

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Simona Zborníková

Vliv lázeňské léčby na kvalitu života seniorů

Olomouc 2019

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlášení o autorství bakalářské práce

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma „Vliv lázeňské léčby na kvalitu života seniorů“ vypracovala samostatně a k vypracování jsem použila pouze uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne:

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za spolupráci a odborné vedení bakalářské práce.

Obsah

1	Cíl a úkoly práce	5
2	Teoretické poznatky	6
2.1	Balneologie.....	6
2.1.1	Historie balneologie	9
2.1.2	Balneoterapie	11
2.2	Kvalita života	14
2.2.1	Dimenze kvality života	15
2.2.2	Historie kvality života	16
2.2.3	Nástroje a metody měření kvality života	17
2.2.4	Kvalita života ve vztahu ke zdraví	18
2.2.5	Kvalita života seniorů	18
2.3	Gerontologie	20
2.3.1	Geriatric	20
2.3.2	Stárnutí a stáří	21
2.3.3	Osoby seniorského věku	23
3	Praktická část	25
3.1	Cíl výzkumu	25
3.2	Stanovení výzkumného problému.....	26
3.3	Definování výzkumných předpokladů	26
3.4	Metoda výzkumu	27
3.5	Průběh výzkumu	27
3.6	Vyhodnocení dat	27
3.7	Shrnutí platnosti stanovených výzkumných předpokladů	55
	Závěr	56
	Seznam použitých zdrojů	57
	Přílohy	61
	Anotace	68

Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na to, aby posoudila jaký vliv má lázeňská léčba v procesu uzdravování, jak ovlivňuje pohled seniora na jeho zdraví a kvalitu života.

V dnešní době díky prodlužování lidského věku přibývá v populaci seniorů. Stárnutí populace vyplývající ze statistik není typickým jevem jen pro Českou republiku, ale objevuje se i v jiných zemích Evropy a celého světa. Proto je problematika stáří a stárnutí v posledních letech velmi diskutovaná a ve společnosti roste zájem o zkoumání kvality života seniorů. Objevují se nové termíny, jako je zdravé stárnutí znamenající odvrácení nebo oddálení nemoci a nesoběstačnosti, zachování jisté úrovně kognitivních a fyzických funkcí seniorů. Hovoří se také o úspěšném stárnutí, které předpokládá aktivní zapojení seniorů do společnosti. Každý má možnost zvolit si svůj životní styl. V dnešní době existuje velká spousta možností jak pečovat o své zdraví a to jak duševní, tak fyzické. K tomu je potřeba dostatek elánu a volného času, nehledat jen výmluvy typu, že už je to zbytečné. Nejlepší je najít si v těchto povinnostech zálibu. Je třeba přizpůsobit svůj životní styl reálným zdravotním podmínkám.

Kvalita života seniorů je ovlivněna mnoha ukazateli a jedním z nich, troufnu si říci, že nejdůležitějším, je zdraví, o které je třeba pečovat. K tomu mimo jiné přispívá i lázeňská terapie, která má přinášet co největší efekt při rehabilitaci, resocializaci, prevenci a podpůrné léčbě. Česká republika je velmi bohatá, co se týká počtu lázeňských míst.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat, jak lázeňská léčba ovlivňuje subjektivní pohled jedince na jeho zdraví a kvalitu života.

Pro výzkum jsem zvolila metodu dotazníku. Výzkumným vzorkem byly osoby seniorského věku, které pravidelně navštěvují neurologickou ambulanci Neurosalvezza Olomouc.

Práce je rozdělena do několika kapitol. První vymezuje základní termíny (balneologie, balneoterapie, gerontologie, kvalita života...), praktická část shrnuje výsledky provedených šetření mezi seniory.

1 Cíl a úkoly práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit zdravotní stav a kvalitu života oslovené skupiny seniorů v souvislosti s ukončenou lázeňskou léčbou. Práce ověřuje, jak lázeňská léčba ovlivňuje celkový stav pacienta, jeho psychiku a především jeho zdraví.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit subjektivně sdělovaný zdravotní stav seniorů před nástupem do lázní
- 2) Zjistit subjektivně sdělovaný zdravotní stav seniorů po návštěvě lázní
- 3) Zmapovat s jakými diagnózami oslovení senioři navštívili lázně
- 4) Zmapovat, kolikrát lidé v seniorském věku lázně navštívili
- 5) Zjistit, která z lázeňských terapií je seniory vnímána jako nejblahodárnější
- 6) Zkoumat, jaká doporučení senioři pro zkvalitnění svého života akceptují

2 Teoretické poznatky

2.1 Balneologie

Balneologie je se svou tisíciletou tradicí jedním z nejstarších oborů medicíny. Je to „*nauka o léčení přírodními, na určité místo vázanými, léčivými zdroji, jejich účincích na lidský organismus a lázeňských léčebných metodách*“ (Jandová, 2009, s. 2). V současné době však díky komplexnímu přístupu k pacientům a náplni práce odpovídá intencím nového medicínského oboru psychoneuroimunoendokrinologii (Jandová, 2009). Je to poměrně mladá vědní disciplína neuropsychiatrického výzkumu rozvíjející se koncem 60. a začátkem 70. let 20. století, kdy mezi zakladatele u nás patří Cyril Höschl, člen Učené společnosti ČR, ředitel Psychiatrického centra v Praze a Centra neuropsychiatrických studií. Zkoumal změny v mozku a v hormonální soustavě a jejich vztah na psychiku člověka, vliv hormonů na chování a zdraví a vliv chování na zdraví a hormony. (Horáček, Höschl, 2004).

České lázně jsou „*lůžkové zdravotnické zařízení charakteru nadregionálního oborově strukturovaného, specializovaného, odborného léčebného ústavu*“ (Jandová, 2009, s. 1).

V našem českém lázeňství se na léčebném procesu podílí kolektiv lékařů, specialistů fyzioterapeutů, sester a dalších pracovníků. Lázně mají dobré technické i věcné vybavení pro danou specializaci.

Balneologie a balneoterapie byla historicky samostatným klinickým oborem české medicíny. Na počátku 70. let 20. století byla součástí tříoborové atestace se zkratkou FBLR, tj. oborů fyziatrie (léčení fyzikálními energiemi), balneologie a léčebná rehabilitace (dnes se léčebná rehabilitace označuje pojmem fyzioterapie). Nyní je balneologie a balneoterapie součástí klinického atestačního oboru s názvem rehabilitační a fyzikální medicína se zkratkou RFM.

Indikace k lázeňské péči jsou legislativně upraveny podle povahy místně příslušného přírodního zdroje s léčivými účinky dle zákona č. 256/2014Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Návrh na komplexní či příspěvkovou lázeňskou léčbu vydává lékař specialista (v oboru interny, neurologie, ortopedie apod.) ve spolupráci s praktickým lékařem (příloha č. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Rozhodující slovo má pak revizní lékař zdravotní pojišťovny, který ho schvaluje. V případě zamítnutí může klient absolvovat pobyt v lázních jako samoplátce. Tuto formu lázeňské péče mohou taktéž prakticky kdykoliv využít všichni občané starší 18 let, kteří chtějí udělat něco pro své zdraví a nechtějí být závislí na rozhodování zdravotní

pojišťovny. Nabídka pobytů v českých lázních je velmi široká a vyberou si zajisté všichni, kteří mají zájem. **Léčebné lázeňské pobyty** včetně ubytování a stravování jsou plně hrazeny klientem, léčebné procedury probíhají **pod dohledem lékaře lázní**, který stanovuje **léčebný plán na základě zdravotního stavu klienta**.

Například lázně Velké Losiny nabízejí pro rok 2019 pro samoplátce:

LÁZNĚ NA ZKOUŠKU Eliška Velké Losiny

Ubytování na 7 nocí, plná penze, kredit 3.500 Kč na lékařskou konzultaci a lázeňské procedury, volný vstup do termálního bazénu.

Vyzkoušejte pobyt v lázních a zjistíte, že více než chemie Vám pomůže léčivá síla čistého přírodního zdroje. Zdraví spočívá v prevenci a posílení imunity. Teprve vlastní zkušenost vám pomůže odkrýt tajemství pravé relaxace v **TERMÁLNÍCH LÁZNÍCH Velké Losiny**.

OD 12 950 Kč / 7 NOCÍ / OS.



(Zdroj: <https://www.lazne-losiny.cz/stays-detail?id=ELI10000F7>)

POBYT PRO SENIORY

Ubytování na 7 nocí, plná penze, 10 lázeňských procedur, lékařské vyšetření, volný vstup do termálního bazénu.

Lázeňský pobyt pro klienty v seniorském věku, kteří chtějí posílit své zdraví, očistit organismus a zbavit se únavy v **TERMÁLNÍCH LÁZNÍCH Velké Losiny**. Čeká vás komplex relaxace, zdravé stravy a správných životních návyků. Vaše zdraví je naší prioritou.

OD 12 950 Kč / 7 NOCÍ / OS.



(Zdroj: <https://www.lazne-losiny.cz/stays-detail?id=ELI10000FA>)

TÝDEN PRO ZDRAVÍ

Ubytování na 7 nocí, plná penze, kredit 4.550 Kč na lékařské vyšetření a lázeňské procedury, volný vstup do termálního bazénu.

Dopřejte si víc než dovolenou v TERMÁLNÍCH LÁZNÍCH Velké Losiny a nechejte se hýčkat rukama našich profesionálů. Výběr lázeňských procedur si můžete zvolit sami nebo vám poradíme.

OD 14 000 Kč / 7 NOCÍ / OS.



(Zdroj: <https://www.lazne-losiny.cz/stays-detail?id=ELI10000F9>)

KOMPLEXNÍ KÚRA

Ubytování na 7 nocí, plná penze, kredit 5.600 Kč na lékařské vyšetření a lázeňské procedury, volný vstup do termálního bazénu.

Cílená lázeňská léčba onemocnění pohybových, neurologických, kožních a onkologických. Léčebný lázeňský pobyt nahrazující komplexní lázeňskou péči. Základem programu je odborná fyzioterapie, reflexní léčba a vodoléčba.

OD 15 050 Kč / 7 NOCÍ / (Zdroj: www.lazne-losiny.cz)

Volně prodejné procedury 7 dní v týdnu	
PROCEDURY	Cena v Kč
Klasická masáž částečná	220 Kč
Klasická masáž celková	660 Kč
Koupel celotělová vířivá s bylinnou přísadou HerbadenSpa - máta či lemnograss	220 Kč
Koupel perličková	200 Kč
Masáž podvodní částečná	200 Kč
Masáž podvodní celková	250 Kč
Koupel bylinná dle vlastního výběru (červený pomeranč, levandule, eukalypt, rozmarýn)	200 Kč
Koupel jodobromová	300 Kč
Koupel v rašelinovém extraktu	200 Kč
Koupel se solí z Mrtvého moře	200 Kč
Koupel s esencí čajové růže	200 Kč
Koupel ovesná	220 Kč
Koupel konopná	220 Kč
Koupel hydratační - kokos	250 Kč
Koupel osvěžující - Noni	250 Kč
Koupel revitalizační - Guava	250 Kč
Koupel vinná	250 Kč

Koupel hydratační - kokos s kolagenovou maskou na obličej	330 Kč
Koupel osvěžující - Noni s kolagenovou maskou na obličej	330 Kč
Koupel revitalizační - Guava s kolagenovou maskou na obličej	330 Kč
Koupel suchá uhličítá částečná	150 Kč
Koupel suchá uhličítá celková	190 Kč
Plynové injekce	90 Kč
Koupel vodní uhličítá celková	250 Kč
Aroma zábal (aplikace pouze v oblasti beder)	230 Kč
Peloidní zábal (aplikace pouze v oblasti beder)	150 Kč
Parafín (aplikace v oblasti beder, nebo na klouby)	150 Kč
Masáž horkými lávovými kameny - částečná	400 Kč
Klasická masáž částečná s aroma olejem a masáž rukou	400 Kč
Kinesiotaping	250 Kč
Terapie Bemer/vstup	80 Kč
Terapie Bemer/ 10 vstupů	700 Kč
Severská chůze pod vedením instruktora (od 1. dubna do 30. září) - 1 hodina	150 Kč
Kondiční plavání pro ubytované hosty	60 Kč

(Zdroj: <https://www.lazne-losiny.cz/24862-cenik>)

V současné době se na našem území nachází celkem 37 lázeňských míst. Klienti v českých lázních absolvují vstupní lázeňské vyšetření s předpisem léčebných procedur. Během pobytu projdou komplexní léčbou s využitím nejrůznějších metod z oboru rehabilitační a fyzikální medicíny v kombinaci s balneoterapií, ergoterapií, farmakoterapií, dietologií, reflexoterapií, psychoterapií a edukací v režimových opatřeních. Péče o klienty lázní se aktuálně týká i medicínských preventivních programů, dále diagnostických funkcí a hodnocení kvality života. K posouzení zdravotního stavu a přínosu lázeňské péče slouží výstupní lékařská prohlídka s pohovorem (Kajlík, 2007).

Lázně poskytují i relaxační a wellness pobyty sloužící k odpočinku, regeneraci těla i ducha, načerpání nové energie.

2.1.1 Historie balneologie

První zmínky o hydroterapii nacházíme v čínské literatuře již kolem roku 3700 před Kristem. Nejstarší dochovaná učebnice, která pochází rovněž z Číny, je z roku 2837 před Kristem a vedle hydroterapie a léčivých masáží popisuje také termoterapii, manipulace a trakce. Dochovaly se i záznamy o počátcích lázeňství ze starého Egypta a Indie. Egyptské záznamy pocházejí z roku 2500 před Kristem. Očistné koupele i rozkvět léčebného lázeňství v Japonsku se datuje do roku 1800 před Kristem. Mágové, což byli kněží zabývající se léčením v Persii, zřizovali rybníky, kde se koupalo a prováděly se náboženské obřady. Použití bahna a léčebných masáží pochází z Babylonu. Zde také na bolestivá místa přikládali směsi bahna a oleje. Také starověké Řecko a Řím využívaly vodní zdroje. Vulkanická oblast Řecka a jeho ostrovů byla bohatá na výskyt minerálních a termálních pramenů, jejichž blahodárné účinky využívali tamější obyvatelé na své tělo již od 5. století př. n. l. Řekové k očištění používali nejprve malé nádoby, poté sprchy, kamenné i hliněné vany a bazény. Obliba

koupelí rostla a vznikaly veřejné lázně. Honosné lázně a bazény se stavěly také v Římě. „*Jejich prostory měly již v době Římské říše vytápěné podlahy a stěny, a proto se nazývaly termy*“ (Jandová, 2009, s. 3). Staly se centrem společenského života. Římané stavěli bazény vedle horkých pramenů. V nich si legionáři léčili svá zranění po bitvách. Římané znali i sirné termální prameny Lavry les Bains s teplotou vody 62°C , ležící v oblasti dnešního Švýcarska. V okolí Vesuvu nevědomky využívali radioaktivních termálních vod.

Epidemie moru, neštovic a lepry, při nedodržování Hippokratových zásad hygieny, způsobila ve středověku úpadek lázeňství. V tomto období se rozvíjely poznatky z oblasti přírodních věd v Arábii, kde se především Abú 'Alí al-Ḥusajn ibn 'Abd Alláh ibn Al-Hasan ibn Ali ibn Síná (asi 980–1037), V Evropě známý jako **Avicena**, zasloužil o rozvoj a léčebné využití fyziatrie s léčebnou hydroterapií. Návrat k léčebným koupelím nastal až koncem středověku, vrátily se i studené léčebné metody, které si oblíbila Itálie. Chirurg Paré léčil rány vymýváním studenou vodou. Paracelsus ve svých spisech uvedl užívání pitné kúry minerálních léčivých vod. Vědecký základ dali vodoléčbě dr. Hahni a jeho dva synové z Pruského Slezska. Jako první začali používat teploměr k měření teploty nemocných osob a teploty vodních koupelí. Rozvoj chirurgie a jiných klinických oborů a různé univerzitní názory ovšem použití vody k léčení potlačily a navzdory historicky vynikajícím osobnostem z řad přívrženců vodoléčby dochází v sedmáctém století až v první polovině osmnáctého století k potlačení přírodních způsobů léčby (Jandová, 2009, s. 3). V roce 1804 v rozpravě „O používání léčivých pramenů, zvláště o používání lázní“ rozdělil profesor Ján Karol Lüber lázně podle teploty vod. Vyzpozoval, že teplá voda působí proti bolesti, pomáhá od svalových křečí a celkově zklidňuje organismus. Profesor J. J. Winterl zavedl analýzu přírodních minerálních vod v Uhersku.

Nástupem matematicko-fyzikálních věd došlo v 18. století k útlumu balneologie. Teprve zásluhou Vincenze Priessnitze, pocházejícího z Jeseníku, došlo opět k obnovení tradice hydroterapie, kterou využíval spolu se cvičením, pitnými kúrami a dietami.

Počátkem 20. století byly díky manželům Curieovým známy biologické i léčebné účinky radioaktivity. Také v karlovarských, mariánských a teplických pramenech byla zjištěna malá dávka radioaktivity. Ve dvacátých letech 20. století se radioaktivní prameny začaly hojně využívat. Až český lékař doc. MUDr. Novák začal hlasitě vystupovat a varovat před nekritickým rozmachem využití radioaktivity v lázeňství a požadoval vznik standardů a norem pro tuto formu léčby. Kolem r. 1950 se ustoupilo od pitných kúr a inhalací radioaktivních vod.

Období mezi dvěma světovými válkami bylo pro lázeňství obecně velmi nepříznivé. Objev antibiotik spolu s rozvojem farmakologie a chirurgie vedl k potlačení přírodních léčebných metod.

S rozvojem chirurgie se začalo lázeňství opět orientovat na orgánovou patologii a nahrazovalo nedostatečnou kapacitu rehabilitační a následné nemocniční péče. To vedlo v očích laické i odborné

zdravotnické veřejnosti k mylné představě o smyslu léčby přírodními zdroji. Až s rozvojem vědy a výzkumu v druhé polovině 20. století došlo k obratu a celosvětovému trendu využívání přirozených přírodních prostředků k léčbě.

Mezi významné osobnosti v oblasti lázeňství v Čechách patřil PhDr. MUDr. František Ambrož Reuss (+ v r. 1830), který byl prvním uznaným balneologem. MUDr. Vladislav Matějovský (+1935) byl prvním českým profesorem balneologie, který v r. 1907 napsal první učebnici balneologie a hydroterapie. Na Karlově univerzitě působil MUDr. Vratislav Kučera (+1946), který je autorem dvoudílné učebnice balneologie. Mezi další významné osobnosti českého lázeňství patří prof. MUDr. Václav Vojta, DrSc., prof. MUDr. František Véle, Ludmila Mojžíšová, prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc., kteří ovlivnili fyzioterapeutický přístup v současném lázeňství (Jandová, 2009, s. 5).

2.1.2 Balneoterapie

„Balneoterapie je léčba přírodními léčivými zdroji, tj. přírodními minerálními vodami, plyny, peloidy a klimatem, je souhrnem konkrétních léčebných postupů využívaných v místě příslušného přírodního léčivého zdroje pod lékařským vedením za účelem úzdravy či optima restituace funkcí organismu. Jde o aplikaci intervalově repetitivního dózovaného přírodního fyzikálně-chemického podnětu na kůži a sliznice i s ovlivněním smyslových orgánů, autonomní nervové soustavy a se stimulací limbického systému.“ (Jandová, 2009, s. 7)

V českých lázních na rozdíl od světových se v rámci komplexního přístupu k nemocným integruje spolu s aplikací přírodních léčivých zdrojů také (Jandová, 2009, s. 9):

- a) **léčebná rehabilitace** (fyzioterapie): individuální léčebný tělocvik, skupinový léčebný tělocvik (cviky pro kardiaky, na respirační nemoci, stavy po totálních endoprotézách kyčelních a kolenních kloubů),
- b) **fyzikální léčba** (fyziatrie) využívající různé formy fyzikální energie. Patří sem mechanoterapie využívající přístrojové zdroje podtlaku, přetlaku, trakce, vibrací, ultrazvukovou terapii a léčbu rázovou vlnou. Dále termo a hydroterapie zahrnující působení termopozitivních a termonegativních podnětů formou široké škály vodoléčebných procedur nebo jiných zdrojů tepla. Elektroterapie využívá různé formy elektrických proudů a elektromagnetického pole. Fototerapie je léčba pomocí elektromagnetického záření v rozsahu vlnových délek od 280 do 3000 nm za účelem pozitivního ovlivnění ozařovaných tkání,
- c) **dietoterapie** dle indikace lékaře, spektrum diet je obdobné jako v nemocnici
- d) **farmakoterapie**- nemocní dodržují terapii naordinovanou lékařem,
- e) **fytoterapie** formou speciálních bylinných koupelí, kloktání,

- f) **ergoterapie** podle indikací, využívá se převážně u neurologických pacientů, pro poúrazové stavy a v pediatrii,
- g) **arteterapie** a muzikoterapie u dětí, dorostu i dospělých psychiatricky nemocných,
- h) **klimatoterapie** je v klimatických lázních základním léčivým zdrojem,
- i) **reflexoterapie** formou myoskeletální medicíny, léčba měkkými technikami, akupunkturou, speciálními masážemi,
- j) **klinická psychologie** a psychoterapie u psychiatricky nemocných,
- k) **logopedie** u neurologicky nemocných s fatickou poruchou,
- l) **edukace** klientů v režimových opatřeních i speciálních léčebných postupech dle diagnózy,
- m) **podologie**, pediatrie s diagnostikou plochonoží,
- n) **expertní systémy** a informační medicínské technologie s novými diagnostickými i terapeutickými přínosy, příkladem je systém počítačové kineziologie.

Lázně na území České republiky

Česká země má neuvěřitelné množství přírodních léčivých zdrojů. Unikátním spojením lékařské vědy se silou přírody se začala psát historie našeho lázeňství. České lázně jsou obklopeny krásnou přírodou, lákají zajímavou architekturou a historií, žijí vlastním společenským a kulturním životem.

K největšímu rozvoji našeho lázeňství došlo v 18. - 20. století. Přispěla k tomu i návštěva cara Petra Velikého v Karlových Varech. Byla postavena řada novoklasicistních, novorenesančních a secesních lázeňských budov a hotelů. Zakládaly se parky, kolem vřidel vznikaly kolonády, pavilony a altány, které lákaly a stále lákají k procházkám a přispívají k poklidné atmosféře a odpočinku. Relaxaci zde našli významné osobnosti politického i kulturního života. Velmi oblíbeným se stal západočeský lázeňský trojúhelník, který kromě Karlových Varů tvoří Františkovy a Mariánské lázně. Scházel se zde výkvět vládnoucí aristokracie. Vedla se zde politická i obchodní jednání, pořádaly se plesy, koncerty, divadelní vystoupení. Naše lázně navštívila také řada významných umělců, jako třeba německý básník a dramatik J. W. Goethe, hudební skladatelé L. van Beethoven a W.A. Mozart nebo italský houslový virtuóz N. Paganini.

V současné době se v Česku nachází sedmatřicet lázeňských míst. Dvacet čtyři z nich využívá minerální vody a zřídelní plyny. Současná balneologie je postavena na léčebných systémech vytvořených Vincenzem Priessnitzem (1799-1851), Sigmundem Hahnem a jeho syny nebo Sebastianem Kneippem, kteří propagovali zdravou životosprávu představující aktivní pohyb, zdravou stravu a otužování. Kromě vody a plynů se v péči o klienty lázní využívají také peloidy, tedy

sedimenty, kam řadíme anorganická bahna, humolity a mladé organické uloženiny (rašelina, slatina). Rašelínových i slatinových center je v Česku hned několik.

Mezi významné lázně České republiky patří:

Lázně Karlovy Vary

Jsou to naše největší a také nejznámější lázně. Jejich historie sahá do druhé poloviny 14. století. Díky Karlu IV. a jeho družině byl v místních lesích objeven horký pramen. Císař mu přičkl léčivou moc a vystavěl kolem něho město, které díky zřídům vzkvétá a jeho sláva se šíří daleko za hranice naší země. Na celém území Karlových Varů vyvěrá 79 pramenů různé teploty a vydatnosti. Třináct z nich se využívá k pitné kúře. Nejznámějším z nich je Vřídlo tryskající do výše 12- ti metrů. Ve Varech se léčí pacienti s onemocněním zažívacího ústrojí, diabetu, dny, obézní, lidé s nemocemi pohybového aparátu, neurologičtí a onkologičtí pacienti. Vary poskytují prvotřídní léčebné pobyty, wellness pobyty, pestrou paletu sportovních i kulturních aktivit. Světový věhlas si lázně drží díky Becherovce a karlovarskému porcelánu, známé jsou i lázeňské oplatky a svému místu má i každoročně pořádaný Mezinárodní filmový festival.

Lázně Luhačovice

Okouzlí rozmanitou architekturou, všudypřítomnou zelení a krásným okolím. Leží v malebném údolí chráněné krajinné oblasti Bílé Karpaty. Architektura lázní je úzce spjata s Dušanem Jurkovičem, slovenským architektem, autorem Jurkovičova domu nacházejícího se v blízkosti kolonády. Luhačovické minerální vody mají vysoký obsah minerálních látek a vynikající proplynění oxidem uhličitým. Jejich teplota se pohybuje mezi 10-14stC. Nejznámějším léčivým pramenem je Vincentka, známá je také Otovka, pramen Šťastného, Alojzka. Minerální vody se využívají také k uhličitým koupelím, inhalačním procedurám a pitné kúře. Lázně se specializují na nemoci dýchacího, oběhového, trávicího ústrojí, na poruchy látkové výměny, nervové nemoci, onemocnění pohybové soustavy, kožní choroby (mimo lupenku), onkologická onemocnění. Poskytují moderní léčbu na základě staleté tradice a zkušeností.

Lázně Jáchymov

Leží v malebném údolí v Krušných horách pod Klínovcem. S objevem radioaktivity a jejich léčivých účinků započala v roce 1906 historie radonových lázní Jáchymov. Od ostatních evropských lázní se liší především vysokou koncentrací radonu v minerálních léčivých pramenech, proto právem

patří mezi nejúčinnější radonové lázně na světě. Úspěch této terapie je vědecky doložena řadou studií, můžeme jmenovat například studii Dr. Frankeho z BadElsteru z roku 2013, která dokládá výraznou redukci bolesti s dlouhodobým trváním. Klienti lázní Jáchymov se léčí s nemocemi pohybového a oběhového ústrojí, metabolickými, nervovými a kožními chorobami.

Lázně Třeboň, Bohdaneč, Bělohrad a Bechyně patří mezi významná lázeňská města především díky vlastním nalezištím léčebné slatiny. Pro velmi příznivé klimatické podmínky jsou hojně navštěvované lázně Karlova Studánka a lázně Libverda. Věhlasné jsou sirné lázně Ostrožná Nová Ves a lázně Slatinice. Díky termálním pramenům se těší velké návštěvnosti i lázně Velké Losiny.

2.2 Kvalita života

Kvalita života je pojem, který se v posledních letech používá jak v medicínských, tak i v obecných pojednáních o životě vůbec. V minulosti se jednalo o odstraňování útrap nemocných a chudých lidí. V současnosti se jedná také o spokojenost lidí s jejich životy.

Kvalita života je velmi široký pojem a jeho vymezení není jednoduché. „*Jedná se totiž o multidimenzionální fenomén. Má svůj rozměr biologický, neurofyzilogický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický, estetický apod. V konkrétním životě může být některý z faktorů dominantní anebo může být některý potlačený. Pojem kvality života není možné objasnit bez axiologického pohledu, protože kvalita života závisí na hledání hodnot v životě člověka*“ (Balogová, 2005, In Mühlpachr, s. 166).

Na kvalitu života je třeba pohlížet z různých úhlů. Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je kvalita života definována jako „*jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí*“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11). Ať pohlížíme na kvalitu života různými měřítky, nikdy nemůžeme opominout zdraví jako její velmi podstatnou součást. Z medicínského pohledu Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11). Důležité jsou i mezilidské vztahy, sociální postavení, materiálně-ekonomické podmínky k životu, přehled denních aktivit včetně volného času atd. Souhrnně to lze nazvat jako životní spokojenost. Podle Prokešové (2008) je kvalita života

pojem, kterým vyjadřujeme subjektivní pocit zdraví a životní spokojenosti, odvíjející se od uznávaných hodnot (hodnotových orientací), probíhajících v průběhu času.

Z psychologického hlediska hodnotíme kvalitu života prostřednictvím osobní pohody (well-beingu). „*Jedná se o dlouhodobý stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase*“ (Šolcová, 2004, s. 21).

Kvalita života je ze sociologického úhlu označována jako „*kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti*“ (Balogová, 2005, Mühlpachr, 2005, s. 162).

Pod výraz kvalita života můžeme zahrnout cokoliv. Můžeme jej chápat kvantitativně i kvalitativně, neboť zahrnuje také proces hodnocení. Dle Gurkové (2011, s. 22) kvalitu života definujeme jako „*popis pozitivních i negativních aspektů života*“. Porovnáваме kvalitu našeho života a života jiných osob, srovnáváme žádoucí a očekávané. Toto porovnání je velmi obtížné, neboť neexistuje norma ani standard žádoucího ani očekávaného.

Celkový koncept kvality života se skládá z různých oblastí, které pak různou mírou ovlivňují jednotlivce. „*Mezi základní domény udávané většinou autorů patří tyto kategorie: fyzický stav a funkční schopnosti, psychologické parametry a celková spokojenost, sociální interakce, stavy a faktory týkající se ekonomické situace a práce, religiózní a nebo spirituální stav*“ (Salajka, 2006, s. 11).

Podle Bludena definujeme kvalitu života výčtem spokojenosti v oblasti fyzické, materiální, kognitivní a sociální pohody (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104).

Křivohlavý (2002, s. 163-164) hodnotí kvalitu života:

v makro-rovině (zkoumá kvalitu života velkých společenských celků- země, kontinent)

v mezo-rovině (zaměřuje se na malé sociální skupiny, napří skupiny obyvatel s určitou nemocí)

v personální rovině (život jednotlivce a jeho hodnocení zdraví, bolesti apod.)

v rovině fyzické existence (chování lidí)

2.2.1 Dimenze kvality života

Kvalitu života lze zkoumat ze dvou hledisek, a sice subjektivního a objektivního. Subjektivní zkoumá životní spokojenost a osobní pohodu. Jedná se o to, jak jedinec vnímá své postavení ve

společnosti vzhledem k její kultuře a hodnotovému systému. Odborníci považují za zásadní právě subjektivní hodnocení kvality života.

Objektivní sleduje životní podmínky člověka, zabývá se materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami života, sociálním postavením a fyzickým zdravím. Jedná se tedy o souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek ovlivňujících život člověka (Vaďurová, 2006).

2.2.2 Historie kvality života

V minulosti se otázkou štěstí a blaha člověka zabývali spíše filozofové a teologové. V období antiky bylo indikátorem kvality života subjektivní prožívání pohody. Středověk byl zaměřen na křesťanství. Tomáš Akvinský hlásal, že nejvyšším poznáním a vrcholem štěstí je poznání Boha. V době osvícenecké byl kladen důraz na seberealizaci, šťastný život, nikoli na službu Bohu. Významným představitelem této doby je Immanuel Kant, který se zabýval smyslem života a jako prostředek k jeho naplnění viděl sebeúctu.

Dalším zlomovým obdobím v historii zkoumání kvality života bylo 20. století, období utilitarismu zabývající se smyslem a kvalitou života. Vracel se k antickým kořenům, aplikoval princip dobra na co největší skupinu lidí.

Pojem kvalita života byl poprvé použit Pigou v roce 1920 v jeho práci zaměřené na ekonomii a sociální zabezpečení. Zazněl v diskusi o dopadu podpory na život sociálně slabých skupin a na státní finance. V té době ale nebyl společností přijat. Znovu se objevil až po druhé světové válce, kdy se kvalita života stala měřítkem pokroku společnosti a k jejímu hodnocení se využívalo ekonomických parametrů- například HDP ve vztahu k počtu obyvatel (Vaďurová, 2006). J. F. Kennedy a L. B. Johnson, prezidenti Spojených států, si kladli za cíl své domácí politiky spokojený a dobrý život občanů, což chápali jako naplnění pojmu kvalita života. Ta se postupně odlišovala od kvantitativního růstu (Payne, 2005). Také OSN změnila náhled na kvalitu života. Vytvořila široce pojatou definici zdraví a od ní se pak vyvíjel nový přístup k posuzování kvality života. Hodnotily se podmínky života, definovaly pojmy a nástroje k měření kvality života. Vytvářely se indikátory, které umožňovaly měřit kvalitu života. Byl kladen důraz na kvalitu vnějších podmínek pro život, to znamená na životní prostředí, sociální a zdravotní péči, ale také na vnitřní kvalitu života, která zahrnovala spokojenost, smysluplnost a seberealizaci. V USA byl v 50. letech 20. století pojem kvalita života využíván jako politický slogan.

Záhy se přenesl do oblasti medicíny a vedl k vymezení pojmu zdraví. Pronikl i do sociologie, kde se od té doby využívá k odlišení podmínek života od vlastního životního pocitu lidí. V Evropě se kvalitou života začala zabývat nevládní organizace Římský klub. Snažil se zvyšovat úroveň lidí a

kvalitu jejich života zkoumáním a řešením globálních problémů. V 60. a 70. letech 20. století bylo publikováno mnoho děl, ve kterých se autoři snažili stanovit indikátory skutečné kvality života. Jejich úsilí vyvrcholilo v roce 1974 vznikem časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research) pro USA a Nizozemí (Vařšurová, 2006).

V 60. a 70. letech se přestala hodnotit kvalita života pouze z materiálního hlediska pomocí ekonomických ukazatelů a začaly se hledat a definovat indikátory sociální, zaměřené na sociální kontext umožňující srovnávat objektivní a subjektivní vlastnosti kvality života jedincem (Gullone, Cummins, 2002). Řešily se otázky životního stylu, sociální úspěšnosti, společenského statusu, vzdělání. Dvořáčková (2012) životní styl definovala jako souhrn všeobecných sociálních podmínek, které tuto kvalitu určují a určují i způsob života jedinců ve společnosti. Výsledky celonárodního šetření v USA v 70. letech ale ukázaly, že biologické zdraví ani socioekonomický status nemusí být přímoúměrný k subjektivnímu hodnocení kvality života (Payne, 2005).

Postupem času se začaly uplatňovat psychologické indikátory hodnotící kognitivní funkce a emoční prožívání vlastního života z pohledu jedince. Objevily se pojmy jako radost, pohoda s štěstím, pocit blaha, životní spokojenost, tedy již zmiňovaný well-being. Hledaly se příčiny vedoucí ke spokojenosti a faktory ovlivňující a podněcující tuto spokojenost. Psychologické zkoumání kvality života vedlo k velkému odklonu od objektivního hodnocení směrem k subjektivnímu.

V 80. letech pod vlivem relativismu a individualismu v sociálních vědách se přístup k indikátorům kvality změnil. Stalo se tak z obavy před zneužitím indikátorů, co by nástroje přílišné byrokratické kontroly. Do popředí se dostala snaha „měřit a vytvořit blahobyť“. Ukázalo se, že chybí hlubší teoretické a filozofické základy a že empirický přístup k zachycení kvality života nestačí (Gullone, Cummins, 2002).

Od 90. let se studium kvality života dále rozvíjí. Hledají se další možné způsoby jejího měření. Otázky kvality života stále intenzivněji pronikají i do zdravotnictví, stávají se nezbytné pro hodnocení zdravotní péče, zdravotního stavu, výstupů léčby, zkoumají se ve spoustě klinických studií. Především v posledních cca 10 letech je zaměřena pozornost výzkumných týmů po celém světě na objevování faktorů přispívajících k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Hnilicová In Payne kol., 2005).

2.2.3 Nástroje a metody měření kvality života

„Posuzovat kvalitu života léty je totéž jako měřit hodnotu knihy počtem stran“ (Štílec, 2004, s. 13).

Tedy délka života naprosto nic nevyovídá o jeho kvalitě. Najít objektivní měřicí nástroj je velmi obtížné a závisí na účelu měření kvality života. Existuje celá řada definic a nástrojů, všeobecných i speciálních dotazníků a strukturovaných rozhovorů, které si kladou za cíl zmapovat spokojenost člověka v oblasti fyzického zdraví, prožívání, mezilidských vztahů, životních podmínek, prostředí, spirituální stránky života (Vařurová a kol.,2005). Kvalitu života lze posuzovat na individuální úrovni, jedná se například o sestavení terapeutického plánu pro konkrétní osobu. Dále pak na úrovni skupin pacientů, kdy můžeme hodnotit efekt nastavené léčby. Kvalitu života můžeme posuzovat i na úrovni populačních šetření sledováním rizikových skupin obyvatelstva. Existuje subjektivní, objektivní a smíšené hodnocení kvality života, kdy hodnotitelem je sama posuzovaná osoba, druhá osoba nebo kombinace obou předchozích. Prostředkem měření jsou tzv. indikátory (ekonomické, psychologické, sociální...). Dle účelu a cíle zkoumání je vybrána metoda výzkumu.

Informace o jednotlivých nástrojích jsou v databázi ProQolid (<http://www.proqolid.org>), která je provozována mezinárodním výzkumným ústavem pro měření kvality života MAPI Research Institute.

2.2.4 Kvalita života ve vztahu ke zdraví

Přesto, že se medicína neustále zdokonaluje, rozvíjí se nové metody prodlužující lidský život, je zřejmé, že není a nikdy nebude schopna vyléčit veškeré choroby. Řadu nemocí dokáže současná medicína léčit jen zčásti a zčásti kontrolovat. Tato chronická a nevléčitelná onemocnění, ke kterým patří onkologické choroby, následky závažných úrazů, autoimunitní a degenerativní onemocnění přinesla do současné medicíny pojem kvalita života. Zdravotníci začali hledat způsoby, jak právě u takových pacientů zmírnit potíže a zlepšit jejich život. Změnil se přístup k pacientům. Zdraví už není posuzováno jen z laboratorních a klinických výsledků, ale také ze subjektivní spokojenosti pacienta se životem a jeho možnostech každodenního fungování v běžném životě. Pro potřeby medicíny byl vytvořen koncept kvality života vztažené ke zdraví- health related quality of life (HRQL) umožňující studovat dopad nemoci, jejich následků a léčby na fungování člověka tak, jak on sám to vidí, a hodnotit jeho celkovou subjektivní spokojenost se životem v porovnání k jeho představě o ideálním stavu (<http://www.goltech.co.uk>).

2.2.5 Kvalita života seniorů

„Kvalita života seniora (bez ohledu na míru autonomie, kterou disponuje) významně závisí na nejbližším sociálním okolí, na lidech kterými je obklopen. V jiné situaci je starý člověk, který žije s partnerem, v kruhu rodiny, v blízkosti (a kontaktu) s dětmi, vnoučaty, dalšími rodinnými příslušníky,

s bohatstvím kontaktů i mimo rodinu. Ve zcela jiné situaci je pak člověk osamělý, bez partnera, rodiny, přátel. Platí, že „samota tíží“ - a ve vyšším věku dvojnásob. Avšak pouhá přítomnost druhých lidí pro pocit spokojenosti a bezpečí nestačí. Svou roli hrají také postoje tohoto okolí ke stáří a starému člověku. Pokud u bezprostředního okolí převládá názor, že starý člověk je neužitečný, bez hodnoty, jen nepříjemnou zátěží a přítěží, a je mu to i dáváno najevo, senior pak snadno zatrpkne nebo podlehne depresi“ (Matýsková In Sýkorová, 2004, s. 50).

Na kvalitě života seniorů se podílí kromě materiálního zabezpečení a zdravotního stavu i rodinný stav a situace, kvalita bydlení, dostupnost zdravotně sociálních a dalších služeb, možnosti realizace zálib a koníčků či rozvoj sociálních kontaktů (Vohralíková, Rabušic, 2004). Senior se bez častých návštěv rodiny a pozitivně laděných společenských vztahů může cítit osamělý a nešťastný.

Kvalita života seniora je dána jeho subjektivním pohledem, schopností adaptovat se na nové podmínky, schopností „bojovat“ s novou situací a „nevzdat to“, najít si smysluplnou činnost. V tomto ohledu hrají nezastupitelnou roli proseniorské organizace. Jsou prevencí osamělosti a izolace seniorů. Jsou podporovány Ministerstvem práce a sociálních věcí, který pro letošní rok vyhlásil dotační program „Podpora veřejně účelných aktivit seniorských a proseniorských organizací s celostátní působností.“ Jsou zde projekty jako „Poradenství a podpora seniorů v oblasti ochrany jejich lidských práv“, Aktivně a bezpečně ve stáří, Vzděláváme pro dobré stáří a konec života, Stárnout DOMA, Neztratit se ve stáří 2019, projekt Stáří spojuje, Aktivní senioři, Hod'te stáří za hlavu, Senioři v pohybu, Seniorská poradna, Spokojený senior, Aktivní senior 21. století a další (www.mpsv.cz).

Podle Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2013-2017 se lidský život prodlužuje a tím pádem se seniorský věk stává významnější fází lidského žití. Abychom mohli využívat celoživotní moudrost, zkušenosti a vysokou odbornost seniorů musíme se zaměřit na na (www.mpsv.cz):

- **Zdraví a zdravotní péči ve stáří** – cílem je prevence, pozitivní ovlivňování funkčního stavu.
- **Aktivní stárnutí** – má pozitivní dopad na zdraví seniorů a zvyšuje jejich nezávislost.
- **Kvalitní prostředí, podporu rodin a pečovatелů** – Senioři mohou být aktivní pouze za předpokladu zajištění kvalitního prostředí. Rodinní příslušníci pečující o seniory musí dostávat maximální podporu ve formě vzdělávání, psychologického poradenství a dostupné nabídky odlehčovacích služeb. Musí dojít ke zvýšení prestiže a legislativnímu vymezení kompetencí a požadavků sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči o seniory.
- **Celoživotní učení** – Představuje kontinuální proces získávání a rozvoje vědomostí, intelektových schopností a praktických dovedností v průběhu celého života. Z důvodu vyššího tempa globalizace a technologického pokroku je nutné aktualizování schopností a znalostí seniorů.

- **Lidská práva seniorů** – jsou výchozím rámcem celé národní strategie, která by měla vést ke zvyšování kvality života všech generací.

2.3 Gerontologie

„Je úplně zbytečné se ptát, má-li život smysl či ne. Má takový smysl, jaký mu dáme.“

Lucius Annaeus Seneca

Gerontologie je nauka o problematice stáří, stárnutí a života ve stáří. Jedná se o multidimenzionální problematiku vyžadující znalosti z oboru medicíny, biologie a řady společenských oborů. Poprvé tento pojem zřejmě použil v r. 1903 Ilja Iljič Mečnikov (1845-1916, nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství za rok 1908, spolupracovník L. Pasteura).

Rozdělujeme ji na 3 obory, a sice:

- **gerontologii experimentální** zkoumající příčiny a způsoby stárnutí organismu. Je zaměřena biologicky, ale její součástí je výzkum psychických změn v procesu stárnutí.
- **gerontologii klinickou** neboli geriatrii věnující se diagnostice a léčbě chorob lidí vyššího věku. Zkoumá i zvláštnosti chorob ve stáří, jejich prevenci a rehabilitaci, specifické aspekty jejich výskytu.
- **gerontologii sociální**, která se zabývá životem ve stáří, zaměřuje se na vztahy mezi seniory a společnostmi, vztahy mezi generacemi, demografií, sociologií. Její součástí je poněkud mladý obor gerontosociologie, který se věnuje postavení seniora ve společnosti.

2.3.1 Geriatrie

Je synonymem k pojmu klinická gerontologie a označením specializačního lékařského oboru, neboť stárnutí populace vedlo ke geriatrizaci medicíny. Pojem je odvozen od řeckého gerón (starý člověk) a inró (léčím). Obor vychází z interního lékařství a je obohacen o poznatky z neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, ergoterapie a ošetrovatelství. Geriatrická práce je týmová, vychází z komplexního geriatrického hodnocení pacienta. Řeší problematiku akutní, chronickou i paliativní. Je zaměřena na stařeckou polymorbiditu, disabilitu, křehkost a geriatrické syndromy (instabilitu, imobilitu, anorexii, malnutrici, kognitivní deficit a demenci). Součástí geriatrie je tzv. dlouhodobá péče (long-term care), komplexní zdravotně sociální péče o pacienty s funkčně závažným chronickým

zdravotním postižením. Obor se nejprve rozvíjel v USA a ve Velké Británii a jeho zakladatelem je I. L. Nascher (1836-1944, americký lékař vídeňského původu) a M. Warrenová. Jako samostatný obor se vyčlenila gerontopsychiatrie zaměřující se na problematiku demence, deprese, delirantních stavů, poruchy spánku a chování ve stáří. Cílem oboru je zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu.

Geragogika spadá do oblasti pedagogiky. Je to obor zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů, teoreticko-empiricky zajišťuje péči a podporu seniorům při zajišťování jejich potřeb. Považujeme ji za multioborovou, neboť v sobě zahrnuje poznatky z lékařství, psychologie, sociologie, sociální práce, andragogiky i práva.

2.3.2 Stárnutí a stáří

Stárnutí a stáří nejsou totožné pojmy. Zahrnují individuální involuční proces, který se bohužel nedá zvrátit, neboť je zřejmě geneticky podmíněn. Ale podílí se na něm i životní prostředí, a to ovlivnit lze. Existuje mnoho teorií a definic stáří a stárnutí.

Dle teorie programovaného stárnutí se jedná o řízený, programovaný proces, v němž sehrávají důležitou roli časované aktivace různých genů či postupné zkracování koncových částí chromozomů činností enzymů, které odměřuje na buněčné úrovni biologický čas, nepřekročitelný limit buněčných dělení. Naproti tomu stochastické teorie hovoří o náhodném poškození a opotřebování organismu. Nalezení genu dlouhověkosti zpomalující proces stárnutí se dnes již považuje za nereálné. (Čeledová, 2016, s. 22).

Dle Zavázalové a kol. (2001, s. 18) je „*stárnutí proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Stárnutí je proces všeobecný -stárne celá populace -zároveň individuální – stárne konkrétní jedinec.*“

Dle Mühlpachra (2004, s. 18) je „*stáří obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).*“

„*Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně*“ (Čeledová, 2016, s. 11).

Fenotyp stáří je dán (Čeledová, Úvod do gerontologie, 2016, s. 23):

- genetickou dispozicí

- zákonitou biologickou involucí
- projevy a důsledky chorob / úrazů a adaptací na ně
- životním způsobem, především stravováním a aktivitou / pasivitou
- psychickými faktory – sebezpojetím, sebe prezentací, adaptací na stáří
- vlivy a nároky životního prostředí fyzikálního i sociálního

Čeledová také uvádí, že maximální přirozená délka lidského života je kolem 120 let. Lidský věk členíme z několika hledisek na věk biologický, kalendářní a sociální.

Biologický věk hodnotí funkční stav, vitalitu a zdatnost seniora. Biologické stárnutí je obecnou zákonitostí živé přírody. Projevuje se buněčnými i tkáňovými změnami. Jde o fyziologický proces, jehož nástup je individuální. Zpomaluje se myšlení, zhoršuje se paměť, klesá výkonnost, snižuje se tělesná hmotnost a výška, ubývá svalová výkonnost, zhoršuje se činnost srdce, plic, dochází ke změnám kardiovaskulárního i nervového systému, což je způsobeno úbytkem neuronů, objevují se potíže s rovnováhou, časté pády. Velmi časté jsou psychické potíže, zhoršuje se slovní reprodukce, díky degeneraci žláz s vnitřní sekrecí dochází ke změnám chování, objevuje se ospalost, ztráta vitalit. Stáří je spojeno s kožními změnami, mizí podkožní tuk, přibývají vrásky kolem očí, vznikají pigmentace. Šedivění a vypadávání vlasů je způsobeno spíše geneticky než věkem. Objevují se smyslové poruchy, jako jsou degenerativní změny zraku a sluchu, involuční změny čichu a chuti. Klesá termoregulace, seniori jsou ohroženi přehřátím i podchlazením.

Sociální věk je dán sociálními zkušenostmi. Sociální stáří je charakterizováno věkem odchodu seniora do starobního důchodu, hovoříme o penzionování. Dochází ke změně rolí, životního způsobu a ekonomického zajištění. S tím je spojeno velké nebezpečí izolovanosti, vždyť člověk je tvor společenský, nechce být sám a hlavně seniory samota tíží. Pensionováním jim začíná nová rodinná role, mohou pomáhat s péčí o vnoučata, věnovat se svým koníčkům, zapojit se do společenského a kulturního života obce. Je důležité, aby senior zůstal co nejdéle samostatným. Postupné ubývání samostatnosti a narůstání závislosti na druhých je dalším charakteristickým rysem sociálního stárnutí.

Kalendářní věk je nejjednoznačnější a současně nejkontroverznější, neboť bývá ve značném rozporu s věkem biologickým i sociálním. Kalendářní věk by měl být v dnešní bezvěké společnosti irelevantní záležitostí.

Z hlediska produktivity je život periodizován na tři ekonomicko-sociální věky – předproduktivní, produktivní a postproduktivní. První věk (předproduktivní) je období dětství a mládí, druhý věk (produktivní) obdobím dospělosti, třetí věk (postproduktivní) obdobím stáří. Toto dělení je velmi nešťastné a nebezpečné, neboť degraduje seniora na pracovníka, který se odchodem do starobního důchodu stává společensky nepřínosným. Postproduktivní věk se dále dělí na třetí věk aktivní soběstačnosti a čtvrtý věk nesoběstačnosti čili senilního marasmu. Autorem je britský historik P.

Lasalett, který toto členění pojal jako pozitivní podporu stáří. Chtěl tím poukázat na skutečnost, že třetí věk díky zdravé aktivitě, časovým možnostem a výši starobního důchodu může být vrcholem lidského života a osobnostního rozvoje.

Stáří má i své psychické aspekty. Obecně lze říci, že s věkem klesá vitalita i energie. Zpomaluje se psychomotorické tempo a senzomotorická funkční koordinace. Zůstává však důslednost a vytrvalost v monotónní tělesné i duševní činnosti. Pravidlem jsou poruchy paměti, a to jak vstřípivosti, tak i reprodukce. Senioři mají zpočátku potíže vzpomenout si na jména svých přátel a známých, jedná se o poruchu krátkodobé paměti, postupně je porušeno i vybavování si informací z paměti. Úroveň inteligence bývá zachována až do stáří. S věkem se mění myšlení a jednání, starý člověk ulpívá na zvycích a tradicích, jedná opatrně a zdrženlivě, ve známých a osvědčených schématech. Nerad se rozhoduje, ubývá mu fantazie. Zhoršuje se jeho vnímání, což je způsobeno změnami na smyslových orgánech a nervovými přenosy informací. Hovoříme o psychické nedoslýchavosti. Snižuje se koncentrace pozornosti. Struktura osobnosti se ale nemění. Kdo byl v mládí šetrný, je ve stáří lakomý. Ve stáří se mění sebehodnocení, občas to vede až k ješitnosti jindy zase k pochybnostem o vlastní ceně. V citové oblasti se objevuje emoční labilita vedoucí k úzkosti.

2.3.3 Osoby seniorského věku

V odborné literatuře se setkáváme s různým označením osob vyššího věku. Gerontologie používá termín geront (z řeckého gerón, starý muž). V psychologii se uvádí pojem senescent, běžně označovaný jako důchodce. V poslední době je používán termín senior a všechny osoby seniorského věku jsou osoby ve stáří.

Tak jako celý lidský život, tak i stáří se dá periodizovat, a to dle kalendářního, biologického, psychického a sociálního věku. Nejčastější je členění z hlediska kalendářního věku. Z něho vycházejí různé společenské i odborné konvence, opírají se o něj právní normy.

Gerontologové na doporučení Světové zdravotnické organizace přijali dohodu o „věkové kategorizaci“, tato dohoda byla přijata v r. 1980. Jedná se o patnáctileté periody lidského života a jako hranici stáří určila věk 60 let (In Jesenský, 2000).

15-29 let - postpubescence a mecitma

30-44 let - adultium

45-59 let - interevium, střední věk

60-74 let - senescence, počínající, rané stáří

75-89 let - kmetství, senium, vlastní stáří

90 a více let - patriarchum, dlouhověkost

Uplatňují se ale i jiná členění:

Takto rozdělil Příhoda (1974) období senia na:

Senescence - 60-75 let

Kmetství- 75 – 90 let

Patriarchium - 90 a více let

Dle Mühlpachra a Staníčka (2001) se jedná o:

Mladší stáří (young old): 65 až 74 let

Staří senioři (old-old): 75 až 84let

Velmi staří senioři (very old): 85 a více let

Věk nad 90 let je označován za dlouhověkost.

Kalvach (2004) rozčlenil seniory podle jejich funkčního věku, tedy na základě jejich funkční zdatnosti, rizikovosti a potřebám zdravotnických služeb na:

***zdatní senioři** – výkonní senioři, měli by být edukováni, pravidelně preventivně prohlíženi,
nepotřebují péči

***nezávislí senioři** - vyžadující péči jen při přechodném zhoršení stavu způsobeném operací,
závažným onemocněním

***křehcí senioři** – využívají sociální a zdravotní služby, domácí péči

Dlouhověkost

V celkové populaci představují jen malé procento, ale jejich počet stoupá především díky medicínskému pokroku, růstu životní úrovně, poklesu nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost. Dlouhověkost je dle výzkumů významně ovlivněna dědičností a životním stylem. Pokud se tedy chceme dožít 90 a více let, je potřeba dodržovat tyto zásady (Gregora, 1983, s. 124):

- udržovat zhruba stejnou tělesnou hmotnost po celý život,
- jíst střídavě, strava musí obsahovat více bílkovin než tuků,
- dobře a pravidelně spát,
- udržovat stálou sexuální aktivitu během života i ve vysokém věku,
- dbát na zdraví po celý život,
- vést radostný způsob života,
- být aktivní po celý život.

Zdraví patří k hlavním dominantám kvality života v každém věku (Čevela, s. 115). Geriatrická medicína si klade za cíl ovlivňovat potenciál zdraví, neboť u křehkých geriatrických pacientů s nízkým potenciálem zdraví narůstá závažnost jejich nemocí, které často probíhají atypicky, vzájemně se kombinují, ovlivňují a potencují, což vede k celkové disabilitě a následně imobilitě seniorů.

Mezi nejčastější nemoci ve stáří patří záněty dýchacích a močových cest, banální virosy, úrazy, nádorová onemocnění, žaludeční vředy, vertebrogenní algický syndrom při degenerativních změnách páteře, chronická obstrukční plicní nemoc, arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční se syndromem anginy pectoris, deprese, demence Alzheimerova typu.

3 Praktická část

3.1 Cíl výzkumu

Kvalita života seniorů je vnímána jako synonymum schopnosti vést nezávislý život. Se stářím přichází nadhled, moudrost a pocit naplnění, ale také ubývá energie. S přibývajícím věkem stoupá počet chronických onemocnění, která mohou vést ke zhoršení soběstačnosti seniora. To vede k omezení účasti na společenském životě a k sociální izolaci seniora.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat vliv a důležitost lázeňské léčby na kvalitu života seniorů. Pracuji s hypotézou, že lázeňský pobyt zlepšuje zdravotní stav seniora, a to jak ve smyslu

fyzickém, tak i psychickém a též ve vnímání bolesti. Snažím se zhodnotit efektivitu lázeňské léčby na fyzický i psychický stav nemocného.

Zaměřila jsem se na seniory navštěvující neurologickou ambulanci Neurosalvezza MUDr. Milana Labonka.

3.2 Stanovení výzkumného problému

Výzkumné problémy ke zjištění kvality života seniorů v závislosti na lázeňské léčbě byly stanoveny takto:

- VP1** Jak senioři hodnotí svůj zdravotní stav před nástupem do lázní?
- VP2** Jak senioři hodnotí kvalitu svého života při zdravotních problémech?
- VP3** Jaká diagnóza přivedla seniora do lázní?
- VP4** Jak senioři hodnotí svůj zdravotní stav po skončení lázeňské léčby a jsou spokojeni se svým životem?
- VP5** Pomáhá seniorům lázeňská léčba?

3.3 Definování výzkumných předpokladů

Na základě výzkumných problémů byly definovány následující výzkumné předpoklady:

- H1** Senioři, kteří absolvovali lázeňskou léčbu, byli v lepším zdravotním stavu než ti před nástupem do lázní.
- VPř1** Senioři před nástupem do lázní hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný nebo průměrný.
- VPř2** Senioři po absolvování lázeňské léčby hodnotí svůj zdravotní stav jako zlepšující se či zlepšený.
- H2** Senioři, kteří absolvovali lázeňskou léčbu, jsou spokojenější s kvalitou svého života, než jedinci před nástupem do lázní.

VPř3 Před nástupem do lázní hodnotí senioři kvalitu života jako špatnou či velmi špatnou.

VPř4 Kvalita života seniora se po absolvování lázeňské léčby zlepšila.

3.4 Metoda výzkumu

Z množství výzkumných metod jsem se rozhodla použít šetření pomocí dotazníku, neboť tato metoda zaručuje anonymitu a umožňuje oslovit větší počet respondentů. Její negativní stránkou je malá pružnost, velká náročnost na formulaci otázek z hlediska jejich srozumitelnosti (Chráška, 2005)

Byl vytvořen jeden dotazník v papírové formě obsahující dvacet sedm otázek. Celkem bylo během měsíce května 2019 rozdáno 50 dotazníků osobám starším 60 let. A také celkem 50 dotazníků se vrátilo vyplněných k vyhodnocení.

Dotazník obsahoval otázky uzavřené, strukturované s nabídkou odpovědi, dále obsahoval otázky polo uzavřené, kde mohli respondenti doplnit vlastní odpovědi a nabízel i otázky otevřené, kde respondenti bez jakéhokoliv omezení napsali svou odpověď. Dotazník- viz. příloha.

3.5 Průběh výzkumu

Pacienti neurologické ambulance, kteří se vrátili z lázní, se zapojili do dotazníkového šetření velmi aktivně, většina jej vyplnila přímo v ordinaci za přítomnosti zdravotních sester, které některé otázky blíže vysvětlily. 6 respondentů z důvodů potřeby delšího časového intervalu k vyplnění využili možnosti vzít si dotazník domů a donést jej až při následující kontrole. Všechny dotazníky byly řádně vyplněny a včas odevzdány. Většina respondentů byla na měsíční lázeňské léčbě.

3.6 Vyhodnocení dat

Ke zpracování získaných dat byl využit počítačový program Microsoft Office Excel. Většina zhotovených grafů je výsečového typu, neboť se jednalo o zobrazení části celku.

Položka č. 1: Byla Vám lázeňská léčba indikována nebo doporučena?

Položka č. 1 zkoumá indikaci pobytu seniorů v lázních.

Tabulka č. 1: Indikace pobytu v lázních

Byla Vám lázeňská léčba indikována nebo doporučena?		
odpověď	četnost odpovědí	relativní četnost (%)
indikována	46	92
doporučena	4	8

(Zdroj: vlastní)



Graf 1. Indikace pobytu v lázních (Zdroj: vlastní)

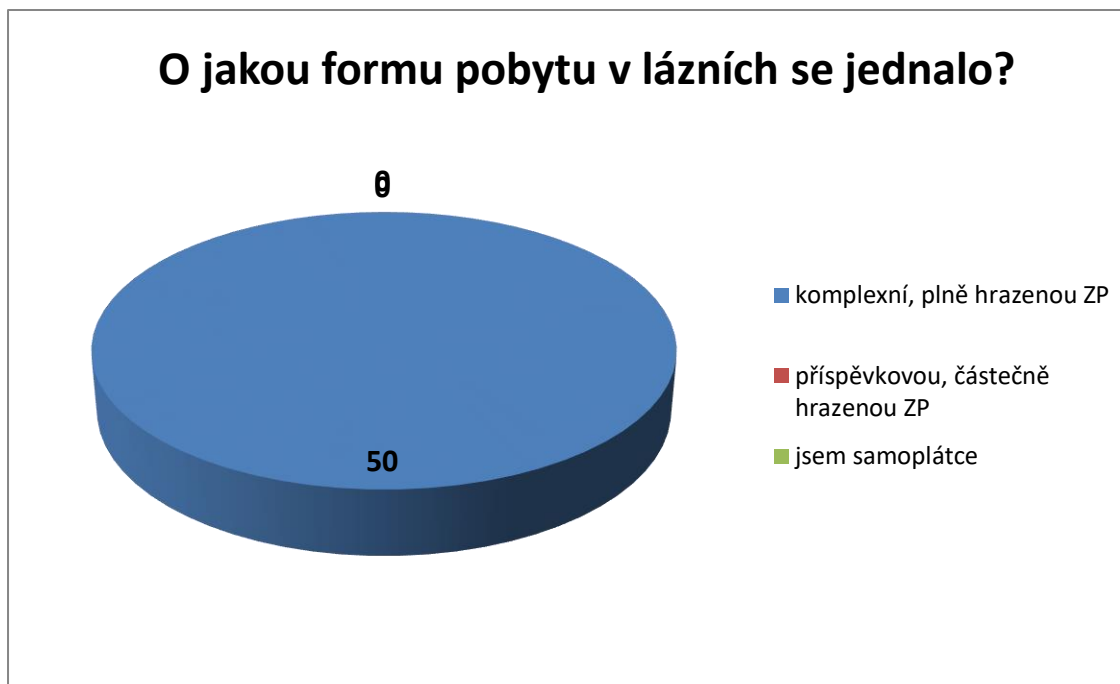
Položka č. 2: O jakou formu pobytu v lázních se jednalo?

Položka č. 2 byla v dotazníku uvedena z důvodu případného rozdílu v odpovědích mezi respondenty, kteří mají pobyt plně hrazený zdravotní pojišťovnou a samoplátci.

Tabulka č. 2: Forma pobytu v lázních

O jakou formu pobytu v lázních se jednalo?		
odpověď	četnost odpovědí	relativní četnost (%)
komplexní, plně hrazenou ZP	50	100
příspěvkovou, částečně hrazenou ZP	0	0
samoplátce	0	0

(Zdroj: vlastní)



Graf 2. Forma pobytu v lázních (Zdroj: vlastní)

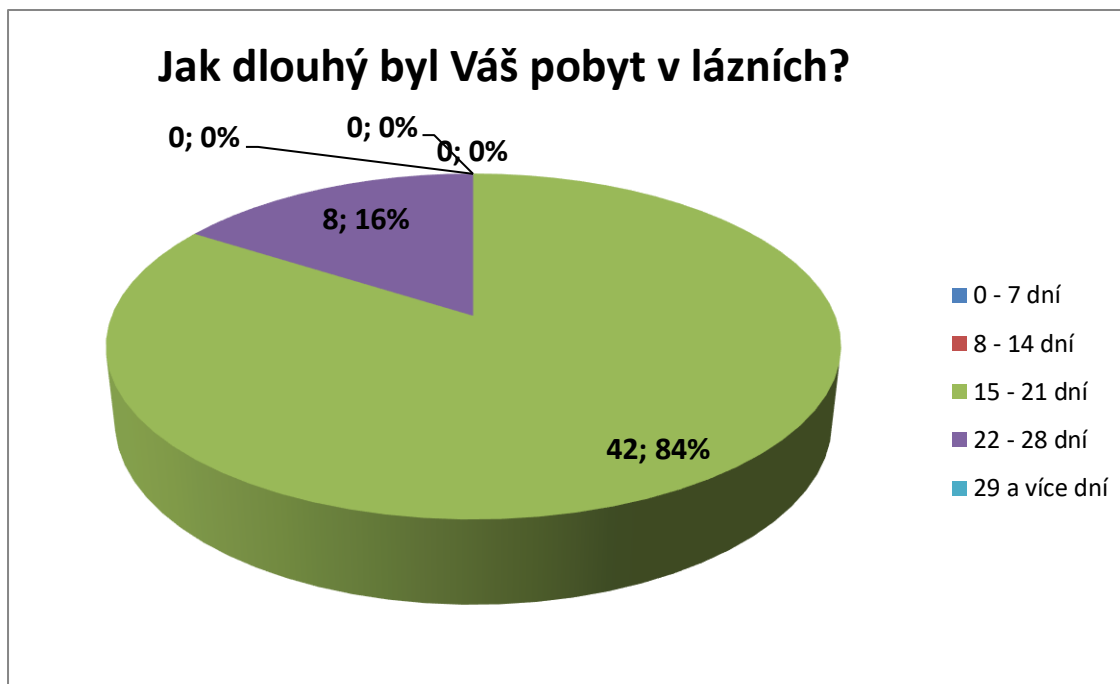
Položka č. 3 Jak dlouhý byl Váš pobyt v lázních?

Tabulka 2 znázorňuje délku lázeňského pobytu dotazovaných respondentů. Ze všech zúčastněných odpovědělo 42, že délka pobytu v lázních byla 15 až 21 dní. Dalších 8 respondentů uvedlo, že délka jejich pobytu v lázních byla 22 až 28 dní. Nikdo z dotazovaných nebyl v lázních méně než 15 dnů a více než 28 dnů.

Tabulka 3: Délka pobytu v lázních

Jak dlouhý byl Váš pobyt v lázních?		
odpověď	počet pacientů	počet pacientů v %
0 – 7 dní	0	0
8 – 14 dní	0	0
15 – 21 dní	42	84
22 – 28 dní	8	16
29 a více dní	0	0

(Zdroj: vlastní)



Graf 3. Délka pobytu v lázních (Zdroj: vlastní)

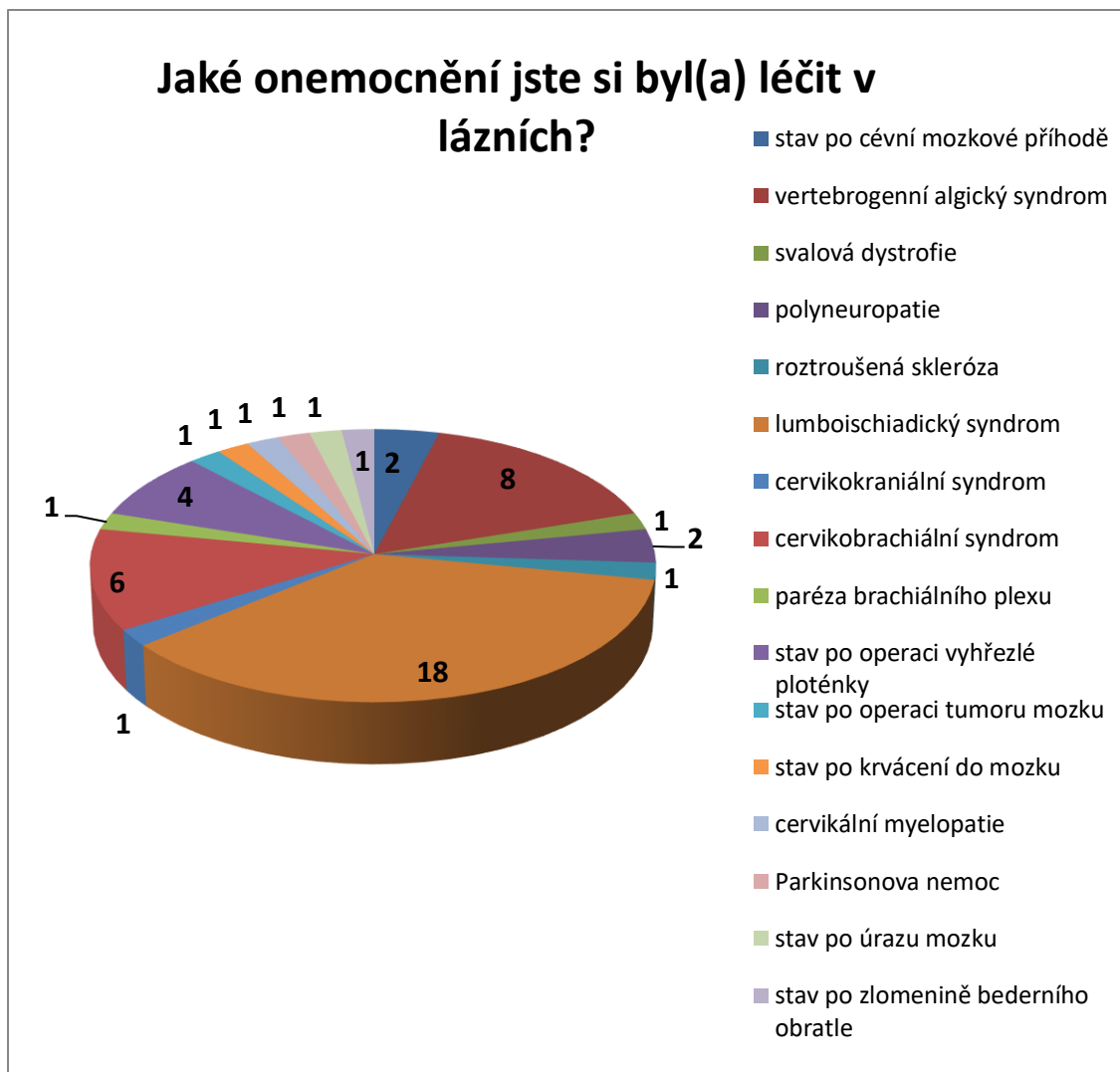
Položka č. 4: Jaké onemocnění jste si byl(a) léčit v lázních?

Tato otázka zkoumá rozmanitost neurologických diagnóz, pro které klienti navštěvují státní léčebné lázně.

Tabulka 4: Důvod lázeňské léčby

Jaké onemocnění jste si byl(a) léčit v lázních?		
odpověď	četnost odpovědi	relativní četnost (%)
stav po cévní mozkové příhodě	2	4
vertebrogení algický syndrom	8	16
svalová dystrofie	1	2
polyneuropatie	2	4
roztřesená skleróza	1	2
lumboischiadický syndrom	18	36
cerkivokraniální syndrom	1	2
cervikobrachiální syndrom	6	12
paréza brachiálního plexu	1	2
stav po operaci vyhrzlé ploténky	4	8
stav po operaci tumoru mozku	1	2
stav po krvácení do mozku	1	2
cervikální myelopatie	1	2
Parkinsonova nemoc	1	2
stav po úrazu mozku	1	2
stav po zlomenině bederního obratle	1	2

(Zdroj: vlastní)



Graf 4. Důvod lázeňské léčby (Zdroj: vlastní)

Diagnózy v oboru neurologie, pro které jsou pacienti indikováni ke komplexní lázeňské léčbě, jsou rozmanité. Nejčastěji uváděným onemocněním s počtem 18 respondentů je lumboischialgický syndrom, což je onemocnění způsobené kompresí nervových struktur v důsledku degenerativních změn páteře. Nejčastější příčinou komprese je výhřez či protruze meziobratlové ploténky či osteoplastické a fibroplastické změny zužující kořenový kanál. Další příčinou je zúžení kořenového kanálu v důsledku spondylartrotické hypertrofie facetových kloubů, osteofytů, ztráty výšky meziobratlového disku. (Klinická neurologie II, Bednařík, Ambler, 2010, s. 1083-1085).

Druhým nejčastějším onemocněním s 8 odpověďmi byl vertebrogenní algický syndrom představující bolesti zad v krční, hrudní či bederní oblasti. Jejich příčinou jsou degenerativní či vývojové poruchy páteře, ale také stavy po úrazech páteře, svalové dysbalance či vadné statické i dynamické stereotypy vedoucí k chronickému a nestejnomyernému přetěžování páteře způsobující rozvoj degenerativních změn. (Klinická neurologie II, Bednařík, Ambler, 2010, s. 1074).

Na třetím místě s počtem 6 respondentů je cervikobrachiální syndrom, tedy onemocnění krční páteře s bolestivou propagací do horních končetin.

4 respondenti absolvovali lázeňskou terapii po operaci páteře. 2 respondenti navštívili lázně pro polyneuropatii, což je onemocnění periferních nervů vznikající v důsledku působení endogenních a exogenních vlivů (zánětlivé, toxické, metabolické, degenerativní, paraneoplastické, vitamínové,...). 2 respondenti prodělali cévní mozkovou příhodu s ochrnutím poloviny těla.

S počtem jednoho respondenta se objevila roztroušená skleróza, což je autoimunitní zánětlivé onemocnění centrální nervové soustavy a Parkinsonova nemoc (neurodegenerativní onemocnění mozku). Tento nízký počet lze vysvětlit tím, že péče o tyto pacienty je dnes soustředěna do center při velkých nejčastěji fakultních nemocnicích. Ostatní diagnózy s počtem 1 respondenta nejsou nijak vzácné, jejich nízký počet lze vysvětlit jako důsledek aktuální situace.

Položka č. 5: Jak často absolvujete lázeňské pobyty?

Tato otázka je spíše odlehčující, má poukázat na oblibu v návštěvnosti lázní.

Tabulka 5. Frekvence pobytu v lázních

Jak často absolvujete lázeňské pobyty?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
každý rok	0	0
jednou za 2 roky	2	4
poprvé	43	86
jiná možnost, jaká...	5	10

(Zdroj: vlastní)



Graf 5. Frekvence pobytu v lázních (Zdroj: vlastní)

Většina z respondentů uvedla, že byli v lázních poprvé. Dva respondenti navštěvují lázně jedenkrát za dva roky. 5 klientů v dotazníku uvedli jinou možnost, ve 3 případech se jednalo o návštěvu lázní po 5 letech, ve 2 případech byl uveden pobyt před více jak 10 lety.

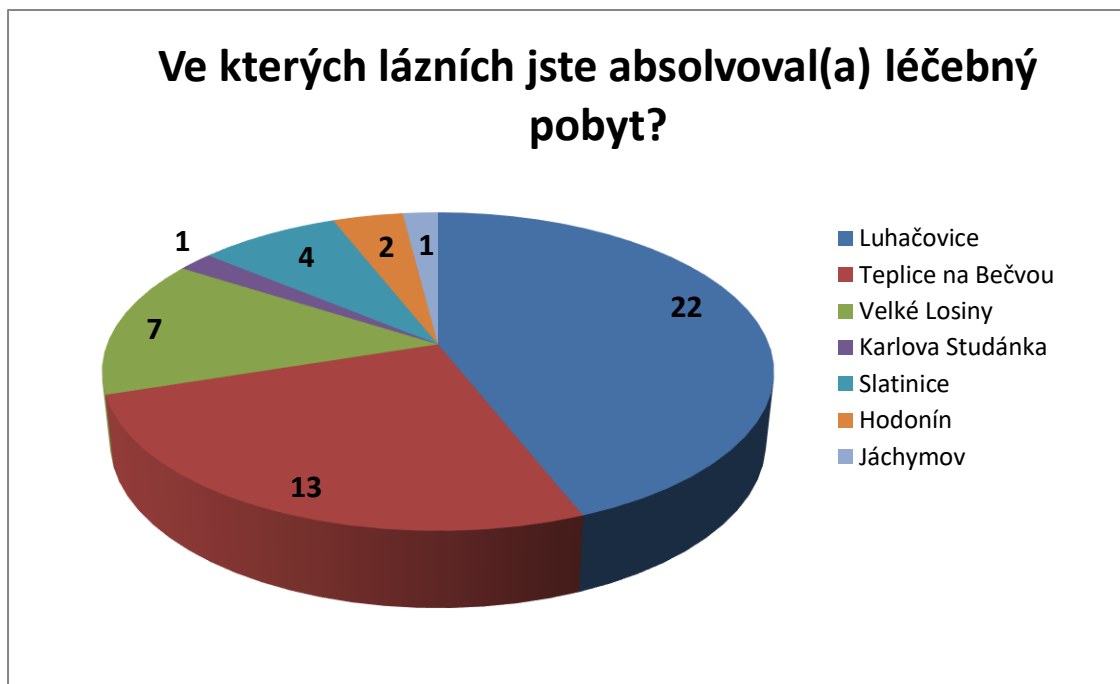
Položka č. 6: Ve kterých lázních jste absolvoval(a) léčebný pobyt?

Tato otázka byla v dotazníku uvedena, aby zmapovala místa nejčastějšího pobytu klientů.

Tabulka 6: Místo léčebného pobytu

Ve kterých lázních jste absolvoval(a) léčebný pobyt?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
Luhačovice	22	44
Teplice nad Bečvou	13	26
Velké Losiny	7	14
Karlova Studánka	1	2
Slatinice	4	8
Hodonín	2	4
Jáchymov	1	2

(Zdroj: vlastní)



Graf 6. Místo léčebného pobytu (Zdroj: vlastní)

Z dotazníku vyplývá, že nejvíce respondentů navštívilo lázeň Luhačovice. Na druhém místě s počtem 13 klientů jsou lázně Teplice nad Bečvou. 7 respondentů se léčilo ve Velkých Losinách, 4 klienti v blízkých Slatinicích.

Položka č. 7: Byl(a) jste spokojena s kvalitou poskytované lázeňské péče?

Tato otázka byla v dotazníku uvedena, aby zmapovala kvalitu poskytované péče.

Tabulka 7: Hodnocení kvality poskytované péče

Byl(a) jste spokojen(a) s kvalitou poskytované lázeňské péče?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
ano	27	54
spíše ano	19	38
spíše ne	3	6
ne	1	2

(Zdroj: vlastní)



Graf 7. Hodnocení kvality poskytované péče (Zdroj: vlastní)

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina (tedy 46 respondentů) byla spokojena s kvalitou poskytované lázeňské péče. 3 respondenti spíše nebyli spokojeni a 1 nebyl spokojen s kvalitou péče.

Položka č. 8: Jak osobně hodnotíte svůj zdravotní stav před nástupem do lázní?

Osmá položka se zaměřuje na hodnocení zdravotního stavu před zahájením lázeňské léčby.

Tabulka 8: Hodnocení zdravotního stavu před nástupem do lázní

Jak osobně hodnotíte svůj zdravotní stav před nástupem do lázní?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi dobrý	0	0
dobrá	0	0
ucházející	3	6
špatný	35	70
velmi špatný	12	24

(Zdroj: vlastní)



Graf 8. Hodnocení zdravotního stavu před nástupem do lázní (Zdroj: vlastní)

Z šetření vyplývá, že většina respondentů hodnotí svůj zdravotní stav před nástupem do lázní jako špatný až velmi špatný.

Položka č. 9: Jak sám hodnotíte kvalitu svého života před nástupem do lázní?

Tabulka 9: Hodnocení kvality života před nástupem do lázní

Jak hodnotíte kvalitu svého života před nástupem do lázní?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi dobrá	0	0
dobrá	0	0
ucházející	2	4
špatná	36	72
velmi špatná	12	24

(Zdroj: vlastní)



Graf 9. Hodnocení kvality života před nástupem do lázní (Zdroj: vlastní)

Většina respondentů hodnotí kvalitu svého života před nástupem do lázní za špatnou až velmi špatnou.

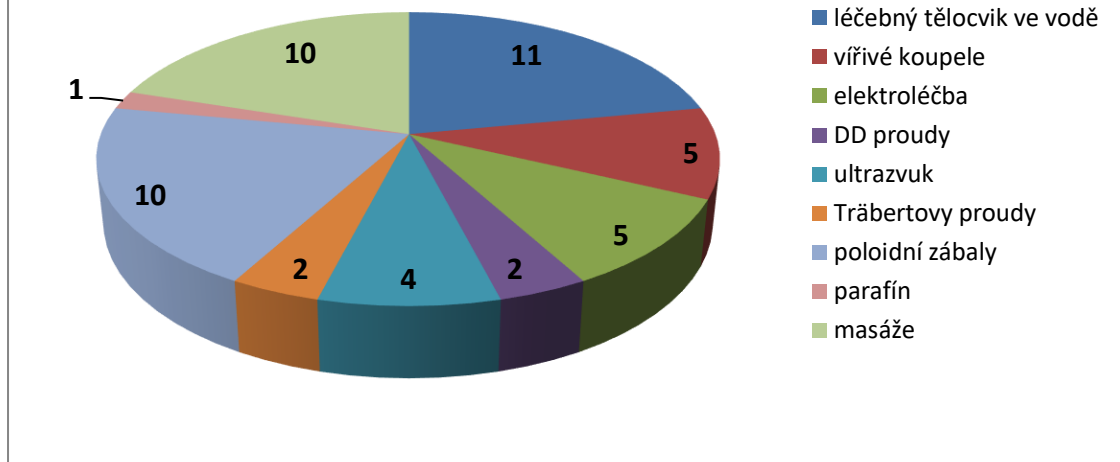
Položka č. 10: Uveďte jednu z poskytnutých lázeňských procedur, kterou hodnotíte jako nejlepší?

Tabulka č. 10: Hodnocení nejlepší lázeňské procedury

Uveďte jednu z poskytnutých lázeňských procedur, kterou hodnotíte jako nejlepší?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
léčebný tělocvik ve vodě	11	22
vířivé koupele	5	10
elektroléčba	5	10
DD proudy	2	4
ultrazvuk	4	8
Träbertovy proudy	2	4
peloidní zábaly	10	20
parafín	1	2
masáže	10	20

(Zdroj: vlastní)

Uvedte jednu z poskytnutých lázeňských procedur, kterou hodnotíte jako nejlepší.



Graf 10. Hodnocení nejlepší lázeňské procedury (Zdroj: vlastní)

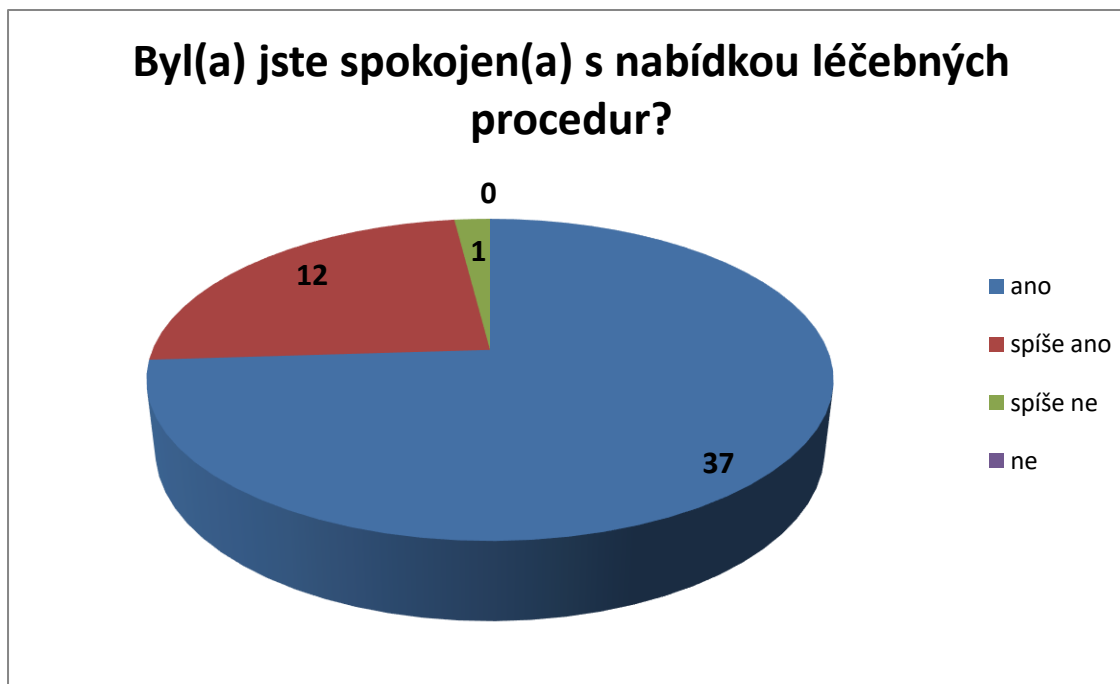
Výběr léčebných procedur závisí na diagnóze, se kterou se klient léčí. Moderní rehabilitace klade důraz na aktivní přístup pacientů, proto pasivní fyzikální terapie tvoří jen 5-10% celkové léčby u všech diagnóz. To se také projevilo ve výsledku šetření, neboť u respondentů největší oblibu sklídila vodoléčba a masáže.

Položka č. 11: Byl(a) jste spokojen(a) s nabídkou léčebných procedur?

Tabulka č. 11: Hodnocení spokojenosti s nabídkou léčebných procedur

Byl(a) jste spokojen(a) s nabídkou léčebných procedur?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
ano	37	74
spíše ano	12	24
spíše ne	1	2
ne	0	0

(Zdroj: vlastní)



Graf 11. Hodnocení spokojenosti s nabídkou léčebných procedur (Zdroj: vlastní)

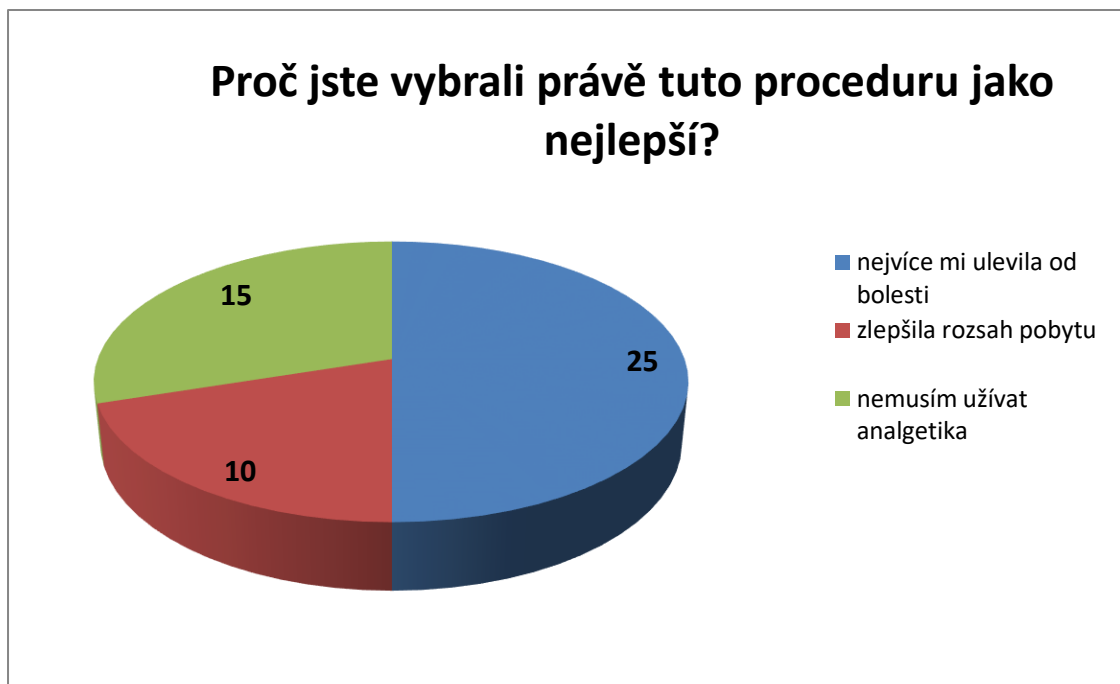
Z šetření vyplývá, že klienti lázní byli spokojeni s nabídkou léčebných procedur, neboť většina (49) uvedla kladnou odpověď, jen v jednom případě nebyl klient plně spokojen s nabízenými procedurami.

Položka č. 12: Proč jste vybrali právě tuto proceduru jako nejlepší?

Tabulka č. 12: Hodnocení nejlepší procedury

Proč jste vybrali právě tuto proceduru jako nejlepší?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
nejvíce mi ulevila od bolesti	25	50
zlepšila rozsah pobytu	10	20
nemusím užívat analgetika	15	30

(Zdroj: vlastní)



Graf 12. Hodnocení nejlepší procedury (Zdroj: vlastní)

Odpovědi respondentů nebyli nijak rozmanité. U 40 z nich došlo během léčby ke zmírnění bolesti, 25 z nich to uvedlo přímo, 15 respondentů se vyjádřilo, že už nemusí užívat analgetika. 10 respondentů uvedlo, že se jim zlepšil rozsah pohybu, což je u neurologických pacientů velmi podstatné.

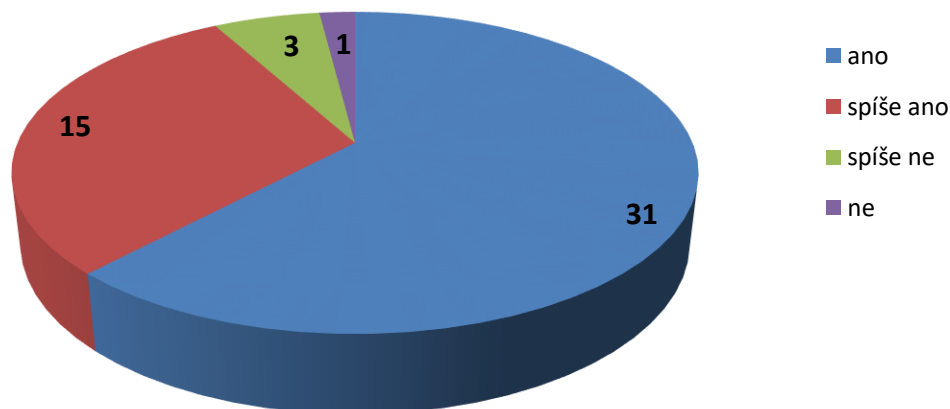
Položka č. 13: Byl(a) jste spokojen(a) s nabídkou volnočasových a kulturních aktivit lázní?

Tabulka č. 13: Hodnocení nabídky volnočasových a kulturních aktivit

Byl(a) jste spokojen(a) s nabídkou volnočasových a kulturních aktivit lázní?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
ano	31	62
spíše ano	15	30
spíše ne	3	6
ne	1	2

(Zdroj: vlastní)

Byl(a) jste spokojen(a) s nabídkou volnočasových a kulturních aktivit lázní?



Graf 13. Hodnocení nabídky volnočasových a kulturních aktivit (Zdroj: vlastní)

Nabídka kulturních a volnočasových aktivit našich lázní je velmi pestrá. Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina klientů (31+15) byla s jejich nabídkou spokojena, 3 klienti uvedli, že spíše spokojeni nebyli a 1 respondent nebyl spokojen vůbec.

Položka č. 14: Kterou z volnočasových nebo kulturních aktivit považujete za nejlepší?

Tabulka č. 14: Volba nejlepší volnočasové či kulturní aktivity

Kterou z volnočasových nebo kulturních aktivit považujete za nejlepší?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
návštěva divadla	5	10
promenádní koncerty	17	34
večerní tanec	20	40
tenis	2	4
bowling	4	8
procházky	2	4

(Zdroj: vlastní)



Graf 14. Volba nejlepší volnočasové či kulturní aktivity (Zdroj: vlastní)

Velkou oblibu mezi klienty lázní mají taneční večery (20) a promenádní koncerty (17), návštěva divadelního představení (5) a různé druhy sportu.

Položka č. 15: Jak jste se cítil(a) během lázeňského pobytu?

Tabulka č. 15: Hodnocení lázeňského pobytu

Jak jste se cítil(a) během lázeňského pobytu?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi dobře	38	76
dobře	10	20
osaměle	1	2
nešťastně	0	0
jiná možnost	1	2

(Zdroj: vlastní)



Graf 15. Hodnocení lázeňského pobytu (Zdroj: vlastní)

Z odpovědí respondentů vyplývá, že pro většinu z nich (48) byl lázeňský pobyt příjemný a cítili se velmi dobře či dobře. Jen 1 klient se cítil osaměle a 1 klient uvedl jinou možnost, kterou blíže nespécifikoval.

Položka č. 16: Jaké bylo stravování v lázních?

Tabulka č. 16: Hodnocení stravování v lázních

Jaké bylo stravování v lázních?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi dobré	28	56
dobré	15	30
ucházející	6	12
špatné	1	2
velmi špatné	0	0

(Zdroj: vlastní)



Graf 16. Hodnocení stravování v lázních (Zdroj: vlastní)

Většina klientů hodnotila stravování v lázních za velmi dobré (28) a dobré (15), 6 respondentů považovalo stravování za ucházející a 1 klient jej hodnotil jako špatné.

Položka č. 17: Jaké bylo ubytování v lázních?

Tabulka č. 17: Hodnocení ubytování v lázních

Jaké bylo ubytování v lázních?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi dobré	6	12
dobré	13	26
ucházející	27	54
špatné	4	8
velmi špatné	0	0

(Zdroj: vlastní)



Graf 17. Hodnocení ubytování v lázních (Zdroj: vlastní)

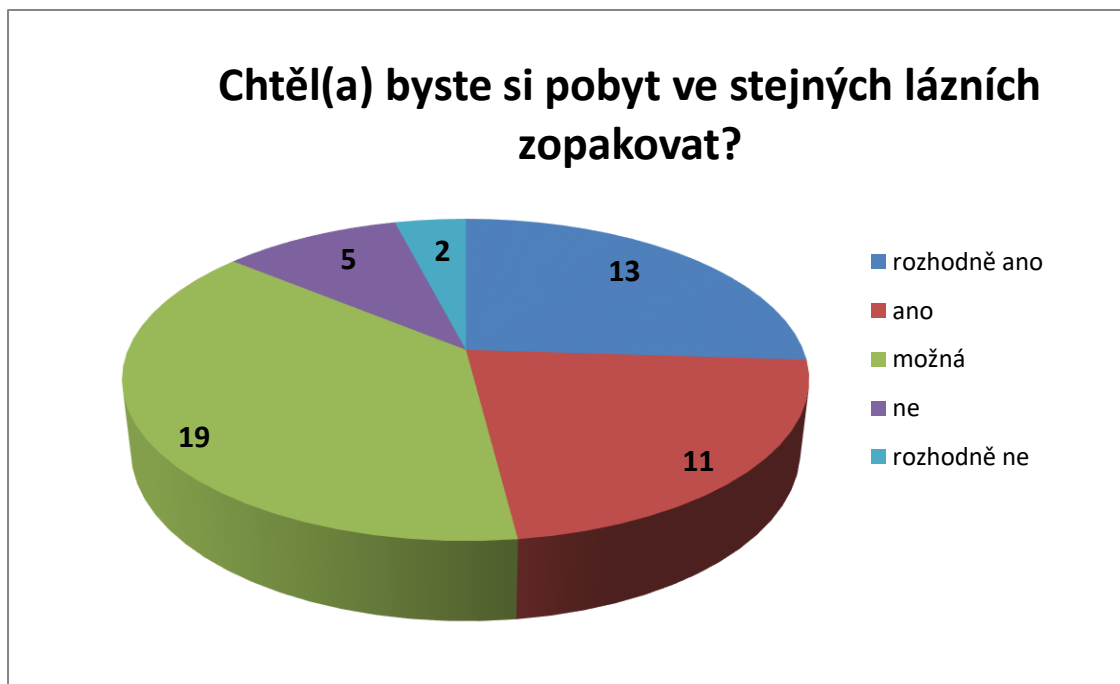
Ubytování jako velmi dobré hodnotilo jen 6 respondentů, 13 se vyjádřilo, že bylo dobré, jako ucházející jej hodnotilo nejvíce, tedy 27 klientů, 4 respondenti považovali ubytování za špatné.

Položka č. 18: Chtěl(a) byste si pobyt ve stejných lázních zopakovat?

Tabulka č. 18: Možnost opakování lázeňského pobytu

Chtěl(a) byste si pobyt ve stejných lázních zopakovat?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
rozhodně ano	13	26
ano	11	22
možná	19	38
ne	5	10
rozhodně ne	2	4

(Zdroj: vlastní)



Graf 18. Možnost opakování lázeňského pobytu (Zdroj: vlastní)

Z výzkumu vyplývá, že 24 klientů by si chtělo lázeňský pobyt zopakovat, 19 respondentů tuto možnost zvažuje, 7 respondentů by do stejných lázní nejela.

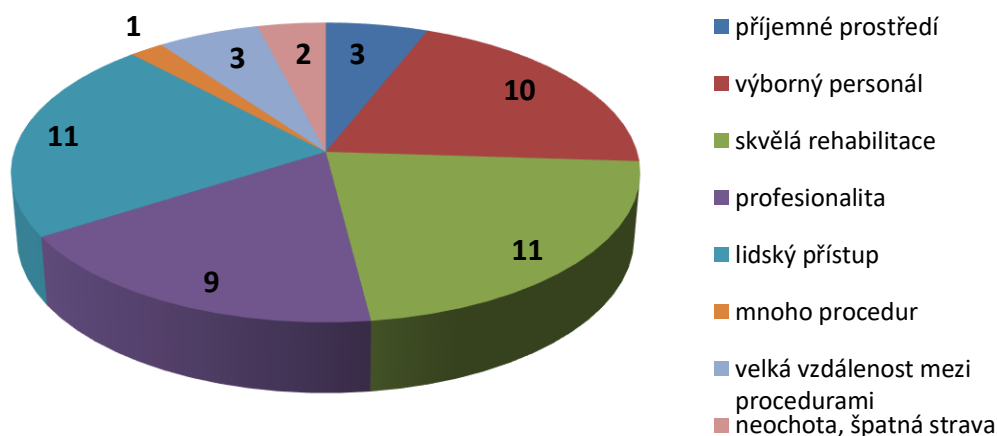
Položka č. 19: Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č.18?

Tabulka č. 19: Důvod opakování lázeňského pobytu

Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č.18?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
příjemné prostředí	3	6
výborný personál	10	20
skvělá rehabilitace	11	22
profesionalita	9	18
lidský přístup	11	22
mnoho procedur za den	1	2
velká vzdálenost mezi procedurami	3	6
neochota, špatná strava	2	4

(Zdroj: vlastní)

Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č. 18?



Graf 19. Důvod opakování lázeňského pobytu (Zdroj: vlastní)

Na otázku, jaký je důvod k opakování, či neopakování lázeňské léčby jsou odpovědi respondentů velmi rozmanité. Převažuje však pozitivní hodnocení ve smyslu příjemného a ochotného personálu.

Položka č. 20: Jak osobně hodnotíte svůj zdravotní stav po ukončení lázeňské léčby?

Dvacátá položka dotazníku se zabývá hodnocením aktuálního zdravotního stavu během vyplňování dotazníku

Tabulka č. 20: Hodnocení zdravotního stavu po ukončení lázeňské léčby

Jak osobně hodnotíte svůj zdravotní stav po ukončení lázeňské léčby?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi dobrý	21	42
dobrý	11	22
ucházející	8	16
špatný	8	16
velmi špatný	2	4

(Zdroj: vlastní)



Graf 20. Hodnocení zdravotního stavu po ukončení lázeňské léčby (Zdroj: vlastní)

I přes onemocnění, kterému respondenti čelí, 21 z nich ohodnotilo svůj zdravotní stav jako velmi dobrý a 11 jako dobrý. Snaží se pro své zdraví a pro sebe samé udělat maximum, léčbu berou jako prostředek ke zlepšení svého zdravotního stavu. Jako ucházející hodnotí svůj zdravotní stav 8 respondentů. Jako vyloženě špatný dalších 8 klientů, přesto se nevzdávají a snaží se udělat maximum pro jeho zlepšení. Pacienti s chronickým onemocněním jsou sice smířeni se skutečností, přesto doufají ve zpomalení progresu své choroby. Za velmi špatný považují svůj zdravotní stav 2 respondenti, u kterých je předpoklad zlepšení nemyslitelný. Ti se musí vyrovnávat i s velkou psychickou zátěží, která ovlivňuje celkový průběh léčby.

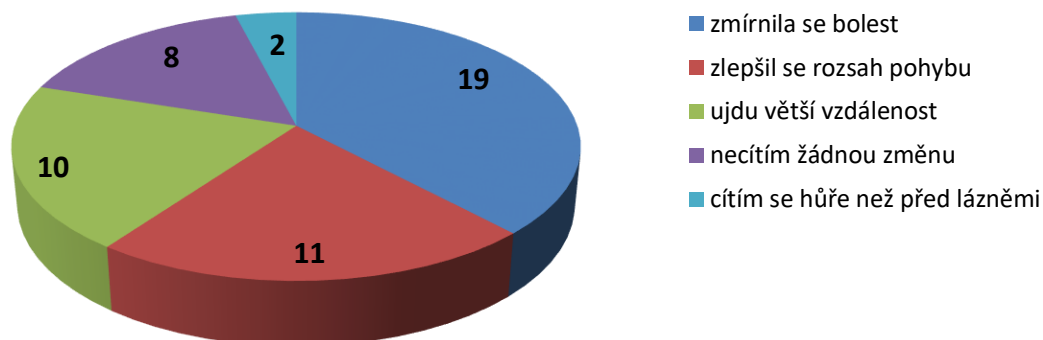
Položka č. 21: Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č. 20?

Tabulka č. 21: Důsledky lázeňské léčby

Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č.20?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
zmírnila se bolest	19	38
zlepšil se rozsah pohybu	11	22
ujdu větší vzdálenost	10	20
necítím žádnou změnu	8	16
cítím se hůře než před lázněmi	2	4

(Zdroj: vlastní)

Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č.20?



Graf 21. Důsledky lázeňské léčby (Zdroj: vlastní)

Díky lázeňské léčbě došlo u 19 respondentů ke zmírnění bolesti, což je u neurologických pacientů trpících velkými bolestmi páteře velmi podstatné, v 11 případech došlo ke zlepšení rozsahu pohybu, u 10 klientů došlo ke zlepšení chůze. 8 respondentů ale nepocíťovali žádnou změnu zdravotního stavu a u 2 došlo vlivem lázeňské léčby ke zhoršení jejich zdravotního stavu.

Položka č. 22: Jak osobně hodnotíte kvalitu svého života po návratu z lázní?

Tabulka č. 22: Hodnocení kvality života po návratu z lázní

Jak osobně hodnotíte kvalitu svého života po návratu z lázní?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi dobrá	4	8
dobrá	29	58
ucházející	11	22
špatná	4	8
velmi špatná	2	4

(Zdroj: vlastní)



Graf 22. Hodnocení kvality života po návratu z lázní (Zdroj: vlastní)

Po návratu z lázní vnímají klienti kvalitu svého života pozitivněji. 4 respondenti ji dokonce označili za velmi dobrou. Jako dobrou ohodnotilo kvalitu života 29 respondentů, což je více jak polovina. Jako ucházející je hodnocena kvalita života 11 respondenty. Špatnou kvalitu života vidí klienti ve 4 případech a dokonce velmi špatnou pak ve 2 případech. Aktuální zdravotní stav hodnotí někteří klienti negativně, na kvalitě života se subjektivní vnímání zdravotního stavu příliš neodrazilo.

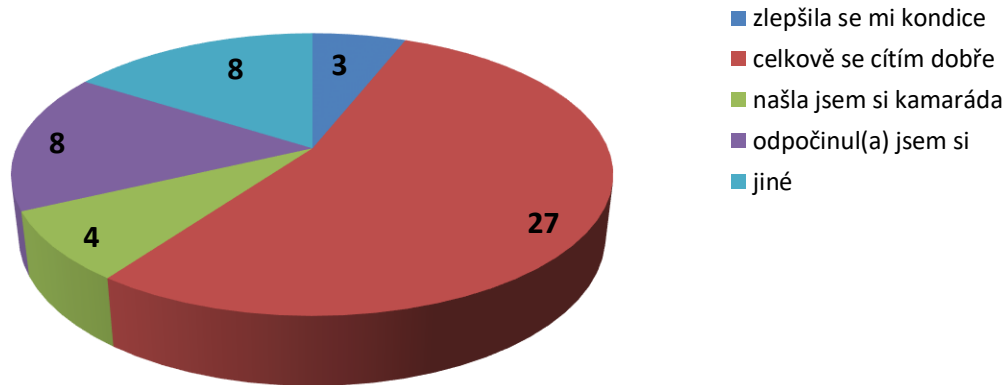
Položka č. 23: Zdůvodněte, proč tímto způsobem hodnotíte kvalitu svého života po návratu z lázní?

Tabulka č. 23: Důvody hodnocení kvality života

Zdůvodněte, proč tímto způsobem hodnotíte kvalitu svého života po návratu z lázní?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
zlepšila se mi kondice	3	6
celkově se cítím dobře	27	54
našla jsem si kamaráda	4	8
odpočinul(a) jsem si	8	16
jiné	8	16

(Zdroj: vlastní)

Zdůvodněte, proč tímto způsobem hodnotíte kvalitu svého života po návratu z lázní



Graf 23. Důvody hodnocení kvality života (Zdroj: vlastní)

Z vyjádření respondentů vyplývá, že jim pobyt v lázních prospěl, zlepšila se jejich kondice, odpočinuli si, našli si kamarády a celkově se jejich stav zlepšil.

Položka č. 24: Jste spokojen(a) se svým aktuálním zdravotním stavem?

Tabulka č. 24: Hodnocení aktuálního zdravotního stavu

Jste spokojen(a) se svým aktuálním zdravotním stavem?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
velmi spokojený	1	2
spokojený	39	78
nespokojený	10	20
velmi nespokojený	0	0

(Zdroj: vlastní)



Graf 24. Hodnocení aktuálního zdravotního stavu (Zdroj: vlastní)

Z šetření vyplývá, že u většiny klientů došlo ke zlepšení zdravotního stavu, a dokonce 39 klientů vyjadřují spokojenost se svým aktuálním zdravotním stavem.

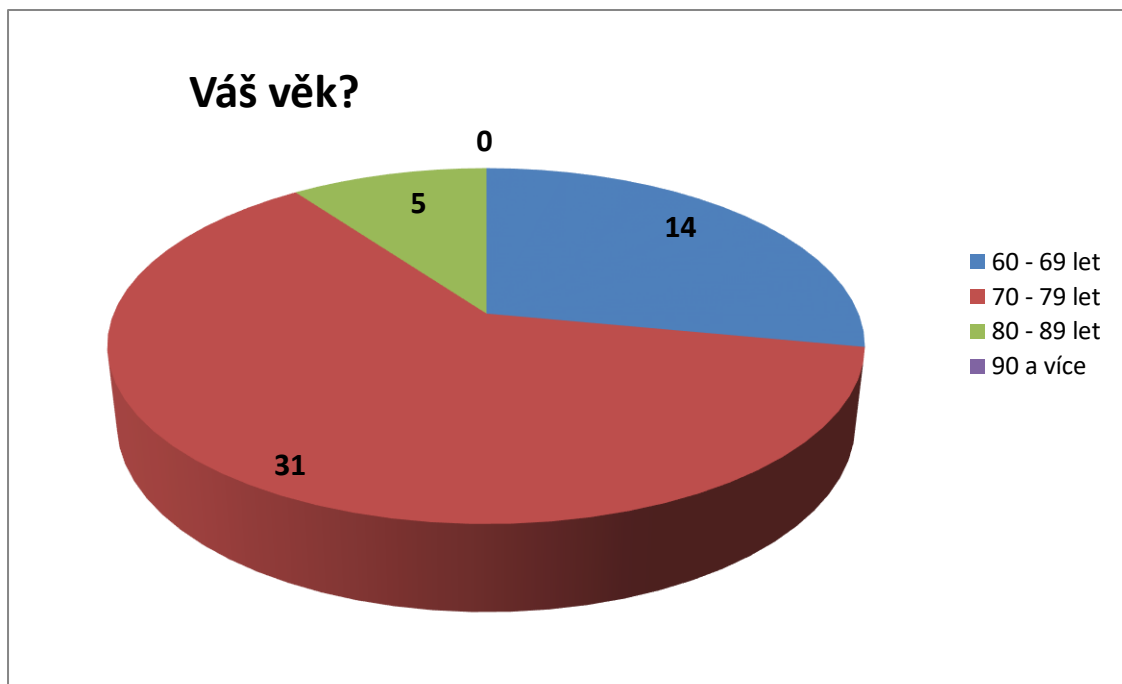
Položka č. 25: Váš věk?

Tato položka byla zařazena z důvodu zmapování nejpočetnější věkové skupiny klientů lázní mezi seniory.

Tabulka č. 25: Věk

Váš věk?		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
60 - 69	14	28
70 - 79	31	62
80 - 89	5	10
90 a víc	0	0

(Zdroj: vlastní)



Graf 25. Věk (Zdroj: vlastní)

Věkové složení klientů je variabilní. Nejpočetnější skupinu tvoří senioři ve věku 70-79 let. Nejméně početná je skupina 80-89 letých seniorů, ve věku 90 a více let se výzkumu neúčastnil žádný klient.

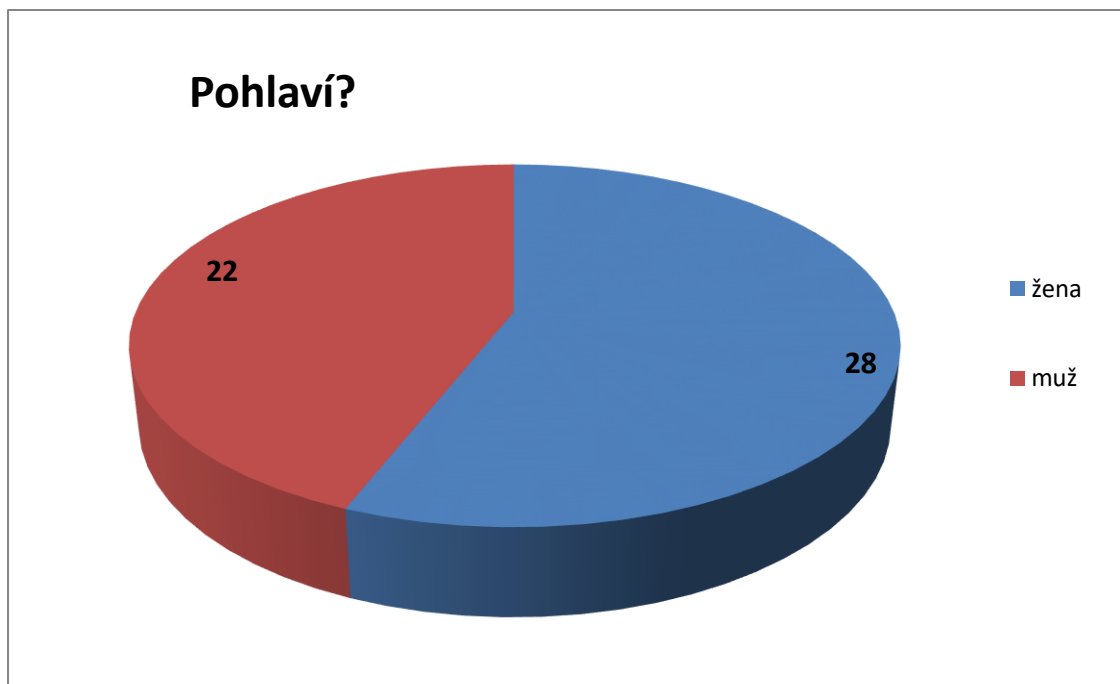
Položka č. 26: Pohlaví?

Tato položka ukazuje na četnost klientů v rámci pohlaví.

Tabulka č. 26: Pohlaví

Pohlaví		
odpověď	četnost	relativní četnost (%)
žena	28	56
muž	22	44

(Zdroj: vlastní)



Graf 26. Pohlaví (Zdroj: vlastní)

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 28 žen a 22 mužů.

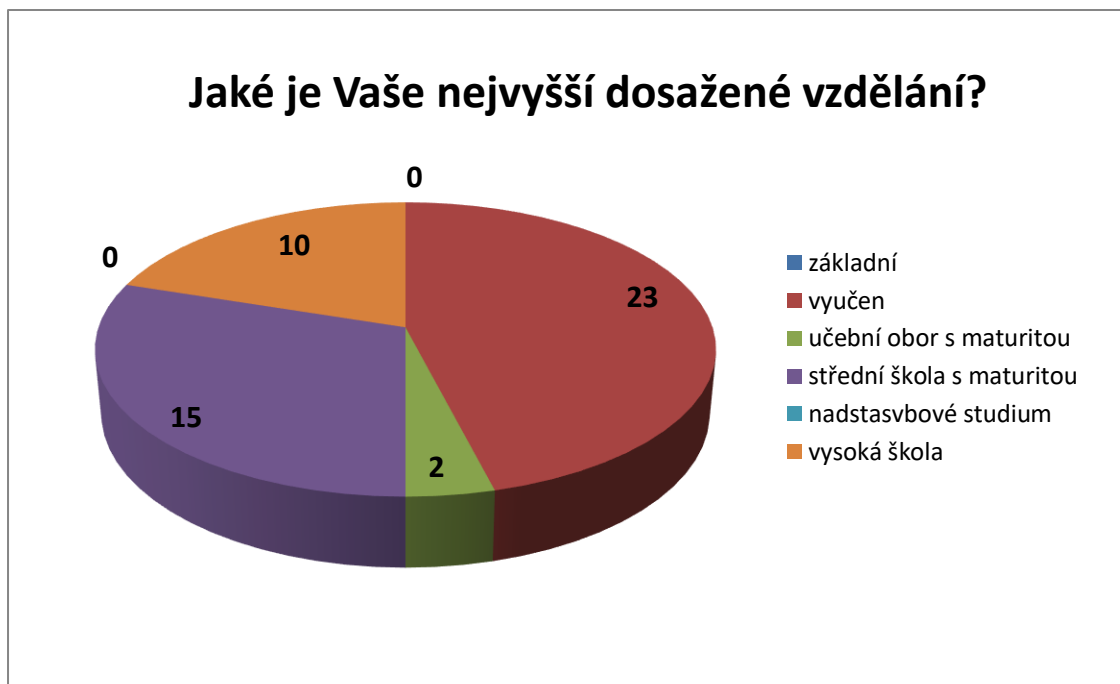
Položka č. 27: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Položka dvacet sedm je v dotazníku z důvodu mapování odpovědí klientů s různým stupněm dosaženého vzdělání

Tabulka č. 27: Nejvyšší dosažené vzdělání

odpověď	četnost	relativní četnost (%)
základní	0	0
vyučen	23	46
učební obor s maturitou	2	4
střední škola s maturitou	15	30
nadstavbové studium	0	0
vysoká škola	10	20

(Zdroj: vlastní)



Graf 27. Nejvyšší dosažené vzdělání (Zdroj: vlastní)

Nejvíce respondentů, tedy 23, je vyučena v určitém oboru. 2 mají učební obor s maturitou. 15 respondentů absolvovalo střední školu s maturitou a 10 klientů má vystudovanou vysokou školu.

Vzdělání hraje jistě velkou roli v otázkách týkajících se hodnocení zdraví, kvality života a úspěšnosti léčby.

3.7 Shrnutí platnosti stanovených výzkumných předpokladů

1. **hypotéza:** Výzkumné šetření o účincích lázeňské léčby na zdravotní stav pacientů bylo prokázáno. Pobyt v lázních přináší seniorům spoustu výhod.
 1. **výzkumný předpoklad** byl potvrzen. Seniori před nástupem do lázní hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný.
 2. **výzkumný předpoklad** byl potvrzen. Výzkum potvrdil, že seniori po absolvování lázeňské léčby hodnotí svůj zdravotní stav jako zlepšený nebo zlepšující se.
2. **hypotéza:** Výzkum prokázal, že se zlepšením zdravotního stavu se zlepšila i jejich kvalita života.
3. **výzkumný předpoklad** byl potvrzen. 96% respondentů zhodnotilo kvalitu svého života před nástupem do lázní jako špatnou či velmi špatnou.
4. **Výzkumný předpoklad** byl potvrzen. Větší část respondentů uvedla, že po absolvování lázeňské léčby se zlepšila kvalita jejich života.

Závěr

Do výzkumného šetření se zapojili senioři, kteří pravidelně navštěvují neurologickou ambulanci Neurosalvezza v Olomouci. Byli to lidé starší 60 let, kteří i přes počáteční obavy z nepochopení otázek nakonec velmi ochotně spolupracovali. S vyplněním dotazníku jim pomáhali zdravotní sestry neurologické ambulance, které seniorům případné nejasnosti velmi vstřícně a ochotně vysvětlili.

Výzkumného šetření se zúčastnili senioři navštěvující neurologickou ambulanci Neurosalvezza. Šlo o seniory starší 60 let, kteří i přes počáteční obavy nakonec ochotně spolupracovali. Vytvořil se tak soubor 50 respondentů, kteří s neurologickou diagnózou navštívili naše lázně a kteří pomohli odpovědět na otázku, zda lázeňská léčba ovlivňuje kvalitu života seniorů. Výzkum proběhl bez větších obtíží. Spolupráce se seniory byla na velmi dobré úrovni.

Mě samotnou spolupráce se seniory hodně obohatila. Umožnila mi nahlédnout do jejich často pohnutých životních osudů. Naučila mě vážit si stáří a starých lidí, naslouchat jejich životní moudrosti, kterou jsem během výzkumu často pociťovala. Spousta mladších lidí by se od současných seniorů mohla učit. Především jejich elán a chuť do života jsou příkladné a fascinující. Přes všechny životní strasti a zdravotní problémy přicházející s věkem se dokážou radovat ze života, učit se novým věcem. Naproti tomu se setkáváme s lidmi, kteří na život rezignovali, i když na tom nejsou zdravotně tak špatně. Jejich postoj k sobě samým a k okolí je tragický.

S velkým obdivem jsem pozorovala nadšení a práci zdravotníků, kteří se snažili poskytnout svým pacientům tu nejlepší možnou péči a využít všech možností ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Bohužel neurologická onemocnění typu vertebrogenního algického syndromu jsou spojena s degenerativním postižením páteře a jsou provázena velkou bolestivostí, která seniory pohybově omezuje.

Shrnutí provedeného výzkumu hodnotím jako vyhovující. Jeho průběh i výsledky byly pro mě potěšující.

Seznam použitých zdrojů

Použitá literatura:

1. BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽICKA A KOLEKTIV. *Klinická neurologie II*. Praha/Kroměříž: TRITON, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.
2. BIZOŇ, Kristián. *Aktivizace a kvalita života seniorů*. 2005. Diplomové práce. Univerzita Palackého, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce Pavla Kudlová.
3. BOČKOVÁ, Lenka, Šárka HASTRMANOVÁ a Egle HAVRDOVÁ. *50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Praha: Respekt institut, 2011, 95 s. ISBN 978-80-904153-2-4.
4. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
5. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. DRAGOMIRECKÁ, E. Kvalita života ve stáří. In TOŠNEROVÁ, T. a kol. *Vzdělávání pro pracovníky sociální péče*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2006. ISBN 80-239-6951-X.
7. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
8. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
9. Gullone, Eleonora. (2002). Gullone, E., & Cummins, R.A. (Eds) (2002). *The Universality of Subjective Well-Being Indicators: A multi-disciplinary and multi-national perspective*. *Social Indicators Research Book Series*, Volume 16, The Netherlands, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

10. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
11. HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In PAYNE, J. (eds.): *Kvalita života a zdraví I Filosofie*. Praha: Triton, 2005.
12. HORÁČEK, Jiří, HÖSCHL, Cyril. *Psychoneuroendokrinologie*. Druhé. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
13. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2015. ISBN 978-80-7454-553-5.
14. JANDOVÁ, Dobroslava. *Balneologie*. Praha: Grada Publishing, 2009, xvi, 404 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 9788024728209.
15. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
16. KAJLÍK, V. *České lázně a lázeňství*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj, 2007. ISBN 9788023993301.
17. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, J. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
20. MATÝSKOVÁ, D. *Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů*. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
21. MATÝSKOVÁ, D. *Vzdělávací aktivity v seniorském věku*. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

22. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
23. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
24. PROKEŠOVÁ, M. *Volný čas z hlediska kvality života*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-555-3.
25. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1974. Bez ISBN.
26. SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024713063.
27. ŠOLCOVÁ, I. *Kvalita života v psychologii*. 2004. ISBN 80-86625-20-6.
28. VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-86633-60-8.
29. VAĐUROVÁ, H. a P. MÜHLPACHR. *Kvalita života*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
30. VAŠÁTKOVÁ, Petra. *Aspekty kvality života osob seniorského věku*. 2010, 64 s., 13 s. příloh. Diplomové práce. Univerzita Palackého, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Oldřich Müller.
31. VOHRALÍKOVÁ, Lenka, RABUŠIC, Ladislav. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV Výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4218-2.
32. ZAVÁZALOVÁ A KOL., H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Internetové zdroje:

1. About ProQolid - ePROVIDE™ - Mapi Research Trust. *ProQolid* [online]. 2012 [cit. 2019-06-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4722657/>
2. Cyril Höschl: Se současným světem se nepochybně něco děje. *Rozhlas plus* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-06-17]. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/cyrl-hoschl-se-soucasnym-svetem-se-nepochybne-neco-deje-7933932>

3. Lázně v České republice. *Lázně Travel* [online]. Rudná u Prahy, 2019 [cit. 2019-06-17]. Dostupné z: <https://www.laznetravel.cz/ceska-republika.html>
4. Národní program přípravy na stárnutí na období 2013 až 2017 (Týdeník Školství). *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2012 [cit. 2019-06-17]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/13113>
5. Návrh na lázně – jak ho vystavit a neudělat chybu. *VZP ČR* [online]. Praha, 2014 [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/navrh-na-lazne-jak-ho-vystavit-a-neudelat-chybu>
6. Qoltech. *Measurement of Health - related quality of life and asthma control* [online]. [cit. 2019-06-17]. Dostupné z: <https://www.qoltech.co.uk/>
7. Termální lázně Velké Losiny. *Termální lázně Velké Losiny* [online]. Velké Losiny: 2018 [cit. 2019-06-17]. Dostupné z: <https://www.lazne-losiny.cz/24670-termalni-lazne-velke-losiny>

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas – originál (vyplněné informované souhlasy jsou k nahlédnutí u autorky)

Příloha č. 2 - Dotazník

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Já, níže podepsaná/ý paní/pan, souhlasím se svojí účastí, ve výzkumném šetření Zborníkové Simony, realizovaném na základě jejího studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v bakalářském studiu oboru Anglický jazyk a Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání. Tímto potvrzuji, že souhlasím s využitím získaných údajů, které budou poskytnuty ke zpracování v bakalářské práci s názvem „Vliv lázeňské léčby na kvalitu života seniorů“ a nebudou poskytnuty dalším subjektům.

Potvrzuji a souhlasím s vyplněním anonymního dotazníku, jehož prostřednictvím bude výzkumné šetření prováděno. Beru na vědomí, že se jedná o výzkumnou činnost a má účast ve výzkumném šetření je dobrovolná. Souhlasím s tím, že získané údaje budou využity k dalšímu zpracování, se zachováním důvěrnosti podle zákona č. 101/2000 Sb., zákon o ochraně osobních údajů a v souladu s GDPR.

V dne:

.....
Jméno a podpis respondenta

.....


Simona Zborníková
(studentka PdF UP v Olomouci)

.....


PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
(vedoucí bakalářské práce)

Dotazník

Vážení klienti neurologické ambulance Neurosalvezza. Jmenuji se Simona Zborníková a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Výchova ke zdraví. Touto cestou se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma: “Vliv lázeňské léčby na kvalitu života seniorů“. Cílem dotazníku je zjistit, zda lázeňská léčba zlepšila Váš fyzický i psychický stav a tím kvalitu Vašeho života.

Prosím Vás o pravdivé odpovědi, dotazník je anonymní a nebude poskytnut žádné další osobě. Při vyplňování zakroužkujte jen **1 odpověď**.

1) Byla Vám lázeňská léčba indikována nebo doporučena?

- a) indikována
- b) doporučena

2) O jakou formu pobytu v lázních se jednalo?

- a) komplexní- plně hrazenou zdravotní pojišťovnou
- b) příspěvkovou- částečně hrazenou zdravotní pojišťovnou
- c) jsem samoplátce

3) Jak dlouhý byl Váš pobyt v lázních?

- a) 0-7 dní
- b) 8-14 dní
- c) 15-21 dní
- d) 22 -28 dní

4) Jaké onemocnění jste si byl(a) léčit v lázních?

napište:

5) Jak často absolvujete lázeňské pobyty?

- a) každý rok
- b) jednou za 2 roky
- c) poprvé
- d) jiná možnost

6) Ve kterých lázních jste absolvovala léčebný pobyt?

napište:

7) Byl(a) jste spokojen(a) s kvalitou poskytované lázeňské péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

8) Jak osobně hodnotíte svůj zdravotní stav před nástupem do lázní?

- a) velmi dobrý
- b) dobrý
- c) ucházející
- d) špatný
- e) velmi špatný

9) Jak hodnotíte kvalitu svého života před nástupem do lázní?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) ucházející
- d) špatná
- e) velmi špatná

10) Uveďte jednu z poskytnutých lázeňských procedur, kterou hodnotíte jako nejlepší?

napište:

11) Byl(a) jste spokojen(a) s nabídkou léčebných procedur?

- a) ano

- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12) Proč jste vybral(a) právě tuto proceduru jako nejlepší?

napište:

13) Byl(a) jste spokojen(a) s nabídkou volnočasových a kulturních aktivit lázní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14) Kterou z volnočasových nebo kulturních aktivit považujete za nejlepší?

napište:

15) Jak jste se cítil(a) během lázeňského pobytu?

- a) velmi dobře
- b) dobře
- c) osaměle
- d) nešťastně
- e) jiná možnost

16) Jaké bylo stravování v lázních?

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) ucházející
- d) špatné

e) velmi špatné

17) Jaké bylo ubytování v lázních?

a) velmi dobré

b) dobré

c) ucházející

d) špatné

e) velmi špatné

18) Chtěl(a) byste si pobyt ve stejných lázních zopakovat?

a) rozhodně ano

b) ano

c) možná

d) ne

e) rozhodně ne

19) Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č.18.

napište:

20) Jak osobně hodnotíte svůj zdravotní stav po ukončení lázeňské léčby?

a) velmi dobrý

b) dobrý

c) ucházející

d) špatný

e) velmi špatný

21) Zdůvodněte, proč jste zvolil(a) právě takovou odpověď na otázku č.20.

napište:

22) Jak osobně hodnotíte kvalitu svého života po návratu z lázní?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) ucházející
- d) špatná
- e) velmi špatná

23) Zdůvodněte, proč tímto způsobem hodnotíte kvalitu svého života po návratu z lázní.

napište:

24) Jste spokojen(a) se svým aktuálním zdravotním stavem?

- a) velmi spokojená
- b) spokojená
- c) nespokojená
- d) velmi nespokojená

25) Váš věk:

- 60-69 let
- 70-79 let
- 80-89let
- 90 a více let

26) Pohlaví:

- žena
- muž

27) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- vyučen
- učební obor s maturitou
- střední škola s maturitou
- nadstavbové studium
- vysoká škola

Anotace

Jméno a příjmení:	Simona Zborníková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Vliv lázeňské léčby na kvalitu života seniorů
Název v angličtině:	The influence of spa treatment on the quality of life of retired people
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá vlivem lázeňské léčby na kvalitu života seniorů. V první části podává přehled o lázeňství a jeho historii a současnosti. Ve druhé části se zabývá vymezením pojmu kvalita života seniora. Třetí část je věnována vlastnímu výzkumu.
Klíčová slova:	Senior, lázeňská léčba, lázně, kvalita života
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis focuses on an influence of spa treatment on the quality of life of retired people. The first part gives an overview of the spa treatments, its history and present. The second part deals with a definition of the quality of life of retired people. The third part is dedicated to research.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, spa treatment, spa, quality of life
Přílohy vázané v práci:	Dotazník Informovaný souhlas
Rozsah práce:	68
Jazyk práce:	čeština