

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

Pohybová aktivita jako prevence zdraví seniorů
Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Žaneta Rybníčková
Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Žaneta Rybníčková

Název bakalářské práce: Pohybová aktivita jako prevence zdraví seniorů

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2015

Abstrakt:

Cílem této bakalářské práce je zjistit vliv pohybové aktivity na zdraví a kvalitu života seniorů. Výzkumným souborem byla skupina seniorů ve věku od 62 do 95 let, z nichž bylo 23 žen a 7 mužů žijících v chráněném bydlení v Olomouci. Šetření bylo prováděno anonymním dotazníkem (Prášková, 2013) a dotazníkem WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006) zjišťující subjektivní kvalitu života dotazovaných. Výzkumem byl prokázán pozitivní vliv pohybové aktivity na výskyt kardiovaskulárních nemocí a na subjektivní kvalitu života seniorů v oblastech týkající se zdraví a sociálních vztahů. Pro další zkoumání bych zvažila použití větší skupiny respondentů a doporučila u zkoumaného souboru zvýšení pohybové aktivity s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Klíčová slova: zdraví, stáří, stárnutí, senior, kvalita života, pohybová aktivita

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovnických služeb.

Autor's first name and surname: Žaneta Rybníčková

Title of the master thesis: Physical activity as a prevention for health of seniors

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract:

The aim of this thesis was to ascertain effect of physical activity to health and quality of seniors' life. The research group was set up of seniors at the age from 62 to 95 years where 23 of them were women and 7 were men living in sheltered housing in Olomouc. The survey was carried out by an anonymous questionnaire (Prášková, 2013) and by the questionnaire WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006) which were detecting subjective quality of life of the questioned. The research proved positive impact of physical activity on cardiovascular diseases and subjective quality of seniors' life in area of health and social relationships. For further investigation I would consider choosing larger group of respondents and I also recommend increasing of physical activity for research group taking into account their actual health condition.

Keywords: health, old age, ageing, senior, quality of life, physical activity

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 30.4.2015

.....

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové Ph.D. za její odborné vedení, podnětné rady a připomínky při vypracování mé bakalářské práce. Chtěla bych také poděkovat pracovníkům a obyvatelům chráněného bydlení na Zikově ulici v Olomouci za jejich ochotu a spolupráci při provádění výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	8
1 PŘEHLED POZNATKŮ	9
1.1 ZDRAVÍ.....	9
1.1.1 Zdraví obecně.....	9
1.1.2 Determinanty zdraví.....	9
1.1.3 Životní styl	10
1.1.4 Podpora a prevence zdraví	10
1.2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	11
1.2.1 Vymezení pojmu	11
1.2.2 Stáří a vědecké disciplíny.....	12
1.2.3 Období stáří	12
1.2.4 Příčiny stárnutí	14
1.2.5 Sociální služby pro seniory	14
1.3 ZDRAVÍ VE STÁŘÍ.....	15
1.3.1 Zdravotní situace seniorů	15
1.3.2 Přirozené projevy stáří	16
1.3.3 Nemoci stáří	18
1.4 KVALITA ŽIVOTA	26
1.4.1 Vymezení pojmu	26
1.4.2 Kvalita života ve stáří.....	27
1.4.3 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF	28
1.5 POHYBOVÁ AKTIVITA.....	29
1.5.1 Vymezení pojmů	29
1.5.2 Pohyb a jeho význam	30
1.5.3 Tělesná zdatnost	31
1.5.4 Pohybová aktivita ve stáří	33
1.5.5 Pohybová aktivita a její vliv na onemocnění	33
1.5.6 Vhodné pohybové aktivity ve stáří.....	34
2 CÍLE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	36
3 METODIKA.....	37
3.1 Popis výzkumného souboru	37
3.2 Charakteristika výzkumné metody.....	37
3.3 Administrace a vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF	38

3.4 Zpracování dat.....	39
4 VÝSLEDKY A DISKUZE	40
4.1 Zjištěné údaje o výzkumném souboru.....	40
4.2 Nestandardizovaný dotazník	43
4.3 Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF	53
5 ZÁVĚRY	59
6 SOUHRN	61
7 SUMMARY	62
8 REFERENČNÍ SEZNAM.....	63
9 PŘÍLOHY.....	66
9.1 Příloha 1	66
9.1.1 Nestandardizovaný dotazník	66
9.1.2 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF	69
9.2 Příloha 2	72

ÚVOD

Stáří je součástí lidského života. Každý k němu spějeme, všichni stárneme a je završující fází našeho životního cyklu. Přináší mnoho těžkostí, ale také poznání a moudrost, kterou jsme během našeho života nasbírali. Staří lidé představují nejrychleji rostoucí skupinu obyvatelstva. Dle odhadu Českého statistického úřadu, by počet starších občanů v následujících dvou desetiletích, měl tvořit téměř čtvrtinu české populace. Na stárnutí se podílí dědičné dispozice i vlivy okolí. Stáří přináší zhoršení zdravotního stavu, a proto je třeba věnovat zdraví velkou pozornost. Zdraví chápeme jako stav fyzické, psychické a sociální pohody. Být zdraví je základním lidským právem a současně podmínkou k plnohodnotnému životu. Zdraví ve velké míře ovlivňuje životní styl, tedy to jak jsme se rozhodli žít. Obrovský technický pokrok 20. století způsobil, že na různá místa jsme schopni se dopravit stále důmyslnějšími prostředky. Tím se, ale ochuzuje o důležitý pohyb, který je přirozeným projevem každého člověka a je zapotřebí pro správné fungování našeho organismu. Pohybová aktivita udržuje fyzickou kondici, je prevencí proti různým druhům onemocnění, zlepšuje psychiku a pomáhá navozovat sociální vztahy. K aktivnímu pohybu je třeba vychovávat již od dětství, kdy se vštípené návyky ponese až do vyššího věku. Pohybová aktivita může pomoci udržovat naše zdraví a tím prožít plnohodnotný život i ve stáří. Vhodné pohybové aktivity by měli být záležitostí nejen samotných jedinců, ale v zájmu celé společnosti. Důsledkem by mohlo být zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a tím snížení vysokých nákladů na zdravotní péči.

1 PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 ZDRAVÍ

1.1.1 Zdraví obecně

Zdraví je jedním ze základních lidských práv. Jestliže jsme zdraví, můžeme uskutečňovat vše, co chceme. Jsme schopni pracovat, žít společenský a osobní život. Zdraví tedy není cílem lidského života, ale je základní podmínkou, abychom ho byli schopni plnohodnotně prožívat. Zdraví má mnoho aspektů, mění se s vývojem společnosti, závisí na podmínkách sociálních, kulturních, ekonomických a na úrovni lékařské péče. Zlepšování zdraví by mělo být hlavní součástí zdravotní politiky státu. I z tohoto důvodu Světová zdravotnická organizace (WHO) formulovala základní principy péče o zdraví, které nazýváme „Zdraví 21“ – zdraví pro všechny do 21. století, do tohoto programu je zapojena i Česká republika. U mnoho lidí převládá názor, že když nejsme nemocní a něco nás nebolí, jsme vlastně zdraví.

Definovat zdraví není jednoduché. V roce 1946 definovala Světová zdravotnická organizace zdraví takto: „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (Křivohlavý, 2001, 37).

Z uvedené definice vyplývá, že „zdraví“ má tři odlišné dimenze. Jedná se o tělesné, duševní a sociální zdraví, které spolu úzce souvisí. Nemoc můžeme definovat jako poruchu adaptace člověka, nedostatečnost nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí. Při nemoci se mobilizují vnitřní mechanismy člověka ve snaze uvést organismus do rovnováhy – homeostázy (Machová & Kubátová, 2009).

1.1.2 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví neboli různorodé faktory působící na naše zdraví dělíme na vnitřní a zevní. Vnitřní determinanty jsou to, s čím se rodíme, tedy dědičné dispozice (20 %).

Zevní determinanty rozdělujeme na tři skupiny:

- životní styl (50 %),
- kvalita životního a pracovního prostředí (20 %),
- zdravotnické služby (10 %).

Tyto skupiny spolu úzce souvisí a spolupracují. Z uvedeného procentuálního zastoupení vyplývá, že nejvíce na naše zdraví působí náš životní styl oproti například zdravotnickým službám. Tedy životní styl je stěžejní determinantou zdraví (Machová & Kubátová, 2009).

1.1.3 Životní styl

Je založen na dobrovolném výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy anebo pro ty, které zdraví poškozují. Rozhodování člověka, ale závisí na dalších podmínkách, jako ekonomické, sociální a na individuální situaci. Hodaň (in Hodaň & Dohnal, 2008, 141) považuje životní styl za „uspořádání mnohotvárných činností, jimiž se dané individuum (a třeba i celá společnost) udržuje a obnovuje“. Formování postojů člověka ke správnému životnímu stylu, by mělo probíhat již od dítěte správnou výchovou ke zdraví. Na základě nemocnosti a úmrtnosti zdraví nejvíce poškozují:

- kouření,
- nadměrná konzumace alkoholu,
- zneužívání drog,
- nesprávná výživa,
- nízká pohybová aktivita,
- nadměrná psychická zátěž,
- rizikové sexuální chování.

Životní styl současného člověka se zásadně změnil zejména díky velkému technickému pokroku. Obyvatelé vyspělých zemí začali vést sedavý způsob života. Do práce se dopravujeme autem, v práci sedíme, do horních pater našich výškových domů nás vozí výtah a mnoho dalších věcí nám usnadňuje život. A na oplátku nás ochuzují o důležitý pohyb, setkávání se s lidmi a díky tomu současná populace tloustne, zhoršují se mezilidské vztahy a zvyšuje se počet civilizačních chorob (Machová & Kubátová, 2009).

1.1.4 Podpora a prevence zdraví

Pro podporu zdraví je důležité posilování tělesné, psychické a sociální pohody. Tím se nám zvyšuje odolnost proti nemocem. Měla by to být záležitost jak samotného jedince, skupin, komunit, tak i celé společnosti. Důležitou roly zde sehrává žena, která se zpravidla stará o zdraví celé rodiny a tak vštěpuje správné návyky. S podporou zdraví souvisí prevence.

Prevenci (z lat. *praevenire* = předcházet) můžeme definovat jako předcházení závadám, poruchám a chorobám. Rozdělujeme ji dle času na:

- Primární prevence – období, kdy nemoc ještě nevznikla. Jedná se o soubor opatření proti nemoci.

- Sekundární prevence – jedná se o včasnou diagnostiku nemoci a její účinnou léčbu.
- Terciární prevence – je zaměřena na prevenci následků nemoci, vad, dysfunkcí a handicapů.

Mnoho lidí již chápe důležitost prevence a to, že je lepší nemoci předcházet. Jiní se budou více starat o svoje auto než o zdraví, zpravidla do té doby než je potká nemoc (Machová & Kubátová, 2009). Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR za rok 2013 byli celkové výdaje na zdravotnictví 246 562 milionů korun. Je proto důležité změnit chování lidí, aby si uvědomili nutnost péče o zdraví.

1.2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

1.2.1 Vymezení pojmu

Stáří je součástí lidského života. Každý k němu spějeme, všichni stárneme. Přináší nám mnoho těžkostí, které souvisí se stárnutím organismu. Ale může nám dát také poznání a moudrost, kterou jsme během života nasbírali. To ovšem nemusí nutně znamenat, že kdo je „starý“ je také moudrý.

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“

(Johann Wolfgang Goethe)

„Stáří se nevysmívej - vždyť k němu směřuješ.“

(Menandros)

Každý jinak prožíváme a končíme čas na tomto světě. Co je tedy stáří? Definicí stárnutí je několik desítek a vybrat tu správnou je nelehký úkol.

Podle Rokyty (2012, 15) „Stárnutí lze definovat jako progresivní nepříznivou ztrátu schopnosti adaptace, způsobující zvýšenou zranitelnost, sníženou vitalitu a zhoršení životního očekávání“.

Dle Velkého sociologického slovníku (1996, 1218) je „stáří chápáno jako závěrečná etapa života, nazývána též třetím věkem. Stáří nelze spolehlivě definovat biologickým věkem, protože interindividuální rozdíly fyzického a psychického stavu stejně starých lidí jsou značné“.

Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová a Sucharda (2004, 47) definují stáří jako: „pozdní fáze ontogeneze a přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn

funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role“.

1.2.2 Stáří a vědecké disciplíny

V dnešní době, kdy se lidé dožívají stále vyššího věku je již nutností se o oblast stáří a stárnutí zajímat z vědeckého hlediska. Gerontologie je věda zabývající se biologickými, psychologickými a sociálními faktory spojenými se stářím a stárnutím (Robnett & Walter, 2010). Dělíme ji na:

- Gerontologie experimentální – zabývá se biologickým a psychologickým procesem stárnutí.
- Gerontologii sociální – zkoumá a kategorizuje společenské dopady, vlivy a faktory ovlivňující stárnutí.
- Gerontologii geriatrickou neboli geriatrie – je lékařský obor, který zkoumá, diagnostikuje a léčí specifické onemocnění spojené se stářím (Haškovcová, 2010).

1.2.3 Období stáří

Hranici kdy je člověk ještě mladým, a kdy se stává starým je těžké přesně stanovit. Mnoho různých odborníků se snaží co nejobektivněji určit tuto pomyslnou hranici. Souvisí to také se stále se prodlužující délkou života člověka. V 19. století byl za starého považován člověk ve věku čtyřicet až padesát let. To je dnes ještě produktivní věk. „Staří lidé představují nejrychleji rostoucí skupinu obyvatelstva. V období let 1950 – 1995 vzrostl absolutní počet lidí starších 65 let téměř čtyřikrát, relativně to byl nárůst ze 4 na 7 % celé populace“ (Rokyta, 2012, 34). „V roce 2000 byl na celém světě počet osob 60ti let a starších 605 miliónů. Do roku 2050 je předpoklad, že toto číslo dosáhne 2 bilióny“ (Robnett & Walter, 2010, 4). Dle Českého statistického úřadu v České republice populace nad 50 let věku představovala k 31. 12. 2013 37,2 % z celkové populace. Zastoupení osob ve věku 65 a více let dosáhlo 17,4 %. A dle odhadu by měl počet starších občanů v následujících dvou desetiletích představovat téměř čtvrtinu české populace.

„**Senior** je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. Senieorem se člověk plynule stává přechodem ze střední generace a statut seniora je neodvolatelný, není to přechod do další životní fáze, ale je završující fází životního cyklu“ (Sak & Kolesárová, 2012, 25). Pro českou populaci se člověk stává senieorem mezi 60. a 70. rokem života. Téměř polovina populace si spojuje seniora se stářím, starým člověkem anebo osobou, která je v důchodu a nepracuje. Stáří přináší do života změny pozitivní i ty, kterých se obáváme. Nejčastěji uváděné pozitivní změny naší populací je disponibilní čas a kvalita životního stylu seniorů. Naopak ve stáří se nejvíce obáváme nemocí, dále nedostatku financí, strachu z osamocení a smrti a také o dostatečnou lékařskou péči (Sak & Kolesárová, 2012). Vymezení období stáří je obtížné. Nejpoužívanější je rozdělení na kalendářní, sociální a biologické stáří.

Chronologický neboli kalendářní věk je nejběžnějším měřítkem stáří a začíná datem narození. Sám o sobě není schopen o daném člověku nic říci. Musí k němu být vhodně zvolené měřítko. Jedinec v 65 letech se může cítit hůře než o 10 let starší člověk (Hamilton, 1999).

Existují různé členění věkových skupin. Nejpoužívanější je měřítko Světové zdravotnické organizace ze 60. let:

- 45 – 59 let - střední věk,
- 60 – 74 let - stárnutí, časné stáří, senescence,
- 75 – 89 let - vlastní stáří, kmetství, senium,
- 90 a více let - dlouhověkost, patriarchium.

Vzhledem k již zmiňovanému stárnutí populace a demografickému vývoji se v poslední době používá následující členění (Mühlpachr, 2004):

- 65 - 74 let - mladí senioři – hlavním problémem je adaptace na nový způsob života,
- 75 - 84 let - staří senioři - problematika adaptace, zhoršení zdravotního stavu, osamělost.
- 85 a více let - velmi staří senioři - prohlubuje se osamělost, větší zdravotní problémy a problémy se soběstačností.

Sociální věk se týká společenského očekávání, přiměřené biologickému věku. Je vymezen plněním sociálních rolí, které jsou ovlivňovány životním stylem a společností (Hamilton, 1999).

„**Biologický neboli funkční věk** umožňuje kvantifikovat skutečné individuální stáří konkrétního člověka. K výpočtu se používají soubory vybraných markerů stáří, které popisují co nejúplněji stav organismu z hlediska stupně zestárnutí“ (Wiednerová, 2012, 12).

1.2.4 Příčiny stárnutí

Teorii proč stárneme je několik a všechny se dají rozdělit do dvou skupin. První skupinu nazýváme jako „*teorie stochastické*“. Ty předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou převážně náhodné a za rozhodující považují vliv činitelů až v průběhu života. S věkem přibývá opotřebování, poškození, poruchy, různé choroby organismu a další působící faktory (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012). Druhá teorie považuje stárnutí za předem „*naprogramovaný děj*“ počínaje narozením. Nejsme schopni ho ovlivnit a je předem stanovený a geneticky zakódovaný. Gruss (2009) píše, že geny představují základní jednotky biologické funkce dědičného kódování. Určují například tělesnou výšku, barvu vlasů a kůže, ale také předpoklady k různým onemocněním a i možnou délku života.

Ve své genetické výbavě máme stanovenou pouze maximální délku života, proto je nutno počítat i s dalšími činiteli, které mohou život výrazně ovlivnit (Šípr, 1997). „Maximální možná délka života, dosažitelná v ideálním prostředí, se u člověka zřejmě pohybuje kolem 120 let. Dosud nejvyššího věku se hodnověrně dožila Francouzka M. Calmentová, která zemřela v roce 1997 ve věku 122 let a 164 dní“ (Čevela et al., 2012, 23).

Obě uvedené teorie stárnutí nelze od sebe oddělit. Geneticky naprogramované děje i vlivy působící během našeho života se uplatňují společně. Tato představa je společná všem autorům moderních teorií stárnutí. Stárnutí je složitý děj, ale můžeme ho ovlivnit dobrou životosprávou (Šípr, 1997).

1.2.5 Sociální služby pro seniory

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství“ (Matoušek & kol., 2007, 9). Sociální služby upravuje *zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*.

Podle § 32 tohoto zákona sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní a vymezuje je § 33 zákona o sociálních službách (2006). Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby jsou, když osoba dochází do zařízení poskytující sociální služby a není to spojeno s ubytováním. Terénní služby jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném prostředí (Čevela et al., 2012).

Mezi zařízení sociálních služeb se řadí podle § 34 zákona o sociálních službách (2006) centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, azylové domy, domy na půli cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče.

1.3 ZDRAVÍ VE STÁŘÍ

1.3.1 Zdravotní situace seniorů

Zdraví je stav fyzické, psychické a sociální pohody. S přibývajícím věkem dochází v našem organismu ke změnám. Mění se biologický systém člověka. Dochází ke zhoršování fyzického stavu a zvyšuje se výskyt chorob, které narušují homeostázu organismu. K největšímu zhoršení zdravotního stavu dochází ve věku od 70 let, kdy polovina seniorů potřebuje pravidelnou zdravotní péči. Zdravotní stav seniorů mezi 61 - 70 lety se podobá spíše problémům středního věku, kdy nemají spíše žádnou zdravotní diagnózu a cítí se dobře (Sak & Kolesárová, 2012). Šipr (1997) píše, že změny ve stáří mohou být přímým následkem stárnutí anebo vlivem chorob. Rozpoznat, kdy se jedná o přirozený projev stáří, a kdy o nemoc není snadné.

1.3.2 Přirozené projevy stáří

V následující části se budeme věnovat změnám, které jsou přirozený následek stárnutí. Vhodně je popisuje Šipr (1997). Jedná se o změny smyslových orgánů, nervového systému, oběhové soustavy a kůže. Dále to jsou změny dýchacího, močového a pohybového ústrojí.

Zrak se u lidí vyššího věku zhoršuje a musejí používat brýle. Je to zejména důsledkem zhoršení akomodace, což je schopnost zřetelně rozeznat blízké a vzdálené předměty. Pokles akomodační schopnosti vede k presbyopii (vetchozrakost) neboli také „stařecké vidění“. Zhoršuje se také vidění při různé světelné intenzitě, zejména vidění za šera a vnímání barev.

Nedoslýchavost je častým problémem starých lidí, hlavně mužů. Hůře vnímají vysoké tóny a obvykle nastává kolem 55 let. Stařecká nedoslýchavost se nazývá presbyakuzie. Zhoršení sluchu je způsobeno úbytkem smyslových buněk ve sluchovém ústrojí vnitřního ucha a degenerací nervových vláken, které vedou podráždění do ústřední nervové soustavy. Vliv zde má také postupné zvyšování sluchového prahu, kdy není na vině stárnutí, ale civilizační škodliviny, obzvláště hluk. Vhodnou pomůckou jsou různá sluchadla, která mohou zhoršení sluchu napravit.

Ve vyšším věku ubývají chuťové pohárky a snižuje se tím rozeznávání chutí pokrmů. Zhoršuje se citlivost především na slanost a sladkost. Zvýšení prahu pro rozeznání slaných pokrmů zvyšuje i sklon k onemocnění vysokým krevním tlakem. S chutí souvisí čich. Do 50. roku života se citlivost čichu zvyšuje a později dochází se změnami nosní sliznice a ústřední nervové soustavy ke zhoršení čichových schopností.

Zvýšení prahu vnímavosti kožních čidel pro dotyk, tlak, chlad, teplo i bolest je spojeno se ztenčováním a zvrásněním kůže u starých lidí. Mají vyšší hmatový práh citlivosti a je tedy zapotřebí vyšší stimulace kůže, aby byl dotyk zaregistrován (Šipr, 1997; Hamilton, 1999).

Stáří zasahuje i oběhovou soustavu, tyto změny často vedou k narušení činnosti dalších orgánů. Cévní stěny se stávají tlustší a jsou hůře vyživované. Je to způsobené zejména ukládáním látek tukových (cholesterolu) a nerostných (vápníku). Nejvíce je to znatelné na velkých cévách, například srdečnici (aortě). Ve vyšším věku se zpomaluje srdeční činnost a tím snižuje schopnost oběhové soustavy odpovídat na tělesné zatížení zvýšením tepové frekvence. Při stejně těžké tělesné práci bude u dvacetiletého člověka vyšší tepová frekvence, než u pětadesátiletého člověka. Klesá i hodnota maximální aerobní kapacity, což je maximální spotřeba kyslíku při intenzivním fyzickém zatížení a je hlavním ukazatelem tělesné zdatnosti.

Dýchací ústrojí je poznamenáno zejména ubýváním plicních sklípků, ztrátou pružnosti a atrofií (úbytek, zmenšení tkáně) plicních sklípků a stěn průdušnice a průdušek. Nejvýznamnější změnou jsou změny v dýchání způsobené ochabováním dýchacích svalů a snížení pružnosti žebních chrupavek. To vede k prohnutí páteře dozadu (hrudní kyfóza). Změny v dýchacím ústrojí často nedovolují zvýšit dechový objem plic při námaze.

Věkové změny postihují také močové ústrojí. Zmenšuje se počet funkčních jednotek ledvin až na polovinu, klesá průtok krve a vylučovací schopnost ledvin. Ledviny jsou jedny z nejvíce prokrvovaných orgánů, a proto se snižující se srdeční činností dochází k zásadnímu narušení činnosti ledvin.

Kůže a celkový vzhled se stárnutím mění. Dochází ke snížení tělesné výšky, které je způsobeno zmenšováním meziobratlových plotének a zvyšováním zakřivování páteře. Stařecký vzhled obličeje je důsledkem ubývání podkožního tuku. Kůže se ztenčuje, ztrácí pružnost, je vrásčitá a sušší. Je to z důvodu úbytku vody a snižování kolagenu (stavební hmota pojivových tkání). Šedivění vlasů je zaviněno porušenou tvorbou pigmentu melaninu. Je podmíněno geneticky a je to přirozený projev stárnutí. Stejně tak vypadávání vlasů není ničím znepokojujícím. Ve středním a vyšším věku ženám řídnou vlasy a muži plešatí. Je to způsobeno působením mužských pohlavních hormonů, proto muži mívají podstatně méně vlasů ve stáří než ženy.

Vlivem stárnutí dochází v pohybovém ústrojí k řadám změn. Nejčastějším projevem je úbytek kostní hmoty, nazývaný osteoporóza. Postihuje téměř každého staršího člověka a je způsobeno zejména snížením tělesné aktivity. Projevuje se dříve u žen vlivem hormonálních změn než u mužů. Další charakteristické projevy stárnutí jsou úbytek svalové hmoty a degenerativní změny v kloubních vazech a chrupavkách, které způsobují omezenou hybnost a pružnost kloubů. Typické změny pohyblivosti ve stáří jsou:

- Méně přesné vykonávání jemných pohybů.
- Neschopnost provádět rychle se měnící pohyby.
- Pohyby jsou méně plynulé.

Stárnutí poznamenává celý nervový systém. Nervové buňky (neurony), kterých máme zhruba 14 miliard, se nemohou obnovovat. Rozmnožují se během nitroděložního vývoje, to znamená, než se narodíme. Do 20 let života se počet neuronů nemění a potom postupně ubývají. Neurony se nemohou regenerovat, ale i v pokročilém věku se mohou vytvářet nové spoje mezi neurony, které mohou obnovit porušenou funkci. Šipr (1997), Hamilton, (1999) a Dessaintová (1999) se shodují, že váha mozkové tkáně se sníží zhruba o 10 % při normálním

průběhu stárnutí. Další důsledek je nižší přísun krve do mozku. Nervy a nervová vlákna stárnou, proto vedení vzruchu (schopnost přenášet a přijímat nervové podněty a zprávy) se snižuje o 10 % a potom jsou naše reflexy pomalejší a méně účinné (Dessaintová, 1999). Tyto změny v nervovém systému snižují smyslové vnímání, udržování tělesné rovnováhy a stálé tělesné teploty. Stáří zpomaluje i naše psychomotorické tempo (Šipr, 1997).

Šipr (1997, 58-61) uvádí, že některé duševní vlastnosti se s věkem zhoršují, zůstávají stejné anebo se dokonce zlepšují.

Změny k horšímu:

- Paměť upadá především ve složce všípivosti a výbavnosti.
- Ve stáří se zpomaluje psychomotorické tempo.
- Tvůrčí fantazie se s věkem snižuje.
- Citové vlastnosti se věkem oplošťují.
- Starý člověk se nerad rozhoduje.

S věkem se nemění:

- Intelkt zůstává zpravidla nedotčen, zejména netrpí soudnost. Staří lidé se uplatní všude, kde je zapotřebí rozvážnost a dostatek životních zkušeností.

Změny k lepšímu:

- U starých lidí se zvyšuje vytrvalost.
- Staří lidé bývají trpělivější.
- Staří lidé jsou stálí ve svých názorech i ve svých vztazích.

1.3.3 Nemoci stáří

„Za nemoci stáří lze označit choroby, jejichž výskyt je funkcí věku, které se v mladším věku vyskytují oproti stáří vzácně, nebo které jsou ve stáří velmi časté a závažné“ (Čevela et al., 2012, 120).

K častým a závažným chorobám stáří řadíme:

- záněty dýchacích, močových cest,
- různé virózy,
- úrazy,
- nádorová onemocnění,
- obezita,
- deprese.

Věkově podmíněné choroby jsou:

- ateroskleróza,
- cévní mozkové příhody,
- diabetes mellitus 2. typu,
- osteoartróza, osteoporóza,
- alzheimerova nemoc,
- demence,
- presbyakuzie - stařecká nedoslýchavost,
- katarakta – šedý zákal (Čevela et al., 2012).

Rokyta (2012) uvádí, že ve stáří se velmi často vyskytuje polymorbidita, což je výskyt více chorob současně u jednoho člověka. Na polymorbiditě se nejčastěji podílí:

- ischemická choroba srdeční,
- hypertenze,
- diabetes mellitus,
- onemocnění pohybového systému a trávicího traktu.

Neinfekční choroby

Vznik těchto nemocí a jejich rozvoj je podmíněn především způsobem našeho života a našim životním stylem. Jedná se o onemocnění hromadného výskytu a jejich vývoj může trvat i několik desítek let. Mezi tyto choroby ve stáří řadíme:

- kardiovaskulární choroby – ateroskleróza a její komplikace v oblasti srdce, cév a mozku,
- hypertenze (vysoký krevní tlak),
- cukrovka (diabetes mellitus),
- obezita,
- nádorová onemocnění,
- onemocnění pohybového systému a trávicího traktu,
- chronické záněty,
- alergická onemocnění,
- úrazy.

Časté neinfekční choroby

Kardiovaskulární choroby jsou nejčastější příčinou úmrtí v České republice a v ostatních rozvinutých zemích. V ČR tvoří 50% všech úmrtí. Za posledních 10 let se díky kvalitnější diagnostice a lepším lékařským postupům snížila úmrtnost o 20%, ale stále je u nás dvakrát vyšší než v ostatních zemích Evropské unie (Antošová, 2014). Kardiovaskulární systém člověka je tvořen srdcem a soustavou cév (tepny, žíly, vlásečnice). Zajišťuje rozvod krve, která zásobuje naše tělo živinami, kyslíkem a odvádí nepotřebné a škodlivé látky (Machová & Kubátová, 2009). Znamé rčení říká: „člověk je tak starý, jak staré má cévy“. Nejčastější změnou, která postihuje vnitřní stěny tepen je ukládání tukových i anorganických látek. Nazývá se *ateroskleróza* a způsobuje zúžení a ucpávání tepen a tím snižuje průtok krve a následné zásobení těla živinami a kyslíkem. Malík a Češka (in Češka, 2010, 64) uvádí, že „za pojmem kardiovaskulárních chorob stojí jako primární příčina (minimálně v ČR a ve vyspělých zemích světa) ateroskleróza a její manifestace“. Ateroskleróza není jen dominantou dospělosti a stáří, ale její počátky jsou již v dětství, vyvíjí se dlouho bez příznaků choroby. Dalším cévním onemocněním je *vysoký krevní tlak (hypertenze)*. Jedná se hodnotu tlaku krve vyšší než je 140/90 torrů měřeno za klidových podmínek u člověka. Zvýšení je na počátku přechodné, později trvalé a je pravděpodobně způsobeno funkčními změnami v oblasti mozku. Komplikacemi aterosklerózy a hypertenze v srdci, cévách a mozku jsou:

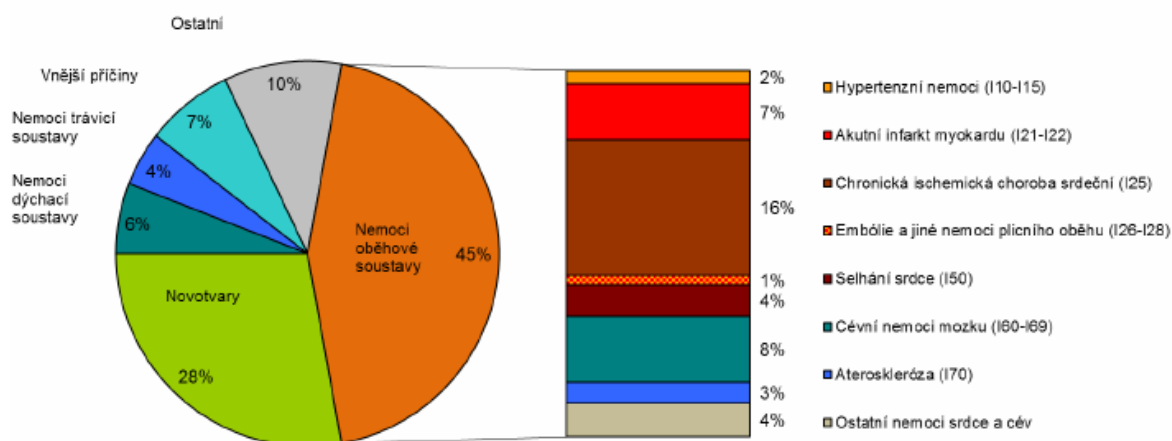
- *srdce a srdeční příhody*,
- *ischemická choroba srdeční* je nedostatečné zásobení srdečního svalu kyslíkem, kterou dále dělíme na:
 - Angína pectoris vzniká v důsledku zúžení věnčitých tepen. Bolest za hrudní kostí je vyvolána přechodným nedostatkem kyslíku v srdci a je vyvolána zvýšenou fyzickou námahou, vydatným jídlem, chladem a stresem.
 - Infarkt myokardu (srdeční infarkt, srdeční mrtvice) je důsledek odumření části srdeční svaloviny, jehož příčinou je ucpání některé věnčité tepny. Projevuje se silnou bolestí na hrudi bez zjevné příčiny. Může vést k zástavě srdce.
 - Chronická ischemická choroba je způsobena změnami na věnčitých tepnách, vyvíjí se pomalu. Postupné nedokrvování srdce způsobuje arytmií (poruchy srdečního rytmu).
- *cévní příhody*,
- *mozkové příhody* – jsou důsledkem zastavení dodávky krve do nějaké části mozku.

Výskyt kardiovaskulárních chorob se začal objevovat zejména s technickým pokrokem, který způsobil snížení namáhavých činností, pohybu, blahobyt, rozmanitost stravy a obrat lidí k materiálním věcem. Rizikovými faktory současného životního stylu pro tyto onemocnění jsou kouření, alkohol, špatné stravovací návyky, nedostatek pohybu, stres a rizikové sexuální chování. Primární prevencí by mělo být odstranění těchto rizikových faktorů. Je třeba se zejména zaměřit na zlepšení v oblasti výživy, zvyšování tělesné aktivity, normalizování tělesné hmotnosti a odstranění špatných návyků, kterými je například kouření a konzumace alkoholu (Machová & Kubátová, 2009).

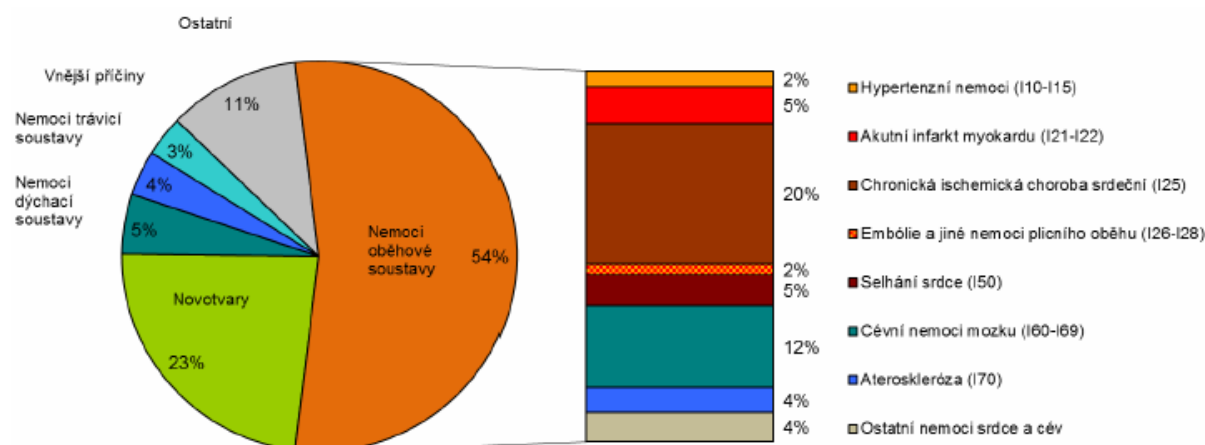
Tabulka 1. Podíl úmrtí v procentech u osob v ČR do 75 let na nemoci oběhové soustavy v letech 1990 – 2012

	Nemoci oběhové soustavy		Ischemická choroba srdeční		Cévní onemocnění mozku	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
1990	52,9	27,3	59,4	29,9	44,5	25,4
2012	44,1	17,5	44,2	15,4	36,7	15,7

(Antošová, 2014, 24)



Obrázek 1. Relativní struktura zemřelých v procentech dle příčin smrti na nemoci oběhové soustavy u mužů v ČR v roce 2012 dle zdrojů dat ČSÚ (Antošová, 2014, 25)



Obrázek 2. Relativní struktura zemřelých v procentech dle příčin smrti na nemoci oběhové soustavy u žen v ČR v roce 2012 dle zdrojů dat ČSÚ (Antošová, 2014, 25)

Cukrovka (diabetes mellitus) je chronická porucha metabolismu sacharidů, která je nevyлéčitelná. Projevuje se zvýšenou hladinou cukru v krvi (hyperglykemií) a je způsobena nedostatkem inzulínu nebo jeho nedostatečnou účinností. Formy cukrovky jsou diabetes mellitus 1. typu, diabetes mellitus 2. typu a gestační diabetes, který se vyskytuje u těhotných žen (Machová & Kubátová, 2009). V ČR trpí cukrovkou přibližně 7% obyvatel, z toho 90 – 95% jsou diabetici 2. typu, kterých je nejvíce ve věku od 45 let (Antošová, 2014). Dle Webera (in Kalman, Hamřík, Pavelka, 2009, 71) „v ČR a Evropě tvoří diabetici nad 65 let věku 40% všech diabetiků a je předpoklad, že v roce 2030 budou tvořit až 70% všech diabetiků“. Celkový počet diabetiků ve světě a ČR stále stoupá. V ČR každý rok přibývá 20 tisíc nových onemocnění, v současné době se léčí s diabetem 841 tisíc pacientů a do roku 2025 by jich mělo být 1 milion (Antošová, 2014).

Diabetes mellitus 1. typu je charakterizován úplným nedostatkem inzulínu. Komplikací může být hypoglykemie, což je narušení rovnováhy příjmu inzulínu a hladiny glukózy v krvi. Diabetes 1. typu postihuje zejména děti, mladistvé a mladé dospělé. Nemocný musí dodržovat přísnou dietu a aplikovat denně dávky inzulínu.

Diabetes mellitus 2. typu je důsledek inzulínové rezistence (odolnosti), která způsobuje zvýšení hladiny cukru v krvi. Vzniká většinou až ve 40 letech života a od 60 let jí trpí 20% obyvatel. Diabetes 2. typu bývá spojen (asi z 80%) s obezitou. Většinou není třeba podávat inzulín a stačí dietní opatření a snižování nadváhy (Machová & Kubátová, 2009).

Se zvyšujícím se výskytem onemocnění se zvyšuje i výskyt chronických komplikací. Těmito život ohrožujícími a omezujícími komplikacemi jsou postižení sítnice oka, ledvin a dolních končetin.

Příčiny cukrovky nejsou zcela objasněny. Vliv mají dědičné dispozice, ale za hlavní příčinu je považována nadměrná výživa vedoucí k obezitě a nedostatek pohybu. Primární prevencí, zvláště při dědičné dispozici, by mělo být dodržování správných stravovacích návyků a dostatek pohybové aktivity (Machová & Kubátová, 2009; Diehl, Ludingtonová, Pribiš, 2009).

Obezita (otylost) i nadváha vzniká při nadměrném nahromadění tuku v podkožní tukové tkáni a kolem vnitřních orgánů důsledkem nesprávného stravování a nízké úrovně pohybové aktivity (Diehl et al., 2009). Projevuje se vyšší tělesnou hmotností, než by jedinec měl mít vzhledem k věku, pohlaví a tělesné výšce. Přiměřená hmotnost se posuzuje zejména ve vztahu k tělesné výšce. Nejjednodušší pro určení normální tělesné hmotnosti je Brocovo pravidlo, podle kterého je přiměřená tělesná hmotnost tolik o kolik přesahuje jeho tělesná výška 1 metr. Tedy výška těla v centimetrech mínus 100 cm se rovná hmotnost v kilogramech. V současnosti se nejvíce používá hodnocení hmotnosti ve vztahu k výšce podle tzv. Body Mass Indexu (BMI), který souvisí s množstvím tělesného tuku. Vzorec pro výpočet je: $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{tělesná výška}^2 \text{ (m)}$. Normální rozmezí BMI je 18,5 – 24,9 (Machová & Kubátová, 2009, 219).

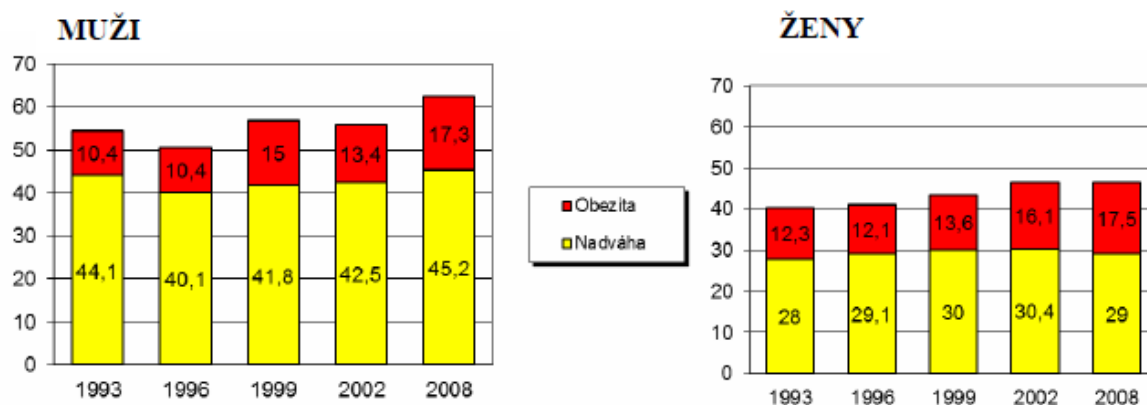
Tabulka 2. Rozdělení hodnot BMI pro dospělé populaci

BMI [kg/m ²]	Kategorie
pod 18,5	podváha
18,5-24,9	norma
25-29,9	nadváha
30-34,9	obezita 1. stupně (lehká otylost)
35-39,9	obezita 2. stupně (výrazná otylost)
nad 40	obezita 3. stupně (morbidní otylost)

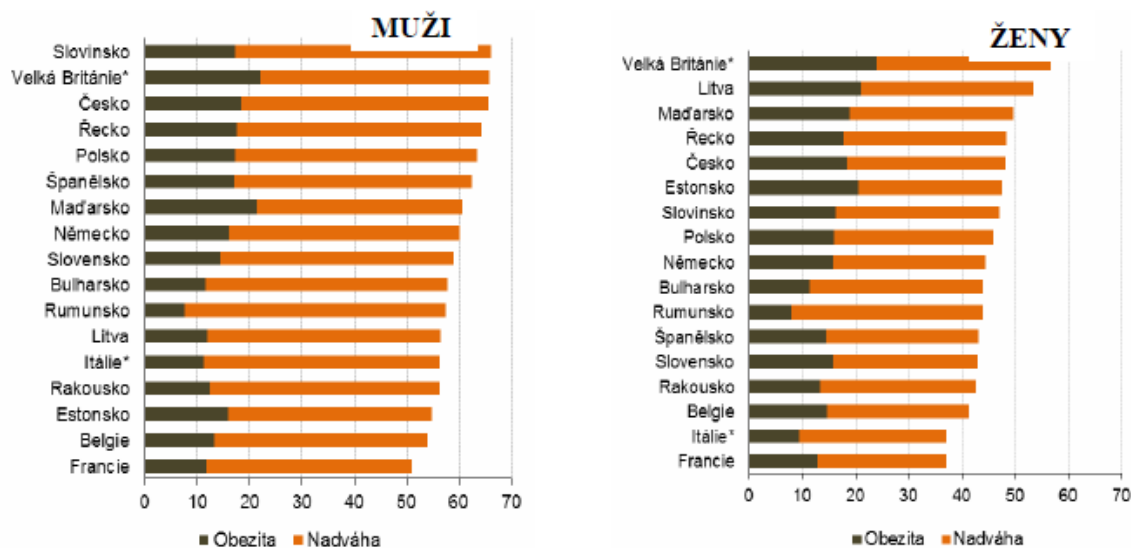
(Machová & Kubátová, 2009 , 219)

Obezita je celosvětovým zdravotním problémem dospělé i dětské populace. Její výskyt stále stoupá v rozvinutých i rozvojových zemích (Kalman et al., 2009). K zemím s velkým nárůstem obezity patří i Česká republika. V rámci Evropy zaujímá Česká republika po Anglii,

Maltě a Maďarsku přední místa ve výskytu obezity. V ČR více než 57 % dospělé populace trpí nadváhou nebo obezitou. V rámci pohlaví jsou více obézní muži než ženy a podle věku jsou to starší lidé. Nejvyšší nárůst od 90. let nastal u mužů v rozmezí 35 – 44 let a u starších žen od 65 – 74 let (Antošová, 2014).



Obrázek 3. Vývoj podílu dospělých osob (nad 15 let) s nadváhou a obezitou v ČR v letech 1993-2008, v % (Antošová, 2014, 102)



Obrázek 4. Srovnání podílu mužů a žen (věk 18+) s nadváhou a obezitou v Evropských zemích dle šetření EHIS v roce 2008, v % (Antošová, 2014, 103)

Světová zdravotnická organizace považuje obezitu a nadváhu za závažné chronické onemocnění, které způsobuje vážné zdravotní komplikace. Dle Antošové (2014) k těmto komplikacím patří zejména:

- *diabetes II. typu* – nadváha zvyšuje riziko cukrovky dvakrát a obezita sedmkrát,
- *zvýšený krevní tlak (hypertenze)* – nadváha zvyšuje riziko hypertenze třikrát a obezita šestkrát,
- *kardiovaskulární onemocnění,*
- *mozkové příhody,*
- *některé druhy nádorových onemocnění,*
- *poškození svalové a kosterní soustavy,*
- *duševní nemoci.*

Nemoci spojené s obezitou jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí a ovlivňují negativně zdraví a psychiku člověka. Proto je třeba jim předcházet vhodným stravováním a přiměřenou pohybovou aktivitou. Toto opatření je na každém jedinci, ale dle uvedených hodnot a stálému nárůstu obezity je nedostačující. Proto je třeba přijmout opatření ve všech oblastech vládní politiky a na úrovních veřejné správy. Například rozvojem cykloturistiky, změny územního plánování, podpory pohybové aktivity v zaměstnání a mnoho dalších.

Nádorové onemocnění

Nádorové onemocnění je patologický (chorobný) proces, kterým organismus odpovídá na růst a šíření zhoubného nádoru. Nádory se dělí na nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní). Faktory, jejichž působením, vzniká nádorové onemocnění, se nazývají nádorotvorné (karcinogenní) a dělí se na zevní a vnitřní faktory. Vnitřní faktory jsou věk, rodová zátěž a různé onemocnění. Zevními faktory se rozumí různé karcinogenní látky a karcinogenní působení. Ke vzniku rakoviny negativně přispívají rizikové faktory. Je to především kouření, alkohol, nevhodná strava, nadměrné opalování, rizikové sexuální chování a infekce. Je prokázáno, že 43 % úmrtí na nádorová onemocnění je podmíněno kouřením, nesprávnými stravovacími návyky a infekcemi (Machová & Kubátová, 2009, 205-206).

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR a tvoří 23 % celkové úmrtnosti (Kalman et al., 2009). I když v posledních letech se výrazně nezvyšuje úmrtnost na tyto onemocnění, zejména díky dobré zdravotní péči. Důležitá je již prevence, aby tyto

onemocnění vůbec nevznikly. Vhodnou prevencí je vyřazení výše uvedených faktorů podílejících se na vzniku nemoci, pohybová aktivita a preventivní lékařské prohlídky.

Osteoporóza nazývaná také nemoc křehkých kostí je nejčastějším onemocněním pohybového ústrojí zejména ve středním věku a ve stáří. Je charakterizována úbytkem kostní hmoty. Kosti se stávají křehké, slabé, měkké a tím jsou náchylnější ke zlomeninám. Na vzniku onemocnění se podílí genetické vlivy, faktory životního stylu a hormony. Do 35 let věku dochází k obvyklému růstu kostní hmoty. Poté pomalu a postupně ubývá. Pokud se k tomu přidají rizikové faktory, tak se možnost onemocnění ještě zvyšuje. Mezi rizikové faktory se řadí především sedavý způsob života, strava s vysokým podílem bílkovin, nízká hladina hormonu estrogenu, předčasná menopauza, dlouhodobé užívání kortikosteroidních hormonů, konzumace alkoholu, kofeinu a kouření (Diehl et al., 2009). Výskyt osteoporózy narůstá s věkem. V civilizovaných zemích tato nemoc postihuje 7-8 % obyvatelstva. Je prokázáno, že postihuje zejména starší ženy z důvodu nedostatku hormonu estrogenu po menopauze. Po 55 letech jí trpí každá třetí žena a od 70 let je to téměř každá druhá žena (Kalman et al., 2009). I když nemoc postihuje více ženy, tak každý starší pátý muž jí také trpí. Osteoporóza se projevuje bolestmi zad, deformacemi páteře, snížením tělesné výšky a často zlomeninami. Nejzávažnějším problémem je zlomenina krčku stehenní kosti, která může vzniknout při malém úrazu nebo jen při sednutí. Pacient je dlouhodobě upoután na lůžko a potřebuje dlouhodobou ústavní péči. Až 20 % procent postižených na následky zlomeniny umírá (Machová & Kubátová, 2009). Vhodnou prevencí je vyloučení rizikových faktorů, dostatečná fyzická aktivita a vyvážená strava s dostatkem vitamínu D a vápníkem (Čevela et al., 2012).

1.4 KVALITA ŽIVOTA

1.4.1 Vymezení pojmu

Kvalita života je předmětem zájmu medicíny, psychologie, sociologie a mnoha dalších věd. Můžeme ji rozdělit na dva různé pohledy. Prvním je subjektivní kvalita života, která souvisí s psychickou pohodou a s celkovou spokojeností s naším životem. Objektivní kvalitou života je naplňování požadavků v oblasti sociální, materiálních podmínek a fyzického zdraví. Pro nás je důležitá zejména subjektivní kvalita života, tedy to jak jsme spokojeni a jak svůj život vnímáme.

Křížová (in Dvořáčková, 2012) uvádí, že odborná veřejnost se shoduje na třech hlavních oblastech pojmu kvalita života. Je to fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem.

Veenhoven (in Čevela et al., 2012, 199) vymezuje čtyři základní faktory kvality života:

- životní předpoklady (šance),
- životní výsledky,
- vnější kvality (charakteristiky prostředí včetně společnosti),
- vnitřní kvality (charakteristiky individua).

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Čevela et al., 2012, 199-200).

1.4.2 Kvalita života ve stáří

Všichni stárneme, a proto se nás kvalita života ve stáří týká. K hlavním faktorům, které ovlivňují kvalitu života u seniorů, patří:

- dobrý zdravotní stav,
- stabilní manželství,
- samostatné bydlení,
- extroverze,
- sociální zapojení,
- nepřítomnost deprese,
- nepřítomnost problémů s alkoholem.

Dle dalších autorů dalšími faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů je schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení, životní spokojenost, prožívání stáří a vnímání životních podmínek. Kvalitu života ve stáří tedy ovlivňuje mnoho vnitřních i vnějších faktorů. Nejběžnějším způsobem zjišťování kvality života je pomocí dotazníků a rozhovorů. Na podnět Světové zdravotnické organizace vytvořila mezinárodní pracovní skupina (WHOQOL) dotazník pro měření kvality života, který je nazýván WHOQOL-100. Dotazník je rozdělen na 6 oblastí, kterými jsou fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita. Byla vytvořena i jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF pro využití zejména v klinické praxi.

To čemu se senioři věnují, jaké aktivity provozují, ovlivňuje zásadním způsobem jejich zdravotní stav. Zdravotníci se zajímají o kvalitu života nemocných. Nezkoumají jen fyzický stav a léčbu, ale i dopady léčebné terapie na každodenní život nemocných. Kvalita života je významným indikátorem zdraví (Čevela et al., 2012). „V souvislosti s kvalitou života jsou zmiňovány sport a pohybové aktivity neustále častěji a jsou doporučovány širokým vrstvám populace všech věkových kategorií“ (Bednářová, 2011, 7).

1.4.3 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Na podnět Světové zdravotnické organizace z roku 1991 byla vytvořena pracovní skupina WHOQOL, která byla tvořena zástupci z 15 výzkumných center z celého světa. Tato skupina vytvořila dotazník WHOQOL-100 pro hodnocení kvality života. Dotazník se skládá ze 100 položek a dělí se na 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), které se dále člení na 24 podoblastí. Poslední 4 položky hodnotí celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Pro klinickou praxi se tento dotazník ukázal jako příliš dlouhý, a proto byla vytvořena jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF. Byl vytvořen také dotazník WHOQOL-OLD určený pro populaci nad 60 let věku.

Dotazník WHOQOL-BREF je používán k měření kvality života. Obsahuje celkem 26 položek. Z toho 24 položek zahrnuje 4 domény - fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2), sociální vztahy (DOM3) a prostředí (DOM4). První 2 položky zjišťují celkovou kvalitu života (Q1) a celkové zdraví (Q2) a jsou hodnoceny samostatně (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Českou verzi těchto dotazníků vytvořilo Psychiatrické centrum v Praze ve spolupráci s pracovní skupinou WHOQOL a pro následné použití byla sestavena „Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, WHOQOL-100“.

1.5 POHYBOVÁ AKTIVITA

1.5.1 Vymezení pojmů

Pohyb jsou všechny procesy probíhající v přírodě i ve společnosti. Je to jakákoliv změna ve vnějších i vnitřních vztazích a je základním projevem živého organismu.

Pohyb dělíme na:

- mechanický (neživá hmota),
- biologický (živé organismy),
- společenský (člověk).

Pohybová činnost se nazývá motorika. Lidská motorika jsou pohybové činnosti člověka, které je schopen teoreticky realizovat a je to celkový pohybový potenciál člověka. *Pohybové aktivity* jsou všechny skutečně realizované pohybové činnosti. Tělesná cvičení jsou konkrétní pohybové činnosti realizované v pohybové aktivitě a jsou hlavním prostředkem tělesné výchovy, tělocvičné rekreace a sportu. Skutečně realizované tělesné cvičení nazýváme tělocvičnou aktivitou (Hodaň, 1997; Kasa, Měkota, Belej & Čelikovský, 1985).

Existují různé druhy pohybové aktivity. Odborní autoři je vykládají různě. Dle Měkoty a Cuberka (2007) je pohybová aktivita:

- intencionální (cílená),
- habituální (běžná),
- spontánní (samovolná),
- sportovní,
- volnočasová,
- organizovaná (školní či klubová).

Bouchard, Katzmarzyk (2000) definuje čtyři druhy pohybové aktivity:

- pracovní (spojeno s prací),
- domácí (běžné domácí činnosti),
- dopravní (jízda na kole, chůze),
- volný čas (ve volném čase - cvičení, koníčky).

1.5.2 Pohyb a jeho význam

Pohyb je základním projevem existence živočichů, včetně člověka. Pohybem člověk zaujímal v prostoru takovou polohu, která pro něho byla nejvhodnější při vyhledávání potravy, ukrývání se před nepřáteli či při vyhledávání opačného pohlaví. Ve fylogenetickém vývoji (vývoj druhů organismů) měl pohyb zásadní vliv na všechny organismy. Pohybem se vyvíjela a zdokonalovala pohybová soustava a také další soustavy, například nervová a humorální. Zlepšovali se také smyslové schopnosti. Postupným vývojem se změnil i význam pohybu pro člověka ze zajišťování základních životních potřeb na sportovní a jiné činnosti (Machová & Kubátová, 2009). Dle celosvětového dotazníkového šetření (GPAG) z roku 2011 má v České republice 32 % dospělých nízkou pohybovou aktivitu, 21 % střední a 46 % vysokou fyzickou aktivitu (Antošová, 2014). Lidské tělo je stvořeno k pohybu. Pohyb je přemísťování těla v prostoru a můžeme ho rozdělit na aktivní pohyb, kdy jsme sami účastníkem anebo pasivní pohyb, kdy k přemísťování používáme jiných prostředků. Pro zachování našeho zdraví je nezbytný a nejpřirozenější aktivní pohyb. Lidský pohyb je zajišťován činností pohybového aparátu (Machová & Kubátová, 2009).

Pohybový aparát se skládá ze tří podsystémů:

- opěrného a nosného (kosti, klouby, šlachy a vazy),
- výkonného (kosterní svaly),
- řídicího (receptory, nervy).

Pohybový aparát má souvislost s činností orgánů a soustav v lidském těle. Proto je třeba ho udržovat.

Vhodně shrnula význam pohybu Machová (in Machová & Kubátová, 2009, 58), kdy je pohyb nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem k zachování a upevňování normálních fyziologických funkcí organismu:

- zvyšuje tělesnou zdatnost a snižuje hladinu cholesterolu,
- přispívá k duševní svěžesti, zvyšuje pocit duševní pohody a odolnost vůči stresu, napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku,
- pomáhá proti bolestem v zádech,
- zpevňuje kosti a zmenšuje tak riziko zlomenin, zvláště u lidí ve vyšším věku,
- zlepšuje prokrvení kůže a tím i fyzický vzhled,
- je prevencí chronických neinfekčních (civilizačních chorob).

Pohyb je důležitý prostředek pro posilování pohybové soustavy, upevňování zdraví a rozvíjení tělesné zdatnosti.

1.5.3 Tělesná zdatnost

Tělesná zdatnost je globálním a kvalitativním ukazatelem toho, v jakém stavu se organismus právě nachází. V historii proběhlo mnoho pokusů o jedinou správnou definici tohoto pojmu. V roce 1965 byla u nás zdatnost popsána jako soubor předpokladů pro optimální reakci na náročnou pohybovou činnost a vlivy vnějšího prostředí. Organismus je odolný a homeostáza zůstává zátěží nenarušená nebo je narušena jen málo. V 80. letech 20. století se zdatnost považuje za jednu ze složek celkové zdatnosti, ve které jsou zahrnuty zdatnosti sociální, duševní nebo emocionální. Pro zdatnost se někdy používá termín tělesná kondice nebo „fitness“ jak pro pojmenování dobrého zdravotního stavu, tak i pro způsobilost lehce, rychle, silově, obratně zdolávat všelijaké překážky.

Podle Máčka (1972) můžeme tělesnou zdatnost označit jako stav organismu, který je připraven nebo adaptován na určitý výkon.

Tělesnou zdatnost můžeme rozdělit na:

- zdravotně orientovanou zdatnost (HRF: health-related-fitness),
- výkonnostně orientovanou zdatnost (PRF: performance-related-fitness).

Zdravotně orientovaná zdatnost je zaměřena na zlepšení kvality života a zdravotního stavu jako prevence civilizačních chorob. Odborníci rozdělují zdravotně orientovanou zdatnost do 5 oblastí:

- *Kardiorespirační zdatnost (aerobní zdatnost)* – schopnost organismu neboli schopnost oběhového a dýchacího systému přijmout, přenést a využít kyslík při udržitelné fyzické aktivitě. Hlavní efekt se projevuje ve schopnosti vykonávat činnost vytrvalostního charakteru. Dalším efektem je zvýšená srdečně cévní činnost a redukce tuků. Pro zlepšení kardiorespirační vytrvalosti se doporučuje činnost, při které se udržuje tepová frekvence na vyšší úrovni vykonávanou po delší dobu, jako je chůze, plavání nebo jízda na kole.
- *Svalová síla* – můžeme ji charakterizovat jako množství síly, při které je sval schopen se vyvinout proti odporu. Tímto způsobem se buduje svalová hmota a celková síla těla.
- *Svalová vytrvalost* – je schopnost výdrže svalové činnosti po delší časové období.
- *Flexibilita* – je to schopnost pohybovat svaly a klouby v plném rozsahu nebo do takové míry, jaké nám ohebnost dovolí. Správná a dostatečná ohebnost zabraňuje zranění. Pro zlepšení flexibility se doporučuje strečink nebo plavání, kde dochází k prodloužení svalů.

- *Složení těla* – je poměr mezi množstvím podkožního tuku, svalů, kostí a ostatních složek tělesné hmoty. S tím souvisí pojem obezita. Obézní lidé mají problémy s pohybovou aktivitou a větší náchylnost k nemocem. Poměr velikosti obezity si můžeme ověřit na tzv. BMI (Body Mass Index), neboli index tělesné hmotnosti. Lze jej vypočítat jako hmotnost, která je uváděná v kilogramech vydělenou druhou mocninou výšky, která je uváděna v metrech.

Výkonnostně orientovaná zdatnost se zaměřuje na efektivní metody tréninku a zlepšování sportovních výsledků.

„Tělesnou zdatnost je možné získat pravidelným cvičením, pohybovou aktivitou a sportem v dostatečné intenzitě a kvantitě“ (Máček, 2005, 20).

Pro zvýšení úrovně tělesné zdatnosti se používá tří druhů **tělesného cvičení**:

- *Anaerobní cvičení* vyžaduje krátkodobý výbuch svalové energie. Jedná se o krátkou a rychlou intenzivní zátěž. Je to například běh na krátké tratě anebo vzpírání.
- *Aerobní (vytrvalostní) cvičení* vyžaduje výrazně zvýšenou spotřebu kyslíku po delší dobu. Zvyšuje se u něho minutový srdeční objem, tím srdeční tep a prokrvení svalů. Jedná se o běh na dlouhé tratě, plavání, běh na lyžích a další druhy cvičení vytrvalostního charakteru. Má pozitivní vliv na činnost kardiovaskulárního systému.
- *Silové cvičení* se dále dělí na:
 - Izometrické cvičení je pro získání svalové síly. Jedná se o tlak proti překážce a neovlivňuje pohyblivost.
 - Izotonické cvičení vyžaduje stahování svalů (kontrakce) a současně pohyblivost kloubů. Je to například zvedání činek.
 - Izokinetické cvičení je pro získání svalové síly a pro zvýšení pohyblivosti kloubů s možností usměrnění odporu. Ke cvičení jsou využívány různé cvičební trenažéry (Máček, 2005; Křivohlavý, 2001).

1.5.4 Pohybová aktivita ve stáří

Předpokladem pro dobrou kvalitu života ve stáří je dobrý zdravotní stav a následná nezávislost, soběstačnost a sebeobsluha. Vyšší věk je spojen s množstvím zdravotních komplikací, zhoršováním nervosvalových funkcí, které vedou ke zhoršení mobility, k úrazům a k závislosti na okolí (Štěpánková, 2012). Asi 40 % osob ve věku od 60 do 74 let trpí některými poruchami, které snižují jejich funkční schopnosti. Nad 65 let věku je tento poměr už 65 %. Se stoupajícím věkem klesá postupně výdej energie a projevuje se především omezením pohybové aktivity. Při snižování pohybové aktivity klesá svalová síla, ubývá svalových vláken a zmenšuje se objem svalů. V pohybovém systému včetně kostí proto vznikají negativní změny. Při dlouhodobém udržení určitého stupně pohybové aktivity se negativní působení věku zpomaluje nebo dokonce zastavuje (Máček & Radvanský, 2011). K prokázaným přínosům přiměřené pohybové aktivity se řadí snížení úbytku svalové hmoty, zlepšení prokrvení zatěžovaných svalových skupin, zpomalení deficitu nervosvalových funkcí, možnosti komunikace, zlepšení mobility a tím zlepšení celkové kvality života seniorů. Rizikem při pohybové činnosti je vysoká pravděpodobnost zranění a možný negativní dopad na seniora při nevládnutí určitého druhu pohybové činnosti (Štěpánková, 2012). Vhodné pohybové aktivity předchází vzniku chorob ve stáří a mají příznivé účinky na některé druhy onemocnění.

1.5.5 Pohybová aktivita a její vliv na onemocnění

Pohybová aktivita snižuje riziko náhlého předčasného úmrtí ze všech příčin až o 50 % (Máček & Radvanský, 2011). Autoři Antošová (2014), Máček a Radvanský (2011), Kalman et al. (2009) a Roslawski (2005) se shodují, že pravidelná pohybová aktivita přispívá k prodloužení života, snižuje riziko vzniku a má příznivé účinky na kardiovaskulární choroby (zejména ischemickou chorobu srdeční), hypertenzi, některé druhy nádorových onemocnění, cukrovku, obezitu, poruchy hybného systému a osteoporózu. Vliv pohybové aktivity na zdraví člověka je uveden na obrázku 5.

	Onemocnění	Snižuje riziko	Redukuje symptomy	Zlepšuje stav	Typ aktivity
Onemocnění srdce, krevního oběhu a dýchacího systému	Ischemická choroba srdeční	***	***	**	A, E
	Chronické plicní obstrukční onemocnění	*	*	*	A
	Astma	*	*		A
	Cévní mozková příhoda	*	**	**	S, A
	Hypertenze	**		***	A, E
Metabolická onemocnění	Diabetes Mellitus II. typu	***	***	***	A, E
	Obezita	**	**	***	E, A
	Osteoporóza	**			S, A
Nádorové onemocnění	Rakovina plic	*			A
	Rakovina prostaty	*	*	**	A
	Rakovina tlustého střeva	***	**	**	A
	Rakovina prsu	**	*	**	A
Jiné	Dlouhověkost		***	***	A
	Deprese	**	**	**	A
	Těhotenství		*	**	A
	Kouření	*	**	**	A
	Stres	**	**	**	A
	Alzheimerova choroba	*			A
	Úzkost	**	**	***	A
Vysvětlivky	* malý efekt, ** střední efekt, *** silný efekt				
	A = pohybová aktivita střední intenzity, E = důležitý je energetický výdej, S = silové cvičení				

Obrázek 5. Efekt pohybové aktivity na specifické zdravotní problémy (Kalman et al., 2009, 31)

1.5.6 Vhodné pohybové aktivity ve stáří

Při výběru vhodných pohybových aktivit seniorů je třeba nejdříve zhodnotit jejich celkový zdravotní stav, úroveň pohybových dovedností a stav svalových skupin pro danou pohybovou činnost. Na základě toho je možné vyhodnotit možná rizika a poté přínosy spojených s pohybovou činností. Mnoho studií se shoduje, že vhodné pohybové aktivity na určitou

cílovou skupinu seniorů musí být aplikovány po delší dobu, v rozsahu od 4 do 8 až 11 týdnů, aby přinesly požadované změny. Ke všeobecně bezpečným a doporučeným aktivitám se řadí chůze, jóga, plavání a pohybové aktivity aerobního charakteru s omezením skoků a dopadů (Štěpánková, 2012). „Chůze představuje základní přirozenou pohybovou aktivitu a její význam pro zdraví a funkčnost těla bývá často podceňována. Chůze znamená pro člověka ale více než jen způsob přemístění z jednoho místa do druhého. Prostřednictvím chůze lze zlepšovat kondici, náladu, chránit se před některými nemocemi, hubnout nebo udržovat hmotnost“ (Fialová, 2007).

Za základní dobu pro cvičební jednotku je považováno 30 minut, kdy už se tělo začne adaptovat (přizpůsobovat) zátěži. Je možné volit vhodné přestávky dle potřeb cvičenců anebo jednotku rozdělit na 3 x 10 minut. Je žádoucí se takto zvolené pohybové aktivitě věnovat každý den. Vhodná jsou i určitá silová (odporová) cvičení pro zvýšení svalové síly a svalové hmoty, ale senioři jsou při těchto cvičeních více ohroženi úrazy. Proto je třeba odborný dohled anebo vhodná ukázka. Jedna cvičební jednotka by měla obsahovat 2-3 série, kdy postupným zvyšováním by se mělo dosáhnout 12 opakování v jedné sérii. Silová cvičení by měli být provozována 2-3 krát týdně v kombinaci s výše uvedeným aerobním cvičením (Máček & Radvanský, 2011).

2 CÍLE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Hlavním cílem mojí bakalářské práce je zmapovat a zhodnotit zdravotní stav a pohybové návyky u skupiny seniorů nad 60 roků. Dalším cílem je zmapovat a zhodnotit výskyt nemocí u skupiny seniorů provádějící pravidelně pohybové aktivity a u skupiny seniorů neprovádějící pravidelné pohybové aktivity a s tím související kvalitu života. Šetření bylo prováděno anonymním dotazníkem (Prášková, 2013), jehož součástí byl i dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006) zjišťující subjektivní kvalitu života dotazovaných.

Byly stanoveny tyto cíle a výzkumná otázka:

Cíl 1 – Zmapovat zdravotní potíže a nemoci respondentů.

Cíl 2 – Zhodnotit četnost a druhy pohybových aktivit respondentů.

Cíl 3 – Zmapovat pravidelnost pohybových aktivit respondentů v dětství a v dospělosti.

Cíl 4 – Zhodnotit motivace k provádění pohybových aktivit respondentů.

Cíl 5 – Zmapovat nemoci u skupiny seniorů provádějící pravidelně pohybové aktivity a u skupiny seniorů neprovádějící pravidelné pohybové aktivity.

Cíl 6 – Zhodnotit subjektivně vnímanou kvalitu života respondentů.

Výzkumná otázka č. 1 - Jaká je subjektivní kvalita života respondentů nevěnujících se vytrvalostním pohybovým aktivitám a dotazovaných věnujících se vytrvalostním pohybovým aktivitám denně anebo alespoň třikrát týdně 1 hodinu?

3 METODIKA

3.1 Popis výzkumného souboru

Dotazníkové šetření probíhalo na 30 seniorech ve věku 62 - 95 let, z toho bylo 7 mužů a 23 žen. Tento soubor tvořili senioři z chráněného bydlení na ulici Zikova 14 v Olomouci. Toto zařízení spadá pod příspěvkovou organizaci Sociální služby pro seniory Olomouc a poskytuje seniorům pomoc a podporu, jestliže ji z důvodu snížené soběstačnosti či mobility potřebují. V zařízení je 76 samostatných jednotek s balkonem a vlastním sociálním zařízením, kde senioři žijí. V zařízení se nachází knihovna, keramická dílna, počítačová místnost, kuchyňka se „šijovnou“, klubovna a tělocvična. V tělocvičně probíhají 2x týdně kondiční cvičení s hudbou a jednou za měsíc cvičení v sedě. Tělocvična je vybavena posilovacím rotopedem, rehabilitačním strojem „krankcycle“ a cvičebními náčiním a nářadím. Senioři mohou tuto tělocvičnu dle jejich potřeb využívat. V místnostech pro aktivity se uživatelé mohou denně scházet v klubu šití, vaření, stolních her, dobré pohody, ručních prací, zdravého životního stylu a počítačů.

Každý týden v úterý se senioři schází a povídají si či hrají karty. Po dohodě s vedoucí sociální pracovnící jsem za nimi v úterý přišla a prováděla dotazování. Většina seniorů byla schopna dotazník vyplnit, u někoho jsem provedla dotazování formou rozhovoru a následně zaznamenala jeho odpovědi. Při tomto jsem se snažila jeho výběr nijak neovlivnit a tím nesnížit validitu dotazníku. Senioři byli docela vsřícní, pouze 3 mi odmítli dotazník vyplnit. Všechny položky v dotazníku byly úspěšně vyplněny, někdy až po mém zkontrolování a upozornění. Jeden dotazník byl vyřazen z důvodu nevyplnění některých položek. Senioři působili spokojeným dojmem, zejména si chválili sociální pracovnice. Dotazníkové šetření probíhalo na přelomu března a dubna roku 2015.

3.2 Charakteristika výzkumné metody

Ke sběru dat byl použit anonymní dotazník (Prášková, 2013), který se skládal ze dvou částí. První část dotazníku byla nestandardizovaná a skládala se z 10 otázek. V první otázce se zjišťovaly osobní údaje, kterými bylo pohlaví, věk, zdali dotazovaný kouří, pije alkohol a nejvyšší dosažené vzdělání. V otázkách č. 2, 3 a 4 se zjišťovali onemocnění, zdravotní potíže, jestli v posledním roce respondent upadl a jaká byla příčina tohoto pádu. Otázka č. 5 až 8 se zabývala provozovanými vytrvalostními a nevytrvalostními pohybovými aktivitami a jejich

četností. Otázka č. 9 zjišťovala, zda se dotazovaný věnoval pohybovým aktivitám v dětství a v dospělosti. A poslední otázka se zabývala jejich motivací k pohybovým aktivitám.

Druhá část dotazníku zjišťovala subjektivní kvalitu života seniorů v oblastech fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí, celková kvalita života a celkové zdraví a byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Dotazník WHOQOL-OLD pro populaci nad 60 let jsem nepoužila z důvodu délky dotazníku a pro účely této práce jsem shledala dostačující použít WHOQOL-BREF.

3.3 Administrace a vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

Pro použití tohoto dotazníku k výzkumným účelům je třeba se zaregistrovat v českém WHOQOL centru (příloha 2). Dotazník WHOQOL-BREF (příloha 1) vyplňuje sám respondent anebo může být předkládán formou rozhovoru. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 5 minut. Je vhodné vybrat klidné místo a k dotazníku připojit instrukce pro vyplnění. V případě předkládání dotazníku formou rozhovoru je důležité dotazovaného neovlivňovat v jeho odpovědi. Dotazník se vyjadřuje pomocí doménových skóru a průměrných hrubých skóru dvou samostatných položek (položka č. 1, 2). Doménové skóre je aritmetický průměr hodnot položek u jednotlivých domén, který je ještě nutno vynásobit hodnotou 4, aby byly hodnoty porovnatelné dotazníkem WHOQOL-100. Rozpětí hrubých skóru a domén se pohybuje od minima 4 do 20, kdy vyšší skór odpovídá lepší kvalitě života (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Položka č. 1 - Kvalita života a položka č. 2 - Zdraví se vyhodnocují samostatně v rozpětí 1-5, přičemž vyšší skór znamená lepší kvalitu života. Dotazník dále zahrnuje 4 domény. Hrubý skór z první domény - fyzické zdraví (DOM1) se vypočítá z položek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Druhá doména je prožívání (DOM2) a hrubý skór se zjišťuje z položek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Z třetí domény - sociální vztahy (DOM3) se hrubý skór vypočítá z položek č. 20, 21 a 22. Poslední doménou je prostředí (DOM4) a hrubý skór se zjišťuje z položek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25 (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

3.4 Zpracování dat

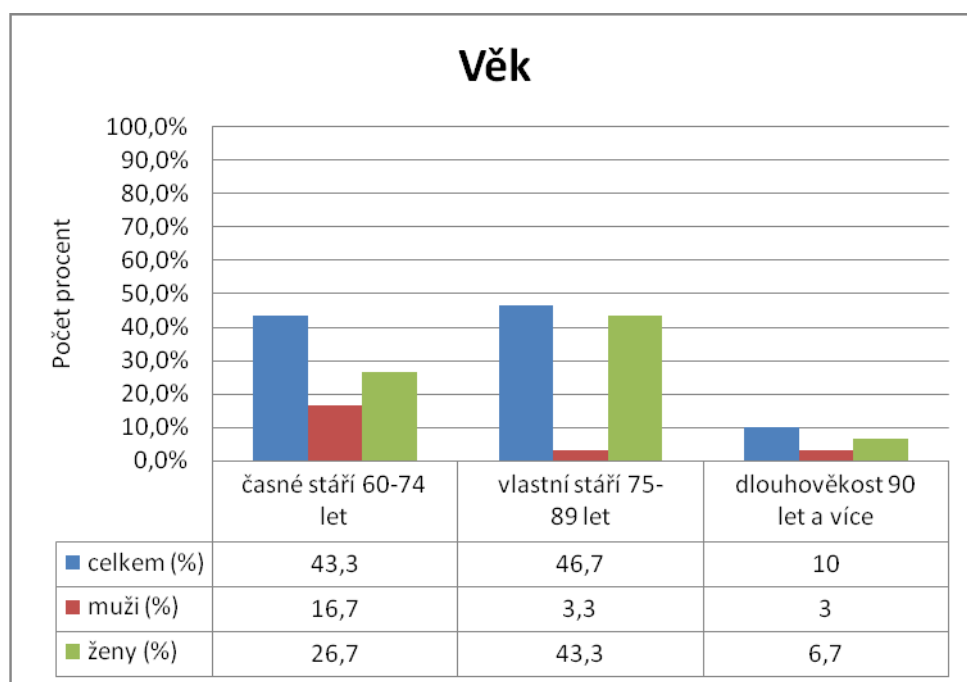
Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel. Výsledky zpracovaných dat byly znázorněny v tabulkách prostřednictvím absolutních (n), relativních četností (%), průměrů a minimálních a maximálních hodnot. Data byly znázorněny pomocí klasických grafů.

Pro následné statistické zpracování bylo využito aplikace STAT1 pro Microsoft Office 2007 (Neubauer, Sedlařík & Kříž, 2012). Byly provedeny testy normálního rozdělení na základě testu hypotéz o shodě rozptylu a testu o shodě středních hodnot. Byla stanovena hypotéza H a alternativní hypotéza A. Výsledkem statistického zpracování může být zamítnutí nebo nezamítnutí hypotézy H a následné přijetí alternativní hypotézy A. Pro samotné testování byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$, kdy je riziko chyby 5 %.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

4.1 Zjištěné údaje o výzkumném souboru

Respondenty jsem rozdělila do 3 věkových kategorií dle členění věkových skupin Světové zdravotnické organizace. Do první kategorie časně stáří (60-74 let) spadá celkem 13 respondentů (43,3 %), z toho je 5 mužů (16,7 %) a 8 žen (26,7 %). Druhou kategorií je vlastní stáří (75-89 let) a spadá do ní celkem 14 respondentů (46,7 %), z toho je pouze jeden muž (3,3 %) a 13 žen (43,3 %). Dlouhověkost (90 a více let) je třetí kategorií a nachází se v ní 3 respondenti (10 %), z toho je 1 muž (3,3%) a 2 ženy (6,7 %). Nejvíce respondentů spadá do kategorie vlastní stáří (75-89 let), kde je pouze jeden muž, a zbytek jsou ženy. Z celkového výzkumného souboru 30 respondentů je 23 žen a 7 mužů a jejich průměrný věk je 77 let. Průměrný věk mužů je 72 let a u žen je to 78 let. Potvrzuje to teorie, že ženy se dožívají vyššího věku. Věkové kategorie jsou znázorněny na grafu (obrázek 6).



Obrázek 6. Věkové složení respondentů dle členění WHO (vlastní výzkum)

Rozdělení podle pohlaví

Výzkumu se účastnilo celkem 30 respondentů. Z toho bylo 7 mužů (23,3 %) a 23 žen (76,7 %).

Pohlaví	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
celkem	30	100
žena	23	76,7
muž	7	23,3

Obrázek 7. Pohlaví respondentů

Kuřáctví u výzkumného souboru

25 respondentů (83,3 %) je nekuřáků a 5 (16,7 %) je bývalých kuřáků. Nikdo z dotazovaných již nekouří, což mě překvapilo a zároveň potěšilo, jelikož kouření je jedním z rizikových faktorů životního stylu současného člověka (Machová & Kubátová, 2009).

Jste kuřák/čka	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
ne	25	83,3
bývalý	5	16,7

Obrázek 8. Kouření respondentů

Požívání alkoholu u výzkumného souboru

Alkohol vícekrát za týden, ale ne denně pijí 4 dotazovaní. Méně než jedenkrát za týden, tedy příležitostně, pije 13 dotazovaných a stejný počet nepije alkohol vůbec. Ani jeden dotazovaný nepije alkohol každý den.

Pití alkoholu	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
méně než jedenkrát týdně	13	43,3
nikdy, jsem abstinent	13	43,3
vícekrát za týden, ale ne denně	4	13,3

Obrázek 9. Požívání alkoholu

Počet seniorů, kteří vůbec nepijí alkohol, byl poměrně vysoký, ale z hlediska pohlaví ničím překvapující, jelikož více než dvě třetiny seniorů tvoří ženy. Alkohol zpravidla pijí více muži než ženy. Alkohol v přiměřeném množství může být pro nás prospěšný, ale stejně tak, je velkým rizikem pro naše zdraví při jeho nadměrném a pravidelném požívání.

Rozdělení podle vzdělání

Nejvíce respondentů je vyučeno v oboru a to v 11 případech (36,7 %), základní vzdělání má 8 respondentů (26,7 %), střední školu má vystudováno 6 dotazovaných (20%). Vysokoškolsky vzdělaných je pouze 5 respondentů (16,7 %), což není ničím zvláštním, když vezmeme v úvahu mnohem lepší možnosti vzdělávání v dnešní době a v době jejich studijního věku. Naopak pouze základní vzdělání uvedlo 8 seniorů, což mě překvapilo, ale dříve vzdělání nehrálo takovou roli jako teď.

Nejvyšší dosažené vzdělání	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
vyučen/a v oboru	11	36,7
základní	8	26,7
středoškolské	6	20
vysokoškolské	5	16,7

Obrázek 10. Dosažené vzdělání

Dobré vzdělání je důležité a dává nám mnoho možností a příležitostí, ale neznamena to, že kdo nemá to „správné vzdělání“, tak je horším člověkem. Ale i ve vyšším věku je dobré a možné nějakým způsobem trénovat náš mozek. Můžeme se vzdělávat sami anebo pomocí různých institucí, například Univerzity třetího věku.

4.2 Nestandardizovaný dotazník

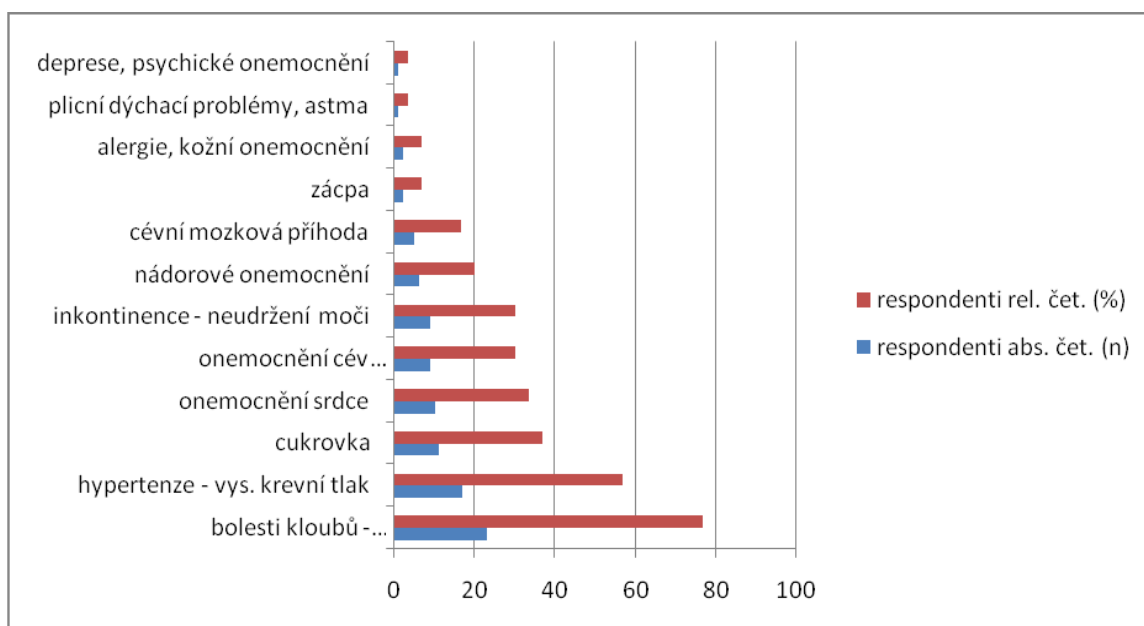
Pomocí jednotlivých otázek č. 2 – 10 v nestandardizovaném dotazníku (příloha 1) byly zjištěny následující výsledky a plněny stanovené cíle.

Cíl 1 – Zmapovat zdravotní potíže a nemoci respondentů.

Nejčastější onemocnění této skupiny seniorů jsou nemoci kloubů – artróza nebo osteoporóza, kterou uvedlo 23 seniorů (76,6 %). Tento výsledek odpovídá poznatkům, že osteoporóza je nejčastější onemocnění ve stáří, zejména u žen. Jako druhé nejběžnější onemocnění, které uvedlo 17 respondentů (56 %) je hypertenze (vysoký krevní tlak). Hypertenze se řadí ke kardiovaskulárním chorobám, které jsou příčinou úmrtí 50 % populace ČR, a tento výsledek je očekávaný. Cukrovka byla třetí nejčastěji uváděnou chorobou a to v 11 případech (36,7 %). Onemocnění srdce, kam řadíme ischemickou chorobu srdeční, infarkt a angínu pectoris, trápí 10 seniorů (33,3 %). Onemocnění cév končetin, otoky nohou, vředy má 9 dotazovaných (30 %) stejně jako problémy s udržení moči. Nádorové onemocnění označilo 6 dotazovaných (20 %). Mezi nemoci s nižším výskytem nebo rovno 20 % se řadí cévní mozková příhoda, zácpa, alergie či kožní onemocnění. Pouze 1 respondent (3,3 %) označil plicní dýchací problémy, astma nebo deprese či psychické onemocnění. Na obrázku 12 je graficky znázorněn výskyt těchto onemocnění u skupiny respondentů.

Onemocnění	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
bolesti kloubů - artróza, osteoporóza	23	76,7
hypertenze - vysoký krevní tlak	17	56,7
cukrovka	11	36,7
onemocnění srdce	10	33,3
onemocnění cév končetin, otoky, vředy	9	30
inkontinence - neudržení moči	9	30
nádorové onemocnění	6	20
cévní mozková příhoda	5	16,7
zácpa	2	6,7
alergie, kožní onemocnění	2	6,7
plicní dýchací problémy, astma	1	3,3
deprese, psychické onemocnění	1	3,3

Obrázek 11. Onemocnění



Obrázek 12. Graf četnosti onemocnění

Pády u seniorů

Výskyt pádů ve stáří bývá častým problémem. Polovina z dotazovaných (50 %) uvedla, že v posledním půl roce vůbec nepadla. Jednou spadlo 12 seniorů (40 %) a pouze 3 respondenti (10 %) uvedli, že spadli 2x - 3x během posledního půl roku.

Pády v posledním půl roce	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
ne	15	50
ano, 1x	12	40
ano, 2x – 3x	3	10

Obrázek 13. Výskyt pádů v posledním půl roce

Nejčastější příčinou pádu bylo zakopnutí, překážka v cestě, a to u 8 dotazovaných (26,7 %), v 6 případech (20 %) se jednalo o podklouznutí. Ztrátu rovnováhy uvedli 4 senioři (13,3 %) a nejméně častou příčinou pádu byla ztráta vědomí nebo mdloby a to ve 3 případech (10 %).

Příčina pádu	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
zakopnutí, překážka v cestě	8	26,7
podklouznutí	6	20
ztráta rovnováhy	4	13,3
ztráta vědomí, mdloby	3	10

Obrázek 14. Příčiny pádů.

Nemoci oběhové soustavy (hypertenze, onemocnění srdce, cévní onemocnění končetin, cévní mozková příhoda) se vyskytují u této skupiny respondentů ve velké míře. Dle Antošové (2014) jsou tyto nemoci příčinou smrti u žen v 54 % a ve 45 % u mužů z celkové populace. Výskyt těchto nemocí se začal objevovat s dnešním pohodlným způsobem života a s přejídáním. Cukrovka byla třetím nejčastěji uváděným onemocněním. Toto číslo je vysoké a potvrzuje poznatky, že v ČR trpí cukrovkou 7% populace zejména ve věku od 45 let (Antošová, 2014). Počet lidí trpících cukrovkou každoročně stoupá. Hlavní příčinou cukrovky je obezita a nedostatek pohybu. Pohybová aktivita má pozitivní vliv na většinu uváděných onemocnění. Pro snížení výskytu těchto onemocnění je zapotřebí více pohybu, lepší stravování. Pro zdraví je tedy zapotřebí, aby aktivní pohyb, byl součástí života každého z nás a tím se snížil výskyt těchto onemocnění.

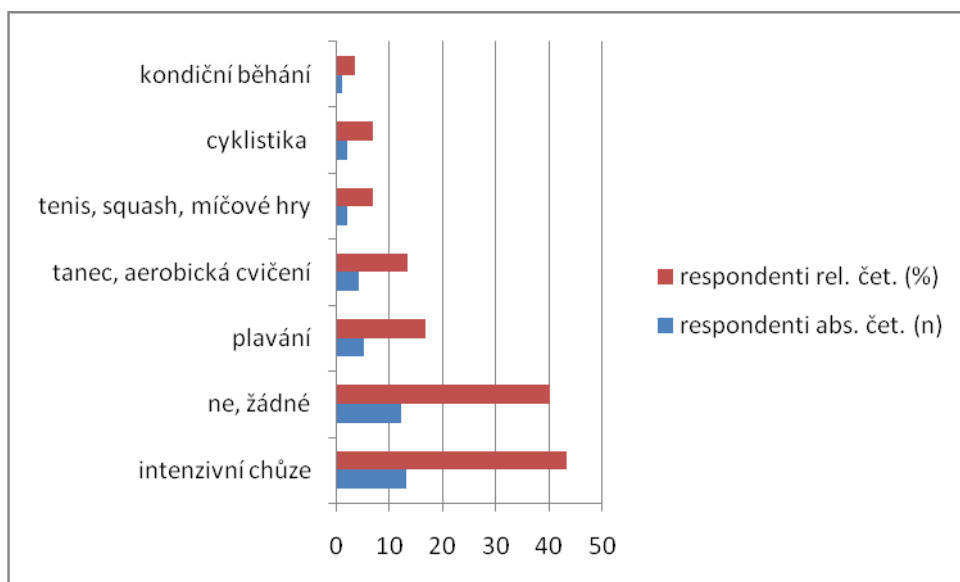
Cíl 2 – Zhodnotit četnost a druhy pohybových aktivit respondentů.

Vytrvalostní pohybové aktivity

Nejvíce provozovanou vytrvalostní pohybovou aktivitou je intenzivní chůze a to ve 13 případech (43 %), 12 dotazovaných (40 %) neprovádí žádnou takovou aktivitu, 5 seniorů (16,7 %) chodí pravidelně plavat. Tanec nebo jiná aerobická cvičení označili 4 dotazovaní (13,3 %). Tenis, squash a míčové hry hrají 2 respondenti (6,7 %) a stejný počet jezdí pravidelně na kole. Nejméně prováděnou vytrvalostní pohybovou aktivitou byl kondiční běh a to pouze v 1 případě (3,3 %). Na obrázku 16 jsou graficky znázorněné prováděné aktivity.

Vytrvalostní pohybové aktivity	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
intenzivní chůze	13	43,3
ne, žádné	12	40
plavání	5	16,7
tanec, aerobická cvičení	4	13,3
tenis, squash, míčové hry	2	6,7
cyklistika	2	6,7
kondiční běhání	1	3,3

Obrázek 15. Vytrvalostní pohybové aktivity

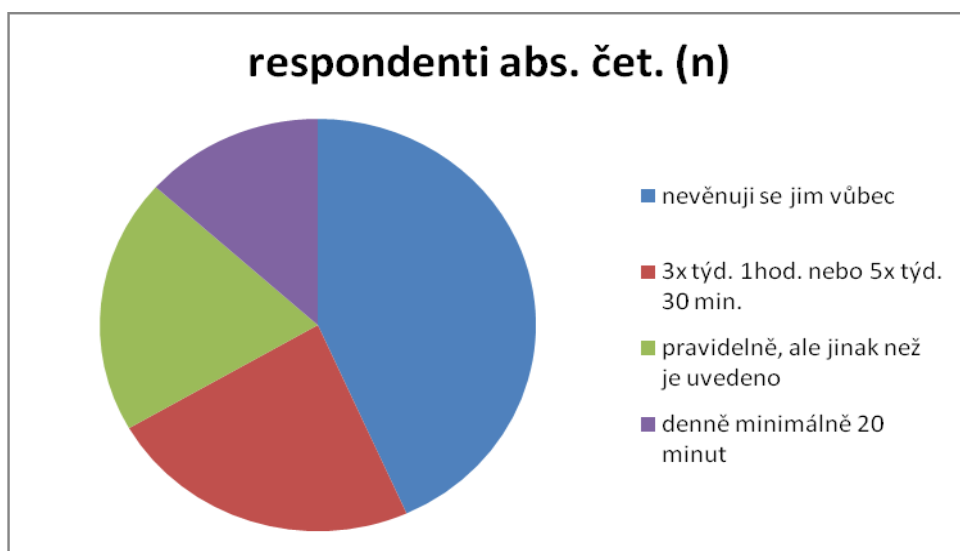


Obrázek 16. Graf vytrvalostních pohybových aktivit

Co se týče intenzity těchto vytrvalostních pohybových aktivit, tak nejčastější odpovědí (43,3 %) bylo, že se jim nevěnují vůbec. 7 dotazovaných (23,3 %) odpovědělo 3x týdně 1 hodinu nebo 5x týdně 30 minut. PA pravidelně jinak než je uvedeno vykonává 6 seniorů (20 %). A každý den, alespoň 20 minut cvičí 4 respondenti (13,3 %). Na obrázku 18 je graficky znázorněna intenzita vytrvalostních PA.

Intenzita vytrvalostních PA	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
nevěnují se jim vůbec	13	43,3
3x týd. 1hod. nebo 5x týd. 30 min.	7	23,3
pravidelně, ale jinak než je uvedeno	6	20
denně minimálně 20 minut	4	13,3

Obrázek 17. Intenzita vytrvalostních pohybových aktivit



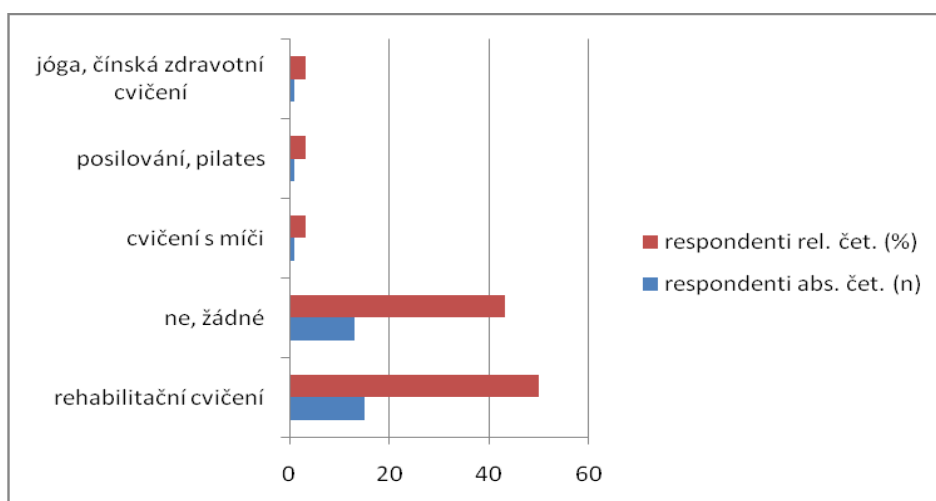
Obrázek 18. Graf intenzity provozovaných vytrvalostních PA

Nevytrvalostní pohybové aktivity

Polovina dotazovaných (50 %) se věnuje rehabilitačním cvičením, které byly uváděny jako nejčastější nevytrvalostní pohybová aktivita. Jako druhá nejčastější odpověď byla, že se nevěnují žádné této pohybové aktivitě a to ve 13 případech (43,3 %). Pouze 1 senior (3,3 %) cvičí s míči a stejný byl výsledek u posilování a jógy.

Nevytrvalostní PA	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
rehabilitační cvičení	15	50
ne, žádné	13	43,3
cvičení s míči	1	3,3
posilování, pilates	1	3,3
jóga, čínská zdravotní cvičení	1	3,3

Obrázek 19. Nevytrvalostní pohybové aktivity

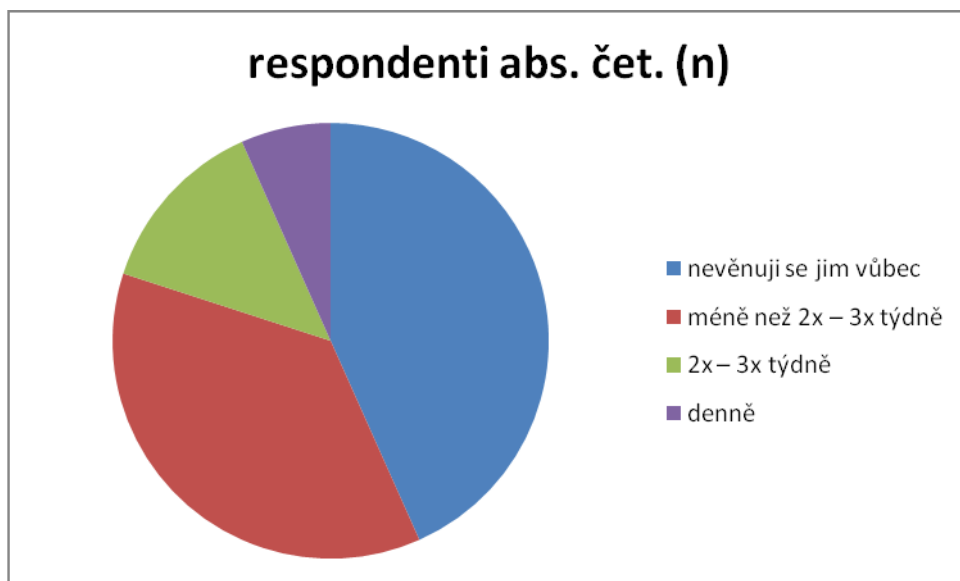


Obrázek 20. Graf četnosti nevytrvalostních PA

Co se týče intenzity nevytrvalostních PA, tak třináct respondentů (43,3 %) uvedlo, že se jim nevěnuje vůbec. Jako druhou nejčastější odpověď méně než 2x – 3x týdně uvedlo 11 respondentů (36,7 %). Nevytrvalostním pohybovým aktivitám 2x – 3x týdně se věnují 4 dotazovaní (13,3 %) a pouze 2 senioři (6,7 %) uvedli, že cvičí denně. Graficky je intenzita nevytrvalostních PA znázorněna na obrázku 22.

Intenzita nevytrvalostních PA	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
nevěnují se jim vůbec	13	43,3
méně než 2x – 3x týdně	11	36,7
2x – 3x týdně	4	13,3
denně	2	6,7

Obrázek 21. Intenzita nevytrvalostních PA



Obrázek 22. Graf intenzity provozovaných nevytrvalostních PA

Pohybové aktivity jsou důležité pro naše zdraví. Ve stáří jsou vhodné kromě různých kompenzačních cvičení zejména vytrvalostní pohybové aktivity. Téměř polovina dotazovaných uvedla intenzivní chůzi, což není špatné. Avšak výsledky, že 40% dotazovaných se nevěnuje žádné vytrvalostní pohybové aktivitě jsou znepokojující. Příčinou mohou být samozřejmě i zdravotní důvody, kdy dotazovaní nemohou tyto pohybové aktivity vykonávat. Chůze je jednou z nedoporučovanějších pohybových aktivit pro všechny lidi, zejména ve stáří. Je to nejpřirozenější pohyb a můžeme ji provozovat téměř kdekoli. Na kole jezdí pouze 2 dotazovaní a myslím, že by toto číslo mohlo být vyšší, protože je vhodná z důvodu menšího zatěžování kloubů, které jsou ve stáří častým problémem. Což potvrzuje náš výzkumný soubor, kdy trpí bolestmi kloubů 76% respondentů. Provozované pohybové by se měly s přihlédnutím k zdravotnímu stavu zlepšit. Je vhodné denně 30 minut aktivního pohybu, například chůze.

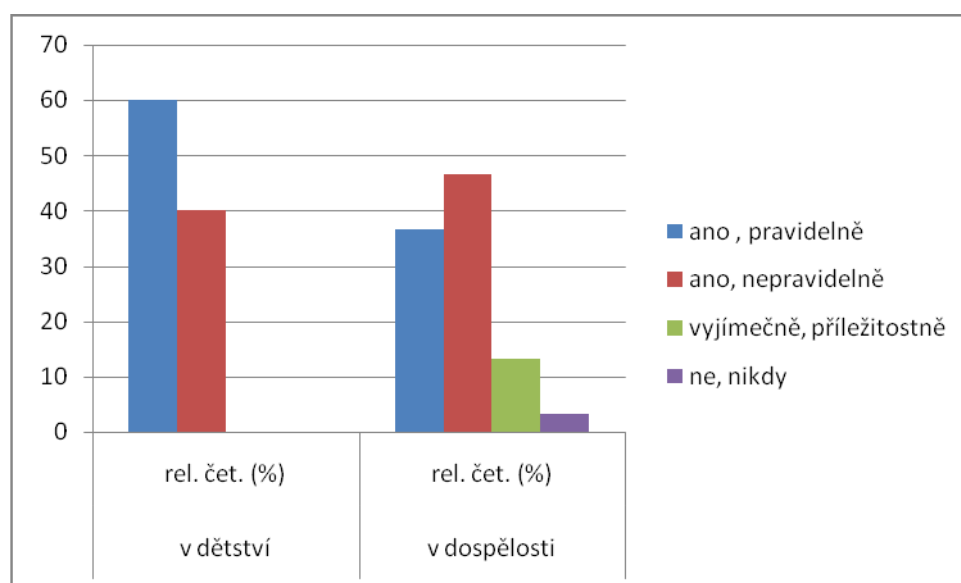
Cíl 3 – Zmapovat pravidelnost pohybových aktivit respondentů v dětství a v dospělosti.

Nejvíce se dotazovaní věnovali pohybovým aktivitám pravidelně v dětství a to v 18 případech (60 %). 12 (40 %) jich uvedlo, že se PA věnovali, ale nepravidelně. Ani jeden dotazovaný neuvedl odpověď „vyjíměčně, příležitostně“ anebo „ne, nikdy“. Z výsledků tedy vyplývá, že se každý věnoval v dětství PA, ať už pravidelně nebo nepravidelně.

V dospělosti se pravidelně PA věnovalo už jen 11 dotazovaných (36,7 %) a více se věnovalo PA nepravidelně a to 14 respondentů (46,7%). 4 senioři (13,3 %) se věnovali PA vyjíměčně a pouze 1 dotazovaný (3,3 %) se v dospělosti nevěnoval žádné PA. Z toho tedy vyplývá, že kromě jednoho dotazovaného se v dospělosti každý věnoval PA v nějaké míře. V dospělosti se dotazovaní věnovali PA v méně případech a v menší míře než tomu bylo v dětství (obrázek 24).

PA v dětství a dospělosti	v dětství		v dospělosti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
ano, pravidelně	18	60	11	36,7
ano, nepravidelně	12	40	14	46,7
vyjíměčně, příležitostně	0	0	4	13,3
ne, nikdy	0	0	1	3,3

Obrázek 23. PA v dětství a dospělosti



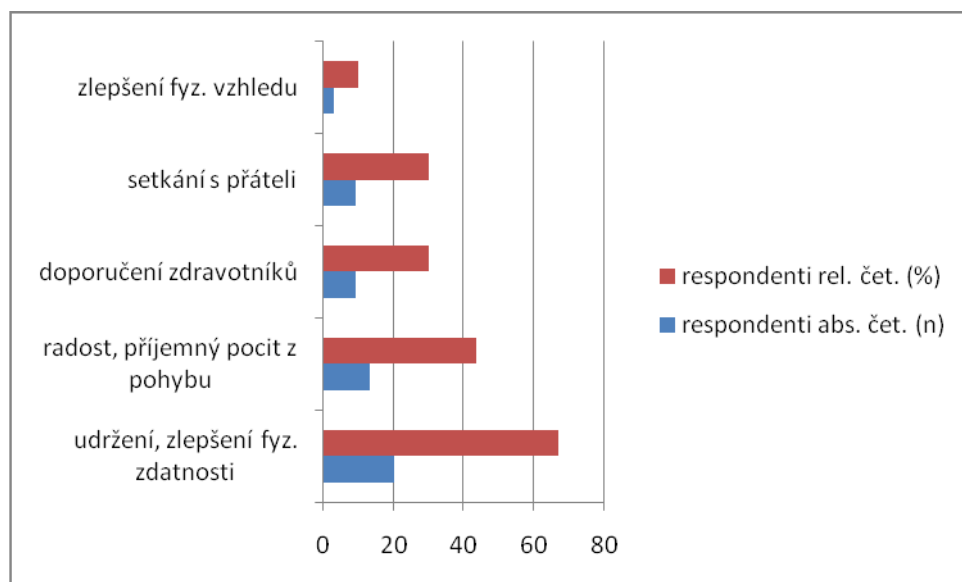
Obrázek 24. Graf PA v dětství a v dospělosti

Cíl 4 – Zhodnotit motivace k provádění pohybových aktivit respondentů.

Nejčastější motivací k provádění pohybových aktivit je udržení nebo zlepšení fyzické kondice, zdatnosti. Takto odpovědělo 20 dotazovaných (66,7 %). Radost a příjemný pocit spojený s pohybem uvedlo 13 respondentů (43,3 %). Další důležitou motivací bylo doporučení zdravotníků a setkání s přáteli. V obou případech takto odpovědělo 9 dotazovaných (30 %). Zlepšení fyzického vzhledu motivuje pouze 3 seniory (10 %). Graficky jsou druhy motivace k PA, znázorněny na obrázku 26.

Motivace k PA	respondenti	
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)
udržení, zlepšení fyz. zdatnosti	20	66,7
radost, příjemný pocit z pohybu	13	43,3
doporučení zdravotníků	9	30
setkání s přáteli	9	30
zlepšení fyz. vzhledu	3	10

Obrázek 25. Motivace k provádění PA



Obrázek 25. Graf druhu motivace k provozování PA

Cíl 5 – Zmapovat nemoci u skupiny seniorů provádějící pravidelně pohybové aktivity a u skupiny seniorů neprovádějící pravidelné pohybové aktivity.

Z výzkumného souboru jsem vybrala 12 respondentů nevěnujících se žádné vytrvalostní pohybové aktivitě a 12 respondentů vykonávajících nějakou vytrvalostní PA alespoň 3 krát týdně nebo denně. Porovnála jsem relativní četnost nemocí a vyšlo mi následující.

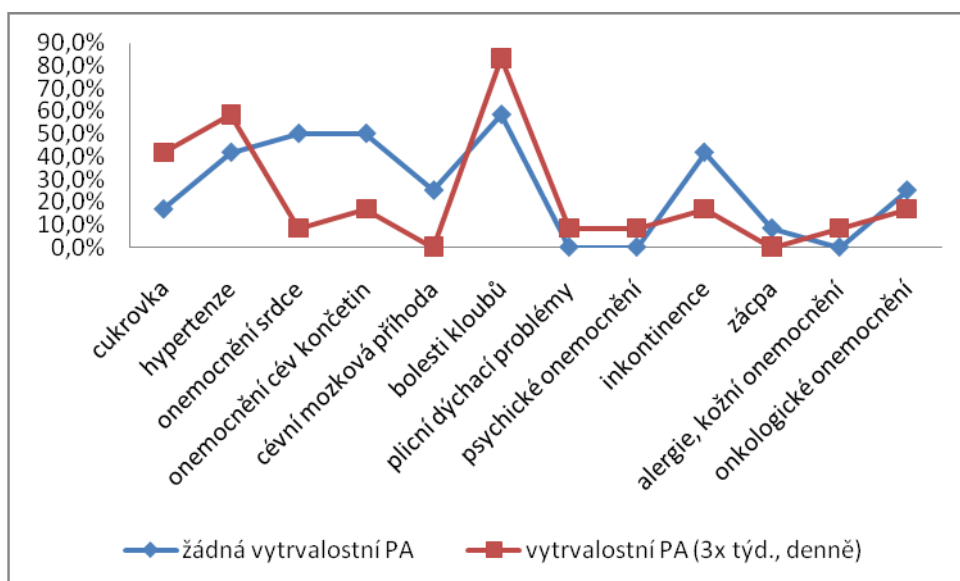
Největší rozdíl byl ve výskytu kardiovaskulárních chorob. Respondenti nevěnující se vytrvalostní PA měli vyšší výskyt o 41,7 % u onemocnění srdce, o 33,3 % u onemocnění cév končetin a o 25 % u cévní mozkové příhody. Tento výsledek potvrzuje poznatky v předchozích kapitolách a pozitivní vliv pohybových aktivit na kardiovaskulární choroby. U pravidelně cvičících byl nižší výskyt o 25 % u problémů s udržení moči, o 8,3 % u zácpy a u onkologických onemocnění.

U necvičících byl nižší výskyt cukrovky o 10 %, hypertenze o 16,6 %, bolestí kloubů o 25 %, o 8,3 % u plicních dýchacích problémů, alergií a psychických onemocnění.

Na obrázku 27 je graficky znázorněn výskyt nemocí u pravidelně cvičících a necvičících.

PA a nemoci	žádná vytrvalostní PA		vytrvalostní PA (3x týd., denně)		rozdíl %
	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)	abs. čet. (n)	rel. čet. (%)	
cukrovka	2	16,7	5	41,7	10
hypertenze	5	41,7	7	58,3	16,6
onemocnění srdce	6	50	1	8,3	-41,7
onemocnění cév končetin	6	50	2	16,7	-33,3
cévní mozková příhoda	3	25	0	0	-25
bolesti kloubů	7	58,3	10	83,3	25
plicní dýchací problémy	0	0	1	8,3	8,3
psychické onemocnění	0	0	1	8,3	8,3
inkontinence	5	41,7	2	16,7	-25
zácpa	1	8,3	0	0	-8,3
alergie, kožní onemocnění	0	0	1	8,3	8,3
onkologické onemocnění	3	25	2	16,7	-8,3

Obrázek 26. Výskyt nemocí respondentů nevěnujících se vytrvalostním PA a věnujících se vytrvalostním PA.



Obrázek 27. Graf výskytu nemocí u respondentů nevěnujících se vytrvalostním PA a věnujících se vytrvalostním PA

4.3 Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF

Cíl 6 – Zhodnotit subjektivně vnímanou kvalitu života respondentů.

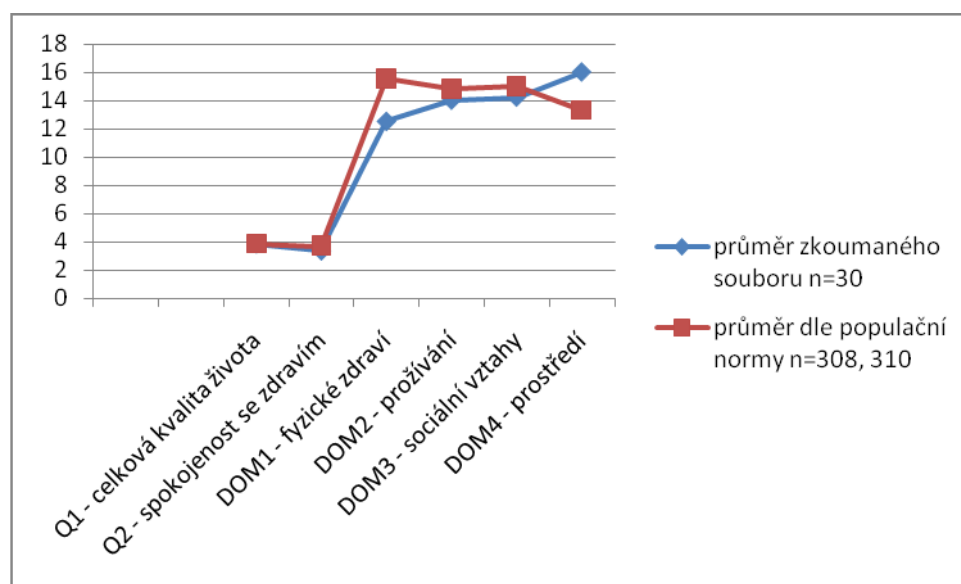
Tato část dotazníku zkoumala subjektivní kvalitu života seniorů. Z 30 vyplněných dotazníků byly spočítány průměrné hodnoty jednotlivých položek každého dotazníku a za celý zkoumaný soubor. Výsledek byl srovnáván s populační normou domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Čím vyšší je průměrná hodnota, tím je vyšší vnímaná subjektivní kvalita života dotazovaných. Samostatně hodnocená položka spokojenosti s celkovou kvalitou života pro celý zkoumaný soubor vyšla 3,83. Ve srovnání s populační normou, která je 3,82 je výsledek vyšší a odpovídá celkové spokojenosti s kvalitou života. Nejnižší hodnocení bylo 2 (špatná) a nejlepší 5 (velmi dobrá) vnímaná celková kvalita života. Ve druhé samostatně hodnocené položce spokojenosti se zdravím vyšla průměrná hodnota celého souboru 3,33 což je nižší než je hodnota 3,68 dle populační normy. Nejnižší hodnocení bylo 1 (velmi nespokojen/a) se svým zdravím a nejvyšší bylo 5 (velmi spokojen/a). V první doméně hodnotící spokojenost s fyzickým zdravím vyšla průměrná hodnota za celý zkoumaný soubor 12,5 a je to mírně snížená kvalita spokojenosti se zdravím v porovnání s populační normou 15,55. Ve druhé doméně hodnotící spokojenost

v oblasti prožívání vyšla průměrná hodnota za celý soubor 14 a odpovídá průměrné populační normě, která je 14,78. Ve třetí doméně hodnotící oblast sociálních vztahů vyšla průměrná hodnota zkoumaného souboru 14,22 a odpovídá populační normě, která je 14,98 pro tuto doménu. V poslední doméně hodnotící oblast prostředí neboli životních podmínek vyšla hodnota celého zkoumaného souboru 16, což je mírně zvýšená kvalita spokojenosti s prostředím.

Z výsledků vyplývá, že zkoumaný soubor je nejméně spokojený se svým zdravím a nejvíce spokojen s prostředím, kde žijí. Na obrázku 29 je srovnání s populační normou graficky znázorněno.

Položky WHOQOL-BREF	zkoumaný soubor n=30			průměr dle populační normy n=308, 310	standartní odchylka
	průměr	min. hodnota	max. hodnota		
Q1 - celková kvalita života	3,83	2	5	3,82	0,72
Q2 - spokojenost se zdravím	3,33	1	5	3,68	0,85
DOM1 - fyzické zdraví	12,5	9,71	14,86	15,55	2,55
DOM2 - prožívání	14	11,33	16	14,78	2,43
DOM3 - sociální vztahy	14,22	8	18,67	14,98	2,89
DOM4 - prostředí	16	11,5	19	13,3	2,08

Obrázek 28. Výsledné skóre celkového zkoumaného souboru v jednotlivých oblastech života (vlastní výzkum) a průměr dle populační normy (Dragomirecká & Bartoňová, 2006)



Obrázek 29. Srovnání průměrných hodnot jednotlivých oblastech života celého zkoumaného souboru s populační normou

Výzkumná otázka č. 1 - Jaká je subjektivní kvalita života respondentů nevěnujících se vytrvalostním pohybovým aktivitám a dotazovaných věnujících se vytrvalostním pohybovým aktivitám pravidelně?

Celý výzkumný soubor jsem rozdělila na skupinu provádějící pravidelně pohybové aktivity a skupinu nevěnující se anebo jen občas pohybovým aktivitám. Tyto dvě skupiny jsem porovnávala v jednotlivých položkách a doménách WHOQOL-BREF - celková kvalita života (Q1), celkové zdraví (Q2), fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2), sociální vztahy (DOM3) a prostředí (DOM4) (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Byly stanoveny jednotlivé hypotézy H a alternativní hypotézy A.

1. Celková kvalita života (Q1)

H: Předpokládám, že pravidelně cvičící senioři nemají vyšší celkovou kvalitu života.

A: Předpokládám, že pravidelně cvičící senioři mají vyšší celkovou kvalitu života.

Test hypotéz o schodě rozptylu:

spol.	F	$F \in W_\alpha$	kritická hodnota		p-hodnota	H	A
95%	1,772	ne	0,328	2,925	0,288	nezamítá se	x

V dalším kroku jsem provedla test o shodě středních hodnot.

spol.	t	$t \in W_\alpha$	krit. hodn.	p-hodnota	H	A
95%	-1,324	ne	-1,701	0,098	nezamítá se	x

Test normálního rozdělení pro skupinu sportovců a nespportovců na hladině významnosti 0,05 nezamítnul hypotézu o rovnosti středních hodnot, nelze tedy tvrdit, že senioři provádějící pravidelně pohybové aktivity mají vyšší celkovou kvalitu života.

2. Celkové zdraví (Q2)

H: Předpokládám, že senioři provádějící pravidelně PA nejsou spokojenější se svým celkovým zdravím.

A: Předpokládám, že senioři provádějící pravidelně PA jsou spokojenější se svým celkovým zdravím.

Test hypotéz o schodě rozptylu:

spol.	F	$F \in W_\alpha$	kritická hodnota		p-hodnota	H	A
95%	1,138	ne	0,342	3,053	0,824	nezamítá se	x

V dalším kroku jsem provedla test o shodě středních hodnot.

spol.	t	$t \in W_\alpha$	krit. hodn.	p-hodnota	H	A
95%	1,716	ano	1,701	0,049	zamítá se	se přijme

Test normálního rozdělení pro skupinu sportovců a nespportovců na hladině významnosti 0,05 potvrdil alternativní hypotézu A, že sportující senioři jsou spokojenější se svým celkovým zdravím, než-li nespportující.

3. Fyzické zdraví (DOM1)

H: Senioři provádějící PA nejsou více spokojeni v oblastech týkajících se fyzického zdraví.

A: Senioři provádějící PA jsou více spokojeni v oblastech týkajících se fyzického zdraví.

Test hypotéz o schodě rozptylu:

spol.	F	$F \in W_\alpha$	kritická hodnota		p-hodnota	H	A
95%	0,516	ne	0,342	3,053	0,221	nezamítá se	x

V dalším kroku jsem provedla test o shodě středních hodnot.

spol.	t	$t \in W_\alpha$	krit. hodn.	p-hodnota	H	A
95%	2,120	ano	1,701	0,022	zamítá se	se přijme

Test prokázal vyšší spokojenost v oblasti fyzického zdraví u sportujících seniorů.

4. Prožívání (DOM2)

H: Sportující senioři nejsou spokojenější v oblastech prožívání.

A: Sportující senioři jsou spokojenější v oblastech prožívání.

Test hypotéz o shodě rozptylu:

spol.	F	$F \in W_\alpha$	kritická hodnota		p-hodnota	H	A
95%	1,021	ne	0,342	3,053	0,980	nezamítá se	x

V dalším kroku jsem provedla test o shodě středních hodnot.

spol.	t	$t \in W_\alpha$	krit. hodn.	p-hodnota	H	A
95%	0,484	ne	1,701	0,316	nezamítá se	x

Test neprokázal na hladině významnosti 0,05 vyšší kvalitu prožívání u sportující části respondentů.

5. Sociální vztahy (DOM3)

H: Respondenti provádějící pravidelné PA nevnímají sociální vztahy pozitivněji.

A: Respondenti provádějící pravidelné PA vnímají sociální vztahy pozitivněji.

Test hypotéz o schodě rozptylu:

spol.	F	$F \in W_\alpha$	kritická hodnota		p-hodnota	H	A
95%	0,434	ne	0,342	3,053	0,125	nezamítá se	x

V dalším kroku jsem provedla test o shodě středních hodnot.

spol.	t	$t \in W_\alpha$	krit. hodn.	p-hodnota	H	A
95%	1,862	ano	1,701	0,037	zamítá se	se přijme

Na hladině významnosti 0,05 můžeme tvrdit, že respondenti, kteří pravidelně provádí pohybové aktivity, jsou spokojenější v oblasti sociálních vztahů.

6. Prostředí (DOM4)

H: Respondenti provádějící pravidelné PA nevnímají prostředí pozitivněji.

A: Respondenti provádějící pravidelné PA vnímají prostředí pozitivněji.

Test hypotéz o shodě rozptylu:

spol.	F	$F \in W_\alpha$	kritická hodnota		p-hodnota	H	A
95%	1,316	ne	0,342	3,053	0,626	nezamítá se	x

V dalším kroku jsem provedla test o shodě středních hodnot.

spol.	t	$t \in W_\alpha$	krit. hodn.	p-hodnota	H	A
95%	0,354	ne	1,701	0,363	nezamítá se	x

Výsledek testu neprokázal pozitivnější vnímání prostředí u sportujících respondentů.

V této výzkumné otázce byly porovnávány dvě skupiny seniorů v jednotlivých položkách a doménách WHOQOL-BREF - celková kvalita života (Q1), celkové zdraví (Q2), fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2), sociální vztahy (DOM3) a prostředí (DOM4) (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Z výsledků vyplývá, že senioři provádějící pravidelně pohybové aktivity jsou spokojenější se svým celkovým zdravím (Q2), než nesportující senioři. Tato položka je vyhodnocována samostatně a značí celkovou spokojenost se zdravím. V oblasti svého fyzického zdraví (DOM1), která se vyhodnocuje ze 7 podoblastí (např. bolest, závislost na lékařské péči, pohyblivost, spánek) byli také spokojenější pravidelně sportující senioři. Pozitivní vliv pohybové aktivity byl prokázán i v oblasti sociálních vztahů (DOM3), kdy pravidelně cvičící senioři byli spokojenější. V oblastech celkové kvality života (Q1), prožívání (DOM2) a prostředí (DOM4) nebyla prokázána statistická významnost mezi těmito dvěma skupinami. Nelze tedy tvrdit, že by skupina pravidelně cvičících seniorů měla v těchto oblastech vyšší subjektivní kvalitu života.

Domnívám se, že z výsledků byl prokázán pozitivní vliv pohybové aktivity na subjektivní kvalitu života seniorů v oblastech týkající se zdraví a sociálních vztahů. Pro další zkoumání, bych zvažila použití větší skupiny respondentů.

5 ZÁVĚRY

Cílem bylo zmapovat a zhodnotit zdravotní stav, pohybové návyky a kvalitu života u skupiny 30 seniorů ve věku 62 – 95 let žijících v chráněném bydlení na ulici Zikova 14 v Olomouci. Šetření bylo prováděno anonymním dotazníkem (Prášková, 2013) a dotazníkem WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006) zjišťující subjektivní kvalitu života dotazovaných.

Ve výzkumném souboru bylo 23 žen a 7 mužů, nejvíce respondentů spadalo do věkové kategorie vlastní stáří (75-89 let), dle věkového členění Světové zdravotnické organizace. V oblasti rizikových faktorů životního stylu bylo zjištěno, že nikdo z dotazovaných nekouří a alkohol vícekrát týdně pijí pouze čtyři dotazovaní. Nejvíce dotazovaných bylo vyučeno v oboru a nejméně jich mělo vysokoškolské vzdělání.

Nejčastějšími zdravotními problémy a onemocněními byly nemoci kloubů, cukrovka a kardiovaskulární choroby. Pro snížení výskytu těchto onemocnění je zapotřebí více pohybu a lepší stravování. V dětství všichni dotazovaní prováděli pohybové aktivity pravidelně anebo nepravidelně. V dospělosti byl výskyt prováděných pohybových aktivit nižší, ale všichni dotazovaní, kromě jednoho respondenta, v různé míře vykonávali nějaký druh pohybové aktivity. Mezi nejčastěji vykonávané pohybové aktivity seniorů v současné době patří u necelé poloviny výzkumného souboru intenzivní chůze a rehabilitační cvičení. Téměř polovina souboru neprovádí žádné pohybové aktivity, proto by se měly zlepšit provozované pohybové aktivity s přihlédnutím k zdravotnímu stavu. Jako nejčastější motivaci k cvičení uváděli senioři zlepšení fyzické kondice a radost spojenou s pohybem.

Dále byla porovnána skupiny seniorů provádějící pravidelně pohybové aktivity a skupina seniorů neprovádějící pravidelné pohybové aktivity. Největší rozdíl byl ve výskytu kardiovaskulárních chorob. Respondenti nevěnující se vytrvalostní PA měli vyšší výskyt o 41,7 % u onemocnění srdce, o 33,3 % u onemocnění cév končetin a o 25 % u cévní mozkové příhody. Tento výsledek potvrzuje teorie v přehledu poznatků o pozitivním vlivu pohybových aktivit na kardiovaskulární choroby.

Ze zjišťování subjektivní kvality života pomocí dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006) vyplývá, že zkoumaný soubor je nejméně spokojený se svým zdravím a nejvíce spokojen s prostředím, kde žijí. Dále z výsledků vyplývá, že senioři provádějící pravidelně pohybové aktivity jsou spokojenější se svým celkovým zdravím, v oblastech svého fyzického zdraví a se sociálními vztahy než senioři neprovádějící anebo jen

zřídka pravidelné pohybové aktivity. V oblastech celkové kvality života, prožívání a prostředí nebyla prokázána statistická významnost mezi těmito dvěma skupinami.

Výzkumem byl prokázán pozitivní vliv pohybové aktivity zejména na výskyt kardiovaskulárních nemocí a na subjektivní kvalitu života seniorů v oblastech týkající se zdraví a sociálních vztahů. Pro další zkoumání bych zvážila použití větší skupiny respondentů a doporučila u zkoumaného souboru zvýšení pohybové aktivity s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu.

6 SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá pohybovou aktivitou a jejími přínosy pro zdraví seniorů. V úvodní části se zabývám vymezením základních pojmů, zdravím a zdravotní situací seniorů. Zdraví je nejčastěji posuzováno dle nemocí, kterými populace trpí. Jsou popsány běžné projevy spojené se stářím a nemocí, které se u seniorů často vyskytují. Kvalita života je významným indikátorem zdraví a v souvislosti s ní jsou zmiňovány sport a pohybové aktivity. Jsou popsány pohybové aktivity, které předchází vzniku chorob ve stáří a mají pozitivní vliv na některé druhy onemocnění.

Hlavním cílem bylo zmapovat a zhodnotit zdravotní stav, pohybové návyky a kvalitu života u skupiny 30 seniorů ve věku 62 – 95 let žijících v chráněném bydlení na ulici Zikova 14 v Olomouci. Šetření bylo prováděno anonymním dotazníkem (Prášková, 2013) a dotazníkem WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006) zjišťující subjektivní kvalitu života dotazovaných. Výzkumem byl prokázán pozitivní vliv pohybové aktivity zejména na výskyt kardiovaskulárních nemocí a na subjektivní kvalitu života seniorů v oblastech týkající se zdraví a sociálních vztahů. Ve výzkumné části se mi potvrdili poznatky získané v úvodní kapitole o vlivu pohybové aktivity na zdraví seniorů. Pohybová aktivita zlepšuje zdraví, je vhodnou prevencí před vznikem chorob a tím zlepšuje kvalitu života seniorů. Tento výzkum může být prospěšný pro seniory, kteří mají zájem pečovat o své zdraví. Pro další zkoumání bych zvažila použití větší skupiny respondentů a doporučila bych u zkoumaného souboru zvýšení pohybové aktivity s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu.

7 SUMMARY

The thesis deals with physical activity issues and its benefits to health of seniors. In the first part I am dealing with basic concepts, health situation of seniors and health in general. Health is often evaluated by diseases which our population suffer from. There are described common manifestations which are conjuncted with age and diseases usually affecting seniors. The quality of life is important indicator of health and is often mentioned together with sport and physical activity. Activities preventing disease appearance in old age and having positive impact on certain types of illnesses are also described.

The main aim was described and valorized health condition, physical habits and quality of life by group of 30 seniors at the age of 62 – 95 years living in sheltered housing in the Zikova street in Olomouc. The survey was carried out by an anonymous questionnaire (Prášková, 2013) and by the questionnaire WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006) which were detecting subjective quality of life of the questioned. The research proved positive impact of physical activity on cardiovascular diseases and subjective quality of seniors' life in area of health and social relationships. In the investigative part there were confirmed findings which were gained in the introduction part of this thesis and it was about impact of physical activity on health of the elderly. The physical activity improves health it is proper prevention against inception diseases which leads to health quality of seniors improvement. This research can be useful for seniors interested in their health For further investigation I would consider choosing larger group of respondents and I also recommend increasing of physical activity for research group taking into account their actual health condition.

8 REFERENČNÍ SEZNAM

- Antošová, D. (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Bednářová, H. (2011). *Aktivní v každém věku V* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Bouchard, C., & Katzmarzyk Peter, T. (2010). *Physical activity and obesity*. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Český statistický úřad. Retrieved 22. 3. 2015 from the World Wide Web:
http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/310035-14-n_2014.
- Češka, R., (2010). *Interna*. Praha: Triton.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada.
- Dessaintová, M. P. (1999). *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál.
- Diehl, H., Ludingtonová, A., & Pribiš, P. (2009). *Síla zdraví* (2nd ed.). Praha: Advent-Orion.
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.
- Fialová, L. (2007). *Jak dosáhnout postavy snů*. Praha.
- Frömel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří* (2nd ed.). Praha: Havlíček Brain Team.
- Hodaň, B. (1997). *Úvod do teorie tělesné kultury* (2nd ed.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie* (2nd ed.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity*. Olomouc: Ore-institut.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. et al. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Kasa, J., Měkota, K., Belej, M., & Čelíkovský S. (1985). *Antropomotorika I*. Košice: Rektorát Univerzity P.J. Šafárika.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

- Machová, J. & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Máček, M. (1972). *Tělesná zdatnost a jak ji získáte*. Praha: Avicenum.
- Máček, M. (2005). *Fyziologie tělesných cvičení*. Praha: Palestra.
- Máček, M. & Radvanský, J. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.
- Matoušek, O. & kolektiv (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- Měkota, K. & Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti, činnosti, výkony*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Můlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Neubauer, J., Sedlačík, M. & Kříž, O. (2012). *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. Praha: Grada.
- Pacovský, V. (1981). *Gerontologie*. Praha: Avicenum.
- Prášková, M. (2013). *Význam pravidelných pohybových aktivit se zaměřením na současnou populaci seniorů*. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Brno.
- Robnett Regula, H. & Walter Chop, C. (2010). *Gerontology for the health care professional* (2nd ed.). United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Rokyta, R. (2012). *Léčba bolesti ve stáří*. Praha: Mladá fronta.
- Roslowski, A. (2005) *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computer Press.
- Sak, P. & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.
- Hamilton Stuart, I. (1999). *Psychologie stárnutí* (J. Krejčí, Trans.). Praha: Portál. (Originál vydán 1994)
- Šipr, K. (1997). *Jak zdravě stárnout*. Rosice u Brna: Gloria.
- Štěpánková, H. (2012). *Stárnutí 2012* [on-line]. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013*. Retrieved 22. 3. 2015 from the World Wide Web: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>.
- Wiednerová, V. (2012). *Význam pohybových aktivit u seniorů z hlediska kompenzace funkčních poruch pohybového aparátu*. Disertační práce, Masarykova Univerzita, Fakulta sportovních studií, Brno.
- Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů.

Zkratky

WHO – Světová zdravotnická organizace

BMI – Index tělesné hmotnosti

EHIS – Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu populace

GPAG – Celosvětové dotazníkové šetření pohybové aktivity

WHOQOL – Světová zdravotnická organizace hodnocení kvality života

WHOQOL-BREF – Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

PA – Pohybová aktivita

ČR – Česká republika

9 PŘÍLOHY

9.1 PŘÍLOHA 1

9.1.1 Nestandardizovaný dotazník

První část dotazníku se zaměřuje na základní údaje a na zmapování zdravotních obtíží. Dále se věnuje oblasti provozovaných pohybových aktivit, jejich pravidelnosti a četnosti. **Vhodnou odpověď označte křížkem** anebo dle instrukcí. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, **co Vás napadne první**.

1. Osobní údaje

1.1. Věk ___ let

1.2. Pohlaví

- muž
- žena

1.3. Jste kuřák/čka

- ne
- ano
- bývalý/á

1.4. Pijete alkohol

- denně
- vícekrát za týden, ale ne denně
- méně než jedenkrát týdně
- nikdy, jsem abstinent

1.5. Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučen/a v oboru
- středoškolské
- vysokoškolské

2. Označte onemocnění, které máte, chodíte s nimi na pravidelné lékařské prohlídky anebo na ně užíváte léky:

- Cukrovka = diabetes mellitus, porušená glukózová tolerance
- Vysoký krevní tlak = hypertenze
- Onemocnění srdce – ICHS, infarkt, angína pectoris
- Onemocnění cév končetin, otoky nohou, bérčové vředy
- Cévní mozková příhoda – mrtvička
- Bolesti kloubů – artróza, řídnutí kostí – osteoporóza
- Plicní dýchací problémy, astma
- Deprese, duševní – psychické onemocnění
- Inkontinence = problémy s udržení moči, únik moči
- Zácpa – problémy s vyprazdňováním stolice
- Alergie, kožní onemocnění
- Nádorové - onkologické onemocnění
- Jiné, napište

3. Stalo se Vám, že jste v posledním půl roku upadl/a z jakékoliv důvodu?

- ne
- ano, 1x
- ano, 2-3x
- ano, více než 3x

4. Pokud jste upadl/a, co bylo příčinou pádu? Můžete označit více odpovědí.

- ztráta rovnováhy
- zakopnutí, překážka v cestě
- ztráta vědomí, mdloby
- podklouznutí
- jiné, prosím uveďte příčinu:

5. Věnujete se cíleně a pravidelně některé z uvedených vytrvalostních pohybových aktivit? Můžete označit více odpovědí.

- ne, žádné
- intenzivní chůze, chodící pás
- bicyklový treňažer
- cyklistika, jízda na kole v terénu
- kondiční běhání
- plavání
- tenis, squash, míčové hry
- Jiné, napište

6. Výše uvedeným vytrvalostním pohybovým aktivitám se věnujete?

- denně minimálně 20 minut
- 3x týdně 1 hodinu anebo 5x týdně 30 minut
- pravidelně, ale jinak než je uvedeno výše
- nevěnuji se jim vůbec

7. Věnujete se některé z uvedených nevytrvalostních aktivit?

- ne, žádné
- jóga, čínská zdravotní cvičení
- rehabilitační cvičení
- cvičení s míči a jinými pomůckami
- posilování, pilates
- Jiné, napište

8. Výše uvedeným vytrvalostním pohybovým aktivitám se věnujete?

- denně
- 2 – 3x týdně
- méně než 2 – 3x týdně
- nevěnuji se jim vůbec

9. Věnoval/a jste se pohybovým aktivitám již ve svém dětství a v období dospělosti?

V dětství:

- ne, nikdy
- výjimečně, příležitostně
- ano, nepravidelně
- ano, pravidelně

V dospělosti:

- ne, nikdy
- výjimečně, příležitostně
- ano, nepravidelně
- ano, pravidelně

10. Co je pro Vás největší motivací k provádění pohybových aktivit? Označte maximálně 2 pro Vás nejdůležitější věci.

- radost, příjemný pocit navozený a spojený s pohybem
- doporučení zdravotníků – lékařů
- udržení a zlepšení fyzické kondice, zdatnosti
- udržení nebo snížení tělesné hmotnosti
- celkové zlepšení fyzického vzhledu – estetický dojem
- setkání s přáteli, příležitost jít mezi lidi

9.1.2 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte a zakroužkujte odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti za **poslední dva týdny**

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
	velmi špatně	špatně	středně	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete se pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5

19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Děkuji Vám za spolupráci a za vyplnění tohoto dotazníku, který bude použit k mé bakalářské práci.

9.2 PŘÍLOHA 2

OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

Zašlete na adresu: Mgr. Jitka Prajsová, Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany, email: jitka.prajsova@nudz.cz

Jméno a příjmení		Organizace	
Žaneta Rybníčková		Univerzita Palackého v Olomouci	
Adresa		Telefon	
Mošnerova 1244/26, 779 00, Olomouc		777 086 111	
E-mail		z.rybnickova@seznam.cz	
URL adresa			
Název projektu			
Závěrečná bakalářská práce			
Téma: Pohybová aktivita jako prevence zdraví seniorů			
Charakteristika souboru	Předpokládaná velikost souboru	Předpokládané datum dokončení	
Výzkumný soubor, senioři	30 osob	duben-květen 2015	
Stručný popis projektu			
Píši bakalářskou práci. Cílem je zmapovat pohybové aktivity, nemoci a zdravotní problémy a s tím související kvalitu života seniorů.			
Objednávám	<input checked="" type="checkbox"/> WHOQOL-BREF	<input type="checkbox"/> WHOQOL-100	<input type="checkbox"/> WHOQOL-OLD
Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.			
Dne 29.4.2015	Podpis	