



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

## **Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických a preklinických oborů

### **Bakalářská práce**

**Kvalita poskytování péče v Lázních Velichovky a. s., před  
a po vydání vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č.  
267/2012 Sb. o stanovení indikačního seznamu pro  
lázeňskou léčebně - rehabilitační péči o dospělé, děti a  
dorost.**

Vypracoval: Petr Mihalík

Vedoucí práce: Prim. MUDr. Aleš Hejlek

České Budějovice 2014

## **ABSTRAKT**

Práce přináší vhled do problematiky poskytování komplexní lázeňské rehabilitační péče. Konkrétně jde o důsledky legislativy, která zkrátila pobyt klientů zdravotních pojišťoven v lázeňských zařízeních o jeden týden a upravila i frekvenci opakovaných pobytů. Touto legislativní úpravou je vyhláška MZ č. 267/2012 o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně - rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost, která je platná od 1. 1. 2013.

Hlavním cílem práce je zmapování a posouzení zdravotního stavu klientů u vybraných zdravotních indikací v souvislosti s tím, jak se zkrátila doba lázeňské léčebné rehabilitace v důsledku nové legislativy. Je srovnáván zdravotní stav klientů, kteří absolvovali čtyřtýdenní pobyt v roce 2012, kdy platila předchozí vyhláška se zdravotním stavem týchž klientů, kteří absolvovali třítýdenní pobyt po 1. 1. 2013.

K hlavnímu cíli směřovaly tři hypotézy. První hypotéza předpokládá, že zkrácením pobytu v lázeňském zařízení a tímto i snížením objemu poskytovaných rehabilitačních procedur, se sníží účinnost lázeňské péče a prodlouží se doba následné rehabilitace ve spádu.

Druhá hypotéza předpokládá, že náhrada procedur ve spádových rehabilitačních ambulancích za zkrácenou lázeňskou rehabilitační péči nebude odpovídat kvalitě i kvantitě procedur poskytovaných v rámci komplexní lázeňské péče.

Třetí hypotéza předpokládá, že při prodloužení komplexní lázeňské léčby dle nové legislativy anebo následné absolvování (21 dnů komplexní lázeňské péče) rehabilitačního programu ve spádových rehabilitačních zařízeních se rovněž zvýší finanční spoluúčast klientů.

Byl zvolen kvantitativní výzkum, metodami pak dotazování a analýza dokumentů. Technikou pak bylo zvoleno dotazníkové šetření a sekundární analýza dat.

Soubor čítal 139 respondentů, kterým bylo rozesláno dotazníkové šetření. Vrátilo se 122 odpovědí. Respondenti byli rozděleni do tří kategorií podle jejich zdravotní indikace. Těmi byly zvoleny tři nejčastější, které se v lázních Velichovky léčí. A to jsou M45 (ankylozující spondylitida - dříve známá jako Bechtěrevova choroba), M06.9 (revmatická artritida) a Z98.8 (jiné určené pooperační stavy).

Ke každé z hypotéz byly v dotazníkovém šetření přiřazeny čtyři otázky, které byly formulovány tak, aby se z odpovědí respondentů dal vyvodit závěr k hypotéze. Skladba zkoumaného vzorku zahrnovala všechny věkové kategorie respondentů. Převažují respondenti ve věkové kategorii 50 let a výš, kteří tvoří převážnou část klientely lázní. Nicméně i v kategorii Z98.8 jsou klienti mladší.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že hypotézy ve svých formulacích byly potvrzeny. U první hypotézy se potvrdilo, že zkrácení doby komplexní lázeňské rehabilitační péče v důsledku nové legislativy, má vliv nejen na dobu subjektivních obtíží klientů (pacientů), ale i na množství užívaných léků, které se vztahují k základní chorobě. Naprostá většina respondentů vidí zřetelný pozitivní efekt léčby, která je o jeden týden delší, tedy 28 dní.

Druhá hypotéza se rovněž potvrdila. Převážná část respondentů uvádí rozdíl v poskytovaných rehabilitačních službách ve prospěch lázeňské péče, především co do kvality komplexních služeb. Přírodní zdroje, používané v lázních mají za nenahraditelné a pro výsledný efekt léčby nezbytné. Jako důležité je to zjištění, že většině respondentů není ve spádových rehabilitačních zařízeních poskytnutý dostatečně rehabilitační následný a kompenzační program za zkrácenou lázeňskou léčbu.

Třetí hypotéza se rovněž zcela potvrdila. Naprostá většina respondentů udává zvýšené finanční náklady spojené s následnou kompenzační rehabilitací ve spádových ambulancích. V případě nabídky prodloužení pobytu v lázních o jeden týden na vlastní náklady uvádí převážná většina dotázaných, že si vzhledem ke své sociální situaci tuto možnost nemůže dovolit. A v případě prodloužení lázeňského pobytu o jeden týden revizním lékařem zdravotní pojišťovny rovněž vyvstane nutnost určité finanční spoluúčasti klientů. I tuto možnost uvádějí respondenti jako

finanční problém. V otázce, zda je ve spádové rehabilitaci brán zřetel na to, že je komplexní lázeňská péče kratší a vzhledem k tomu, že je následná rehabilitace intenzivnější, byly odpovědi respondentů nehomogenní.

Závěry všech tří hypotéz potvrdily, že zkrácení doby komplexní lázeňské léčebně - rehabilitační péče z 28 na 21 dní s sebou nese pro klienty řadu negativních důsledků, především zdravotně - sociálních. Navíc jsou nuceni hledat obtížné cesty vzhledem k handicapu svých nemocí, k udržení svého zdravotního stavu a často i k soběstačnosti.

Z toho důvodu by měl být při řešení této složité problematiky slyšen i jejich hlas.

Klíčová slova:

Balneologie, indikační seznam, lázně Velichovky, rehabilitace, vyhláška č. 267/2012 Sb.

## **ABSTRAKT**

The thesis brings insight into issues of providing complex spa treatment. In particular, it is about consequences of a legislation, which has made health insurance companies' clients stay a week shorter, and even adjusted frequency of repeated stays. This legislative adjustment is based on regulation of the Ministry of Health nr. 267/2012 establishing indication list for spa curative – rehabilitative treatment for adults, children and youngsters, valid since 1st January 2013.

The main goal is mapping and valuation of clients's health condition with specified health indications, related to how the duration of spa curative rehabilitation has been shorten, as a result of new legislation. The thesis compares state of health of clients, who stayed for 4-week treatment, when previous regulation applied, with the state of the same clients, who stayed for 3-week treatment after 1<sup>st</sup> January 2013.

There are three hypotheses leading to the main goal. First hypothesis suggests that by shortening of spa stay, and as well as a number of provided rehabilitative procedures, efficiency of spa treatment will be reduced and result in prolongation of a subsequent rehabilitation stay in your rehabilitation zone.

Second hypothesis presumes that replacement of procedures in rehabilitation zones ambulance for shorten spa rehabilitation treatment, will not equal to quantity and quality of provided procedures within complex spa treatment.

Third hypothesis suggests that along with extension of complex spa treatment, according to new legislation, and/or subsequent stay(21 days of complex spa treatment) at rehabilitative programme in local rehabilitation zone facilities, clients's participation in payment will be increased as well.

I chose quantitative research and interviewings and documents analysis for the methods. Questionnaire and secondary documents analysis were chosen as technique.

There were 139 responders in the file, who received questionnaire form. 122 replies were received as a result. The responders were divided into 3 categories, based on their health indications. That led to choosing three most occurred ones, which were treated in Velichovsky Spa. Namely they are M45 (Ankylosing spondylitis – previously known as Bechterew's disease), M06.9 (Rheumatoid arthritis) and Z98.8 (other specified postprocedural states).

In the questionnaire survey, Each hypothesis had 4 assigned questions, expressed in a way, so that responders's answers would draw a hypothesis conclusion. Sum total of tested specimen included all age groups of responders, with prevailing number of people in a group of 50 years old or older, who are majority of spas clientage. Nevertheless, there are even younger clients in category Z98.8.

The questionnaire results showed that hypotheses formulations were confirmed. It was confirmed, for the first hypothesis, that shortening of the time of complex spa treatment, according to the new legislation, influence not only duration of subjective clients's troubles (patients), but the number of used drugs as well, which are related to elementary disease. Total majority of responders clearly see positive effect of the treatment, which is a week longer, that means 28 days.

Second hypothesis was also confirmed. Majority of responders state the difference in provided rehabilitative services in favor for spa treatment, mainly in terms of complex services quality. Natural resources, used in spas, are considered as irreplaceable and therefore essential for the resulting effect of the treatment. It is important finding that subsequently sufficient rehabilitative and compensatory

treatment is not offered for the responders's majority as a replacement for the shortened spa treatment.

Third hypothesis was also completely confirmed. Predominant majority of responders writes about increased financial expenses connected to subsequent compensatory rehabilitation in your ambulance zone. Being offered one, they couldn't afford a possibility of a week treatment extension on their expenses, due to their social situations. A certain clients's financial participation would arise, in case of a week prolongation recommended by revision doctor. The responders even see this as a financial difficulty. Responders's answers were inhomogenous in a question, whether the fact, that complex spa treatment is shorter, is taken into consideration for the treatment in local rehabilitation zone and due to a fact that subsequent rehabilitation is more intense.

Conclusions of all three hypotheses confirmed that along with shortening of the time of complex spa curatively – rehabilitative treatment from 28 days to 21 days, it brings several negative consequences as well, mainly in terms of health and social state. Furthermore, they are forced to search for demanding ways, considering their disability caused by their disease, to keep their state of health and even their self-reliability.

To sum up, therefore their voices should be taken into consideration in order to reach solution of this complicated issues.

Keywords:

Balneotherapy, indication list, Velichovky Spa , rehabilitation, regulation nr. 267/2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Kvalita poskytování péče v Lázních Velichovky a. s. před a po vydání Vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 267/2012 Sb. O stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně-rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost, jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2014-04-29

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Rád bych poděkoval vedoucímu disertační práce, panu prim. MUDr. Alešovi Hejlkovi za vedení této práce a za vydatnou podporu při jejím napsání a doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za pomoc při zpracování metodiky výzkumu.

Srdečné poděkování náleží všem klientkám, klientům, kteří vyplnili dotazníkové šetření a zúčastnili se kvantitativního výzkumu.

<b>OBSAH</b>	
<b>ÚVOD</b>	13
<b>1 REHABILITACE</b>	15
1.1 Rozdělení	15
1.2 Léčebná rehabilitace	16
1.2.1 Fyzioterapie	17
1.3 Historie rehabilitace	18
1.4 Fyzikální terapie	20
1.4.1 Mechanoterapie	20
1.4.2 Termoterapie	21
<b>2 LÁZEŇSTVÍ</b>	23
2.1 Historie	23
2.2 Současnost	24
2.3 Balneologie	26
2.4 Léčivé přírodní zdroje- rozdělení	27
<b>3. LÁZNĚ VELICHOVKY</b>	29
3.1 Historie	29
3.2 Současnost	31
<b>4 LÉKAŘSKÉ POZNATKY</b>	32
4.1 Historie	32
4.2 Kosterní soustava	33
4.2.1 Pooperační stavy	34
4.2.2 Ankylozující spondylitida	35
4.2.3 Revmatická artritida	37
4.2.4. Komplexní péče	38
4.2.5 Současná právní úprava	39
<b>5 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b>	42
5.1 Cíl práce	42
5.2 Hypotézy	42
5.3 Metodika	43

<b>6 VÝSLEDKY</b>	45
6.1 otázky obecné demografické – ženy a muži	46
6.2.1 hypotéza č. 1 - otázka č. 1	47
6.2.2 hypotéza č. 1 - otázka č. 2	49
6.2.3 hypotéza č. 1 - otázka č. 3	51
6.2.4 hypotéza č. 1 - otázka č. 4	53
6.3.1 hypotéza č. 2 – otázka č. 1	55
6.3.2 hypotéza č. 2 – otázka č. 2	57
6.3.3 hypotéza č. 2 – otázka č. 3	59
6.3.4 hypotéza č. 2 – otázka č. 4	61
6.4.1 hypotéza č. 3 – otázka č. 1	63
6.4.2 hypotéza č. 3 – otázka č. 2	65
6.4.3 hypotéza č. 3 – otázka č. 3	67
6.4.4 hypotéza č. 3 - otázka č. 4	69
6.5 hypotéza č. 1	71
6.6 hypotéza č. 2	71
6.7 hypotéza č. 3	72
<b>7 DISKUSE</b>	73
<b>8 ZÁVĚR</b>	80

## Seznam použitých zkratk

<b>MPSV</b>	Ministerstvo práce a sociálních věcí
<b>MŠMT</b>	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
<b>MZ</b>	Ministerstvo zdravotnictví
<b>WHO</b>	Světová zdravotní organizace (World Health Organization)
<b>RFM</b>	Rehabilitační a fyzikální medicína
<b>LTV</b>	Léčebná tělesná výchova
<b>TEP</b>	Totální endoprotéza
<b>AS</b>	Ankylozující spondylitida
<b>RA</b>	Revmatoidní artritida
<b>IS</b>	Indikační seznam
<b>KLP</b>	Komplexní lázeňská péče

## ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolil problematiku poskytování lázeňské rehabilitační péče v Lázních Velichovky a.s.

Dnešní doba je poznamenána spěchem a chvatem. Exponenciální rozvoj všech oblastí života klade na jedince stále větší nároky. Ten je pak v mnoha případech v určitém napětí - tenzi (ať už fyzické nebo psychické), která se dříve či později může negativně projevit na jeho zdravotním stavu.

Dalším znakem současné doby je snaha omezit náklady - tedy ušetřit. A to jak zdroje přírodní, tak i zdroje finanční. Tato snaha se týká všech oblastí lidské činnosti. Určitě je na místě. Nevyhnula se tedy ani takové oblasti, jako je zdraví. Je však otázkou, jestli zrovna v tak citlivé oblasti, jakou je zdraví jednotlivce, tato snaha není až někdy za hranicí únosnosti. Za hranicí toho, aby se celý výsledný léčebný efekt nesnížil.

Protože pracuji v lázeňství už pět let, mohl jsem za tu dobu poznat mnoho z rehabilitační péče. Je to především týmová práce, kde je každý článek důležitý a výsledek je podmíněn vzájemnou spoluprací všech zainteresovaných - včetně klientů samotných. Ti se do lázeňských zařízení pravidelně vrací zejména a hlavně kvůli tomu, že opakovaná a pravidelná léčebně - rehabilitační péče má prokazatelný pozitivní vliv na jejich zdraví. Tím, že klienti jsou v prostředí, které je odděluje od jejich běžného prostředí, kde trvale žijí, je oprostuje od každodenních starostí.

A není to jen prostředím. Klienti se zde vzájemně setkávají a mohou si zde vzájemně vyměňovat své zkušenosti s rehabilitační léčbou své indikace. Je nepochybné, že komplexní lázeňská péče má vysoký podíl na udržení zdravého stavu části populace.

Jak jsem již uvedl, tak se šetření nevyhnulo ani lázeňství. Od 1. 10. 2012 nabyla platnosti Vyhláška MZ č.267/2012 O stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost. Ta zkracuje délku základního léčebného pobytu a tím se snižuje i objem poskytovaných služeb. A to

zejména u tří nejčastějších indikací, které se v Lázních Velichovky léčí. Je to revmatoidní artritida, Bechtěrevova nemoc a pooperační stavy.

Cílem práce je tedy posouzení zdravotního stavu klientů s výše uvedenými indikacemi v době, která předcházela výše zmiňované vyhlášce a zdravotního stavu klientů po zavedení výše uvedené vyhlášky.

Stav, kdy se sníží objem poskytovaných procedur, je doprovázen jednou nezanedbatelnou věcí. A to je kompenzace chybějícího počtu procedur. A to se může uskutečnit v podstatě dvojitým způsobem. Buď prodloužením lázeňské péče, což je však podmíněno souhlasem revizního lékaře. Nebo po návratu klientů z lázní docházet na spádové rehabilitační ambulance. Obě tyto možnosti však v sobě skrývají určitou výši finanční spoluúčasti klientů.

„Neříkej, že nemůžeš, když nechceš. Protože pak přijdou velmi brzo dnové, kdy to bude daleko horší, budeš pro změnu chtít, ale pak už nebudeš moci.“

Jan Werich

## **1 REHABILITACE**

Rehabilitace jako taková je chápána Světovou zdravotnickou organizací (WHO), jako obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. To znamená, že je v zájmu celé společnosti pečovat o zdraví populace jako takové. Ovšem rehabilitace není záležitostí pouze jednoho resortu.

### **1.1 Rozdělení**

Podle toho ji také můžeme rozdělit na rehabilitaci:

- a) léčebnou a pracovní - ty spadají pod resort zdravotnictví (MZ)
- b) sociální - ta spadá pod resort práce a sociálních věcí (MPSV)
- c) pedagogickou - ta spadá pod resort mládeže, školství a tělovýchovy (MŠMT)

Existuje ještě dělení na horizontální a vertikální. Do horizontální rehabilitace řadíme sociální, pracovní a pedagogickou a do vertikální, rehabilitaci léčebnou.

Pro to, aby se jedinec mohl vrátit zpět do společnosti, aby byl rovnoprávným partnerem ve všech oblastech života, je důležitá spolupráce všech složek, které se na rehabilitaci podílejí. V dnešní době je už zcela samozřejmostí, že klient by se měl na rehabilitačním procesu sám aktivně podílet. Je to mnohdy proces dlouhý a přináší nároky jak na straně klienta, tak na straně společnosti, která napomáhá s procesem resocializace.

## 1.2 Léčebná rehabilitace

Co se týká léčebné rehabilitace, tak i zde je věnována ze strany společnosti velká

pozornost prevenci. Jsou do ní vkládány nemalé finanční částky, které se však už mnohokrát vrátily. Je to dáno i tím, že se jednotlivci více zajímají o svůj zdravotní stav. Prevenci bychom mohli rozdělit na tři části, přičemž nemůžeme oddělit jednu od druhé. Navazuje jedna na druhou a každá je důležitá. Jako první je to prevence:

- a) primární - týká se zdravých jedinců a cílem je zejména neonemocnět (patří zde například životospráva, otužování nebo očkování)
- b) sekundární - týká se nemocných a hlavním cílem je nezanechat následky (můžeme zde zařadit medikaci, operace nebo právě léčebnou rehabilitaci)
- c) terciární - zde je cílem začlenění jedince zpět do společnosti (můžeme zde zařadit různé rekvalifikace, sociální dávky a služby nebo používání kompenzačních či protetických pomůcek).

Jakousi ideovou učebnicí rehabilitace je Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International classification of Functioning, Disability and Health), kterou vydalo WHO v roce 2001. V tomto pojetí rehabilitace je zaveden pojem disabilita. Člověk s disabilitou pocíťuje limity, které nemůže při některých činnostech překonat, ale existuje řada ostatních situací, kde se cítí schopen a zdrav. Právě odstraňovat a řešit tyto omezující problémy je jeden z významných úkolů rehabilitace. V České republice převládá v rehabilitaci pojetí léčebně - preventivní, čímž se liší od jiných zemí, kde rehabilitace usiluje především o společenské uplatnění osob se zdravotním postižením. Obor, který se zabývá léčebnou rehabilitací postižených na zdraví v plném rozsahu se zvláštním zřetelem k návaznosti na pracovní (pedagogickou) a sociální rehabilitaci s cílem takového zlepšení zdravotního stavu, který by umožnil rehabilitovanému zařazení zpět do aktivního společenského života, se nazývá Rehabilitační a fyzikální medicína - RFM (Kolář, 2009, s. 2).



## RFM

Léčebnou rehabilitaci bychom mohli charakterizovat jako činnost, která:

- a) zlepšuje zdravotní stav
- b) provádí se ve zdravotnických zařízeních
- c) je garantována právě lékařským oborem RFM
- d) zabývá se poruchou funkce.

Léčebná rehabilitace má svá určitá specifika. Těmi jsou zejména:

- a) funkční myšlení
- b) spolupracující pacient (nejdůležitější je motivace klienta ke zlepšení zdravotního stavu)
- c) týmová práce (hlavní koordinátorem je vedoucí lékař, který vede celý tým a rozděluje úkoly mezi ošetrojící personál, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, popř. psychologa, sociálního pracovníka, logopeda nebo speciálního pedagoga).

Léčebná rehabilitace je v současnosti organizována v rámci těchto institucí:

- a) nemocnice - akutní lůžka, následná lůžka, ambulance, rehabilitační centra nebo stacionáře
- b) domácí péče s docházkou fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta
- c) spádová rehabilitační ambulance - zde se většinou provádí fyzioterapie
- d) rehabilitační ústav - pobytové zařízení pro osoby starší 15 let a pro vybrané diagnózy
- e) lázně - zde se provádí komplexní léčba s využitím přírodních léčivých zdrojů (např.: minerální voda, peloidy)

### 1.2.1 Fyzioterapie

Jednou z nejdůležitějších součástí léčebné rehabilitace, co se týče komplexní lázeňské péče, je fyzioterapie. Je to vlastně reedukace motoriky,

diagnostika a léčba funkčních poruch pohybového aparátu. Pomáhá rovněž ke zlepšení výkonnosti a kondice (to se týká zejména interních chorob). Fyzioterapie je vyžádaná. Indikuje ji vyšetřující lékař. Vyšetřovací a terapeutické možnosti fyzioterapie bychom mohli rozdělit do tří kategorií

a) manuální medicína - je to vlastně reflexní terapie, která spočívá ve vyšetření a okamžitém léčení primárních funkčních poruch (jsou to hlavně reflexní změny vyplývající z hypertonie měkkých tkání)

b) kinezioterapie - sem patří pohybová léčba a léčebná tělesná výchova (LTV). Vyšetřovacími metodami LTV je buď klinické vyšetření - kineziologický rozbor (je to analýza pohybu zjišťující stereotypy a dysbalance), nebo vyšetření přístroji - 2D rentgen, video-analýza fází pohybu nebo analýza asymetrie těla. Léčebnými metodami LTV je individuální cvičení (s jedním klientem), skupinové cvičení (skupina o maximálně deseti klientech), pasívní cvičení (s pomocí přístrojů - motodlaha, rotoped), aktivní cvičení (s dopomocí - ruka fyzioterapeuta a přístroj).

c) fyzikální terapie - fyzikální léčbou rozumíme využívání některých druhů fyzikálních energií k léčebným účelům. Používá se v rehabilitaci velmi často k odstranění bolesti, zlepšení trofiky tkání a k různým druhům reflexního dráždění. Aby měla fyzikální léčba smysl, musí lékař znát její účinek na organismus a správně ji indikovat. Ve většině případů jde o léčbu příjemnou. Má však jednu nevýhodu. Jde o léčbu pasívní, která nevede pacienta k vlastní iniciativě. Moderní rehabilitace usiluje o to, aby byl pacient co nejvíce samostatný a spoluodpovědný za svůj zdravotní stav. Je třeba mít na paměti, že fyzikální léčba může být jen pomocným prostředkem pro dosažení cílů léčebné rehabilitace.

### **1.3 Historie rehabilitace**

Mezi nejstarší formy fyziatrie řadíme mechanoterapii a hydroterapii. Nejstarší písemné zprávy o mechanoterapii, zejména o masáži, jsou známy

z Egypta. Nejstarší dochované učebnice pocházejí z Číny z roku 2837 př. Kr., ve kterých se kromě vodoléčby a léčivých masáží objevuje již termoterapie, manipulace a trakce.



Obrázek 1 - historické vanové koupele

Za průkopníka fyzikální terapie v Evropě je pokládán Asklépios, narozen v r. 770 př. Kr., jehož vodoléčebný ústav v Epidauru je ještě částečně zachován. Do Řecka se masáž dostala z Egypta. Hippokrates (460 - 377 př. Kr.) poznal, že vhodnou masáží lze napjaté svaly uvolňovat a svaly ochablé utužovat.

Ve středověku zájem o přírodní vědy, kulturu a lékařství poklesl. Vývoj západní medicíny se ubíral směrem, který léčbě přírodními prostředky nepřál. Pak však přišlo mírné rozladění až obavy z působení chemických látek na organismus, zejména ze strany nemocných. Jedním z prvních, kdo vzkřísil hydroterapii, byl Vincenc Priessnitz - laický léčitel z Grafenbergu (dnešní lázně Jeseník). Jeho do té doby nevídaná metoda vyvést nemocného do přírody, otužit ho studenou vodou, posílit vzduchem, sluncem a pohybem byla nakonec uznána jako „nový pozoruhodný objev“ v oblasti zdravotnictví (Capko, 1998, s. 16-17).

## 1.4 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie (fyziatrie) tedy využívá k léčbě různé fyzikální podněty - ať už přírodní nebo umělé. Podle toho pak rozdělujeme fyziatrii na:

- a) mechanoterapii - mechanické podněty
- b) termoterapii - tepelné podněty
- c) elektroterapii - elektrické podněty
- d) fototerapii - světelné podněty

### 1.4.1 Mechanoterapie

Do mechanoterapie tedy patří trakce - je to vlastně tah v ose těla, který se používá při potížích v oblasti krční nebo bederní páteře. Dále zde patří masáže. Ty můžeme dále rozdělit na ruční a přístrojové. Při ruční masáži zpracovává ruka maséra kůži, podkoží a svaly. Používáme vždy masážní prostředek a zásadou je masírovat vždy k srdci (centripetálně). Základní masérské hmaty by měly vždy následovat v tomto pořadí: úvodní tření, roztírání, hnětení, tepání a chvění. Je to z toho důvodu, že při masáži je třeba postupovat od vrchních částí pokožky nejprve jemnějšími hmaty a pak teprve větším tlakem působíme na hlubší části kůže a samotné svalové partie. Masáže rozeznáváme klasické, léčebné, sportovní, vazivové, reflexní a kosmetické.

Přístrojové masáže šetří ruce maséra a můžeme je rozdělit na vodní, vzduchové a vibrační. Mezi vodní masáže řadíme vířivku (je to vana, ve které je klient ve vodě masírován bublinami vzduchu), podvodní vanu (masáž se provádí pod vodou proudem vody) a hydrojet (je to vana s lyžinami s tryskou - na povrchu je fólie a masíruje se ze spodu). Mezi vzduchové masáže řadíme vakuovou (léčíme žilní insuficienci a ischemii) a pneumatickou (přístroj lymfoven, ten pomáhá při léčbě lymfatických otoků).

K mechanoterapii ještě řadíme léčbu ultrazvukem, neboli akustoterapii. Ta, v rozsahu 1- 3 MHz, způsobuje mikromasáž, která uvolňuje srůsty a napětí a současně způsobuje prokrvení.

Existují situace, kdy masáž nelze provádět, kdy je nevhodná nebo dokonce z nějakého důvodu zakázaná (kontraindikace je nevhodnost). Rozeznáváme kontraindikace celkové, zakazující masáž na celém těle a částečné, nedovolující masírovat jen určité části těla (Kvapilík, 1997, s. 94). K celkové můžeme zařadit masáž po vydatném jídle, nadměrné tělesné námaze nebo po celkovém vyčerpání. K částečné můžeme zařadit ty, při kterých na lidském těle určitá místa vynechávají - jsou to místa, kde se nacházejí velké mízní uzliny, nervové kmeny, velké cévy nebo místa, kde hrany či trny kostí kryje pouze kůže.

#### **1.4.2 Termoterapie**

Do termoterapie patří vodoléčba, parafín a uhličitá koupel. Vodoléčba působí teplou vodou jako pozitivní terapie, nebo studenou vodou jako negativní terapie (utlumuje bolest a působí protizánětlivě). Parafín je tepelná procedura (teplota okolo 50 stupňů Celsia). Uhličitá koupel je indikována pro kardiaky. Používá se hypotermická voda (teplota pod 36 stupňů Celsia) a oxid uhličitý rozšiřováním cév (tzv. vasodilatací) zvětšuje minutový srdeční objem

Využívání přírodních léčivých zdrojů, koupele, lázně, pití vod a lázeňské léčení hrály v lékařství odedávna značnou roli jako jeden z nejstarších způsobů terapie, užívané od nepaměti až do současnosti. V blízkosti zdrojů, především okolo vývěrů minerálních a termálních vod ke koupelím a k pití vznikala postupně léčebná místa. Také ložiska rašeliny, slatiny a bahna poskytovala cenný materiál pro ohřívání koupele a zábaly, oblíbené u revmatiků. U zrodu lázeňských míst však nebyly vždy nezbytně přírodní zdroje. Někdy silná osobnost reformátorského léčitele prosadila nové metody. Pestré dějiny lázní a lázeňství zapadají svým

obsahem nejen do širších dějin lékařství, ale i do kulturních dějin a nemálo i do dějin přírodních věd a techniky (Křížek, 1987).

Léčebné přírodní zdroje se vyskytují prakticky po celém světě. Co se týče jejich využívání pro léčebné účely, tak zejména v Evropě došlo k největšímu rozvoji. Nejprve antické Řecko a poté i Římská říše jsou považovány za zakladatele lázeňství. Tyto začátky jsou spojeny s tím, že léčba se omezovala na koupele a pitný režim. Rozmach nastal v období římského císařství, kdy se prakticky za každého císaře stavěly nové lázně. V dalším období, ve středověku, dochází k určitému poklesu úrovně lázeňství. Teprve v období renesance, zejména díky mnoha renesančním umělcům, kteří se snažili zjistit podstatu přírodních procesů a úkazů, došlo opět k rozvoji lázeňství.

V druhé polovině 19. Století došlo k velkému rozvoji medicíny a přírodních věd. Možnosti chirurgie se rozšířily díky objevu narkózy a převratný význam pro léčbu mělo zjištění o sepsi a antisepsi. Výsledky dosažené ve fyzice, chemii a medicíně se využívaly při výzkumu přírodních léčivých zdrojů a jejich účinků na lidský organismus. Léčba v lázních probíhala stále častěji pod lékařským dohledem a ke koupelím a pitným kúram se připojovaly další procedury jako mechanoterapii, masáže, elektroléčba a nápravný tělocvik (Budínská, 2006, s. 46).

## 2 LÁZEŇSTVÍ

Lázeňství má téměř dvoutisíciletou tradici. Avšak jak v minulosti, tak v přítomnosti nebylo ve světě rovnoměrně rozšířeno. Zpočátku to byly hlavně termální a minerální prameny, které daly vznik léčebným lázeňským místům.

Postupně lázně, hlavně v 19. století, nabývaly i společenského významu. Už v začátcích bylo, zejména u revmatických chorob, dosahováno na svou dobu pozoruhodných výsledků. I když je samotná rehabilitace a léčení docela nákladná, lze při správně vedené terapii a motivaci klienta ke spolupráci dosáhnout toho, že vynaložené náklady se vrátí v podobě navráceného zdraví a znovunavrácení jedince k aktivnímu životu, i co se týká pracovní stránky.

### 2.1 Historie

Začátek 20. století byl poznamenán válečným konfliktem - 1. sv. válkou. Většina lázeňských zařízení slouží k léčbě zraněných a nemocných vojáků. V poválečném období lázně ztrácejí zahraniční klientelu a musí se přeorientovat na klientelu domácí. Na rozdíl od začátků se mění i skladba lázeňských hostů - vedle zbohatlíků si místo v lázních postupně nacházejí i příslušníci středních vrstev. Dále jsou to hlavně turisté. Obecně se lázně v tomto období orientují na zotavování, než na léčbu. Přes ekonomické potíže související s hospodářskou krizí se stavějí další lázeňské objekty.

Druhá světová válka opět způsobila, že se z lázní staly lazarety. Navíc při ústupu německých vojsk došlo k poškození většiny lázní - nejvíce však na Slovensku. Pro vývoj Československého lázeňství byl přelomový rok 1948, kdy stát zákonem č. 125 O znárodnění přírodních léčivých zdrojů získal výhradní právo na jejich využití. Další zákonná norma (č. 103/1951 O jednotné preventivní a léčebné péči pracujících) prakticky začlenila všechny lázně do systému zdravotnických zařízení. Z tohoto je jasné že, jak přímá léčba, tak léčebná prevence

jsou postaveny na stejnou úroveň a tvoří společně jeden celek, vzájemně provázaný a propojený.

Tak jako téměř vše v této době bylo řízeno centrálně, tak i zdravotní péče, a její financování, bylo závislé na finančních prostředcích a možnostech státu. Architektonický stav budov a infrastruktury neodpovídal současným možnostem. Teprve od konce šedesátých let dochází k postupné rekonstrukci většiny objektů a stavěly se nové, další.

Celé toto období je charakteristické tím, že lázeňský pobyt byl dostupný téměř pro každého a zájem neustále převyšoval kapacitu lázní. Přičemž velká většina pacientů byla domácí klientela (lázeňská péče byla hrazena zdravotními pojišťovnami).

## **2.2 Současnost**

Devadesátá léta jsou poznamenána politickými změnami. Ty se promítly zejména v ekonomické oblasti, která pak ovlivnila všechny sféry a oblasti lidského života. Většina lázní prošla privatizací, což mělo za následek, že existence lázeňských subjektů se odvíjela od ekonomické soběstačnosti. Ta souvisí s tvorbou zisku. To znamenalo získat co nejvíce klientů - i ze zahraničí, tzn. samoplátce. To vše bylo podmíněno nejen modernizací lázeňských budov a infrastruktury, ale i zvýšením úrovně především rehabilitace a terapie a také stravování a ubytování

Po rozdělení republiky došlo k tomu, že české lázně ztratily značnou část klientů, především ze Slovenska. V souvislosti s vývojem ekonomiky, inflací a růstem cen, dochází k poklesu počtu klientů vůbec. Na druhé straně pokračuje proces rekonstrukce lázeňských objektů, investují se nemalé finanční prostředky. Tím, že po dlouhé době skončil monopol státu na lázně, otevřel se prostor pro nové formy vlastnictví. Nové subjekty se snaží zvýšit svůj zisk nabízením nových forem služeb. Samozřejmě, že stěžejním pro lázně je tzv. indikační seznam pro lázeňskou



péči. Kromě toho lázně nabízejí různé relaxační pobyty, pobyty pro rodiny s dětmi, mladé lidi, seniory, manažery, programy pro ženy nebo sportovní pobyty.

Pochybuje se, zda všichni lidé přicházející do zdravotnických zařízení skutečně potřebují odbornou lékařskou péči, vyslovují se domněnky, že mnozí pouze nadužívají tyto instituce. U lázeňské péče, která zdánlivě vypadá jako servis pohody a zábav, se tato starost může zdát obzvláště oprávněná. Problém není nový, i v dřívějších dobách se obtížně dokazovalo, na co jednotlivci mají v dané situaci od společnosti nárok, a co je „nadstandardní“ péčí či dokonce zneužitím zdravotnického systému. Tehdy jako dnes může pomoci odpovědět na tyto úvahy výsledek: úroveň zdravotního stavu populace. A o ní vypovídají nejen objektivní lékařské nálezy a statistické zprávy, ale také spokojenost nebo nespokojenost jednotlivců (Mášová, 2009).

Otázkou tedy zůstává, zda v současné době, kdy jsou transplantace životně důležitých orgánů a náhrady umělých kloubů zcela běžnou záležitostí, má lázeňská léčba své opodstatnění. Je to doba, kdy farmaceutický průmysl investuje obrovské finanční prostředky do výzkumu a trh zásobuje stále novými farmaceutickými produkty. I do budoucna bude stěžejní část lázeňské léčby spočívat hlavně v terapii různých degenerativních onemocnění (např. revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida) a v rehabilitační péči po úrazech, operacích nebo akutních onemocněních. A v současnosti je čím dál tím větší pozornost věnována prevenci a regeneraci. Tyto všechny faktory pak přispívají k dobrému zdraví a kondici populace. To vše souvisí i s prodlužující se délkou života. Tím se výrazně zvětšuje procento starší populace, která je příčinou polymorbidity.

Jsou věci, které člověk ve svém životě nemůže ovlivnit. Ale může se přičinit sám o to, že svůj zdravotní stav a kondici zlepší sám svým přístupem. Jedním z nich může být právě prevence - a tou může být právě lázeňská léčba.

Ještě než se zmíním o balneologii jako takové, je třeba zmínit rozdíl v celkovém pojetí, jak je chápáno v našich zemích a ve světě. V České republice je to především:

- a) lékařské vyšetření (ošetřující lékař předepisuje procedury, provádí vstupní a výstupní kontrolu)
- b) komplexní léčba (rehabilitace, fyziatrie, využití přírodních léčivých zdrojů, ergoterapie, farmakoterapie)
- c) léčebné preventivní programy (např. diagnostické postupy podle Vojty nebo Mojžíšové).

### 2.3 Balneologie

Balneologie je nauka o léčení přírodními, na určité místo vázanými, léčivými zdroji, jejich účincích na lidský organismus a lázeňských léčebných metodách.

Balneoterapie je léčba přírodními léčivými zdroji, tj. přírodními minerálními vodami, plyny, peloidy a klimatem, je souhrnem konkrétních léčebných postupů užívaných v místě příslušného přírodního léčivého zdroje pod lékařským vedením za účelem úzdravy či optima restituce funkcí organismu. Balneologie vyvolává bezprostřední biologické reakce lokální a celkové. Tímto mechanismem indukuje dlouhodobé klinické efekty, což nelze jinou terapií docílit ani napodobit, proto je balneologie u mnoha chorob a stavů nezastupitelná a nenahraditelná. Je prvořadě léčebnou rehabilitací poruch funkcí logistiky: stimuluje a upevňuje trofické děje, upravuje humorální řízení s bazálním metabolismem, reguluje funkce autonomní nervové soustavy, podporuje obnovu funkcí imunitního systému a zvyšuje odolnost vůči biologickým, fyzikálním, chemickým a psychickým stresům (Jandová, 2009, s. 2).

Balneologie má dlouhou tradici, jejíž počátky nacházíme v Číně před skoro čtyřmi tisíci lety. Přes starověký Egypt se poznatky o balneologii přenesly do Evropy, kde především v římské říši došlo k jejich rozmachu. Středověk, zejména pod vlivem církve a náboženství, rozvoji balneologie moc nepřál. Teprve konec středověku a nástup novověku přinesl obrat, zejména díky pokrokům v oblasti přírodních věd.

## 2.4 Léčivé přírodní zdroje – rozdělení

Léčivé zdroje můžeme rozdělit na vody, peloidy a plyny. Vody rozdělujeme podle fyzikálních vlastností (přírozená teplota vyšší než 25°C - termální voda), na vlažné (teplota 20°C - 25°C), teplé (25°C - 35°C) a horké (nad 42°C). Novější dělení vod vychází z vyhlášky o přírodních léčivých zdrojích (teplíce, kyselky, zemité vody, alkalické vody, dále vody slané, hořečnaté, chloridovápenaté, jodové, sirmé, železnaté, radonové).

Peloidy jsou látky vzniklé v přírodě geologickými pochody. Podle chemického složení se rozdělují na humolity a bahna. Humolity jsou převážně složeny z organických látek a obsahují více než 30 % humusových a humoligninových substancí. Dělí se na rašeliny a slatiny. U rašelin je základem rašeliník (sphagnum) - vznikají nad hladinou spodní vody a jsou převážně zavlažovány srážkovou vodou. Slatiny vznikají z rákosu, orobince a jiných rostlin v určitém biotopu. Jsou zavlažovány zejména podzemní vodou. Bahno (limus) je anorganický sediment řek, jezer a mořských zálivů. Je tvořen z jemně rozrušených hornin s organickou příměsí. Tu tvoří odumřelé řasy a plankton.

Plyny přímo vyvěrají z podloží (zřidelní plyn) nebo separují z uhlíčitě minerální vody. Obsahují nejméně 90 % CO<sub>2</sub>. Používají se k tzv. suchým uhlíčitým koupelím se zhruba stejnými účinky jako kyselky. Využití plynů je široké - od degenerativních nemocí pohybové soustavy až ke gynekologickým onemocněním (Kálal, 2009, s. 294).

Přírodní léčebné zdroje mají v balneoterapii i velmi široké použití. Voda má nejširší uplatnění - hypotermní (teplota vody mezi 12°C - až 36°C), izotermní (teplota 36°C) a hypertermií (teplota vody nad 36°C). Peloidy jsou rovněž využívány ve velké míře, a to především pro jejich jedinečnou fyzikální vlastnost. A totiž to, že udržují teplo - jsou-li zahřáté na určitou teplotu, velice pomalu ji vydávají. Dále mají výborné vazodilatační a baktericidní účinky. Aplikace peloidů je doporučována především u zánětlivých, degenerativních a traumatických poruch pohybového aparátu. Využití plynu spočívá především při aplikaci tzv. plynových

koupelí (dnes suchá uhličitá koupel) a při tzv. plynových injekcích, které se používají při ischemických chorobách tepen dolních končetin a při degenerativních kloubních změnách.

## 3 LÁZNĚ VELICHOVKY

V mírně zvlněné krajině východně od Jaroměře, kde kopce a kopečky Podkrkonoší přecházejí pozvolna do polabské roviny, leží nevelká obec Velichovky, o níž se písemné prameny prvně zmiňují k roku 1389. Vesnicí bez většího významu by zřejmě zůstala dodnes, nebýt ložiska rašeliny (slatiny), mocného až šest metrů, které stálo u zrodu zdejších lázní (David, 2005).

V průběhu staletí se Velichovky stávaly majetkem různých pánů. Někteří se zasloužili o zvelebení obce, jiní se o své panství starali tak, že ho museli prodat jiným, aby splatili své dluhy.

### 3.1 Historie



Obrázek 2 - Masarykův dům rok 1946

Podnět k založení lázní ve Velichovkách dal Jan Podivín Hopfling, pán ve Velichovkách, c. k. guberniální rada a krajský hejtman v Hradci Králové. Již tehdy upozornil lékař na léčebné účinky místních minerálních pramenů a rašeliny. Dvorní

rada prof. E. Ludvig, přednosta chemické laboratoře všeobecné nemocnice ve Vídni, vydal posudek o výborných účincích minerálních pramenů a rašeliny. Jde o křídovou slatinou zeminu, napájenou prameny vody s obsahem uhličitanu vápenatého a železitého. Její ložiska zajišťují svým rozsahem perspektivu na dalších 150 až 200 let (Tovačovský, 2001, s. 200).

Vnučky Jana Podivína, baronky Berta Bess Chrostin a Gabriela Spens Boden, pak v roce 1861 dědí jeho majetek. Bylo to na podzim roku 1896, kdy MUDr. Kutík, lékař z Hořiček v Podkrkonoší, přesvědčil baronku, aby odkoupila slatiniště od rolníků z Rožnova. Z rozborů věděl, že slatiniště mají vynikající kvalitu.

Stalo se, že na jaře roku 1897 byla ustavena akciová společnost s neomezeným ručením, která si dala za úkol vybudovat ve Velichovkách poblíž Jaroměře lázně. Náklady činily 440000 rakouských korun. Vyrostly dvě vily, nazvané na počest baronek. Byl postaven pavilón, kde se prováděly léčebné procedury, strojovna a restaurace (Ivanov, 1997).

Tak začala historie lázní Velichovky. Začátkem března 1907 projevil zájem o koupi MUDr. Josef Moravec, městský fyzik ze Dvora Králové. Zavedl do lázní větší pořádek a šetrnost. Lékařskou praxi vykonával sám, rovněž sám vykonával veškerý provoz. Vlastnil lázně přes deset roků a za tu dobu je pozvedl z úpadkového stavu na úroveň srovnatelnou s ostatními lázněmi v Čechách. 4. prosince 1918, kupuje lázně Ústředí nemocenských pojišťoven, které rozhodlo vybudovat nový moderní lázeňský dům. Po druhé světové válce, kdy byl provoz lázní zrušen a všechny budovy byly upraveny pro potřeby německého štábu armády Mitte, se lázně vrátily ke svému původnímu poslání. 1. ledna 1957 byly lázně převzaty státem. V lednu 1970 - 1973 byly lázně postupně plynofikovány. Zatímco počet lůžek lázní v 1. republice kolísal mezi čísly 180 - 240, v roce 1984 se zvýšil na 394. Lůžková kapacita byla rozšířena tím, že byly vybudovány budovy o devíti bytech, kde se mohli ubytovat zaměstnanci lázní, kteří dříve bydleli v lázeňských budovách. V osmdesátých letech byla provedena generální oprava levé poloviny

hlavní léčebné budovy, v dalších letech potom druhé poloviny dnešního Masarykova domu (Dostálek, 2008).

### 3.2 Současnost



Obrázek 3 - Masarykův dům 2013

3. května 1992 byla založena akciová společnost. Postupně byly s velkými náklady zrekonstruovány všechny lázeňské vily s nákladem přes 90 miliónů Kč. To vše s cílem zabezpečení vysokého standardu jak v oblasti ubytování, tak i v poskytování veškerého servisu služeb. Celkový počet nabízených lůžek se ustálil na čísle 406. Tento údaj pak v následujících letech osciloval kolem hodnoty 400. Bylo to způsobeno postupnou rekonstrukcí některých ubytovacích zařízení, které pak vyvrcholily velkou rekonstrukcí Masarykova domu. Bylo vybudováno nové wellness centrum a zrekonstruována jedna polovina centrální historické budovy.

## 4 LÉKAŘSKÉ POZNATKY

Již od prvopočátků své existence se člověk snažil získat co nejvíce znalostí o svém těle. Mnohé válečné konflikty, které provázejí celou lidskou historii, byly tím prvním impulsem. Mnoho zraněných potřebovalo ošetřit. Člověk tak postupně začal pronikat do tajů lidského těla. Objevoval, jak jsou v lidském těle spojeny jednotlivé kosti, jak fungují jednotlivé svaly. Každá etapa přinesla s sebou další poznatky, které odkrývaly další tajemství lidského těla.

### 4.1 Historie

Znalosti stavby lidského těla zaznamenaly v posledních staletích, ale zejména v minulých padesáti letech, zcela mimořádný rozvoj. Přispěly k němu zásadní objevy vědců i lékařů z praxe, vědeckých týmů vybavených moderní lékařskou, výpočetní a informační technikou. Z dochovaných písemných památek je zřejmé, že některé anatomické poznatky si osvojily již starověké civilizace Středního a Dálného východu. Také balzamovací rituál starých Egyptů vyžadoval nepochybně dobrou znalost anatomie. Systematické pitvy na univerzitách v Padově a Bologni v období renesance vedly k získání převratných poznatků, které se staly základními kameny moderní anatomie. V 19. a 20. století nastala doslova expanze nových anatomických poznatků. Využívání možnosti světelných a později elektronových mikroskopů, objev rentgenových paprsků a mnoho dalších zobrazovacích metod značně rozšířily znalosti o stavbě a funkční anatomii lidského těla (Druga, 2003, s. 6-7).

V dnešní době se tak s pomocí moderní medicíny dají léčit choroby a nemoci, které ještě před pár desítkami let nebylo možné. Současně však vystupují do popředí problémy s nemocemi, které se nedají vyléčit zcela. Dá se pouze zmírnit jejich negativní dopad na zdraví jedince. Jsou to převážně nemoci, které nastupují až v průběhu života. Ve většině případů mají vliv na osobnost pacienta jako celek.



Ovlivňují jeho každodenní život, pracovní i sociální vztahy. Mluvím o zdravotních potížích, které ovlivňují pohyb člověka - lokomoci.

V současné době, která klade stále vyšší nároky na ekonomickou soběstačnost jedince, je velké procento populace omezeno v této důležité oblasti plně participovat. Jejich pracovní schopnost je v určité míře, právě v důsledku strukturálních nebo funkčních změn, snížena. Občan se změněnou pracovní schopností - podle legislativy ČR (z. 1/1991) občan, který má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav omezenou schopnost pracovat, případně i omezenou schopnost připravovat se na budoucí povolání (Matoušek, 2003, s. 128).

## 4.2 Kosterní soustava

Kosterní soustava představuje pasivní pohybový aparát těla. Jejím základem je kostra složená z kostí vzájemně propojených klouby. Kostra tvoří pevný základ těla, umožňuje pohyb těla a jeho částí, je ochrannou schránkou pro vnitřní orgány, představuje bohatou zásobárnu vápníku a fosforu. V kostní dřeni vznikají červené krvinky.

Lidskou kostru (skeleton) tvoří více než 200 kostí. 80 jich připadá na osovou kostru (axiální skelet), který zahrnuje lebku a kosti páteře a hrudníku. Zbytek, 126 kostí, je součástí kostry pletenců lopatkových a pánevních a kostry končetin. Kostí jsou vzájemně spojené buď 1) pevně chrupavkou (např. žebra ke kosti hrudní), vazivem (lební kosti), kostní tkání (kost pánevní), nebo 2) pohyblivě - kloubní spojení (Merkunová, 2008, s. 41).

A právě toto pohyblivé kostní spojení je vystavováno v průběhu života jedince neustálé zátěži. Na jedné straně to může být zátěž v průběhu vývoje jedince, kdy náhlý rychlý růst může způsobit problémy ve fungování pohybového aparátu. Jsou to změny, které sotva ovlivníme. Můžeme je pak jedinečně korigovat širokou škálou lékařských metod. Na druhé straně je to vlastní, vědomá činnost člověka. Je to přetěžování v důsledku sportovní aktivity (zejména té dlouhodobé a na

profesionální úrovni), nebo nadměrné fyzické zátěže v zaměstnání (často pak dlouhodobé stereotypní zatěžování určité části pohybového aparátu).

Snaha vytvořit kloubní protézu spadá do období po druhé světové válce, kdy se objevilo mnoho zraněných veteránů, kteří potřebovali umělé končetiny a klouby. Počáteční problém bylo najít materiál, který by byl trvanlivý, netoxický a rezistentní vůči korozivnímu efektu organických kyselin v krvi. V roce 1963 sir John Charnley, anglický ortopedický chirurg, představil první úplnou náhradu kyčelního kloubu, přičemž použil nekorodující ocelovou kouli. Poté následovaly protézy kolene. Uteklo deset let, než se stala náhrada kolenního kloubu běžně dostupnou operací. V současné době se kovové části protézy skládají ze silných kobaltových a titanových slitin.

Úplná náhrada kyčelního nebo kolenního kloubu vydrží u starších lidí, které klouby příliš nezatěžují, asi 10 - 15 let. Většina těchto operací je prováděna za účelem snížit bolesti, a je schopna nahradit původní funkci kloubu asi z 80 procent (Marieb, 2008, s. 238).

Jak již bylo řečeno, lázně Velichovky se specializují zejména na poskytování rehabilitační péče pro pacienty, kteří mají potíže s pohybovým ústrojím nebo trpí kořenovým syndromem vertebrogenního původu. Nejčastěji to jsou pacienti po operacích kloubů- po totálních endoprotézách jak kloubů kyčelních nebo kolenních. Dále jsou to pacienti s diagnózou revmatoidní artritida a ankylozující spondylitida (známá taky jako Bechtěrevova choroba).

#### **4.2.1 Pooperační stavy**

Poskytování lázeňské rehabilitační péče klientům po totálních endoprotézách (TEP), přímo navazuje na pobyt pacientů v nemocnici. Po vlastním lékařském zákroku je pacient (většinou do jednoho týdne), převezen do lázní. Zde pak ošetřující lékař, na základě zprávy z nemocnice, sestaví program léčebných procedur. Po odstranění stehů jsou pak procedury doplněny i o ty vodní. Všechny

procedury jsou nastaveny tak, že na sebe navzájem navazují. Každý týden klient pak dochází na kontrolu k lékaři, kde spolu konzultují průběh léčby. Případně pak podle konkrétní situace mohou průběh procedur pozměnit, aby léčba byla co nejefektivnější.

Balneoterapie a hydroterapie po TEP:

Používání těchto metod sahá hluboko do historie a je nedílnou součástí léčby v oboru rehabilitace a revmatologie. Účinky slatinných koupelí a peloidů byly prokázány u 80 % pacientů a u slatinných zábalů u 67 % pacientů. Samostatnou kapitolou je prokazování účinnosti cvičení ve vodě v rámci hydroterapie, kde byly zjištěny kladné výsledky ve smyslu snížení bolestivosti, snížení tuhosti kloubů, zlepšení kondice a zvýšení kvality pánevních svalů. Tyto efekty byly zaznamenány u 75 % pacientů a trvaly u 84 % pacientů ještě po šesti týdnech od léčby. Efekt zmizel, když pacienti v léčbě nepokračovali (Cikánková, 2010, s. 193).

#### **4.2.2 Ankylozující spondylitida**

Ankylozující spondylitida (dále jen AS) je systémové zánětlivé onemocnění pohybového ústrojí, patřící do skupiny séronegativních spondyloartritid. Je mnohem častější, než se dříve předpokládalo. Postihuje především axiální skelet. Postupně dochází k osifikaci periferní části vazivového pletence meziobratlové ploténky. Nemoc postihuje převážně muže, a to v poměru 7-10:1. Začátek onemocnění bývá nejčastěji ve 2. a 3. dekádě života. Ke stanovení diagnózy AS musí být splněno radiologické (nález sakroileitidy na rentgenu) a alespoň jedno ze tří následujících klinických kritérií:

- a) současná nebo anamnestická páteřní bolest,
- b) omezení hybnosti bederní páteře ve třech rovinách,
- c) omezení dýchacích pohybů hrudníku na 2,5 cm a méně (Kačínová, 2010, s. 101-103).

Choroba není dědičná. To znamená, že děti otce postiženého AS nemusí být nutně taky postižené. Nemoc většinou postupuje od bederní části páteře směrem nahoru. V části hrudní pak může docházet až k omezení dýchacích pohybů. V části krční pak dochází k velkému omezení otáčení hlavy. V současné době je pro včasné diagnostikování AS používání zobrazovací metody - magnetická rezonance (MR). Na jedné straně je to metoda šetrná k pacientovi, schopná zachytit zánět v raném stadiu, na druhé straně je však to však poměrně vysoce finančně náročné vyšetření.

Pro léčbu bolesti užíváme u nemocných nesteroidní antirevmatika. Některé klinické studie ukázaly, že při dlouhodobém podávání jsou schopna i zpomalovat progresi, tedy postup AS. Pohybová léčba - tedy pravidelné cvičení s fyzioterapeutem nebo ve skupině - je dnes neodmyslitelnou součástí léčby AS. Soustavné cvičení tedy vedle úlevy od bolesti zlepšuje i hybnost páteře a zatím jako jediná léčebná metoda zpomaluje srůstání páteře (ankylóza). Optimální je střídavý pohybový režim. Velmi vhodné jsou rekreační sporty - plavání, pilates, kondiční cvičení, jóga apod. (Olejárová, 2011).

Další dobré výsledky v léčbě AS je využívání softlaseru a využívání fyzioterapeutických metod jako součástí lázeňské léčby - zejména pak aktivní a pasivní vytahování zkrácených svalových partií do krajních pozic (ale tak, aby pacient necítil bolest), nebo aktivní gymnastika na míčích. Vůbec největší význam pro pacienty s AS má cvičení ve vodě (ideální teplota okolo 35°C) a peloidní koupele či zábaly v kombinaci s ruční manuální masáží.

Je třeba poznamenat, že osoby postižené syndromem AS jsou u nás velmi dobře organizovány v tzv. Klubu Bechtěreviků (o.s.). Jsou rozděleny do regionálních organizací podle krajů. Vydávají pravidelný měsíčník Bechtěrevik, kde jednotliví členové přispívají svými články do diskuse. Informují se navzájem o nových trendech např. v biologické léčbě, sportovních akcích nebo slevách na pobyty v lázních.

Bechtěrevova choroba je jako celoživotní partner. Není to partner, kterého by si člověk vybral a je tedy přirozené, že s ním nejprve bojuje. Po nějakém čase, již se správnou diagnózou a léčbou, pak už je možné začít rozvíjet pozitivní přístup

k fyzické stránce nemoci - naučit se správně cvičit, protahovat se a nalézt optimální medikamentózní léčebný postup. Pocity prohry, hněvu a viny mohou často narušovat proces adaptace na život s dlouhodobým onemocněním a mohou se objevit v kterékoliv životní fázi, ale v mladém věku bývá jejich výskyt mnohem pravděpodobnější. Každý lidský život obsahuje dva velmi důležité životní aspekty, je to práce a mezilidské vztahy, oba dva mohou být Bechtěrevovou chorobou významně ovlivněny (Fajkus, 2013, s. 18).

### **4.2.3 Revmatická artritida**

Revmatická artritida (RA), je zánětlivé kloubní onemocnění, které postihuje všechny věkové kategorie. Má více příčin a dokáže ve svém důsledku zkrátit život až o deset let. Postihuje více ženy než muže (v poměru až 4:1). Počátek choroby je pomalý, plíživý, typická je ranní ztuhlost, která může trvat až hodinu.

RA má za následek: destrukci chrupavek, osteoporózu, deformaci kloubů, limitaci rozsahu pohybu v postižených kloubech, svalovou kontrakturu a atrofii a v konečném stadiu ankylózu. RA se dělí na čtyři stadia - časná, mírná, těžká a konečná. Pro lázeňskou léčbu jsou vhodní pacienti v časném a mírném stadiu (Špišák, 2010, s. 165). Aby mohla být zahájena léčba, je třeba (a zejména poslední doba tomu nasvědčuje) diagnózu RA stanovit co možná nejdříve.

Cílem terapie by mělo být zpomalení progresu choroby. Toho lze dosáhnout zejména metodami fyzioterapie - LTV (hlavně dynamická a statická cvičení v bazénu s teplou vodou. Dále je to především termoterapie (parafínové zábaly), magnetoterapie, podvodní a manuální masáže. Jsou-li postiženy větší klouby, využívá se metoda galvanizace (stejnoseměrný proud), nebo peloidní koupele a zábaly. V druhém stadiu nemoci je každoročně opakovaná komplexní lázeňská léčba nezbytností. Její účinnost pak je ovlivněna tím, v jaké fázi choroby se pacient nachází. Když je stav klienta stabilizován a v této pozici je udržován, jsou výsledky neúčinnější a mnozí pak dosáhnou dlouhodobé remise.

RA je častou příčinou invalidity nejen pro deformující postižení, ale taky pro komorbidity, které toto onemocnění provázejí. Léčba revmatických onemocnění byla po dlouhou dobu nepříliš úspěšná. V 80. letech se objevil methotrexát jako nový a velmi úspěšný chorobu modifikující lék. Jeho pozice je dodnes velmi silná a je i součástí kombinované farmakoterapie. Zcela nový pohled na léčbu nejen RA přinesla tzv. biologická léčba. Přinesla doslova průlom v terapii revmatických chorob. S její pomocí je možno dosáhnout tzv. remise onemocnění a integrovat pacienta do plnohodnotného soukromého i pracovního života (Pavelková, 2009).

Ani přes rozmach a rozvoj farmaceutického průmyslu se význam komplexní léčby nesnížil. Zejména u dlouhotrvajících onemocnění mají metody fyzikální léčby a balneoterapie své nezastupitelné místo. Ve spojitosti s předepsaným klidovým režimem nemocného a příznivým klimatem se tak komplexní lázeňská péče podílí nemalým dílem na celkovém dobrém zdravotním stavu pacienta.

#### **4.2.4 Komplexní péče**

Zákon č.550/1990 o všeobecném zdravotním pojištění zahrnuje lázeňskou péči poskytovanou podle doporučení lékaře jako nezbytnou součást léčebného procesu do kategorie potřebné zdravotní péče. Lázeňskou péči poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu navrhuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař pojišťovny a hradí zdravotní pojišťovna (závaznou směrnicí je Indikační seznam - dále jen IS).

Zdravotní pojišťovna hradí svým pojištěncům lázeňskou péči takto:

- a) komplexní lázeňskou péči navazující na ústavní nebo ambulantní léčení, zaměřenou na doléčení, na zabránění vzniku invalidity nebo minimalizaci rozsahu invalidity poskytovanou v době pracovní neschopnosti hradí pojišťovna plně
- b) příspěvkovou lázeňskou péči, která je poskytována u nemocí, které jsou obsaženy v IS a u kterých nejsou splněny podmínky pro poskytnutí komplexní lázeňské péče, hradí pojišťovna částečně, a to pouze náklady na vyšetření a léčení pojištěnce. Tato

péče může být poskytnuta jednou za dva roky, nerozhodne-li revizní lékař jinak (Škorpík, 2004).

Hrazení lázeňské rehabilitační péče zdravotními pojišťovkami bylo upraveno takto: za jeden ošetrovací den bylo ubytování v ceně 321 Kč., strava 224 Kč. A léčení podle zdravotní indikace v rozsahu 446 až 483 Kč za den. Pro indikaci M45 a M06.9 to bylo 1008 Kč. Za den a pro indikaci Z98.8 to bylo 1028 Kč za den.

Kromě této hrazené péče byly stanoveny příplatky: za jednolůžkový pokoj ve výši 431 Kč., za dvoulůžkový pokoj (dle vybavenosti - jestli byl např. s balkónem) za jeden den pobytu. Dále si ještě všichni pojištěnci platili regulační poplatky ve výši 100 Kč na den a místní poplatky obci ve výši 15 Kč za jeden den pobytu (Pohanková, 2014).

#### **4.2.5 Současná právní úprava**

Současná právní úprava má podobu v zákoně č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který nahrazuje zákon předchozí (č. 48/1997). Tato upravuje poskytování lázeňské rehabilitační péče. Ta je hrazenou službou, je-li poskytována jako nezbytná součást léčebného procesu, kdy její poskytnutí doporučil ošetřující lékař a potvrdil revizní lékař pojišťovny.

Dne 1. října 2012 nabyla účinnosti Vyhláška č. 267/2012 o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost. Ta současně ruší předchozí úpravu č. 58/1997. Tato právní úprava obsahovala mimo jiné i dvě ustanovení, která hovoří:

Je-li lázeňská péče poskytnuta jako komplexní, může vedoucí lékař lázeňské léčebny dle zdravotního stavu nemocného prodloužit délku léčebného pobytu až o 7 dnů.

Je-li lázeňská péče poskytnuta jako komplexní, je základní délka léčebného pobytu 28 dnů (Česko, 1997).

V obecných ustanoveních Vyhlášky č. 267/2012 Sb. O stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost se hovoří:

- délka základního léčebného pobytu u dospělých je stanovena na 21 dní,
- prodloužení i jeho délka, podléhá souhlasu revizního lékaře příslušné pojišťovny,
- délka opakovaného léčebného pobytu formou příspěvkové lázeňské léčebné rehabilitační péče u dospělých je stanovena na 14 nebo 21 dní (Česko, 2012).

V důvodové zprávě se konstatuje, že od roku 1997, došlo k rozvoji nových postupů léčby v souvislosti s novými možnostmi ve farmakologii a medicíně. Díky tomu lze zlepšit zdravotní stav pacientů, zkrátit tak délku rekonvalescence. Hlavním cílem byla snaha o udržitelnost financování lázeňské péče jako celku a zaměření se na léčení stavů po úrazech, operacích a dlouhodobých závažných onemocnění. To vše má pak přinést úsporu z prostředků veřejného zdravotního pojištění ve výši až 500 mil. Kč. Výstupem je tedy nová vyhláška, která zkracuje délku léčebného pobytu u dospělých z 28 dnů na 21 dnů. Dále omezuje rozsah komplexní lázeňské péče u některých onemocnění a formu příspěvkové péče zkracuje na 14 dní.

I když byl návrh konzultován v širokém spektru subjektů (MZ, Česká lékařská komora, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Svaz léčebných lázní, Sdružení lázeňských míst a Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR), doplatí na výsledek jednání především subjekt občan - plátce pojištění. Tedy ten, který je zároveň i uživatelem služby. Ten jako rozhodující prvek celého systému neměl možnost participace. Neměl možnost se vyjádřit svými připomínkami. A přitom o něj se jedná především.

Je jasné, že až čas ukáže skutečný stav a také to, zda úspory v oblasti nákladů na lázeňskou péči nebudou vyšší, než souhrn nákladů na léky, nemocenské dávky nebo např. invalidní důchody. Ale už v současnosti je zřejmé, že restriktivní opatření v oblasti lázeňství budou mít nemalé, zejména ekonomické dopady, na řadu subjektů. V první řadě to jsou samotné lázeňské organizace, které přijdou o nemalou část svých příjmů tím, že se sníží počet klientů. Dále to jsou lázeňská



místa, kde se v důsledku omezení provozu lázní a následnému snižování počtu zaměstnanců zvýší napětí na trhu práce. A v neposlední řadě je to samotný občan. Jedná se zejména o to, že klienty lázní jsou především občané starší generace, kterým jejich finanční situace mnohdy nedovolí hradit si lázeňské služby za svých prostředků.

Deník Právo přinesl v sobotu 11. května 2013 rozhovor s tehdejším ministrem zdravotnictví, doc. Hegerem. Ten na otázku redakce - „Vaše úprava indikačního seznamu nemocí, s nimiž se jezdí do lázní, značně ztížila pobyt pacientů v nich. Dokonce řada lázní se chystá vyhlásit úpadek a propouští zaměstnance. Není škoda likvidovat české lázeňství, které má v Evropě dobrý zvuk?“ Odpověděl: “Už tři roky pozorujeme snižování počtu lázeňských klientů. Do doby, než jsme zavedli novou vyhlášku ohledně indikací pro lázeňskou péči, tak útlum počtu klientů byl zhruba 35 %. Vyhláška pravděpodobně útlum prohloubila. Lázeňských lůžek je u nás přebytek. Jde o soukromý sektor, který se poměrně úspěšně rozvíjel a kapacit má nyní hodně. Opravdu nemůžeme úhrady na pojišťovnu rozšiřovat jen proto, abychom soukromě podnikající subjekty podpořili.“

Občané (pojištěnci i pacienti) se v nových podmínkách ocitli poněkud stranou od rozhodování a kontroly při hospodaření s jejich finančními prostředky, i když byly zdravotní pojišťovny zřízeny jako veřejnoprávní samosprávné korporace pojištěnců. Jejich většího uplatnění nelze dosáhnout cestou spoluplateb či přímých plateb, ale více participací ve skutečně samosprávně fungujících mechanismech zdravotního pojištění či veřejné správy (Čabanová, 2008, s. 24).

## 5 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

### 5.1 Cíl práce

Cílem práce je zmapování a především posouzení zdravotního stavu klientů u vybraných zdravotních indikací v souvislosti s tím, jak se zkrátila doba lázeňské léčebné rehabilitace v důsledku nové právní úpravy. Jde tedy o srovnání zdravotního stavu klientů, kteří absolvovali komplexní lázeňskou péči v rozsahu čtyř týdnů v roce 2012, kdy platila předchozí vyhláška, se zdravotním stavem týchž klientů, kteří absolvovali lázeňskou léčbu v rozsahu tří týdnů po 1. 1. 2013.

### 5.2 Hypotézy

**Hypotéza č. 1** předpokládá, že zkrácením pobytu v lázeňském zařízení a tím i snížením objemu poskytovaných rehabilitačních procedur, se sníží účinnost lázeňské péče a prodlouží se doba následné rehabilitace ve spádové rehabilitační ambulanci.

**Hypotéza č. 2** předpokládá, že náhrada procedur ve spádových rehabilitačních ambulancích za zkrácenou lázeňskou rehabilitační péči, nebude odpovídat kvalitě i kvantitě poskytovaných procedur poskytovaných v rámci komplexního lázeňského léčebného programu.

**Hypotéza č. 3** předpokládá, že při prodloužení komplexní lázeňské léčby dle nové legislativy, nebo následného absolvování rehabilitačního programu ve spádových rehabilitačních zařízeních, se rovněž zvýší finanční spoluúčast klientů.

### 5.3 Metodika

Výzkum bude kvantitativní. Metodami použitými ve výzkumu pak bude dotazování a analýza dokumentů, technikami pak dotazníkové šetření a sekundární analýza dat.

Jednou z nejdůležitějších věcí kvantitativního výzkumu je také správné formulování hypotéz. Proč jsou hypotézy důležité?

- a) Jsou pracovní nástroj teorie
- b) Potvrzené nebo nepotvrzené obohacují a rozvíjejí teorii
- c) Mohou být ověřovány
- d) Umožňují člověku vyjít z jeho subjektivity
- e) Jsou vytvářeny člověkem (Jeřábek, 1992, s. 20).

Při výběru respondentů jsem vycházel toho, že nejvíce se zkrácení lázeňské rehabilitačně léčebné péče bude dotýkat klientů s dlouhodobou chronickou zdravotní indikací a klientů, kteří jsou po chirurgických operacích kloubů (totálních endoprotézách kloubů kyčelních a kolenních). Takže pro kvantitativní výzkum byly vybrány tyto zdravotní indikace dle MKN-10 revize:

- 1) M45 - ankylozující spondylitida
- 2) M06. 9 - revmatická artritida
- 3) Z98. 8 - jiné určené pooperační stavy

Postup při kvantitativním výzkumu byl následující. V první řadě jsem si vyžádal souhlas primáře lázní, MUDr. Harničára, abych mohl oslovit klienty ohledně dotazníkového šetření. Konkrétní diagnózy klientů jsou součástí dokumentace, která obsahuje i rozpis jednotlivých lázeňských procedur. Tato je dostupná všem zainteresovaným zdravotnickým pracovníkům. Jakmile začali klienti najíždět do lázní, tak jsem postupně každého oslovil, jestli by se nezúčastnil dotazníkového šetření. S mnoha klienty jsem se znal už z předchozích let. Seznámil jsem klienty s hlavními cíli výzkumu i s tím, jakou formou bude mít dotazníkové šetření. Nechal jsem všem klientům, které jsem oslovil, dostatečný čas na

rozmyšlenou s tím, že v případě účasti na výzkumu nebudou jejich identifikační údaje (především jméno a příjmení) nikde prezentovány.

Všichni klienti mně přislíbili, že se výzkumu zúčastní a že mi odpoví. Každý klient mi dal na sebe kontakt - někdo e-mailovou adresu a někdo adresu trvalého bydliště.

Základní soubor čítá celkem 139 respondentů. Ti jsou rozděleni do tří skupin podle diagnóz dle MKN - 10 revize:

1. skupina - klienti s revmatickou artritidou: 35 respondentů
2. skupina - klienti s ankylozující spondylitidou: 44 respondentů
3. skupina - klienti s jiným pooperačním stavem: 60 respondentů

Výzkum probíhal od 1. ledna 2013 do 12. července 2013. Klienti byli srozuměni s podstatnou částí výzkumného problému a přislíbili své odpovědi na dotazníkové šetření a zpětnou vazbu.

Vlastní dotazníkové šetření se skládá ze dvou částí. První část obsahuje otázky obecné - demografické a sestává se ze sedmi otázek. Druhá část již obsahuje otázky k vlastnímu výzkumu. Jsou rozděleny do tří částí podle hypotéz, z nichž každá obsahuje čtyři otázky. Celkem je tedy v dotazníkovém šetření devatenáct otázek. Kromě otázek obecných mají klienti u ostatních dotazů možnost vybrat si z více možností a podle vlastní úvahy odpovědět.

Ke každému dotazníku byl přiložen průvodní dopis s oslovením a poděkováním za odpověď. Celkem bylo rozesláno (ať už elektronicky nebo poštou) 139 dotazníků. Všechny byly rozeslány 10. března 2014 s tím, že konečný termín byl stanoven na 30. března 2014.

## 6 VÝSLEDKY

V dotazníkovém šetření bylo osloveno celkem 139 respondentů. Z tohoto počtu se vrátilo celkem 122 odpovědí, což představuje 87,7 %. Kvůli snadné orientaci, jak v textu, tak i tabulkách, budu zkoumané zdravotní indikace uvádět podle MKN - 10 revize takto: Morbus Bechtěrev - M45; revmatická artritida - M06.9 a jiný pooperační stav - Z98.8. Co se týče jednotlivých zdravotních indikací, tak návratnost byla následující:

- a) kategorie M45 - z celkového počtu 44 respondentů, odpovědělo 41, což představuje 93,2 %
- b) kategorie M06.9 - z celkového počtu 35 respondentů, odpovědělo 30, což představuje 85,7 %
- c) kategorie Z98.8 - z celkového počtu 60 respondentů, odpovědělo 51, což představuje 85 %.

S ohledem na predispozice, zejména u prvních dvou kategorií, je u mužů jednoznačná převaha v kategorii M45 - a to až v poměru čtyři ku jedné ve prospěch mužské populace, zatímco v kategorii onemocnění M06.9 je zase jednoznačná převaha žen, a to v poměru čtyři ku jedné ve prospěch ženské populace.

Kategorie pooperační stavy je v přibližné rovnováze, s mírnou převahou ženské populace, kterou je možno vysvětlit zejména tím, že tato má vyšší výskyt osteoporózy ve vyšším věku. Tedy skupina klientek, která je v početní převaze oproti ostatním věkovým kategoriím.

Všechny početní operace jsou prováděny se zaokrouhlením na jedno desetinné místo. Ve všech tabulkách i grafech jsou používány u zdravotních indikací jejich číselné kódy, platné podle MKN - 10 revize.

## 6.1 Otázky obecné demografické – ženy a muži

Tabulka 1 - Demografické údaje

otázka	ŽENY												MUŽI											
	9x M45; 24x M06.9; 27x Z98.8												32x M45; 6x M06.9; 24x Z98.8											
1	30 - 40 let			40 - 50 let			50 - 60 let			60 a více let			30 - 40 let			40 - 50 let			50 - 60 let			60 a více let		
2			4	2	4	6	3	11	5	4	9	12			5	10	2	4	10	2	4	12	2	11
3	be	re	po	be	re	po	be	re	po	be	re	po	be	re	po	be	re	po	be	re	po	be	re	po
4a	0	0	3	1	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	3	4	0	3	2	0	2	0	0	0
4b	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
4c	0	0	0	1	2	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	4	1	1	3	0	1	1	0	1
4d	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	4	2	1	5	0	2
4e	0	0	1	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
4f	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	7	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	8
5a	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	5	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2	0	0
5b	0	0	2	2	3	3	3	9	1	3	1	2	0	0	0	6	0	2	7	1	1	7	0	2
5c	0	0	2	0	1	2	0	1	4	1	7	5	0	0	5	2	1	2	2	1	3	3	2	9
6a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6b	0	0	2	0	0	2	0	3	1	1	0	1	0	0	1	6	1	2	1	1	0	1	0	0
6c	0	0	2	2	4	4	3	6	4	2	6	7	0	0	4	4	1	2	6	1	3	9	2	8
6d	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	4	0	0	0	0	0	0	3	0	1	2	0	2
7a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
7c	0	0	2	1	0	3	1	0	1	0	2	4	0	0	1	5	1	2	2	1	2	3	0	3
7d	0	0	2	1	4	3	2	11	4	3	7	8	0	0	4	4	1	2	8	1	2	9	2	8

Z tabulky, kde jsou údaje o respondentech, vyplývají tyto hlavní ukazatele:

Většina respondentů je ve věkové kategorii 60 a více let (40.9 %).

Skladba pohlaví je téměř na stejné úrovni. Týká se to především kategorie Z98.8. V kategorii M45 je výrazná převaha mužů vyplývající z genetických predispozic. V kategorii M06.9 je zase výrazná převaha žen, která opět vychází z predispozic této nemoci u ženského pohlaví.

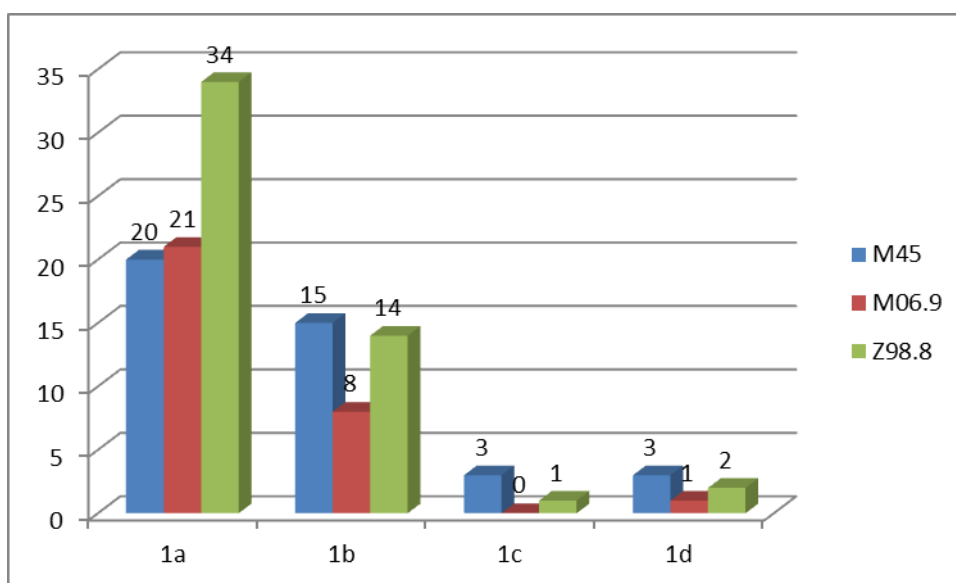
Jde-li o sociální status, nejvíce respondentů je v kategorii starobní důchodce - téměř 28 %. Následuje kategorie respondentů, kteří jsou držitelé invalidity 3. stupně. Pak je kategorie pracujících. Jestliže mluvíme o době bez subjektivních obtíží, tak po absolvování třítydenního pobytu v lázních, přes 60% respondentů udává zlepšení stavu po dobu 2 - 4 měsíců. Ale po absolvování čtyřtydenního pobytu v lázních se doba bez subjektivních obtíží posunula na dobu 5 a více měsíců. Tento stav udává i větší množství dotazovaných - až 69 %.

## 6.2.1 Otázky – hypotéza č. 1

### Otázka č. 1:

Vzhledem k Vaší zdravotní indikaci je podle Vás rozdíl v účinku rehabilitační péče ve prospěch 4týdenního pobytu oproti 3týdennímu pobytu?

- a) zřetelný
- b) méně výrazný
- c) není žádný
- d) neumím zhodnotit (posoudit)

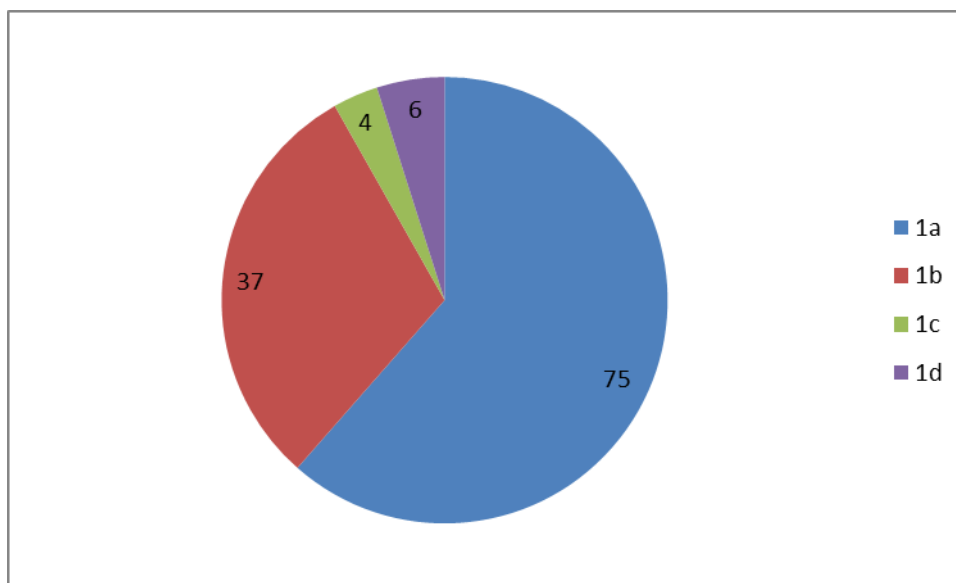


Obrázek 4 – hypotéza 1 otázka 1

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: zřetelný rozdíl uvádí 48,8 %, méně výrazný rozdíl 36,6 %, žádný rozdíl uvádí 7,3 % a neumí posoudit rovněž 7,3 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: zřetelný rozdíl uvádí 70 %, méně zřetelný 26,7 %, odpověď žádný rozdíl, nevedl ani jediný z respondentů, a neumím posoudit, uvádí 3,3 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98,8 odpovídali takto: zřetelný rozdíl uvádí 66,7 %, méně výrazný rozdíl uvádí 27,5 %, žádný rozdíl uvádí 2,0 % a neumí posoudit, uvádí 4,0 % respondentů.



Obrázek 5 - Souhrnný graf otázka 1

Odpověď 1a uvedlo 61,5 % respondentů.

Odpověď 1b uvedlo 30,3 % respondentů.

Odpověď 1c uvedlo 3,3 % respondentů.

Odpověď 1d uvedlo 4,9 % respondentů.

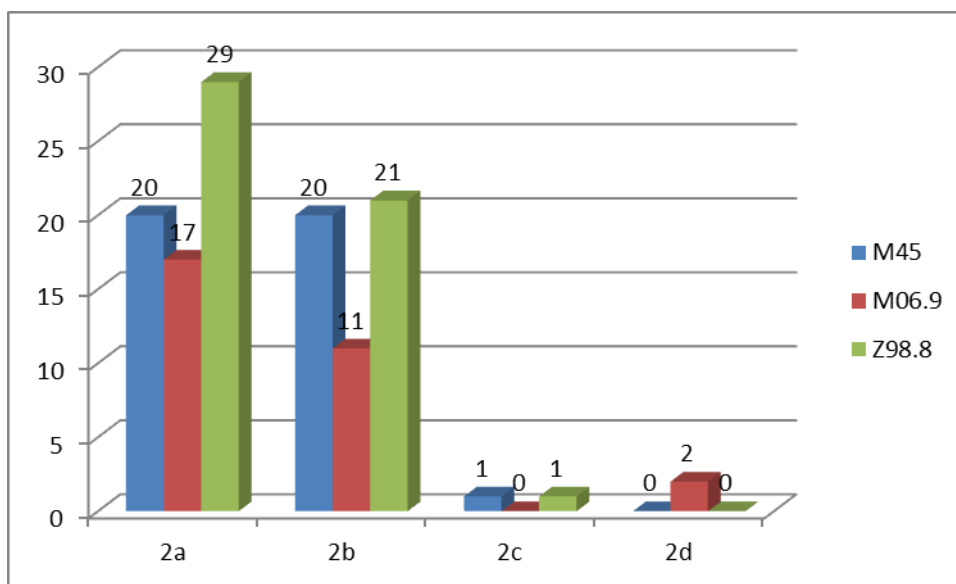


## 6.2.2 Otázky- hypotéza č. 1

### Otázka č. 2:

Po absolvování lázeňského léčebného rehabilitačního pobytu bývá pacient po určitou dobu bez subjektivních obtíží anebo s výrazným zlepšením těchto obtíží. Můžete říci, jestli je tato skutečnost ovlivněna delším trváním komplexní lázeňské péče?

- a) určitě má vliv
- b) nemusí to být vždy
- c) nemá žádný vliv
- d) neumím posoudit

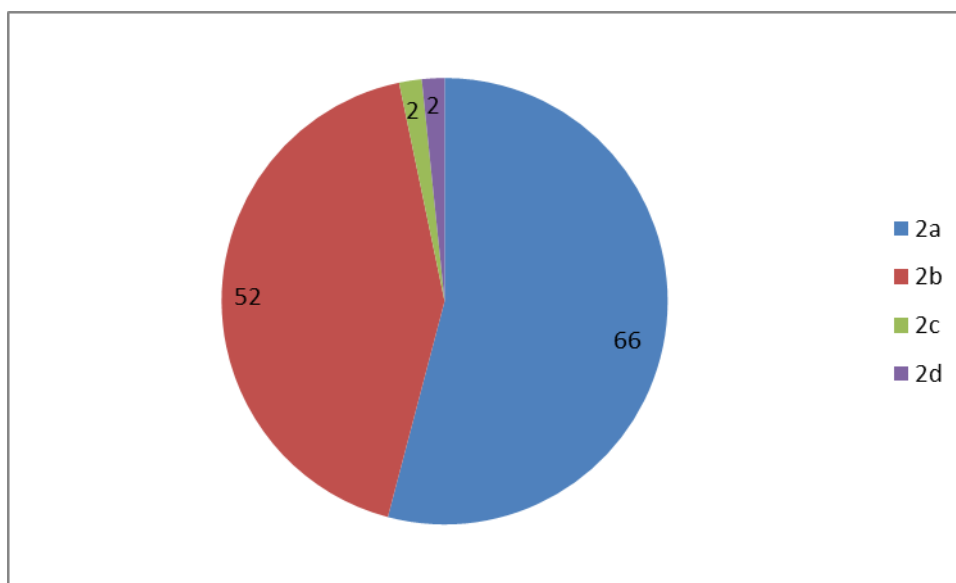


Obrázek 6 - hypotéza 1 otázka 2

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: určitě má vliv, uvádí 48,8 %, nemusí to být vždy, uvádí rovněž 48,8 % a nemá žádný, uvádí 2,4 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: určitě má vliv, uvádí 56,7 %, nemusí to být vždy uvádí 36,7 % a neumí posoudit, uvádí 6,7 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: určitě má vliv, uvádí 56,9 %, nemusí to být vždy, uvádí 41,2 % a nemá žádný vliv, uvádí 1,9% respondentů.



Obrázek - 7 souhrnný graf otázka 2

Odpověď 2a uvedlo 54,2 % respondentů.

Odpověď 2b uvedlo 42,6 % respondentů.

Odpověď 2c uvedlo 1,6 % respondentů.

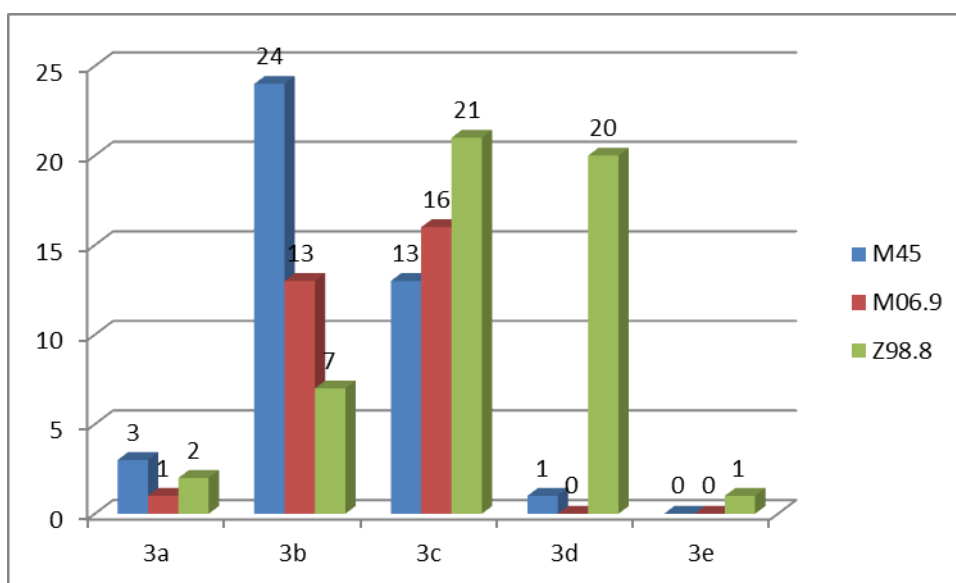
Odpověď 2d uvedlo 1,6 % respondentů.

### 6.2.3 Otázky-hypotéza č. 1

#### Otázka č. 3:

Organismus se v počátku léčebně rehabilitačního pobytu musí adaptovat na léčebný režim. Můžete charakterizovat délku adaptace ve dnech.

- a) do 3 dnů
- b) do 5 dnů
- c) do 7 dnů
- d) 10 dnů
- e) více dnů

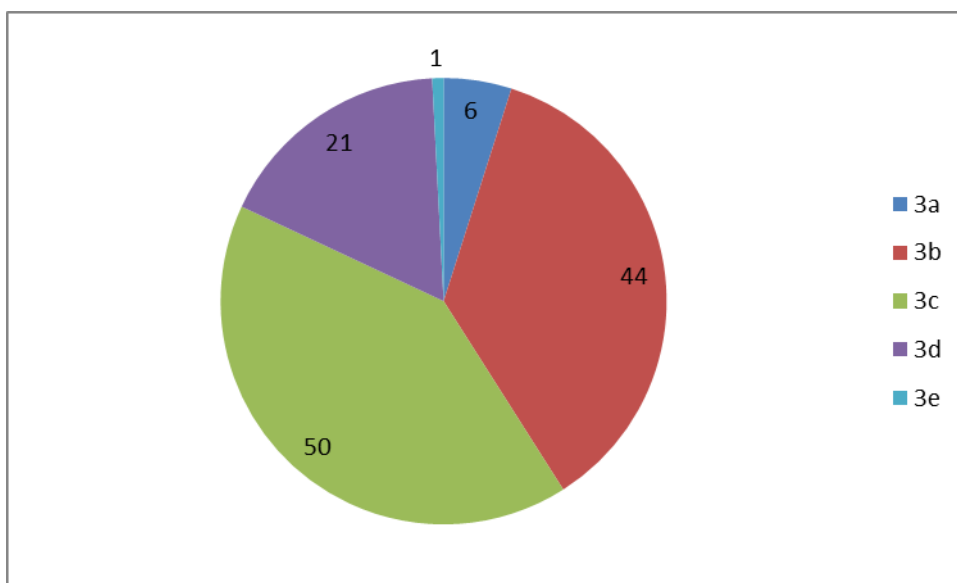


Obrázek 8 – hypotéza 1 otázka 3

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: do 3 dnů uvádělo 7,3 %, do 5 dnů 58,5 %, do 7 dnů 31,7 % a 10 dnů uvádělo 2,5 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: do 3 dnů uvádělo 3,3 %, do 5 dnů 43,3 %, do 7 dnů 53,3 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: do 3 dnů uvádělo 3,9%, do 5 dnů 13,7 %, do 7 dnů 41,2 %, 10 dnů 39,2 % a více dnů 2 % respondentů.



**Obrázek - 9 souhrnný graf otázka 3**

Odpověď 3a uvedlo 4,9 % respondentů.

Odpověď 3b uvedlo 36,1 % respondentů.

Odpověď 3c uvedlo 41,0 % respondentů.

Odpověď 3d uvedlo 17,2 % respondentů.

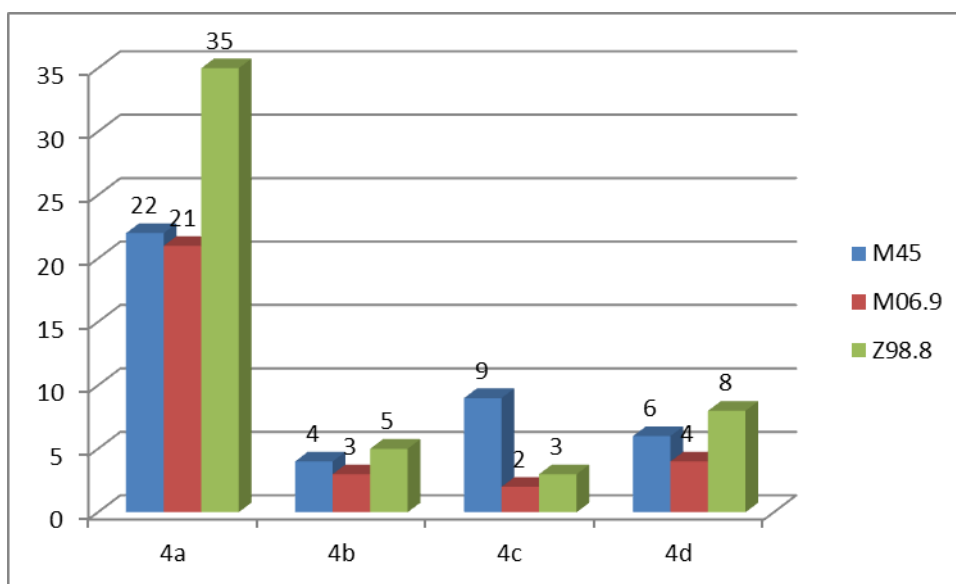
Odpověď 3e uvedlo 0,8 % respondentů.

## 6.2.4 Otázky – hypotéza č. 1

### Otázka č. 4:

Účinnost léčebné rehabilitace může ovlivňovat (v případech chronických nemocí) i užívání medikamentů - léků. Můžete říci, že u Vás došlo ke snížení užívání léků (především na bolest a záněty pohybového aparátu) po delším lázeňském pobytu oproti kratšímu?

- a) ano
- b) ne
- c) nemá to vliv
- d) nevím

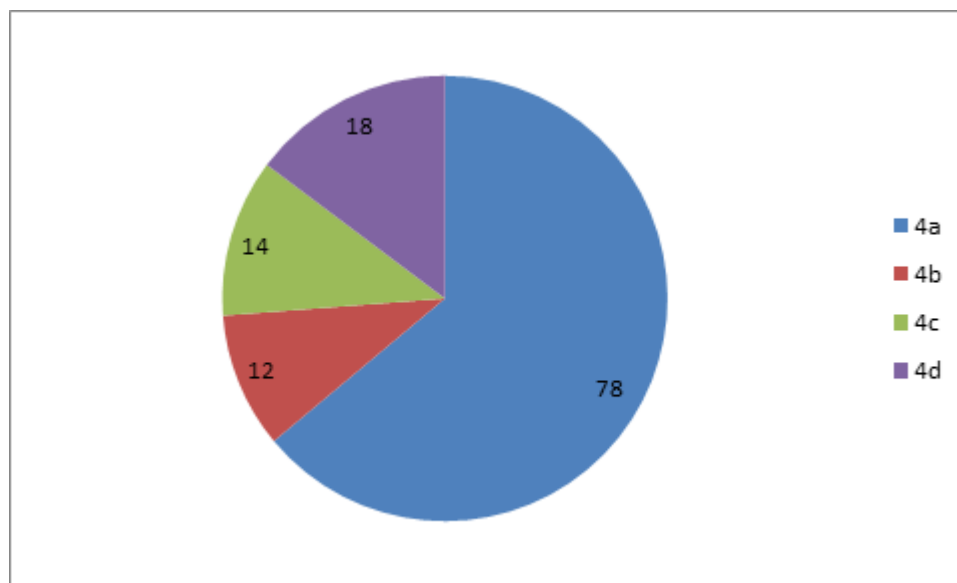


Obrázek 10 – hypotéza 1 otázka 4

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: odpověď ano uvedlo 53,6 %, odpověď ne 9,7 %; nemá to vliv 21,9 % a odpověď nevím uvedlo 14,6 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: odpověď ano uvedlo 53,6 %, odpověď ne 9,7 %, nemá to vliv 21,9 % a odpověď nevím uvedlo 14,6 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: odpověď ano uvedlo 68,6 %, odpověď ne 9,8 %, nemá to vliv 5,9 % a odpověď nevím uvedlo 15,7 % respondentů.



**Obrázek - 11 souhrnný graf otázka 4**

Odpověď 4a uvedlo 63,9 % respondentů.

Odpověď 4b uvedlo 9,8 % respondentů.

Odpověď 4c uvedlo 11,5 % respondentů.

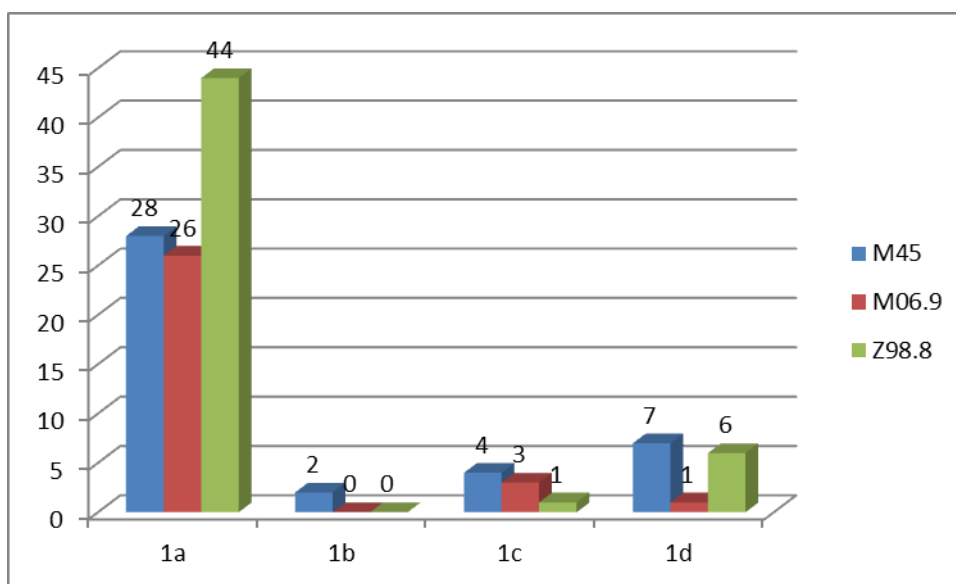
Odpověď 4d uvedlo 14,8 % respondentů.

### 6.3.1 Otázky – hypotéza č. 2

#### Otázka č. 1

Jaký je podle Vás rozdíl v odborné kvalitě rehabilitačních služeb, které poskytuje komplexní lázeňská péče a které jsou poskytovány jinými subjekty, zejména spádovými rehabilitacemi?

- a) ano - ve prospěch komplexní lázeňské péče (KLP)
- b) ano - ve prospěch spádové rehabilitace (SR)
- c) není rozdíl
- d) neumím posoudit

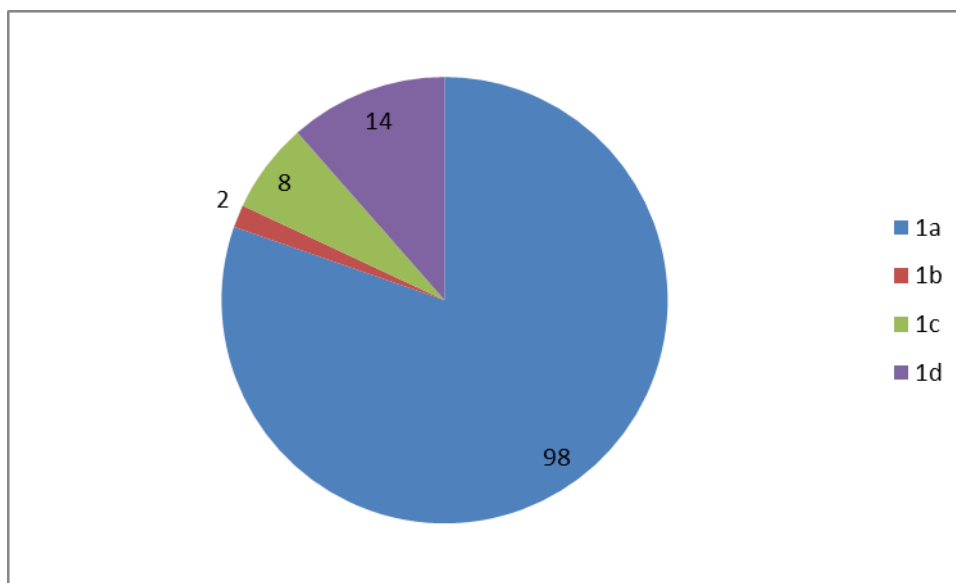


Obrázek 12 - Hypotéza 2 otázka 1

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: ano ve prospěch KLP 68,3 %, ano ve prospěch SR 4,9 %, není rozdíl, uvedlo 9,7 % a odpověď neumím posoudit, uvedlo 17,1 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: ano ve prospěch KLP 86,7 %, ano ve prospěch SR 0 %, není rozdíl, uvedlo 10 % a odpověď neumím posoudit, uvedlo 3,3 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: ano ve prospěch KLP 86,3 %, ano ve prospěch SR 0 %, není rozdíl, uvedlo 2 % a neumí posoudit, uvedlo 11,7 % respondentů.



Obrázek - 13 souhrnný graf otázka 1

Odpověď 1a uvedlo 80,3 % respondentů.

Odpověď 1b uvedlo 1,6 % respondentů.

Odpověď 1c uvedlo 6,6 % respondentů.

Odpověď 1d uvedlo 11,5 % respondentů.

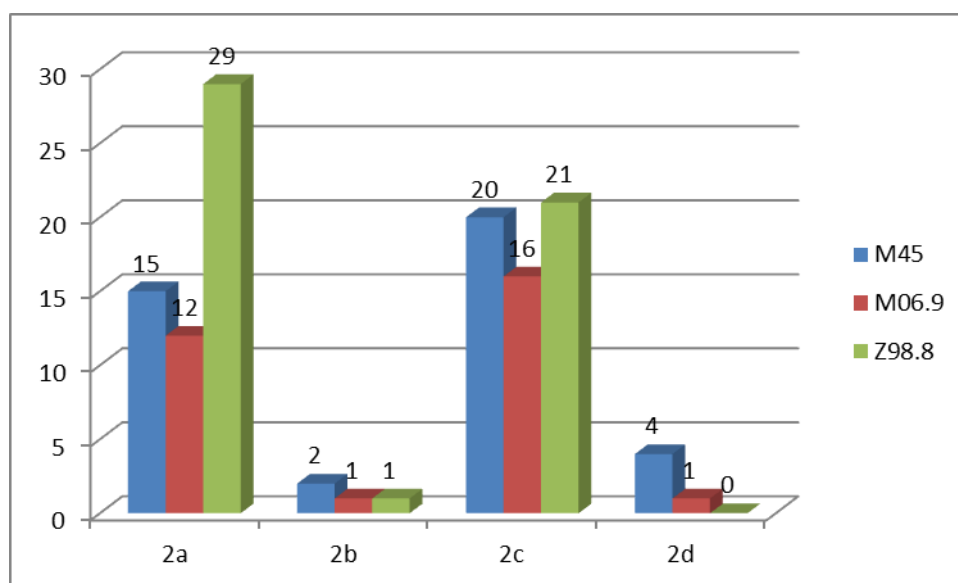


### 6.3.2 Otázky – hypotéza č. 2

#### Otázka č. 2

Vidíte rozdíl v osobním přístupu personálu rehabilitační lázeňské péče a rehabilitace ve spádových rehabilitacích?

- a) ano ve prospěch komplexní lázeňské rehabilitační péče (KLP)
- b) ano ve prospěch spádové rehabilitační péče (SR)
- c) nevidím rozdíl
- d) neumím posoudit

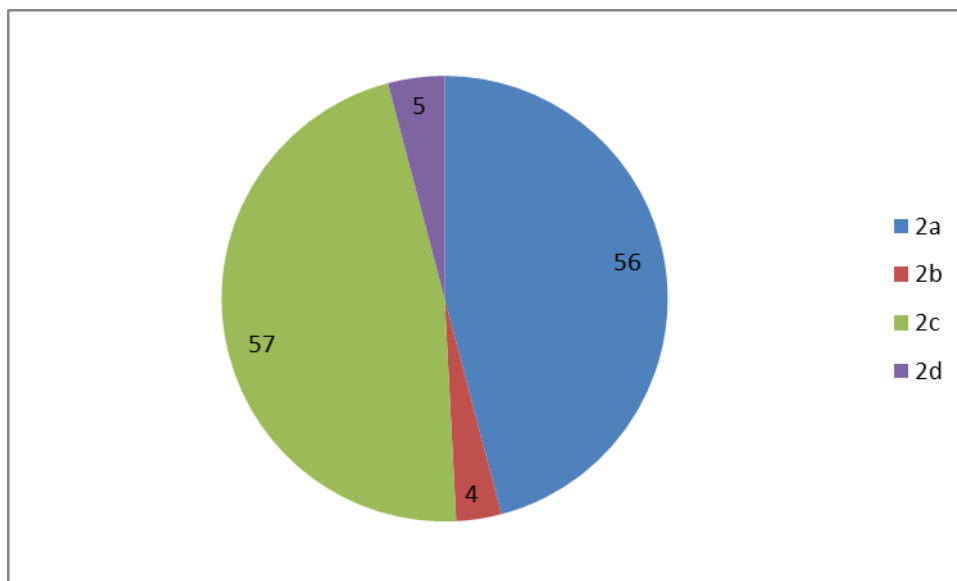


Obrázek 14 - Hypotéza 2 otázka 2

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: ano ve prospěch KLP 36,6 %, ano ve prospěch SR 4,9 %, nevidím rozdíl, uvedlo 48,8 % a odpověď neumím posoudit, uvedlo 9,7 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: ano ve prospěch KLP 40 %, ano ve prospěch SR 3,3 %, nevidím rozdíl, uvedlo 53,4 % a odpověď neumím posoudit, uvedlo 3,3 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpověděli takto: ano ve prospěch KLP 56,9 %, ano ve prospěch SR 1,9 % a odpověď nevidím rozdíl, uvedlo 41,2 % respondentů.



**Obrázek - 15 souhrnný graf otázka 2**

Odpověď 2a uvedlo 45,9 % respondentů.

Odpověď 2b uvedlo 3,3 % respondentů.

Odpověď 2c uvedlo 46,7 % respondentů.

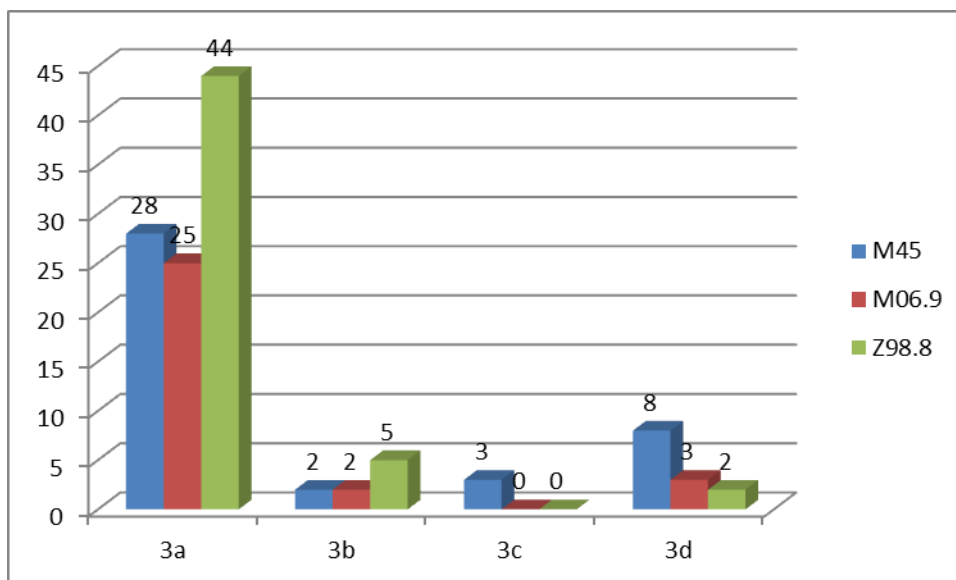
Odpověď 2d uvedlo 4,1 % respondentů.

### 6.3.3 Otázky – hypotéza č. 2

#### Otázka č. 3

Komplexní lázeňská rehabilitační péče je spojením léčby fyzikální a přírodních zdrojů (např. rašelina, minerální vody a podobně). Jsou podle Vás léčivé procesy přírodními zdroji pro výsledný efekt léčby nezbytné?

- a) ano, nedají se nahradit
- b) ne, jsou jen jistým nadstandardem - přilepšením
- c) dají se nahradit
- d) neumím vyhodnotit

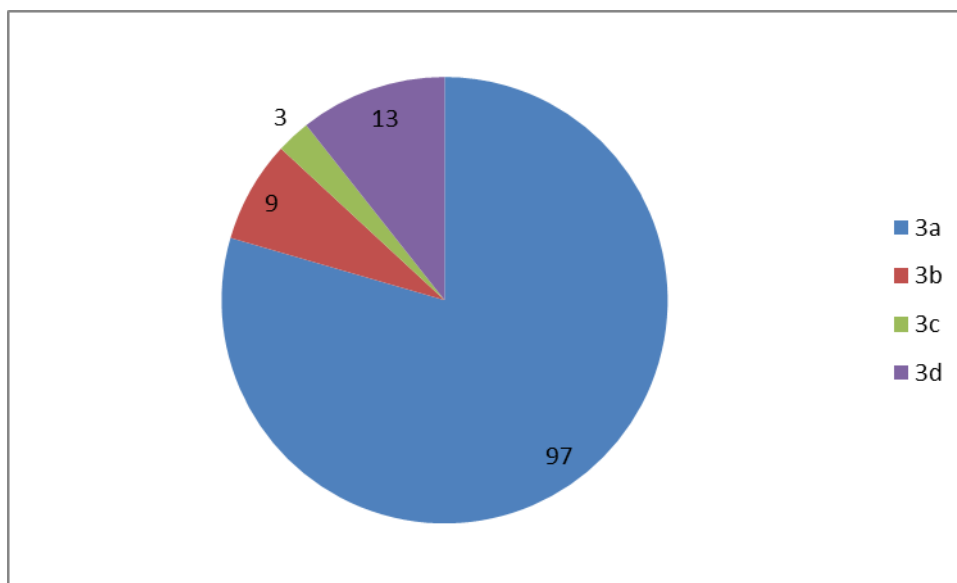


Obrázek 16 - Hypotéza 2 otázka 3

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: nedají se nahradit, uvedlo 68,3 %, odpověď ne, uvedlo 4,9 %, dají se nahradit, uvedlo 7,3 % a odpověď neumím vyhodnotit, uvedlo 19,5 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: nedají se nahradit 83,3 %, odpověď ne, uvedlo 6,7 % a odpověď neumím vyhodnotit, uvedlo 10 % respondentů

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: nedají se nahradit 86,3 %, odpověď ne, uvedlo 9,8 % a odpověď neumím vyhodnotit, uvedlo 3,9 % respondentů.



Obrázek - 17 souhrnný graf otázka 3

Odpověď 3a uvedlo 79,5 % respondentů.

Odpověď 3b uvedlo 7,4 % respondentů.

Odpověď 3c uvedlo 2,4 % respondentů.

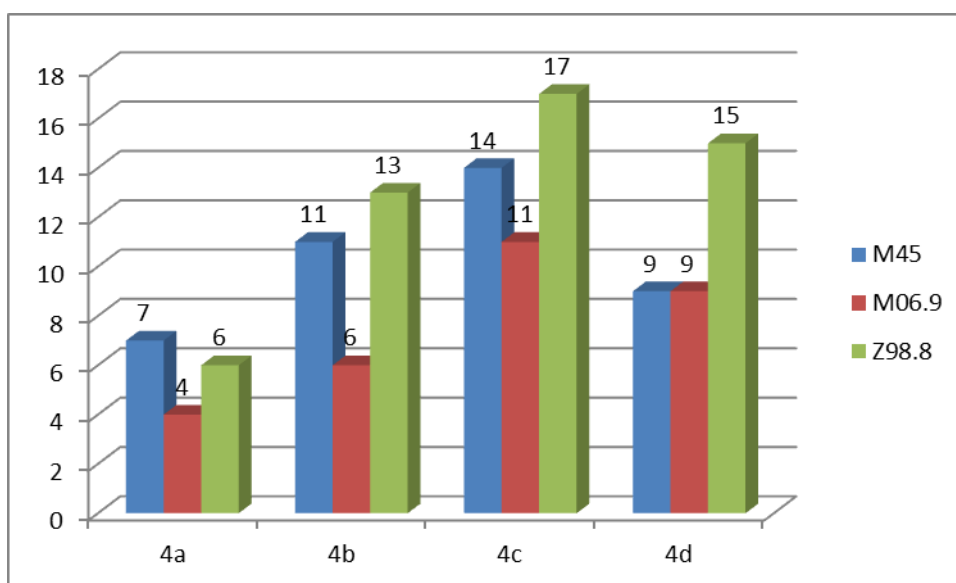
Odpověď 3d uvedlo 10,7 % respondentů.

### 6.3.4 Otázky – hypotéza č. 2

#### Otázka č. 4

Je Vám, podle Vašeho mínění, poskytnut ve spádu, dostatečný rehabilitační program, vzhledem k Vaší nemoci?

- a) ano - systematický dlouhodobý
- b) ano, jen při zhoršení obtíží základní nemoci
- c) není
- d) jen na mé vyžádání

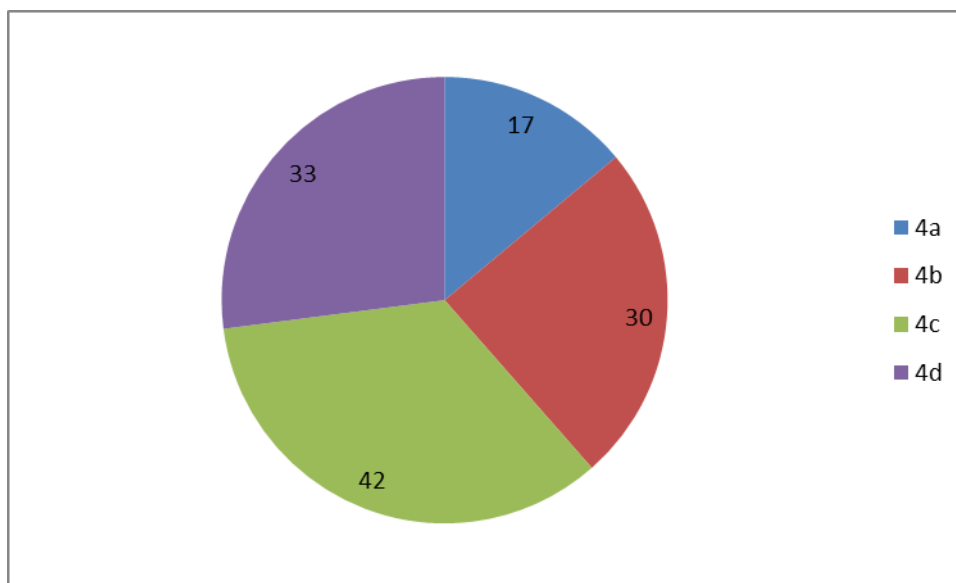


Obrázek 18 - Hypotéza 2 otázka 4

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: ano - systematický 17,1 %, ano - jen při zhoršení obtíží 26,8 %, odpověď není, uvedlo 34,1 % a odpověď jen na mé vyžádání, uvedlo 22 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: ano - systematický 13,3 %, ano - jen při zhoršení obtíží 20 %, odpověď není, uvedlo 36,7 % a odpověď jen na mé vyžádání, uvedlo 30 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali následovně: ano - systematický 11,8 %, ano - jen při zhoršení obtíží 25,5 %, odpověď není, uvedlo 33,3 % a odpověď jen na mé vyžádání, uvedlo 29,4 % respondentů.



Obrázek - 19 souhrnný graf otázka 4

Odpověď 4a uvedlo 13,9 % respondentů.

Odpověď 4b uvedlo 24,6 % respondentů.

Odpověď 4c uvedlo 34,4 % respondentů.

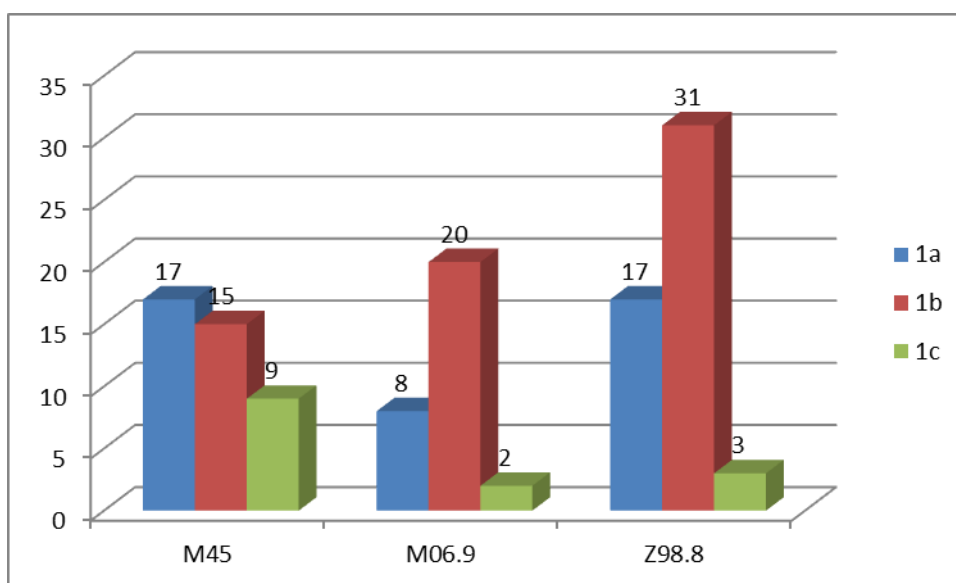
Odpověď 4d uvedlo 27,1 % respondentů.

### 6.4.1 Otázky – hypotéza č. 3

#### Otázka č. 1

Je ve spádové ambulantní rehabilitaci brán zřetel na to, že je Vaše komplexní lázeňská péče kratší a to tak, že jsou ochotni zabezpečit intenzivnější následnou rehabilitaci?

- a) ano
- b) ne
- c) neumím vyhodnotit

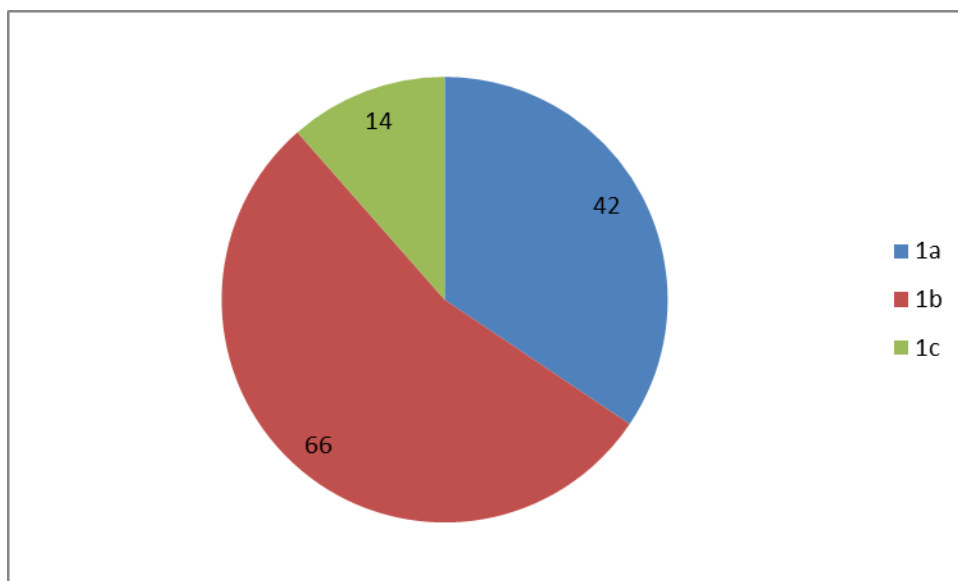


Obrázek 20 - Hypotéza 3 otázka 1

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: ano uvedlo 41,5 %, ne uvedlo 36,6 % a odpověď neumím zhodnotit, uvedlo 21,9 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M16.9 odpovídali takto: ano uvedlo 26,7 %, ne uvedlo 66,7 % a odpověď neumím zhodnotit, uvedlo 6,6 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: ano uvedlo 33,3 %, ne uvedlo 60,1 % a odpověď neumím zhodnotit, uvedlo 5,9 % respondentů.



**Obrázek - 21 souhrnný graf otázka 1**

Odpověď 1a uvedlo 34,4 % respondentů.

Odpověď 1b uvedlo 54,1 % respondentů.

Odpověď 1c uvedlo 11,5 % respondentů.

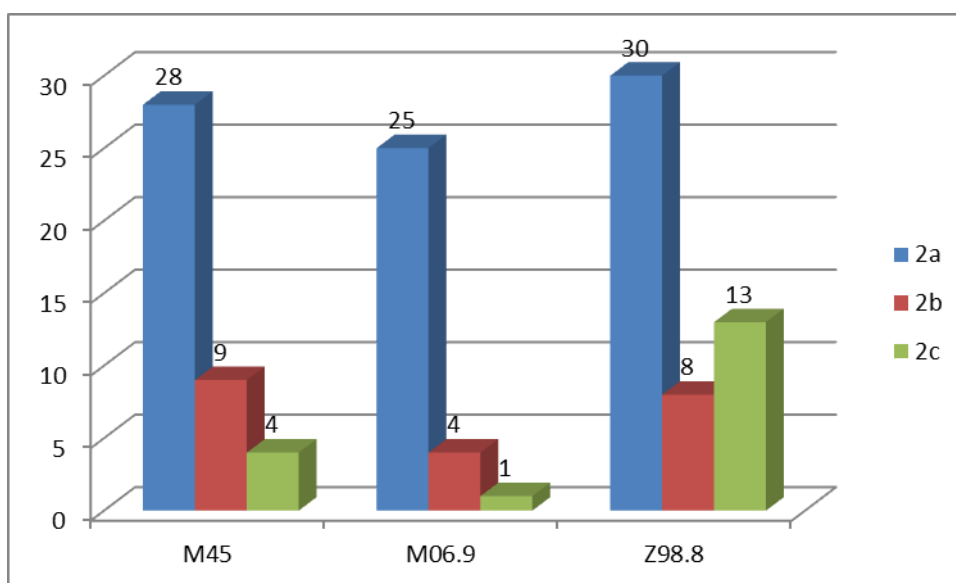


## 6.4.2 Otázky – hypotéza č. 3

### Otázka č. 2

Máte finanční náklady spojené s rehabilitací ve spádových ambulancích (např. doprava, placené procedury apod.)?

- a) ano
- b) ne
- c) rehabilitaci ve spádu neabsolvuji

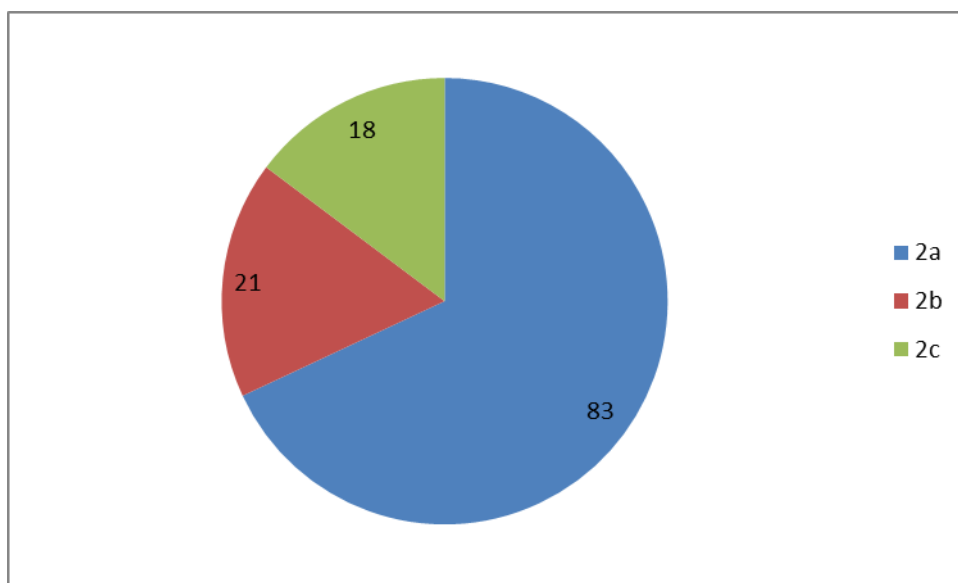


Obrázek 22 - Hypotéza 3 otázka 2

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: ano uvedlo 68,3 %, ne uvedlo 22,0 % a rehabilitaci neabsolvuji, uvedlo 9,7 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: ano uvedlo 83,3 %, ne uvedlo 13,3 % a rehabilitaci neabsolvuji, uvedlo 3,4 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: ano uvedlo 58,8 %, ne uvedlo 15,7 % a rehabilitaci neabsolvuji, uvedlo 25,5 % respondentů.



**Obrázek - 23 souhrnný graf otázka 2**

Odpověď 2a uvedlo 68,0 % respondentů.

Odpověď 2b uvedlo 17,2 % respondentů.

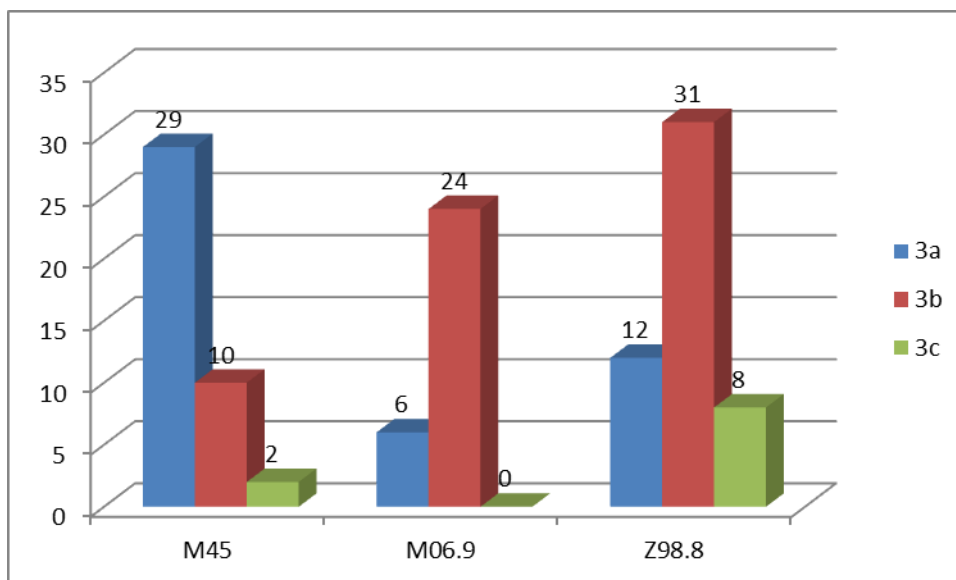
Odpověď 2c uvedlo 14,8 % respondentů.

### 6.4.3 Otázky – hypotéza č. 3

#### Otázka č. 3

V případě prodloužení 3 týdenního komplexního lázeňského pobytu na povolení revizního lékaře zdravotní pojišťovny o 1 týden se mohou, vzhledem ke své sociální situaci, finančně spolupodílet (myšleno včetně pobytu na jednolůžkovém pokoji, dopravy domů apod.).

- a) do 1000,- Kč
- b) do 2000,- Kč
- c) do 3000,- Kč

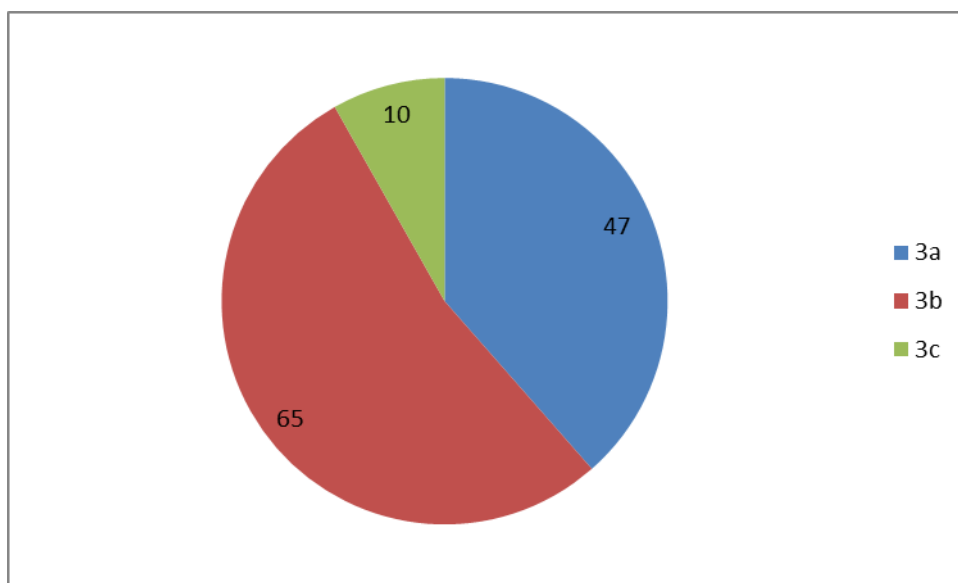


Obrázek 24 - Hypotéza 3 otázka 3

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: do 1000,- Kč 70,7 %, do 2000,- Kč 24,4 % a do 3000,- Kč 4,9 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: do 1000,- Kč 20 % a do 2000,- Kč 80 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: do 1000,- Kč 15,7 %, do 2000,- Kč 66,7 % a do 3000,- Kč 17,6 % respondentů.



**Obrázek - 25 souhrnný graf otázka 3**

Odpověď 3a uvedlo 38,5 % respondentů.

Odpověď 3b uvedlo 53.3 % respondentů.

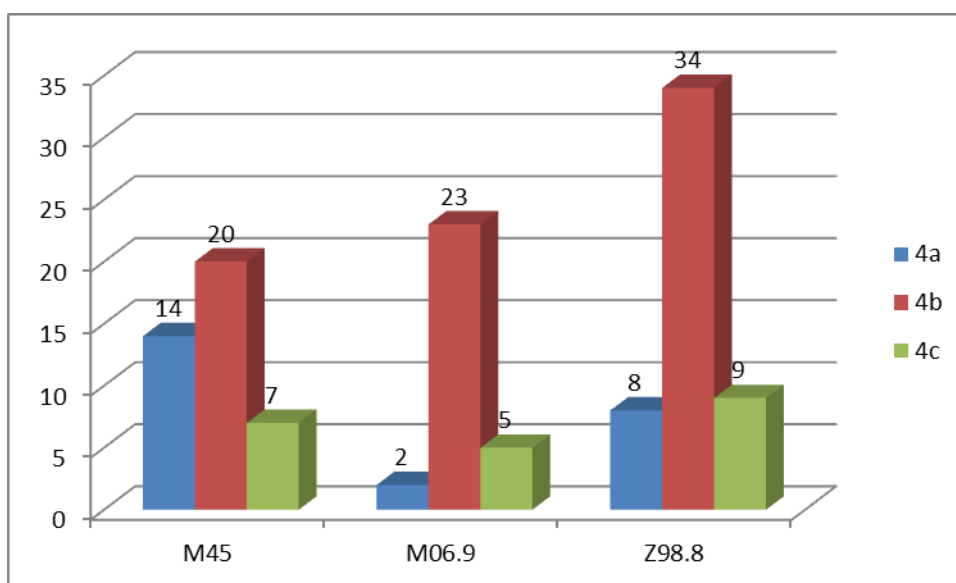
Odpověď 3c uvedlo 8,2 % respondentů.

#### 6.4.4 Otázky – hypotéza č. 3

##### Otázka č. 4

Pokud byste si chtěl (a) prodloužit 3 týdenní komplexní lázeňský pobyt o 1 týden bez povolení revizního lékaře zdravotní pojišťovny, tj. plně ve Vaší finanční režii, umožňuje Vám Vaše sociální situace si tento týden plně uhradit?

- a) ano
- b) ne
- c) mohu vyřešit půjčkou nebo s pomocí příbuzných

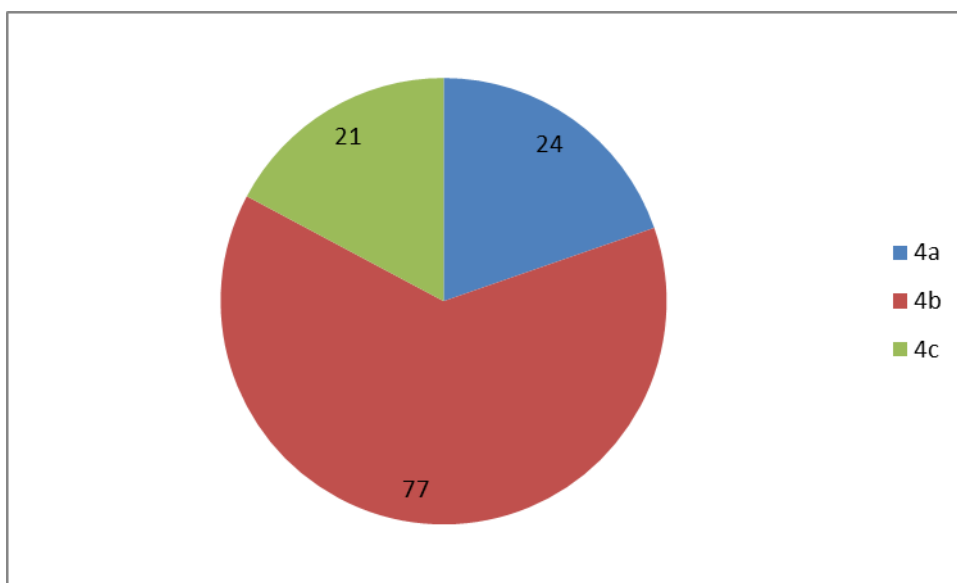


Obrázek 26 - Hypotéza 3 otázka 4

Respondenti s diagnózou M45 odpovídali takto: ano uvedlo 34,1 %, ne – uvedlo 48,8 % a půjčku uvedlo 17,1 % respondentů.

Respondenti s diagnózou M06.9 odpovídali takto: ano uvedlo 60,7 %, ne 76 % a půjčku uvedlo 16,6 % respondentů.

Respondenti s diagnózou Z98.8 odpovídali takto: ano uvedlo 15,7 %, ne 66,7 % a půjčku uvedlo 17,6 % respondentů.



**Obrázek - 27 souhrnný graf otázka 4**

Odpověď 4a uvedlo 19,7 % respondentů.

Odpověď 4b uvedlo 63,1 % respondentů.

Odpověď 4c uvedlo 17,2 % respondentů.

## 6.5 Hypotéza č. 1

U otázky č. 1 bylo nejvíc odpovědí ve prospěch zřetelného účinku čtyřtýdenního pobytu - 61,5 % odpovědí respondentů ze všech tří kategorií.

U otázky č. 2 bylo nejvíc odpovědí ve prospěch toho, že trvání komplexní lázeňské péče má určitě vliv na dobu trvání bez subjektivních obtíží po absolvování léčebného rehabilitačního pobytu - 54,1 % odpovědí respondentů. Připočteme - li k tomu ještě 42,6 % respondentů, kteří uvedli odpověď, že rozdíl v účinku 4týdenní rehabilitační péče proti 3týdenní je méně výrazný, dostaneme se přes hranici 90 %.

U otázky č. 3 bylo nejvíc odpovědí ve prospěch doby délky adaptace na léčebný režim do 5 dnů - 36,1 % a u adaptace do 7 dnů - 41 % respondentů.

U otázky č. 4 bylo nejvíc odpovědí ve prospěch odpovědi ano, že došlo ke snížení užívání léků po delším lázeňském pobytu - 64 % odpovědí respondentů.

Celkově k hypotéze č. 1 můžeme říct, že ji lze potvrdit a že zkrácením pobytu a tím i snížením objemu poskytovaných procedur dojde ke snížení účinků lázeňské rehabilitační péče.

## 6.6 Hypotéza č. 2

U otázky č. 1 bylo nejvíc odpovědí ve prospěch odborné kvality rehabilitačních služeb poskytovaných komplexní lázeňskou péčí - 80,3 % odpovědí respondentů všech tří kategorií.

U otázky č. 2 bylo nejvíc odpovědí ve prospěch osobního přístupu personálu v rehabilitační lázeňské péči - 46 % odpovědí respondentů. Odpověď, nevidím rozdíl, uvedlo 46,7 % respondentů.

U otázky č. 3 bylo nejvíc odpovědí ve prospěch tvrzení, že léčivé procesy přírodními zdroji jsou pro výsledný efekt léčby nezbytné a nedají se nahradit - 79,5 % odpovědí respondentů.

U otázky č. 4 bylo nejvíc odpovědí na to, že ve spádu není poskytnut dostatečný rehabilitační program vzhledem k diagnóze respondenta - 34,4 % respondentů. 27,0

% respondentů pak odpovědělo, že odpovídající rehabilitační program je poskytnut jen na vyžádání a naléhání klienta.

Celkově tímto zjištěním můžeme potvrdit hypotézu, že léčebné procedury ve spádových rehabilitacích neodpovídají jak kvalitě, tak i kvantitě procedurám, které jsou poskytovány v rámci komplexního lázeňského rehabilitačního programu.

### **6.7 Hypotéza č. 3**

U otázky č. 1 je těsná většina odpovědí ve prospěch toho, že ve spádové rehabilitaci nereflektují zkrácenou lázeňskou péči a nejsou ochotni zabezpečit intenzivnější následnou rehabilitaci - 54,1 % respondentů. 34,4 % respondentů ale uvedlo, že ve spádových rehabilitacích tuto skutečnost akceptují a jsou ji ochotny zajistit.

U otázky č. 2 uvedla většina respondentů - 68,0 %, že mají finanční náklady spojené s rehabilitací ve spádových ambulancích.

U otázky č. 3 uvedla většina respondentů - 53,3 %, že v případě prodloužení lázeňského pobytu o jeden týden na základě povolení revizního lékaře, se budou finančně spolupodílet ve výši do 2000,- Kč. 33,5 % respondentů pak uvedlo částku do 1000,- Kč.

U otázky č. 4 odpověděla většina respondentů - 63,1 % že případné prodloužení lázeňského pobytu o 1 týden bez povolení revizního lékaře (tedy na vlastní režii), jim to jejich stávající sociální situace neumožňuje.



## 7 DISKUSE

Na úvod této části práce bych chtěl podotknout, že jsem nespočetně vděčen mnoha lidem v mém okolí, kteří mi poskytli mnoho podnětů, inspirací. Jak svými názory, zkušenostmi, povzbuzením. Necht' je tato práce tedy poděkováním všem bezejmenným, kterým jsem nemohl poděkovat. Je to i jejich zásluha, že jsem mohl tuto problematiku takto zpracovat. Ať je tedy, alespoň v malé míře, podnětem k zamyšlení pro ty, kteří mohou tento stav změnit. Abychom ty chvíle tady na Zemi prožili v co možná nejlepším zdraví, když už je nemoc proti nám. Stojí to přece za to.

Nevím, jestli se podobný výzkum na kvalitativní bázi uskutečnil. Člověk by měl poznat vždy všechna pro a proti, aby se dobře orientoval v problematice. Vycházel jsem tedy nejen z teoretických poznatků, ale především z poznatků praktických. Mluvím hlavně o zkušenostech klientů. Ještě dávno před tím, než začala platit vyhláška MZ č. 267/2012, jsem měl možnost poznat, co je pro chronicky nemocné klienty pobyt v lázeňském prostředí. Někdo si řekne, že je to jeden měsíc prázdnin. Možná ano. V každém případě je to syntéza všeho, co člověk s nějakým somatickým omezením, které si rozhodně nezavinil sám, co mu pomáhá být opět platným ve společnosti. Je to tedy i vědomí toho, že když jsem za svůj život něco společnosti dal (někdo vychovával děti, jiný těžce pracoval), tak očekávám i nějaký zpětný způsob plnění.

Je dobře, že lékařská věda postupuje stále vpřed, co se týče nových léčebných postupů. Že se podařilo vyvinout protetický materiál, který je nejen šetrnější, ale i déle vydrží. V poslední době se čím dál víc hovoří o tzv. biologické léčbě. Ta by mohla v mnoha případech nahradit klasické postupy. Na druhé straně je tu i otázka finanční. Proč tedy nevyužít možnosti přírody a zlatých rukou našich odborníků - to je kombinace, která má v našich zemích dlouhou tradici. V současnosti toto vyvstává do popředí v souvislosti se snahou o vyšetření financí ve všech sférách lidské činnosti. Proč nevyužívat prokazatelných účinků přírodních zdrojů, které máme.

Je třeba poznamenat, že zdraví je definováno jako veřejný statek. To znamená, že se vztahuje na všechny bez rozdílu. Jestli by se mělo jednat o jakoukoliv redefinici nebo omezení, tak by se mělo jednat na úrovni, která je důstojná všech zainteresovaných. Mám tím na mysli na úrovni zástupců nás občanů. Na úrovni, kde naši zvolení zástupci toto projednají, tedy Poslanecké sněmovny. Měl by to být akt zodpovědnosti vůči všem. Takto důležitá věc by tedy měla mít podobu zákonné normy- zákona, který projde hlasovacím procesem. A ne tedy, jak se stalo, že dokument, značně restriktivní, má podobu podzákonného předpisu. A navíc se týká většinou těch, kteří už něco pro společnost vykonali.

Když tedy vstoupil v platnost předpis, který v mnohém zpřísnil nárok na komplexní lázeňskou rehabilitační péči, vyvstaly dva zásadní problémy. Co bude s mnoha klienty, kteří opakovaně jezdí do lázní, a právě tato pravidelnost drží jejich chronickou chorobu v mezích normy, jež jim umožňuje normálně žít a fungovat. Druhý problém, ačkoliv se netýká zdraví, avšak může mít ve svém důsledku na něj velice nepříznivý dopad. Nebude tato situace doslova likvidační pro lázeňské subjekty, především pro ty menší? Budou se moci vůbec mít klienti kam vrátit? Zřejmě by si velmi polepšily farmaceutické firmy. Na úkor toho nejcennějšího - zdraví. V dnešní době jsou léky prakticky na všechno - mediální masáž funguje skvěle. Nadměrné užívání léků však také není zrovna ideální řešení.

Cílem práce bylo pokusit se zmapovat zdravotní stav klientů - tedy z jejich vlastního pohledu. A především jeho porovnání se stavem, který platil v roce 2012 a stavem, který platil v roce 2013, kdy se zkrátila doba pobytu komplexní lázeňské rehabilitační péče. Snaha o ušetření finančních prostředků, které však tvoří zcela zanedbatelnou část z miliardových korunových položek v rezortu zdravotnictví (hovoří se o 500 miliónech Kč), snad byla impulsem k vydání výše zmíněné podzákonné normy. Jen pro zajímavost, ročně se v rezortu obrátí okolo 280 miliard korun, z toho se veřejné zdravotní pojištění podílí z více jak 80 %. To znamená přibližně 224 miliard Kč.

Jestliže jsem zvolil cíl práce, dalším krokem bylo určit, respektive vybrat vhodné zdravotní indikace. Ve Velichovkách se specializují již přes sto let na léčení

pohybového aparátu. Místní ložisko druhohorní křídové slatiny je svým složením jediné v naší vlasti a nejen tedy kvůli němu se klienti vracejí. Jsou mezi nimi i jedinci, kteří se vracejí každý rok už přes dvacet let. Když se jich ptají, co na těch Velichovkách vidí, tak řeknou jen: „Přijed’ a uvidíš!“ Proto jsem vybral indikace, které mají nejdelší tradici. A taky jsou, co se týče rehabilitace, nejúspěšnější. První kategorií jsou pooperační stavy. Klienti sem jezdí z jednotlivých nemocnic a fakultních nemocnic do pěti dnů po zákroku, na základě dohody mezi lázněmi a zdravotnickým subjektem. V této kategorii je skladba klientů zhruba vyrovnaná. Druhá je kategorie klientů s revmatickou artritidou. Zde je převaha žen, což vyplývá z genetických predispozic. Třetí kategorie je kategorie klientů s diagnózou ankylozující spondylitida (dříve známá pod názvem Bechtěrevova nemoc). Zde mají zase převahu muži, což je opět podmíněno genetickými předpoklady.

Výzkumné otázky vyplývaly ze tří hypotéz. Jejich skladba vycházela z praxe. Konkrétně to byly zejména diskuse se samotnými klienty, jak vnímají situaci, která byla nastavena shora. Bez možnosti jakkoliv se k ní vyjádřit, participovat na ní. Je jasné, že ne všichni klienti jsou ekonomicky činní a aktivní. Mnozí jsou v důchodovém věku, sami, v různém stupni zdravotního postižení nebo jsou vedeni na úřadu práce. Je tedy zřejmé, že jakákoliv situace, která nese s sebou nutnost finanční spoluúčasti, je pro ně problém. V mnoha případech i neřešitelný.

Dalším tématem byla diskuse okolo spádových rehabilitačních ambulancí. Aniž bych chtěl jakkoliv snižovat profesionalitu jejich personálu, samotní klienti se v mnoha případech zmiňovali o neúčinnosti těchto spádových rehabilitací. A to se svého času objevily v tisku zprávy o tom, že by tyto měly být zpoplatněny.

Z těchto diskusí postupně vyplynuly i tři hypotézy. První se dotýká přímo zkrácení pobytu v lázních ze čtyř týdnů na tři. Výzkumné otázky pak směřují na porovnání zdravotního stavu po absolvování pobytu na 28 dnů podle předchozí právní úpravy a po zkrácení na 21 dnů, kterou upravuje nová vyhláška po 1. 1. 2013. Dalším významným faktorem je skutečnost, že po nástupu do lázní se organismus na léčebný režim určitou dobu adaptuje. Je to záležitost individuální, ale vezmeme-li v úvahu dobu adaptace 5-7 dnů, tak je jeden týden pryč. Následné

zkrácení pobytu o jeden týden pak nutně vede ke snížení celkového účinku rehabilitace. Poslední výzkumná otázka této hypotézy se týká intenzity užívání léků. Je zřejmé, že pokud člověk nemá subjektivní obtíže či bolesti, snižuje se užívání léků, což má pozitivní vliv na vnitřní orgány citlivé na jejich abúzus.

Druhá hypotéza se vztahuje na porovnání kvality a kvantity poskytovaných procedur ve spádových rehabilitacích a v lázeňských zařízeních. A v případě, jak jsou schopny spádové ambulance poskytnout dostatečně kvalitní rehabilitační program vzhledem k indikaci klienta. Otázkou je pak i přístup a kvalita zdravotního personálu.

Třetí hypotéza se vztahuje právě na souvislost mezi zkrácením lázeňské rehabilitační péče a nutností nahradit rehabilitační program ve spádových rehabilitačních ambulancích, které dobu rehabilitace prodlouží. Tím, že se zkrátí doba pobytu v lázních a někteří klienti nebudou mít dostatečné prostředky na úhradu chybějícího týdne, se prodlouží doba rekonvalescence. Ta opět nese s sebou jistou finanční spoluúčast klientů (je zde otázka nejen časové a místní dostupnosti spádové rehabilitace, ale i její kvalita a kvantita). Další výzkumná otázka se dotýká tématu, do jaké míry je pro klienty schůdné to, že by si měli uhradit jeden týden léčby v lázních. Ať už tak, že revizní lékař zdravotní pojišťovny pobyt prodlouží a klient zaplatí navíc jen zdravotnický poplatek a poplatek obci, nebo revizní lékař pobyt neprodlouží a klient si bude muset pobyt uhradit zcela ze svého, pokud to rehabilitace vyžaduje. Neméně významným faktorem je skutečnost, jestli spádové rehabilitační ambulance reflektují skutečnost, že je komplexní lázeňská léčebná péče kratší a zda jsou schopny vyhovět klientovi a nabídnout intenzivnější rehabilitaci.

Kromě výzkumných otázek, které tvořily rámec pro hypotézy, byly vytvořeny ještě otázky všeobecné - demografické. Z nich bylo možné vysledovat skladbu výzkumného souboru. Jedná se tedy především o určení pohlaví a věku respondentů, dále pak zdravotní indikaci. Důležité je rovněž zjištění sociálního statusu a z toho následně vyplývající finanční solventnost klienta.

Vlastní výzkum probíhal bez problémů. Předcházel mu dílčí předstupeň výzkumu. Ten spočíval v informování potenciálního respondenta o výzkumu. Zásadní význam však měla svobodná volba klienta. Každý z dotázaných měl čas na rozmyšlenou. Tímto chci ještě jednou poděkovat všem zúčastněným. Všichni, které jsem oslovil, přislíbili zúčastnit se. Dokonce se dotazovali, jestli s tím pak nepoběžím na ministerstvo zdravotnictví, kde by pak pod tíhou důkazů změnili nepříznivý stav. Cítili se v tu chvíli být naplno účastni něčeho, co jim předtím bylo upřeno. Jediný problém mohl nastat v návratnosti rozeslaných dotazníkových šetření. Naštěstí se z celkového počtu rozeslaných dotazníků vrátilo téměř 90 %. Součástí dotazníkového šetření byl průvodní dopis, který je součástí práce v příloze. Je formulován univerzálně, tak, jak jsem si to s klienty dojednal při jejich pobytu v lázních.

Jednotlivé výzkumné otázky jsem se snažil naformulovat tak, aby byly srozumitelné pro celé spektrum respondentů. Většina má možnost čtyř, minimálně tří odpovědí.

Z výsledků kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření se dají vyvodit tyto závěry. Jednotlivé výzkumné otázky postupně vytvářejí konstrukci, která podporuje všechny hypotézy komplexně.

K hypotéze č. 1 se vztahují první čtyři otázky. Ve prospěch 4týdenního pobytu mluví zjištěné výsledky u všech indikací. Zřetelný rozdíl uvádí 61,5 % respondentů. U respondentů s diagnózou Z98.8 je to dokonce 66,7 %. Délka trvání rehabilitace má určitě vliv na dobu bez subjektivních obtíží klientů. To uvádí 54,1 % respondentů. Odpověď, nemusí to být vždy, uvádí ještě 42,6 % respondentů. 63,9 % respondentů uvádí, že u nich došlo ke snížení množství užívaných léků po delším lázeňském pobytu.

K hypotéze č. 2 se vztahují další čtyři otázky. Ve prospěch komplexní lázeňské péče, co se týče odborné kvality rehabilitačních služeb, hovoří odpověď 80,3 % respondentů. Rovněž odpovědi na otázku týkající se nezbytnosti přírodních zdrojů na výsledný efekt léčby je výrazně ve prospěch komplexní lázeňské léčby - je to 79,5 % respondentů. I přístup personálu lázní hodnotí respondenti jako lepší, i když

ne tak výrazně. Na stranu personálu lázní se kloní kolem 45,9 % respondentů, zbytek, 46,7 % respondentů nevidí rozdíl. Na otázku týkající se dostatečného rehabilitačního programu ve spádové rehabilitaci vzhledem ke zdravotní indikaci, byly většinou záporné odpovědi. Zamítavou odpověď uvedlo 24,4 % respondentů a 27,0 % respondentů uvedlo odpověď jen na mé vyžádání.

K hypotéze č. 3 se vztahují poslední čtyři otázky. Většina klientů má finanční náklady spojené rehabilitací ve spádových ambulancích, tuto odpověď uvedlo 68,0 % respondentů. U převážné části klientů hraje velkou roli již zmiňovaná sociální situace ve vztahu k tomu, jestli si mohou dovolit uhradit chybějící jeden týden komplexní lázeňské péče. Sociální situace nedovoluje uhradit si jeden týden lázeňské péče 63,1 % respondentům. 17,2 % klientů všech tří kategorií by situaci řešilo půjčkou nebo s pomocí příbuzných. Pouze u otázky, jestli je ve spádové oblasti brán zřetel na to, že je lázeňská péče kratší a zda jsou schopni zabezpečit intenzivnější následnou rehabilitaci, se odpovědi respondentů mnoho neliší. Odpověď ano, je brán zřetel, uvedlo 34,4 % respondentů všech tří kategorií a odpověď ne, není na to brán zřetel, uvedlo 54,1 % respondentů všech tří kategorií.

Je dobrou zprávou, že se nad touto problematikou vede rozsáhlá diskuse jak mezi klienty, kteří si vyměňují vzájemné poznatky, tak i mezi odbornou veřejností. I samotní provozovatelé lázní pociťují následky indikačního seznamu. Že se sníží návštěvnost lázní, bylo předem jisté. Ale že půjde o tak markantní propad, tak to překvapilo i samotné autory. Náprava bude nějakou dobu trvat. Signálem k obratu je zpráva letošního dubna.

Pouze do konce roku zůstane platná vyhláška, která omezuje rozsah lázeňské péče hrazené zdravotními pojišťovnami. Ústavní soud ve středu vyhověl návrhu 21 senátorů. Upozorňovali na to, že podmínky by měl definovat přímo zákon, a napadli i to, že vyhláška výrazně omezila zejména možnosti opakované léčby, čímž došlo k propadu využívání lázní. Tento stav podle nich může mít negativní vliv na zdraví občanů. Ústavní soud v odůvodnění nálezu konstatoval, že lázeňská léčebně rehabilitační péče je jednou z forem zdravotní péče, na jejíž bezplatné poskytnutí má občan nárok. Její rozsah může být omezen pouze normou se silou zákona. Ve

vyhlášce je však stanoveno omezení délky léčebného pobytu a možnosti jeho prodloužení nebo opakování, jakož i omezení časového období, dokdy musí pacient tento pobyt nastoupit, přičemž důsledkem těchto omezení je, že léčebný pobyt není v rozsahu, který překračuje uvedené parametry, hrazen veřejným zdravotním pojištěním (novinky.cz, 2014).

Nálezy Ústavního soudu ČR jsou důsledkem pravomoci tohoto nejvyššího orgánu jako „strážce ústavnosti“, dotvářející již existujících pramenů práva a právních norem v nich obsažených. Dojde-li po probdělém řízení Ústavní soud k závěru, že zákon nebo jeho jednotlivá ustanovení jsou v rozporu s ústavním zákonem, rozhodne nálezem, že takový zákon nebo jiný právní předpis zruší dnem, který v nálezu určí (Janků, 2004, s. 14).

## 8 ZÁVĚR

Kvantitativní výzkum provedený u zdravotních indikací M45, M06.9 Z98.8, přinesl tyto výsledky.

Odpovědi, které se vztahují na všechny čtyři otázky k hypotéze č. 1, dotazníkové šetření ve sto procentech potvrzují. Tímto můžeme první hypotézu potvrdit.

Odpovědi, které se vztahují na všechny čtyři otázky k hypotéze č. 2, dotazníkové šetření rovněž ve sto procentech potvrzují. Tímto můžeme také druhou hypotézu potvrdit.

Odpovědi, které se vztahují ke třetí hypotéze, jsou potvrzující ve třech otázkách. V té poslední jsou odpovědi ne jasně určité. Ale i z těchto výsledků můžeme říci, že i třetí hypotéza je potvrzena.

Výsledky dotazníkového šetření byly jen částečně využity, vzhledem k položeným hypotézám. Naskýtá se řada dalších možností propojení a interpretace získaných informací. Proto je možnost práci ještě dále využít a ve zdravotně sociální oblasti interpretovat.

Výsledky ukazují, že řešení složitých otázek kolem problému lázeňské péče a její legislativy, by měly zapojit, kromě zdravotníků (lékařských i nelékařských oborů), zdravotních pojišťoven, ekonomů, pracovníků v sociální oblasti, i samotné pacienty, kterých se tato problematika týká.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BUDÍNSKÁ, Jitka, 2006. *Kapitoly z dějin lázeňství*. Teplice: Regionální muzeum v Teplicích.
- CAPKO, Ján, 1998. *Základy fyziatrické léčby*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-341-3.
- CIKÁNKOVÁ, Věra a Šárka FOREJTOVÁ, 2010. *Rehabilitace po revmatochirurgických výkonech*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-206-3.
- ČABANOVÁ, Bohumila a Petr HÁVA, 2008. *Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. ISBN 978-80-86973-13-5.
- ČESKO. Vyhláška MZ č. 58/1997 o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 20.
- ČESKO. Vyhláška MZ č. 267/2012 o stanovení indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 91.
- DAVID, Petr a Vladimír SOUKUP, 2005. *Skvosty lázní*. Praha: Euromediagroup, ISBN 80-242-1524-1.
- DOSTÁLEK, Josef, 2008. *Velichovky- obec s moderními lázněmi*. Obec Velichovky. ISBN 978-80-86677-16-3.
- DRUGA, Rastislav a Peter ABRAHAMS, 2003. *Lidské tělo. Atlas anatomie člověka*. Praha: Ottovo nakladatelství. ISBN 80-7181-955-7.
- FAJKUS, Josef, 2013. Psychologické aspekty Bechtěrevovy choroby. *Bechtěrevik-informační časopis Klubu Bechtěreviků*. č. 156, s. 18
- IVANOV, Miroslav, 1997 *Čtení o lázních Velichovkách*. Lázně Velichovky.
- JANDOVÁ, Dobroslava, 2009. *Balneologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2820-9.
- JANKŮ, Martin a kol., 2004. *Základy práva pro neposluhače neprávnických fakult*. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-499-6.

- JEŘÁBEK, Hynek, 1992. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Katedra sociologie fakulty sociálních věd UK. ISBN 80-7066-662-5.
- KAČINETZOVÁ, Alena a Martina JUHAŇÁKOVÁ, 2010. *Rehabilitace- sborník příspěvků*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-299-1.
- KÁLAL, Jaroslav a Ivan VAŘEKA, 2009. In: KOLÁŘ. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOLÁŘ, Pavel et al, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KŘÍŽEK, Vladimír, 1987. *Obrazy z dějin lázeňství*. Praha: Avicenum. ISBN 08-096-87.
- KVAPILÍK, Josef a kol., 1997. *Teorie a praxe masáže*. Ostrava: VAVA. ISBN 80-81168-00-X.
- MARIEB, Elaine a Jon MALLATT, 2008. *Anatomie lidského těla*. Praha: Grada. ISBN80-251-0066-9.
- MÁŠOVÁ, Hana, 2009. In: BLUMLOVÁ, D., KUBÁT P. *Čas zdravého ducha ve zdravém těle*. České Budějovice: Jihočeské muzeum v Č. Budějovicích. ISBN-978-80-87311-07-03.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-955-7.
- Novinky* [online časopis], 2014 - [cit. 2014 - 02 - 04]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/332288-lide-maji-narok-na-bezplatne-lazne-ustavni-soud-shodil-hegerovu-vyhlasku.html>
- OLEJÁROVÁ, Marta, 2011. *Bechtěrevova nemoc*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2568-3.
- PAVELKOVÁ, Andrea, 2009. *Revmatoidní artritida a biologická léčba*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-192-9.
- POHANKOVÁ, Dana, 2014. *Statistika dle indikačních skupin*. [cit. 2014 - 02 - 07]. Dostupné z: <http://DPohankova@velichovky.cz/>

ŠKORPÍK, Milan, 2004. *Využití balneologie ve vnitřním lékařství*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-130-5

ŠPIŠÁK, Ladislav a Zdeněk RUŠAVÝ, 2010. *Klinická balneologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1654-4.

TOVAČOVSKÝ, Jaroslav, 2001. *Historie lázní Velichovek*. Praha. ISBN 80-902907-3-6.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

• Obrázek 1 - historické vanové koupele	19
• Obrázek 2 - Masarykův dům rok 1946	29
• Obrázek 3 - Masarykův dům rok 2013	31
• Obrázek 4 - hypotéza 1 otázka 1	47
• Obrázek 5 - souhrnný graf otázka 1	48
• Obrázek 6 - hypotéza 1 otázka 2	49
• Obrázek 7 - souhrnný graf otázka 2	50
• Obrázek 8 - hypotéza 1 otázka 3	51
• Obrázek 9 - souhrnný graf otázka 3	52
• Obrázek 10 - hypotéza 1 otázka 4	53
• Obrázek 11 - souhrnný graf otázka 4	54
• Obrázek 12 - hypotéza 2 otázka 1	55
• Obrázek 13 - souhrnný graf otázka 1	56
• Obrázek 14 - hypotéza 2 otázka 2	57
• Obrázek 15 - souhrnný graf otázka 2	58
• Obrázek 16 - hypotéza 2 otázka 3	59
• Obrázek 17 - souhrnný graf otázka 3	60
• Obrázek 18 - hypotéza 2 otázka 4	61
• Obrázek 19 - souhrnný graf otázka 4	62
• Obrázek 20 - hypotéza 3 otázka 1	63
• Obrázek 21 - souhrnný graf otázka 1	64
• Obrázek 22 - hypotéza 3 otázka 2	65
• Obrázek 23 - souhrnný graf otázka 2	66
• Obrázek 24 - hypotéza 3 otázka 3	67
• Obrázek 25 - souhrnný graf otázka 4	68
• Obrázek 26 - hypotéza 3 otázka 4	69
• Obrázek 27 - souhrnný graf otázka 4	70

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - demografické údaje

46

## **PŘÍLOHY**

Příloha 1 - průvodní dopis

Příloha 2 - dotazník

## Příloha 1

Vážená paní, vážený pane,

na základě ústního rozhovoru z loňského roku v Lázních Velichovky, Vám zasílám dotazníkové šetření týkající se vaši zdravotní indikace. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce, která formou kvantitativního výzkumu zkoumá rozdíl v poskytované péči po zkrácení lázeňské péče z 28 dnů na 21 dnů.

Prosím o vyplnění odpovědí na všechny otázky a zpětného poslání v přiložené obálce.

Děkuji předem.

S pozdravem, Mihalík Petr - masér Velichovky.

PS: Vaše identifikační údaje a informace o Vaší nemoci nebudou nikde prezentovány.

## DOTAZNÍK

### Otázky obecné – demografické

1. Jste a) žena b) muž
  
2. Věk a) 30-40let b) 40-50let c) 50-60let d) 60-více let
  
3. Onemocnění, kterým trpíte.
  - a) Bechtěrevova choroba
  - b) revmatická artritida
  - c) pooperační stav
  
4. Jaké je Vaše sociální zařazení?
  - a) jsem pracující
  - b) jsem držitelem invalidity I. stupně
  - c) jsem držitelem invalidity II. stupně (částečná invalidita)
  - d) jsem držitelem invalidity III. stupně (plná invalidita)
  - e) jsem v evidenci Úřadu práce (či usiluji o zaměstnání)
  - f) jsem starobní důchodce
  
5. Jaké máte navíc finanční výdaje v průměru za 1 týden hrazeného lázeňského pobytu při poskytnutí komplexní lázeňské péče (včetně dopravy)?
  - a) do Kč 500,-
  - b) do Kč 1000,-
  - c) nad 1000,- Kč

6. Jak dlouho po návratu z 3týdenního pobytu v lázních se cítíte bez subjektivních obtíží (bolestí) pohybového aparátu?

- a) bez zlepšení
- b) zlepšení stavu po dobu 1 měsíce
- c) zlepšení stavu po dobu 2-4 měsíců
- d) zlepšení stavu po dobu 5 a více měsíců

7. Jak dlouho po návratu z 4týdenního pobytu v lázních se cítíte bez subjektivních obtíží

(bolestí) pohybového aparátu?

- a) bez zlepšení
- b) zlepšení stavu po dobu 1 měsíce
- c) zlepšení stavu po dobu 2-4 měsíců
- d) zlepšení stavu po dobu 5 a více měsíců



## Otázky k hypotéze č. 1

Vzhledem k Vaší zdravotní indikaci je podle Vás rozdíl v účinku rehabilitační péče ve prospěch 4týdenního pobytu oproti 3týdennímu pobytu?

- a) zřetelný
- b) méně výrazný
- c) není žádný
- a) neumím zhodnotit (posoudit)

1. Po absolvování lázeňského léčebného rehabilitačního pobytu bývá pacient po určitou dobu bez subjektivních obtíží anebo s výrazným zlepšením těchto obtíží. Můžete říci, zda - li je tato skutečnost ovlivněna delším trváním komplexní lázeňské péče?

- a) určitě má vliv
- b) nemusí to být vždy
- c) nemá žádný vliv
- d) neumím posoudit

2. Organismus se v počátku léčebně rehabilitačního pobytu musí adaptovat na léčebný režim. Můžete charakterizovat délku adaptace ve dnech.

- a) do 3 dnů
- b) do 5 dnů
- c) do 7 dnů
- d) 10 dnů
- e) více dnů

3. Účinnost léčebné rehabilitace může ovlivňovat (v případech chronických nemocí) i užívání medikamentů - léků. Můžete říci, že u Vás došlo ke snížení užívání léků (především na bolest a záněty pohybového aparátu) po delším lázeňském pobytu oproti kratšímu?

- a) ano
- b) ne
- c) nemá to vliv
- d) nevím

## Otázky k hypotéze č. 2

1. Jaký je podle Vás rozdíl v odborné kvalitě rehabilitačních služeb, které poskytuje komplexní lázeňská péče a které jsou poskytovány jinými subjekty, zejména spádovými rehabilitacemi?
  - a) ano - ve prospěch komplexní lázeňské péče
  - b) ano - ve prospěch spádové rehabilitace
  - c) není rozdíl
  - d) neumím posoudit
  
2. Vidíte rozdíl v osobním přístupu personálu rehabilitační lázeňské péče a rehabilitace ve spádových rehabilitacích?
  - a) ano - ve prospěch komplexní lázeňské rehabilitační péče
  - b) ano - ve prospěch spádové rehabilitační péče
  - c) nevidím rozdíl
  - d) neumím posoudit
  
3. Komplexní lázeňská rehabilitační péče je spojením léčby fyzikální a přírodních zdrojů (například rašelina, minerální vody a podobně). Jsou podle Vás léčivé procesy přírodními zdroji pro výsledný efekt léčby nezbytné?
  - a) ano, nedají se nahradit
  - b) ne, jsou jen jistým nadstandardem - přilepšením
  - c) dají se nahradit
  - d) neumím vyhodnotit

4. Je Vám, podle Vašeho mínění, poskytnut ve spádu dostatečný rehabilitační program vzhledem k Vaší nemoci?

- a) ano - systematický dlouhodobý
- b) ano, jen při zhoršení obtíží základní nemoci
- c) není
- d) jen na mé vyžádání a mé naléhání.

### Otázky k hypotéze č. 3

1. Je ve spádové ambulantní rehabilitaci brán zřetel na to, že je Vaše komplexní lázeňská péče kratší, a to tak, že jsou ochotni zabezpečit intenzivnější následnou rehabilitaci?
  - a) ano
  - b) ne
  - c) neumím zhodnotit.
  
2. Máte finanční náklady spojené s rehabilitací ve spádových ambulancích (například doprava, placené procedury apod.)?
  - a) ano
  - b) ne
  - c) rehabilitaci ve spádu neabsolvuji
  
3. V případě prodloužení 3 týdenního komplexního lázeňského pobytu na povolení revizního lékaře zdravotní pojišťovny o 1 týden se mohou, vzhledem k své sociální situaci, finančně spolupodílet (myšleno včetně pobytu na jednolůžkovém pokoji, dopravy domů apod.)
  - a) do 1000,- Kč
  - b) do 2000,- Kč
  - c) do 3000,- Kč
  
4. Pokud byste si chtěl (a) prodloužit 3týdenní komplexní lázeňský pobyt o 1 týden bez povolení revizního lékaře zdravotní pojišťovny, tj. plně ve Vaší finanční režii, umožňuje Vám Vaše sociální situace si tento týden plně uhradit?

- a) ano
- b) ne
- c) mohu vyřešit půjčkou nebo s pomocí příbuzných