsahu pohybu u pooperačního stavu kyčelního kloubu. Největší rozdíl nalézáme u flexe a to o 28°. Hodnota abdukce po absolvování lázeňské péče se téměř rovná optimu.

Tabulka 18: Rozsah pohybu kolenního kloubu u pooperačních stavů

Rozsah pohybu kolenního kloubu u pooperačních stavů				
KOLENNÍ KLOUB	průměr před LP	průměr po LP	rozdíl	optimum
<i>FLEXE</i>	106°	121°	+15°	130°
<i>EXTENZE</i>	5°	0°	-5°	0°

Zdroj: vlastní

Tabulka 18 specifikuje kloubní rozsahy kolenního kloubu u pooperačních stavů. U flexe můžeme vidět rozdíl 15°, u extenze je rozdíl -5°, tedy hodnota po absolvování LP je v optimu.

Tabulka 19: Rozsah pohybu hlezenního a zápěstního kloubu u RA

Rozsah pohybu hlezenního a zápěstního kloubu u RA				
HLEZENNÍ KLOUB	průměr před LP	průměr po LP	rozdíl	optimum
<i>PLANTÁRNÍ FLEXE</i>	30°	36°	+6°	40°
<i>DORZÁLNÍ FLEXE</i>	15°	18°	+3°	20°
ZÁPĚSTNÍ KLOUB	průměr před LP	průměr po LP	rozdíl	optimum
<i>PALMÁRNÍ FLEXE</i>	46°	55°	+9°	60°
<i>DORZÁLNÍ FLEXE</i>	53°	64°	+11°	70°

Zdroj: vlastní

Tabulka 19 zobrazuje vývoj rozsahu pohybu nejvíce postižených kloubů u revmatoidní artritidy. Větších rozdílů dosahoval pohyb v zápěstním kloubu. Oba klouby se po lázeňské péči rozsahem pohybů blížily k optimu.

Tabulka 20: Rozsah pohybu u vertebrogenního algického syndromu

Rozsah pohybu u VAS v centimetrech							
FLEKČNÍ DIS.	průměr před LP		průměr po LP		rozdíl		optimum
<i>THOMAYER</i>	-12 cm		-6 cm		+6 cm		-5 až 0 cm
<i>SCHOBER</i>	2 cm		3 cm		+1 cm		4 až 5 cm
<i>STIBOR</i>	6 cm		8 cm		+2 cm		10 cm
<i>FLEXE C-pá</i>	2 cm		1 cm		+1 cm		0 cm
<i>ČEPOJ</i>	1 cm		2 cm		+1 cm		2,5 až 3 cm
<i>ROTAČNÍ a LATERÁLNÍ DIS.</i>	průměr před LP		průměr po LP		rozdíl		optimum
	Dex.	Sin.	Dex.	Sin.	Dex.	Sin.	
<i>ÚKLON TRUPU</i>	12 cm	11 cm	16 cm	16 cm	+4 cm	+5 cm	Symetrie od osy
<i>ROTACE C-pá</i>	67°	62°	76°	74°	+9°	+12°	80°
<i>LATEROFLEXE C-pá</i>	24°	20°	32°	30°	+8°	+10°	40°

Zdroj: vlastní

Tabulka 20 zobrazuje rozvíjení jednotlivých částí páteře u vertebrogenního algického syndromu udávané v centimetrech. Druhá část tabulky hodnotí opět rozvíjení pohybu, tentokrát ve směru laterálním a rotačním. Opět si můžeme prohlédnout rozdílů ve všech měřených hodnotách. Největší rozdíl je pak u Thomayerovy zkoušky +6 cm. U hodnoty úklon trupu, je hodnota symetrická, tedy nacházíme se v optimu.

Tabulka 21: Rozsah pohybu u ankylozující spondylitidy

Rozsah pohybu u ankylozující spondylitidy							
FLEKČNÍ DIS.	průměr před LP		průměr po LP		rozdíl		optimum
<i>THOMAYER</i>	-21 cm		-18 cm		+3 cm		-5 až 0 cm
<i>SCHOBBER</i>	1 cm		1 cm		0 cm		4 až 5 cm
<i>STIBOR</i>	3 cm		4 cm		+1 cm		10 cm
<i>FLEXE C-pá</i>	4 cm		4 cm		0 cm		0 cm
<i>ČEPOJ</i>	1 cm		1 cm		0 cm		2,5 až 3 cm
ROTAČNÍ a LATERÁLNÍ DIS.	průměr před LP		průměr po LP		rozdíl		optimum
	Dex.	Sin.	Dex.	Sin.	Dex.	Sin.	
<i>ÚKLON TRUPU</i>	6 cm	5 cm	7 cm	6 cm	+1 cm	+1 cm	Symetrie od osy
<i>ROTACE C-pá</i>	39°	36°	42°	38°	+3°	2°	80°
<i>LATEROFLEXE C-pá</i>	18°	16°	20°	18°	+2°	2°	40°

Zdroj: vlastní

V tabulce 21 hodnotíme opět flekční, rotační a laterální distance páteře. Rozdíly jsou většinou nepatrné a u některých flekčních distancí nejsou žádné.

Tabulka 22: Rozsah pohybu u artrotických stavů

Rozsah pohybu u artrotických stavů				
KYČELNÍ KLOUB	průměr před LP	průměr po LP	rozdíl	optimum
<i>FLEXE</i>	92°	113°	+21°	120°
<i>EXTENZE</i>	3°	10°	+7°	15°
<i>ABDUKCE</i>	25°	38°	+13°	40°
<i>VNITŘNÍ ROTACE</i>	7°	18°	+11°	30°
<i>ZEVNÍ ROTACE</i>	35°	40°	+5°	45°
KOLENNÍ KLOUB	průměr před LP	průměr po LP	rozdíl	optimum
<i>FLEXE</i>	102°	124°	+22°	130°
<i>EXTENZE</i>	0°	0°	0°	0°
RAMENNÍ KLOUB	průměr před LP	průměr po LP	rozdíl	optimum
<i>FLEXE</i>	105°	126°	+21°	180°
<i>EXTENZE</i>	10°	21°	+11°	40°
<i>ABDUKCE</i>	95°	115°	+20°	180°
<i>VNITŘNÍ ROTACE</i>	42°	52°	+10°	90°
<i>ZEVNÍ ROTACE</i>	34°	41°	+7°	90°

Zdroj: vlastní

V tabulce 22 nalezneme vyhodnocení rozsahů pohybů u artrotických stavů. Můžeme si prohlédnout, že **dochází ke zlepšení ve všech pohybech**. Jediné, kde nedošlo k žádnému rozdílu je extenze kolenního kloubu, kde byla již extenze optimální.

5 Diskuze

Cílem této práce bylo zmapovat vliv komplexní lázeňské péče na návrat pacienta do pracovního procesu. Díky zvoleným dílčím cílům jsem spojil kvantitativní (dotazníkové šetření) a kvalitativní (vyhodnocení vstupních a výstupních kineziologických rozborů) výzkum a mohl jsem tyto informace porovnávat z hlediska objektivního ať už ve vztahu k počtu dnů v pracovní neschopnosti, tak také ze strany objektivního zlepšení rozsahů pohybů pacientů.

Dle mého názoru, však nezáleží jen na fyzické stránce člověka, ale i na psychické. Díky působení na tělo ať už formou masáží, koupelí, pohybových aktivit, či jiných specializovaných technik, které pacientovi odleví od bolesti, případně zvětší rozsah pohybu, zlepší svalovou koordinaci a sílu zároveň pacienta pomáháme zbavit obav a stresu. To popisuje Morschitzky a Singrid (35), kteří uvádí, že jedině rovnováha mezi fyzickou a psychosociální složkou může vést ke zdraví jedince

Důležitým předpokladem je vhodná edukace, motivace a komunikace pacienta, kterou popisuje například Thomas Moore (34). Mohu potvrdit, že komunikace pacienta s personálem, nejen zdravotníky, ale i pokojskými, recepčními, obsluhou ve stravování a dalšími byla pro pacienty nedílnou součástí léčby. Naprosto souhlasím s Kelnarovou a Matějkovou (25), které uvádí, že nezbytná je profesionalita a odbornost personálu.

V dotazníkovém šetření se v jeho první fázi zabývám získáním osobních údajů klientů. Výzkumu se účastnilo z celkového počtu 420 respondentů 226 mužů a 194 žen. To, že častějším klientem lázní je muž, potvrzuje svými výsledky také Němčík (39). K opačným výsledkům naopak došla Procházková (46), v jejíž práci byly ženy ve většině. Myslím, že tento fakt vyplývá v mé práci ze skutečnosti, že muži častěji více fyzicky pracují než ženy a tedy jsou náchylnější k častějšímu opotřebením kloubů, úrazům, atd. Dalším aspektem by mohlo být i zastoupení pacientů s ankylozující spondylitidou, která více postihuje právě muže.

Ani věková struktura není překvapivá a odpovídá mým dlouhodobým zkušenostem. Nejvíce dotazovaných, 156 (37,1 %) je z věkové skupiny 56 až 65 let a ze skupiny od

46 do 55 let je to 152 dotazovaných. Podle mého názoru je tato věková skladba zapříčiněná především narůstajícími degenerativními onemocněními s přibývajícím věkem. K obdobným výsledkům ve věkové skupině 56 až 65 let došla i **(33)**, která uvádí, že jednou z nejpočetnější věkové skupiny osob navštěvující lázně je věková skupina 56 až 65 let.

Nejvíce klientů a to 136 přijíždí do lázní z měst o velikosti od 20 – 50 tisíc obyvatel, což vzhledem ke struktuře osídlení také není překvapivé číslo. Přesto, že toto tvrzení nemohu argumentačně podložit, domnívám se, že důvodů může být několik. Během rozhovorů s několika pacienty žijícími v menších obcích bylo častým tématem i jejich bydlení, které většinou bylo v rodinném domku, někdy s domácím zvířetem. Často si také starší pacienti stěžovali na dopravní dostupnost. Myslím, že právě i horší dopravní dostupnost, či neschopnost příbuzných zajistit péči o zvíře, údržbu domu a podobně může být jedním z důvodů, proč je menší návštěvnost z menších obcí.

Nejvyšší číslo zastoupení z hlediska kraje příslušnosti má kraj Jihočeský, 116 pacientů (27,6 %). K velmi podobným výsledkům 25,2 %, tedy nejčastějšímu zastoupení jihočeského kraje dospěla i **(33)**. Přestože během letitých zkušeností jsem se pravidelně setkával s lidmi, kteří cestují mnoho desítek i stovek kilometrů do lázní, právě z důvodu, aby zcela změnili prostředí, stále převládá trend, zůstat v kraji, kde to známe a máme případně své známé na blízku. Dále je také jednodušší a levnější doprava i snazší návštěvnost pacienta v lázních.

Dvě nejčastější skupiny pacientů, které lázně navštívily, byly pacienti s diagnózou: vertebrogenní algický syndrom s počtem 179 klientů (42,6 %) a artrotické stavy s počtem 136 klientů (32,4 %). Všechny tyto výsledky se shodují se studii ČSÚ či dílčími výstupy z lázeňských dotazníků.

Všichni dotazovaní zde pobývali na komplexní léčbu. Tento fakt pouze ověřuje kritéria, která jsem si stanovil pro kvantitativní výzkum. Dle výzkumu **(33)** bylo v letech 2012 - 2014 v BL celkem 25 482 hostů a pouze 9 092 (35,7 %) pojištěnců (bez rozlišení, zda zde byli na komplexní, či příspěvkovou léčbu). Myslím, že toto vysoké

procento z řad samoplátců, bylo způsobeno tím, že v roce 2013 v BL probíhala rekonstrukce, při které byly některé provozy omezeny, či úplně zavřeny.

Délka pobytu více než 14 dní také byla očekávaná, právě proto, že dotazovaní byli pacienti s pobytem 15 dní a více. Většina pacientů (87,1 %) zde pobývala 15 – 21 dní. Právě Malá (33) ve své práci uvádí, nejpočetnější zastoupení klientely v lázních nad 14 dní.

Důležitou podmínkou byla minimálně druhá návštěva lázní. Nejpočetnější skupina, která tvořila 70,7 % pacientů, byl taková, která obsahovala pacienty, kteří navštívili lázně 2 až 4 krát. V tomto bodě se rozcházím s výsledky Polákové (45), ta uvádí pouze 42 % pacientů, kteří navštívili lázně 2 až 4 krát. Tento fakt je však zcela jistě způsobem mým kritériem, kdy do průzkumu nabyli zahrnuti pacienti, kteří byli v lázních poprvé. V procentech návštěvnosti lázní 5 krát a více, se s Polákovou (33) prakticky shodují.

Přesto, že jsem zkoumal pacienty v produktivním věku, bylo pro mě velice překvapivé, že všichni dotazovaní pacienti byli zaměstnaní, čekal jsem minimálně v nižší věkové kategorii nějaké studenty, ale opravdu všech 420 pacientů byli zaměstnanci.

Mezi nejpodstatnější čísla výzkumu patří dotaz na délku pracovní neschopnosti v roce před a po absolvování lázeňské péče. V roce před lázeňskou péčí průměrná délka pracovní neschopnosti výzkumného vzorku byla 59,3 dnů. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR udává průměrnou dobu pracovní neschopnosti pro onemocnění pohybového ústrojí 68 dnů. Rozdíl v těchto výsledcích přikládám především absenci nejkomplicovanějších diagnóz v mém dotazníku, jako jsou míšňí léze či vážnější posttraumatické stavy (55).

Z řad Všeobecné zdravotní pojišťovny bylo zastoupeno nejvíce klientů a to 182. Dle mého názoru toto číslo vyplývá z faktu, že Všeobecná zdravotní pojišťovna má největší počet pojištěnců. K 1.1.2014 měla tato pojišťovna 5 946 000 pojištěnců, tedy 57,1 % všech pojištěných v České republice (50).

Dále bych také rád poukázal na otázku, zda by si klienti mohli dovolit hrazení lázeňské léčby z vlastních zdrojů. Pouze 29 klientů, tedy 6,9 %, by si lázeňskou péči mohli dovolit hradit sami. Při průměrné mzdě v České republice (pro rok 2014) 25 686 Kč (3) a téměř totožné ceně za 3týdenní léčení vnímám toto číslo jako pozitivní. Vzhledem k tomu, že všichni dotazovaní jsou pracující, je třeba se zamyslet, zda by si mohli dovolit hradit tuto péči například lidé ve starobním, či invalidním důchodu. K této problematice bych ještě rád dodal, že klienti posuzovali své možnosti ve srovnání cen, které hradí pojišťovna, ale tento ceník se může s ceníkem komerčního prodeje lišit.

Jiná lázeňská zařízení navštívilo 63,8 % pacientů. Celých 36,2 % pacientů však navštívili pouze Bertiny lázně. Vzhledem k tomu, že nikdo nebyl v lázních poprvé, lze usuzovat i na dobrou pověst lázní a spokojenost pacientů. Ještě více toto tvrzení potvrdil Němčík (39), který udává, že až 70 % pacientů zavítá do Třeboňských lázní opakovaně. Kyselová (30) uvádí, že 33,7 % (největší část) navštíví dané lázně opakovaně.

Po vyhodnocení jednotlivých výsledků, jsem provedl t-test pro nulovou hypotézu k pomocné (alternativní) hypotéze. Z výsledků tohoto testu bylo zřejmé, že dosažená hodnota statistické významnosti byla podstatně nižší než stanovená hladina 0,05 (tedy je méně než 5% možnost, že by výsledky byli náhodné) a proto jsem mohl nulovou hypotézu vyvrátit. Vzhledem k rozdílným aritmetickým průměrům – nižšímu průměru PN po absolvování komplexní LP můžeme říci, že PN po absolvování LP se sníží o 39,46 %.

Kvantitativním výzkumem byla hypotéza: „Délka pracovní neschopnosti se po absolvování lázeňské péče sníží“ potvrzena.

V rámci sekundární analýzy jsem analyzoval část zdravotnické dokumentace dotazovaných klientů. Cílem bylo z kineziologických rozborů zjistit rozdíl v kloubních rozsazích při vstupním a výstupním vyšetření. V potaz vždy byly brány topologicky příslušné údaje. U vertebrogenního algického syndromu a ankylozující spondylitidy se hodnotí především rozvíjení páteře. Stejně jako udává Haladová a Nechvátalová, použil jsem k hodnocení rozvíjení páteře několik specifických zkoušek – Thomayerova

zkouška, Schoberova vzdálenost, Stiborova vzdálenost, Čepojova vzdálenost, aj. (11). Právě ty jsem porovnal a zjistil jsem, že téměř u všech zkoušek došlo ke zlepšení, dokonce u většiny se dostáváme k optimálním hodnotám.

Právě u pacientů s vertebrogenním algickým syndromem je nezbytné k nim přistupovat komplexně a zaměřit se nejen na jeho fyzické návyky a obtíže, ale také psychologické aspekty a sociální situaci, což také popisuje ve svém článku Kolář s Křikavovou (29). Někdy i během jediné terapie bylo možné pozorovat, jak pacient doslova „roztál“ při banálním postupu a to podle mě i díky sdělení své životní situace, možná i proto, že „sdělená starost je poloviční“. Vzhledem k tomu, že sám na sobě ihned mohl pocítit pozitivní vliv terapie, byl i pozitivněji naladěný a motivován k další ať už společné terapii, či autoterapii v podobě např. domácího cvičení.

U revmatoidní artritidy to jsou především hlezenní a zápěstní klouby, které bývají při tomto onemocnění postižené nejčastěji. Pro porovnání jsem vybral vyšetření pomocí goniometrických kloubních rozsahů. Zde velice záleží na jednotlivých případech a kloubních změnách. Po porovnání vstupních a výstupních kineziologických rozborů jsem pak mohl opět pozorovat pozitivní změnu. To, že tato změna je možná udává i Suchý (49), který uvádí, že toto onemocnění nelze vyléčit, ale lze potlačovat příznaky a snažit se o zachování rozsahu pohybu.

Rozsahy pohybů u artrotických stavů, po absolvování lázeňské péče také dosahují blízko k optimálním hodnotám. U kyčelních i kolenních kloubů můžeme zaznamenat velké zlepšení a přesto, že u kloubu ramenního také, rotační složky ještě zdaleka nedosahují k ideálním hodnotám. Myslím, že tento fakt je způsoben i nutností dlouhodobější terapie. Dále zde také hraje roli stupeň artrotického postižení a doba, po jakou pacienta trápí obtíže.

U pooperačních stavů, což jsou zejména výkony na kolenních a kyčelních kloubech (ať už v podobě endoprotéz, tak i například artroskopie), hodnotíme pohyb právě v těchto segmentech. Porovnání opět probíhalo za použití goniometrie. Opět si můžeme prohlédnout pozitivních výsledků.

Z výsledků kvalitativního výzkumu lze říci, že objektivní stav rozsahů pohybů se na konci lázeňského pobytu zlepšil a to téměř ve všech pohybech u všech diagnóz.

Z objektivních výsledků z obou výzkumů můžu potvrdit, že vliv komplexní LP pro návrat pacienta do pracovního procesu je pozitivní.

Díky této práci jsem pochopil, jak je důležitý celkový přístup k pacientovi a to nejen jako člověku s fyzickou obtíží, ale i jeho individuální osobnosti. Stejně jako ve své knize píše Cathala (2), zjistil jsem i já, že na léčbu pacientů nepůsobí jen zdravotnická péče, ale i sociální kontakt s lidmi (se stejným onemocněním), harmonizace mezi spolubydlíci, pozitivní přístup personálu, kvalita ubytování, možnosti odpočinku, racionální strava, příjemné chvíle strávené v přírodě, a další. Také jsem si ověřil, že ačkoli se všem pacientům dostává stejně odborné zdravotnické péče, každý vnímá lázeňskou léčbu různě i v závislosti na jeho psychosociálních potřebách.

Jak bylo již zmíněno, lázeňská péče pomáhá vrátit pacienta do pracovního procesu, v závěru bych však chtěl ještě podotknout, že nezáleží jen na těchto několika týdnech, ale samozřejmě i na přístupu a následné péči v domácím prostředí. Proto se do lázeňského rehabilitačního plánu vždy zařazuje i edukace, která spočívá nejen ve výběru vhodného pohybového či případně klidovějšího režimu během pobytu v lázních, ale i individuálnímu přístupu k jednotlivcům a jeho pohybovým aktivitám začleněným do jeho běžného života. Tedy nalezení možného řešení jeho obtíží při jeho běžných aktivitách. Právě lázeňská péče bývá často tím prvním impulsem pro pacienty, aby více pečovaly o své tělo, ať už formou různých masáží, či pohybu.

Závěr

Problémy s pohybovou soustavou jsou dnes velice častým a diskutovaným tématem. Medicínské pokroky umožňují různá chirurgická i farmakologická léčení, ale neměla by být opomíjena stránka rekonvalescence, která je tak důležitá pro resocializaci a navrácení člověka do běžného denního života a tedy i do pracovního zařazení. Zároveň je velice důležitá, řekl bych až nezbytná prevence, především u osob trpících autoimunitními chorobami.

Touto diplomovou prací jsem se snažil zmapovat vliv komplexní lázeňské péče na návrat pacienta do pracovního procesu. Snažil jsem se tím poukázat na důležitost lázeňské péče pomocí objektivních parametrů – tedy pomocí dotazníků v kvantitativní části práce, kde jsem zjišťoval především délku pracovní neschopnosti v prvním roce před absolvováním lázeňské péče a v prvním roce po absolvování lázeňské péče. Stanovil jsem si hypotézu H: Délka pracovní neschopnosti se po absolvování lázeňské péče sníží. Pomocí dosažených výsledků z dotazníkového šetření jsem mohl tuto hypotézu potvrdit. Dále jsem zvolil ještě sekundární analýzu dat, která se skládala z průměrných rozsahů pohybů v daných skupinách. Zde jsem zjišťoval rozdíl v jednotkách „cm“ nebo „°“ v rozsazích pohybů před LP a po LP. Ze závěru tohoto šetření můžu říci, že téměř u všech pohybů ve všech skupinách, došlo k pozitivnímu rozdílu.

Z obou výzkumů je patrný pozitivní vliv komplexní lázeňské péče na návrat pacienta do pracovního procesu. Nezodpovězenou otázkou zůstává ekonomická stránka věci. Dále také dlouhodobý vliv komplexní lázeňské péče. Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal „pouze“ dva roky, bylo by vhodné dopracovat dlouhodobější výzkum v průběhu více let.

Byl bych rád, kdyby tato práce posloužila jako základ a podnět pro dopracování zejména ekonomické stránky problému. Otázkou totiž stále zůstává, zda by mohla mít častější komplexní, nebo alespoň pravidelná, lázeňská péče pozitivní ekonomický vliv pro stát, či pro zdravotní pojišťovny. Pokud vím, tak tato problematika je detailněji

rozpracovaná pouze v USA. U nás pouze Český statistický úřad a Ústav zdravotnických informací a statistiky vydávají základní ukazatele o délce pracovní neschopnosti ve vztahu k nemocem kosterní a svalové soustavy. Nikoliv však ve vztahu k lázeňské péči a jednotlivým diagnózám. Práce by také mohla být přínosem pro studijní účely v rámci celoživotního vzdělávání.

Dále by tato práce mohla posloužit laické veřejnosti, především, těm, kteří se dosud lázeňské péči ať už komplexní, či příspěvkové vyhýbají. Popřípadě být impulzem pro prevenci před degenerativním onemocněním každého z nás. Během své práce jsem se několikrát setkal s pacienty, kteří trpí diagnózou, která je v indikačním seznamu, již několik let, ale lázeňská léčba jim byla nabídnuta až později. Proto bych určitě doporučil všem pacientům, kteří řeší nějaké problémy s pohybovou soustavou, aby se na možnost LP informovali u svých lékařů.

Seznam použitých zdrojů

1. CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-341-3.
2. CATHALA, H. *Wellness: od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2323-5.
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Průměrná hrubá měsíční mzda ve 4. čtvrtletí 2014* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xs/prumerna-hruba-mesicni-mzda-ve-4-ctvrtleti-2014>.
4. ČÍŽ, I. *Ako na BOSU: metodická příručka cvičení na BOSU*. Bratislava: Športujeme, 2010. ISBN 978-80-970523-5-5.
5. DĚDINA, J. *Management, organizování a ekonomika lázeňství - vybrané kapitoly*. Praha: Vysoká škola cestovního ruchu, hotelnictví a lázeňství, 2004. ISBN 80-86592-01-4.
6. DOBEŠ, M., MICHKOVÁ, M. *Učební text k základnímu kurzu diagnostiky a terapie funkčních poruch pohybového aparátu (měkké a mobilizační techniky)*, Havířov: Domiga, 1997, 72 s. ISBN: 80-902222-1-8.
7. DOBEŠ, M. *Diagnostika a terapie funkčních poruch pohybového systému (manuální terapie) pro fyzioterapeuty: učební text k základnímu kurzu*. Horní Bludovice: Domiga, 2011. ISBN 978-80-902222-4-3.
8. DVOŘÁK, R. *Základy kinezioterapie*. 3. vyd., (2. přeprac.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1656-4.
9. FANTOVÁ, T. *Fyzioterapie u Morbus Bechtěrev*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarikova Univerzita v Brně, Fakulta sportovních studií.

10. HALADOVÁ, E. *Léčebná tělesná výchova: cvičení*. Vyd. 2. nezm. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-384-8.
11. HALADOVÁ, E., NECHVÁTALOVÁ, L. *Vyšetřovací metody hybného systému*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-516-7.
12. HNÍZDIL, J. *Artróza v psychosomatickém přístupu: artróza kyčelního kloubu: informace pro pacienty, lékaře a fyzioterapeuty*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-913-9.
13. HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. Praha: H & H, 1999. ISBN 80-86022-45-5.
14. HROMÁDKOVÁ, J. (ed.). *Léčebná rehabilitace*. Jinočany: H & H, c1994. Edice praktického lékaře, Sv. 3. ISBN 80-85787-69-5.
15. CHALOUPKA, R., ROUBALOVÁ, J., KRBEC, M. a kol. *Vybrané kapitoly z LTV ve spondylochirurgii*. Brno: IDV PZ, 2003. ISBN 80-7013-375-9.
16. CHALOUPKA, R. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. Brno: Vydavatelství IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-341-4.
17. JESSEL, Ch. *Úspěšně proti artróze: aby klouby nebolely - preventivní a šetrné procvičování*. Praha: Beta-Dobrovský, 2004. ISBN 80-7306-159-7.
18. JANDA, V., VÁVROVÁ, M. *Senzomotorická stimulace*. Rehabilitácia. 1992. č. 25, s. 14–34. ISSN 0375–0922.

19. JANDOVÁ, D. *Balneologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2820-9.
20. KABELÍKOVÁ, K., VÁVROVÁ, M. *Cvičení k obnovení a udržování svalové rovnováhy: (příprava ke správnému držení těla)*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-384-7.
21. KAJLÍK, V. *České lázně a lázeňství*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj, 2007, 218 s. ISBN 9788023993301.
22. KAMENÍKOVÁ, J. Vliv lázeňské péče na pacienty s dg. Morbus Bechtěrev z jejich hlediska. In: *Lázeňské listy 2000*, roč. 49, č. 42.
23. KAPPSTEIN, S. *Techniky masáže akupresurních bodů: akupunktura a akupresura: akupunkturní a akupresurní body*. Olomouc: Fontána, c2006. ISBN 80-7336-327-5.
24. KASÍK, J. *Verteobrogenní kořenové syndromy: diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0142-1.
25. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.
26. KNOP, K. *Lázeňství: ekonomika a management*. Praha, 1999. ISBN 80-7169-717-6.
27. KOHOUTEK, R., ŠTĚPANÍK, J. *Psychologie práce a řízení*. Brno: CERM, 2000. ISBN 80-214-1552-5.
28. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

29. KOLÁŘ, P., KŘIKAVOVÁ A. *Chronický vertebrogenní algický syndrom*. Lékařské listy. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 57, č.12, s. 31-34.
30. KYSELOVÁ, M. *Profil lázeňského klienta ve vybraných lázních Karlovarského kraje*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc 2015.
31. LEVITOVÁ, A., DAŘOVÁ, K. *Vliv pohybové terapie na pohyblivost páteře a subjektivní vnímání bolesti u jedinců s ankylozující spondylitidou*. Česká revmatologie, 2008/1, roč. 16, s. 4 -8. ISSN 1210-7905.
32. LEWIT, K. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. přeprac. vyd. Praha: Sdělovací technika ve spolupráci s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, c2003. ISBN 80-86645-04-5.
33. MALÁ, M. *Profil lázeňského klienta ve vybraných lázních jihočeského kraje*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc, 2016.
34. MOORE, T. *Léčebná péče o duši: [přívodce procesem uzdravení celé osobnosti]*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-782-4.
35. MORSCHITZKY, H., SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
36. MOUREK, J. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
37. NAVRÁTIL, L. *Lasery a pulzní magnety v terapii*. Praha: Alberta, 1994. ISBN 80-85792-09-5.

38. NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 290/1995 Sb. Nařízení vlády, kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995. Částka. 76, [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-290>>.
39. NĚMČÍK, L. *Lázeňství v České republice. Se zaměřením na lázně Jeseník, Luhačovice, Třeboň a Františkovy lázně*. Diplomová práce, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Praha 2010.
40. OPAVSKÝ, J. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-247-6.
41. PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J. *Klinická revmatologie*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-174-2.
42. PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I.: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyzilogické bázi*. 2. opr. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. ISBN 80-7204-312-9.
43. PODĚBRADSKÝ, J., PODĚBRADSKÁ, R. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2899-5.
44. PODĚBRADSKÝ, J., VAŘEKA, I. *Fyzikální terapie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-661-7.
45. POLÁKOVÁ, Z. *Lázeňský cestovní ruch - tradice, která oslovuje stále více aktivních lidí*. Diplomová práce, Technická univerzita v Liberci, Ekonomická fakulta, Liberec, 2010.

46. PROCHÁZKOVÁ, L. *Profil lázeňského klienta ve vybraných lázních Olomouckého kraje*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc 2011.
47. RYCHLÍKOVÁ, E. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 4. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-169-1.
48. SOSNA, A. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8.
49. SUCHÝ, D. Revmatoidní artritida - diagnóza a léčba. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2003, 5(7), 342 - 347 [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2003/07/05.pdf>
50. *Srovnání zdravotních pojišťoven: informace o pojišťovnách* [online]. 2014 [cit. 2016-07-30]. Dostupné z: <http://www.programypojistoven.cz/informace-o-pojistovnach.html>
51. ŠKAPÍK, M. *Využití balneoterapie ve vnitřním lékařství*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-130-5.
52. TRNAVSKÝ, K. *Léčebná péče v revmatologii*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-030-9.
53. TRNAVSKÝ, K., DOSTÁL, C. *Klinická revmatologie*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0038-5.
54. Třeboň lázně. *Bertiny lázně*. [online] [cit. 2016-7-27]. dostupné z: <http://www.trebonlazne.cz/cs/lazne/bertiny-lazne>.

55. *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1996-2013. Zdravotnická statistika. ISSN 1210-8693.
56. VÉLE, F. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Vyd. 2., (V Tritonu 1.). Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9.
57. ZÁKON č. 2/2015 Sb. Vyhláška o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2015. Částka. 1. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-2>>.
58. ZÁKON č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995. Částka. 41. [online] [cit. 2014-7-12]. Dostupné z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>>.
59. ZÁKON č. 40/1964 Sb. Občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1964. Částka. 19. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1964-40>>.
60. ZÁKON č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997. Částka. 16. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>>.
61. ZÁKON č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Částka. 33. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89?text>>.

62. ZÁKON č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Částka. 36. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>>.
63. ZÁKON č. 99/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Částka. 39. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>>.
64. ZÁKON č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995. Částka. 31. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117?text>>.
65. ZÁKON č. 164/2001 Sb. o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2001. Částka. 64. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-164>>.
66. ZÁKON č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Částka. 64. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-187>>.
67. ZÁKON č. 256/2014 Sb. 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, a další související zákon. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2014. Částka. 107. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2014-256>>.

68. ZÁKON č. 262/2006 Sb., Zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Částka. 84. [online] [cit. 2014-5-14]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>>.
69. ZÁKON č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Částka. 131. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.
70. ZÁKON č. 565/1990 Sb. Zákon České národní rady o místních poplatcích. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1990. Částka. 92. [online] [cit. 2014-5-12]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1990-565>>.
71. ZEMAN, M.. *Základy fyzikální terapie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013. ISBN 978-80-7394-403-2.
72. ZELENKA, J., PÁSKOVÁ, M. *Výkladový slovník cestovního ruchu*. Kompletně přeprac. a dopl. 2. vyd. Praha: Linde Praha, 2012. ISBN 978-80-7201-880-2.

Seznam příloh

Příloha 1 Formulář návrhu na lázeňskou péči (www.sanatoria-klimkovice.cz)

Příloha 2 Dotazník pro kvantitativní výzkum (*zdroj: vlastní*)

Příloha 3 Informovaný souhlas (*zdroj: vlastní*)

Příloha 4 Formulář pro kineziologický rozbor (*Zeman, 2005*)

Příloha 5 Graf 2: Diagnóza, pro kterou je indikován lázeňský pobyt (zdroj: vlastní)

Příloha 1 Formulář návrhu na lázeňskou péči (www.sanatoria-klimkovice.cz)

	IČP	NÁVRH NA LÁZEŇSKOU PÉČI		Ev. č.
	Odbornost	PC originál		Čís. vrátního OP ZP
		Pacient		Žák. zástupce
Příjmení a jméno				
Číslo pojistěnce				
Zaměstnavatel - Škola (firma)				
Bydliště (adresa) vč. PSC	tel.:		tel.:	
Diagnóza pro lázeňskou léčbu (slovy): Indikace: <input type="checkbox"/> Komplexní - <input type="checkbox"/> příspěvková lázeňská péče <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D. pořadí naléhavosti u komplexní lázeňské péče <input type="checkbox"/> Průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče <input type="checkbox"/> Muž - <input type="checkbox"/> Žena Doporučené místo pro lázeňskou léčbu: 1 Sanatoria Klimkovice 2 _____ Dne: _____ razítko ZZ, jmenovka a podpis lékaře		STANOVISKO REVIZNÍHO LÉKAŘE OP ZP Schvaluji: - komplexní lázeňskou péči s pořadím naléhavosti <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> D. - příspěvkovou lázeňskou péči - průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské péče Muž - Žena - lázeňské zařízení, smluvní kategorie ubytování: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Upravuji - Zamítám (odůvod): Dne: _____ razítko a podpis revizního lékaře _____ razítko a podpis OP ZP		
POTVRZENÍ ODBORNÍKA PRO NEMOCI Z POVOLÁNÍ				
Dne: _____ razítko a podpis				

LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ (adresa):

Termín nástupu:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA:

(ze zřetelí propouštěcí zprávu lékaře zařízení, obsahuje II požadované údaje)

A: DŮLEŽITÁ ANAMN. DATA (u dětí podrobně)

B: NO

C: OBJ. NÁLEZ A FUNKČNÍ STAV (u dětí vyplnit navíc odbornou vložku)

D: LABOR. A DALŠÍ POTŘ. VYŠETŘENÍ (min. dle IS)

E: DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR VČ. VEDLEJŠÍ DIAGNÓZY

F: LÉKAŘEM DOPORUČENÉ ZVL. POŽADAVKY NA LAZ. LÉČBU

G: ZDŮVODNĚNÍ PRŮVODCE PRO POBYT

Přiložena lékařská propouštěcí zpráva

razítko a podpis

IČP		_____
Odbornost		razítko a podpis lékaře doporučujícího láz. léčbu

Potvrzuji, že jsem převzal a vzal na vědomí poučení pacienta »Jak s ZP do lázní«

_____ podpis pojistěnce (žák. zástupce)

Dotazník pro účely diplomové práce

1. Jaké je Vaše pohlaví?

muž žena

2. Jaký je Váš věk?

15 – 25 let 26 – 35 let 36 – 45 let 46 – 55 let 56 – 65 let

3. V jak velkém městě bydlíte?

0 - 5 tisíc 6 – 20 tis. 20 – 50 tis. 50 – 100 tis. 100 tis. a více

4. V jakém kraji bydlíte?

5. S jakou diagnózou jste indikován k lázeňské léčbě?

VAS artrotické stavy autoimunní choroby pooperační stavy
 poúrazové stavy ostatní

6. Jaká je forma Vašeho lázeňského pobytu?

komplexní příspěvkové samoplátce

7. Jak dlouhý byl Váš pobyt v lázeňském zařízení?

0-7 dní 8-14 dní 15-21 dní 22 a více

8. Jak často podstupujete lázeňskou péči?

poprvé 2-4krát 5-8krát 9krát a více

9. Jaký je váš pracovní vztah?

zaměstnaný nezaměstnaný studující

v plném důchodu (starobní/invalidní)

10. Jaká byla délka Vaší pracovní neschopnosti v posledním roce před Vaším prvním pobytem v lázních ve vztahu k Vaší diagnóze?

1-7 dní 8-14 dní 15-21 dní 22-28 dní 29-91 dní 92 a více

Prosím uveďte počet dnů

11. Jaká byla délka Vaší pracovní neschopnosti v prvním roce po absolvování lázeňské péče ve vztahu k Vaší diagnóze?

1-7 dní 8-14 dní 15-21 dní 22-28 dní 29-91 dní 92 a více

Prosím uveďte počet dnů

12. Které zdravotní pojišťovny jste klientem?

13. Mohl/a byste si dovolit lázeňský pobyt jako samoplátce?

ANO NE

14. Navštívil/a jste i jiná lázeňská zařízení?

ANO NE

Příloha 3 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já **prim. MUDr. Ivana Zezulková** tímto souhlasím, že student Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Bc. Lukáš Forst, může pracovat na diplomové práci zde v Bertiných lázních v Třeboni. Souhlasím, že také může nahlédnout do zdravotní dokumentace s ústním souhlasem pacienta.

V Třeboni dne:

Podpis lékaře:

(zdroj: vlastní)



KINEZILOGICKÝ ROZBOR

Příjmení a jméno:

Lékař:

Dg.:

Pobyť:

Kód ind.:

KYČELNÍ KLOUB

flexe	120°	dx.		
		sin.		
extenze	15°	dx.		
		sin.		
abdukce	40°	dx.		
		sin.		
v. rotace	30°	dx.		
		sin.		
z. rotace	45°	dx.		
		sin.		

RAMENNÍ KLOUB

flexe	180°	dx.		
		sin.		
extenze	40°	dx.		
		sin.		
abdukce	180°	dx.		
		sin.		
v. rotace	90°	dx.		
		sin.		
z. rotace	90°	dx.		
		sin.		

KOLENNÍ KLOUB

flexe	130°	dx.		
		sin.		
extenze	0°	dx.		
		sin.		

HLEZENÍ KLOUB

pl. flex.	40°	dx.		
		sin.		
dz. flex.	20°	dx.		
		sin.		

HODNOCENÍ PÁTEŘE

Thomayer	L4-5, S1-2, 0 cm		
Schober	L4-5, S1-2, 0 cm		
Stibor	L4, 0, 0 cm		
exkurze hrudníku			
úklon trupu dx.			
úklon trupu sin.			

KRČNÍ PÁTEŘ

flexe	180°-pokr. v. rot.		
Čepel	C1-2, 0, 0 cm		
rotace	80°	dx.	
		sin.	
lat. flexe	40°	dx.	
		sin.	

ZÁPĚSTNÍ KLOUB

pm. flex.	60°	dx.	
		sin.	
dz. flex.	70°	dx.	
		sin.	
DĚLKA DK		dx.	
		sin.	

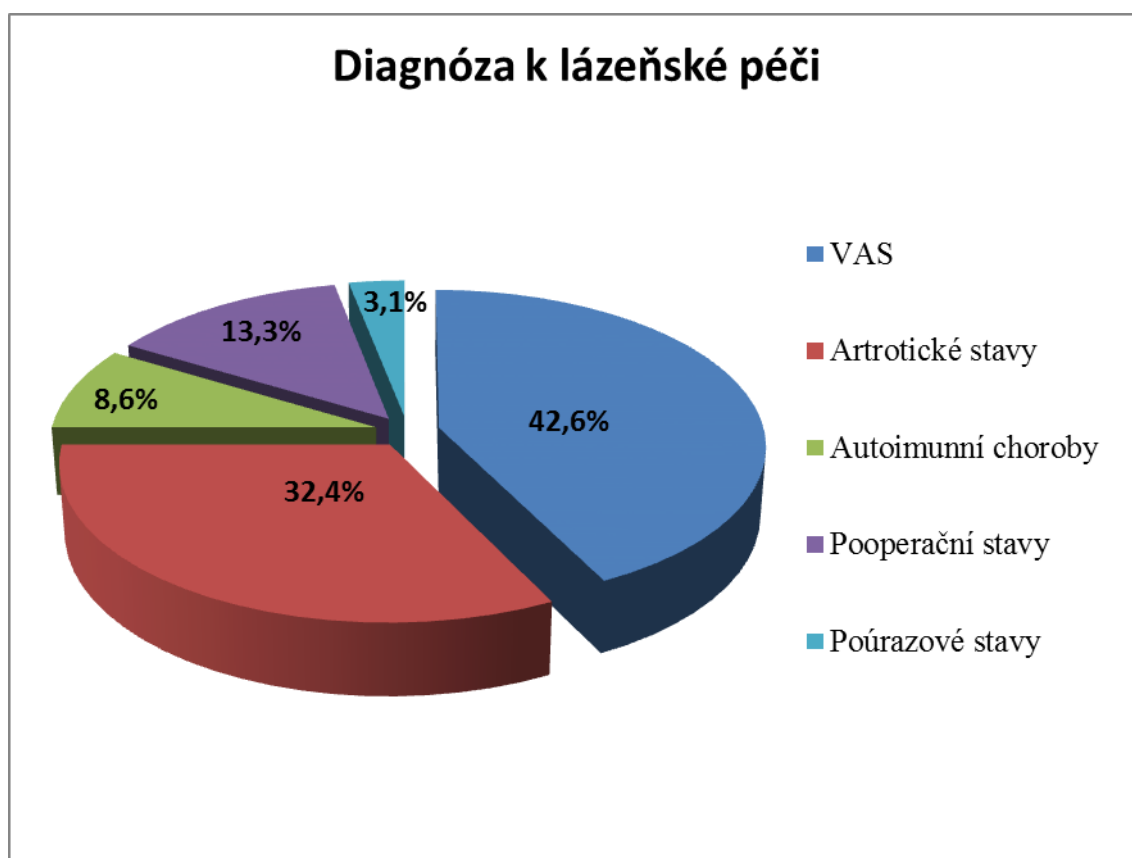
VSTUPNÍ HODNOCENÍ

Datum:

VÝSTUPNÍ HODNOCENÍ

Datum:

Příloha 5 Graf 2: Diagnóza, pro kterou je indikován lázeňský pobyt (zdroj: vlastní)



Zdroj: vlastní