

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

Eva Svobodová

III. ročník – prezenční studium

Obor: Český jazyk se zaměřením na vzdělávání – výchova ke zdraví  
se zaměřením na vzdělávání

**Vliv lázeňské služby na kvalitu života chronicky  
nemocných**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.**

Olomouc 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Všechny zdroje, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 20. června 2011

Eva Svobodová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala MUDr. Miladě Bezděkové, Ph.D., vedoucí mojí bakalářské práce, za ochotnou spolupráci, poskytování cenných rad a informací, které mi při zpracovávání velice pomohly.

# Obsah

Úvod.....	- 6 -
Cíle práce .....	- 7 -
TEORETICKÁ ČÁST .....	- 8 -
1 Historie lázeňství.....	- 8 -
1.1 Minerální vody .....	- 9 -
1.2 Peloidy.....	- 9 -
2 Lázeňství dnes.....	- 11 -
2.1 Lázně na pohybový aparát.....	- 12 -
2.1.1 Lázeňské procedury .....	- 13 -
2.1.1.1 Vodoléčba .....	- 13 -
2.1.1.2 Termoterapie .....	- 14 -
2.1.1.3 Magnetoterapie.....	- 15 -
2.1.1.4 Elektroterapie .....	- 15 -
2.1.1.5 Rehabilitace.....	- 16 -
3 Balneologie .....	- 17 -
3.1 Radonové vody.....	- 17 -
3.2 Jódové vody.....	- 18 -
3.3 Železnaté vody.....	- 18 -
4 Pohybový aparát.....	- 19 -
4.1 Anatomie pohybového aparátu.....	- 19 -
4.2 Onemocnění kloubů pohybového aparátu .....	- 22 -
4.2.1 Osteoartróza .....	- 22 -
4.2.1.1 Gonartróza.....	- 22 -
4.2.1.2 Koxartróza.....	- 23 -
4.2.2 Chronická zánětlivá onemocnění.....	- 24 -
4.2.2.1 Artritida .....	- 24 -
4.2.2.2 Koxitida.....	- 25 -
4.2.2.3 Sklerodermie .....	- 26 -
4.2.2.4 Bechtěrevova choroba.....	- 26 -
4.2.3 Metabolické choroby .....	- 27 -
4.2.3.1 Dnavá artritida.....	- 27 -
4.2.3.2 Chondrokalcinóza .....	- 27 -
4.2.3.3 Ochronóza .....	- 27 -

4.3 Anatomie kyčelního kloubu .....	- 28 -
4.3.1 Jak rozpoznat nezdravý kyčelní kloub .....	- 30 -
4.3.2 Operace kyčelních kloubů .....	- 31 -
4.3.2.1 Typy endoprotéz.....	- 31 -
4.3.2.2 Složení endoprotézy .....	- 32 -
4.3.2.3 Příprava na operaci.....	- 33 -
4.3.2.4 Způsoby provedení operace .....	- 34 -
4.3.2.5 Poúrazové a pooperační stavy .....	- 35 -
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>- 36 -</b>
1 Metodika práce.....	- 36 -
2 Interpretace výsledků .....	- 37 -
Závěr .....	- 54 -
Souhrn .....	- 56 -
Summary .....	- 57 -
Seznam použité literatury.....	- 58 -
Seznam internetových zdrojů.....	- 59 -
Seznam použitých obrázků .....	- 60 -
Příloha .....	- 61 -

# Úvod

Téma bakalářské práce „Vliv lázeňské služby na kvalitu života chronicky nemocných“ jsem si zvolila z toho důvodu, že mne zdravotnictví zajímá. Myslím si, že tvoří podstatnou charakteristiku našeho státu v tom smyslu, jak dalece je rozvinutá péče o pacienty, kam až sahají zdravotnické služby apod.

Rozhodla jsem se zaměřit na pohybový aparát člověka, konkrétně na některá onemocnění kyčelního kloubu. Velmi podstatným důvodem, proč jsem se zvolila tuto tematiku, je to, že můj tatínek měl dlouhodobé problémy právě s kyčelním kloubem a v listopadu minulého roku podstoupil operaci (náhradu kloubu za umělý).

Problémy s pohybovým aparátem jsou viditelné na každém kroku a rozhodně jich není málo. Lidé, podle mého názoru, stále málo myslí na své zdraví, které máme jen jedno. Jistě, opotřebovaný kloub se dá vyměnit.

V prvních kapitolách bakalářské práce se věnuji historii lázeňství po současnost. Prostudovala jsem, jaké se dříve používaly procedury a za pomoci jakých prostředků se nemocní léčí dnes. Dále se zabývám anatomii pohybového aparátu a problematikou jeho onemocnění, stavbou kloubu kyčelního, postižením s ním spojené a jeho chirurgickou léčbou. Ta je rozebírána v následujících kapitolách včetně toho, jak se má pacient na operaci připravit a čemu by se po zákroku měl vyhnout (např. sportům zatěžujícím klouby, dlouhodobému sezení či chůzi po nerovném terénu).

Ve své práci bych chtěla najít odpověď na otázku, zda lázeňské procedury opravdu pomáhají nemocným lidem a v případě, že ano, tak do jaké míry. Dále je mým cílem zjistit, jestli lázně poskytují dostatečné služby, které mají pacientům pomáhat při navrácení se do původního pohodlného života.

Pro zjištění spokojenosti či nespokojenosti pacientů s lázeňskými zařízeními v České republice jsem vytvořila dotazník, který obsahuje jak otevřené, tak uzavřené odpovědi.

# Cíle práce

**Hlavním cílem** mojí bakalářské práce bylo provést výzkum o spokojenosti pacientů s lázeňskou péčí a službami.

## **Dílčí cíle:**

- Zjistit onemocnění respondentů, odhalit příčiny vzniku chorob.
- Prozkoumat četnost léčení v lázeňských zařízeních.
- Zjistit, zda jsou lázně prospěšné, a které patří mezi nejnavštěvovanější.
- Zjistit procedury, jež pacienti absolvují.
- Zmapovat, kolik respondentů podstoupilo operaci ohledně chronické choroby.
- Odhalit celkovou spokojenost či nespokojenost s lázněmi.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Historie lázeňství

Křížek (1987) popisuje, jak od pradávna přitahovaly přírodní zdroje lidskou pozornost. Především prameny vod, obzvláště když se lišily charakterem od pitné vody, například silnou vůní, barvou či chutí. Tyto druhy vod byly často spojovány s nadpřirozenými jevy. Není výjimkou, že v okolí pramenů nacházejí archeologové důkazy o osídlení tohoto místa lidmi.

S vodou je samozřejmě spojováno zdraví. Kdo v dřívějších dobách dodržoval hygienu, nebyl tak náchylný k nemocem, na rozdíl od těch, kterým koupání nic neříkalo. Ne nadarmo tedy praví jedno přísloví „Čistota, půl zdraví“. Od středověku se o koupele začal zvyšovat zájem. Existovalo období, kdy se církev ke koupání vyjadřovala negativně, ale po několika desetiletích se situace změnila a jako trest za hřích byl zákaz koupele.

Voda za účelem léčby byla doporučována nemocným lidem nejdříve v Itálii a Francii. Pak se vodoléčba předepisovala ve Španělsku, Německu a dál na východ. Na proceduru se muselo tělo předem připravit, šlo o pocení, dále následovalo podání projímadla, aby se z těla dostaly škodlivé látky. Byl brán velký ohled na temperament, pohlaví a roční období, každému jedinci měl vyhovovat jiný styl léčby. Zajímavostí je, že lázeňství se neprovozovalo v období, kdy se slunce nacházelo ve znamení lva, tj. od 23. července do 23. srpna. V této době byl v lázních naprostý klid, prý tento obyčej odkazuje na zvyklosti Hippokratovy doby. Léčba probíhala v bazénech jen několik desítek centimetrů vysokých. Nemocní seděli na okrajích, neplavali ve vodě. Doba koupele se měnila, někdy se doporučovalo sto hodin, jindy zase až dvě stě hodin. V úvahu byly brány i sociální rozdíly: nemocní nemajetní lidé se léčili venku maximálně pod malým přístřeškem, bohatí návštěvníci si mohli dovolit zaplatit za koupel v lázeňské budově, která poskytovala i ubytování.

Do koupelí se přidávaly různé ingredience. Nejčastěji to byla sůl, jak mořská, tak kuchyňská, dále soda, bromové a jodové soli, kamenec, ale i malá dávka kobaltu či antimonu. Nemocní se také koupali v kvasových vodách nebo v louhu z masa zvířat. Určitě mezi milované přísady patřily různé bylinky, které měly i příjemnou vůni, avšak



mohly způsobovat kožní vyrážky. Účinky na pokožku měly mléčné koupele či voda, do které se přidávala syrovátka.

Průkazný farmakoterapeutický vliv se dokázal u jódu a některých plynů, například u oxidu uhličitého, radonu a sirovodíku.

## 1.1 Minerální vody

Křížek (1987) vysvětluje, že rozlišujeme několik druhů vod podle jejich toku. Existují vody jen slabě tekoucí, dále vody pramenné a vody tryskající. Mnoho vědců se zabývalo tím, co způsobuje, že jsou prameny teplé, kdo či co je ohřívá a jak. V šestnáctém století se na termální vody změnil náhled, už se nejevily jako zázrak, ale hledal se logický důvod. Výkladů byla spousta. Vody, které jsou od přírody teplé, označujeme jako akrototermie.

Jandová (2009) uvádí, že u minerálních vod je podstatná jejich fyzikální a chemická stránka. Minerálními vodami rozumíme vody s přidavkem rozložených solí, dále mohou obsahovat také rozpuštěný oxid uhličitý, radon nebo jinou tělu prospěšnou látku. Za minerální se rovněž považuje ta voda, která má teplotu více než 20°C při prameni.

## 1.2 Peloidy

Jandová (2009) charakterizuje peloidy jako materiály, které se používají ke koupelím a zábalům. Mezi nejčastější suroviny patřilo odjakživa bahno, později pak rašelina a slatina.

Bahno je nejstarší látkou, která se používala k léčbě. Skládá se z jemných usazenin z tichých řek či mořských zátok. Nemocní lidé si dávali bahno na pokožku a vyhřívali se na slunci. Až bahno ztvdlo, odloupli jej a kúru opakovali. O této léčebné metodě jsou důkazy již ze starověkého Egypta.

Humolity mají původ v rašelinistích a slatiništích. Rašelina je hmota ze zbytků rozložených rostlin, je tedy složena pouze z organických látek. Může ale obsahovat

malé složky anorganických látek a to v případě, pokud rašelina pochází z křemičitých nebo vápenatých pozůstatků organismů, případně z minerálních vývěrů vod. Slatina je bohatší na minerály, vyskytuje se v ní více zbytků rostlin. Příprava humolitové kúry byla finančně i fyzicky náročná, musela se vytěžit v nalezišti těchto surovin.

Peloidy byly oblíbené kvůli své schopnosti udržet teplo a vhnět jej do organismu. Léčba byla nápomocná nemocným s revmatitidou a různými chronickými záněty (urologické, gynekologické). Lázním, které se specializovaly na tento typ procedur, hrozilo, že už nebudou mít možnost je provádět z důvodu vytěžení surovin. Zaměstnanci se proto snažili o regeneraci – použitý peloid vraceli na původní místa.

## 2 Lázeňství dnes

Jandová (2009, s. 8) definuje lázeňskou péči takto: „*Soubor zdravotnických činností a postupů, včetně léčebné rehabilitace a výchovy ke zdravému způsobu života, vedoucích k prevenci onemocnění, navrácení a upevnění zdraví nebo stabilizaci nemoci s cílem maximálního zmírnění jejich důsledků, prodloužení a zlepšení kvality života.*“

Podle Špišáka (2010) je lázeňská léčba v k tomu určených zařízeních podstatná v tom, že se pacient naučí, co je pro jeho tělo nejlepší. Poznává všechny metody možného léčení a může se jim v lázních naplno věnovat. Jde o každodenní péči a služby určené nemocným, které jinde než v lázních většinou není možné splňovat.

V České republice zaručuje úroveň lázeňských zařízení Svaz léčebných lázní ČR. Funguje již déle než dvacet let. Přes čtyřicet našich lázeňských ústavů je nyní evidováno ve Svazu léčebných lázní ČR, který je součástí Evropského svazu lázní, sídlícího v Bruselu. Léčebné lázně jsou zdravotnickým zařízením a je pro ně specifické užití lokálního zdroje z přírody k léčbě pacientů ([www.lecebne-lazne.cz](http://www.lecebne-lazne.cz)).

Na léčebné lázně se vztahují tyto zákony ČR:

- Zákon č. 44/1988 Sb. o ochraně a využití nerostného bohatství.
- Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.
- Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.
- Zákon č. 164/2001 Sb. o přírodních léčivých zdrojích.
- Vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost.
- Vyhláška č. 370/2001 Sb. o zkoušce o odborné způsobilosti k výkonu odborného dohledu nad využíváním a ochranou přírodních léčivých zdrojů a zdrojů přírodních minerálních vod.
- Vyhláška č. 423/2001 Sb., kterou se stanoví způsob a rozsah hodnocení přírodních léčivých zdrojů a zdrojů přírodních minerálních vod a další podrobnosti jejich využívání, požadavky na životní prostředí a vybavení přírodních léčebných lázní a náležitosti odborného posudku o využitelnosti přírodních léčivých zdrojů ([www.zakony.cz](http://www.zakony.cz)).

## 2.1 Lázně na pohybový aparát

Lázní, které se zaměřují na pohybový aparát, je nejvíce. V České republice jsou to tato místa: Bechyně, Bohdaneč, Dubí (součást lázní Teplice), Hodonín, Jánské lázně, Jáchymov, Karviná – lázně Darkov, Klimkovice, Kostelec u Zlína, Lázně Bělohrad, Lázně Libverda, Lázně Mšené, Osečná – lázně Kundratice, Ostrožská Nová Ves, Slatinice, Teplice nad Bečvou, Teplice, Toušeň, Třeboň, Velichovky, Velké Losiny, Vráž ([www.icm.cz](http://www.icm.cz)).

Zaměřila jsem se blíže na způsoby léčby několika lázeňských zařízení, které jsou u nás nejčastěji navštěvovány, alespoň podle výsledků mého dotazníku k práci.

Do **Bechyně** se pacienti jezdí léčit především s artritidou, koxartrózou a jinými onemocněními kloubů, svalů a šlach. Časté je zde peroperační a postoperační léčení. V lázních Bechyně se používají léčebné metody, jako je například vodoléčba, masáže, léčba pomocí magnetů, plavání, elektroléčba, reflexní terapie, zábaly nebo lymfodrenáž ([www.laznebechyne.cz](http://www.laznebechyne.cz)).

Lázně **Bohdaneč** jsou zaměřeny na artrózu, Bechtěrevovu nemoc, revmatitidu a rehabilitace. Léčba probíhá prostřednictvím elektroléčby, slatinných zábalů, kryoterapie, rašelinových obkladů či termoterapií parafinem. Pacienti mohou navštívit rovněž solnou jeskyni ([www.llb.cz](http://www.llb.cz)).

V **Hodoníně** se provádí léčba různých postižení kloubů a také je zde věnována pozornost předoperačním a pooperačním stavům. Specifické pro hodonínské lázně jsou koupele za pomoci jodobromové vody, dále se k léčení užívají perličkové, vířivé či bylinné koupele. Využit je možné kinezioterapii, kryoterapii, šlapací lázeň a jiné procedury typické pro léčbu pohybového ústrojí ([www.laznehodonin.cz](http://www.laznehodonin.cz)).

Lázně **Jáchymov** se staly prvními na světě, ve kterých se užívá radonu ve formě koupelí. Po pobytu ve vaně se dává pacientům suchý zábal. Zvláštností je také nenádorová brachyradiumterapie a rentgenová terapie ([www.laznejachymov.cz](http://www.laznejachymov.cz)).

Lázně **Karviná-Darkov** léčí pacienty například za pomoci termoterapie, a to parafinem, parafinem a peloidem, rašelinou, dále se používá kryoterapie ([www.darkov.cz](http://www.darkov.cz)).

V **Kostelci u Zlína** se aplikují procedury fototerapií, masážemi, různými druhy koupelí, Träbertovými proudy, diatermií nebo galvanickými lázněmi ([www.hotel-kostelec.cz](http://www.hotel-kostelec.cz)).

Špišák (2010) píše, že v lázeňských ústavech jsou vedeny spisy o pacientech, tzv. chorobopisy, stejně jako v ostatních zdravotnických zařízeních. Do chorobopisu se zapisují kontroly, působení léčby, předepsané medikamenty, terapie. Když klient lázně opouští, dostává zprávu od lékaře, kde je vylíčeno, jaké procedury a výkony pacient absolvoval, jak se léčba v lázních osvědčila. Nesmí chybět návrh dalšího léčení a doporučení o dodržování důležitých zásad, kloubu prospěšných.

### 2.1.1 Lázeňské procedury

Jak uvádí Špišák (2010, s. 161), „*léčebná procedura je jednotlivá aplikace léčebné metody. Je určena svým názvem, intenzitou, délkou působení, frekvencí podávání a lokalizací na těle pacienta.*“ Dále Špišák (2010) vysvětluje, že léčebnou kúrou rozumíme řadu procedur, která se aplikuje na jedno místo.

#### 2.1.1.1 Vodoléčba

Knop (1999) uvádí, že léčba vodou kladně působí na organismus. Vodoléčba se na tělo aplikuje různými způsoby, například zábaly, stříky, omýváním či poléváním a koupelemi (celkové, částečné, perličkové, vířivé, přísadové, parní).

**Skotské stříky** jsou proudy vody různých teplot masírující problémová místa na těle. Jsou doporučovány lidem s poruchou pohybového ústrojí a krevního oběhu. Skotské stříky nejsou vhodné pro pacienty s nezdravým srdcem nebo vysokým krevním tlakem ([www.lazne.net](http://www.lazne.net)).

Kačinetzová (2003) řadí do vodoléčby **vířivé koupele**, kde by se teplota vody měla pohybovat v rozmezí od 36 do 38 °C. Při této proceduře se zrychluje metabolismus a dochází k lepšímu prokrvování potřebných míst na těle. Vířivé lázně jsou doporučované lidem, kteří prodělali úraz či podstoupili operaci pohybového systému.

Kajlík (2007) charakterizuje **jodobromové koupele**, kde se jód dostává do těla kůží, rohovkou oka a sliznicemi trávicího a dýchacího traktu. Tyto koupele se doporučují na mnoho potíží (záněty, vysoký krevní tlak, cévní problémy) a z hlediska

pohybového ústrojí mají pozitivní účinky při léčbě revmatických onemocnění, svalových obtíží či degenerativních kloubních chorob.

Jak se Kačinetzová (2003) dále zmiňuje, k léčbě pohybového aparátu se také používají **Priessnitzovy obklady**. Jedná se o studené obklady, které přikládáme na postižené místo v určitém pořadí. Nejprve klademe vlhkou látku, na ni igelit a jako poslední část zapařovacího obkladu dáváme látku suchou. Každá vrstva by měla přecházet před vrstvou předchozí. Těchto obkladů se využívá při léčbě hematomů (krevní podlitiny), zatuhlých svalů či poškozených kloubů. Obklady také mají vliv na zlepšení krevního oběhu. U chronického onemocnění se doporučuje aplikovat obklad nejen několikrát denně, ale také na noc.

**Obklady Tripesovy** jsou založeny na stejném principu jako Priessnitzovy obklady a tvoří je i stejné vrstvy. Rozdíl je však v tom, že prvně přikládáme látku namočenou v bylinném roztoku (oproti studené vodě, jako je tomu u Priessnitze). Pacientům s bolestmi kloubů bývají doporučovány různé bylinky, například přeslička rolní, kostival lékařský nebo kopřiva dvoudomá i žahavka.

#### 2.1.1.2 Termoterapie

Knop (1999) vysvětluje, že terapie teplem působí na lidské tělo buď kladně (aplikace tepla na lidské tělo) nebo záporně (odvádění tepla z těla).

Také Kačinetzová (2003) píše o pozitivním vlivu působení tepla či chladu na lidský organismus. Díky změnám teplot se pacientům rychleji prokrvuje a vyživuje tkáň.

**Sauny** mají teplotu vzduchu okolo 90 °C, vlhkost se uvádí do 15 %. Pot, který se vyloučí, ochlazuje lidské tělo. Po návštěvě sauny by měl člověk chvíli setrvat v bazénku se studenou vodou, kde se stáhnou cévy. Po opuštění bazénku se cévy zase rozšíří (tento proces označujeme jako cévní gymnastiku). Tato procedura posiluje imunitní systém i nervovou soustavu. Co se týče pohybového aparátu, sauna je vhodná pro lidi trpící bolestmi kloubů, zad a revmatických chorob. V žádném případě se nedoporučuje jít do sauny se zánětem kloubů, nemocemi srdce, špatnou krevní srážlivostí nebo s infekcí v těle.

**Kryoterapie** je terapie založená na působení chladu. Blahodárně prospívá lidem s bolestmi či záněty pohybového ústrojí. Při kryoterapii se také uvolňují endorfiny, jež mají vliv na vnímání bolesti. Nemocní si na obličej nasadí roušku (aby nedošlo k poškození dýchacího aparátu), obují boty a oblečou rukavice k tomu určené. Takto vystrojení vstupují do předkomory, kde se teplota pohybuje od -50 do -20 °C. Po krátké chvíli vstupují do hlavní komory, kde je cca -160 °C, zde vydrží 4 minuty. Kryokomora není určena nemocným, kteří se léčí se srdcem či s cévními chorobami.

#### 2.1.1.3 Magnetoterapie

Kačinetzová (2003) uvádí, že magnetoterapie je založena na vlivu působení magnetického pole. Výsledkem je zklidnění bolesti, ústup otoků a zlepšení funkcí kloubů. Naprosto nevhodná je magnetoterapie pro těhotné ženy, pacienty s rakovinou, nemocným srdcem či žláz s vnitřní sekrecí.

#### 2.1.1.4 Elektroterapie

Kačinetzová (2003) popisuje, že elektroterapie je nejčastěji užívanou variantou terapie fyzikální. Proudy, působící na tělo, jsou různých frekvencí, tedy i rozlišných účinků. Rozlišují se tři formy elektroléčby, a to transkutánní elektroneurostimulace (TENS), diadynamické proudy (DD proudy) a Träbertovy proudy.

Nejnižší frekvence se používá u **transkutánní elektroneurostimulace**. Tato terapie se doporučuje v případě akutních bolestí, které jsou způsobeny metastázováním nádorů do kostry. Obvykle se doba procedury pohybuje okolo 30 minut, ale jsou i možné několikahodinové aplikace, pro pacienty a obrovskými bolestmi.

**Diadynamické proudy** mají dvojitý účinek, snižují bolesti a prokrvují tkáň. Léčí se jimi poúrazové stavy a bolesti svalů. Tyto elektroproudy mají vyšší frekvenci než TENS, proto se aplikují maximálně 5 minut na postižené místo. V případě nutnosti použít DD proudy ještě jinde, jedná se o krátký časový úsek asi 2 minut.

Nejrychlejší analgetické účinky, jež se mohou prokázat ihned po terapii, mají **Träbertovy proudy**.

**Ultrazvukem** rozumíme vlnění, při jehož aplikaci do těla nevstupuje elektrický proud, ale i přesto se řadí mezi metody elektroterapie. Díky působení ultrazvuku se energie v těle mění na teplo. Vlnění se dostává zpočátku na povrch tkáně, po chvíli i do hloubky lidského těla. Tato terapie napomáhá k hojení hematomů a otoků, též má vliv na rychlejší odstraňování bolestí ze svalů a kloubů. Ultrazvukem se nikdy nesmí ozvučovat růstové ploténky, místa v oblasti páteře po nedávném operačním zákroku a nervy, které se nacházejí ihned pod kůží. Naprosto nevhodné je užití ultrazvuku u těhotných žen a lidí se zvýšeným rizikem krvácivosti (vlnění zesiluje krvácení).

#### 2.1.1.5 Rehabilitace

Knop (1999) uvádí, že rehabilitací rozumíme aktivní způsob léčení. Je jednou z nejpodstatnějších metod, kde nosičem léčby je pohybová energie pacienta. Existuje několik forem rehabilitace, například aktivní cvičení, uvolnění svalů, dechová cvičení, mechanoterapie se speciálními přístroji (trakční lehátka), hipoterapie (jízda na koni) nebo cykloturistika.

Kajlík (2007) uvádí, že **individuální cvičení** je prováděno pod dohledem fyzioterapeutů, kteří znají stav pacientů z lékařské zprávy. Cílem je odstranit nedostatky (patologické znaky) pohybového aparátu, které jsou vrozené nebo vznikly nežádoucím zatěžováním určitých částí těla či je příčinou úraz.

**Skupinová kinezioterapie** (pohybová cvičení) rovněž probíhá pod dozorem fyzioterapeutů nebo rehabilitačních zaměstnanců. Kinezioterapie se provádí v tělocvičně a v bazénu. Pacienti jsou rozděleni do skupin podle svých diagnóz a schopností zvládat cviky.

**Nácvik chůze** se doporučuje převážně po operacích, úrazech, ale i po příhodách mozkových. Rehabilitační pracovníci učí pacienty, jak se zbavit staré špatné chůze, která kromě přetěžování určitých skupin svalů navíc způsobovala bolest, a také jim ukazují, jak si osvojit zdravý styl chůze. K této metodě jsou používány pomůcky, jako například rehabilitační chodník, rohové schody s plošinou, chodítka, bradla a hole.



## 3 Balneologie

U Křížka (1987) se lze dočíst, co vedlo ke vzniku balneologie. Léčba v lázních byla podmíněna zkušenostmi lékařů a ohlasy nemocných na procedury. Najednou chtěli být všichni koupani, masírováni a napařováni, šlo tedy pro pacienta o pasivní kúry. Zkoumán byl vliv procedur na organismus před příjezdem do lázní a před odjezdem. Rozdíl ale nebýval moc velký. Avšak pozitivní vliv lázeňských procedur se projevil u pacientů, kteří navštěvovali lázně opakovaně. A to byl právě pokrok pro balneologii jako vědu.

Jandová (2009) vysvětluje balneologii jako vědu, pro kterou je stěžejní léčba přírodními léčivými zdroji a jejich účinky na lidský organismus. Řadí se mezi nejstarší obory medicíny. Termín balneace je používán pro všechny procedury, které se v lázeňství provádí. Jde o léčbu minerálními vodami, klimatem, peloidy a plyny, jejichž cílem je navodit lokální nebo celkové biologické reakce organismu. Balneologie prospívá zrychlení bazálního metabolismu, zvyšuje energii organismu, reguluje krevní oběh, zvyšuje imunitní reakce, má analgetické účinky, zvyšuje otužilost.

Špišák (2010) uvádí, že balneologie se zabývá léčbou přírodními zdroji v doplnění zdravé stravy, pohybu, psychoterapie a samozřejmě farmaceutiky, která zvyšují šanci na uzdravení. Jde o snahu léčit chronická onemocnění i akutní případy. S rozvojem medicíny, jako jsou například stále novější metody v chirurgii, či objevením kvalitního působení různých léků na lidský organismus, bývala balneologie považována za zastaralou. Ovšem při stavech, například po úrazu, operaci nebo u lidí, kteří odmítají chirurgický zákrok, je balneoterapie nenahraditelná.

### 3.1 Radonové vody

U Jandové (2009) se dočteme, že jsou dostupné ve formě koupelí. Radon je alfa-zářič, vyskytující se v přirozeném ovzduší, který se do těla dostává přes kůži, proto je podstatná adaptace kůže na koupel. Dále pak putuje krví, a ta ho vhání do potřebných orgánů. Radon, který se nerozpadl, se dostává z těla skrz plíce (výdechem) zhruba do půl hodiny po proceduře. Pacient vdechuje při koupeli jen minimální, neškodné množství radonu.

U onemocnění pohybového aparátu se používá především u zánětlivých onemocnění, dále pak například při degenerativním onemocnění kloubů, revmatoidních artritidách, koxartróze a u pooperačního stavu (kloubní náhrady). Tyto terapie nesmějí podstupovat děti, mládež a těhotné ženy.

### 3.2 Jódové vody

Jak uvádí Jandová (2009), jódovými vodami rozumíme ty, které obsahují 5 mg jódu a více na litr vody. Jód se řadí mezi stopové prvky, které jsou pro lidský organismus velice důležité. Jód se vyskytuje v mořských rybách a řasách, dále v tucích, špenátu, bramborách, obilninách, je také přítomný v mrkvi a mléku. V minerálních vodách se objevuje jako jodid. Jódová terapie se doporučuje lidem s onemocněním horních i dolních dýchacích cest, včetně pooperační rehabilitace. Blahodárné účinky má také na sliznici, například při atrofii (zmenšení) nebo po operaci sliznice.

### 3.3 Železnaté vody

Jandová (2009) píše, že v 1 litru těchto vod musí být obsaženo minimálně 10 mg železa. Železnaté vody je doporučeno pít přímo u pramene, kde se nachází oxid uhličitý, protože bez jeho přítomnosti se železo mění na nevstřebatelné pro tělo. Po vstřebání železa do organismu sliznicí zažívacího ústrojí je využíváno především pro tvorbu hemoglobinu (červeného krevního barviva). Z malé části je železo použito při obnovení dýchacích enzymů (bílkoviny, které urychlují průběh biochemické reakce) a tvorbě myoglobinu (svalové bílkoviny).

## 4 Pohybový aparát

Gross (2005) popisuje, že pohybový aparát je biologický systém fungující v dynamické rovnováze, kterou označujeme jako homeostáza. Tento systém reaguje na vnější podněty vlastním způsobem a snaží se po změně zvenčí vrátit do normálního stavu, vytvořit rovnováhu. Během rovnovážného procesu se v těle vyskytují různé změny. Nejúspěšnější změnou je adaptace, při které se biologický systém vrátí do původního stavu bez jakéhokoli poškození. Horším způsobem je dočasné poškození, které se projevuje poraněním na těle. Existuje též definitivní poškození systému, jež znamená smrt.

Fungování biologického systému je ohroženo, pokud dochází k pravidelnému dlouhodobému přetěžování zátěže. V tomto případě je systém schopen fungovat, ale jen do té doby, než dojde k hranici vyčerpání, která souvisí se selháním. Další variantou poruchy biologického systému je jednorázové silné zatížení systému nad jeho hranici tolerance. V této situaci již systém není odolný vůči zátěži a ihned selhává.

V obou případech ohrožení vyvolá systém zánětlivou (ochrannou) reakci. Ta se projevuje bolestí, která se vyskytuje na poškozeném místě. Díky této funkci je zabráněno, aby se postižené místo dále zatěžovalo a přetěžovalo. V případě vyšetření se tento stav ukazuje jako zánět spojený s otokem. Bolest, kterou zánět přináší, napomáhá v hojení na postiženém místě. Zároveň ale snižuje zátěžovou toleranci, což vede k tomu, že tělo má tendenci neubránit se novému zranění.

Může se také stát, že se náš systém příznivě přizpůsobí novému prostředí před tím, než selže; důležitou roli při tomto procesu hraje doba, frekvence a intenzita působení vnějších vlivů. V tomto případě se zvýší hranice tolerance i výkonnost biologického systému.

### 4.1 Anatomie pohybového aparátu

Pohybový aparát dělíme na aktivní a pasivní. Aktivní část aparátu je tvořena příčně pruhovaným svalstvem, které má schopnost kontrakce (smrštění). Díky tomu dochází k cílevědomému pohybu těla nebo jeho částí. Je řízena nervovým systémem.

Pasivní část pohybového aparátu představuje kostra lidského těla. (www.doktor-zdravi.cz)

Gross (2005) naopak nerozděluje pohybový aparát na aktivní a pasivní, ale uvádí, že se skládá z kostí, chrupavek, svalů, šlach, vazů, fascií, synovií a burz. Tento aparát je tvořen měkkými a tvrdými pojivovými tkáněmi, díky nim je struktura celistvá a pohyblivá (dvě základní funkce pohybového aparátu). V mezibuněčných prostorech se nachází pojivý materiál složený z buněk, které zde tvoří vláknitou a základní část mezibuněčné hmoty. Složka vláknitá je kolagenní a elastická.

Existují tři typy mezibuněčných pojiv. Je to kost, chrupavka a vazivo.

**Kolagen** se popisuje jako dlouhý protein, vyskytující se v pojivových tkáních nejčastěji. Fibrily kolagenu jsou pevné a objevují se ve svazcích. Skládá se ze tří propletených řetězců, tvořících šroubovici. Propletení je dáno metabolismem a z části dědičností. V našem těle se převážně vyskytuje kolagen I. a II. typu. I. typ kolagenu najdeme v kostech, vazech a šlachách. Kolagen II. typu objevíme v kloubní chrupavce (hyalinní).

Mezibuněčnou hmotu tvoří kromě kolagenu také další část, a to skupiny (svazky) makromolekul. Významná je kyselina hyaluronová, na kterou se pojí molekuly (proteoglykanů, jen ve chrupavce). Napojení molekul na kyselinu hyaluronovou zajišťuje protein jádra, jež má spojovací funkci.

**Kostní tkáň** je definována jako nejtvrďší a nejsilnější pojivová tkáň. Také je tvořena buňkami (osteoblasty) a mezibuněčnou hmotou. Dvěma třetinami této látky jsou minerální soli (zejména kalciumfosfát), jednu třetinu tvoří vlákna kolagenu.

Na stavbu kosti působí vnější podněty, jako je například zátěž (Wolfův transformační zákon, který zdůvodňuje, jak se chová kost při zatížení v průběhu života).

Kosti rozdělujeme do dvou skupin podle uspořádání fibril:

- a) U lamelárních kostí jsou fibrily uspořádány do lamel (plotének).
- b) U vláknitých kostí se kolagenní fibrily skládají v nepravidelnou síť.

Lamelární kosti se vyskytují u dospělých osob, mezi lamelami se nacházejí osteocyty.

Hlavní složky kosti:

- Hutná kostní tkáň (kortikální) je odolná k zatížení; složena z kolagenních vláken a minerálních krystalů.
- Houbovitá kostní tkáň (spongiózní) přenáší zatížení kloubní plochy na kost kortikální; tvořena kostními trámečky.

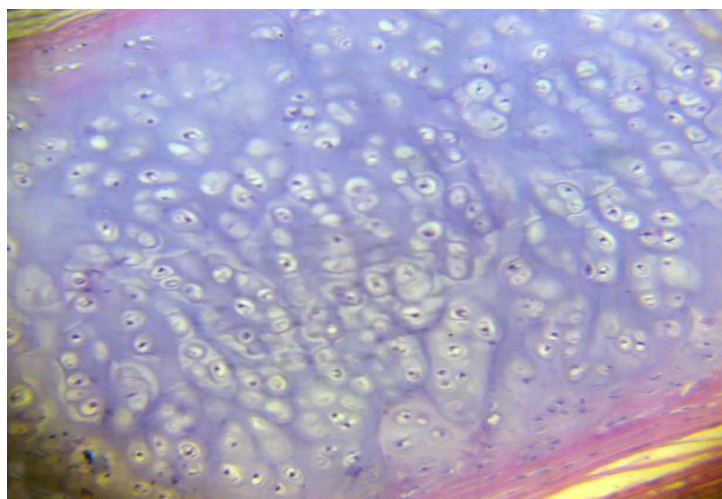
Kosti jsou pokryty okosticí (periostériem).

**Chrupavka** je složena z buněk chondrocytů a chondroblastů, ty vytvářejí mezibuněčnou hmotu. Díky kolagenní složce zvládá chrupavka síly působící zvenčí, proteoglykany zajišťují zadržování vody, odolávají kompresi.

Dle množství buněk, mezibuněčné hmoty a fibril rozlišujeme typy chrupavek:

- Hyalinní chrupavka, nachází se v kloubech.
- Vazivová chrupavka, připojení šlach, vazů a kostí.
- Vazivově-elastická chrupavka, u meziobratlových disků a menisků.
- Embryonální (buněčná), je první chrupavkou, ze které pak vznikají ostatní typy.

Čím je chrupavka starší, tím je křehčí, méně odolná vůči zátěži a náchylnější ke zranění. Důvodem je snížení hladiny vody v chrupavce.



**Obrázek 1. Hyalinní chrupavka (www.lf1.cz)**

## 4.2 Onemocnění kloubů pohybového aparátu

Jak uvádí Špišák (2010), onemocnění pohybového aparátu je nejčastějším ortelem z úst lékařů pacientům jak v České republice, tak celosvětově. Již ve velice dávných dobách existovala snaha o objevení léčby chorob pohybového ústrojí. Právě tyto pokusy byly pozitivní příčinou pro vznik lázeňské léčby.

### 4.2.1 Osteoartróza

Špišák (2010) uvádí, že osteoartróza je degenerativní onemocnění kloubů, které poškozují hyalinní chrupavku a druhotně také samotný kloub. Důvod vzniku nemusí být vždy jasný, jindy za něj může být špatná vrozená pozice kyčelních kloubů. Mezi faktory, zvyšující možnost onemocnění, patří například vysoký věk, vysoká tělesná hmotnost, pohlaví ženy, genetické faktory a samozřejmě také velké namáhání kloubu. Hyalinní chrupavka se stává měkčí, po nějaké době se na ní udělají trhliny a dochází k tomu, že se její povrch olupuje. Tomuto projevu říkáme deskvamace, ta postihuje kloubní pouzdro, které se zesiluje, produkuje více tekutiny, zároveň dochází k poruše vstřebávání a tím pádem neplní svoji funkci.

Tvoří velkou část ze všech chorob pohybového aparátu. Ve věku 55 – 60 let postihuje asi 40% populace a 60% ve věkové kategorii 75 – 84 let.

- Monoartróza – postižen je jen jeden kloub.
- Polyartróza – objevuje se na více kloubech, vykytuje se častěji než monoartróza. Nejčastějším místem postižení je kyčelní a kolenní kloub. U ostatní kloubů jako je kotník, loket, rameno či zápěstí se osteoartróza tak často nevykytuje.

Primární osteoartróza označuje onemocnění, u kterého není známá příčina. U sekundární osteoartrózy je patrná příčina vzniku choroby. Původem pro vznik může být mnoho chorob od poruch metabolismu (např. chondrokalcinóza, dna, hemochromatóza) přes poškození endokrinního systému (např. diabetes mellitus, hemofilie, hypotyreóza) až po neurogení poruchy (např. cévní mozková příhoda).

#### 4.2.1.1 Gonartróza

Gonartróza je artróza kolenního kloubu. Pro její rozvoj hraje velkou roli nadváha.

#### 4.2.1.2 Koxartróza

Koxartróza je artróza postihující výhradně kyčelní kloub. Asi u třetiny nemocných se projeví na obou kloubech, toto označujeme jako oboustranná koxartróza. Tímto onemocněním trpí nejčastěji sportovci a lidé, kteří vykonávají těžkou fyzickou práci.

Projevy: únava, bolesti kloubu, zhoršená chůze, kulhání. Ze začátku se vyskytují po fyzické námaze a po delší době i v absolutním klidu (také v noci). Dochází k omezenému pohybu kloubu, hlavně vnitřní rotace, flexe a abdukce. Svaly stehna a hýždí se oslabují.

Typy koxartrózy:

- Centrální.
- Postižena horní vnější část kloubu.
- Postižena dolní vnitřní část kloubu.

Léčebný postup:

- Konzervativní.
- Medikamentózní.
- Operační.

Při terapii operací je podstatné zákrok neodkládat, jít na něj včas. Čím mají pacienti vyšší věk, tím více komplikací, znemožňující operaci, se může objevit. Nejčastěji to bývá výskyt srdečních vad či neurologických potíží. V případě, že se operace kvůli těmto obtížím nemůže uskutečnit, jsou nemocní lidé odkázáni pouze na medikamentózní léčbu. U jedinců mladšího věku se většinou provádějí různé korekce kloubu, starší pacienti zpravidla podstupují aloplastiku kloubu, tj. nahrazení postiženého kloubu umělým materiálem.

## 4.2.2 Chronická zánětlivá onemocnění

Jak uvádí Vokurka, Hugo (2006), chronické onemocnění je trvalého a zdlouhavého rázu, neprojevuje se tak prudce jako akutní choroby. Příčiny jsou vleklé, v některých případech stěží patrné, jindy se rapidně zhoršují. Některé nemoci mají chronický charakter od začátku (například revmatoidní artritida), ostatní se chronickými stávají po neléčených či opakujících se akutních chorobách (například chronický zánět průdušek). Chronické onemocnění poškozují lidský organismus a vnitřní orgány (například chronický zánět ledvin).

### 4.2.2.1 Artritida

Špišák (2010) popisuje **revmatoidní artritidu** jako nemoc, která postihuje ve většině případů malé klouby horních i dolních končetin, výjimečně i velké klouby. Vyznačuje se progresivními stavy. Projevuje se poruchou chrupavky, deformací kloubů, svalovou atrofií (ztenčením), osteoporózou (řidnutím kostí) a omezením pohybu dotyčných kloubů. Cílem je zmírnění bolesti, udržet stav svalů nebo pokud možno jej zlepšit. Léčí se pomocí koupelí, peloidními zábaly, masážemi, kryoterapií, ultrazvukem, elektroterapií a kinezioterapií. Spolu s touto léčbou pacienti užívají medikamenty (konkrétně antiflogistika).

Kačinetzová (2003) doplňuje, že revmatoidní artritida je choroba postihující především ženy, v porovnání s muži jí trpí třikrát více. Celosvětově se toto onemocnění vyskytuje asi u 1 % obyvatel, v České republice je sto tisíc nemocných s revmatoidní artritidou. Tato choroba se vyznačuje tím, že ve většině případů nepostihuje pouze jeden kloub, ale více. Jde o tzv. symetrické postižení kloubů, postihuje zejména stejné klouby (obě zápěstí, oba kolenní klouby). Dalším znakem je ztuhlost kloubů po ránu. Čím déle jsou ztuhlé, tím více je nemoc klouby prostoupena. Při postupu nemoci mohou být postiženy i vnitřní orgány těla (hlavně srdce a plíce), dalším důsledkem je například zhoršení zraku.

Špišák (2010) uvádí možnou variantu revmatoidní artritidy, a to **juvenilní revmatoidní artritidu**, což je onemocnění trvající minimálně tři měsíce, častá je recidiva (návrat) choroby. Postižení jsou pacienti mladší 16 let.



Kačinetzová (2003) popisuje, že **psoriatická artritida** se vyskytuje většinou dohromady s lupénkou. Objevit se může ale i u těch lidí, v jejichž rodině se lupénka vyskytuje, i když pacienti sami jí netrpí. Tento zánět kloubů zřídka lupénku předchází. Původ choroby je zakotven v genetice, jinými příčinami jsou infekce či vlivy stresu. Psoriatická artritida postihuje především malé klouby horních a dolních končetin, výjimkou však není ani postižení velkých kloubů. Léčení se provádí pomocí medikamentů, pacienti užívají nesteroidní antirevmatika.

**Reaktivní artritida** vzniká jako odezva na podnět, v tomto případě infekci. Ta se dostane buď do kloubního pouzdra nebo do tekutiny uvnitř kloubu, avšak se dále nemnoží a tím pádem nevytváří hnis. Tento typ zánětu kloubů se projevuje cca do tří týdnů po zasažení těl infekcí, především po střevní, močové nebo pohlavní. Náchylnější k tomuto onemocnění jsou mladší muži. Choroba postihuje kolena, kotníky a malé klouby horní končetiny. Stejně jako u psoriatické artritidy se nemocní lidé léčí nesteroidními antirevmatiky. Dále jsou pacientům podávána antibiotika a v určitých případech se lokálně aplikují kortikosteroidy. Spolu s psoriatickou artritidou patří do kategorie séronegativních (při vyšetření se neprokáží revmatoidní faktory v séru) artritických onemocnění.

#### 4.2.2.2 Koxitida

Kačinetzová (2003) jako další chorobu pohybového aparátu uvádí koxitidu. Jedná se o zánět kloubu kyčelního. Existují dva typy této nemoci, záleží na příčině, která ji způsobila.

**Revmatoidní koxitida** je zánětlivé onemocnění kyčelního kloubu bez přítomnosti infekce nebo mechanického přetěžování. Příčinou je nesprávná reakce imunitního systému na vlastní tělo. Důsledky této choroby se mohou projevit i na orgánech uvnitř těla. Revmatoidní koxitida se projevuje bolestí, kloub je nateklý, teplý a zčervená.

**Infekční koxitidu** způsobuje infekce. Typické znaky nemoci jsou silné bolesti kyčelního kloubu, zvýšená tělesná teplota a různé nálezy, které se zjišťují laboratorním vyšetřením. Infekcí mohou nejčastěji onemocnět lidé, jejichž imunita je oslabena, dále pacienti, léčící se s diabetem mellitem či nemocní s tuberkulózou (i vyléčení). Ohrožená je dále skupina alkoholiků. Léčba probíhá za pomoci antibiotik.

#### 4.2.2.3 Sklerodermie

Dále Špišák (2010) charakterizuje jinou nemoc, sklerodermii. Jde o zánětlivou chorobu, která vede ke ztuhnutí pokožky. Dochází ke zhuštění vaziva v organismu a atrofii (ztenčení). V kůži se tvoří více kolagenu. Rozlišujeme dva typy:

**Lokalizovaná sklerodermie** se projevuje ve formě skvrn či pásu na pokožce, postižena je jak kůže, tak i tkáň pod ní.

**Systémová sklerodermie** kromě pokožky postihuje také vnitřní orgány. Časté jsou známky projevu, jako například hypertenze (vysoký krevní tlak), potíže s dýcháním nebo pálení žáhy.

#### 4.2.2.4 Bechtěrevova choroba

Tato nemoc patří podle Kačinetzové (2003) do kategorie spondylartritid. Jedná se o Bechtěrevovu chorobu, při níž bývá postižena oblast bederní páteře, dále klouby křížokýčelní a ramenní. Na rozdíl od revmatoidní artritidy, která postihuje častěji ženy, u Bechtěrevovy nemoci je to přesně naopak. Onemocnět mohou lidé od pubertálních let až do důchodového věku. Nemocní si většinou stěžují kromě bolesti kyčlí také na citlivé paty a Achillovy šlachy. V důsledku choroby dochází k zvápnění vazů, které pojí páteřní obratle. Dalším projevem je zánik křížokýčelních kloubů. Bederní lordóza se vyrovnává. Hrudní kyfóza se zvětšuje, patrný je velký hrbol. Kromě viditelných potíží se přidávají k nemoci i komplikace spojené s dýcháním. A to zejména v případě, pokud se zánět objevil i na kloubech, které pojí dohromady žebra s hrudní kostí neboli sternem. Z toho vyplývá, že hrudní koš u člověka trpícího Bechtěrevovou chorobou se nemůže rozpínat a zmenšovat při dýchání do normálních stavů, jako je tomu u zdravých lidí. V některých případech se mohou objevit dokonce i problémy se srdcem, například arytmie (porucha srdečního rytmu) či zánět na aortě, a také poškození očí, konkrétně duhovky. Léčba se provádí léčebnou tělesnou výchovou, jejímž cílem je předejít ztuhnutí páteře. Jiná forma léčení je medikamentózní, kdy pacienti užívají antirevmatika. Při těžkém zánětu mohou být doporučeny i kortikosteroidy.

## **4.2.3 Metabolické choroby**

### **4.2.3.1 Dnavá artritida**

Špišák (2010) popisuje, jak vzniká dnavá artritida. Děje se to vlivem hyperurikemie, což je zvýšené množství kyseliny močové v krvi. Ta je spojována s porušením tkání kloubů, vede k tvorbě krystalů ve tkáních. A tím pádem může dojít ke zrodu dny. Dnavá artritida se léčí medikamenty, doporučená je dieta. Vhodné jsou i balneologické koupele, avšak léčba musí být prováděna bez rozdílů teploty vod.

### **4.2.3.2 Chondrokalcinóza**

Chondrokalcinóza je další metabolickou poruchou. Při ní se do hyalinní a vazivové chrupavky ukládají soli fosforečnanu vápenatého. Projevem může být až destrukce kloubů.

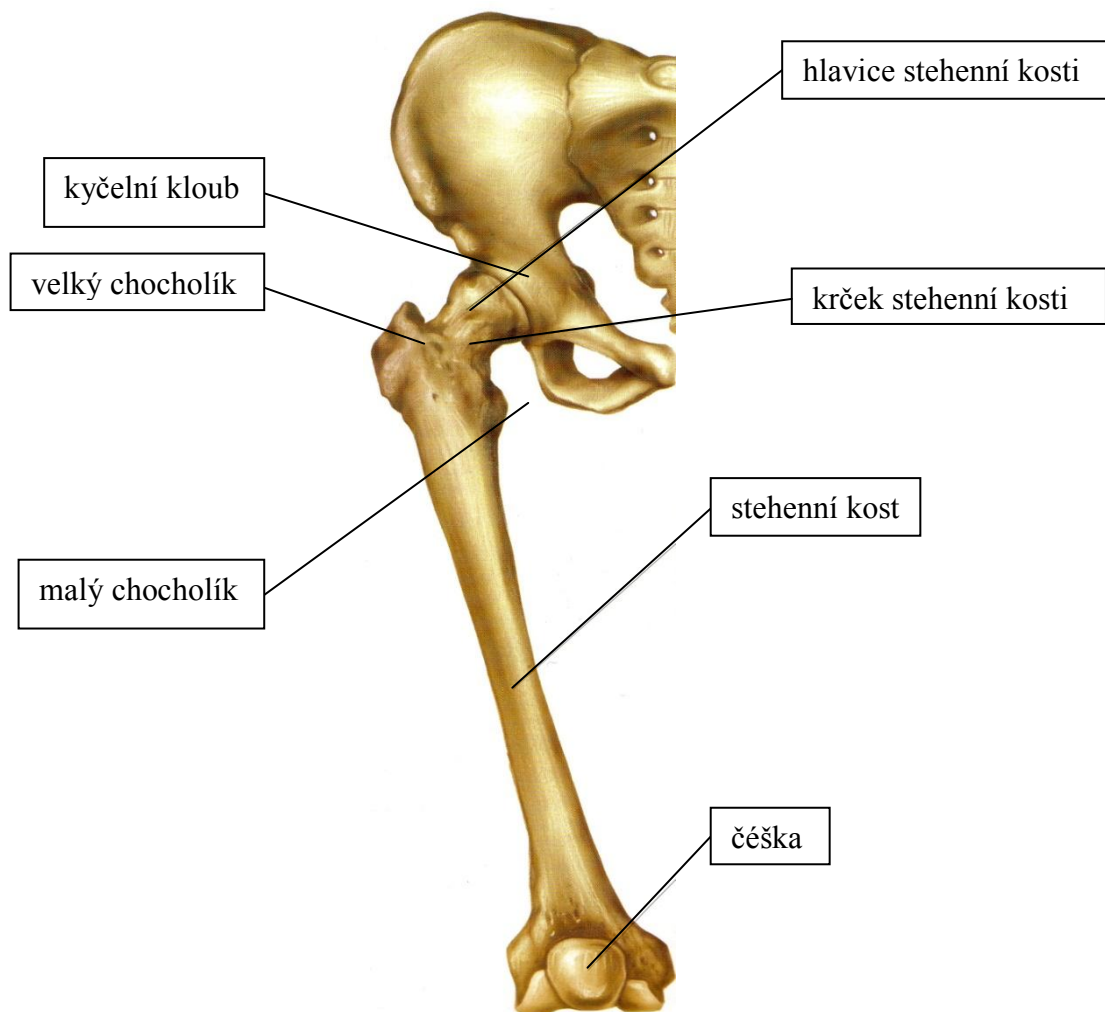
### **4.2.3.3 Ochronóza**

Ochronóza je vrozená porucha. Při alkaptonurii (dědičná choroba s poškozenou přeměnou aminokyseliny na tyrosin) se vylučuje do moči kyselina homogentizová, pigment se dostane do kloubních chrupavek, páteře a blízkých tkání. Proto je toto onemocnění typické hnědým zbarvením postižených míst.

### 4.3 Anatomie kyčelního kloubu

Gross (2005) definuje kyčelní kloub jako spojnici mezi pánevní kostí a stehenní kostí. Popisuje se jako velký kloub kulovitého tvaru s hlubokou jamkou. Tento kloub nám poskytuje poměrně velkou možnost pohybu. Nejčastějšími důvody poškození kyčelního kloubu jsou chronická přetížení či úrazy.

Doskočil (1995) vysvětluje, že kyčelní kloub díky svému tvaru umožňuje addukci (přitažení) okolo 30° a abdukci (odtažení) asi 45°. Rozsah flexe (ohnutí) je rozdílný, pokud se jedná o flexi ventrální (přední), jde o rozsah až 140°. Jestliže jde o flexi dorzální (zadní), rozsah je 15°. Dále je kloub schopen provádět cirkumdukci (kroužení) a rotaci (otáčení).



**Obrázek 2. Stehno a koleno (Vigué; Orte, 2005)**

Doskočil (1995) uvádí, že v **kloubní jamce** se v době růstu nachází ypsilonová chrupavka, která plní růstovou funkci a nazýváme ji bipolární fýza. Vzhledem k tomu, že růstová chrupavka odděluje stehenní kost od krví zásobenou kloubní hlavici, jsou po období růstu zdrojem prokrvení tepny a cévy. Když růstová chrupavka zanikne (po ukončení růstu), cévní zásobení hlavice probíhá přes krček a diafýzu stehna (femuru). Na téměř celém dně kloubní jamky se nachází chrupavka. Místo, kde chrupavka chybí, je vyplněno polštářem tuku. Chrupavkou je také pokryta kloubní plocha, která je vytvarována jako měsíc (po novu). Ostrá hrana ohraničuje kloubní jamku. Její okraj se však nenachází po celém obvodu acetabula (kloubní jamky).

**Hlavice** kloubu kyčelního leží na stehenní kosti v oblasti krčku. Je z části pokryta kloubní plochou, která zabírá dvě třetiny kloubní hlavice. Malé děti mají kloubní hlavici celou chrupavčitou, proto je pružná, ale na druhou stranu může lehce dojít k jejímu poškození.

**Pouzdro kloubu** je silné, robustní. Sahá od pánve po krček femuru (stehna), nenachází se však okolo celého krčku. Pouzdro zesilují čtyři vazy (ligamenty).

Čihák (2001) popisuje blíže tyto vazy. **Ligamentum iliofemorale** je nejsilnějším vazem v lidském těle. Nachází na přední straně kyčelního kloubu. Ukončuje napřímení kloubu a zamezuje záklonu trupu vůči stehenní kosti. **Ligamentum pubofemorale** se rozbíhá od ramene stydké kosti po přední stranu kloubního pouzdra. Omezuje zevní otáčení a odtažení kyčelního kloubu. **Ligamentum ischiofemorale** se nachází na zadní straně kloubu. Omezuje vnitřní otáčení a přitažení kloubu. **Ligamentum capitis femoris** je tenký vaz uvnitř kloubu.

Doskočil (1995) píše, že okolo krčku se ještě vyskytuje vazivový prstenec (zona orbicularis), který je složen z vláken vazů, které posilují pouzdro. Krček dále kryje synoviální vrstva, jež na stehně tvoří řasy (retinacula).

Příčina rychlejšího opotřebení kloubu v porovnání s ostatními spočívá v tom, že hmotnost těla na kloub působí jak staticky (stání), tak dynamicky (běh, chůze).

Jak uvádí Parramón (1998), stehenní kost je největší a nejsilnější kostí z celého těla člověka. Právě díky kyčelnímu kloubu může provádět různé pohyby, avšak ve srovnání s kostí pažní není stehenní kost až tak pohyblivá. V blízkosti krčku kosti stehenní se nacházejí dva hrboly, malý a velký chocholík. Na vnější straně kosti stehenní leží velký chocholík, jenž určuje šířku kostry v oblasti kyčelní.

Vigué, Orte (2005) dodávají, že malý chocholík je výstupkem na vnitřní straně stehenní kosti pod krčkem. Není tedy možné jej palpovat. Na malý i velký chocholík se upínají skupiny svalů. Dále popisují krček kosti stehenní jako nejužší část válcovitého tvaru na horním konci kosti stehenní. Na krček se upínají svaly, vazy a také kloubní pouzdro.

### **4.3.1 Jak rozpoznat nezdravý kyčelní kloub**

Kačinetzová (2003) vysvětluje, že diagnostikovat onemocnění kyčelního kloubu není zprvu vždy jednoduché. Je to způsobeno tím, že lidé, jež postihlo určité onemocnění kyčelního kloubu, si stěžují na bolesti v různých místech. Většinou se bolest dostává k tříslu, méně frekventovaná bolest se objevuje v oblasti hýždí či zevní straně femuru (kosti stehenní). Dále se může onemocnění kyčelních kloubů projevovat až bolením kolenních kloubů nebo jejich blízkosti. Z tohoto důvodu je podstatné, že neprokáže-li se choroba kloubu kolenního, pozornost lékařů se přesunuje na zkoumání možného onemocnění kloubu kyčelního.

Pro správnou diagnózu nemoci je třeba znát povahu bolestí. Jde-li o zánětlivé onemocnění, pacient pociťuje bolest, když je v klidovém stádiu, tedy v noci. Díky zánětu v kloubu dochází z tohoto důvodu k probouzení postiženého. Jinou podstatu má mechanické poškození, u kterého platí, že čím více je kloub namáhán (např. sportem, stáním či vykonáváním fyzicky náročné práce), tím větší je bolest.

### 4.3.2 Operace kyčelních kloubů

Matouš, Matoušová, Kučera (2005) tvrdí, že nejčastějšími příčinami, které vedou k nutné náhradě kyčelního kloubu, jsou fraktury (zlomeniny) kyčelního kloubu, zejména krčku femuru (stehenní kosti), dále koxartrózy, zánětlivá revmatická onemocnění či přítomnost nádoru na stehenní kosti.

Vaverka (2006) dodává, že čím dříve se stanoví léčebný postup, tím je větší šance na kladný výsledek. Proto v současné době nejsou operováni jen starší lidé. Opomíjení a neléčení choroby vede ke zhoršení stavu a také potížím, které se mohou projevit až s odstupem let.

Sosna, Pokorný, Jahoda (2003) uvádějí, že nahrazování poškozeného kloubu endoprotézou patří dnes mezi nejčastěji prováděné operace. Roste počet onemocnění, které se řeší tímto chirurgickým zákrokem, vznikají nové typy kloubních náhrad a také technika operací se pořád vyvíjí, zlepšuje. Ovšem stoupá i množství případů, kdy je potřeba provést výměnu umělé náhrady z důvodu opotřebení, uvolnění endoprotézy z kosti nebo obtíží způsobených infekcí.

#### 4.3.2.1 Typy endoprotéz

Vaverka (2006) rozlišuje kloubní náhrady podle stylu upevnění na necementované, cementované a hybridní. Z hlediska velikosti nahrazované plochy dělí endoprotézy na povrchové, cervikokapitální (vyměněna je jen hlavice kosti stehenní), anatomické a totální (nejběžnější; nahrazena je hlavice stehenní kosti i kloubní jamka).

Sosna, Pokorný, Jahoda (2003) popisují blíže způsoby fixace umělých kloubních náhrad. Cementované endoprotézy se ke kostnímu lůžku upevňují tzv. kostním cementem (metylakrylátem), což je materiál, který rychle tvrdne. Necementované kloubní náhrady, označované též někdy jako bezcementové, se fixují ke kosti bez použití metylakrylátu, a to díky jejich tvaru a tomu, že se mechanicky upravuje povrch endoprotézy v místě styku s kostním lůžkem.



**Obrázek 3. Necementovaná endoprotéza ([www.sportklinik.de](http://www.sportklinik.de))**

#### 4.3.2.2 Složení endoprotézy

Sosna, Pokorný, Jahoda (2003) vysvětlují, že umělá kloubní náhrada je tvořena **dříkem**, což je ta část, která se umísťuje do stehenní kosti (dřeňového kanálu). Materiálem, který se používá při výrobě, jsou velice pevné slitiny kovů, jež organismus dobře snáší. Zevnějšek dříku je buď lehce narušen (zdrsněn), nebo se na něj používá speciální nástřík hydroxiapatitu. Obě metody vedou kostní tkáň k tomu, aby prorůstala do vzniklých miniaturních rezerv na endoprotéze. Na krček (horní část) dříku se připevňuje **hlavička**, která je vyrobena buď ze zvláštní keramiky nebo ze stejného materiálu jako dřík. Podstatným znakem hlavičky je, že musí být co nejvíce hladká, protože nedokonalá hladkost by způsobila opotřebení vložky v jamce kyčelního kloubu. **Jamka** endoprotézy může být různých tvarů, například kuželovitých (kónických) či polokulovitých (sférických). Kloubní jamky, které jsou fixované pomocí kostního cementu, jsou vyrobené z jednoho kusu polyetylenu. Necementované jamky tvoří kovový díl, do něhož se vkládá polyetylenová vložka. Tento materiál se velmi snadno opotřebovává protichůdnou hlavičkou (i když je velice hladká), proto je třeba mít na paměti, že se kloub nesmí příliš zatěžovat. Provádět by se měly jen doporučené cviky, které posilují svaly dolní končetiny a nijak nepoškozují funkci nového umělého kloubu. Sférické necementované kloubní jamky se fixují přesným zaražením do precizně vyfrézovaného kostního lůžka. U necementovaných kloubních jamek kónického tvaru existují dva principy upevnění. V prvním případě je umělá kloubní jamka do kosti našroubována díky lamelám tvořícím závit, v případě druhém je jamka do kostního lůžka vložena a roztažena.



#### 4.3.2.3 Příprava na operaci

Jak uvádí Matouš, Matoušová, Kučera (2005), na operaci je v naší republice většinou několikaměsíční čekací doba, během níž se postižený připravuje jak fyzicky, tak psychicky. Před nástupem na chirurgický zákrok je pacientům doporučováno, aby zvýšili svou pohybovou aktivitu, osvojili si cviky, kterými si zvýší kondici a budou jim ku prospěchu i po provedení operace a pravidelně (každý den) je prováděli. U osob se zvýšenou tělesnou hmotností je rovněž vhodné přejít na zdravý způsob stravování, jenž by měl nemocnému zajistit ztrátu několika kilogramů. Kyčelní kloub, jenž má být operován, by jinak byl zbytečně zatěžován a mohla by se také zkrátit životnost umělého kloubu. Potřebné je absolvovat kompletní předoperační vyšetření. Rozhodne-li lékař, že přijatelná by byla autotransfuze, musí pacient několikrát přijít na krevní odběry (většinou se jedná o tři návštěvy).

Ještě než pacient odjede na provedení operace, je dobré vybavit domov pomůckami, díky kterým se dotyčný bude moci po zákroku vracet do normálního života. Tato příprava je nejen praktická, ale pomůže nemocnému i po psychické stránce, nebude mít pocit bezmocnosti spojený s vidinou, že bude občas sám doma. Existují různé pomůcky, které v domě nesmí po operaci chybět. Toaletu vybavíme nástavcem na WC a ideálně dvěma madly k přidržování, aby operovanému kloubu bylo odlehčeno. Do koupelny pořídíme protiskluzovou podložku, kterou položíme jak na zem, tak do sprchového koutu či vany. Pokud máme koupelnu, kde se nachází pouze vana, připevníme na ni sedací desku a zajistíme proti pohybu. Ani zde samozřejmě nesmějí chybět madla.



**Obrázek 4. Nástavec na WC ([www.zdravotnicke-potreby.com](http://www.zdravotnicke-potreby.com))**

Pro pohodlné a léčení prospívající sezení operovanému obstaráme sedák, který se jednoduše položí na židli. Pacientova postel také vyžaduje správnou, tj. větší výšku než před operací. Aby se nemocný o sebe dokázal sám co nejdříve postarat, je vhodné zakoupit i maličkosti, které mu zjednoduší každodenní aktivity, jež jsou pro zdravého člověka rutinní. Mezi ně patří například boty bez tkaniček, dlouhá lžice k obouvání či oblékač ponožek.

#### 4.3.2.4 Způsoby provedení operace

Sosna, Pokorný, Jahoda (2003) uvádějí, že po dohodě pacienta s operujícím lékařem a anesteziologem se rozhodne o formě anestezie. V případě **lokální anestezie** se vpichem injekce v oblasti páteře znečitlivuje dolní část těla. Pacient také dostává léky, které tlumí vnímání. Tento způsob anestezie je poměrně šetrný, ale nemohou ho podstoupit všichni operovaní. Pro ně existuje další metoda, **celková anestezie** (narkóza). Po usnutí pacienta je mu ústy zavedena trubička do průdušnice, která zajistí bezpečné dýchání. Nutné léky jsou podávány nitrožilně.

Vaverka (2006) vysvětluje, jakými nejčastějšími styly se provádějí chirurgické zákroky na kyčelním kloubu.

**Aloplastika** náleží k velmi častým způsobům operace. Užívá se jí u koxartrózy, revmatoidních artritid, dále po úrazech kyčelního kloubu či nádorových onemocnění horní části kosti stehenní. Poškozená hlavice a jamka kloubu se kompenzuje umělou náhradou, kterou nazýváme endoprotéza.

**Osteotomie** se provádí při špatném postavení dolní končetiny, kdy je na kloub vyvíjena nesprávná zátěž, čímž by mohlo dojít ke kloubní deformaci. Jde o protnutí či seříznutí kostí nedaleko od kyčelního kloubu, jak na pánvi, tak na kosti stehenní.

**Plastika stříšky** se provádí při sníženém krytí kloubní hlavice. Ze stehenní kosti v blízkosti kyčelního kloubu se odebere kostní štěp, ten se vloží do kloubní hlavice, která však nesmí být velmi poškozená.

Dungl (2005) vysvětluje, že **acetabuloplastika** je operace, při které se pozměňuje nahnutí kloubní jamky, formuje se strop zvětšeného acetabula (kloubní

jamky). Zlepšuje se tím krytí hlavice, zmenšuje kapacita kloubní jamky. Tím pádem dochází ke shodě mezi jamkou a hlavicí.

Kačinetzová (2003) uvádí ještě další možnou chirurgickou léčbu postiženého kyčelního kloubu, a to **artrodézu**. Při ní se hlavice kosti stehenní upevní k pánvi, čímž je znemožněn pohyb kloubu. Všechny části tvořící kloub jsou zpevněny kovovou hmotou. Tento způsob operace se provádí v tom případě, pokud do kostí nelze vložit endoprotézu (kostra je chatrná). Zákroků, uskutečněných touto formou, se příliš mnoho nevyskytuje. Pacienti, kteří ji podstoupili, na rozdíl od těch, kterým byla do těla voperována kloubní náhrada, mohou kyčelní kloub plně zatěžovat například fyzickou prací ve stoje či kleku, sportem apod.

#### 4.3.2.5 Poúrazové a pooperační stavy

Špišák (2010) uvádí, že po úrazu či operaci je důležitá následná rehabilitace a balneologie. Mělo by díky těmto terapiím dojít ke zlepšení hybnosti kloubů a svalů v postiženém místě. Jedná se o situace, kdy dojde k celkové náhradě kloubu za umělý (endoprotéza) nebo stavy po frakturách (zlomeninách). Ohled musí být brán na zdravotní stav jedince, čili na jeho jiné nemoci nezpůsobené zákrokem či úrazem.

S tímto souhlasí i Matouš, Matoušová, Kučera (2005) a dodávají, že první dny po zákroku nesmí postižený operovanou nohu překřížit ani vytočit (špičkou od těla), mohlo by se stát, že endoprotéza by se vykloubila. Aby k tomu nedošlo nevědomě, má každý při ležení na boku mezi stehny vložen ortopedický klín. Po několika dnech začíná pro pacienta rehabilitace, která je řízena zdravotnickými pracovníky. Provádí se cvičení svalů horních i dolních končetin, čímž operovaný kloub nabývá na své hybnosti. Rovněž se nacvičuje sedání, uléhání na lůžko a chůze s podpažními berlami.

Po propuštění pacienta z nemocnice do domácího prostředí je důležité pokračovat se cvičením, které mu bylo doporučeno. Pravidelný pohyb zajišťuje správnou funkci umělého kloubu. Lidé, kteří podstoupili endoprotézu, si ale musí uvědomit, že se musí začít v určitém směru šetřit. Nevhodné jsou například tyto činnosti: sporty, při kterých je na klouby kladena velká zátěž, dále dlouhá chůze po nerovném povrchu, práce na zahradě v předklonu. Rovněž se nedoporučuje provozovat aktivity, při kterých hrozí zranění nebo pád, nežádoucí je též dlouhodobé sezení.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1 Metodika práce

Výzkum jsem prováděla pomocí dotazníkového šetření. Výhodou je zde anonymita, jasně a stručně zformulované otázky, tedy i poměrně časová nenáročnost. Nestandardizovaný dotazník je tvořen sedmnácti otázkami. Při jeho sestavování jsem zkombinovala otázky s uzavřenými (odpovědi jsou předem dané, vybírá se některá z nich) a otevřenými (dotazování na ně reagují vlastními slovy) odpověďmi. První dva dotazy směřují na pohlaví a věk respondentů, ostatní jsou zaměřené k tématu bakalářské práce. Celkově jsem rozdala 100 dotazníků k vyplnění, z nichž se mi vrátilo 93 vyplněných dotazníků. Průzkumu se zúčastnilo 43 mužů a 50 žen, nejmladšími respondenty byli dva lidé ve věku do 30 let, nejstarším dotazovaným, jichž byla většina (41 lidí), bylo více než 60 roků.

Vzhledem k tomu, že dotazníkem jsem zjišťovala, jestli jsou lidé spokojeni s lázeňskou péčí a službami, šetření bylo zaměřené pouze na osoby, které se v lázních již léčily. Průzkum jsem prováděla v různých léčebných zařízeních na Moravě. Nejprve jsem dotazník přinesla do vyškovské nemocnice na rehabilitační oddělení, kde jej někteří pacienti sami a dobrovolně vyplnili. Vyplněných dotazníků ale nebylo mnoho, po této zkušenosti zjistila, že lepší bude osobní kontakt s respondenty. Rozhodla jsem se proto o vyplnění dotazníků respondenty sama žádat a případně poradit s nejasnostmi. Takto jsem provedla výzkum v Karviné-Darkově, Hodoníně a na rehabilitačním oddělení Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně.

Výsledky dotazníkového šetření jsem zpracovala ve formě tabulek a grafů.

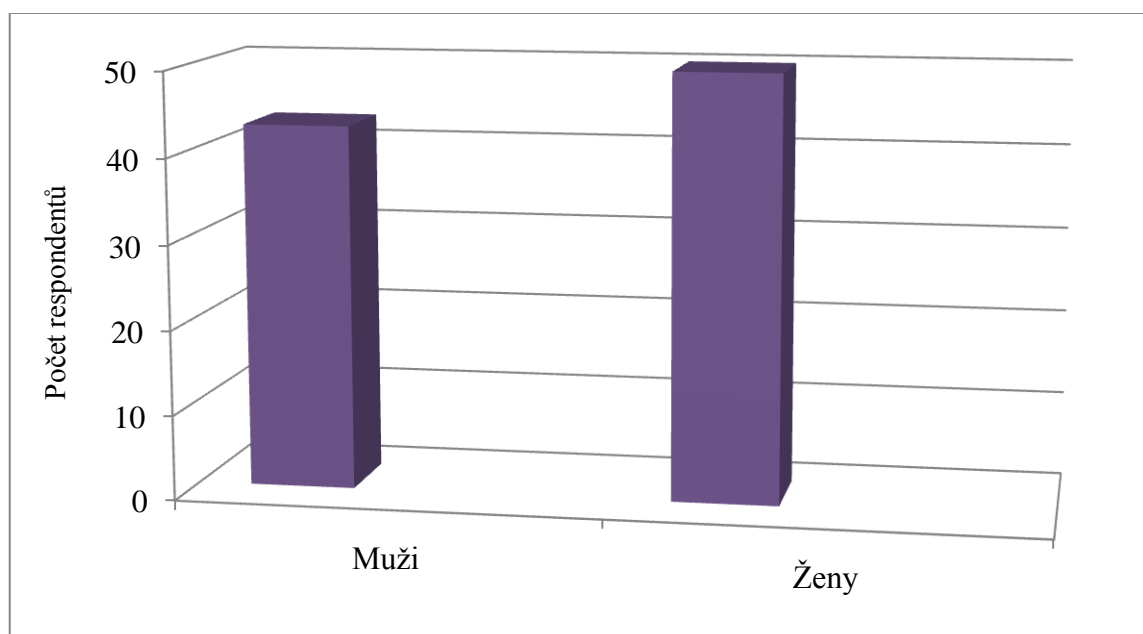
## 2 Interpretace výsledků

### Otázka 1 Jste muž nebo žena?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Odpovědi	Pohlaví respondentů	
	n	%
Muž	43	46,2
Žena	50	53,8
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 1 Pohlaví respondentů



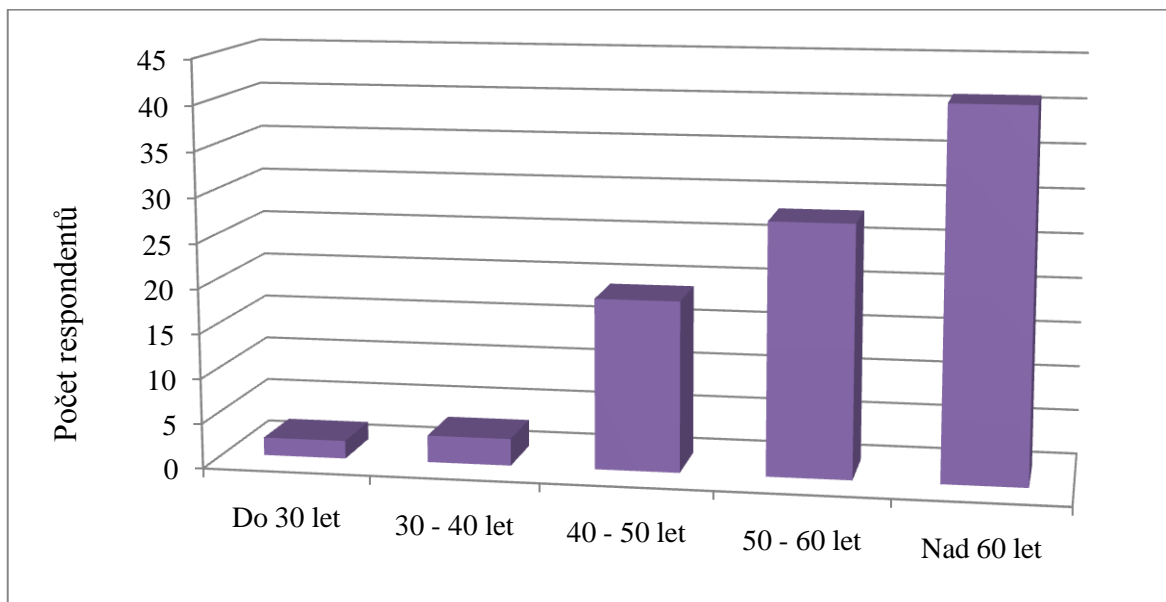
Z grafu vyplývá, že vyplňování dotazníku se zúčastnilo celkem 93 respondentů, z toho 43 mužů (46,2%) a 50 žen (53,8%) (viz tabulka 1, graf 1).

## Otázka 2 Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk respondentů

Odpovědi	Věk respondentů	
	n	%
do 30 let	2	2,1
30 – 40 let	3	3,3
40 – 50 let	19	20,5
50 – 60 let	28	30,1
nad 60 let	41	44
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 2 Věk respondentů



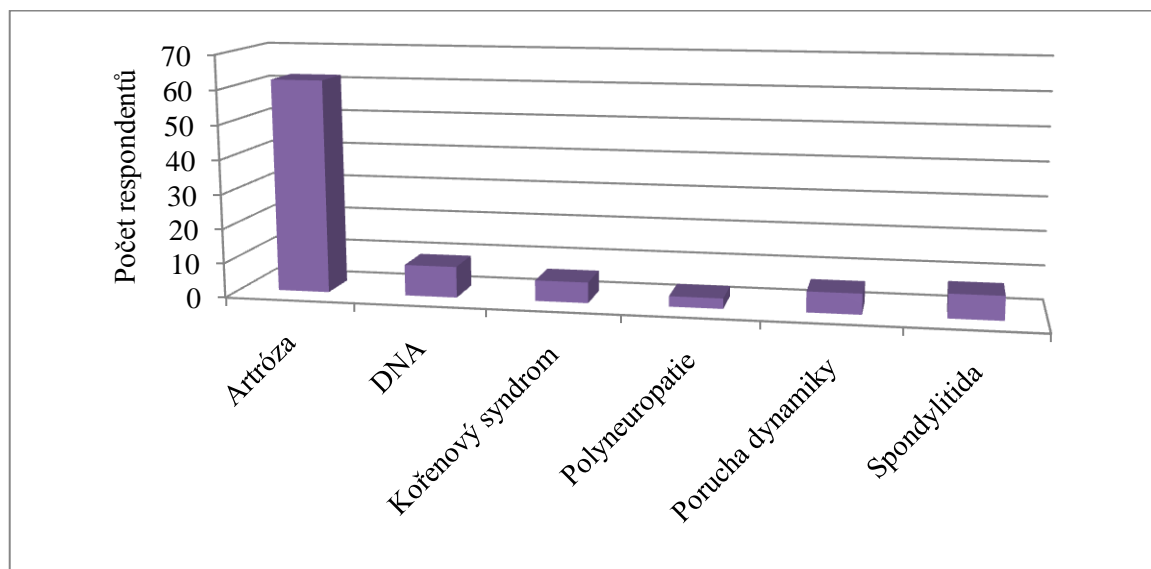
Z grafu vyčteme, že v kategorii do 30 let, jsou 2 respondenti (2,1 %). Ve skupině 30 – 40 roků jsou 3 dotazovaní (3,3 %). Více je zastoupena věková kategorie 40 – 50 let, kterou uvedlo 19 lidí (20,5 %). Předposlední možnost, 50 – 60 let, zaškrtno 28 respondentů (30,1 %). Více než 60 roků je 41 lidem (viz tabulka 2, graf 2).

### Otázka 3 Jakou Vám lékaři diagnostikovali nemoc?

Tabulka 3 Diagnostika nemoci

Odpovědi	Diagnostika nemoci	
	n	%
Artróza	62	66,7
DNA	9	9,6
Kořenový syndrom	6	6,5
Porucha dynamiky	6	6,5
Spondylitida	10	10,7
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 3 Diagnostika nemoci



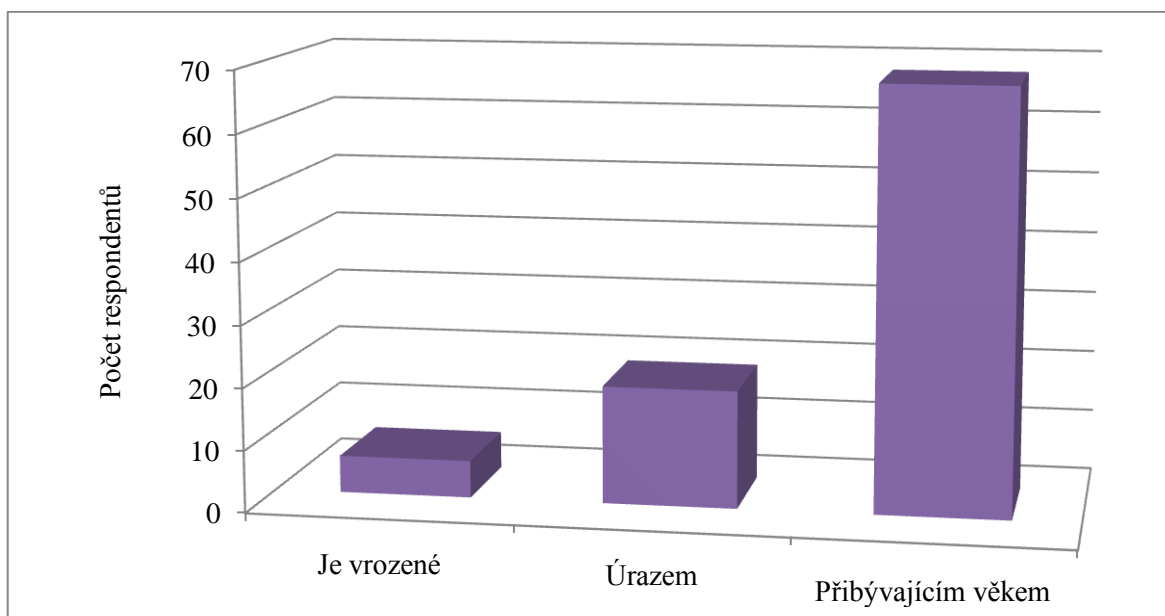
Tato otázka měla otevřené odpovědi. Graf ukazuje, že nejčastější nemocí je artróza, zvolilo ji 62 respondentů (66,7%). Spondylitidu uvádí 10 lidí (10,7%). 9 dotazovaných (9,7%) uvedlo, že trpí dnou. Poruchu dynamiky a kořenový syndrom zaškrtno shodně 6 respondentů (6,5%) (viz tabulka 3, graf 3).

## Otázka 4 Čím Vaše onemocnění vzniklo?

Tabulka 4 Vznik onemocnění

Odpovědi	Vznik onemocnění	
	n	%
Je vrozené	6	6,5
Úrazem	19	20,4
Přibývajícím věkem	68	73,1
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 4 Vznik onemocnění



Z grafu můžeme vyčíst, že vrozenou chorobu má pouze 6 dotazovaných (6,5 %). Odpověď, že nemoc je způsobena úrazem, využilo 19 respondentů (20,4 %). Z grafu vidíme, že nejčastější odpovědí byla nemoc pohybového aparátu zapříčiněná přibývajícími léty. Tuto možnost zvolilo 68 lidí (73,1 %) (viz tabulka 4, graf 4).

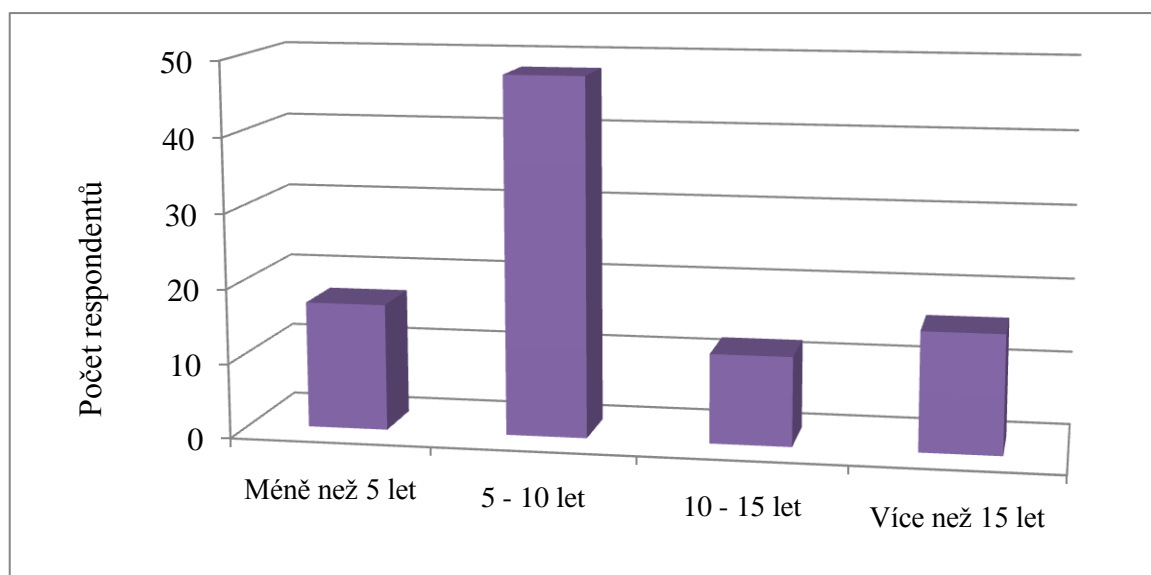


## Otázka 5 Kolik roků se léčíte?

**Tabulka 5 Doba léčení**

Odpovědi	Doba léčení	
	n	%
Méně než 5 let	17	18,3
5 – 10 let	48	51,6
10 – 15 let	12	12,9
více než 15 let	16	17,2
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**Graf 5 Doba léčení**



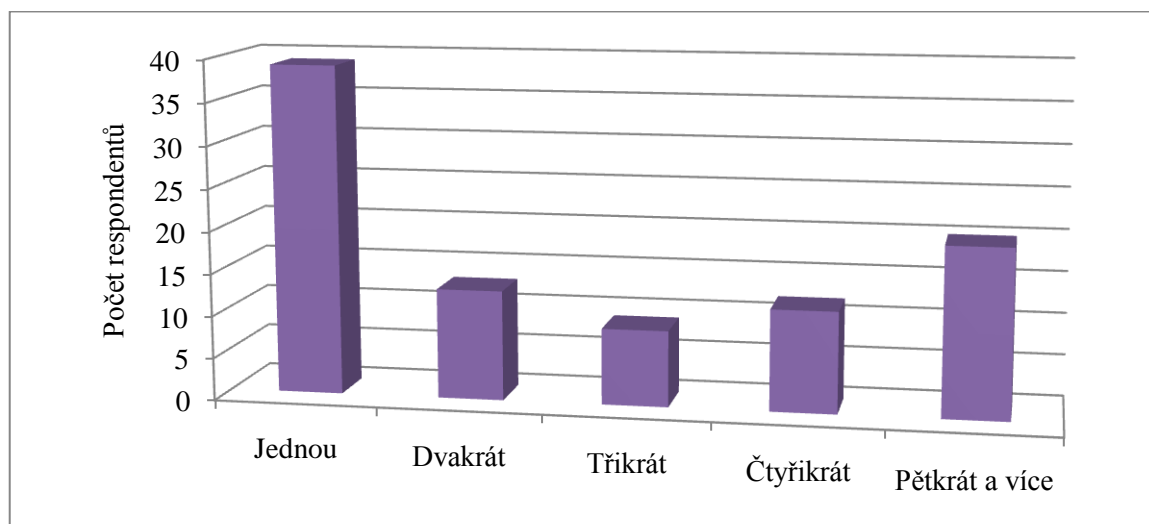
Graf ukazuje, že 17 dotazovaných (18,3%) uvedlo dobu jejich léčení kratší než 5 roků. 5 – 10 let se léčí 48 respondentů (51,6%). Odpověď 10 – 15 let uvedlo 12 lidí (12,9%). Déle než 15 let je nemocných 16 respondentů (17,2%) (viz tabulka 5, graf 5).

## Otázka 6 Kolikrát jste během této doby byl/a v lázních?

Tabulka 6 Návštěvnost lázní

Odpovědi	Návštěvnost lázní	
	n	%
Jednou	39	41,9
Dvakrát	13	14
Třikrát	9	9,7
Čtyřikrát	12	12,9
Pětkrát a více	20	21,5
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 6 Návštěvnost lázní



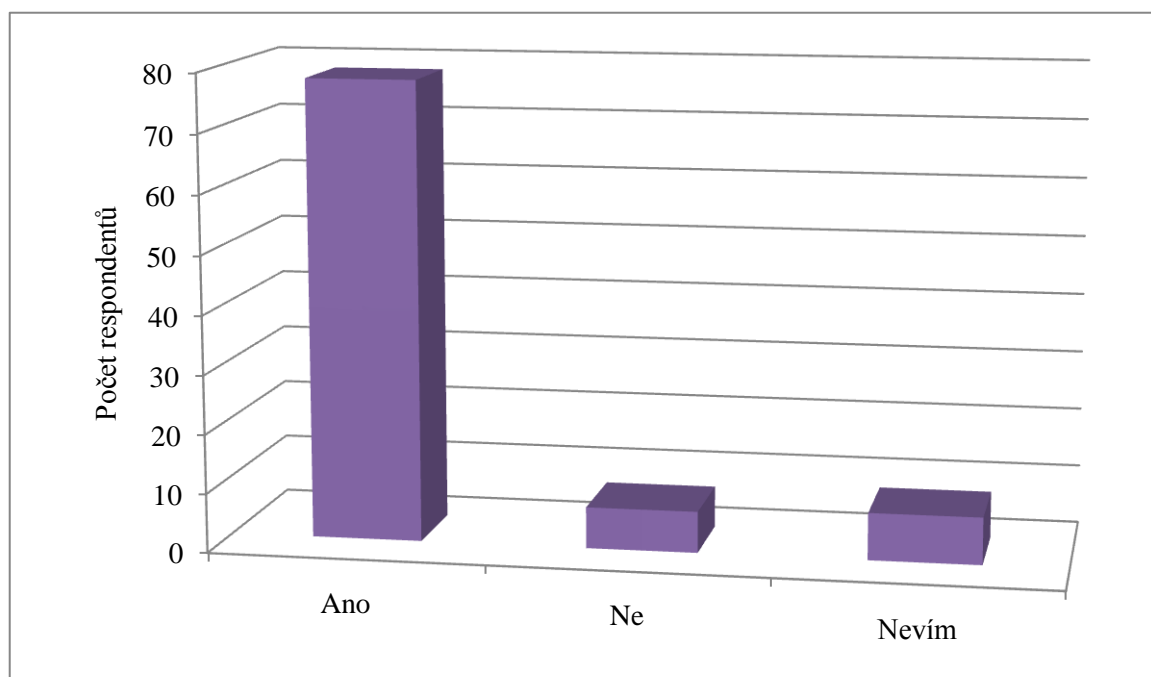
Z grafu lze vyčíst, že nejčastější odpovědí je jedna návštěva lázní, tu uvedlo 39 lidí (41,9%). Dvakrát v lázních bylo 13 dotazovaných (14%). Možnost třikrát zvolilo 9 lidí (9,7%), odpověď čtyřikrát 12 respondentů (12,9%). Minimálně pětkrát navštívilo lázně 20 dotazovaných (21,5%) (viz tabulka 6, graf 6).

## Otázka 7 Pomohly Vám lázně?

Tabulka 7 Spokojenost respondentů

Odpovědi	Spokojenost respondentů	
	n	%
Ano	78	83,9
Ne	7	7,5
Nevím	8	8,6
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 7 Spokojenost respondentů



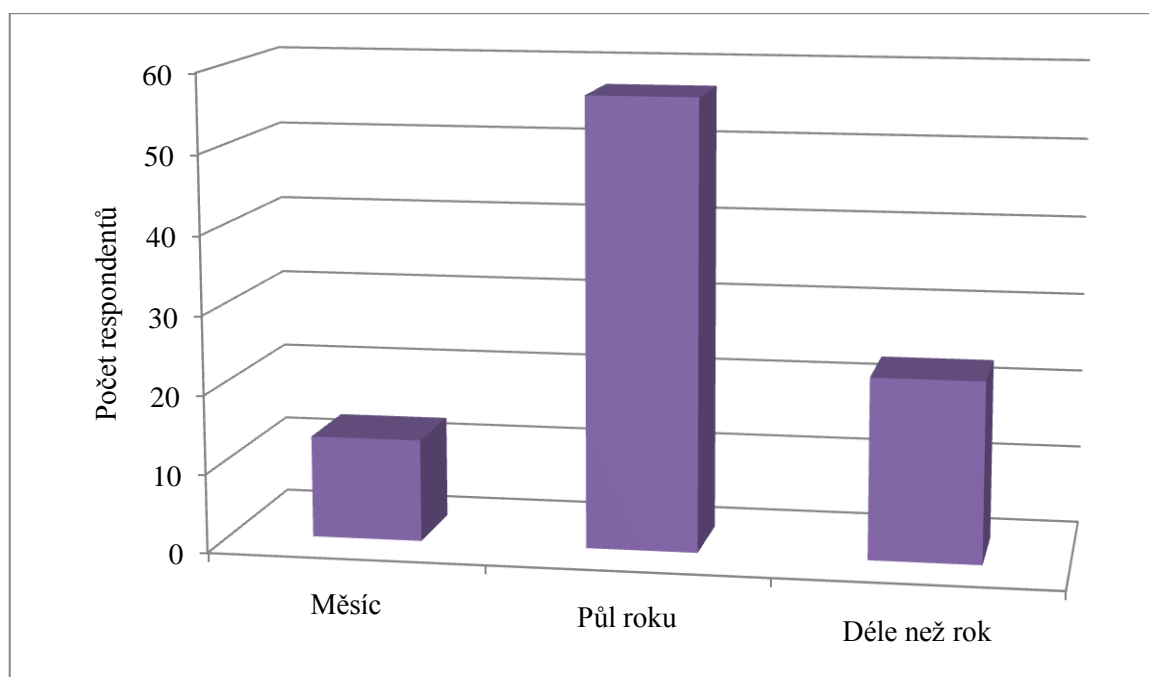
Z grafu vyplývá, že 78 dotazovaných (83,9%) si myslí, že jim lázně v léčbě pomohly. Naopak 7 respondentů (7,5%) má pocit, že jim pobyt v lázních užitečný nebyl. Poslední možnost zvolilo 8 dotazovaných (8,6%), tedy že neví, zda jim lázně pomohly či ne (viz tabulka 7, graf 7).

## Otázka 8 V případě, že Vám lázně pomohly, tak na jak dlouhou dobu?

Tabulka 8 Doba úlevy

Odpovědi	Doba úlevy	
	n	%
Měsíc	11	11,8
Půl roku	52	55,9
Déle než rok	15	16,2
<b>Celkem</b>	<b>78</b>	<b>83,9</b>

Graf 8 Doba úlevy



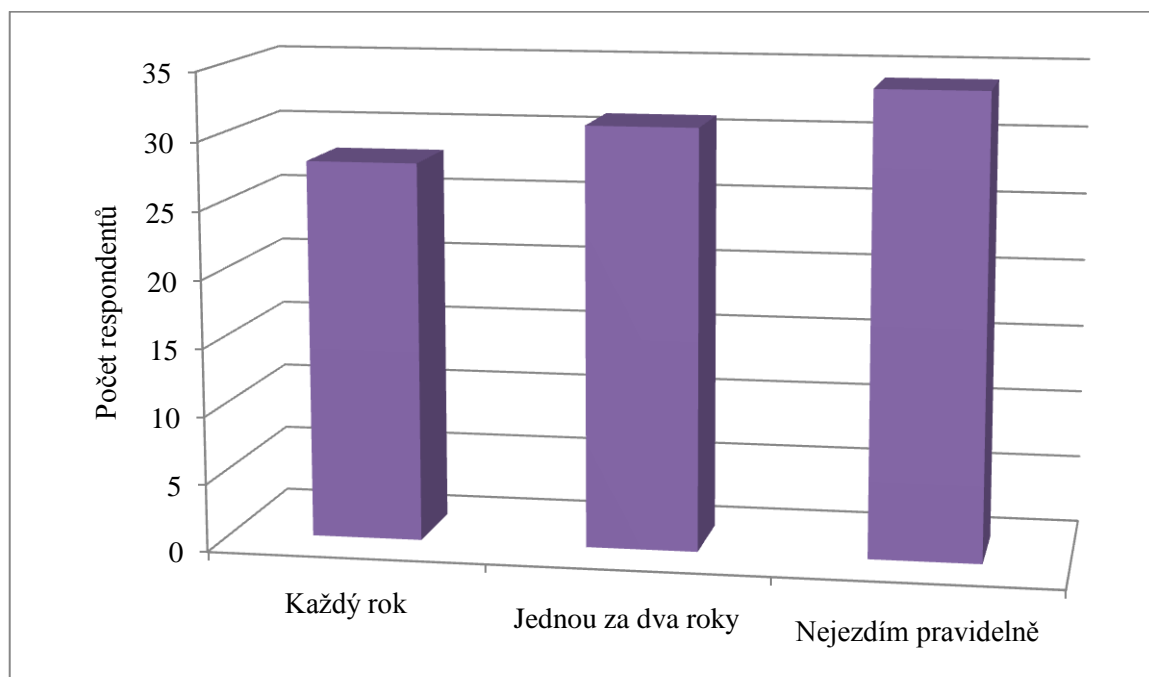
Graf ukazuje, že asi na měsíc pomohly lázně 11 lidem (11,8%). Půl roku po návštěvě lázní pociťuje úlevu 52 respondentů (55,9%). Kladný vliv lázní projevující se déle než rok zvolilo 15 lidí (16,2%) (viz tabulka 8, graf 8).

## Otázka 9 Jezdíte do lázní pravidelně?

**Tabulka 9 Pravidelnost návštěv v lázních**

Odpovědi	Pravidelnost návštěv v lázních	
	n	%
Ano, každý rok	28	30,1
Ano, jednou za dva roky	31	33,3
Nejezdím pravidelně	34	36,6
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**Graf 9 Pravidelnost návštěv v lázních**



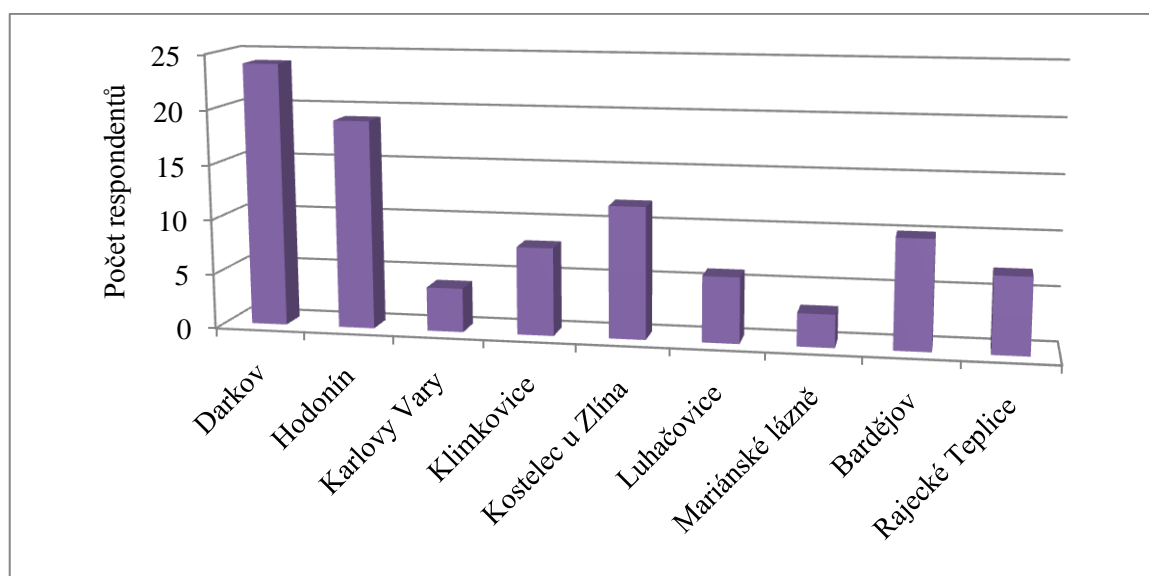
Z grafu se dočteme, že každý rok jezdí do lázní 28 dotazovaných (30,1%). Jednou za dva roky se absolvuje lázeňskou léčbu 31 lidí (33,3%). Do lázní nejezdí pravidelně 34 respondentů (36,6%) (viz tabulka 9, graf 9).

## Otázka 10 Které lázně jste již navštívil/a?

Tabulka 10 Navštívené lázně

Odpovědi	Navštívené lázně	
	n	%
Darkov	24	25,8
Hodonín	19	20,4
Karlovy Vary	4	4,3
Klimkovice	8	8,6
Kostelec u Zlína	12	12,9
Luhačovice	6	6,5
Mariánské lázně	3	3,2
Bardějov	10	10,8
Rajecké Teplice	7	7,5
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 10 Navštívené lázně



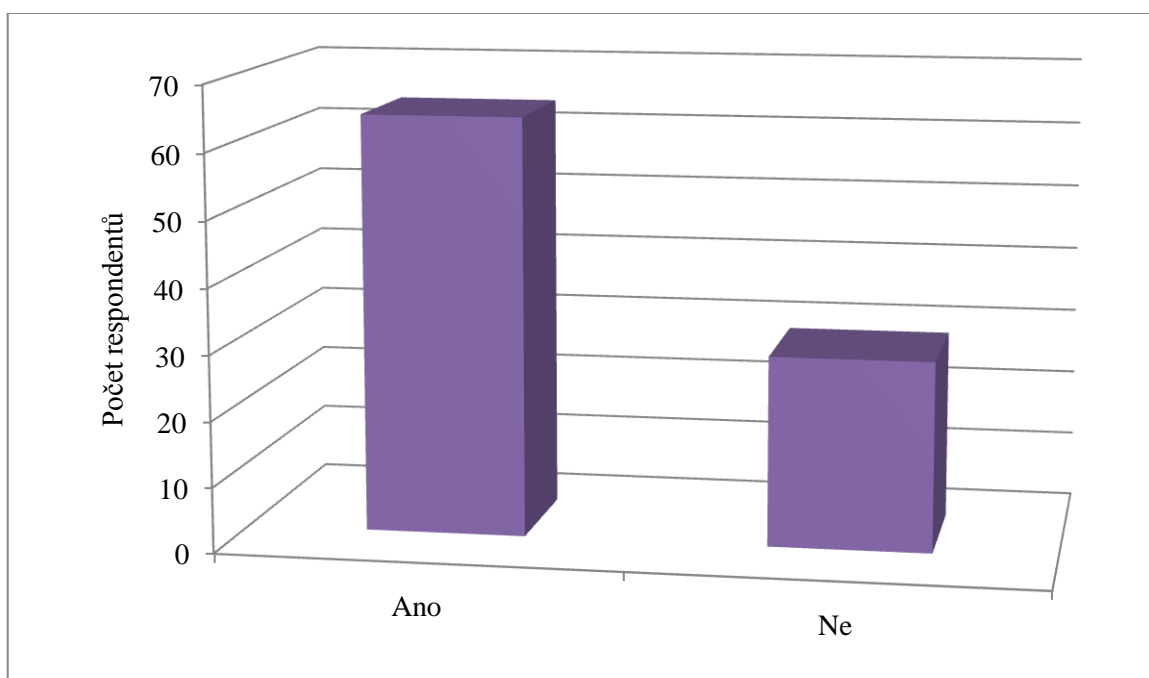
Odpovědi byly otevřené. Graf ukazuje, že v Darkově se bylo léčit 24 respondentů (25,8%). Hodonín uvedlo 19 lidí (20,4%). 12 lidí (12,9%) absolvovalo léčbu v Kostelci u Zlína, 8 lidí (8,6%) v Klimkovicích a 6 dotazovaných (6,5%) v Luhačovicích. Karlovy Vary navštívili 4 lidé (4,3%), Mariánské lázně 3 respondenti (3,2%). Na Slovensku se v Bardějově léčilo 10 lidí (10,8%) a v Rajeckých Teplicích 7 dotazovaných (7,5%) (viz tabulka 10, graf 10).

## Otázka 11 Jste ochoten/a si sám/a zaplatit lázeňskou péči?

Tabulka 11 Samofinancování léčby

Odpovědi	Samofinancování léčby	
	n	%
Ano	64	68,8
Ne	29	31,2
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 11 Samofinancování léčby



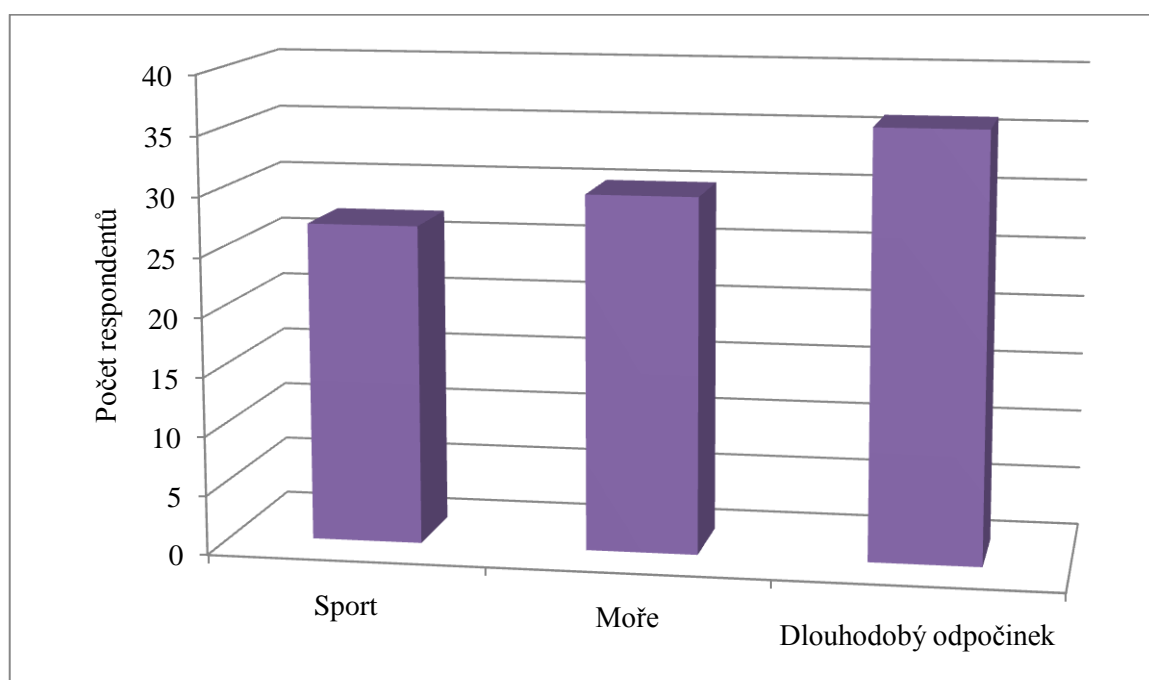
Graf zprostředkovává informace, že 64 respondentů (68,8%) by si samo zaplatilo lázeňskou léčbu. Naopak 29 dotazovaných (31,2%) není ochotno si lázeňskou péči uhradit (viz tabulka 11, graf 11).

## Otázka 12 Pomohlo Vám v léčbě ještě něco jiného kromě lázní?

**Tabulka 12 Prospívající činnosti**

Odpovědi	Prospívající činnosti	
	n	%
Sport	27	29
Moře	30	32,3
Dlouhodobý odpočinek	36	38,7
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**Graf 12 Prospívající činnosti**



Z grafu vyplývá, že sport při léčení prospívá 27 lidem (29%). Moře pomohlo 30 respondentům (32,3%). Nejvíce dotazovaných zvolilo poslední možnost, dlouhodobý odpočinek, a to 36 respondentů (38,7%) (viz tabulka 12, graf 12).

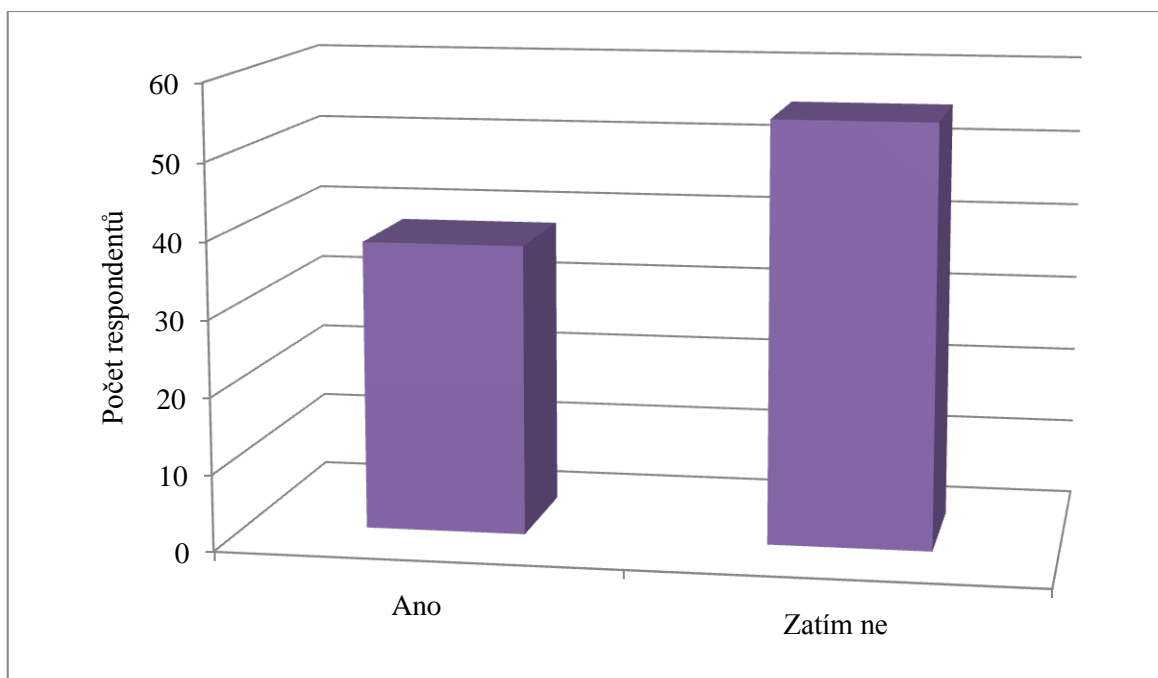


## Otázka 13 Doporučují Vám lékaři operaci?

Tabulka 13 Doporučená operace

Odpovědi	Doporučená operace	
	n	%
Ano	38	40,9
Zatím ne	55	59,1
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 13 Doporučená operace



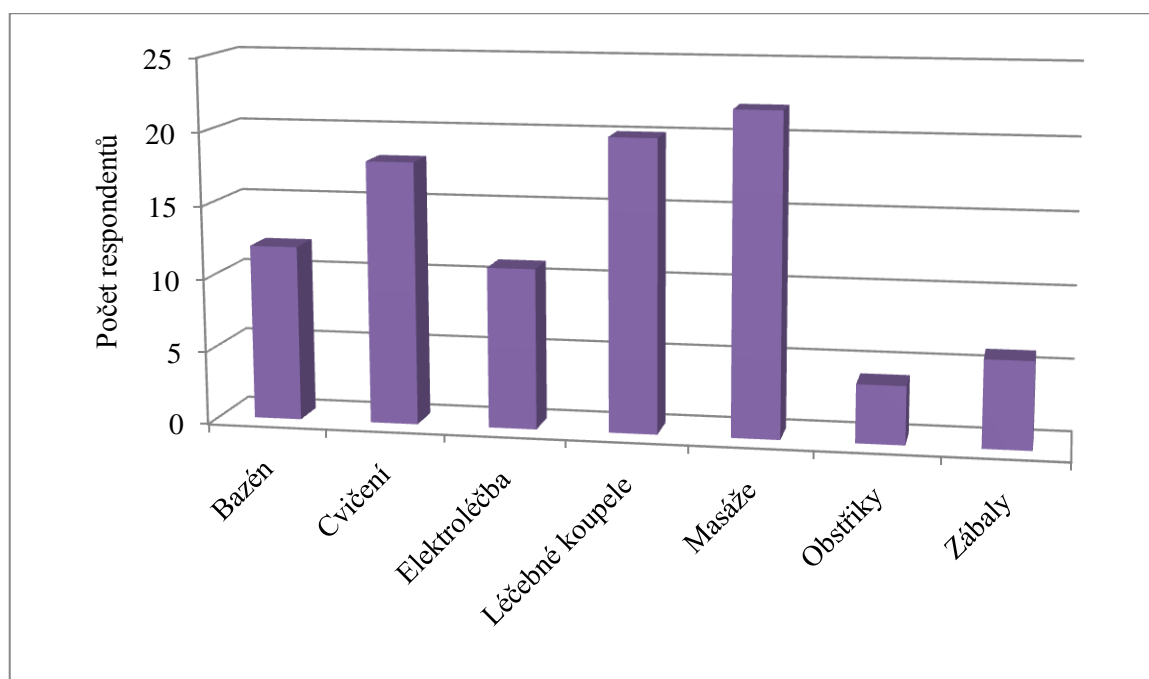
Jak vyčteme z grafu, 38 respondentů (40,9%) uvádí, že jim byl doporučen chirurgický zákrok. Na operaci v dohledné době nemusí jít 55 osob (59,1%) (viz tabulka 13, graf 13).

## Otázka 14 Jaké procedury často absolvujete?

**Tabulka 14 Procedury**

Odpovědi	Procedury	
	n	%
Bazén	12	12,9
Cvičení	18	19,4
Elektroléčba	11	11,8
Léčebné koupele	20	21,5
Masáže	22	23,7
Obstříky	4	4,3
Zábaly	6	6,4
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**Graf 14 Procedury**



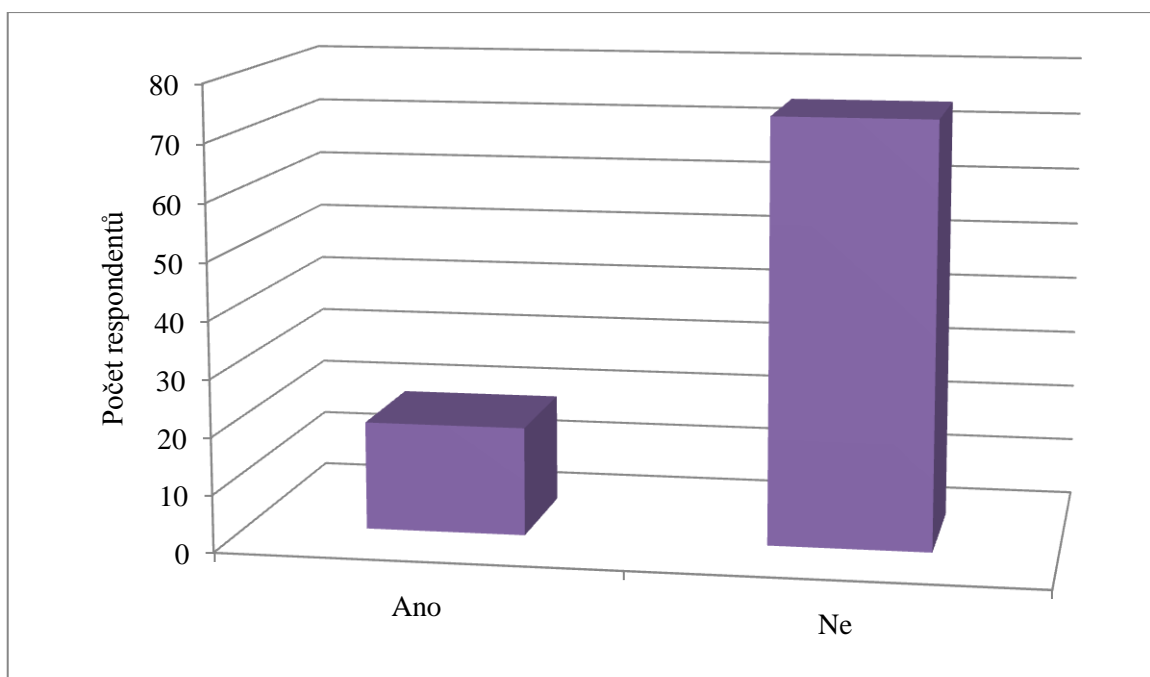
Odpovědi byly otevřené. Graf uvádí, že masáže jsou nejčastější procedury, tuto možnost uvedlo 22 respondentů (23,7%). Dále 20 lidí (21,5%) zvolilo jako odpověď koupele. 18 dotazovaných (19,4%) absolvuje cvičení, 12 lidí (12,9%) uvolňuje tělo v bazénu, 11 respondentů (11,8%) podstupuje elektroléčbu. 6 dotazovaných (6,4%) dostává zábaly a 4 respondenti (4,3%) chodí na obstříky (viz tabulka 14, graf 14).

## Otázka 15 Byl/a jste někdy nespokojen/a s lázeňskou péčí (personálem)?

Tabulka 15 Spokojenost s péčí

Odpovědi	Spokojenost s péčí	
	n	%
a) Ano	19	20,4
b) Ne	74	79,6
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 15 Spokojenost s péčí



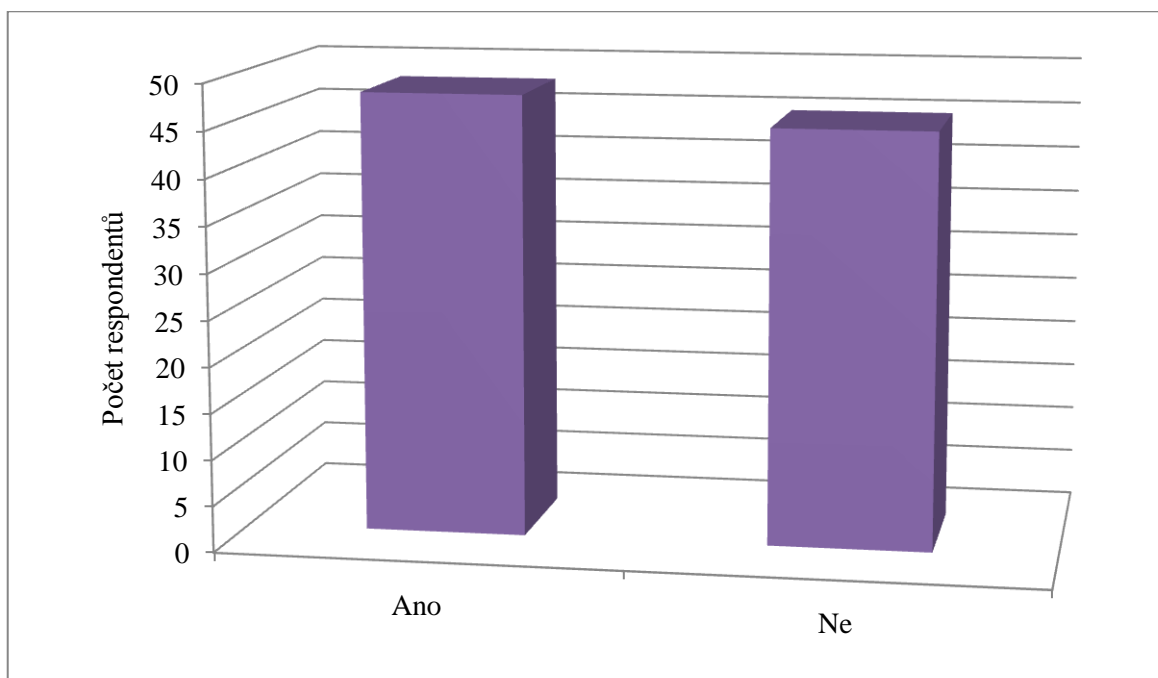
Graf ukazuje, že se s nedostatečnou péčí, případně personálem, setkala 19 dotazovaných (20,4%). Spokojeno se službami v lázních bylo 74 respondentů (79,6%) (viz tabulka 15, graf 15).

## Otázka 16 Absolvoval/a jste již operaci ohledně chronické choroby?

Tabulka 16 Absolvování operace

Odpovědi	Absolvování operace	
	n	%
Ano	48	51,6
Ne	45	48,4
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Graf 16 Absolvování operace



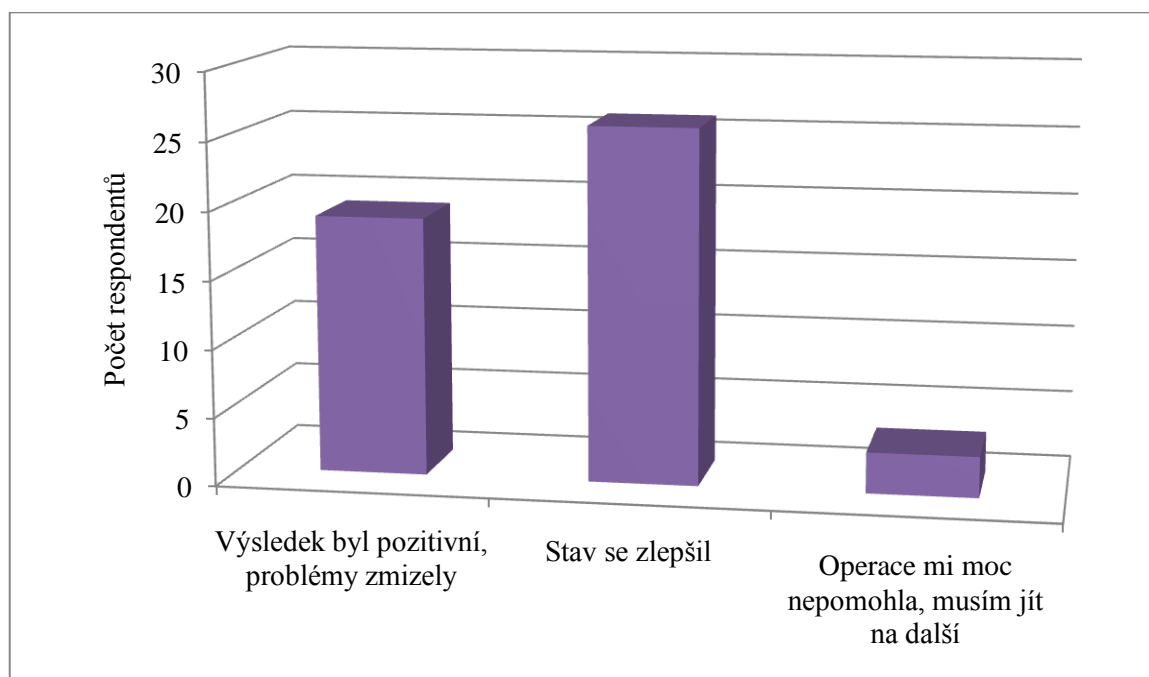
Z grafu je vidět, že chirurgický zákrok ohledně chronické choroby podstoupilo 48 respondentů (51,6%). Operaci zatím neabsolvovalo 45 osob (48,4%) (viz tabulka 16, graf 16).

## Otázka 17 Pokud ano, jaký byl výsledek operace?

Tabulka 17 Výsledek operace

Odpovědi	Výsledek operace	
	n	%
Výsledek byl pozitivní, problémy zmizely	19	39,6
Stav se zlepšil	26	54,1
Operace mi moc nepomohla, musím jít na další	3	6,3
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>51,6</b>

Graf 17 Výsledek operace



Z grafu vidíme, že operace vedla k vymizení problémů u 19 osob (39,6%). 26 respondentů (54,1%) uvedlo, že se jejich stav výrazně zlepšil. Poslední možnost, tedy že operace potíže neodstranila, zvolili 3 dotazovaní (6,3%), kteří musí podstoupit další zákrok (viz tabulka 17, graf 17).

## Závěr

Bakalářská práce věnovaná vlivu lázeňské služby na kvalitu života chronicky nemocných je členěna na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. V první se z nich jsem se věnovala lázeňství v dávných dobách, zjistila jsem například, jak se v průběhu staletí měnil vztah lidí k vodě (od záporného k pozitivnímu).

Druhá kapitola popisuje současný stav lázeňství v naší republice. Zařadila jsem do ní definici lázeňské péče a zákony, vztahující se k lázeňství celkově a k přírodním léčivým zdrojům. Dále jsem v této části práce zjistila, která z našich lázeňských zařízení se věnují léčbě pohybového ústrojí i jaké jsou k tomu užity procedury. Ty jsem rozdělila do několika skupin, a to na vodoléčbu, termoterapii, magnetoterapii, elektroterapii a rehabilitaci.

Třetí oddíl jsem nazvala balneologie. Je zde vysvětlena léčba přírodními zdroji a jejich účinky na lidský organismus. Tato metoda má největší úspěch, pokud se pacient stravuje zdravou výživou, pravidelně se pohybuje a pokud je třeba, tak bere předepsané léky. Balneologií se léčí jak chronické, tak akutní choroby, ne však všichni tuto metodu uznávají.

Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na anatomii pohybového aparátu a konkrétně kyčelního kloubu. Prostudovala jsem nejčastěji se vyskytující chronická onemocnění, jako je například artritida, sklerodermie nebo Bechtěrevova choroba. V tomto oddílu jsem se věnovala rovněž operacím, které se u onemocnění kyčelního kloubu provádějí. Podstatná je předoperační příprava a situace po operaci, kdy pacient potřebuje různé pomůcky (například sedák, madla, nástavec na WC či desku na vanu).

Praktickou část tvoří průzkum spokojenosti chronicky nemocných osob s lázněmi. Pro výzkum jsem zvolila dotazníkovou formu, které se zúčastnilo celkem 93 lidí. Vzhledem k tomu, že tento dotazník byl určen lidem, kteří se léčí s onemocněním pohybového aparátu, není se čemu divit, že věkové kategorie do 40 let nejsou příliš zastoupeny (5,4%). Nejčastější chronickou chorobou, kterou jsou respondenti postiženi, je artróza (66,7%). Původ onemocnění připisuje většina dotazovaných (73,1%) narůstajícímu věku,

u (20,4%) lidí je příčinou choroby úraz a vrozeným chronickým onemocněním trpí jen malá část respondentů (6,5%). Co se týče doby léčení nemoci, největší počet osob (51,6%) uvedlo období pěti až deseti let, překvapilo mě, že déle než patnáct roků se léčí podle mého názoru poměrně hodně dotazovaných (17,2%). Nejvíce respondentů (41,9%) navštívilo lázně pouze jednou, druhou nejčastější odpovědí bylo pětkrát a více, tu označilo docela velký počet nemocných (21,5%), ostatní možnosti byly poměrně vyrovnané. Téměř všem (83,9%) lázeňská léčba pomohla, zlepšení nepociťovala jen malá část respondentů (7,5%) a někteří lidé (8,6%) uvedli, že nevědí, zda pro ně byly lázně prospěšné. Více než polovině osob (55,9%) pomohly lázně zhruba na půl roku, některým lidem (16,2%) na déle než rok a někomu (11,8%) asi na měsíc. Celkem mě zarazilo, že je plno lidí (31,2%), kteří nejsou ochotni si lázeňskou péči sami zaplatit, přestože jim pomohla. Závěrem chci dodat, že praktická část obsahuje splněné cíle práce, které jsem si zadala.

## **Souhrn**

Moje bakalářská práce s názvem „Vliv lázeňské služby na kvalitu života chronicky nemocných“ obsahuje teoretické poznatky o lázeňství od dávných dob po současnost, působení léčivých zdrojů na lidské tělo. Podstatnou částí práce je anatomie pohybového ústrojí, zejména kloubu kyčelního. Zaměřila jsem se onemocnění kloubu, s ním spojené nutné operace a následnou péči o pacienta.

Praktickou část tvoří výzkum, zaměřený na spokojenost léčených osob v lázeňských zařízeních. Výsledky dopadly pozitivně, lázně většině nemocných opravdu pomáhají, pouze malé procento respondentů nebylo s lázeňskou péčí spokojeno.



## **Summary**

My bachelor thesis titled "Effect of spa services on quality of life of chronically ill" includes theoretical knowledge about the spa industry from ancient times to the present, the effects of medicinal resources in the human body. A substantial part of this thesis anatomy of the locomotor system, especially of the hip joint. I focused on joint disease, associated with it need surgery and subsequent care of the patient.

The practical part consists of research, focused on the satisfaction of people treated in health facilities. The results turned out positive, spa really help most patients only a small percentage of respondents not satisfied with a spa treatment.

## Seznam použité literatury

1. ČIHÁK, R. *Anatomie I*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 516 s. ISBN 80-7169-970-5.
2. DOSKOČIL, M. *Pohybový aparát končetin*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 179 s. ISBN 80-7184-110-2.
3. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
4. GROSS, J. M.; FETTO, J.; ROSEN, E. *Vyšetření pohybového aparátu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 599 s. ISBN 80-7254-720-8.
5. JANDOVÁ, D. *Balneologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 404 s. ISBN 978-80-247-2820-9.
6. KAČINETZOVÁ, A. *Bolesti kyčelních kloubů I*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 135 s. ISBN 80-7254-335-0.
7. KAJLÍK, V. *České lázně a lázeňství*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2007. 218 s. ISBN 978-80-239-9330-1.
8. KNOP, K. a kol. *Lázeňství - ekonomika a management*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 232 s. ISBN 80-7169-717-6.
9. KRŮŽEK, V. *Obrazy z dějin lázeňství*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 176 s.
10. MATOUŠ, M.; MATOUŠOVÁ, M.; KUČERA, M. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 96 s. ISBN 80-247-0886-8.
11. PARRAMÓN, J. M. *Anatomie člověka*. 2. vyd. Praha: Jan Vašut, 1998. 112 s. ISBN 80-7236-048-5.
12. SOSNA, A.; POKORNÝ, D.; JAHODA, D. *Náhrada kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.
13. ŠPIŠÁK, L.; RUŠAVÝ, Z. a kol. *Klinická balneologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 276 s. ISBN 978-80-1654-4.
14. VAVERKA, M. *Biomechanická studie patologicky vyvinutého kyčelního spojení z hlediska následných chirurgických operací*. 1. vyd. Brno: Vysoké učení technické, 2006. 31 s. ISBN 80-214-3217-9.
15. VIGUÉ, J.; ORTE, E. M. *Atlas lidského těla*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2005. 164 s. ISBN 80-7234-408-0.
16. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.

## Seznam internetových zdrojů

1. ČÁKIOVÁ, J. *NICM* [online]. 18. 6. 2010 [cit. 2011-02-15]. Orientační přehled lázeňských míst. Dostupné z WWW: <<http://www.icm.cz/orientacni-prehled-lazenskych-mist>>.
2. HRDLIČKOVÁ, L. *Doktor-zdravi.cz* [online]. 4. 11. 2006 [cit. 2011-06-07]. Problémy s pohybovým aparátem. Dostupné z WWW: <<http://www.doktor-zdravi.cz/lekarna/problemy-s-pohybovym-aparatem-id4543.html>>.
3. *Hotel Lázně Zlín Kostelec* [online]. 2011 [cit. 2011-02-15]. Léčebné procedury a balíčky procedur. Dostupné z WWW: <<http://www.hotel-kostelec.cz/hotelweb/lecebne-kury.php>>.
4. *Lázně Bechyně* [online]. 2010 [cit. 2011-02-15]. Lázeňské pobyty - léčení, relaxace, wellness. Dostupné z WWW: <<http://www.laznebechyne.cz/>>.
5. *Lázně Darkov* [online]. 2010 [cit. 2011-02-15]. Vítejte na stránkách lázní Darkov. Dostupné z WWW: <<http://www.darkov.cz/>>.
6. *Lázně Hodonín* [online]. 2011 [cit. 2011-02-15]. Léčebné metody. Dostupné z WWW: <<http://www.laznehodonin.cz/text/lecebne-metody>>.
7. *Léčebné lázně Bohdaneč* [online]. 2011 [cit. 2011-03-21]. Lázeňské procedury. Dostupné z WWW: <<http://www.llb.cz/eshop/lazenske-procedury.htm>>.
8. *Léčebné lázně Jáchymov* [online]. 2008 [cit. 2011-02-15]. Čím léčíme. Dostupné z WWW: <<http://www.laznejachymov.cz/o-laznich/cim-lecime/>>.
9. *Lázně.net* [online]. 2010 [cit. 2011-06-08]. Lázeňské procedury. Dostupné z WWW: <<http://www.lazne.net/lazenske-procedury>>.
10. *Svaz léčebných lázní České republiky* [online]. 2009 [cit. 2011-06-08]. Tradice a historie. Dostupné z WWW: <<http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/tradice-a-historie>>.
11. *Zákony ČR online* [online]. 2010 [cit. 2011-06-08]. Zákony dle roků. Dostupné z WWW: <<http://www.zakony.cz/?sekce=zakony&akce=seznamdleroku&rok=2002&typ=Sb.&offset=301>>.

## Seznam použitých obrázků

Obrázek 1: *Neoficiální stránky ILF UK* [online]. 2008 [cit. 2011-06-08]. Preparáty z histologie I. Dostupné z WWW: <<http://www.lf1.cz/index.php?a=192>>.

Obrázek 2: VIGUÉ, J.; ORTE, E. M. *Atlas lidského těla*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2005. s. 67. ISBN 80- 7234-408-0.

Obrázek 3: *Arcus Sportklinik* [online]. 2009 [cit. 2011-06-09]. Hip Endoprosthesis - Material and Fixation. Dostupné z WWW: <<http://www.sportklinik.de/en/operative-spectrum/endoprosthesis/hip-endoprosthesis/material-and-fixation.html?Fsize=0>>.

Obrázek 4: *Zdravotnické potřeby* [online]. 2007 [cit. 2011-06-07]. Nástavec na WC. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravotnicke-potreby.com/pomucky-do-koupelny/-----nastavec-na-wc--139/?PHPSESSID=b32d8db52eb511e8be90eca1b6816f0b>>.

# Příloha

## Dotazník

1. Jste muž – žena?
2. Kolik je Vám let?
  - a) do 30 let
  - b) 30 – 40 let
  - c) 40 – 50 let
  - d) 50 – 60 let
  - e) nad 60 let
3. Jakou Vám lékaři diagnostikovali nemoc?  
.....
4. Čím Vaše onemocnění vzniklo?
  - a) je vrozené
  - b) úrazem
  - c) přibývajícím věkem
5. Kolik roků se léčíte?
  - a) méně než 5 let
  - b) 5 – 10 let
  - c) 10 – 15 let
  - d) více než 15 let
6. Kolikrát jste během této doby byl/a v lázních?
  - a) jednou
  - b) dvakrát
  - c) třikrát
  - d) čtyřikrát
  - e) pětkrát a více
7. Pomohly Vám lázně?
  - a) ano
  - b) ne
  - c) nevím

8. V případě že ano, tak na jak dlouhou dobu?
- a) měsíc
  - b) půl roku
  - c) déle než rok
9. Jezdíte do lázní pravidelně?
- a) ano, každý rok
  - b) ano, jednou za dva roky
  - c) nejezdím pravidelně
10. Které lázně jste již navštívil/a?
- ....., ....., ....., .....
11. Jste ochoten/a si sám/a zaplatit lázeňskou péči?
- a) ano
  - b) ne
12. Pomohlo Vám v léčbě ještě něco jiného kromě lázní?
- a) sport
  - b) moře
  - c) dlouhodobý odpočinek
13. Doporučují Vám lékaři operaci?
- a) ano
  - b) zatím ne
14. Jaké procedury často absolvujete?
- ....., ....., ....., .....
15. Byl/a jste někdy nespokojen/a s lázeňskou péčí (personálem)?
- a) ano
  - b) ne
16. Absolvoval/a jste již operaci ohledně chronické choroby?
- a) ano
  - b) ne
17. Pokud ano, jaký byl výsledek operace?
- a) výsledek byl pozitivní, problémy zmizely
  - b) stav se zlepšil
  - c) operace mi moc nepomohla, musím jít na další

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Eva Svobodová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní pedagogiky Pedagogické fakulty UP
<b>Vedoucí práce:</b>	MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

<b>Název práce:</b>	Vliv lázeňské služby na kvalitu života chronicky nemocných
<b>Název v angličtině:</b>	Effect of spa services on quality of life of chronically ill
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce charakterizuje lázeňství, popisuje léčebné procedury. Dále se věnuje anatomii pohybového aparátu, kyčelního kloubu a jeho onemocněním i způsobům léčby. Praktická část je zaměřena na spokojenost nemocných osob s lázněmi.
<b>Klíčová slova:</b>	lázeňství, balneologie, procedury, pohybový aparát, kyčelní kloub, endoprotéza
<b>Anotace v angličtině:</b>	Bachelor thesis characterizes the spa industry, describes treatments. It also discusses the anatomy of the locomotor system, hip joint and its diseases and treatments. The practical part is focused on the satisfaction of ill people with a spa.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	spas, balneology, procedures, locomotor system, hip, prosthesis
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazník
<b>Rozsah práce:</b>	62
<b>Jazyk práce:</b>	CZ