

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy



Diplomová práce

Bc. Kubíková Michaela

Učitelství českého jazyka a literatury pro 2. stupeň ZŠ
Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ

**Vliv lázeňské léčby na pohybové schopnosti a kvalitu života
seniorů**

Olomouc 2018

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

Prohlášení o autorství diplomové práce

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a k vypracování jsem použila pouze uvedenu literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

.....
Kubíková Michaela

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za příjemnou spolupráci a odborné vedení diplomové práce, které pro mě bylo velmi přínosné. Dále pak klientům státních léčebných lázní v Janských Lázních.

Jedno z největších poděkování bych ráda věnovala mé nejmilejší z nejmilejších - mamince, za výraznou podporu a pomoc při získávání dat pro praktickou část mé závěrečné práce.

OBSAH

Úvod.....	6
1 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY.....	8
2.1 BALNEOLOGIE	8
2.1.1 Historie balneologie	9
2.1.2 Balneotechniky.....	12
2.1.3 Lázeňská léčba chorob pohybového aparátu.....	13
2.1.4 Lázeňský komplex v Janských Lázních	14
2.2 POHYB JAKO ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLAD	15
2.2.1 Kultivace seniorů pohybem.....	16
2.2.2 Doporučení Světové zdravotnické organizace pro věkovou skupinu 65+ a jejich pohybovou aktivitu	17
2.2.3 Obecné principy pohybové aktivity seniorů.....	18
2.2.4 Volný čas s pohybem	20
2.3 KVALITA ŽIVOTA	22
2.3.1 Kvalita života z pohledu filozoficko-historického	24
2.3.2 Kvalita života z pohledu psychologie	25
2.3.3 Sociologické pojetí kvality života	26
2.3.4 Kvalita života v souvislosti se zdravím.....	27
2.3.5 Kvalita života seniorů	28
2.4 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST.....	29
2.4.1 Model zdravotní gramotnosti	30
2.5 GERONTOLOGIE.....	32
2.5.1 Geriatrie	33
2.5.2 Stárnutí a stáří	33
2.5.3 Ovlivnitelnost involuce	34
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
3.1 CÍL VÝZKUMU	37
3.2 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH PROBLÉMŮ	37
3.3 DEFINOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH PROBLÉMŮ.....	38
3.4 METODA VÝZKUMU	38
3.5 PRŮBĚH VÝZKUMU A POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	39
3.6 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	40
3.7 SHRNTÍ PLATNOSTI STANOVENÝCH VÝZKUMNÝCH PROBLÉMŮ	72
Závěr	73

Souhrn	74
Summary	75
Referenční seznam	76
Seznam obrázků	80
Seznam tabulek	81
Seznam grafů.....	82
Seznam příloh	83
Anotace	

Úvod

Podkladem k této diplomové práci byla z velké části práce bakalářská, která se zaměřovala na kvalitu života seniorů v závislosti na pohybových aktivitách a mapovala především seniory žijící na vesnicích.

Tato diplomová práce se zaměřila na to, jakou roli v procesu uzdravování hraje lázeňská léčba, jak ovlivňuje subjektivní pohled jedince na jeho zdraví a kvalitu života v procesu uzdravování se po nějakém traumatu nebo nemoci.

I když je na stáří velmi často nahlíženo jako na poslední životní etapu, cílem této diplomové práce je poukázat na fakt, že mnozí senioři jsou leckdy mnohem aktivnější a v pohledu na život optimističtější než mnozí mladí.

V přístupu k životnímu stylu máme každý na výběr. V současné době je mnoho možností, jak se o sebe a své zdraví, jak duševní, tak fyzické, dobře a kvalitně starat. Je velmi jednoduché tvrdit „nemám čas“ nebo „v mém věku je to zbytečné“. Nicméně každému z nás jde zřejmě především o to, abychom se cítili co možná nejlépe, a s přibývajícím věkem do sebe člověk musí investovat trochu času. Když se nakonec spojí užitečné s příjemným a najdeme v určitých „povinnostech“ zálibu, koníček, možnost poznávání nových lidí a získávání zkušeností, je to výhra. A právě o takovém životním klidu hovoří někteří lidé, kteří se v důsledku onemocnění nenechali zviklat rezignací, rozhodli se tuto skutečnost přijmout a přizpůsobili svůj život změněným zdravotním podmínkám.

Tato práce se mimo jiné zaměřuje i na preference v oblasti pohybových aktivit, na pozitiva, která s sebou pravidelný pohyb přináší a na názor respondentů v souvislosti s pravidelnou pohybovou aktivitou.

Diplomová práce je rozdělena do několika částí. První vymezuje základní termíny (balneologie, balneoterapie, kvalita života, stáří, zdravotní gramotnost...), praktická část shrnuje výsledky výzkumného šetření ve státních léčebných lázních v Janských Lázních.

1 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem této diplomové práce je zjištění kvality života a zdravotního stavu vybrané skupiny seniorů s ohledem na probíhající (ukončenou) lázeňskou léčbu. Práce zjišťuje, jak lázeňská léčba ovlivňuje stav pacientů, jak působí na jejich pohybový aparát, jakým způsobem se pobyt v lázních odráží na psychice a celkovém stavu pacienta.

Dílčí cíle

- Zjistit zdravotní stav seniorů před a po návštěvě lázeňského komplexu.
- Zmapovat nejpreferovanější pohybové aktivity seniorů, které jsou respondentům doporučovány s ohledem na jejich zdravotní stav.
- Zkoumat, jaká doporučení v souvislosti s jejich zdravotním stavem senioři akceptují a využívají pro zkvalitnění jejich života.
- Zaměřit se na pravidelnost pobytu v lázních, zjišťovat, v jakých intervalech lidé se zdravotními komplikacemi lázně navštěvují.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 BALNEOLOGIE

Balneologie v současném pojetí odpovídá svým komplexním přístupem k pacientům a svou náplní práce principům poměrně nového medicínského oboru psychoneuroimunoendokrinologie. Typickým znakem českého lázeňství je, „že lázně jsou lůžkové zdravotnické zařízení charakteru nadregionálního oborově strukturovaného, specializovaného, odborného léčebného ústavu, využívajícího místně příslušný přírodní léčivý zdroj, s odpovídajícím vysoce erudovaným kolektivem lékařů, specialistů fyzioterapeutů, sester a ostatních pracovníků, s dobrým technickým a věcným vybavením pro danou specializaci“ (Jandová, 2009, s. 1). Indikace jsou upraveny pomocí legislativy podle povahy místně příslušného přírodního zdroje s léčivými účinky Vyhláškou MZ ČR (Ministerstva zdravotnictví České republiky) č. 58/1997 Sb. (Jandová, 2009).

Na léčebném procesu se v českých balneologických organizacích spolupodílí kolektiv lékařů, fyzioterapeutů a dalších zdravotníků.

K nejstarším komplexním rehabilitačně-lázeňským centřům po druhé světové válce v České republice řadíme lázně ve Velkých Losinách a Janských Lázních. Právě Janské Lázně jsou smluvní organizací pro výzkum této diplomové práce.

Skladba pacientů v lázních byla už tehdy dána specifickými účinky přírodních léčivých zdrojů.

České lázeňství se od lázeňství světového liší především skladbou jednotlivých kroků, které se sestávají z lékařského vyšetření, komplexní léčbou, diagnostickou funkcí, a úrovní medicínských preventivních programů. Lékařská vyšetření slouží ke vstupním i výstupním kontrolám a předpisům léčebných procedur. Komplexní léčbou rozumíme léčbu nejrůznějšími metodami z oboru rehabilitační a fyzikální medicíny v kombinaci s balneoterapií místně příslušných zdrojů s léčivými účinky (Jandová, 2009). V rámci diagnostické funkce se zabýváme i kvalitou života pacientů.

V historii byla balneologie a balneoterapie v rámci české medicíny samostatný klinický obor. Na počátku 70. let 20. století byla balneoterapie a balneologie součástí tříoborové atestace, známé pod zkratkou FBLR (obor fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace). V současnosti se setkáme s názvem samostatného klinického atestačního oboru jako s rehabilitační a fyzikální medicínou se zkratkou RFM a léčení v lázních se

upravuje dle pravidel Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR), tedy „indikačním seznamem pro lázeňskou léčbu dospělých, dětí a dorostu uvedeným ve Vyhl. č. 58/1997 Sb.“ (Jandová, 2009, s. 2).

2.1.1 Historie balneologie

Balneologie je věda zabývající se léčením přírodními léčivými zdroji, které jsou vázány na určité místo. Zajímá se o prokazatelné účinky na lidský organismus a o lázeňské léčebné metody.

Balneoterapií rozumíme už konkrétní léčbu přírodními léčivými zdroji (dále jen PLZ), tzn. přírodními materiálními plyny, vodami, klimatem. Jedná se o souhrn určitých léčebných kroků, které se užívají v místě výskytu konkrétního PLZ za účelem uzdravení či zlepšení funkcí organismu (Jandová, 2009).

Slova balneologie, balneoterapie jsou odvozena od původně řeckého výrazu, který v překladu znamená vana či koupání.

Balneologie je obor s tisíciletou tradicí, historicky bychom ji mohli řadit k nejstarším klinickým oborům medicíny. Nejstarší dochované zmínky o hydroterapii bychom hledali již v dobách před naším letopočtem. Pochází z Číny a vedle popisu hydroterapie bychom zde mohli najít také popisy termoterapie, manipulace a traktace. Nechybí ani záznamy ze starého Egypta a Indie, kdy indické vědy přesně popisují provádění procedur a vymezují počet i dobu koupání. V těchto dávných dobách jsou kořeny o posvátnosti řeky Gangy. V dobách před Kristem zaznamenalo rozkvět i japonské léčebné lázeňství. Peršany a Chaldejce léčili tzv. mágové, jednalo se o kněze. Ti zřizovali poblíž chrámů rybníky, neboť koupání mělo v tehdejší době především náboženský význam. V Babyloně a Asýrii byly aplikovány bahna a masáže za účelem léčby, na bolestivá místa se užívalo směsi bahna a oleje. Egyptské poznatky převzala a využila i lázeňská historie Řecka nebo židovská kultura. Řecký velikán medicíny, Hippokrates, byl první, kdo sepsal hygienická pravidla a uvedl i poučení o vlivu teploty vody na organismus člověka. Ve svých studiích se zabýval frekvencí pulzu a dýchání v koupelích o rozdílných teplotách vody, přičemž došel k závěru, že v příjemně teplé vodě se jedincům nezvyšuje frekvence dechu ani srdečního tepu. Podle jeho výzkumů docházelo ke snížení těchto hodnot, což bylo pozoruhodné především u osob, u nichž se před koupání vyskytovaly zvláště vysoké hodnoty. Jandová (2009) uvádí, že na Hippokratovy a Galénovy metody

navázali i jejich žáci, díky nimž se zachovala např. metoda studených koupelí, odrhování a polévání. V Evropě je navíc dosud dochován vodoléčebný ústav v Epidauru.

„K rozkvětu léčebných lázeňských procedur došlo později v římské říši. Pro očistné a léčebné účinky se stavěly honosné lázně s bazény. Jejich prostory měly již v době Římské říše vytápěné podlahy a stěny, a proto se nazývaly termy.“ (Jandová, 2009, s. 3). V prostorách těchto lázní úspěšně aplikoval Galenus vodoléčby, převážně studené, v nejrůznějších obměnách. Římanům byli známé i sirné termální prameny Lavry les Bains s teplotou vody 62°C, nacházející se v dnešním Švýcarsku. V okolí Vesuvu, u Neapole a na Sicílii se využívalo, i když neuvědoměle, radioaktivních termálních vod.

Od Hypokratových hygienických zásad se v období středověku vzdalovalo, což vedlo k epidemiím moru, lepry či neštovic. Tyto epidemie zapříčinily úpadek lázeňství, neboť se upouštělo od hromadných koupelí. Místem, kde k rozvoji přírodních věd docházelo, byla Arábie, kde slavný léčitel Avicena ctil ony hygienické zásady a podílel se na rozvoji a léčebném využití fyziatrie, s léčebnou hydroterapií.

Koncem 13. století, kdy panoval strach ze studené vody, se dodnes udržela tradice polití jen týlu hlavy při křtu, místo původního ponořování novorozenců do studené vody. K tepelným očistným a léčebným koupelím se vrátilo koncem středověku, stejně tak jako se vrátily i studené léčebné metody, jejichž využití si oblíbila hlavně Itálie.

Jak uvádí Jandová (2009) z konce 15. století jsou známy i první výplachy ran studenou vodou, které místo polévání vařícího oleje nebo vypalování rány rozžhaveným olejem začlenil chirurg Paré. Ten ve svých dalších spisech zaznamenává i význam 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 sedmnáctém století k potlačení přírodních způsobů léčby“ (Jandová, 2009, s. 3).

Velkým počinem bylo nařízení Marie Terezie, která v polovině osmnáctého století nařídila sepsat všechny léčivé přírodní zdroje v zemi, čímž výrazně vzrostla aktivita v procesu vývoje balneologie. Na trnavské univerzitě se o rozvoj zasloužil profesor J. J. Winterl, který zavedl analýzu přírodních minerálních vod v Uhersku. Profesor Ján Karol Lübeck publikoval v roce 1804 rozpravu s názvem *„O používání léčivých pramenů, zvláště o používání lázní“*, kde popsal rozdělení lázní podle teploty vod. Profesor Lübeck je

zároveň autorem myšlenky o tom, že bradykardie je tím větším, čím vyšší byla tepová frekvence před vstupem do teplé lázně. Současně poznamenal, že teplá voda působí protibolestivě, navozuje celkové zklidnění a pomáhá od svalových křečí. Velkým přínosem byla kapitola, kterou Lübeck věnoval popisu kontraindikací balneologických procedur, ve svých myšlenkách se vracel ke Spartánům, zvláště s nimi sympatizoval v názorech o používání chladné vody pro posílení organismu a odolnosti proti vlivům studeného vzduchu a chladu, zdůrazňoval však zásadní fakt- chladové procedury musí být časově velmi krátké (Jandová, 2009).

V evropské balneologické historii došlo v 18. století k útlumu, a to vlivem nástupu matematicko-fyzikálních věd. Navrácení ke kořenům tisícileté tradice hydroterapie a léčbě chladem došlo zásluhou Vincenze Priessnitze, pocházejícího z Jeseníku, a dalších jeho současníků, např. Sebastiana Kneippa, kteří po vzoru Priessnitze využívali soubor vodních procedur společně se cvičením, dietami, pitnými kúrami, psychoterapií a fytoterapií. V těchto dobách byly ve slezském Landecku speciální boudy, které byly umístěny nad přírodními prameny vod, a sloužili k inhalaci.

„V roce 1864 publikoval francouzský revmatolog Seouteten monografii, kde jsou první předtuchy účinků radioaktivity v PLZ a popisuje po lázeňských procedurách „vznik elektřiny v těle, která tam dříve nebyla...“. Po Becquerelově průkazu radioaktivity v roce 1896 pak izolovali manželé Curieovi roku 1898 z jáchymovského smolince radium, polonium a hned v dalším roce objevuje Debierne prvek aktinium.“ (Jandová, 2009, s. 4). Počátkem dvacátého století se pak začaly prokazovat léčebné a biologické účinky radioaktivity. Kromě manželů Curieových se o radioaktivní léčivé vody zajímali také Mache, Mayer a Ludwig. Silnější radioaktivitu zjistili také v roce 1909 v Bad Brambachu a Oberschlemu, později byla zjištěna i mírná radioaktivita v karlovarských pramenech, v Mariánských Lázních a v Teplicích v Čechách. Ve dvacátých letech dvacátého století tak nastal rozmach ve využívání radioaktivních pramenů. Až v roce 1932 upozornil český lékař, docent MUDr. Novák, před využitím radioaktivních látek a požadoval zavedení norem a standardů pro léčení touto formou.

Ze stejné doby jsou známy výzkumné výsledky profesora a lékaře MUDr. Františka Lenocha, DrSc., jehož práce byla zaměřena na revmatologii a jejímu léčení lázeňskými či fyzikálními metodami. Také z jeho publikací bylo velmi často čerpáno dalšími odborníky z řad balneologie.

„Empirie, ale i ekonomika a určitá klinifikace si vynutila profilování jednotlivých ústavů pro určité indikace, vznik center pro léčení skupin diagnóz, nemocí a stavů.“ (Jandová, 2009, s. 4).

Období mezi dvěma světovými válkami byly pro lázeňství obecně velmi nepříznivé, a to z hned z několika důvodů: objevení antibiotik, rozvoj farmakologie a rozvoj nových chirurgických metod zapříčinily ztrátu významu přirozené léčby. V roce 1951 byly pak po konferenci ve Velkých Losinách všechny lázně v Československu znárodněny, což vedlo k jakési čtyřicetileté rezistenci. Až v roce 1991 se vlivem státního legislativního rozhodnutí v první vlně kuponové privatizace navrátilo české lázeňství do soukromého sektoru. Tato privatizace se však netýkala určité části dětských odborných léčebných lázeňských ústavů.

2.1.2 Balneotechniky

Podmínkou pro vznik lázeňského místa jsou přírodní léčebné lázně, které jsou zakládány nedaleko zdrojů minerálních vod, zřídelných plynů nebo ložisek slatin a rašelin či v místech s patřičnými klimatickými podmínkami.

„Pokud mají minerální vody, případně plyny, které je doprovázejí, výrazné balneoterapeutické účinky, a jsou tedy vhodné pro léčebné využití, mohou být zákonem definovaným postupem osvědčeny jako přírodní léčivé zdroje a jako takové využívány v lázeňství“ (Špišák a kol., 2010, s. 22).

V Česku se v současné době nachází sedmatřicet lázeňských míst, z toho dvacet čtyři k léčbě využívá právě minerálních vod a zřídelných plynů. Kromě vod a plynů patří mezi přírodní prostředky lázeňské péče také peloidy, tedy sedimenty, mezi které patří jak anorganická bahna, tak i humolity a mladé organické uloženiny (rašelina, slatina). Stejně jako vody a plyny, mohou být tyto peloidy oficiálně využívány jako léčivé zdroje. Procesu, při kterém se tento typ léčení využívá, říkáme peloterapie.

Součástí léčebných procedur za pomoci přírodních léčivých zdrojů je i těžba, zpracování a následné využití peloidů. Rašelinových či slatinových center je v Česku několik, problém je však se vzdáleností od lázeňských komplexů, ve kterých se při léčbě užívají. Peloidy se využívají především pro léčení pohybového aparátu.

Nejčastěji využívaným druhem lázní v České republice, ale i ve světě, jsou lázně využívající minerální vody jako zdroj léčby. Není divu, v historii má hydroterapie svou dlouholetou tradici.

Špišák a kol. (2010) uvádí, že nedílnou a podstatnou částí krenotechnické péče o přírodní léčivé zdroje je jejich režimní měření, které probíhá pravidelně. Jedná se o jednu z nosných preventivních ochran přírodních léčivých zdrojů.

Součástí lázeňství je veřejné lázeňství, tedy lázeňství očištné, rekreační, sportovní aj.

2.1.3 Lázeňská léčba chorob pohybového aparátu

Vzhledem k zaměření této diplomové práce by bylo vhodné zaměřit pozornost na lázeňskou léčbu onemocnění pohybového aparátu.

Onemocnění pohybového aparátu jsou nejčastější indikací pro pobyt a léčbu v lázních. Podle Špišáka a kol. (2010) byly poruchy pohybového aparátu a snaha o nalezení různých způsobů jejich léčby důvodem pro zrození lázeňské léčby a potažmo i fyziatrie.

V současnosti se léčbou pohybového aparátu zabývá většina lázeňských zařízení, lázněmi, které mají léčbu pohybového aparátu, jako hlavní zaměření jsou např. lázně Bělohrad, Bohdaneč, Jáchymov, Slatinice, Teplice, ale i Janské Lázně, kde probíhal výzkum této diplomové práce. Vesměs se jedná o místa, která využívají přírodní léčebný prostředek aplikovatelný zevně. Léčba tak může probíhat jak pomocí minerální léčebné vody, tak přírodní radioaktivní vodou, peloidy či bahnem.

Podobně jako v nemocnici, jsou i v lázních vedeny o konkrétním pacientovi dokumentace, ve kterých jsou zaneseny veškeré informace o léčbě a stavu pacienta. V tomto chorobopise je zapsán plán léčby, který navrhuje lékař, jsou zde zaznamenávány kontroly, změny v léčbě a medikace. Na konci léčby obdrží pacient lékařskou zprávu, která obsahuje informace o průběhu a výsledcích léčení, o vyšetřeních, které pacient během pobytu v lázních absolvoval a doporučení dalšího postupu (Špišák a kol., 2010).

Mezi základní metody a prostředky léčby patří fyzioterapie, rehabilitační techniky, léčebná gymnastika, manipulační techniky, měkké mobilizační techniky v kombinaci s masážemi, elektroterapií, magnetoterapií, mechanoterapií, hydroterapií, termoterapií. Ordinován je i pohybový režim: chůze, cílené procházky a túry, běh, léčebná tělesná výchova buď individuální, nebo skupinová. Důležitý je i dietní a stravovací režim. Pacientům je poskytována též psychoterapie, meditace, psychorelaxace, v některých lázních jsou také nabízeny orientální léčebné postupy a techniky. Každý pacient má také právo na medikamentózní léčbu.

Mezi nejčastější indikovaná onemocnění pohybového aparátu, se kterými se lze v lázeňství setkat, jsou např.: osteoporózy, chronická zánětlivá onemocnění (revmatická artritida a příbuzná revmatická onemocnění), stavy po úrazech a operacích pohybového aparátu, kloubní postižení, onemocnění pohybového aparátu při metabolickém onemocnění, vertebrogenní algické syndromy.

2.1.4 Lázeňský komplex v Janských Lázních

Léčebnou terapií využívanou v lázeňském komplexu Janských Lázní je termální minerální voda a podhorské klima. Nedílnou součástí je neodolatelná krkonošská příroda, která nabízí nádherná místa pro pěší túry nebo jen lehké procházky.

Právě Janské Lázně se specializují na léčení nemocí pohybového aparátu, včetně svalů po úrazech a operacích, na nervová onemocnění svalů, obrny a roztroušenou sklerózu. Nelze opomenout i výborné léčebné výsledky v oblasti dýchacího ústrojí, poruch látkové výměny žláz s vnitřní sekrecí a rehabilitace po nejrůznějších typech onkologických onemocnění.

Základem léčby v Janských Lázních je individuální cvičení za přítomnosti fyzioterapeuta podle doporučení lékaře a s ohledem na akutní zdravotní stav pacienta.

Janské Lázně využívají komplexní certifikované metody „jako reflexní lokomoci prof. Vojty, Kabatovu metodu PNF, Bobath koncept, basální podprogramy podle Čápové, SM-systém MUDr. Smíška, cvičení v závěsném systému Redcord, McKenzie metodu, analytické protahování a posilování podle svalového testu či vyšetření spasticity aj.“ (Státní léčebné lázně, 2018).

Mezi další léčebné prostředky lze zařadit parafinové a rašelinové zábaly, plynové injekce či kineziotaping (aplikace elastických pásek). Lázně jsou navíc vybaveny nejmodernější robotickou rehabilitací, která zahrnuje přístroje na nácvik chůze či redukci svalstva dolních končetin. Léčebný plán je doplněn vodními procedurami a masážími.

I zde je k dispozici sociální pracovník a psycholog.

2.2 POHYB JAKO ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLAD

Pohyb je pro člověka životně důležitý, je to jakýsi nástroj života, a proto se stává i jednou ze základních podmínek kvality života. Pohybové kompetence si uvědomujeme s přibývajícím věkem nebo po traumatech s trvalými následky. Pohyb je jedním z ukazatelů kondice člověka, čímž se stává i východiskem jeho zdraví, jeho životní spokojenosti (Krejčí a kol., 2016).

V poslední době se často hovoří o „žití na dluh“, jedná se o termín podstatně široký, pod kterým si lze představit v podstatě jakýkoli dluh, ať už finanční, či spánkový dluh ad. Jinak tomu ovšem není ani v souvislosti s pohybem. I tam se totiž můžeme setkat s tzv. pohybovým dluhem, a to v případě, „*jestliže určitou míru pohybu chápeme jako nezbytnou investici do naší kondiční prosperity*“ (Krejčí a kol, 2016, s. 265). S odstupem času se tento pohybový dluh může projevit v nižší pohybové dostatečnosti, funkčnosti a pohybové kompetenci u dalších generací. Jak uvádí kolektiv autorů Krejčí a kol. (2016), první příznaky této pohybové nedostatečnosti lze pozorovat již dnes, kdy se hovoří o pohybové „debilizaci“ u dětí. S takovýmto pohybovým dluhem se další generace vypracují k pohybové nedostatečnosti ve stáří, což by mohlo velmi závažným způsobem ovlivňovat jejich soběstačnost a nezávislost (tzv. autarkie), a tím i kvalitu jejich života. Opovrhování a podceňování významu pohybu některými lidmi není tedy zcela na místě, jak uvádí Krejčí a kol. (2016).

Nedostatek pohybu je jednou z nejčastěji uváděných příčin nejrůznějších civilizačních onemocnění. Důležitou a nenahraditelnou pozici má pohyb především proto, že výrazně prospívá kardiovaskulární soustavě, tedy srdci a cévám, čímž se výrazně snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Klescht, 2010).

Pohyb výrazně pozitivně působí také na plicní systém. Působením pohybu na zvýšení vitální kapacity plic se zvyšuje schopnost plic lépe využívat vdechnutý kyslík pro následné okysličování krve.

Pohyb nám taktéž pomáhá budovat svalovou hmotu, neboť při pohybu dochází ke zvýšené produkci bílkovin. Co je důležité, především pomáhá svaly chránit před jejich úbytkem, zpomaluje jejich ochabování a zkracování, kterému podléhají hlavně tzv. svaly fyzické, tedy svaly s převahou bílých vláken (břišní, hýžd'ové, tricepsy, ohýbače krku).

Pohyb slouží ve většině případů preventivně. Velmi prokazatelné jsou účinky pohybu na prevenci osteoporózy. „*Mechanismus tohoto vlivu není zatím zcela prozkoumán, avšak je zjevné (a je prokázáno), že pohyb spolu s vyváženou stravou brání*

řidnutí kostní hmoty, a ta je mnohem odolnější vůči mechanickému poškození“ (Klescht, 2010, s. 188).

Štěpánková a kol. (2015) uvádí, že dalším neopomenutelným důsledkem při nedostatku pohybu jsou morfologické a funkční změny, které jednak mohou způsobit zdravotní komplikace, jednak zásadně ovlivňují kvalitu života jedince, která se následně promítá jak do somatické, tak psychické oblasti jedincova bytí a má tak nesporný dopad na sociální a ekonomické postavení člověka ve společnosti.

Ať už jsou nejrůznější účinky prokázané či se o nich můžeme pouze domnívat, jedno je jasné - pohyb je vysoce individuální záležitostí, a proto není důležité, kdo co dělá, ale měli bychom hledět především na to, aby nám pohyb přinášel radost a pocit uspokojení.

2.2.1 Kultivace seniorů pohybem

Přiměřená pohybová zátěž výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu stárnutí. Vyšší věk se pojí s postupným zhoršováním neuromuskulárních funkcí a rostoucím množstvím zdravotních komplikací. Tyto a spousta dalších faktů pojících se k procesu stárnutí vede k poruchám mobility, s čímž se pojí nárůst počtu pádů, díky nimž vzniká spousta poranění, která mohou způsobovat částečnou nebo úplnou imobilitu a ztrátu soběstačnosti. *„Významný podíl na snížení soběstačnosti seniorů má ztráta objemu hmoty kosterního svalstva podmíněná biologickým věkem – tzv. involuční sarkopenie“* (Štěpánková a kol., 2015, s. 187).

Walston a kol. (2006) uvádí, že involuční sarkopenie je charakterizovaná snížením svalové síly v důsledku postupné degenerace, atrofie a zániku myofibrill a snížením syntézy svalových proteinů spolu se snížením mitochondriálních funkcí.

Podle Štěpánkové a kol. (2015) dojde po 40. roce věku v průměru k pětiprocentní ztrátě svalové hmoty za každých deset let života, přičemž tato hmota je nahrazena tukovou tkání. Po šedesátém pátém roce je ztráta svalové hmoty mnohem výraznější, čímž stoupá i prevalence sarkopenie.

Úbytek svalové hmoty, ke kterému při sarkopenii dochází, je zřejmý především na končetinách, postiženy jsou však i další svaly, včetně dýchacích. Svalová rychlost klesá úměrně s úbytkem svalové hmoty, důsledkem je potom nevykonnost, snížená pohyblivost a aktivita a nezvládnání dosud běžných silových činností (Kalvach a kol., 2008).

Klinicky zásadní při sarkopenii je zhoršení výkonnosti dolních končetin. Dochází tak ke zpomalení chůze, která je navíc nejistá, nerovnovážná, což zvyšuje riziko pádů s následným poraněním končetin především v oblasti krčku stehenní kosti.

Fraktury proximálního femuru patří k nejčastějším diagnózám, které doprovází řada závažných komplikací, vedoucí k vysoké mortalitě. Zvláště závažná je tato diagnóza u žen, a to v souvislosti s ubýváním kostní tkáně (osteoporóza).

Involuční změny, které doprovází stáří, nemají jen fyzickou povahu, z velké části hraje svou roli i psychika člověka. Z pohledu holistického pojetí medicíny je známý fakt, že zdraví není jen absence nemoci, jde totiž o celkový pocit fyzické, psychické i sociální pohody. Proto je chybné tvrzení, že pohyb ve stáří je důležitý jen pro udržení autonomie, jde především o pozitivní vliv na fyziologické a psychické funkce a tím i na celkovou kvalitu života seniorů. Je jedním z nejúčinnějších způsobů prevence involučních procesů, které jsou bezprostředně spojeny s pokračujícím stárnutím.

Téma aktivního stárnutí a pohybově aktivního života začlenil do své publikace i kolektiv autorů (Slepička a kol., 2016), kteří tvrdí, že pohyb a aktivní pohybové stáří je důležitý především v současné době, kdy česká společnost je z velké části složena z převážně „starého“ obyvatelstva, z čehož se dá usuzovat, že bude i nadále stárnout a věkové složení české populace bude převážně seskupené z lidí ve středním a starším věku. Podle výzkumů Světové zdravotnické organizace (WHO) lze tento trend pozorovat od počátků 20. století, kdy se vlivem pokroků ve zdravotnictví zvyšuje délka života a eliminují se tak faktory spojené s předčasným úmrtím.

Nejde tedy jen o to, jakým způsobem lze délku života zvýšit, ale především o to, porozumět faktorům, které souvisejí s kvalitou života ve vyšším věku a které tuto délku aktivního života mohou prodloužit. Z tohoto pohledu lze říci, že přiměřená pohybová aktivita je jedním z řady dostupných a velmi účinných řešení, která výrazně přispívají k tomu, aby valná část stárnoucí populace mohla prožít kvalitní život bez omezení.

2.2.2 Doporučení Světové zdravotnické organizace pro věkovou skupinu 65+ a jejich pohybovou aktivitu

Světová zdravotnická organizace WHO vydala v roce 2010 doporučení týkající se pohybové aktivity seniorů (World Health Organization. *Physical Activity and Older Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above.* In: *World health*

organization [online]. [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/.

- 1) Lidé ve věku 65 let a starší by se týdně měli věnovat 150 minut středně intenzivní nebo 75 minut intenzivní pohybové aktivitě (případně kombinací obou dvou úrovní).
- 2) Jedná-li se o pohybovou aktivitu aerobního typu (např. jízda na kole, běh, rychlá chůze), je žádoucí, aby probíhala alespoň v desetiminutových souvislých blocích.
- 3) Pozitivní je zvýšit úroveň doporučené týdenní aktivity na dvojnásobek, tj. 300 minut týdně středně intenzivní aktivity, nebo 150 minut intenzivní pohybové aktivity).
- 4) Jedinci se s níženou pohyblivostí by se měli zaměřit 3x týdně na cvičení podporující zvýšení rovnováhy.
- 5) Lidé seniorského věku by měli 2x týdně provádět posilovací cvičení zaměřené na posílení hlavních svalových skupin, což přispívá k prevenci úbytku svalové hmoty a tím spojených pádů.
- 6) Proti zkracování svalů je seniorům doporučeno začlenit do pohybového režimu i protahovací cvičení.
- 7) Jedinci, kterým jejich zdravotní stav nedovoluje takové množství pohybové aktivity, by se měli věnovat takové pohybové aktivitě, kterou jim jejich zdraví či okolnosti dovolí.

Důležité je brát zřetel na věk jedince a nemít pocit viny při nesplnění týdenních limitů, neboť se nejedná o dogma, nýbrž jen o doporučení. Jedince, kteří s pravidelným pohybem teprve začínají, by vyšší dávky intenzivnější pohybové aktivity mohly spíše zastrážit, než je motivovat. Takové začátky by měly být pozvolné a měly by odpovídat celkové kondici daného člověka.

2.2.3 Obecné principy pohybové aktivity seniorů

Ať už se člověk v seniorském věku rozhodne pro jakýkoli typ pohybové činnosti, ve vlastním zájmu by především měl mít každý na paměti dodržovat několik obecných principů, které by mohly zabránit vzniku nepříjemných zdravotních komplikací.

Jedním z principů je princip individuality, který je založen na originalitě každého z nás tudíž i na individuálním výběru sportovní aktivity. Vybírat bychom si měli z aktivit, které nás baví, k nimž máme vztah a ke kterým máme přístup (jak finanční, tak časový a prostorový). V případě nejasností při výběru vhodné aktivity bychom se neměli zdráhat a obrátit na odborníka.

Dalším principem je princip posloupnosti. Tento princip je neméně důležitý, a to především z důvodu možného způsobení si vážných zdravotních komplikací. Většinou bude zřejmě přirozené, začínat pomalu a postupně zvyšovat intenzitu pohybu, než si netrénované tělo zničit po prvním přetížením pohybovým vypětím. Klescht (2010) uvádí, že důležité je začínat pozvolna, pomalejším během, rychlou chůzí, klidnou jízdou na kole. Jestli-že začne tělo signalizovat únavu, je lepší přestat a nepřepínat síly. Další pohybovou aktivitu je lepší zahájit až po důkladné regeneraci.

Další z principů, které Klescht (2010) ve své publikaci zmiňuje, je princip preciznosti, který mluví především o kvalitě nad kvantitou. Apeluje na kvalitně provedené pohyby s kvalitním vybavením. „*Dělat pořádně a precizně nějakou pohybovou (sportovní) aktivitu znamená, že u toho dbáme jak na správné držení těla, tak i na správné dýchání*“ (Klescht, 2010, s. 193).

Princip přetížení nám sděluje, jak bychom měli postupovat v případě zvládnutí určité aktivity. Je pravděpodobné, že doposud 30 minutová chůze nás po čase omrzí a budeme se cítit připraveni na zvýšení intenzity pohybu. V tomto případě bychom měli postupovat opatrně. Signálem, že jsme to se zvyšováním zátěže nepřehnali, by měla být mírná bolest svalů druhý den po aktivitě a pocit zvýšené síly v den následující.

„*Fyziologické (a veskrze pozitivní) účinky a změny, kterých jsme dosáhli pravidelnou fyzickou aktivitou, mají bohužel poměrně malou setrvačnost, takže nejsou-li průběžně udržovány a dále rozvíjeny, docela rychle odeznívají a ztrácí se*“ (Klescht, 2010, s. 194). O tom všem je princip reverzibility, pod kterým si lze představit především průběžné udržování fyzické kondice na určité úrovni, kterou samozřejmě, budeme-li chtít, můžeme zvyšovat. Pokud se pravidelně věnujeme nějaké aktivitě, není třeba se obávat výpadku kondice v řádu několika dní, ovšem již měsíční absence pravidelného pohybu může jedinec pociťovat.

2.2.4 Volný čas s pohybem

Když bychom měli pojem pohyb či pohybová aktivita definovat, mohli bychom použít definici Dobrého a Čechovské (2011) a říct, že se jedná o druh pohybu, při kterém je výsledkem svalová práce doprovázená zvýšením energetického výdeje. „*Pohybové aktivity představují mnohovýznamový konstrukt a podle kontextu jsou dále různě označovány jako strukturované, nestrukturované, zdraví podporující, bazální, běžné každodenní, sportovní apod.*“ (Dobrá, Čechovská, 2011, s. 16).

Tato kapitola má vypovídat nejen o tom, jaký pohyb ve volném čase seniorů lze doporučit, ale zejména zpracovává i velkou část obecných pojmů a definic, které na tuto problematiku bezprostředně navazují.

Jedním z takových pojmů je např. pohybová aktivnost a pohybová nedostatečnost. Podle Dobrého a Čechovské (2011) jde v rámci pohybové aktivity o nahromaděný, souhrn bazálních, zdraví posilujících, sportovních aj. pohybových aktivit v určité časové jednotce (např. při pobytu ve škole, nebo i mimo školu...), které jsou realizovány v jednom nebo několika oddělených intervalech. Jedná se o komplexní záležitost, neboť se jedná o nakupení různorodých pohybů od chůze, přes běh až třeba po hrabání listů na zahradě. Ať už jde o jakýkoli pohyb, je důležité vědět, že pohybová aktivnost je závislá na několika faktorech, jako například sebevědomí jedince, přesvědčení, že pohybem člověk získá určité benefity, že je pro něho pohyb prospěšný, podpora rodiny a nejbližšího okolí atd. Pravidelná přiměřená dávka pohybu je považována za jeden z nejdůležitějších faktorů podpory zdraví v jakémkoli věku.

Pohybovou nedostatečnost bychom mohli odvodit z předchozí definice pohybové aktivity. Jedná se o takové chování člověka, vyznačující se velmi nízkým objemem běžných (bazálních) pohybových aktivit s převahou sedavého způsobu života.

„*Z hlediska volného času seniorů jsou důležité pozitivní pohybové volnočasové aktivity, které jedinec realizuje a které mají zároveň charakter trvalosti a stálosti*“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 101).

Při výběru pohybových aktivit vhodných pro konkrétního seniora dbáme na to, aby mu tato aktivita nepřinášela jen výhody v oblasti zdraví, ale aby seniorovi přinášela pocity radosti, uspokojení a zábavu.

Aktivity, které se těší největší oblibě u seniorů, jsou často aktivity skupinového rázu. Jedná se nejčastěji o turistické aktivity, projížďky na kole, procházky, chůze s holemi (známé též jako nordic walking), skupinové cvičení určené pro seniory. V současné době

je nabídka pohybového vyžití nejrůznějších fitness center poměrně široká. Nejčastěji jsou seniorům nabízeny aktivity jako je pilates, cvičení na fitballech či kondiční cvičení přímo určená pro lidi v seniorském věku. Cenové rozpětí těchto pohybových kurzů se různí, lze najít kurz od patnácti set korun do patnácti tisíc korun.

Mluvíme-li o finančním rozpětí pohybových kurzů, nutno říct, že ne každý senior si takové pravidelné cvičení s lektorem může dovolit. Další nevýhodou těchto kurzů je situování do velkých měst, potom tedy takové možnosti pohybového vyžití jsou dostupnější seniorům, kteří bydlí buď přímo ve městě, nebo v jeho bezprostřední blízkosti.

Další variantou, která je dostupnější většímu okruhu seniorů, je možnost navštěvovat nejrůznější organizace sdružující seniory, které realizují akce (ne vždy nutně pohybového rázu) určené právě lidem staršího věku.

Janiš a Skopalová (2016) upozorňují na to, aby i v této oblasti byly na realizátora akcí kladeny specifické požadavky. Vedoucím volnočasové pohybové aktivity pro seniory by měl být někdo, kdo má dostatek životních zkušeností, je empatický a dokáže respektovat nedostatky a potřeby starých lidí. „*Upřednostňuje se hlavně demokratický typ, který hájí úctu starých lidí a podporuje kooperativní způsoby chování. Musí se vcítit do role učitele a druhými být akceptován, což je základní podmínka pro vybudování důvěry a dobrých vztahů*“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 103).

Americké psycholožky Marcus a Forsyth ve své publikaci *Psychologie aktivního způsobu života* (2010) zmiňují praktická doporučení, rozčleněných do pěti stádií, ve kterých se lidé nacházejí:

1. stadium: Sem patří lidé s pohybovou nedostatečností, která lidem v podstatě vyhovuje, jedinci neuvažují v následujících několika měsících o změně.
2. stadium: Jedná se o jedince se stejnou pohybovou nedostatečností, kteří však na rozdíl od první skupiny uvažují v následujících několika měsících o změně.
3. stadium: Do této skupiny řadíme jedince, jejichž pohybová aktivita sice není zcela na úrovni doporučené denní aktivity, nicméně tyto osoby mají velmi dobré základy pro stadia 4 a 5.
4. stadium: V tomto stadiu se nachází skupina jedinců, jejichž pohyb je pravidelný, na úrovni doporučení, nicméně tato pravidelnost probíhá po dobu menší jak šest měsíců, což není záruka trvalosti a udržitelnosti.
5. stadium: V pátém stadiu se nachází jedinci, pro něž je pohybová aktivita pravidelnou a stálou součástí jejich života.

2.3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je termín, který se v posledních letech nevyužívá pouze v medicínských oborech, ve studiích vědecky zaměřených, jedná se o spojení, které se vzrůstající frekvencí objevuje i v obecných pojednáních a nemedicínských člancích o životě vůbec. Ne každý si však dokáže tento termín správně vyložit.

Ať je termín kvalita života jakkoli používán, nutno říct, že můžeme rozlišovat kvalitu života v medicínském, psychologickém, sociologickém, politologickém či ekonomickém pojetí.

V minulosti se definice tohoto pojmu zaměřovala především na odstraňování útrap chudých či nemocných lidí. V současnosti už nejde jen o takové negativní teorie, jedná se i o spokojenost lidí s jejich životy s ohledem na jejich pracovní a jiné podmínky života.

Pod pojem kvalita života bychom mohli začlenit ledacos, pojem je tak široký, že i definice se různí. Pojem můžeme chápat jak kvalitativně, tak i kvantitativně, neboť zahrnuje i proces hodnocení. Např. Gurková (2011, s. 22) definuje pojem kvalita života jako „*popis pozitivních i negativních aspektů života.*“ Kvalitu života klasifikujeme pomocí porovnávání kvality našeho života s kvalitou života jiných lidí nebo s tím, co se jeví jako žádoucí, a očekávané. Ovšem i zde je těžké určit, co přesně se myslí slovy žádoucí a očekávané, kde jsou normy, jaký je standard.

Salajka (2006) ve své publikaci uvádí, že celkový koncept kvality života se skládá z řady jednotlivých oblastí, tyto oblasti pak jednotlivce ovlivňují v různých mírách. „*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).“

Pojem kvality života je individuální záležitost. Je nesprávné tvrzení, že kvalita života je synonymem k životní spokojenosti. Zkoumání kvality života v holistickém, komplexním pojetí vytvořilo Centrum pro podporu zdraví vybudované při univerzitě v Torontu. Tento výzkum vytvořil tři základní pilíře kvality života – být, náležet, realizovat se (Šamánková a kol., 2011).

Nejčastějším objektem hodnocení je tedy individuální život, pod který můžeme zahrnout všechny činnosti a jevy charakterizující živý organismus – lidského jedince, osobu. Život nechápeme jen z biologického hlediska, jako opozitum smrti, ale jak již bylo zmíněno, pohlížíme na něj komplexně (tj. rodinný, společenský, pracovní aj. život).

Kromě života jednotlivce však pojem kvalita života může být takéž předmětem hodnocení skupiny osob s určitou charakteristikou, např. v kontextu ošetrovatelství můžeme mluvit o kvalitě života osob žijících s diagnózou diabetes mellitus atp.

Jak uvádí Křivohlavý (2002), na kvalitu života se dle Engela a Bergsma (1988) dá pohlížet z hlediska makro a mikro úrovněového modelu. Makrorovina studuje kvalitu života určitých společenských celků, např. zemí. Na tzv. mezoúroveň se dostávají menší sociální skupiny, např. skupiny pacientů s určitou chorobou. V rámci poslední roviny už dochází ke studiu života jednotlivce.

Z hlediska zkoumání kvality života konkrétního jedince se dále můžeme setkat se zkoumáním subjektivním či objektivním. Zatímco v rámci objektivního studia se zaměřujeme na životní podmínky daného člověka (zdravotní stav, socioekonomické podmínky atd.), pak z hlediska subjektivního posuzujeme jeho osobní pohodu a životní spokojenost (Slezáčková, 2012).

Podle Světové zdravotnické organizace WHO je kvalita života definována jako subjektivně prožívaný pocit člověka, to, jak vnímá svoji pozici v životě v kontextu kultury, ke které se hlásí, a hodnotového systému s přihlédnutím k jeho cílům, očekáváním a normám (WHOQOL Group, 1995).

Světová zdravotnická organizace také rozeznává několik základních aspektů kvality života:

- fyzickou stránku a úroveň samostatnosti;
- psychické zdraví a duchovní oblast;
- sociální vztahy;
- životní prostředí;
- vnější fyzikální prostředí.

V první oblasti, fyzické, posuzujeme např. míru únavy, bolesti, mobility, závislosti na lékařské pomoci či práce schopnost. Do oblasti psychického a duševního zdraví bychom mohli zařadit to, jakým způsobem na sebe člověk pohlíží, tedy sebepojetí a sebehodnocení, jestli se dotýčný přiklání k negativnímu či spíše pozitivnímu způsobu prožívání, jakým způsobem myslí, jak se dokáže koncentrovat, jak moc v sebe (nebo něco jiného) věří. Do oblasti sociálních vztahů patří bezesporu osobní vztahy, vztahy se širším okolím či intimní soužití. Mezi životní prostředí a vnější fyzikální prostředí pak řadíme finanční zdroje jedince, dostupnost zdravotnické a sociální péče, nejrůznější ekologické vlivy – míra

znečištění prostředí, ve kterém žijeme, hluk a další klimatické podmínky (Slezáčková, 2012).

2.3.1 Kvalita života z pohledu filozoficko-historického

Otázkami týkajícími se blaha a štěstí člověka se v minulosti spíše než vědci zabývali filozofové a teologové. V antice byly veškeré pohledy dané problematiky směřovány na subjektivní prožívání pohody jako nejvýznamnějšího a nejvýraznějšího indikátoru kvality života, přičemž i v těchto dobách se snažili o komplexnější nazírání. Pozornost byla zaměřena na strategie zvládnutí těžkostí, na postoje, péči o tělo a celkově i na sociální dimenzi s důrazem na potřebu autonomie a spirituality. Seneca se například zabýval ekonomickou a sociální rovínou lidského života, které považoval za velmi důležité ukazatele. Svoji pozornost zaměřil na otázky týkající se finančního zabezpečení a schopnosti člověka uspokojit se po stránce materiální. (Dvořáčková, 2012).

Středověk se odklonil od filozofického myšlení ke křesťanství. Mezi nejvlivnější osoby té doby patřili Augustinus Aurelius a Tomáš Akvinský. Akvinský hlásal, že nejvyšším poznáním a vrcholem štěstí je poznání Boha. Podobně vnímal Boha i Augustinus Aurelius.

Doba, která se vyznačovala návratem k antickým kořenům, k důrazu na bádání a mysl člověka, je nazývána jako osvícenecká. S ohledem na jedince je kladen důraz na seberealizaci, šťastný život, nikoli službu Bohu. Mezi myslitele, kteří se otázkami týkající se kvality života zabývali, patří např. Immanuel Kant, „*který zdůrazňuje, že mravní zákon pozvedá člověka nad pouhé přežití a dává jeho existenci svobodu a hodnotu. Kant se také zabýval smyslem života a pro jeho naplnění je dle Kanta jediným účinným prostředkem sebeúcta*“ (Dvořáčková, 2012, s. 11).

Dalším významným bodem v historii zkoumání kvality života se stalo 20. století. Mezi hlavní směry tohoto století se stal utilitarismus, který se mimo jiné zabýval otázkami smyslu a kvality života. Obracel se k antickým kořenům, snaží se aplikovat princip dobra na co největší skupinu lidí.

V novodobé historii se začalo o kvalitě života hovořit především v 20. letech 20. století. Hnilicová (2005) ve své publikaci zmiňuje, že se tento pojem objevil v diskuzích v souvislosti s ekonomikou a sociálními hledisky při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva.

V rámci filozofického pohledu bychom měli mít na zřeteli především hodnotu života, jenž je chráněna mezinárodně, a to právem na život jako jedním ze základních lidských práv.

2.3.2 Kvalita života z pohledu psychologie

Ondrušová (2011) uvádí, že pojetí kvality života z pohledu psychologie může mít několik úhlů pohledu, a tedy i několik hledisek. Buď můžeme zjišťovat příčiny, díky kterým jsou lidé spokojenější, nebo můžeme hledat faktory, které tuto spokojenost ovlivňují a podněcují. Nejčastěji se však v psychologickém pojetí spojuje kvalita života s pojmy jako radost, pohoda a štěstí, cizím termínem „well-being“.

Kebza (2005) například termíny dále specifikuje a uvádí, že v anglosaské literatuře se užívá pojmů „subjective well-being“ nebo „psychological“ či „mental well-being“. Česká literatura tyto pojmy překládá termíny pohoda, životní spokojenost, prožitek, pocit blaha, štěstí či radost (Dvořáčková, 2012).

Svým zkoumáním přišel s teorií „čtyř kvalit života“ nizozemský sociolog Ruut Veenhoven. Ten v knize „*Understanding Human Well-being*“ uveřejnil odbornou stat s názvem „*THE FOUR QUALITIES OF LIFE Ordering concepts and measures of the good life*“, ve které rozebírá jednotlivé kvality:

- vnitřní kvality (inner qualities);
- vnější kvality (outer qualities);
- životní předpoklady (chances);
- životní výsledky (outcomes).

Vnitřní a vnější kvality (outer and inner qualities) udávají rozdíly mezi vlastnostmi podmíněnými prostředím a vlastnostmi, které jsou individuální, vrozené. Životní šance/předpoklady a životní výsledky jsou rozdílné především v tom, zda mluvíme jen o příležitostech na dobrý život či přímo o dobrém životě. Veenhoven (2006) tvrdí, že výsledky a příležitosti spolu sice souvisí, ale rozhodně nejsou stejné. Šance mohou být promarněné z několika různých důvodů – „*due to stupidity or bad luck*“ (McGillivray & Clark, 2006, s. 75).

Na kvalitu života, která je definována především pocitu pohody a štěstí, pohlíží ve své publikaci Hrozenková (2008), která si všímá více individuálního životního stylu, způsobu života, zdravotní a rodinné situace a žebříčku hodnot člověka.

K pocitům spokojenosti a pohody se někdy pojí i takové schopnosti člověka, jako např. zátěžová schopnost, tzn., jakým způsobem člověk zvládá těžké situace.

Způsob, jakým subjektivně prožíváme pocity pohody či nepohody se následně odráží i v našich emočních reakcích. To, jakým způsobem jedince pohlíží na kvalitu života, se odráží i v jeho životním stylu, což je téma, kterým se zabývá především sociologie.

2.3.3 Sociologické pojetí kvality života

Z pohledu sociologie se v rámci kvality života zabýváme především otázkami sociální úspěšnosti, životního stylu, společenského statusu, vzdělání, ekonomického zabezpečení a s tím souvisejícími otázkami majetku, vybavení domácnosti atd.

Podle Dvořáčkové (2012) je jednou ze zásadních ukazatelů kvality života v sociologickém kontextu životní styl, který sama definovala jako souhrn všeobecných sociálních podmínek, které tuto kvalitu určují a určují i způsob života jedinců ve společnosti. *„Na základě „stylu život“ se posuzují jak všeobecné sociální procesy, tak například poměr intelektuální a manuální práce, ale také poměr jednotlivých činností v životě člověka“* (Dvořáčková, 2012, s. 11).

Životní styl je ovlivněn několika faktory např. ekonomickým postavením jedince i celé společnosti. Příjmy i výdaje člověka se můžou velmi rychle změnit, např. náhlou ztrátou partnera nebo ztrátou zaměstnání. Dalším faktorem, který nás ovlivňuje je chování. To se mění na základě našeho životního přesvědčení, našich hodnot, které se v průběhu života mění. Je proto logické, že si starší člověk, s hodnotou zdraví na prvním místě, nebude chválit kvalitu života, jestli-že se u něho projeví např. cukrovka či jiné onemocnění.

Nutno se však ztotožnit i s názorem Jandáskové (2009), která tvrdí, že celkové zlepšení ekonomické situace ve společnosti nevede k většímu počtu lidí, kteří by potvrdili, že jsou šťastní. Stejně tak jako se ukazuje, že zdraví lidí ve vyspělejších zemích není lepší, než v zemích méně vyspělých.

Na způsobu života se významně podílí prostředí, ve kterém vyrůstáme, ve kterém se pohybujeme. Rodinné zázemí, výchova a individuální zkušenosti jsou ukazatele, které bychom mohli rozdělit na individualistické (úspěch, touha po moci nebo poštěstí) a kolektivistické (spravedlnost). Payne (2005) považuje za hodnoty i takové determinanty životního stylu, jako je věk, pohlaví, zdravotní problémy, povolání atd.

2.3.4 Kvalita života v souvislosti se zdravím

Zdravotnictví vztahuje pojem kvality života ke zdraví a nemoci. Úvahy o tom, jak kvalitní život může mít člověk trpícím určitým onemocněním, jsou velmi potěšující, vzhledem k novým odborným poznatkům, dokonalejšímu přístrojovému vybavení či pokrocích ve farmakoterapii. Stoupá tak důraz na etické aspekty v rámci lékařské a ošetrovatelské péče. Můžeme tak říci, že kvalita života související se zdravím se týká profesionálně poskytnuté zdravotní péče a je tak důležitým indikátorem výsledku poskytované péče (Wilson, Cleary, 1995).

„V návrhu oficiálního metodického dokumentu Amerického ministerstva zdravotnictví (Guidance, 2006) se metody, které zjišťují kvalitu života související se zdravím, řadí mezi metody, jimiž pacient vypovídá o dopadech zdravotnických intervencí (patient-reported outcomes measures), např. o pozitivních účincích léčby a vedlejších, často nežádoucích účincích léčby“ (Mareš a kol., 2006, s. 29). Důvodem, proč při výzkumech dáváme přednost dotazování pacientů před dotazováním zdravotníků, je několik:

- a) některé důsledky zkoušení nových léčiv může znát jen pacient;
- b) je důležité znát pacientův názor na celkovou účinnost léčby;
- c) celkové hodnocení a pohled pacienta může přinést cenné informace, které by mohly být zanedbány v případě ověřování založeném na klinickém rozhovoru, který vede lékař.

Kvalita života aplikovaná v medicíně má své specifické označení HRQL (*health-related quality of life*). I zde se jedná o velmi nejednotný pojem, co se týče definice. Obecně lze však říci, že se jedná o užší pojem, než kvalita života.

Zkratka HRQL je dnes již mezinárodně používanou zkratkou, ovšem v českém překladu se můžeme setkat s jistými nuancemi. Libigerová a Müllerová (2005) například pojem překládají jako kvalitu života vztaženou ke zdraví. Křivohlavý (2002) pak zkratku HRQL přeložil jako kvalitu života z hlediska zdraví a překlad kvalita života ovlivněná zdravím použila Hnilicová (2005).

2.3.5 Kvalita života seniorů

Podle Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 s názvem *Kvalita života ve stáří*, je nezbytné zaměřit pozornost na tyto oblasti:

- aktivní stárnutí;
- prostředí a komunita vstřícná ke stáří;
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří;
- podpora rodiny a pečovatелů;
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

Národní program se zmiňuje o rovných příležitostech starších lidí ve společnosti. Aby byl tento požadavek splněn, jde především o zjištění skutečných preferencí seniorů. V tomto ohledu mají nezastupitelný význam proseniorské organizace, které jsou s lidmi staršího věku v blízkém kontaktu a mohou se tak stát významnými partnery při realizaci politiky v jednotlivých výše zmíněných oblastech.

Pomocí projektu „Senior a já“, který zrealizovala Diakonie Českobratrské církve evangelické (dále jen DČCE), byla zahájena mimo jiné studie, která monitorovala, jakým způsobem jsou staří lidé zobrazováni v médiích (Kalvach, Hrabětová, 2005). Z výsledků studie vyplynulo, že v souvislosti se seniory jsou nejčastěji zpracovávána ekonomická či kriminální témata. Senioři jsou často zobrazováni jako naivní a snadná oběť pro kriminální činnost. Aktivní senior je pro média podle výsledků studie jen něco výjimečného. Na základě těchto zjištění se DČCE a společnost Walmark rozhodly k vytvoření projektu s názvem „Společnost přátelská všem generacím“, kterým by potlačila ageismus a vyzvala občany k solidaritě v rámci pohledu na jedince v seniorském věku. Kalvach a Hrabětová (2005) se zmiňují o tom, že cílem tohoto projektu bylo pozvednout prestiž seniorů ve společnosti a zvýšit počet aktivit, které povedou k odstranění těchto předsudků.

2.4 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

S pojmem gramotnost se můžeme setkat v několika oborech. Původně tento termín znamenal schopnost člověka číst, počítat a psát, ovšem postupně, s rozvojem např. výpočetní techniky, se začaly připojovat další dovednosti. Východiskem se tak stala funkční gramotnost, kterou lze chápat jako schopnost lidí podílet se na činnostech potřebných pro život v nynější civilizaci.

První, kdo užil termínu zdravotní gramotnost, byl v roce 1974 Simonds, jehož pojetí bylo tehdy odlišné od pojetí současného. Simonds požadoval doplnění osnov. Soudil, že by žáci měli být gramotní i ve vztahu ke zdraví.

I když i zde se definice různí, uvedme alespoň tuto jednoduchou definici, kterou ve své publikaci užil Holčík (2009) a kterou podalo Centrum pro strategii zdravotní péče: *„Zdravotní gramotnost je schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací.“*

Nástrojem tzv. zdravé společnosti se v současné době stává zdravotní gramotnost. Její význam v poslední době nepochybně narůstá nejen v Evropě, ale obecně ve světě. Odborná veřejnost se s pojmem a funkcí zdravotní gramotnosti mohla již několikrát setkat. Odborníci se však domnívají, že tomuto pojmu nebylo doposud věnováno tolik pozornosti, jaké by si termín zasloužil.

Zdravou společnost charakterizuje Holčík (2009) jako společnost s vysokou střední délkou života a stárnoucí populací, společnost s rychle se rozvíjejícím zdravotnictvím, rostoucím podílem privátního sektoru ve službách a ve výrobě, která souvisí se zdravím, společnost, kde je zdraví důležitým tématem diskusí politiků a veřejnosti, kde je zdraví důležitým životním cílem a kde je zdraví a zdravotní péče právem občanů.

Zdravotní gramotnost a význam jejího rozvoje je zřejmý z několika důvodů. Jedním z nich je například fakt, že se lidé prostřednictvím zdravotní gramotnosti mohou pokoušet nacházet nové vlivy působící na své zdraví. Proto je důležité, aby zdravotní gramotnost byla součástí výchovy od raného věku. Čím dříve si děti osvojí základní poznatky, dovednosti a návyky, tím větší bude úspěšnost v aplikaci poznatků na jejich zdraví.

Dalším důvodem je zvýšení úrovně zdravotnického systému. Rozvoj zdravotní gramotnosti zvyšuje celkovou úroveň zdravotního stavu obyvatelstva, což je jedním ze základních ukazatelů v rámci hodnocení úrovně zdravotnictví v zemi.

Úroveň zdravotní gramotnosti je důležitá z hlediska ekonomiky. Je mnohem méně finančně náročné zlepšit povědomí o zdraví, než následně řešit zdravotní problémy, na jejichž léčbu je ročně vynaloženo několik miliard korun.

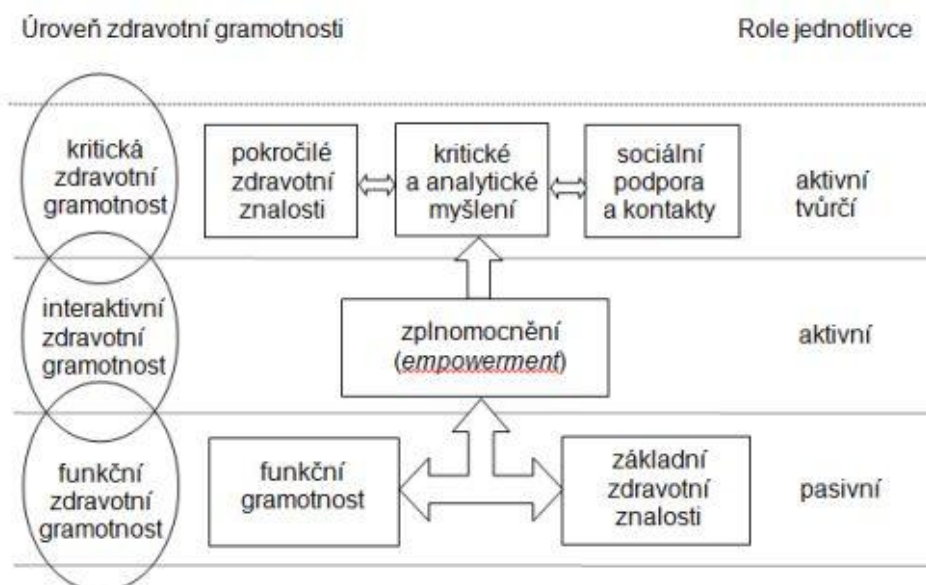
Zdravotní gramotnost je také důležitým nástrojem rozvoje osobnosti a velmi cennou součástí kultury, neboť neovlivňuje jen zdraví lidí, ale prostřednictvím zdravého sebevědomí, zdravých vztahů mezi lidmi a osobní odpovědnosti za své zdraví se tak podílí na celkové charakteristice zdravé populace.

„Význam zdravotní gramotnosti však nelze shrnout do několika jednoduchých tezí. Její skutečný význam se naplní až tehdy, když se s jejími principy a metodami seznámí co nejvíce lidí, když získané poznatky uplatní v praxi a když dále budou stavět na nových poznatcích a průběžně získávaných zkušenostech“ (Holčík, 2009, s. 11).

2.4.1 Model zdravotní gramotnosti

Model zdravotní gramotnosti je myšlenková konstrukce, díky níž si lze snadněji uvědomit hlavní složky zdravotní gramotnosti, možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti.

K nejčastěji využívaným modelům patří Nutbeamův model z roku 2000, který je sestaven do tří úrovní zdravotní gramotnosti.



Obr. 1. Základní struktura zdravotní gramotnosti

(převzato z: *Solutio 2012*. [online]. [cit. 2018-01-28]. Dostupné z: <http://www.address.cz/data/www.medon-solutio.cz/online2012/files/58.jpg>)

Na nejnižší úrovni je umístěna **funkční zdravotní gramotnost**. Na této úrovni se jedince nachází v pasivním postavení, neboť tato úroveň se týká výsledku klasické zdravotní výchovy, která vychází z poskytování informací o zdravotních rizicích a tom, jak se orientovat ve zdravotnickém systému. Snahou je tyto informace prohlubovat a rozšiřovat a vést občany k ochotě přijímat předepsaná opatření. Nástroji, kterými se odborníci snaží tuto úroveň propracovat, jsou nejrůznější informační letáky, brožurky a tradiční zdravotní výchova pacientů.

Na druhé úrovni se nachází **interaktivní zdravotní gramotnost**. Na této úrovni jde již o aktivní přístup jednotlivce. Záměrem této úrovně je totiž rozvoj schopností lidí jednat samostatně především v oblasti motivace a odpovědnosti při respektování pokynů zdravotníků. V tomto smyslu nejde už jen o pouhou poslušnost a snahu vyhovět radám odborníků, jde především o rozvoj samostatnosti a aktivity za účelem zlepšení zdraví. Činnosti, kterými lze tohoto stavu dosáhnout, jsou např. nejrůznější výchovné programy zaměřeny na konkrétní problém. Odborníci zde nevystupují jako učitelé, ale spíše jako konzultanti.

Na poslední úrovni modelu je umístěna **kritická zdravotní gramotnost**. Holčík tuto gramotnost popsal následovně: „*rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí*“ (Holčík, 2009, s. 18). Náplní této úrovně zdravotní gramotnosti je poskytování informací a rozvoj komunikace o zdraví.

I když by se mohlo zdát, že nejefektivnější by bylo rozvíjet pouze třetí úroveň, je bezesporu nezbytné rozvíjet a respektovat všechny tři. Velkou pozornost bychom měli věnovat především rozvoji schopnosti jedinců převzít za svůj život a své zdraví většinový podíl zodpovědnosti a podle této skutečnosti uvážlivě jednat.

2.5 GERONTOLOGIE

„Každý, kdo se přestane učit, je starý, ať je mu dvacet nebo osmdesát. Každý, kdo se stále učí, zůstává mladý. Je nejlepší v životě zůstat mladý.“

(Henry Ford)

Téma gerontologie je výrazně multidimenzionální, proto vyžaduje znalosti z několika oborů (medicínských, biologických i např. společenských). Mezi základní termíny problematiky seniorů patří pojmy jako stáří, stárnutí a gerontologie.

Podle Kalvacha a kol. (2004) se gerontologií rozumí nauka o problematice stáří a stárnutí, o životě starých lidí. Obor je odvozen od řeckého slova gerōn, v překladu stařec, starý člověk. Zájmem gerontologie je zmírnění handicapů a deficitů stáří, zaměřuje se na co největší zkvalitňování života rozmanitých skupin starých lidí. O název vědního oboru se zasloužil nositel Nobelovy ceny za mikrobiologii a imunologii I. I. Mečnikovovi.

Podle Kalvacha a kol. (2004) bychom gerontologii mohli rozdělit do tří proudů:

- gerontologie experimentální;
- gerontologie sociální;
- gerontologie klinická.

Gerontologie experimentální, známá též pod pojmem teoretická, je zaměřena na studium procesů stárnutí a hledá příčiny, které stárnutí způsobují. Tato část gerontologie je tedy zaměřena především biologicky, chápeme ji jako přirozenou součást biologie, ale její významnou a nedílnou součástí je výzkum psychických změn v procesu stárnutí.

Gerontologie sociální se zabývá vztahy mezi seniory a společností, řeší otázky existence a života ve stáří, zkoumá, co staří lidé od společnosti potřebují, pomáhá vytvářet nejrůznější demografické a jiné statistiky. Uvnitř tohoto proudu můžeme rozlišovat ještě poměrně mladý obor, gerontosociologii, který se zabývá jak stářím a stárnutím v sociálním kontextu, tak především postavením a zobrazováním seniora ve společnosti. Jde tedy o aplikovanou sociální disciplínu.

Gerontologie klinická pak zaměřuje svou pozornost na zdravotní a funkční stav lidí ve stáří. Čevela a kol. (2012) uvádějí, že se toto odvětví gerontologie zabývá i zvláštnostmi chorob ve stáří, jejich léčením, prevencí a rehabilitací.

2.5.1 Geriatrie

V závislosti na zmínce o klinické gerontologii je potřeba blíže specifikovat pojem geriatrie. Geriatrie a gerontologie nejsou výrazy synonymního charakteru. Gerontologii chápeme v širším smyslu jako vědu o stáří a stárnutí, která funguje v závislosti na spojení několika dalších vědních oborů nejen z oblasti medicíny, kdežto geriatrie je zaměřena spíše medicínsky a zaměřuje se na problematiku zdraví ve stáří. „*Závažným úkolem geriatrie je formulování zdraví, především funkčního zdraví, a tím i normy ve stáří*“ (Čevela a kol., 2012, s. 65).

Geriatrie má svou složku akutní i chronickou, paliativní i preventivní, klinickou i organizační, rehabilitační i ošetrovatelskou, jde tedy o aplikaci několika oborů a souhrnu týmu několika pracovníků. Úkolem jednotlivých oborů je zajistit účinnou a bezpečnou zdravotní péči s ohledem na konkrétní geriatrický problém daného pacienta.

V užším pojetí lze geriatrii definovat jako klinický obor, jehož základy vycházejí z vnitřního lékařství a mají přesah do řady dalších oborů, např. psychiatrie, neurologie, rehabilitace ad. „*Součástí geriatrie je tzv. dlouhodobá péče (long term care), komplexní zdravotně sociální podpora nemocných s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením (disabilitou), s ohroženou či ztracenou soběstačností*“ (Čevela, 2012, s. 65).

Geriatrie v Česku má důstojnou tradici již od roku 1843, kdy na pražské lékařské fakultě přednášel o nemocech ve stáří J. Hammerník. Významnou roli ve vývoji geriatrie jako vědy sehrály v nedávné době práce profesorky H. Haškovcové a Z. Kalvacha.

2.5.2 Stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozený ontogenetický proces, jehož výsledkem je stáří. Jde o proces nezastavitelných involučních funkčních i morfologických změn. „*Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně*“ (Čeledová a kol., 2016, s. 11).

Čeledová a kol. (2016) také uvádí, že maximální přirozená délka života se pohybuje kolem 120 let. Periodizace lidského věku slouží spíše orientačně, proto většinou rozlišujeme věk z několika hledisek: věk biologický, kalendářní či sociální.

Biologické stáří označuje míru involučních změn určitého jedince. V rámci biologického stáří hodnotíme funkční stav seniora, jeho zdatnost a vitalitu. Biologické

stárnutí postihuje celý organismus a lze ho na sobě pozorovat ve všech vývojových fázích, nejen tedy ve stáří. Biologické stárnutí se projevuje především buněčnými či tkáňovými změnami. Ty se potom projevují snižující se hybností, výkonností i výdrží, zhoršující se pamětí, funkcí smyslových orgánů či pomalejším myšlením. Tyto změny jsou fyziologické a jejich nástup je do jisté míry velmi individuální záležitostí. Jak uvádí Wolf a kol. (1982), jedná se o souhru několika faktorů např. celkový životní styl, prodělané nemoci či úrazy, celkový zdravotní stav a v neposlední řadě genetické predispozice.

Kalendářní stáří můžeme vymezit zcela jednoznačně, ovšem tento věk nám nepodává žádné informace o individuálních rozdílech mezi seniory. Dnes je za počátek stáří považován věk šedesáti pěti let, o vlastním stáří pak podle Kalvacha a kol. (2004) mluvíme kolem pětasedmdesátého roku. Věková hranice se neustále posouvá, neboť se prodlužuje doba dožití a zlepšuje se celkový funkční stav seniorů.

Sociální stáří je spojeno především se změnou sociálních rolí ve smyslu odchodu ze zaměstnání, penzionováním. Sociální stáří je v současnosti velmi diskutovaným tématem, neboť v tomto ohledu bývá stáří terčem nejrůznějších rizik, k nimž řadíme například osamělost, ztrátu prestiže, věkovou diskriminaci, ztrátu soběstačnosti či ekonomickou nestabilitu. Sociální věk se neustále významně posouvá. Proti dříve zažitým představám o neproduktivnosti seniorů a tím jejich vyčleňování na okraj společnosti, se dnes zaměřujeme především na jejich celoživotní osobní růst a rozvoj jedince.

2.5.3 Ovlivnitelnost involuce

Jak již bylo zmíněno, involuce se týká všech organismů. Fenotyp stáří je podmíněn několika faktory:

- genetickými dispozicemi;
- zákonitou biologickou involucí;
- projevy či důsledky úrazů a chorob;
- životní styl, stravování, pohybová aktivity/pasivita;
- psychické faktory (adaptace na stáří, sebepojetí atd.);
- vlivy životního a sociálního prostředí.

O tom, jak lze některé faktory do jisté míry ovlivnit, si povíme v této kapitole. Vrozené, genetické, dispozice a biologickou involuci ovlivníme jen ztěžka. Na čem se však můžeme aktivně podílet je prevence chorob a bezpečné chování, které předchází úrazům.

Pravidelnými preventivními prohlídkami, včasnou diagnostikou a následnou léčbou a rehabilitací můžeme řadu rizik spojených s nemocemi snížit. Preventivní prohlídky bychom rozhodně neměli podceňovat. Stáří je obdobím, které, ať chceme nebo nechceme, s sebou přináší mnohá zvyšující se rizika vzniku určitých onemocnění, tzv. age-related diseases, tedy nemoci podmíněné stářím (Čeledová a kol., 2016). Vyjmenovat bychom mohli např. ischemickou chorobu srdeční, aterosklerózu, hypertenzi, obstrukční plicní choroby, srdeční selhání, mozkové příhody, osteoporózy, zlomeniny kostí (nejčastější závažnou zlomeninou je zlomenina krčku femuru), neurodegenerativní onemocnění aj.

Velmi podceňovaným faktorem je životní styl. Počínaje nekvalitní výživou, nedostatkem tekutin až po pasivní trávení volného času jsou tyto faktory čím dál více probíranými tématy, které však spousta seniorů bere na lehkou váhu. V důsledku špatného stravování převážně lacinými nadměrně kalorickými jídly v kombinaci s nedostatkem pohybové aktivity se nejčastěji setkáváme s obezitou. *„Obezita dlouhodobě zvyšuje produkci volných radikálů, čímž urychluje stárnutí, vede k tzv. metabolickému syndromu obézních s rozvojem cukrovky (diabetes mellitus 2. typu), vysokého krevního tlaku, vysoké hladiny krevních tuků – bezprostředním důsledkem jsou nejen cévní mozkové příhody, ischemická choroba srdeční či poruchy prokrvení končetin, ale také dušnost a omezení pohyblivosti s chronickou bolestí z přetížení nosného a pohybového aparátu, zvláště svalů, páteře a kloubů“* (Čeledová a kol., 2016, s. 24).

Důsledkem nízké pohybové aktivity dochází k poklesu tělesné zdatnosti, která s sebou nese další komplikace chybně připisované stáří. Na jednu komplikaci navazuje několik dalších komplikací a omezení, která postupně z alespoň částečně aktivního jedince udělají jedince, který jen nečinně posedává. Člověk je čím dál více odkázán na pomoc druhých v důsledku poklesu soběstačnosti. Jeho pasivita pak ve většině případů postihuje nejen tělesnou stránku, ale i psychickou a sociální. Ztrácí se kontakt s přáteli, zaostává komunikace, člověk se izoluje od společnosti a stává se uzavřenějším. Zhoršuje se paměť a úží se slovní zásoba, což postupně vede k růstu mezigeneračních bariér. Ve smyslu spirituálním dochází tak postupně k celkovému úpadku motivace a životního nadšení, což může vést k existenciální rezignaci.

Uvedené psychické faktory souvisejí především s typem osobnosti, s adaptací na stáří a s psychickou odolností člověka. Negativní v tomto smyslu je předčasné zaujetí postoje k roli důchodce, kterého v životě již nic nečeká.

Vlivy prostředí nemusíme považovat za tak významné jako třeba genetické dispozice, nicméně ve fyzikální i sociální dimenzi můžeme jejich působení pozorovat.

Prostředí, která jsou tělesně náročná pro život v nich, např. horské vesničky, mohou již svou podstatou prodlužovat autonomii a tělesnou zdatnost starých lidí, ovšem na druhé straně mohou být bariérou z pohledu sociálního prostředí. Ve smyslu sociální dimenze se pak myslí způsob, jakým společnost vykresluje „ideálního seniora“, udává jakousi společenskou normu pro roli seniora. Na tomto celkovém nazírání na seniora se podílí nejen stát, ale i společenské povědomí, rodiny či obce.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem diplomové práce bylo potvrzení důležitosti pohybové aktivity navzdory, nebo právě kvůli zdravotním potížím. Cílem výzkumu bylo vyvrátit mylné domněnky společnosti, které staví seniory na okraj společnosti (Kalvach, Hrabětová, 2005).

Podle teoretické části této diplomové práce hodnocení kvality života závislé na několika faktorech, nejen na zdraví.

Z hlediska psychologie zdraví se pacienti s optimistickým pohledem na svět a s nadějí, že se jejich zdravotní stav zlepší, uzdravují daleko lépe než pacienti, kteří svému stavu podleli. I to výzkum zmapoval a potvrzuje, že záporně odpovídající respondenti hodnotí svůj zdravotní stav, kvalitu života a průběh léčby velmi negativně (Křivohlavý, 2002).

Podle rozhovorů se zdravotnickým personálem lázeňského komplexu vyšlo najevo, že starší klienti, většinou nad 75 let, jsou daleko optimističtější, schopnější a učenlivější. Mají zájem se učit nové věci, mají zájem na tom, aby se jejich zdravotní stav zlepšil, a mimo procedury aktivně tráví volný čas procházkami, turistikou atd. I to výzkum potvrdil, neboť respondenti, jejichž věk je mezi 60-74 lety jsou ve svých odpovědích negativističtí, důležitost pravidelného pohybu hodnotí jako nepodstatný, kvalitu života i zdravotní stav hodnotí většinou jako špatný.

3.2 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH PROBLÉMŮ

Výzkumné problémy pro zjištění kvality života seniorů a jejich pohybových dovedností v závislosti na lázeňské léčbě byly stanoveny takto:

VP1 Jaké výhody senioři spatřují v pravidelné pohybové aktivitě a věnují se skutečně pravidelně pohybovým činnostem?

VP2 Jaká je nejpreferovanější pohybová aktivita seniorů?

VP3 Jaká je lékaři nejdoporučovanější pohybová aktivita vhodná pro seniory?

VP4 Jak senioři hodnotí svou kvalitu života navzdory svým zdravotním problémům?

VP5 Pomáhá seniorům lázeňská léčba?

VP6 Jak senioři hodnotí svůj zdravotní stav před léčbou v lázních a jsou spokojeni se svým aktuálním zdravotním stavem?

3.3 DEFINOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ

Na základě výzkumných problémů byly definovány tyto výzkumné předpoklady:

- H1 Senioři, kteří pravidelně provozují určitou tělesnou aktivitu, mají na pohyb a sport pozitivnější pohled, než senioři, kteří se z různých důvodů pravidelným pohybovým aktivitám nevěnují. Především ženy spatřují v pohybu možnost seznámení se s novými lidmi, přináší jim dobrou náladu, mužům pak pohyb pomáhá udržovat se v kondici.
- VPř1 Mezi aktivity, které se těší největší oblibě seniorů, jsou chůze, plavání či nordic walking.
- VPř2 Mezi nejčastěji doporučované pohybové aktivity, které lékaři svým pacientům nabízejí, patří především chůze, plavání případně rehabilitační cvičení na zmírnění bolesti.
- H2 Senioři, kteří pravidelně provozují určitou tělesnou aktivitu a mají povědomí o nezbytnosti pohybové aktivity, hodnotí kvalitu života pozitivněji a se svým zdravotním stavem jsou spokojenější, než jedinci, kteří se pravidelné pohybové činnosti příliš nevěnují.
- VPř3 Senioři procházející lázeňskou léčbou hodnotí svůj zdravotní stav jako zlepšující se.
- VPř4 Senioři před nástupem do lázní hodnotí svůj zdravotní stav spíše jako stav průměrný nebo špatný.

3.4 METODA VÝZKUMU

Pro získávání dat ke zpracování praktické části diplomové práce byla využita explorativní nestandardizovaná metoda dotazování (Chráška, 2005). Byl zhotoven jeden dotazník o devatenácti otázkách, který byl k dispozici v papírové formě. Bylo rozdáno 100 dotazníků a tentýž počet dotazníků byl vyplněn a vrácen k vyhodnocení.

Dotazník obsahoval otázky uzavřené, strukturované, kde byla nabídka odpovědí, ze kterých si mohli respondenti vybírat, dále obsahoval otázky polouzavřené, kde mohli respondenti doplnit vlastní odpověď, které dotazník nenabízel, a v neposlední řadě byly

k dispozici otázky otevřené, které respondenti vyplňovali bez omezení. Kompletní dotazník viz příloha.

Metoda papírových dotazníků byla vybrána na základě cílové skupiny, kterou tvořili jedinci starší 60 let. Většina dotazníků byla vyplněna na základě podpory zdravotnického personálu, který upřesňoval otázky, případně dotazníky přímo vyplňoval. Bylo tedy možné během vyplňování vést s respondenty rozhovor, při kterém slovně doplňovali výběr svých odpovědí.

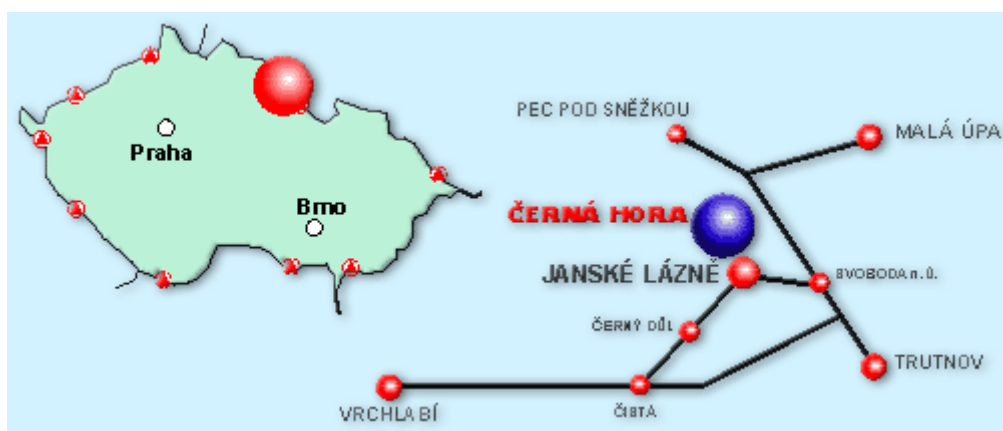
3.5 PRŮBĚH VÝZKUMU A POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Průzkum probíhal v době od začátku měsíce února 2018 do konce května 2018. Oslovováni byli klienti státních léčebných lázní Janské Lázně. Většina respondentů se do výzkumu zapojila velmi aktivně, někteří klienti, kterým byl dotazník předložen, se zdráhali, ale po krátkém rozhovoru o jejich zdravotním stavu a bližším kontaktu, se výzkumu zúčastnili také.

Dotazníky byly povětšinou vyplňovány za přítomnosti zdravotních sester, jež některé otázky blíže specifikovaly. Všechny rozdané dotazníky byly vráceny se všemi zodpovězenými otázkami.

Výzkumu se zúčastnilo 100 respondentů, kteří byli v době sběru dat klienty lázní. U většiny z nich probíhala měsíční léčba. Při rozdávání dotazníků byla délka pobytu zohledněna tak, aby byl dotazník vyplňován cca v půlce pobytu, nebo v druhé půlce pobytu v lázních.

Geografické zaznačení Janských Lázní je označeno na mapě (obrázek 1).



Obr. 2. Mapa ČR (převzato z: *Ludvikova bouda. Janské Lázně*. [online]. [cit. 2018-20-05]. Dostupné z: <http://www.ludvikovabouda.com/mapa.php>)

3.6 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

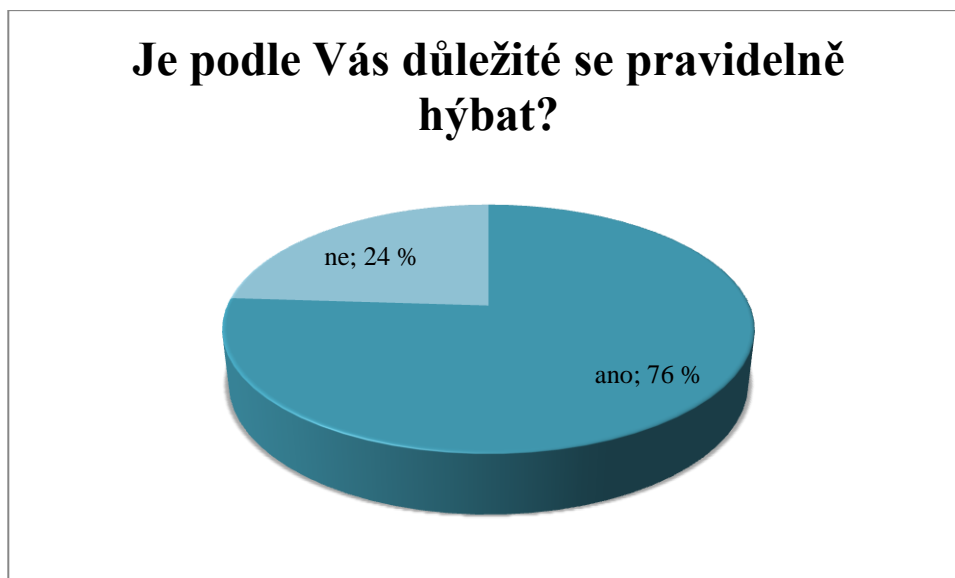
Ke zpracování vyplněných dotazníků posloužil počítačový program Microsoft Office Excel, který je vhodný pro tvorbu tabulek a grafů. Většina grafů má podobu výsečového grafu, neboť často šlo o zobrazení jednotlivých kategorií, které zobrazují část celku. U otázek, které měly možnost zaznamenání více odpovědí, byly použity pruhové grafy vhodné pro porovnávání zadaných hodnot. Výzkumu se zúčastnilo více žen, celkem 63 žen a 37 mužů. Vyhodnocení získaných dat bylo proto zpracováno ve většině případů s ohledem na odpovědi žen a mužů, což vyplývá vždy z tabulky, která předchází grafu.

POLOŽKA č. 1: Je podle Vás důležité se pravidelně hýbat?

V rámci této položky nás zajímalo, jaké jsou rozdíly v pohledu na důležitost pohybu mezi pohlavími, otázka sloužila pro navázání kontaktu, vybrána byla na základě její neutrality pro respondenty.

Tabulka 1. Důležitost pohybu

Je podle Vás důležité se pravidelně hýbat?					
odpověď	ŽENA absolutní četnost	ŽENA relativní četnost%	MUŽ absolutní četnost	MUŽ relativní četnost %	CELKEM
ano	53	84,1%	23	62,2 %	76
ne	10	15,9 %	14	37,8 %	24



Graf 1. Důležitost pohybu (n = 100)

Z tabulky a grafu č. 1 je patrné, že se většina klientů státních léčebných lázní shoduje s názorem, že je pohyb důležitý. Ovšem necelá třetina má na pohyb a jeho pravidelnost názor opačný. Tito respondenti ve většině případů v dalších dotazníkových otázkách odpovídali i nadále velmi negativně, především v oblastech zaměřených na subjektivní posuzování zdraví a kvality života či na otázky týkající se zlepšování jejich zdravotního stavu v rámci pobytu v lázních.

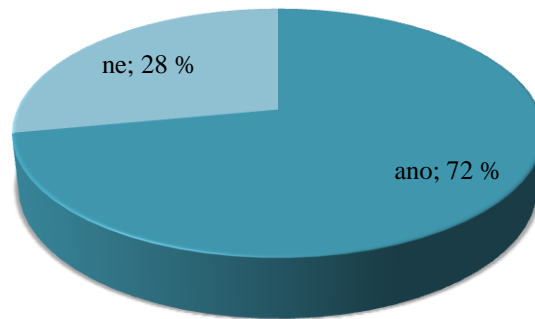
POLOŽKA č. 2: Věnujete se pravidelně nějaké pohybové činnosti?

Druhá otázka navazuje na předchozí otázku a její podstatou bylo zjistit, zda respondenti, kteří považují pohyb za důležitou součást života, se tímto přesvědčením řídí v běžném životě a tedy zda pohyb zařazují do pravidelného denního režimu.

Tabulka 2. Pravidelnost pohybu

Věnujete se pravidelně nějaké pohybové činnosti?					
odpověď	ŽENA	ŽENA	MUŽ	MUŽ	CELKEM
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %	
ano	52	82,5 %	20	54,1 %	72
ne	11	17,5 %	17	45,9 %	28

Věnujete se pravidelně nějaké pohybové činnosti?



Graf 2. Pravidelnost pohybu (n = 100)

Podobně jako u první otázky o důležitosti pohybu, mají respondenti mínění i o otázce č. 2. Pravidelné pohybové aktivitě se věnuje 72 z dotázaných, nepravidelně nebo vůbec se pohybovými činnostmi zabývá 28 respondentů. Pravidelná pohybová aktivita se tedy týká velké části klientů, kteří se do výzkumu zapojili.

Poměr mezi ženami a muži není příliš vyvážený. Co do pravidelnosti jsou pečlivější ženy, které se po výpočtech věnují v 83 % pravidelné pohybové aktivitě, kdežto muži jen v 54 % případech.

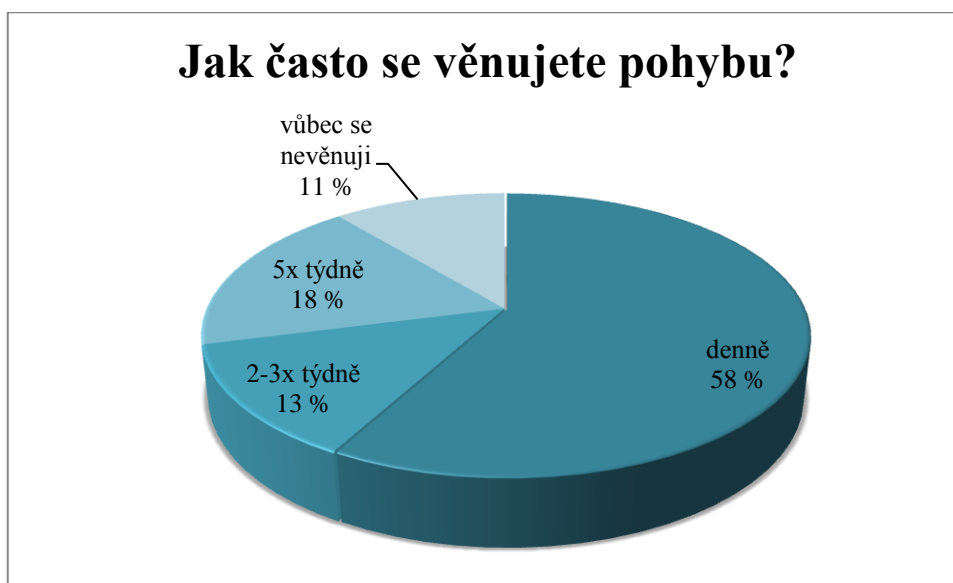
Zúčastnění dotazníkového šetření, kteří ve svých odpovědích odpovídali kladně, mimo jiné uváděli velký počet benefitů, které jim pohyb přináší a při léčbě vykazovali mnohem lepších výsledků než klienti, kteří pohyb nepovažují za důležitou součást svého života a mají spíše pesimističtější přístup k životu.

POLOŽKA č. 3: Jak často se věnujete pohybu?

Otázka č. 3 se zaměřuje na frekvenci pohybové aktivity seniorů trpících určitým onemocněním, kvůli kterému jim byla doporučena/indikována lázeňská léčba.

Tabulka 3. Frekvence pohybu

Jak často se věnujete pohybu?					
odpověď	ŽENA absolutní četnost	ŽENA relativní četnost %	MUŽ absolutní četnost %	MUŽ relativní četnost %	CELKEM
denně	41	65,0 %	17	46,0 %	58
5x týdně	10	15,9 %	8	21,6 %	18
2-3x týdně	8	12,7 %	5	13,5 %	13
vůbec se nevěnuji	4	6,3 %	7	18,9 %	11



Graf 3. Frekvence pohybu (n = 100)

Pravidelnou pohybovou aktivitou si denně zpestřuje život více jak polovina dotázaných. Pětkrát za týden se pohybu věnuje osmnáct respondentů a alespoň 2-3x za týden se snaží některou z pohybových aktivit dělat 13 % respondentů. Celkem pozitivní výsledek je jedenáct záporně odpovídajících respondentů, kteří uvedli, že se pohybu nevěnují vůbec. Při odpovědi na tuto otázku se spousta respondentů zamýšlela, zda opravdu není v jejich pohybové činnosti alespoň drobná pravidelnost. V závislosti na

předchozí otázku by se tak mohl zdát výsledek odpovědí rozporuplný, nicméně s touto otázkou se skutečně někteří klienti pozastavili nad tím, co všechno by mohli za pohybovou činnost považovat a zda nemá jejich pohybová aktivita nějaký řád a v podstatě usoudili, že mohou-li na pohybovou aktivitu považovat i drobné procházky, pak se pravidelnost v určitém slova smyslu skutečně objevuje.

Rozdíl mezi pohlavími a denní pohybovou aktivitou je opět znatelný. Pravidelnost dodržují především ženy, kterých se každodenní aktivita dotýká ve čtyřiceti jedné případech z šedesáti tří, u mužů je pohybová aktivita s většími časovými intervaly.

POLOŽKA č. 4: Jakou pohybovou aktivitu nejvíce provozujete?

Otázka čtyři zkoumala preference pohybových aktivit v rámci pohlaví respondentů. Respondenti měli na výběr z několika uvedených odpovědí, mohli však odpovídat i v otevřené otázce „jiné“, v případě, že dotazník jejich odpověď neposkytoval.

Tabulka 4. Nejpreferovanější pohybové aktivity mezi seniory

Jakou pohybovou aktivitu nejvíce provozujete?					
odpověď	ŽENA absolutní četnost	ŽENA relativní četnost %	MUŽ absolutní četnost	MUŽ relativní četnost %	ČETNOST ODPOVĚDI
chůze	36	57 %	27	73 %	63
chůze s holemi (nordic walking)	13	20,6 %	6	16,2 %	19
jízda na kole	5	7,9 %	7	18,9 %	12
plavání	17	27,0 %	8	21,6 %	25
jóga, pilates	2	3,2 %	0	0 %	2
preferuji zimní sporty	1	1,6 %	2	5,4 %	3
žádné	4	6,3 %	7	18,9 %	11
jiné	2	3,2 %	3	8,1 %	5



Graf 4. Nejpreferovanější pohybové aktivity mezi seniory

Výzkumné předpoklady řadily mezi nejčastější provozované pohybové aktivity seniorů chůzi, nordic walking a plavání, čímž se naplnil výzkumný předpoklad č. 2. Více jak polovina dotazovaných, s počtem šedesáti tří respondentů, uvedla, že jejich nejpreferovanější pohybovou aktivitou je chůze, což odpovídá teoretickým předpokladům, tedy že chůze je pro člověka tou nejpřirozenější a nejzdravější formou pohybu (Sovová, Zapletalová, Cypriánová, 2008).

Druhou nejčastěji uváděnou aktivitou je plavání, což je též pohybová aktivita, která je odborníky nejčastěji doporučována. Vzhledem k lázeňským procedurám je plavání v Janských Lázních velmi často ordinováno a klienti si pobyt v bazénu pochvalují. Plavání mají v oblibě spíše ženy, podobně jako nordic walking, tedy chůze s holemi, kterou preferují častěji ženy než muži. Nordic walking se v současnosti velmi rozmáhá, jedná se o oblíbenou aktivitu právě u řady seniorů. Senioři si pochvalují jednak zapojení dalších svalových skupin, jednak jim chůze s holemi tlumí dopady.

Muži pak více holdují jízdě na kole či zimním sportům.

Moderním cvičením jako je pilates či jóga se věnují pouze dvě respondentky, přičemž jedna z nich uvedla při rozhovoru, že dochází přímo na jógu zaměřenou pro seniory.

Vůbec žádné pohybové aktivitě se nevěnuje celých jedenáct respondentů a ve všech případech se jedná o respondenty, kteří v předchozích otázkách uvedli, že se žádné

pohybové aktivitě nevěnují, že je pro ně pohyb bezvýznamnou součástí života a ve pohybové činnosti se s žádnou pravidelností nevěnují.

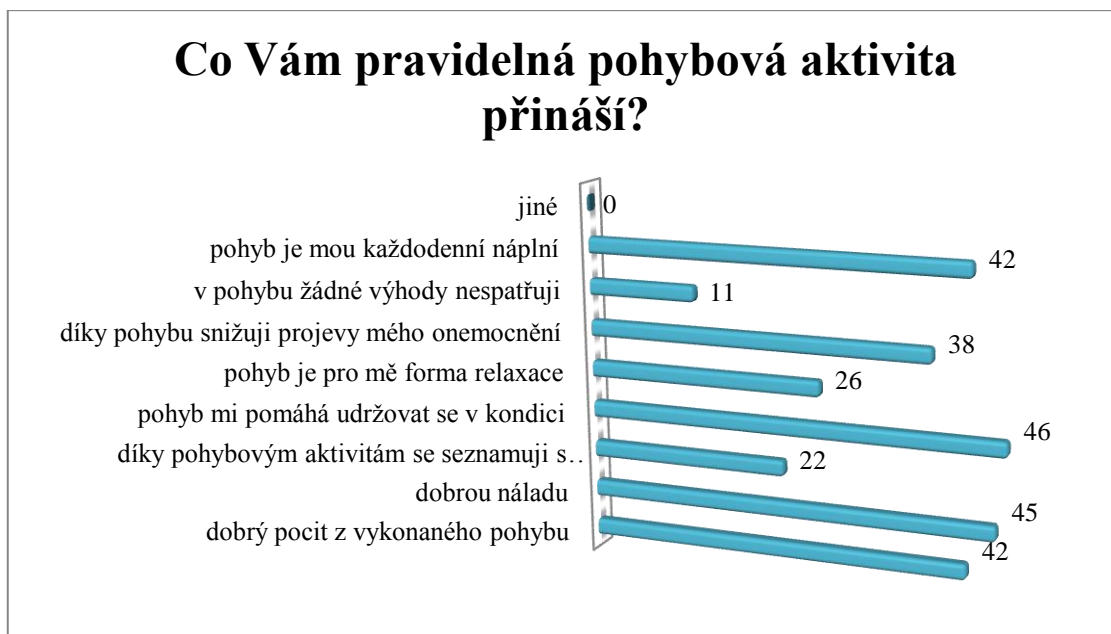
Odpověď „jiné“ uvedlo pět respondentů, ovšem jen jeden jediný respondent uvedl konkrétní aktivitu, a to běh.

POLOŽKA č. 5: Co Vám pravidelná pohybová aktivita nabízí?

Pátá otázka byla koncipována tak, aby respondenti měli možnost zamyslet se nad všemi možnými benefity, které jim pohyb přináší. Odpovědi na otázku byly obšírné, respondenti tak mohli uvést několik odpovědí současně.

Tabulka 5. Výhody pravidelné pohybové aktivity

Co Vám pravidelná pohybová aktivita přináší?	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
dobry pocit z vykonaneho pohybu	42
dobrou naladu	45
diky pohybovym aktivitam se seznamuji s novymi lidmi	22
pohyb mi pomaha udržovat se v kondici	46
pohyb je pro me forma relaxace	26
diky pohybu snizuji projevy meho onemocneni	38
v pohybu zadne vyhody nespaturuji	12
pohyb je mou kazdodenni naplni	42
jiné	0



Graf 5. Výhody pravidelné pohybové aktivity

Důvodů, proč se senioři odmítají vzdát pravidelného pohybu, je několik. Na prvním místě je především zájem lidí seniorského věku, udržet své tělo v kondici a nejen to, na druhém místě, jak je z grafu patrné, je také důvodem pravidelného pohybu dobrá nálada, kterou jim pohyb bezesporu, dle výzkumu, přináší. I zde je nutné podotknout, že otázka č. 5 naplňuje svým obsahem jeden ze stanovených výzkumných předpokladů (výzkumný předpoklad č. 1), který tvrdí, že senioři, věnující se pravidelným pohybovým aktivitám, mají dobrou náladu a jejich celkový pohled na svět a na jejich kvalitu života je velmi pozitivní, jak ukazují i další zodpovězené otázky. I přesto, že tito senioři ve svých dotaznících uváděli, že se svým zdravím nejsou tak zcela spokojeni, kvalitu života hodnotili o poznání lépe a vidinu zlepšení zdravotního stavu po čas pobytu v lázních hodnotili také velmi kladně.

Se stejným počtem odpovědí, čtyřicet dva, skončily ty, ve kterých dotazovaní uvedli, že se pohybové aktivitě věnují proto, že jim přináší dobrý pocit z vykonaného pohybu a také proto, že je jejich každodenní náplní.

Pozitivním výsledkem je odpověď s četností třicet osm, „*díky pohybu snižuji projevy mého onemocnění*“, která ukazuje, že lidé, ač jsou během výzkumu klienty lázeňského ústavu, nenahlízejí primárně na pohyb jako na něco, co jim od bolesti a projevů nemoci pomůže, ale dělají to především pro sebe, pro dobrý pocit, potěšení a také kvůli relaxaci, jak uvedlo dalších dvacet šest účastníků výzkumu.

Velmi příjemným benefitem pravidelné pohybové aktivity je poznávání nových lidí, což je fakt, který seniory sblíží a nevyčleňuje je ze společnosti. S odpovědí, ve které senioři uváděli, že se během pohybu skutečně mají možnost seznámit s novými lidmi, se ztotožnilo dvacet dva respondentů.

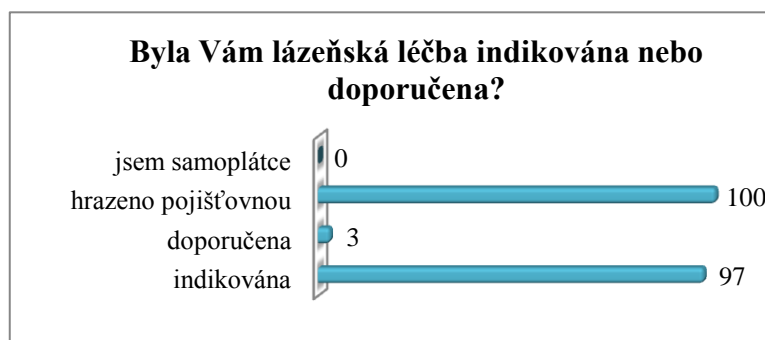
Odpověď, která čítá jedenáct hlasů, je odpověď, ve které respondenti uvádí, že v pohybu žádnou výhodu nespátřují.

POLOŽKA č. 6: Byla Vám lázeňská léčba indikována nebo doporučena?

Položka č. 6 byla do dotazníku vložena proto, aby byl vidět případný rozdíl mezi odpověďmi respondentů, kteří jsou samoplátci a respondenty, kteří mají pobyt hrazen zdravotní pojišťovnou.

Tabulka 6. Forma pobytu v lázních

Byla Vám lázeňská léčba indikována nebo doporučena?	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
indikována	97
doporučena	3
hrazeno pojišťovnou	100
jsem samoplátce	0



Graf 6. Forma pobytu v lázních

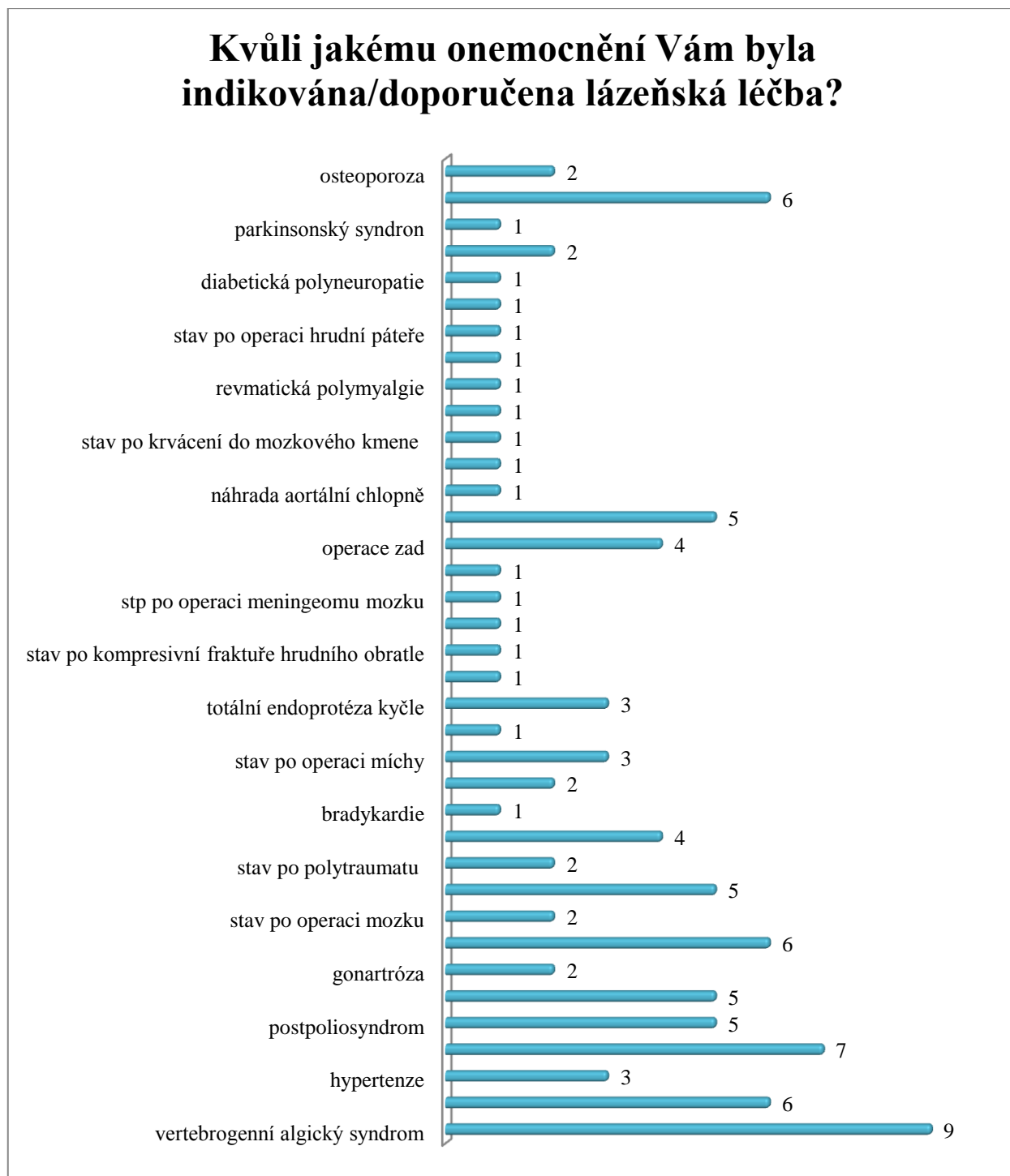
POLOŽKA č. 7: Kvůli jakému onemocnění Vám byla indikována/ doporučena lázeňská léčba?

Otázka 7 zkoumá rozmanitost onemocnění, kvůli kterým klienti navštívili státní léčební lázně v Janských Lázních.

Tabulka 7. Důvody lázeňské léčby

Kvůli jakému onemocnění Vám byla indikována/doporučena lázeňská léčba?	
odpovědi	ČETNOST ODPOVĚDI
vertebrogení algický syndrom	9
Stp. CMP	6
hypertenze	3
zlomenina stehenní kosti	7
postpoliosyndrom	5
stp po fraktuře obratlů	5
gonartróza	2
opakované mozkové příhody	6
stav po operaci mozku	2
svalová dystrofie	5
stav po polytraumatu	2
stav po úrazu hlavy	4
bradykardie	1
polyneuropatie	2
stav po operaci míchy	3
stav po osteosyntéze	1
totální endoprotéza kyčle	3
chronická lymfatická leukemie	1
stav po kompresivní fraktuře hrudního obratle	1
stav po operaci břišní aorty	1
stp po operaci meningeomu mozku	1
TEP kyčelního kloubu	1
operace zad	4
stav po operaci bederní páteře	5
náhrada aortální chlopně	1
stav po operaci tumoru mozku	1
stav po krvácení do mozkového kmene	1
cervikální myopatie	1
revmatická polymyalgie	1
stav po autonehodě, četné zlomeniny	1
stav po operaci hrudní páteře	1

paréza brachiálního plexu	1
diabetická polyneuropatie	1
DMO	2
parkinsonský syndrom	1
stav po zlomenině žeber	6
osteoporóza	2



Graf 7. Důvody lázeňské léčby

Rozmanitost indikací, kvůli kterým jsou klienti do státních léčebných lázní v Janských Lázních přijímáni, je opravdu pestrá. Nejčastěji uváděným onemocněním, s počtem devíti respondentů, je vertebrogenní algický syndrom, čímž označujeme veškeré bolestivé stavy, jejichž původ je v páteři nebo v přilehlých měkkých strukturách, např. ve svalech, úponách či vazech (Rovenský a kol., 2006).

Druhým nejčastěji uváděným onemocněním, se sedmi odpověďmi, byla zlomenina stehenní kosti. Po upřesnění respondentů se většinou jednalo o zlomeninu krčku femuru. Lékaři označují tuto zlomeninu za jednu z nejčastějších u lidí vyššího věku, především pak u žen se v souvislosti s osteoporózou tato indikace objevuje velmi často.

S počtem šesti respondentů se objevily stavy po operaci mozku, stavy po operaci žeber, opakované mozkové příhody či stavy po těchto příhodách. Většina respondentů, kteří uvedli stavy po operaci žeber, dodávala, že se jednalo o operace v důsledku nějakého úrazu. Stavy po operaci mozku jsou ve většině případů po prodělaných mozkových nádorech.

Dalším často se objevujícím onemocněním byl postpolio-syndrom, což je soubor takových příznaků, které doprovázejí prodělané onemocnění zvané dětská obrna. Ač se ve vyspělých státech podařilo dětskou obrnu očkováním zcela eradikovat, přesto je její výskyt v důsledku migrace obyvatel ze zemí třetího světa možný. U klientů, kteří se do dotazníkového výzkumu zapojili, jde o především o věk v souvislosti s tímto syndromem. Postpolio-syndrom se týká totiž těch respondentů, kteří jsou ve vysokém věku, a kteří ještě spadají do skupiny osob, kdy se dětská obrna, polyomyelitis anterior acuta, v populaci vyskytovala. Podle Dungla (2014), se dětská obrna podařila v Československu podchytil již v roce 1957. I přesto, že se SZO snaží toto onemocnění eradikovat, existují oblasti, kde se stále polyomyelitis anterior acuta endemicky či neendemicky vyskytuje (např. Pákistán, Nigérie, Čad...).

Hojně se též vyskytovaly indikace jako stavy po operaci bederní páteře, svalová dystrofie, stavy po zlomeninách obratlů, stavy po operaci zad, stavy po úrazu hlavy.

Ostatní onemocnění, která se v dotazníku vyskytla méně jak třikrát, nebyla nijak zvlášť vzácná. Jak bylo zdravotnickým personálem sděleno, jednalo se spíše o aktuální složení klientů. Obecně jsou však častými klienty právě lidé po prodělaných mozkových příhodách nebo po zlomeninách stehenní kosti, po výměně kloubů či s postpolio-syndromem a vertebrogenním algickým syndromem.

POLOŽKA č. 8: Jak často lázně navštěvujete a v jakých intervalech?

Osmá položka byla zařazena především jako odlehčující otázka před otázkami, které jsou soukromějšího charakteru.

Tabulka 8. Frekvence pobytu v lázních

Jak často lázně navštěvujete a v jakých intervalech?	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
každý rok	36
jsem tu poprvé	53
jiná možnost	11



Graf 8. Frekvence pobytu v lázních (n = 100)

Tato otázka byla velmi zásadní pro personál lázeňského komplexu v Janských Lázních, neboť více jak polovina klientů, s počtem padesát tři odpovědi, sdělila, že je v Janských Lázních poprvé. V otázce č. 14, která zkoumala, zda se klientům pobyt v lázních líbí a jak by ohodnotili kvalitu služeb zdravotnického personálu, bylo sdělení klientů velmi vypovídající. Většina klientů uvedla, že se jim kvalita péče jeví jako dobrá nebo velmi dobrá, což je pro personál, především zdravotnický personál, velmi lichotící.

Třicet šest procent, a tedy třicet šest respondentů, odpovědělo, že tyto lázně navštěvuje každý rok. Většina z nich se sem ráda vrací především kvůli kvalitě služeb, pak

také kvůli prostředí. Vzhledem k umístění Janských Lázní v okolí Krkonoš je zde krásná příroda a možnost turistických výletů na zajímavá místa, což velmi přispívá ke zlepšení zdravotního stavu klientů a napomáhá jejich lázeňské léčbě. Při návštěvě Janských Lázní je možno vidět spoustu klientů, kteří se po procedurách vydávají na procházky či větší túry.

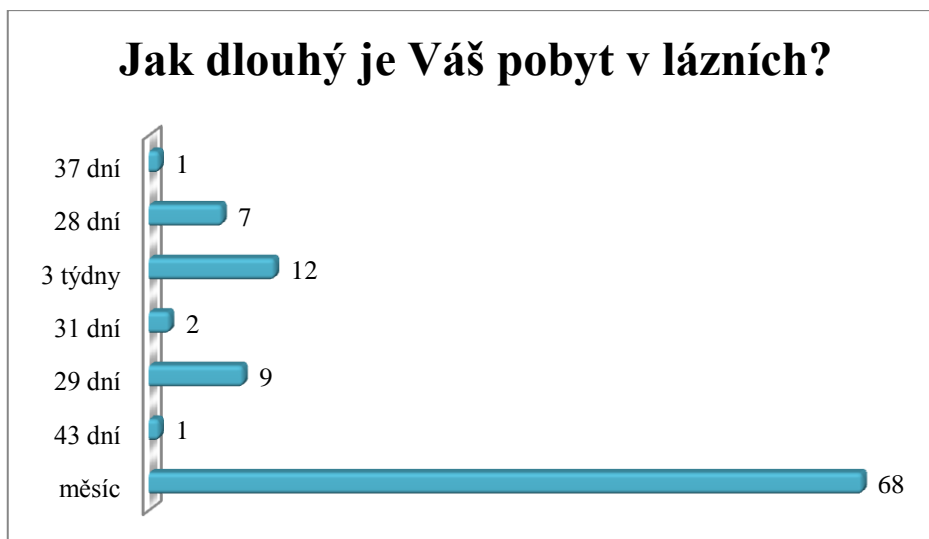
Jedenáct klientů v dotazníku zaškrtnulo možnost „jiné“. Většina klientů odpověď blíže nespecifikovala, znění otázky bylo zřejmě mnohým nesrozumitelné. Jedna respondentka uvedla, že navštívila Lázně Bohdaneč, jednou se v dotazníku objevila odpověď navštívení lázní v Poděbradech, jednou byly vzpomenuty Lázně Bělohrad.

POLOŽKA č. 9: Jak dlouhý je Váš pobyt v lázních?

Položka číslo devět se zaměřuje na délku pobytu klientů, která je v případě pobytů hrazených pojišťovnou pevně stanovena, nenařídí-li lékař jinak.

Tabulka 9. Délka pobytu

Jak dlouhý je Váš pobyt v lázních?	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
měsíc	68
43 dní	1
29 dní	9
31 dní	2
3 týdny	12
28 dní	7
37 dní	1



Graf 9. Délka pobytu

Délka pobytu v lázních je stanovena přílohou zákona o veřejném zdravotním pojištění. Tato příloha stanovuje seznam indikací možných pro lázeňskou léčbu, délku pobytu i možnost jeho prodloužení, možnosti opakování lázeňské léčby, stanovuje tak i intervaly mezi opakovanými lázeňskými pobyty.

Odpovědi byly zaneseny do tabulky tak, jak byly vyřčeny přímo samotnými respondenty. Ve velké míře, s počtem šedesáti osmi respondentů, bylo sděleno, že délka pobytu lázeňské léčby je na jeden měsíc.

V druhém případě jde o pobyty tří týdenní, tedy o dvacet jeden denní pobyt.

V dalších odpovědích zazněly tyto hodnoty: 43 dní, 37 dní, 31 dní a 29 dní. Odpověď dvacet osm dní bychom mohli dát do srovnání s odpovědí měsíc, protože všichni z dotazovaných klientů měli pobyt hrazen pojišťovnou. Pojišťovna tak hraď pobyty na 21 nebo 28 dní. V případě nutnosti prodloužení pobytu musí být prodloužení schváleno revizním lékařem pojišťovny.

V důsledku zachování autentičnosti výpovědí byly proto ponechány obě odpovědi.

POLOŽKA č. 10: Pozorujete na svém těle a celkovém zdravotním stavu známky zlepšení během lázeňské léčby?

Desátá položka se zaměřuje na již na konkrétní subjektivní pocit v rámci lázeňské léčby. Respondenti zde hodnotí, zda se jejich zdravotní stav během pobytu v lázních zlepšil či nikoli.

Tabulka 10. Zdravotní stav během lázeňského pobytu

Pozorujete na svém těle a celkovém zdravotním stavu známky zlepšení během lázeňské léčby?	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
rozhodně ano	21
spíše ano	59
spíše ne	12
vůbec ne	8



Graf 10. Zdravotní stav během lázeňského pobytu

U jednadvaceti respondentů jsme se setkali s názorem, že na svém těle a zdravotním stavu během pobytu v lázních shledávají skutečné známky zlepšení. Při bližším dotazování klienti Janských Lázní pozorovali zlepšení především v rámci zmírnění pociťované bolesti nebo rozsahu pohybových možností.

Necelých šedesát procent uvedlo, že určité zlepšení vidí, ale nemohou tak tvrdit se stoprocentní jistotou. Jejich odpověď, jak sami dodávali, závisela především na jejich celkovém psychickém rozpoložení. Respondenti uváděli, že jsou dny, kdy je jim lépe, dobře se jim rehabilituje, pak ale přijdou dny, kdy se cítí mizerně, spousta klientů se odkazovala na smutek po rodině.

Spíše žádné pokroky a zlepšení v celkovém hodnocení zdravotního stavu během pobytu v lázních pozorovalo dvanáct z celkového počtu sta respondentů.

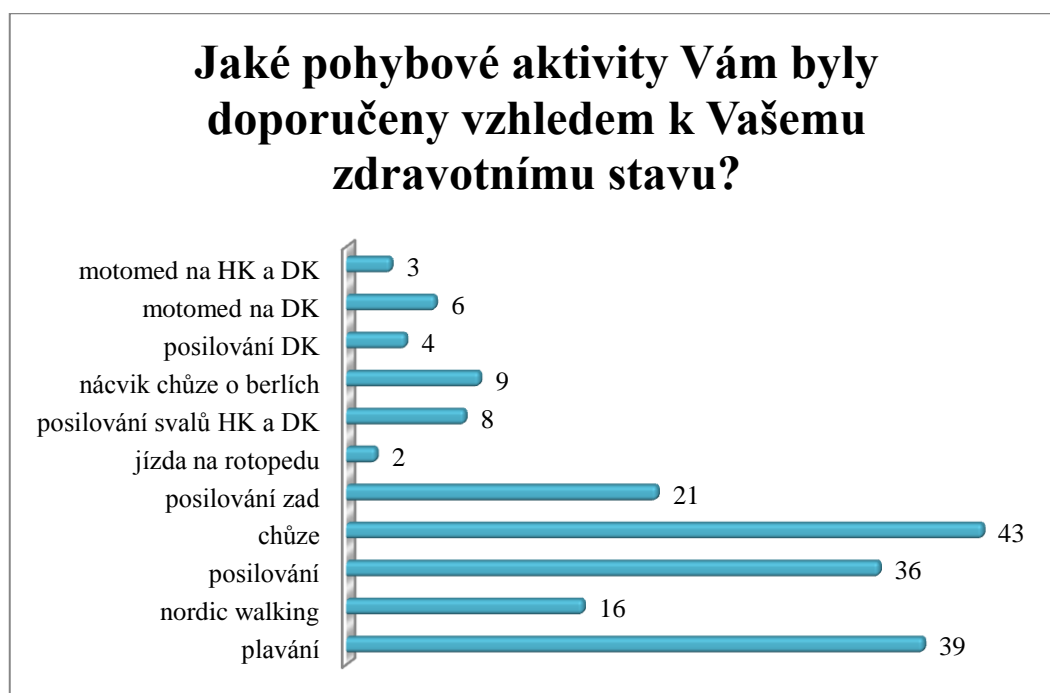
A vůbec žádné známky zlepšení zdravotního stavu během léčebného pobytu v lázních shledalo celých 8 % z dotazovaných. I v tomto případě se jedná o klienty, kteří se k celkovému zdravotnímu stavu stavěli spíše negativně, negativně jej hodnotili, negativně se pohlíželi na důležitost pravidelného pohybu atd.

POLOŽKA č. 11: Jaké pohybové aktivity Vám byly doporučeny vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?

Jedenáctá položka dotazníků zkoumá, zda se klienti řídí doporučením svého ošetřujícího lékaře. Záměrně byla zařazena s odstupem od položky č. 4, ve které respondenti uváděli, které pohybové aktivity se skutečně věnují.

Tabulka 11. Nabídka pohybových aktivit stran lékaře

Jaké pohybové aktivity Vám byly doporučeny vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
plavání	39
nordic walking	16
posilování	36
chůze	43
posilování zad	21
jízda na rotopedu	2
posilování svalů HK a DK	8
nácvik chůze o berlích	9
posilování DK	4
motomed na DK	6
motomed na HK a DK	3



Graf 11. Nabídka pohybových aktivit stran lékaře

Nabídka pohybových aktivit doporučených lékařem je velmi podobná aktivitám, které senioři uváděli v otázce č. 4. Opět se jako nejpřirozenější a nejvhodnější jeví lékařům chůze. Tu odborníci doporučili ve čtyřiceti třech případech.

Hned po chůzi bývá doporučováno plavání. Plavání bylo doporučeno devětatřiceti respondentům účastnících se výzkumného šetření.

Velkému počtu hlasů se těší i posilování. I když v dotazníku nebylo většinou blíže specifikováno, o jaké posilování jde, vesměs se jednalo, po rozhovoru s klienty, o posilování těch částí těla, které byly například oslabeny právě po traumatických stavech, nebo po operaci, náhradě atd., nebo o celkové posilování různých částí pohybového aparátu.

Vzhledem k poměrně vysokému počtu uvedených odpovědí ohledně indikací v oblasti operací zad, míchy, obratlů atp., kvůli kterým jsou klienti k léčebnému pobytu přijímáni, není divu, že v jednadvaceti případech respondenti uváděli doporučené posilování zad.

Na poměrně novou, ale velmi oblíbenou pohybovou aktivitu, nordic walking, byli odkázáni respondenti v šestnácti případech.

Po těžkých stavech, např. po cévních mozkových příhodách, je klientům často doporučen nácvik chůze o berlích. Jakkoli se tato aktivita může jevit jako nepřilíš „invazivní“, mnozí respondenti uvádí, že zkoordinovat pohyby rukou a nohou, udržet větší část síly právě v horní polovině těla, činí některým opravdu nemalé problémy, proto spousta z nich dokládá, že je vhodné posilovat i svaly horních končetin.

Mezi další doporučené aktivity, které již nejsou tak často uváděny, jsou například posilování buď jen horních končetin, nebo dolních končetin nebo obou dvou svalových skupin, a to např. jízdou na motomedu (viz obrázek 3), nebo jízdou na rotopedu, která byla vzpomenu ta ve dvou případech. Jízdou na motomedu mohou trénovat i klienti, kteří mají znehýbněné dolní končetiny, motomed lze nainstalovat k posteli tak, že klient zkouší posilovat horní končetiny v poloze na zádech.



Obr. 3. Motomed (převzato z *AC Mobility*. [online]. [cit. 2018-29-05]. Dostupné z: <http://acmobility.com.au/motomed-rehabilitation-exercise-equipment/>)

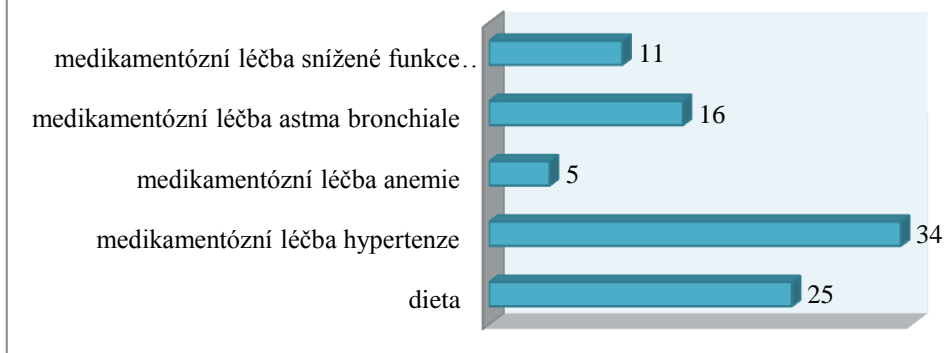
POLOŽKA č. 12: Máte ještě některá další doporučení či omezení v rámci Vašeho zdravotního stavu?

Tato položka zkoumá další onemocnění klientů, kvůli kterým primárně nejsou na lázeňském pobytu, ale které jejich zdravotní stav též ovlivňují či omezují.

Tabulka 12. Doporučení/omezení v rámci zdravotního stavu

Máte ještě některá další doporučení či omezení v rámci Vašeho zdravotního stavu?	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
dieta	25
medikamentózní léčba hypertenze	34
medikamentózní léčba anemie	5
medikamentózní léčba astma bronchiale	16
medikamentózní léčba snížené funkce štítné žlázy	11

Máte ještě některá další doporučení či omezení v rámci Vašeho zdravotního stavu?



Graf 12. Doporučení/omezení v rámci zdravotního stavu

Většina klientů, kteří se do výzkumu zapojili, uvedla, že dalším onemocněním, kvůli kterému se primárně v lázních neléčí, ale které je v jejich zdravotním stavu určitým způsobem omezuje, je hypertenze, tedy vysoký krevní tlak. Vysoký krevní tlak tak sužuje třicet čtyři respondentů, kteří pravidelně užívají léky napomáhající k jeho snížení.

Druhou početnou skupinou, která uváděla omezení ve smyslu dodržování diety, byli klienti s diagnózou diabetes mellitus. Z velké části se jedná o cukrovku II. typu, tedy cukrovku, která vzniká v důsledku nedostatečného účinku inzulinu. Diabetes mellitus II. typu je velmi časté onemocnění, které se vyskytuje u lidí s přibývajícím věkem, jehož základní léčbou je dieta. Diabetická dieta je označována č. 9, tedy dieta s nízkým obsahem energie, u které lékař přesně stanoví objemem sacharidů (Sovová, Lukl, 2005).

Medikamentózní léčbu astma bronchiale do dotazníku uvedlo šestnáct klientů státního léčebného ústavu v Janských Lázních. Respondenti s tímto onemocněním většinou uváděli i diabetes mellitus. Zacharová a kol. (2007) ve své publikaci zmiňují psychogenní podmíněnost. Uvádí, že psychologičtí činitelé mají v procesu rehabilitace a rekonvalescence souvislost s některými respiračními chorobami, např. právě s astma bronchiale.

Léčbu poruchy funkce štítné žlázy pomocí mediace uvedlo jedenáct klientů. Poruchy štítné žlázy podle Kalvacha a kol. (2004) patří vůbec mezi nejčastější endokrinopatické poruchy ve stáří.

Podobně je tomu i v souvislosti s odpovědí, s níž se ztotožnilo pět respondentů, ohledně léčby anemie. S věkem klesá hodnota hemoglobinu, u mužů dochází k největšímu

poklesu po 60. roce věku. Příčinu anemie Kalvach a kol. (2004) přisuzuje častému výskytu nedostatku železa. U starých lidí bývá anemie často formou anemie chronických onemocnění.

POLOŽKA č. 13: Jste spokojen/a se svým aktuálním zdravotním stavem?

Třináctá položka dotazníku se zaměřuje na hodnocení aktuálního zdravotního stavu během vyplňování dotazníku. Otázka se zaměřuje na rozdíl mezi pohlavími.

Tabulka 13. Hodnocení aktuálního zdravotního stavu

Jste spokojen/a se svým aktuálním zdravotním stavem?					
odpovědi	ŽENY absolutní četnost	ŽENY relativní četnost %	MUŽI absolutní četnost	MUŽI relativní četnost %	ČETNOST ODPOVĚDI
velmi spokojen(a)	0	0 %	0	0 %	0
spokojen(a)	29	46,0 %	14	37,8 %	43
ani nespokojen(a), ani spokojen(a)	8	12,7 %	6	16,2 %	14
nespokojen(a)	24	38,1 %	14	37,8 %	38
velmi nespokojen(a)	2	3,2 %	3	8,1 %	5



Graf 13. Hodnocení aktuálního zdravotního stavu (n = 100)

Navzdory onemocnění a přes velkou bolest, kterou často klienti zmiňovali, se čtyřicet tři respondenti ztotožnili s názorem, že jsou se svým stavem spokojeni. Snaží se pro sebe a své zdraví udělat maximum, řídí se doporučením lékařů, někdy i vlastním instinktem, na léčbu pohlíží jako na možnost zlepšení svého zdravotního stavu, i když většina klientů dodává, že s přibývajícimi lety se zdravotními komplikacemi počítají.

Ani spokojeno ani nespokojeno je se svým zdravotním stavem čtrnáct respondentů. Někteří z nich si uvědomují, že jejich cesta ke zlepšení zdravotního stavu je ještě dlouhá, nicméně většina respondentů se nevzdává naděje.

Zdravotní stav jako spíš nevyhovující, tedy nespokojeni se svým zdravím jsou klienti v třiceti osmi případech, což je poměrně značná část. Klienti např. v rozhovorech vzpomínali na svůj zdravotní stav před operací či úrazem, který s nynějším vztahem porovnávali. Někteří z nich jsou ve svém snažení velmi vytrvalí, léčbu nesabotují a snaží se dostat na stejnou nebo alespoň možnou úroveň zdravotního stavu, mají podporu rodiny i blízkého okolí, přesto někdy bojují s pocity možné rezignace. U pacientů, u nichž převládají chronické stavy, je jejich postoj jakýmsi smířením s onou skutečností. Poznámky typu „*Lepší už to nebude...*“ byly mnohokrát vyřčeny, což vede k domněnkám, že klienti zřejmě nemají potřebu překonat určité hranice a dostat se tak na úroveň zdraví, která by jim v rámci možností vyhovovala.

Velmi nespokojeno je se svým zdravím čtrnáct z dotazovaných. Většina z nich v dalších otázkách dotazníků odpovídala spíše negativně, pravidelný pohyb nevyhledávají a ani jim nepřijde potřebný. Z větší části se jedná o muže.

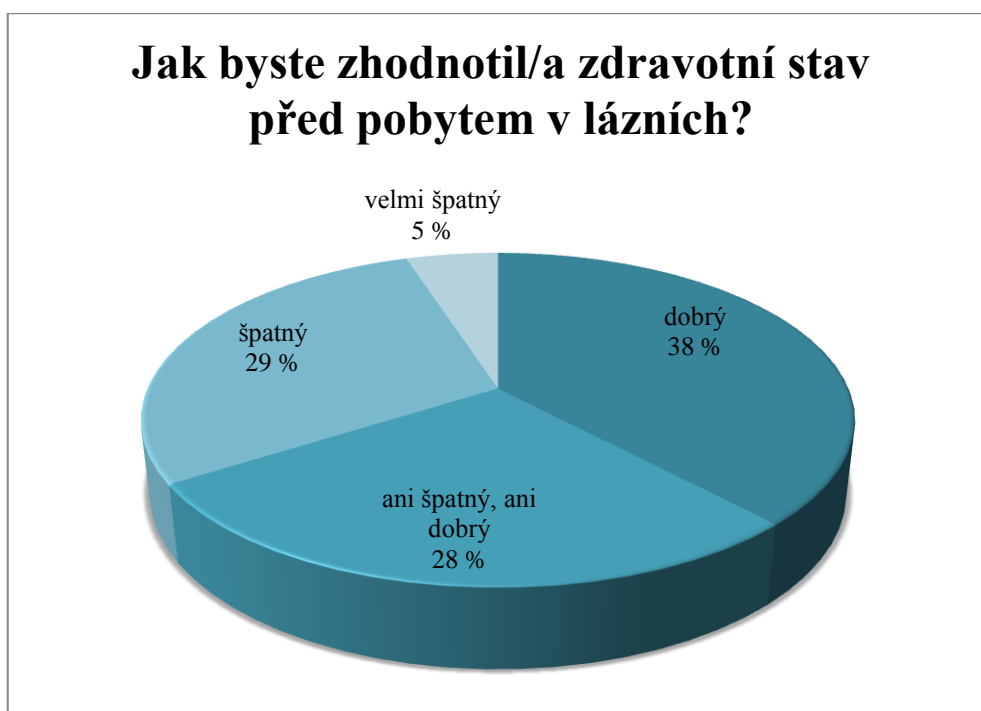
Hodnocení „velmi spokojen/a“ nebylo klienty zadáno vůbec, což se dalo předpokládat, vzhledem k místu, kde výzkum probíhal. Klienti jsou zde většinou po velmi těžkých stavech, po kterých je častokrát vidina návratu do původního stavu až nemyslitelná. Klienti se tak musí vyrovnávat především s psychickou zátěží, která ovlivňuje průběh jejich léčby. K dispozici je psycholog, který velmi často řeší problémy právě spojenými s pochybami o účincích léčby či o schopnostech pacientů.

POLOŽKA č. 14: Jak byste zhodnotil/a zdravotní stav před pobytem v lázních?

Čtrnáctá položka slouží k subjektivnímu posouzení respondentů a jejich zdravotního stavu před pobytem v lázních.

Tabulka 14. Zdravotní stav před pobytem v lázních

Jak byste zhodnotil(a) svůj zdravotní stav před pobytem v lázních?					
odpověď	ŽENY absolutní četnost	ŽENY relativní četnost %	MUŽI absolutní četnost	MUŽI relativní četnost %	ČETNOST ODPOVĚDI
velmi dobrý	0	0 %	0	0 %	0
dobrý	36	57,1 %	11	29,7 %	47
ani špatný, ani dobrý	8	12,7 %	11	29,7 %	19
špatný	16	25,4 %	13	35,1 %	29
velmi špatný	3	4,8 %	2	5,4 %	5



Graf 14. Zdravotní stav před pobytem v lázních (n = 100)

Před samotnou lázeňskou léčbou jako dobrý hodnotí třicet osm respondentů, což je také nejčastěji zmiňovaná odpověď.

Středovou možnost označení zdravotního stavu ani jako dobrého ani jako špatného využilo dvacet osm respondentů. Většina těchto respondentů uváděla v otázce č. 10, která zkoumala pohled na úspěšnost lázeňské léčby, že se jejich stav během pobytu zlepšil, což je velmi milý výsledek.

Podobně tomu bylo i u odpovědi, kde dvacet devět respondentů uvedlo, že jejich zdravotní stav před zahájením lázeňské léčby byl špatný. I zde se byl vidět progres v souvislosti s otázkou č. 10.

Jako velmi špatný označilo svůj zdravotní stav pět respondentů. Dva z nich v dotazníku uvedli, že ve svém zdravotním stavu před ani během léčby žádný pokrok nevidí.

POLOŽKA č. 15: Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Hodnocení kvality života v otázce č. 15 je jednou z nejdůležitějších položek dotazníku, neboť je jádrem celé práce. Hodnocení kvality života je též zkoumáno v závislosti na pohlaví.

Tabulka 15. Hodnocení kvality života

Jak byste zhodnotil(a) kvalitu svého života?					
odpověď	ŽENY absolutní četnost	ŽENY relativní četnost %	MUŽI absolutní četnost	MUŽI relativní četnost %	ČETNOST ODPOVĚDI
velmi dobrá	2	3,2 %	0	0 %	2
dobrá	39	61,9 %	17	45,9 %	56
ani špatná ani dobrá	10	15,9 %	8	21,6 %	18
špatná	12	19,0 %	12	32,4 %	24



Graf 15. Hodnocení kvality života (n = 100)

Přestože aktuální zdravotní stav hodnotí někteří respondenti negativně nebo neutrálně, na kvalitě života se subjektivní vnímání zdravotního stavu příliš neodrazilo. Klienti vnímají kvalitu života spíše pozitivněji. Dvě dotazované ženy dokonce uvedly, že svou kvalitu života vnímají jako velmi dobrou. Při rozhovoru uvedly několik důvodů, jedním z nich byly například vnoučata, kvůli kterým se snaží být co nejvitálnější a v co nejlepší kondici.

Jako dobrou hodnotí kvalitu života respondenti v padesáti šesti případech, což je více jak polovina. Ve větší míře takto hodnotí kvalitu života spíše ženy, které obecně mají k optimističtějšímu pohledu na zdraví a schopnost vidět lepší budoucnost větší sklony.

Jako ani dobrou, ani špatnou hodnotí klienti kvalitu života v osmnácti případech. Z celkového počtu se k této odpovědi přikláněli spíše muži.

Špatnou kvalitu života spatřují klienti hned ve čtyřadvaceti případech. I zde hodnotí negativněji spíše muži, což opět poukazuje na schopnost žen přizpůsobit se daným podmínkám a pohlížet na aktuální stav jak na výzvu.

POLOŽKA č. 16: Jak byste zhodnotil/a kvalitu péče zdravotnického personálu těchto lázní?

Hodnocení kvality péče zdravotnického personálu lázní bezprostředně ovlivňuje spokojenost klienta, což má velký vliv na jeho uzdravování. Otázka byla proto zařazena nejen vzhledem k tomuto faktu, ale také slouží jako ukazatel pro personál lázní.

Tabulka 16. Hodnocení kvality zdravotnických služeb

Jak byste zhodnotil(a) kvalitu péče zdravotnického personálu těchto lázní?					
odpověď	ŽENY absolutní četnost	ŽENY relativní četnost %	MUŽI absolutní četnost	MUŽI relativní četnost %	ČETNOST ODPOVĚDI
velmi dobrá	20	31,7 %	14	37,8 %	34
dobrá	38	60,3 %	18	48,6 %	56
ani špatná ani dobrá	4	6,3 %	3	8,1 %	7
špatná	1	1,6 %	2	5,4 %	3
velmi špatná	0	0 %	0	0 %	0



Graf 16. Hodnocení kvality zdravotnických služeb (n = 100)

Zhodnocení kvality služeb zdravotnického personálu si vede velmi dobře. Devadesát procent respondentů uvedlo kladné odpovědi, výčetem se jedná o třicet čtyři

respondentů, kteří jsou velmi spokojeni se službami zdravotnické péče, a padesát šest respondentů uvedlo, že se jim zdravotnická péče jeví jako dobrá.

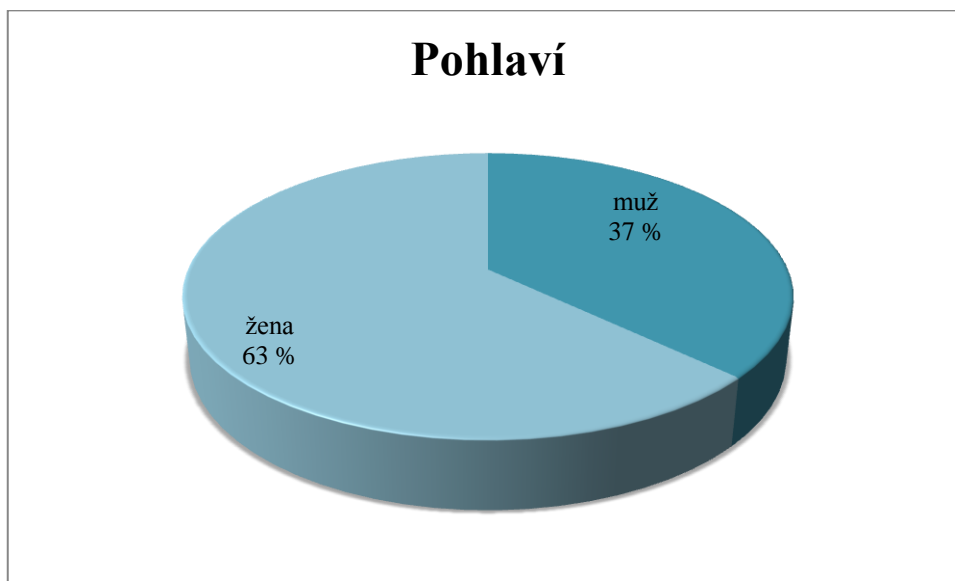
Sedm respondentů hodnotí péče neutrálně, tedy jako ani špatnou ani dobrou a pouhé tři procenta považují péči za špatnou. Klienti uváděli, že se zdravotnický personál nechová empaticky, nemá zájem se o klienty více zajímat. K velmi špatné péči se nepřiklonil žádný z dotazovaných.

POLOŽKA č. 17: Pohlaví

Položka sedmnáct poukazuje na četnost respondentů v rámci pohlaví.

Tabulka 17. Pohlaví

Pohlaví	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
muž	37
žena	63



Graf 17. Pohlaví (n = 100)

Výzkumného šetření se zúčastnilo třicet sedm mužů a šedesát tři ženy.

Věkové složení respondentů je velmi variabilní. Dotazníky vyplnilo sto osob v rozmezí věku od šedesáti jedna do osmdesáti sedmi let.

Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věku šedesát čtyři let, druhou nejpočetnější skupinu tvoří klienti ve věku šedesát tři a sedmdesát dva let.

Nejméně početné skupiny pak tvoří respondenti po sedmdesáti čtyřech letech (včetně). V těchto případech se jedná většinou o 1-2 respondenty.

POLOŽKA č. 19: Místo bydliště

Položka zkoumající místo bydliště respondentů byla zařazena z důvodu pohledu klientů na pohybové možnosti. Respondenti žijící ve městech mají mnohem větší možnost využití moderních pohybových aktivit než senioři žijící ve vesnici.

Tabulka 19. Bydliště

Místo bydliště	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
město	69
vesnice	31



Graf 19. Bydliště (n = 100)

Otázka č. 19 měla poměrně překvapující odpovědi. Přestože se výzkum zaměřoval na osoby seniorského věku, většina z nich, tedy šedesát devět klientů, uvedla místo bydliště ve městě. Zbýlých třicet jedna respondentů bydlí na vesnici.

Senioři z města uváděli, že jim městský život nevadí, ba naopak si chválí dostupnost nejen zdravotnické péče. Lidé žijící na vesnici v rozhovorech uvedli, že si naopak život ve městě nedovedou představit. Představa dnešního zrychleného života je příliš neláká.

POLOŽKA č. 20: Nejvyšší dosažené vzdělání

Položka dvacet byla zařazena z hlediska pohledu na odpovědi klientů s různým stupněm dosaženého vzdělání.

Tabulka 20. Dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	
odpověď	ČETNOST ODPOVĚDI
základní	22
vyučen(a)	27
učební obor s maturitou	18
SŠ s maturitou	15
nadstavbové studium po SŠ	7
VŠ	11



Graf 20. Dosažené vzdělání (n = 100)

Otázka č. 20 se zaměřovala na dosažené vzdělání, které bezesporu hraje velkou roli v otázkách zaměřených na pojetí zdraví, na hodnocení kvality života a na hodnocení úspěšnosti léčby.

Většina respondentů, tedy dvacet sedm z nich, je vyučena v určitém oboru. S přihlédnutím k věkovému složení respondentů a k historickým událostem je takový stav u této skupiny populace ČR nejčastější. Podobně je to se vzděláním základním, ke kterému se přiklonilo dvaadvacet respondentů.

V osmnácti případech respondenti uvedli nejvyšší dosažené vzdělání studiem učebního oboru s maturitou, v patnácti případech pak klienti uvedli střední školu s maturitou, v jedenácti případech šlo o vystudování vysoké školy. Co do pohlaví odpovídaly na tuto otázku především ženy. V pouhých sedmi případech šlo o klienty s ukončeným nadstavbovým studiem střední školy.

3.7 SHRNU TÍ PLATNOSTI STANOVENÝCH VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ

1. hypotéza: Výzkumné šetření o pozitivních účincích pravidelného pohybu na duševní a fyzické zdraví a sociální život bylo prokázáno. Senioři skutečně mají pohyb ve svém denním režimu na předních příčkách, 72 % seniorů uvedlo, že se pohybovým aktivitám věnuje pravidelně. Pohyb seniorům přináší spoustu výhod, které dávají jejich životu smysl. Ti, kteří se pravidelnému pohybu nevěnují, hodnotí svůj život spíše negativně, v pohledu na život a na možnost zlepšení zdravotního stavu jsou spíše pesimističtí.

1. výzkumný předpoklad byl potvrzen. Výzkum potvrdil, že mezi nejčastěji provozované aktivity seniorů patří na prvním místě chůze (63 %), na druhém místě plavání (25 %) a na třetím místě nordic walking (19 %).

2. výzkumný předpoklad nebyl potvrzen. Lékaři nejčastěji klientům státních léčebných lázní indikují chůzi, plavání nebo posilování partií, které jsou postiženy. Předpoklad, který vnesl domněnku o rehabilitačním cvičení zmírňující bolesti, nebyl potvrzen.

2. hypotéza. Přestože více jak polovina respondentů uvedla, že se pravidelnému pohybu věnují, při hodnocení aktuálního zdravotního stavu výsledky neodpovídaly faktu, že by díky pohybu senioři svůj zdravotní stav vnímali pozitivně. Pravidelnému pohybu se sice věnuje 72% respondentů, nicméně pouhých 43% je se svým zdravotním stavem spokojeno. Oproti tomu vnímání kvality života jsou výsledky pozitivnější. Kvalita života v tomto případě je hodnocena kladně v 58%, přestože zdravotní stav tak pozitivně nevnímají.

3. výzkumný předpoklad byl potvrzen. Dohromady kladně odpovědělo 80% klientů. Menší část kladně odpovídajících klientů na svém zdravotním stavu pozoruje opravdu značné změny, větší část kladně odpovídajících respondentů uvedla, že je tyto změny spíše pozoruje.

4. výzkumný předpoklad nebyl potvrzen. Větší část respondentů uvedla, že se před pobytem v lázních cítila dobře nebo na rozhraní, tedy hodnotili svůj zdravotní stav neutrálně. Jen malá část z celkového počtu sta dotazovaných uvedla, že by svůj zdravotní stav zhodnotili jako špatný nebo velmi špatný.

Závěr

Výzkumného šetření se zúčastnili senioři během pobytu ve státním léčebním ústavu v Janských Lázních. Do výzkumu se tedy zapojili lidé starší 60 let, kteří byli ochotni spolupracovat. I přes počáteční obavy o časté odmítnutí nebo nepochopení otázek se nakonec podařilo vytvořit soubor sta respondentů, kteří tak byli součástí práce o tom, jak lázeňská léčba působí na pohybové dovednosti a kvalitu života seniorů.

Přes původní domluvené podmínky sběru dat s teď již bývalou p. primářkou lázní, která v průběhu přípravy podkladů k výzkumu byla odvolána, proběhl výzkum bez větších obtíží. Současná paní primářka přišla se spoustou nápadů, jak výzkum uchopit, bohužel ve chvíli, kdy k těmto návrhům došlo, byly pro výzkum připraveny a schváleny podklady a nezbývalo mnoho času na změny v takovém rozsahu, který p. primářka nabízela.

I tak si myslím, že bychom se od současných seniorů mohli leccos učit. Elán a nasazení některých z nich bychom jim mohli leckdy závidět. Je pravda, že s věkem přichází moudrost, kterou jsem při výzkumu bezesporu pocítovala a která je mi velmi sympatická a vlastně v tomto věku neodmyslitelná.

Přes nevzdy snadné životní osudy se lidé v poměrně vysokém věku a s určitým zdravotním omezením dokážou radovat ze života mnohem víc než my. Jsou ochotni učit se novým věcem (např. práce s dotykovým telefonem pro některé není absolutně žádný problém) a získávat nové zkušenosti.

Na druhé straně je smutné vidět i spoustu rezignovaných lidí, kteří na tom ve srovnání s jinými klienty nejsou zdravotně tak špatně a jejich pohled na svět a odmítání možných zlepšení je poměrně tragický.

Opravdu s velkým údivem jsem obdivovala práci zdravotních sester. Myslím, že náplň práce a nadstandardní služby, které klientům poskytují, jsou v současné době velmi podceňovaným a finančně velmi podhodnoceným jevem. Z pohledu pedagoga si obecně myslím, že pedagogové a zdravotní sestry mají ve společnosti díky finančnímu ohodnocení velmi těžké postavení, které zároveň i degraduje tyto profese a ubírá jim na významu a důležitosti

Shrnutí výzkumu bych tak ohodnotila jako vyhovující. V bakalářské práci, ve které jsem se zabývala vlivem pohybových aktivit na kvalitu života seniorů, jsem v závěru uvedla, že bych se ráda k podobnému výzkumu vrátila a shledala podobné výsledky. Přestože se tento výzkum o něco lišil, průběh výzkumu a výsledky pro mě byly i tak potěšující.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá vlivem lázeňské léčby na pohybové dovednosti a kvalitu života lidí v seniorském věku. Teoretická část čtenáře seznamuje s problematikou stáří a nejnovějšími trendy ve stáří. Dále také s termínem zdravotní gramotnost a kvalita života. Významná část je věnována balneologii, tedy komplexní vědě zabývající se vznikem a působením léčivých vod na lidský organismus.

Praktická část je zaměřena na popis výzkumu probíhajícího ve státních léčebných lázních Janské Lázně, který mapoval vliv pobytu v lázních na pohybové dovednosti a kvalitu života seniorů. Závěry výzkumu potvrdily pozitivní vliv působení lázeňských procedur na celkové zlepšení zdravotního stavu seniorů.

Klíčová slova:

Lázeňství, stáří, kvalita života, zdravotní gramotnost, pohybové aktivity seniorů.

Summary

This thesis deals with the effect of spa treatment on motion skills and quality of life of seniors. Readers of theoretical part are acquainted with old age difficulties and the newest trends in old age. The teoretical part also involves the definition of the terms Health literacy and Quality of life. Siginificant part is dedicated to balneology – complex science that deals with origin and effects of curative water on human organism.

The practical part of the thesis describes the research on the effects of spa treatment on seniors motion skills and quality of life. The research took place in state medical spa in Jánské Lázně. The Research confirmed positive effect of spa procedures on general improvement of seniors health conditions.

Key words:

Spa, old age, quality of life, health litery, physical aktivty for sneiors

Referenční seznam

1. 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.
2. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
3. DOBRÝ, L., ČECHOVSKÁ, I. *Zdravotní benefity pohybové aktivity a behaviorální intervence*. In Dobrý, L., Hendl, J. Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2011. s. 14-60. ISBN 978-80-246-2000-8.
4. DUNGL, Pavel. *Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014, xxiv, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
5. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
7. HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In PAYNE, J. (eds.): *Kvalita života a zdraví I Filosofie*. Triton, Praha. 2005
8. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2009. 153 s. Škola a zdraví pro 21. století
9. HROZENSKÁ, Martina. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, c2008, 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
10. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2015, 132 s. Pedagogika. ISBN 978-80-7454-553-5.
11. JANDOVÁ, Dobroslava. *Balneologie*. Praha: Grada Publishing, 2009, 404 s., 16 s., ISBN 9788024728209.
12. JANDÁSKOVÁ, Zdeňka. *Kvalita života žen po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low back pain*. Brno: Filozofická fakulta Masarykovy univerzity. 2009
13. JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016, 156 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5535-9.

14. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a Pavel WEBER. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
15. KAVLACH, Zdeněk, HRABĚTOVÁ, Eva. 2005. *Senior a já*. Vydala společnost přátelská všem generacím.
16. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 8020013075.
17. KLESCHT, Vladimír. *Mládněte i po 45!: [pět pilířů zdraví a síly]*. Brno: Computer Press, 2010, 256 s. ISBN 978-80-251-3172-5.
18. KREJČÍ, Milada a Václav HOŠEK. *Wellness*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, 2016, 304 s. ISBN 978-80-271-0010-1.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
20. LIBIGEROVÁ, E., MÜLLEROVÁ, H. *Posuzování kvalita života v medicíně. Česká a slovenská psychiatrie*. 2001, č. 4, s. 183–186
21. MARCUS, Bess H. a LeighAnn H. FORSYTH. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Přeložil Lubomír DOBRÝ. Praha: Portál, 2010, 223 s. ISBN 9788073676544.
22. MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. I. Brno: MSD, 2006, 228 s. ISBN 8086633659.
23. MCGILLIVRAY, Mark. Dr. Matthew CLARKE. *Understanding Human Well-being*. United Nations University Press. 2006. 386 s. ISBN 92-808-1130-4.
24. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
25. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
26. ROVENSKÝ, Josef a kol. *Revmatologický výkladový slovník*. Praha: Grada Publishing, 2006, 276 s. ISBN 80-247-1614-3.
27. SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada Publishing, 2006, 146 s. ISBN 8024713063.
28. SLEPIČKA, Pavel, Jiří MUDRÁK a Irena SLEPIČKOVÁ. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 162 s. ISBN 978-80-246-3110-3.

29. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada Publishing, 2012, 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3507-8.
30. SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky: vyšetření, rizikové faktory, srdeční onemocnění*. Praha: Grada, 2005, 117 s. ISBN 8024711664.
31. STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZNĚ JANSKÉ LÁZNĚ - ZPĚT DO ŽIVOTA. *Státní léčebné lázně Janské Lázně - zpět do života* [online]. Copyright © 2018 Státní léčebné lázně JANSKÉ LÁZNĚ, Česká republika [cit. 17. 02. 2018]. Dostupné z: <https://www.janskelazne.com//>
32. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, Zuzana LEBEDOVÁ, Jana VÍCHOVÁ, Tereza KOLÁČNÁ a Hana JIRKŮ. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
33. ŠPIŠÁK, Ladislav a Zdeněk RUŠAVÝ. *Klinická balneologie*. Praha: Karolinum, 2010, 275 s. ISBN 9788024616544.
34. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2014, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
35. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
36. VEENHOVEN, Ruut. World database of Happiness. Continuous register of scientific research on subjective enjoyment of life. Erasmus University Rotterdam. The Netherlands. 2006. Available at: <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>
37. VOHRALÍKOVÁ, Lenka, RABUŠIC, Ladislav. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV Výzkumné centrum Brno. 2004. 90 s. ISBN 80-239-4218-2.
38. WALSTON et al. *Serum antioxidants, inflammation, and total mortality in older women*. Am. J. Epidemiol. 2006, 163 (1).
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical Activity and Older Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above*. In: *World health organization* [online]. [cit. 2017-11-13]. Dostupné z: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/.

40. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam obrázků

Obr. 1. Základní struktura zdravotní gramotnosti	30
Obr. 2. Mapa ČR	39
Obr. 3. Motomed	58

Seznam tabulek

Tabulka 1. Důležitost pohybu	40
Tabulka 2. Pravidelnost pohybu	41
Tabulka 3. Frekvence pohybu	43
Tabulka 4. Nejpreferovanější pohybové aktivity mezi seniory	44
Tabulka 5. Výhody pravidelné pohybové aktivity	46
Tabulka 6. Forma pobytu v lázních	48
Tabulka 7. Důvody lázeňské léčby	49
Tabulka 8. Frekvence pobytu v lázních	52
Tabulka 9. Délka pobytu	53
Tabulka 10. Zdravotní stav během lázeňského pobytu	54
Tabulka 11. Nabídka pohybových aktivit stran lékaře	56
Tabulka 12. Doporučení/omezení v rámci zdravotního stavu	58
Tabulka 13. Hodnocení aktuálního zdravotního stavu	60
Tabulka 14. Zdravotní stav před pobytem v lázních	62
Tabulka 15. Hodnocení kvality života	63
Tabulka 16. Hodnocení kvality zdravotnických služeb	65
Tabulka 17. Pohlaví	65
Tabulka 18. Věk	67
Tabulka 19. Bydliště	67
Tabulka 20. Dosažené vzdělání	68

Seznam grafů

Graf 1. Důležitost pohybu	41
Graf 2. Pravidelnost pohybu	42
Graf 3. Frekvence pohybu	43
Graf 4. Nejpreferovanější pohybové aktivity mezi seniory	45
Graf 5. Výhody pravidelné pohybové aktivity	47
Graf 6. Forma pobytu v lázních	48
Graf 7. Důvody lázeňské léčby	50
Graf 8. Frekvence pobytu v lázních	52
Graf 9. Délka pobytu	53
Graf 10. Zdravotní stav během lázeňského pobytu	55
Graf 11. Nabídka pohybových aktivit stran lékaře	56
Graf 12. Doporučení/omezení v rámci zdravotního stavu	59
Graf 13. Hodnocení aktuálního zdravotního stavu	60
Graf 14. Zdravotní stav před pobytem v lázních	62
Graf 15. Hodnocení kvality života	64
Graf 16. Hodnocení kvality zdravotnických služeb	65
Graf 17. Pohlaví	66
Graf 18. Věk	67
Graf 19. Bydliště	68
Graf 20. Dosažené vzdělání	69

Seznam příloh

Dotazník pro seniory

11) Jaké pohybové aktivity Vám byly doporučeny vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? (napíšte)

.....
.....
.....
.....

12) Máte ještě některá další doporučení či omezení v rámci Vašeho zdravotního stavu? (např. doporučený jídelníček, léky na vysoký krevní tlak atd.) Jestliže ano, napište je:

.....
.....
.....
.....

13) Jste spokojen(á) se svým aktuálním zdravotním stavem? (zakroužkujte číslo)

1	2	3	4	5
Velmi spokojen(á)	Spokojen(á)	Ani nespokojen(á) ani spokojen(á)	Nespokojen(á)	Velmi nespokojen(á)

14) Jak byste zhodnotil(a) svůj zdravotní stav před pobytem v lázních?

1	2	3	4	5
Velmi dobrý	Dobrá	Ani špatný ani dobrý	Špatný	Velmi špatný

15) Jak byste zhodnotil(a) kvalitu svého života? (zakroužkujte číslo)

1	2	3	4	5
Velmi dobrá	Dobrá	Ani špatná ani dobrá	Špatná	Velmi špatná

16) Jak byste zhodnotil(a) kvalitu péče zdravotnického personálu těchto lázní? (zakroužkujte číslo)

1	2	3	4	5
Velmi dobrá	Dobrá	Ani špatná ani dobrá	Špatná	Velmi špatná

17) Pohlaví: a) muž
b) žena

18) Věk: roků

19) Místo bydliště: a) město
b) vesnice

20) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Základní
- Vyučen(a)
- Učební obor s maturitou
- Střední škola s maturitou
- Nadstavbové studium po střední škole
- Vysoká škol

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Michaela Kubíková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Vliv lázeňské léčby na pohybové schopnosti a kvalitu života seniorů
Název v angličtině:	The influence of spa treatment on motor skills and quality of life of elderly people
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá vlivem lázeňské léčby na pohybové dovednosti a kvalitu života lidí v seniorském věku. Teoretická část čtenáře seznamuje s problematikou stáří a nejnovějšími trendy ve stáří. Dále také s termínem zdravotní gramotnost a kvalita života. Významná část je věnována balneologii, tedy komplexní vědě zabývající se vznikem a působením léčivých vod na lidský organismus.</p> <p>Praktická část je zaměřena na popis výzkumu probíhajícího ve státních léčebných lázních Janské Lázně, který mapoval vliv pobytu v lázních na pohybové dovednosti a kvalitu života seniorů. Závěry výzkumu potvrdily pozitivní vliv působení lázeňských procedur na celkové zlepšení zdravotního stavu seniorů.</p>
Klíčová slova:	Lázeňství, stáří, kvalita života, zdravotní gramotnost, pohybové aktivity seniorů.
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the effect of spa treatment on motion skills and quality of life of seniors. Readers of theoretical part are acquainted with old age difficulties and the newest trends in old age. The theoretical part also involves the definition of the terms Health literacy and Quality of life. Significant part is dedicated to balneology – complex

	<p>science that deals with origin and effects of curative water on human organism.</p> <p>The practical part of the thesis describes the research on the effects of spa treatment on seniors motion skills and quality of life. The research took place in state medical spa in Jánské Lázně. The Research confirmed positive effect of spa procedures on general improvement of seniors health conditions.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Spa, old age, quality of life, health literky, physical aktivity for sneiors
Přílohy vázané v práci:	Dotazník pro seniory
Rozsah práce:	82
Jazyk práce:	Český jazyk