

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Vliv úrovně pohybových aktivit na kvalitu života seniorů (Krnovsko)

Diplomová práce

Autor: Bc. Lubomír Grček

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Bc. Lubomír Grček

Název diplomové práce: Vliv úrovně pohybových aktivit na kvalitu života seniorů (Krnovsko)

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt:

Cílem diplomové práce bylo podchytit vliv úrovně pohybové aktivity na kvalitu života seniorů žijících samostatně a seniorů žijících v domě pro seniory v Mikroregionu Krnovsko. Výzkumu se účastnilo 30 respondentů žijících v domě pro seniory a 30 respondentů žijících samostatně v Krnově a okolních obcích. Informace o subjektivním hodnocení kvality života jsme získali pomocí dotazníku SQUALA (Dragomirecká et al., 2006), doplněného o anketní šetření. Kvalita života byla hodnocena s ohledem na pohlaví, způsob bydlení respondentů, věku, vzdělání, frekvenci cvičení, typ cvičení (organizované, neorganizované), zdravotní stav, subjektivní hodnocení kvality života a vlastnění kola. Z výsledků vyplývá, že soubor jako celek hodnotí kvalitu života v 66,7 % jako velmi dobrou, dobrou. Nejvýše hodnotí shodně SQ1 (abstraktní hodnoty) a SQ2 (zdraví), nejnižší pak SQ3 (blízké vztahy). Respondenti žijící samostatně hodnotí kvalitu života lépe, než respondenti žijící v zařízení.

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

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovnických služeb.

Author's first name and surname: Bc. Lubomír Grček

Title of Bachelor thesis: Influence of physical activity on quality of life for seniors (Krnovsko)

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph. D.

The year of presentation: 2015

Abstract:

The aim of the thesis was to capture the effect of the level of physical activity on quality of life of elderly people who lives alone and seniors who lives in a home for the elderly in the Microregion Krnovsko. The research included 30 respondents living in the house for seniors and 30 respondents living alone in Krnov and surrounding villages. Information about subjective assessment of quality of life we received a questionnaire SQUALA (Dragomirecká et al., 2006), supplemented by a questionnaire survey. Quality of life was assessed with respect to gender, type of housing respondents, age, education, exercise frequency, type of exercise (organized and unorganized), health status, subjective assessment of quality of life and having the wheels. The results show that the population as a whole assesses the quality of life in 66.7% as very good, good. Most appreciates both SQ1 (abstract values) and SQ2 (health), then the lowest SQ3 (close relationship). Respondents living independently assessed the quality of life better than respondents living in the facility.

Key words: aging, old age, senior, physical activity, quality of life, SQUALA

I agree with the bachelor thesis to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannové Ph.D., dodržel zásady vědecké etiky a uvedl všechny použité literární a odborné zdroje.

V Olomouci

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové Ph.D za trpělivost, odborné vedení, připomínky a cenné rady při vypracování diplomové práce. Děkuji také vedení Domova pro seniory v Krnově a samotným seniorům za spolupráci a pomoc při získávání potřebných údajů.

Obsah

ÚVOD	8
1 CHARAKTERISTIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	9
1.1 Základní pojmy	10
1.2 Členění a terminologie seniorského věkového období	12
1.3 Prevence pro zdravé stáří	17
2 POHYB A POHYBOVÁ AKTIVITA	19
2.1 Druhy cvičení	21
2.2 Vliv pohybu a pohybové aktivity na seniory	22
2.3 Pohybové prostředky cvičební jednotky pro seniory	24
2.4 Cvičení seniorů	25
2.5 Cíl a úkoly cvičení	26
2.6 Relaxace	27
2.7 Nevhodná pohybová aktivita u seniorů	29
2.8 Výživa	30
3 KVALITA ŽIVOTA	30
3.1 Kvalita života seniorů	31
3.2 Hlavní činitelé kvality života	32
3.3 Rozsah kvality života	32
3.4 Potřeby seniorů	33
3.5 Nástroje a metody měření kvality života	34
3.6 Dotazník subjektivního hodnocení kvality života SQUALA	36
3.7 Sociální služby	37
4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
5 METODIKA	40
5.1 Výzkumný soubor	40

5.2	Organizace výzkumu	42
5.3	Použité metody	43
5.4	Vyhodnocení dotazníku SQUALA.....	44
6	VÝSLEDKY A DISKUSE	45
6.1	Subjektivní kvalita života celého souboru respondentů dle SQUALA	45
6.2	Charakteristiky proměnných a jejich vliv na kvalitu života	46
	ZÁVĚRY	67
	SOUHRN	69
	SUMMARY	71
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	73
	PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Každý život má začátek i konec – tak zní zákon přírody. Jako při sportovní soutěži vyrazíme od startovní čáry a běžíme po trati života k obávanému cíli – smrti. Mnozí lidé padnou na trati zasaženi chorobami. Jsou však i takoví borci, kteří dosáhnou cílové pásy v plném zdraví. Všichni tito úspěšní závodníci života mají jedno společné: svoje bytí proměnili v činnost. Zastavují se teprve v cíli. Pohyb byl pro ně alfou i omegou života. Pohybová aktivita má u seniorů velký význam v hodnocení kvality života a kromě psychického zdraví, sociálních vztahů, prostředí a spirituality se na něm podílí i úroveň nezávislosti jako je mobilita. Stárnutí je sice nezvratný proces, ale je možné ho oddálit pomocí zdravého životního stylu. Ten zahrnuje aktivní pohyb a vyváženou stravu. Každý senior nemůže vykonávat všechny druhy pohybových aktivit, musí brát v úvahu svůj zdravotní stav.

Stárnutí se nedá žádným způsobem zastavit, ale je prokazatelné, že aktivní způsob prožití života dokáže tento biologický proces nějakým způsobem oddálit. Všechny změny, které se časem projevují, jsou dány částečně geny nebo převzatými návyky po předcích. Z velké části mohou být také ovlivněny způsobem života, stravovacími návyky, udržováním fyzické zdatnosti nebo psychickým přístupem k sobě samému a ke svému okolí. Člověk by se měl snažit žít svůj život tak, aby mohl být aktivní, soběstačný a spokojený nejen v produktivním věku, ale především ve stáří.

1 CHARAKTERISTIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Podle Kuty (1968), lze stárnutí považovat za přirozený a biologicky zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv. V tomto životním období není výjimkou, že jedinci stejného kalendářního věku mívají i značně rozdílný biologický věk. Většina odborníků v oblasti gerontologie uvádí (u nás například Pacovský (1982), že o délce života člověka rozhodují z 60-70 % genetické a z 30 - 40 % vnější faktory (Štilec, 2003).

Pokusů o vymezení pojmů *stárnutí* a *stáří* již bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní. Austad (1997) dokládá kolem tří set definic a uvádí, že stále neexistuje konsensus v medicíně ani ve společenských vědách, jak stárnutí a stáří definovat. Podle Viewegha (1972) relativně stálému a přesnému vymezení těchto pojmů brání velké rozdíly v projevech stáří u téhož jedince (např. nesoulad mezi projevy fyzickými a psychickými), interindividuální variabilita (stáří probíhá rozdílně u jedinců téhož kalendářního věku), sociokulturní aspekt hodnocení stáří (odlišná hodnotící kritéria stáří z hlediska historického, sociálního, kulturního, geografického) a prodlužující se věk.

V encyklopedickém slovníku (1993, 1037) je stárnutí definováno jako „přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti).“ Individuální involuční nevratný proces (u člověka obvykle po 30 letech života) je zřejmě v buňkách geneticky zakódován, ale je ovlivněn i životním prostředím (Jarošová, 2006). Záleží na genetické výbavě člověka, životních podmínkách, zdravotním stavu, okolním prostředí a životním stylu.

Názory na to, kdy nastává stáří, se různí. Víme, že stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka, a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně.

Známky stárnutí a stáří se musí objevit u každého člověka. Někdo si může uchovat bohatou tělesnou činnost a duševní svěžest až do konce života, u jiného se zase mohou projevit příznaky bránící v kvalitní činnosti mnohem dříve, než ukazuje jeho kalendářní věk (Fügnerová & Křivánek, 1981).

„Stáří je spojeno s řadou významných sociálních změn (např. osamostatnění dětí, odchod do důchodu a jiné změny sociálních rolí)“ (Kozáková & Müller, 2006, 8).

Týká se našeho fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života. Změny jsou většinou z nás vnímány jako ztráty, protože nás nutí vzdát se řady situací, přijmout nové role a poradit si s omezenějšími schopnostmi. Ztráta nezávislosti může být výsledkem změn zdravotního (tělesného nebo duševního) stavu objektivně stanoveného lékařem (ne naší domněnkou) či následkem ekonomických nebo psychosociálních okolností.

„Lze říci, že ve stáří nás čeká řada poměrně nepříznivých situací, emočně náročných, které předchází generace zažívaly v průběhu celého života. Ztráty. Mnohé z nich jsou dnes tabuizované, veřejností odmítané, nechtěné. Bude záležet i na naší adaptabilitě, jak se se zátěžovými situacemi vyrovnáme, jak na ně budeme připraveni. Jak je společnost připravena porozumět a jak bude chtít porozumět problematice nechtěných témat. Jaké budou znalosti o nemocném, ale především zdravém stáří“ (Tošnerová, 2009, 14).

1.1 Základní pojmy

Geriatricie je medicínská disciplína zaměřená na léčení chorob ve stáří. Název je odvozen z řeckých slov geron (stařec) a iatro (léčím). „V rámci České republiky je samostatným specializačním lékařským oborem, který vychází z vnitřního lékařství“ (Mühlpachr 2004, 11). Řeší komplexní, multidisciplinární problematiku prolínající i ostatní lékařské a příbuzné obory (rehabilitaci, neurologii, psychiatrii, ošetrovatelskou péči, sociální služby). Cílem oboru není dlouhodobá ošetrovatelská léčba, ale zachování a obnova samostatnosti a soběstačnosti seniorů.

„Hlavním úkolem geriatricie jako vědy o nemocech ve vyšším věku je vysvětlit a ovlivnit zvláštnosti nemocí a profylaxi chorob předčasného stáří. Ve stáří stoupá nemocnost a mortalita. Příčina spočívá v kombinaci primárního fyziologického involučního pochodu s patologickými procesy“ (Jedlička 1991, 34).

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, která se zabývá biologickými, psychologickými a sociologickými aspekty stárnutí.

Členění gerontologie do tří hlavních skupin:

a) Gerontologie experimentální (biologická) - zabývá se otázkami, proč a jak živé organismy stárnou, především na celulární a subcelulární úrovni.

b) Gerontologie sociální - zabývá se vzájemným vztahem seniora a společnosti, tím, co senioři od společnosti potřebují a jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj. Zahrnuje problematiku týkající se demografie, sociologie, psychologie, ekonomie, politologie, právní vědy, urbanistiky, architektury, pedagogiky (andragogiky) a dalších oblastí.

c) Gerontologie klinická - zabývá se zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu vyšetřování a léčení.

Geragogika je pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. V širším slova smyslu je chápána jako teoreticko-empiristická disciplína zajišťující péči, pomoc a podporu seniorům při naplňování jejich potřeb. Uplatňují se zde poznatky ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva (Uhlíř, 2008).

Pojem senior

Pro označení člověka žijícího v období stáří nacházíme v odborné literatuře různé pojmy. Gerontologie pracuje nejčastěji s pojmem „geront“, v psychologické literatuře se používá pojem „senescent“, jinde se hovoří o „starých“ nebo o „důchodcích“. Zejména označení „starý“ má negativní citový náboj; jeho nevhodnost kritizovaly i materiály OSN při příležitosti Mezinárodního roku starších lidí (Petřková & Čornaničová, 2004). Čornaničová se přiklání k názoru, že pojem senior je nejetičtější a neadresovanější název pro „člověka staršího a starého věkového období.“

Podle věku v kterém se nacházíme, považujeme za „staré lidi“ jinou věkovou skupinu. V dětství, pubertě a všech ostatních etapách života se naše subjektivní hranice, kterou když překročíme, stáváme se starým, stále prodlužuje. V dětství jsou pro nás starými téměř všichni, v pubertě to mohou být naši prarodiče a rodiče. Ale samozřejmě s narůstajícím věkem se názor mění. Najednou jsou lidé kolem čtyřicátého roku v nejlepším věku.

Pojem „senior“ se ve vzdělávací praxi začal používat především proto, že je významově neutrální. Pro jeho kodifikaci ve vědách o výchově mluví to, že

- neexistuje jiné emočně nezatížené obecné označení pro člověka v celém věkovém období stáří
- systémově navazuje na pojem sénium
- je jasný a flexibilní
- je příznivě přijímán a používán i samotnými účastníky vzdělávacích aktivit

1.2 Členění a terminologie seniorského věkového období

Jako společný název pro životní období po 60. roku věku člověka se vžilo spojení „**třetí věk**“ (např. univerzita třetího III. věku aj.). Připomínáme, že tento termín vychází ze zjednodušeného členění lidského života na tři základní etapy, totiž dětství a mládí, dospělost a stáří. Tento termín se rozšířil a ujal také proto, že je eufemistickým (zjemňujícím) označením starých lidí a stáří. Totéž platí o termínu „čtvrtý věk“, který je označením pro období závislosti, osobní nesamostatnosti (Petřková & Čornaničová, 2004).

„Termín stáří je studován z různých pohledů. Nejčastěji se jedná o aspekt biologický, sociální, kalendářní a psychický“ (Uhlíř, 2008, 10).

Kalendářní stáří

Při periodizaci lidského života se nejčastěji vychází z kalendářního věku, nazývaného také matriční nebo chronologický. Stáří je podle kalendářního (chronologického) věku vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiristicky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace. (Mühlpachr, 2004)

V 60. letech minulého století stanovila komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) jako hranici stáří věk 60 let. WHO pracuje s patnáctiletými cykly a s následující klasifikací:

- Ranné stáří. 60-74 let - *Starší, stárnoucí člověk, vyšší věk.*

- Vlastní stáří. 75-89 let - *Pokročilé pravé stáří, senium.*
- Dlouhověkost. 90 let a více.

V české literatuře uvádí Příhoda (1974) i alternativní označení jednotlivých období:

- 60-74 let – *Senescence, počínající, časné stáří.*
- 75-89 let – *Kmetství, senium, vlastní stáří.*
- 90 let a více – *Patriarchium, dlouhověkost.*

V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace, s prodlužováním života ve stáří a větší úrovni lékařské péče posouvá hranice stáří k věku 65 let (viz např. Mühlpachr, 2004).

V současné době se stále častěji uplatňuje členění (viz např. Topinková & Neuwirth, 1995; Pacovský, 1997; Jesenský, 2000; Mühlpachr, 2004):

- *Mladší stáří (young old).* 65-74 let (Dominuje problematika adaptace na penzionování, na přebytek volného času – důležitý rozvoj seberealizace, aktivit.)
- *Stáří senioři (old-old).* 75-84 let Dominuje změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob.)
- *Velmi starí senioři (very old).* 85 a více let (Nabývá na významu sledování soběstačnosti a zabezpečení). (Kozáková & Müller, 2006).

Podle Mühlpachra (2004) se jednotlivá období označují následovně:

- 45 - 59 - let – střední věk (interviewum)
- 60 - 74 – počínající, časné stáří (senescence)
- 75 - 89 – kmetství, vlastní stáří (senium)
- 90 a více – dlouhověkost (patriarchium), (Uhlíř, 2008)

Biologické stáří

Podle Mülpachra (2004) je biologické stáří hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů). Biologický věk je významným znakem tzv. biologického stárnutí a stáří. Individuální charakteristiku mu vtiskuje geneticky daný program biologického stárnutí, různě rychle nastupující úbytek funkcí jednotlivých orgánů, celoživotní působení zevního prostředí, předcházející způsob života, přítomnost nebo nepřítomnost nemocí (Pacovský, 1997).

Atrofie a involuce, které postihují orgány, se projevují různě:

- **Výška.** Výška se zmenšuje snížením meziobratlových chrupavčitých plotének, zmenšením svalové hmoty, snížením napětí svalů a také důsledkem změn na celém lokomočním aparátu (větší hrudní kyfóza a lordóza bederní páteře).
- **Hmotnost.** Hmotnost se snižuje v důsledku úbytku svalové hmoty a podkožního tuku.
- **Svalstvo.** Svalstvo zmenšuje svůj objem a ztrácí elasticitu. Při nečinnosti se tento proces zvyrazňuje. Naproti tomu pravidelné přiměřené cvičení pomáhá udržet tonus svalstva.
- **Kosti a klouby.** Kosti a klouby podléhají výrazným změnám, dochází k úbytku kostní hmoty.
- **Šedivění vlasů.** Šedivění vlasů bývá jednou z nejčastějších a nejvýraznějších známek stárnutí. Existují zde značné individuální rozdíly podmíněné mj. dědičností.
- **Respirační systém.** V respiračním systému dochází k poklesu vitální kapacity plic.
- **Krevní systém.** Zátěž na krevní systém bývá hůře snášena a vyrovnávána, úprava hodnot po ztrátách krve trvá mnohem déle. Odchytky od obvyklého rozmezí v počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů jsou pokládány za projevy patologické a jsou přisuzovány chorobnému procesu.
- **Zažívací trakt.** V zažívacím traktu dochází k významným změnám na chrupu (paradentóza), k atrofii sliznic a svaloviny, což může vést ke snížení sekrece a resorbce a ke snížení peristaltiky střev. U starých lidí se objevují průjmy nebo naopak zácpy. Zmenšuje se detoxikační činnost jater.
- **Ledviny.** V ledvinách ubývá funkčních nefronů, dochází ke snížení filtrační činnosti ledvin.

- **Endokrinní systém.** Kromě změn hladin pohlavních hormonů souvisejících se stárnutím dochází také ke snížení funkce štítné žlázy. Bazální metabolismus se snižuje až o 20 %.
- **Smyslové orgány.**
 - 1) *Zrak.* Presbyopie (způsobená sníženou pružností oční čočky) je pravděpodobně nejvíce rozšířený příznak stárnutí. Objevuje se již kolem padesátého roku a bývá spojený s kataraktou u 30 % starších osob. Současně se snižuje adaptace na tmou a ostrost vidění v noci.
 - 2) *Sluch.* Poruchy sluchu jsou velice časté. Zpočátku trpí zejména příjem tónů o vyšší frekvenci. S postupujícím zhoršováním přistupuje i porucha slyšení tónů o střední a hluboké frekvenci.
 - 3) *Hmat.* Pocit pohmatu po padesátém roce života může začínat být otupený. Změny se projevují více na nohou než na rukou.
 - 4) *Chuť.* Chuť bývá někdy změněna, což bývá důsledkem úbytku chuťových pohárků.
 - 5) *Čich.* Čich bývá také modifikován, a to jak kvantitativně, tak také kvalitativně.
 - 6) *Bolest.* U osob starších padesáti let se zvyšuje práh citění bolesti. Z tohoto důvodu - vzrůstá pravděpodobnost, že bolesti jako důležitému signálu onemocnění není věnována patřičná pozornost. Důsledkem je tak mnohdy pozdní diagnóza a léčení.

Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily. Stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Lidé stejného kalendářního věku se liší mírou involučních změn a svým zdravotním stavem. Příčiny stárnutí ještě nejsou uspokojivě vysvětleny. Bylo vysloveno množství hypotéz více či méně originálních, které se vzájemně prolínají a jejichž popularita osciluje (Mühlpachr, 2004).

Sociální stáří

Sociální věk bývá spojován s určitými sociálními událostmi. Sociální stáří je období, které je vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost (Mühlpachr, 2004). Člověk by měl být na stáří připravován již v dospělosti a to nejen po stránce materiální, ale

také např. vytvořením tzv. druhého životního programu, který mu umožní seberealizaci a kvalitní život v důchodovém věku. Člověk by měl svůj odchod do důchodu přijmout jako výsledek přirozeného vývoje vlastní osobnosti. Pacovský (1997) uvádí, že lidé, kteří se již v mládí obtížně adaptovali např. v práci, ve společenských vztazích a rodinném životě, většinou trpí obtížnou adaptací i na vlastní stáří a odchod do důchodu.

„Kvalita sociálního života je do jisté míry ovlivněna nejenom sociálním stavem, ale např. také ekonomikou. To úzce souvisí s produktivitou, *postproduktivním a důchodovým věkem*.“ (Kozáková & Müller, 2006, 9).

Psychické stáří

Duševní stáří je spojeno se stářím biologickým a sociálním. Snížení fyzické výkonnosti, fyziologické obtíže a nastavení sociálního okolí vůči stáří, se odráží v sebehodnocení jedince, má vliv na sociální interakce, a vše se promítne v aktuálním i dlouhodobém psychickém stavu (Uhlíř, 2008).

Psychické stáří je podmíněno mnoha faktory. Mimo jiné osobnostními rysy, objevováním se charakteristických psychických změn v průběhu stárnutí a stáří, reakcí konkrétního člověka na jeho vlastní stáří.

Jesenský (2000) zdůrazňuje velké snížení odolnosti vůči nepříznivým vlivům, odvrácení od materiálních hodnot ve prospěch duchovních, přechod od extroverze k introverzi, od extrospekce k introspekci, od altruismu k egocentrismu. Dále Jesenský (tamtéž) uvádí, že z motivačních podnětů se stále častěji objevují ty, které jsou čerpány ze vzpomínek, z minulosti se sklonem ke konservativismu.

S psychickým stářím souvisí také *subjektivní věk*. To znamená, jak se člověk sám cítí a jaké je jeho individuální sebevědomí. Subjektivní věk se projevuje v názorech, postojích a činech. Nemusí být v souladu s objektivní situací a reálnými možnostmi člověka seniorského věku (Kozáková & Müller, 2006).

1.3 Prevence pro zdravé stáří

I když nemůžeme nabídnout žádné zázračné rady ani elixír mládí, můžeme potvrdit, že kvalitu života a stáří lze do značné míry příznivě ovlivnit.

K základním opatřením patří prevence nejčastějších a nejzávažnějších chorob stáří, které významně ovlivňují zdravotní stav a navozují obtíže starých lidí. Nechceme-li trpět ve stáří projevy aterosklerózy (kornatění tepen), včetně třeba mozkové mrtvice či demence, měli bychom se od středního věku starat o přiměřené hodnoty své tělesné hmotnosti (předcházet obezitě), krevních tuků, především cholesterolu, krevního cukru (riziko stařecké cukrovky zvyšuje především obezita), krevního tlaku. Tyto rizikové faktory spolu souvisejí v rámci tzv. metabolického syndromu.

Dále bychom pochopitelně neměli kouřit a zvláště ženy by měly dbát na přiměřenou hustotu svých kostí, měly by předcházet osteoporóze – např. preventivním vyšetřováním tzv. denzitometrie a podle výsledků případnou léčbou. Preventivními prohlídkami lze snížit i výskyt a závažnost některých nádorových onemocnění vyššího věku, například nádorů střev, prostaty, mléčné žlázy a nekouřením i jiných orgánů, zvláště plic.

V tělesné oblasti jde především o udržování pohybové aktivity a tělesné zdatnosti. Užitečná je od středního věku pohybová aktivita v objemu asi 25 km rychlejší chůze týdně. Pro zachování pohyblivosti a také k prevenci tak častých obtíží s páteří je užitečná průběžná rehabilitace – fyzioterapie. Měli bychom se od středního věku naučit konzultovat pravidelně s fyzioterapeuty, aby nám pomohli zachovat svalovou sílu i pohybový rozsah (Kalvach & Hrabětová, 2005).

Činnost je živitelem. Tkáně jsou prostoupeny hustou sítí krevních vlásečnic, kterými se dopravují k buňkám živiny a ostatní k životu potřebné látky, např. kyslík. U nečinného svalu je většina vlásečnic splasklá, vyřazená z provozu. Krev jimi neproudí. Místo aby tkáň protékala, prostupovala ji, obtéká ji pomocí zvláštních tepennožilních zkratů. Jakmile však začne sval pracovat, vlásečnice se otevřou, naplní se krví a jejím prostřednictvím se tkáň zaplaví živinami a kyslíkem. Do jisté míry platí pravidlo: čím intenzivnější je činnost orgánu, tím vydatnější je jeho prokrvení a zásobení živinami a kyslíkem, tím vydatnější je jeho látková přeměna a výměna.

Zvláštní a zcela mimořádný význam pro obnovu organismu a udržení nebo dokonce zvýšení jeho životaschopnosti má činnost svalová. Kosterní svalstvo se podílí na celkové tělesné váze téměř 50 %. Tvoří více než 60 % celkového objemu tzv. aktivní tělesné hmoty.

Svalová činnost nejenže podmiňuje výstavbu své vlastní hmoty, ale zvyšuje látkový obrát a podněcuje výstavbu tkání ostatních orgánů aktivní tělesné hmoty. Roztáčí naplno kola celého životního stroje. Zvětšuje průtok krve všemi orgány a přináší všem tkáním hojnost živinných látek s kyslíku.

Podmínkou ovšem je, aby činnost zaujala celou svalovou oblast, aby její intenzita byla dostatečně vysoká a aby působila pokud možno opakovaně. Požadavku dokonalé tělesné rehabilitace vyhovují pouze intenzivní rekondiční cvičení uskutečňovaná nejlépe formou pohybové rekreace. Pod tímto pojmem rozumíme harmonicky prováděnou činnost svalstva na úrovni submaximální intenzity, s rovnoměrným prostřídáním jednotlivých druhů svalové zátěže (cvičení posilovací, cvičení rychlostní, cvičení vytrvalostní a cvičení obratnosti). Tělesná aktivita tohoto druhu zapojuje do činnosti kromě svalové soustavy také aparát srdečně cévní a aparát dýchací, podněcuje funkční aktivitu v oblasti centrálního a periferního nervového systému, významně zvyšuje látkový obrát a tím zaměstnává ledviny, játra, žlázy s vnitřní sekrecí, zažívací trakt a ostatní útrobní orgány.

Trvá-li nedostatek pohybu delší dobu, vyvolává převratné změny v látkové přeměně projevující se kromě úbytku kosterního svalstva a ostatní aktivní tělesné hmoty degenerativními změnami cév, kloubů a kostí, střevními poruchami, poruchami stažlivosti srdečního svalstva, ale také, což je zdánlivě neočekávané a překvapující, duševním rozladěním spojeným s poklesem nálady, ustrašeností, rezignovaností, omrzelostí až apatií. Mluví se o chorobě z nedostatku pohybu – hypokinezi. Životnost organismu upadá a spolu s ním i jeho zdatnost a odolnost. Tělo se stává snadnou kořistí infekčních zárodků. Zejména virové infekce řadí zcela neomezeně ve skleníkových organismech. Zdraví, krása, síla, tělesná a duševní svěžest, jsou jednoznačně podmíněny pohybovou aktivitou. Kdo si chce uchovat zdraví, u toho se pohybová rekreace musí stát nezbytnou součástí životosporného programu (Piroh, 1975).

2 POHYB A POHYBOVÁ AKTIVITA

Naše tělo se mění postupně s věkem, ale to ještě neznamená, že by muselo být nemohoucí či churavé. Chceme-li stárnout ve zdraví, musíme za své tělo převzít zodpovědnost a zajistit mu dostatečně příznivé podmínky pro překonání mnoha různých obtíží, které stárnutí provází. Je důležité, abychom ve svém životním stylu, stravování a pohybovém režimu učinili drobné změny, které nám časem jistě velmi prospějí. Stárnutí není něčím, čeho bychom se měli obávat. Některé tělesné změny spojené se stoupajícím věkem jsou sice nevyhnutelné, ale bude-li se pokračovat v aktivním způsobu života, vše se lehčeji překoná. Ve stáří dochází k redukci kostní i svalové hmoty. Tvorbu kostí stimuluje cvičení, mnoho lidí však s postupujícím věkem svou pohybovou aktivitu snižuje. Pravidelný pohyb, jako je chůze nebo běh, tanec, chůze po schodech, aj., organismus pomáhá zabudovat bílkoviny a minerály ze stravy do kostry, zásobuje kosti minerály, stimuluje osteoblasty odpovědné za stavbu nové kostní tkáně a zlepšuje rovnováhu mezi odbouráváním a tvorbou kostí. Proto je rekreační sportování stejně důležité jako v mladším věku. Pohybový aparát musíme zákonitě používat, jinak o něj přijdeme. Ale i cvičení má své meze – příliš velká zátěž zvyšuje nebezpečí úrazu (Bednářová, 2008, 85).

Veškerý život se projevuje pohybem, který je vnímán jako symptom změn. Člověk posuzuje smysl pohybu z hlediska svých potřeb a přání. S pohybem jsou spojené příjemné prožitky (uvolnění, radost), ale i negativní prožitky (únava, bolest, frustrace). Nejen příjemné, ale i nepříjemné prožitky spojené s pohybem, mají pro člověka svůj význam. Překonáváním zátěže stoupá jeho odolnost a vůle. Kdo nepozná námahu, nemůže vychutnat uvolnění, pohybovou námahu není třeba chápat jako oběť, ale jako zálohu, investici na pozdější odměnu v prožitku uspokojení (Hošek, 1992).

Pohyb je základní potřebou každého živého tvora, včetně člověka, zvláště je-li uskutečňován s pozorností a spontánně. K tomu je však třeba naučit se citlivě vnímat svoje tělo, cvičit se v bdělém pozorování účinku vlastního pohybu, abychom získali zkušenost o sobě samých ve spojitosti s prostředím. Pohybová cvičení mohou významně pomáhat ke změně postoje k sobě samým, především ke svému tělu. Prohloubením vnímavosti svého těla získáme zkušenost, že právě pohyb může být zdrojem radosti a vnitřních prožitků obohacujících člověka (Adamírová, 1995).

„Pohyb zlepšuje hybnost, zvyšuje svalovou sílu a celkové funkční schopnosti, správné držení těla, udržení rovnováhy, aj. posilují stabilizační svalstvo trupu, protahují zkrácené svaly“ (Bednářová, 2008, 85).

Vhodné formy pohybu pro seniory, jsou zvláště pohyby pomalé, vědomě, klidně a soustředěně prováděné. Esteticky působící pohyb zároveň vyvolává pozitivní vnitřní odezvu, má tedy i mravní vliv. Příhodný je rovněž takový pohyb, který je prováděn na povrchu těla, např. doteky, poklepy, masáže, automasáže. Nejde jen o pohyby velkých částí těla či těla jako celku (Štílec, 2003).

„Pohybovými aktivitami rozumíme různé druhy pohybu, jako jsou tělesná cvičení, sportovně rekreační aktivity, pohybové hry, turistika, plavání a jiné“ (Roslawski, 2005, 7).

Pravidelná a přiměřená pohybová aktivita může život ve vyšším věku zpříjemnit, zkvalitnit i zpestřit. Měla by být součástí kultury denního života. Taková tělesná aktivita podporuje pohyblivost kloubů, funkci svalů, činnost srdce a plic, látkovou přeměnu, duševní činnost a celkovou obranyschopnost organismu vůči infekčním nemocem. Každé věkové období má svůj stupeň tělesné pohyblivosti, která bývá spjata s činností duševní, neboť mozek a sval jsou v úzkém vztahu. Pohybové aktivity je třeba provádět přiměřeně k věku a tělesné kondici. Přiměřenou a soustavnou pohybovou aktivitou si lze prodloužit aktivní život. Konkrétní popis doporučených cviků (včetně obrázků) vydal Státní zdravotní ústav (Hošková, 2005).

„Význam pohybových aktivit spočívá v tom, že udržuje dlouhodobě značnou část obyvatelstva soběstačnou a nezávislou na pomoci“ (Němček, 2011, 109). Pohybová aktivita je jeden z nejdůležitějších ukazatelů spojených s řešením otázek prevence veřejného zdraví (Ainsworth & Tudor-Locke, 2005). Ondrušková (2011) uvádí, že pohybové cvičení také významně pomáhají ke změně svého postoje. Pohyb může být zdrojem radosti a vnitřních kladných zážitků, které obohacují člověka a pomáhají mu k aktivnímu žití, kde je optimální pohyb každodenní součástí.

Podle WHO (2011/b) má pohybová aktivita důležitou a nenahraditelnou úlohu v životě seniorů. Pravidelná pohybová aktivita má kladné účinky na zdravotní stav, na kvalitu života a na delší trvání aktivního stáří. Ve starším věku, by měl člověk rozvíjet zdravotně orientovanou zdatnost, která se podílí na pohybové aktivitě a směřuje ke snížení rizika chorob a zlepšování zdraví (Hošek, 1992).

Podle Křivohlavého (2001) se s pohybem setkáváme při chůzi, při přemístování (lokomoci), při práci, rekreaci a jiných pohybových úkonech. V souvislosti s otázkami psychologie zdraví se s pohybovou aktivitou setkáváme nejčastěji tam, kde se hovoří o tělesném cvičení.

2.1 Druhy cvičení

Křivohlavý (2001) uvádí, že se rozlišuje pět různých druhů cvičení:

- izometrické cvičení
- izotonické cvičení
- izokinetické cvičení
- anaerobní cvičení
- aerobní cvičení

Izometrické cvičení je charakterizováno tlakem proti pevné překážce – např. dlaněmi do stěny. Je dobrým cvikem pro získání svalové síly. Neovlivňuje však pohyblivost.

Izotonické cvičení vyžaduje stahování svalů, avšak zároveň počítá s pohyblivostí kloubů. Příkladem může být zdvihání činek – práce vzpěračů. Je oblíbeným tělesným cvičením lidí, kterým jde o zlepšení celkového tělesného vzhledu.

Izokinetické cvičení počítá jak s cvičením síly, tak i s pohyby kloubů, avšak přidává další možnost regulace odporu (k jehož překonání je třeba svalového výkonu). Setkáváme se s ním v tělocvičnách, které mají k tomuto druhu cvičení zvláštní trenažéry.

Anaerobní cvičení vyžaduje krátkodobý výbuch svalové energie. Setkáváme se s ním např. při vzpírání a atletických závodech na krátkých tratích. Spotřeba kyslíku je přitom v normálních mezích.

Aerobní cvičení. Tohoto označení se používá nejen pro aerobik (druh tělesných cvičení). Je jím každý druh cvičení, při němž se vyžaduje výrazně zvýšená spotřeba kyslíku, a to nejen chvilkově, ale v průběhu relativně delší doby. Příkladem mohou být běhy na dlouhé tratě, plavání, výstupy na horách, běh na lyžích, jogging apod. Aerobní cvičení je charakterizováno výrazně zvýšenou činností srdce, která se projevuje např. zvýšením srdečního tepu po dobu

minimálně deseti a optimálně 20-30 minut. Jindy se stanoví požadavek na zvýšení srdeční frekvence minimálně o 60 % a maximálně o 85 % apod.

V poslední době byla věnována velká pozornost aerobnímu cvičení. Důvodem byl jednak jeho pozitivní vliv na činnost kardiovaskulárního systému, jednak ohled na bezpečnost srdeční činnosti cvičících. Zátěž totiž může být při individuálním aerobní cvičení předávkována. Riziko při aerobní cvičení je o to větší, že kolapsu nepředchází výstražné příznaky a selhání přichází rázem (Křivohlavý, 2001).

2.2 Vliv pohybu a pohybové aktivity na seniory

Pohyb působí velmi příznivě na činnost nervového systému a na veškeré mechanismy regulující oběh krve. Také zmírňuje poruchy spánku, neurotické depresivní stavy a zlepšuje činnost dýchacího systému. Zvětšuje se pohyblivost hrudního koše, bránice a provětrávání plic čili ventilace. Tkáně v mnohem větší míře přijímají kyslík a zbavují se kysličníku uhličitého. Lepší využití kyslíku dovoluje postupně zvyšovat fyzickou zátěž, aniž by to lidskému organismu ublížilo. Zlepšováním takových vlastností jako je rychlost a výdrž, zručnost a koordinace pohybu, rychlá reakce na změny situace je ve značné míře výsledkem pozitivního vlivu pohybových aktivit na nervový systém. Fyzická zátěž způsobuje zesílení vláken srdečního svalu, což je následek přizpůsobení se srdce větší námaze. Smrštění srdečního svalu je silnější, a tím ekonomičtější. Množství krve, které je během každého smrštění srdeční komory vypuštěno do krevního řečiště, se zvětšuje a tím se do srdce a dalších tkání dostává více kyslíku a živin. U trénovaných osob je tep ze začátku pomalejší; tato skutečnost dokládá šetrnější práci srdečního svalu, lepší využití kyslíku obsaženého v tepenné krvi a zároveň snížení celkového výdeje energie. Během pohybu se zvyšuje frekvence srdečních kontrakcí, a to úměrně velikosti zátěže. Po skončení námahy se srdeční činnost poměrně brzy vrací do výchozího stavu. Během tělesné námahy roste také krevní tlak, ale i ten se po ukončení práce rychle vrací do normálu. Pohyb je významný nejen jako preventivní činitel před mnoha nemocemi, včetně nemocí civilizačních, ale také jako činitel léčebný, jehož se obecně využívá v průběhu každé rehabilitace (Roslawski, 2005).

Pohybová aktivita je silný fyziologický impulz nezbytný pro správný vývoj a činnost pohybového ústrojí. Růst a stavba kostí jsou závislé na směru a intenzitě vnějších sil, které na ně působí. Trénink napomáhá vývoji kostry a způsobuje pozitivní změny v její struktuře

a v chemickém složení. Kostí se stávají pevnější, lépe odolávají vůči nárazům, a tak se tolik nelámou. Pohyb způsobuje lepší pokrytí povrchu kloubních chrupavek kloubním mazem, a tedy lepší „promazávání“ kloubní chrupavky. V závislosti na druhu cvičení dochází ve svalech k morfologickým změnám. Trénovaný sval je odolnější vůči únavě, protože lépe nakládá s energií. A proto je po ukončení námahy návrat zatěžovaného svalstva do původního stavu rychlejší. Pohybová aktivita je velmi účinná nejen při snižování nadváhy, ale i jako její prevence. Největší význam se připisuje přiměřeným tělesným aktivitám, které pravděpodobně tlumí nadměrnou chuť k jídlu (Ročlawski, 2005).

Každodenní pozorování dokládají, že lidé, kteří vykonávají těžkou fyzickou práci, jsou většinou štíhlí a mají dobře vyvinuté svalstvo. Zmenšuje se u nich množství tukové tkáně včetně tkáně podkožní. Prevence obezity a její odstraňování jsou z hlediska lidského zdraví velmi důležité, neboť nadváha je příčinou kornatění tepen a sním spojených komplikací, vysokého tlaku, cukrovky typu 2, degenerativních změn pohybového ústrojí a také jeho přetížení.

Také je třeba zdůraznit, že lidé, kteří se věnují různým formám pohybových aktivit, jsou fyzicky výkonnější než lidé, kteří vedou sedavý způsob života. V praxi to znamená, že ti první jsou schopni vykonávat těžkou nebo déletrvající práci, aniž by se unavili. Systematické pohybové aktivity se významně podílejí na zpoždění procesu stárnutí, a tím na prodlužování období fyzické výkonnosti a spokojenosti života (Ročlawski, 2005).

Díky pokrokům v medicíně a zvyšování úrovně zdravotní péče je prodlužována délka života, se kterou by měla souviset i odpovídající kvalita života. Vhodná strava a stravovací návyky a pravidelná, vhodná a dlouhodobá pohybová aktivita je jednou z možností zlepšení či udržení dobrého zdravotního stavu. Pohybová aktivita díky kladnému ovlivnění psychiky přispívá i ke zlepšení kvality života.

Podle výsledků mnoha studií pravidelné dlouhodobé cvičení svými účinky přispívá ke zdravému stárnutí a snižuje či oddaluje zhoršení tělesných funkcí spojených se stářím (Nied et al., 2002). Pravidelný a správně sestavený pohybový program pomáhá zlepšit kardiovaskulární funkce, zlepšit submaximální výkon, předcházet úbytku svalové hmoty a síly. Tím přispívá mimo jiné ke zlepšení posturální stability, zvýšení pružnosti a rozsahu pohybu a s tím následně zvyšuje soběstačnost na jedné straně a snižuje riziko pádů na straně druhé. Dalším kladným účinkem cvičení je podíl zlepšení psychického stavu, jako je snížení

symptomů deprese a depresivního chování a zachování kognitivních funkcí (Bednářová, 2010, 53).

2.3 Pohybové prostředky cvičební jednotky pro seniory

Podle Uhlíře (2008) lze v rámci cvičebních jednotek pro seniory využít celé škály pohybových prostředků. Jejich výběr se musí vždy přizpůsobit aktuálnímu funkčnímu stavu seniorů. Vhodná je spolupráce s lékařem a fyzioterapeutem, kteří daný stav odborně posoudí.

Do cvičebních jednotek pro seniory je možné zařadit:

- Cvičení pro smyslové vnímání
- Rovnovážná cvičení
- Návčik chůze
- Návčik vstávání
- Cvičení zaměřené na svalové dysbalance a správné držení těla
- Cvičení na udržování fyziologického rozsahu v kloubech
- Cvičení jemné motoriky, obratnosti, koordinace
- Dechová cvičení a relaxační cvičení
- Spinální cvičení
- Cvičení pro sociální komunikaci
- Vytrvalostní - aerobní cvičení
- Automasáž
- Škola zad
- Aktivace hlubokého stabilizačního systému
- Cvičení paměti a kognitivních procesů (Uhlíř, 2008)

Dalšími formami a technikami cvičení seniorů podle Uhlíře (2008) je metoda ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, významnou roli též hrají pohybové hry, oslavy, plesy, výlety do přírody, návštěvy filmových a divadelních představení, vzdělávacích přednášek (např. v rámci vzdělávání v univerzitách třetího věku).

Doplňující techniky, ze kterých lze čerpat při kinezioterapii seniorů: thai-chi (Taiji) a Qi gong, Feldenkraisova metoda Pilates, zdravotní tělesná výchova.

Pro seniory je také vhodná silová chůze. U silové chůze dochází ke zkřížené koordinaci: když jde pravá noha vpřed, vyráží vpřed levá ruka. Její výhodou je účinek na celé tělo. Hůlka (70 % výšky člověka) má být oporou. Je chybné ji pouze přenášet. Při správném užití hůlek je aktivních 90 % všech svalů. Posilovány jsou zejména svaly nohou, rukou, paží, břicha a zad. Silová chůze napomáhá i ke snižování nadváhy. Spotřebuje se asi o 30 % více kalorií než při rychlé chůzi bez hůlek. Dále vede tento způsob chůze k posílení krevního oběhu a imunitního systému, odbourávání stresových hormonů, posiluje celkovou kondici a vede ke zvýšení a udržení fyzické výkonnosti. (Štikar, Hoskovec, Šmolíková, 2007).

Lze konstatovat, že pohyb u starších lidí má mnohem větší význam než u mladších, protože činností lze předejít komplikacím chorob a léčebně řízeným pohybem je možno jejich průběh příznivě ovlivnit. Naopak nečinnost a nedostatek pohybu je faktorem, který u osob vyššího věku působí urychlení degeneračních procesů tělesných i psychických (Uhlíř, 2008).

2.4 Cvičení seniorů

Procesy stárnutí lze významně ovlivnit na několika úrovních, především přiměřenou duševní a fyzickou aktivitou a vhodnou stravou. Jednu z předních pozic zaujímá rovněž stabilní zakotvení na sociální úrovni a kvalita kontaktů s okolím. Ti, kteří zůstanou aktivní, se podle studií dožívají nejen vyššího věku, ale v daném věku jsou i v lepší celkové kondici. Jde nejen o to přidat léta životu, ale i přidat život létům. Cvičení sice mnohdy neumožní zcela odstranit potíže, ale může podstatně snížit jejich další rozvoj.

Hlavní oblasti, kde se projevují pozitivní účinky cvičení u aktivních dospělých vyššího věku, jsou:

- Zlepšení fyzické kondice, úprava krevního tlaku, snížení rizika ischemické choroby srdeční a srdečního selhání, úprava zastoupení tuků v krvi.
- Zlepšení možnosti kontroly hladiny krevního cukru, citlivost receptorů na inzulin (možnost snížení dávky).
- Snížení úbytku kostní hmoty (zvláště u žen po menopauze).
- Snížení rizika pádů a zlomenin.

- Zlepšení pohyblivosti, funkčnosti a snížení bolesti kloubů.
- Zlepšení potíží s močením.
- Snížení rizika rakoviny tlustého střeva (zlepšení peristaltiky), prsu, prostaty a konečníku.
- Zlepšení kvality spánku, schopnosti učení, krátkodobé paměti.
- Zmírnění symptomů potíží při rozvoji cévních uzávěrů, snížení rizika tromboflebitid, pneumonie apod.
- Zvýšení metabolismu (organismus spaluje více kalorií), udržování optimální hmotnosti, antidepresivní účinek, rozšiřování spektra sociálních kontaktů, útlum pocitu vyčerpání (Uhlíř. 2008).

2.5 Cíl a úkoly cvičení

Cílem cvičení seniorů je neustále rozvíjet a posilovat zachovalé funkce organismu. Hlavním cílem, ale zůstává osobní fyzická a psychická zdatnost. Nejde o sportovní výkony, ale mobilitu což je schopnost pohybu pro ADL (aktivita daily living – běžné denní činnosti), pro uchování soběstačnosti, jistoty, sebevědomí a také kvality života.

Úkolem cvičení je zachovat, obnovit, získat dostatek pohybových vzorců. Udržet sociální adaptabilitu seniorů. Vhodně kompenzovat potenciální postižení, oslabení a zkrácení svalstva. Působit preventivně v rizikových oblastech. Pomoci vyrovnat se psychicky se stárnutím a ochabováním funkcí orgánů. Celková aktivace organismu, zlepšení koordinace a dynamiky, vytrvalosti, posílení soběstačnosti, zvyšování motorické aktivity, výcvik chůze (Uhlíř, 2008).

Cvičení je vhodné zahájit dechovou gymnastikou s využitím horních končetin a cévní gymnastikou - aktivní cvičení dorzální a plantární flexe nohou. Využívat cviků lehkých na zvládnutí, náročnost postupně zvyšovat. Dodržovat pitný režim. Při cvičení nespěchat, pravidelně dýchat. Je třeba počítat s poruchami zraku a sluchu, využívat cviků snadno srozumitelných. Hlasitě a srozumitelně vysvětlovat cviky, cvičit s klienty. Udržovat dobrou náladu po celou dobu cvičení. Seniorsky musíme vhodně motivovat, aby pochopili přínos cvičení. Vyvarovat se přetížení (po celou dobu cvičení sledovat únavu klientů). Cvičení se musí provádět pravidelně. Seniorsky by neměli pociťovat bolest při cvičení. Dbát na bezpečnost cvičení a prevenci pádů. U nemocných seniorů konzultovat cvičení s lékařem. Necvičit, pokud zdravotní stav není stabilizovaný. Seniorsky mají na cvičení dostatek času, ale také specifické překážky. Někteří seniorsky označují únavu nebo nemožnost provést daný cvik za

důvod, proč necvičí. Dalšími omezujícími prvky mohou být poruchy rovnováhy, omezení rozsahu pohybu ve velkých kloubech a snížení kardiovaskulárního výkonu. Je vhodné využívat hudební doprovod. Vynechávat kliky, hluboké dřepy, hluboké předklony, dechové zádrže, příliš rychlé a silově náročné pohyby. Střídat různé aktivity, aby nedocházelo k přetrénování. Pozor se musí dát na izometrická cvičení (udržování napětí svalu s výdrží), zejména u hypertenze (kontraindikace). Senioři by měli cvičit alespoň 15-20 minut, 2 – 3x týdně. Vhodné je individuální denní cvičení jednoduchých cviků. Cvičit v čisté, uklizené a vyvětrané místnosti, nejdříve hodinu po jídle. Je třeba znát zásady poskytování první pomoci (Uhlíř, 2008).

2.6 Relaxace

Termín relaxace pochází z latinského slova *relaxatio* a chápeme jej jako uvolnění, povolení, ustálení rovnovážného stavu, jako proces, nebo stav uvolnění psychického a tělesného napětí. Dělit od sebe relaxaci tělesnou a duševní není možné, neboť obě tyto složky spolu souvisí a navzájem se ovlivňují (Bednářová, 2009).

Knížetová (1998) uvádí: Jako děti jsme byli všichni spontánně uvolnění. Byl to náš přirozený stav. V dospělosti se uvolnění postupně ztrácí, u někoho rychleji, u jiného méně a pomalu a u některých lidí vůbec ne. Příčinou je nejčastěji náš způsob života. Uspěchanost bez dostatečného odpočinku, nároky, které klade civilizace a jsou to naše vlastní postoje k životu, lidem, práci. Z nesprávných postojů k životu např. pramení i to, že určitým životním situacím a problémům přikládáme zbytečně velkou důležitost, necháváme se jimi dlouhodobě stresovat a naše celkové napětí (duševní i tělesné) stoupá a přetrvává. Může se nakonec stát součástí naší osobnosti s různými neblahými důsledky. Trvalé napětí nás omezuje, svazuje, brání podat dobrý výkon a je dokonce jednou z příčin tzv. civilizačních chorob. Jedním z prostředků, který napomáhá úspěšně čelit stresu je relaxace, která působí na celý organismus a osobnost člověka. Uvolnění a odreagování má velký vliv na duševní a tělesnou výkonnost, dobré zdraví i na celkový dobrý pocit ze života. Snižuje vnitřní napětí, napomáhá ke snížení svalového tonusu, ovlivňuje kvalitu spánku a usínání, snižuje únavu, zlepšuje zvládání stresových situací a tím také působí na psychickou stránku člověka, jeho výkonnost a odolnost vůči chorobám. Jen ten, kdo je dobře relaxovaný, může dosahovat výborných výkonů ve své činnosti.

Dle Blahušové (2007) by měla být relaxace součástí životního stylu všech věkových kategorií. Lidé ve starším věku lpí na určitých stereotypch v činnostech i denním režimu a drobné odchylky od tohoto řádu v nich mohou vzbuzovat úzkost, stejně tak jako vše nové co neznají a čemu nerozumí, ať už jde o nový mobilní telefon, či jinou technickou vymoženost. Relaxační cvičení by jim měla pomoci ke zklidnění organismu a uvolnění psychických tenzí. Relaxace je úzce spojena s technikou jógy, která směřuje k uvolnění těla a mysli. Během cvičení má dojít k přesunu pozornosti od emočně zabarvených myšlenek k neutrální představě, která se může zaměřovat na jednotlivé části těla nebo dech.

Dostálek (1996) uvádí, že cvičení jsou sestavena od nejjednodušších k nejsložitějším. To dává předpoklad postupného vzrůstání vnitřního soustředění a uvolnění. Speciální pozornost věnujeme některým nejdůležitějším metodám. Detailně pojednáváme o hathajóze, Jacobsonově tréninku progresivní relaxace, Schultzově autogenním tréninku, Machačově tréninku a dalších cvičeních. Při praktickém provádění většiny uvedených metod, jsou nutné konzultace s lékařem nebo psychologem, kteří již s uvedenými metodami mají zkušenosti. Bez takových konzultací se mohou objevit psychopatologické symptomy. Nedocení „drobností“ by mohlo být škodlivé.

Hathajóga

Hathajóga je metoda tělesné a duševní kultury, jež je založena na poznání ovlivnitelnosti duševních stavů tělesnými stavy a naopak. Je to jedna z metod získávání dokonalého tělesného a duševního zdraví. Usiluje o zachování rovnovážného stavu v organismu. Učí, jak ovládat tělo, představy, city a myšlení, jak dosahovat a udržovat duševní vyrovnanost. Jogínská cvičení patří k významným postupům vedoucím k tělesné a duševní odolnosti (Dostálek, 1996).

Relaxační cvičení Jacobsenovo

Jacobsenova metoda „progresivní relaxace“ chce vycvičit volní ovládnání svalového tónu při tělesném odpočinku a tím dosáhnout odpočinku centrální nervové soustavy. Metoda Jacobsenova vede k lepšímu vyrovnaní vztahu, který existuje mezi stupněm duševního napětí,

resp. Vzrušení a intenzitou zbytkového svalového napětí. Reguluje ovládání útlumu svalového napětí (Štikar, Hoskovec & Šmolíková, 2007)

Schultzův autogenní trénink

Autogenní trénink patří mezi nejúčinnější metody, při nichž se jedinec učí ovlivňovat pomocí svých představ intenzivněji činnost a rovnováhu svého organismu. V průběhu autogenního tréninku dochází k přeladění celého organismu s cílem zdraví posílit a nezdravé zeslabit nebo odstranit (Štikar, Hoskovec & Šmolíková, 2007).

Machačova relaxačně aktivační seberegulační technika

Nácvik je rozdělen do dvou etap. V první etapě se nacvičuje složka relaxační, v druhé se k ní připojuje fáze aktivační. V konečné podobě se seberegulační zásah skládá obvykle ze tří fází relaxačních a tří fází aktivačních. Výjimečně se používá pouze dvou, popřípadě maximálně čtyř relaxačních a aktivačních fází. Zásah je vždy zahajován relaxační fází a na jeho konci musí být aktivační fáze. Obě fáze se pravidelně střídají. Délka celkového zásahu je obvykle 15-30 minut, z toho jednotlivé relaxační fáze trvají vždy několik minut, kdežto jednotlivé aktivační fáze zabírají řádově vteřiny nebo desítky vteřin. Délka jednotlivých relaxačních fází v rámci jednoho zásahu se má postupně zkracovat, kdežto délka jednotlivých aktivačních fází se má naopak prodlužovat (Štikar, Hoskovec & Šmolíková, 2007).

2.7 Nevhodná pohybová aktivita u seniorů

Některé aktivity jsou pro seniory vzhledem k věku a celkovému stavu organismu nevhodné. Obecně do nich řadíme následující:

- Prudké či náhlé změny polohy, při kterých hrozí seniorům riziko závratě, bývá také často spojena s pády na zem.
- Příliš vysoká intenzita pohybu.
- Skoky a poskoky při nichž se namáhají klouby.

- Dlouhé záklony hlavy, zde dochází často k nedokrvení mozku a existuje vysoké riziko omdlení.
- Náročná koordinace a sestavy, zde není riziko zranění, ale pro sníženou schopnost koordinace není možné provádět cviky a tím může vzniknout pocit méněcennosti seniora.
- Izometrická cvičení se zadržným dechem působí negativně na oběhový systém, který je tímto cvičením zatěžován.
- Cvičení na tělocvičném nářadí, např. hrazdě, bradlech nebo kruzích (Štílec, 2004).

Tato doporučení jsou pouze obecná, závisí jen na konkrétních osobách, jejich fyzických předpokladech a zdravotním stavu.

2.8 Výživa

Složení stravy má podle Fořta (2001) základní význam v kterémkoli období života. Případná úprava stravy dokáže zapůsobit jako prostředek obrany před různými zdravotními problémy a přitom zamezí předčasnému stárnutí. Čím je člověk starší, tím kvalitnější musí být jeho konzumovaná strava. Třeba proto, že přispěje k ochraně před vznikem onemocnění souvisejících s postupujícím věkem. Čím kvalitnější je strava, tím lepší je zdraví. To by měla být základní zásada, pro výběr způsobu stravování, dokonce již u mladé generace. Ve většině případů zůstává pouze u teorie. Stejný princip platí i pro generaci starší, ale v jejím případě je problém v tom, že doplácí na dříve napáchané škody, které se hůře napravují. Především se vyplatí s postupujícím věkem nerezignovat a nedělat si z těla odpadkový koš.

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalitu života najdeme v medicíně pod zkratkou HRQL (health related quality of life). Existuje velké množství definic pro kvalitu života, avšak můžeme říci, že kvalita života je úzce spojena se způsobem života, kterým člověk žije (Mareš, 2006).

Podle psychologického slovníku vyjadřuje kvalita života pocit životního štěstí. K obecným znakům patří soběstačnost a pohyblivost. Z psychologického hlediska se kvalita života

označuje jako míra seberealizace a duševní harmonie. Ze sociálního hlediska posuzujeme kvalitu života z hlediska životní úrovně sociálních skupin, jakou jsou staří lidé nebo příslušníci etnických skupin. Z lékařského hlediska označuje kvalita života na jaké úrovni a s jakým omezením lidé žijí. Individuální kvalitu života můžeme ve stáří zvyšovat především duševní a tělesnou činností a aktivním životním stylem (Psychologický slovník, 2000).

„Z filozofického hlediska lze říci, že kvalitu života netvoří pouze příčina materiální a formální, tj. výběr možností, které pak člověk uskutečňuje, ale patří sem i to, k čemu člověk směřuje a čemu říká smysl života“ (Dvořáčková, 2012, 66).

Kvalita života ovšem nereprezentuje jen jednotlivý životní standart, ale je také velmi tence spojen s prostředím, ve kterém se lidé vyskytují, s jejich požadavky a potřebami (Fahey, Whelan, & Nolan, 2006).

Podle (Gurkové, 2011) zahrnuje koncept kvality života širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka. Od různých funkcí až po oblasti spojené s dosažením životních cílů. Problematika kvality života je zkoumaná v několika vědních oborech. V medicíně, pedagogice, andragogice, ekonomii, psychologii a v dalších. Jejich úhel pohledu je v některých případech až zásadně rozdílný. Koncept kvality života nemá ještě doposud všeobecně jednotlivou definici a stává se předmětem mnoha interpretací.

3.1 Kvalita života seniorů

Křivohlavý (2002) se domnívá, že člověk rozumí kvalitě života jako spokojenost se životem. Když hodnotí uplynulý život smysluplně a byl seberealizován v tom jak žil, tak je u něj kvalita života na vysoké laťce. V běžném životě jsme zvyklí vnímat kvantitu, délku života a ta je daná počtem let. Kvalitu života vnímá každý člověk jiným způsobem. Pokud se podíváme na slovo „kvalita“, můžeme hovořit o „hodnotě, jakosti“.

Kvalita života ve stáří, se kterou je v těsném kontaktu pocit pohody, bývá u jednotlivců různá. Posláním stáří je zachování přijatelného životního stylu, který obsahuje tyto podmínky:

- a) udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti,
- b) udržení či znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti,

c) udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostatečnosti a nepotřebnosti (Vágnerová, 2007).

1.2 Hlavní činitelé kvality života

Podle Jesenského (2000) nám kvalitu života ovlivňuje několik činitelů, kterými si můžeme zkvalitnit život. Tyto činitele lze rozdělit do dvou skupin.

- vnější (patří zde ekonomické, ekologické, výchovné, materiální hledisko)
- vnitřní (somatické a psychické vybavení)

3.3 Rozsah kvality života

Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádějí rozdělení hierarchicky odlišné sféry podle Engelse a Bergsmý:

- makro-rovina* – tato rovina se zaměřuje na kvalitu života takzvaných velkých společenských celků. Jde zde o absolutní smysl života.
- mezo-rovina* – kvalita života v mezo-rovině se měří v malých sociálních skupinách, jako je například škola, podnik nebo nemocnice. V této rovině je důležitý především respekt k morálním hodnotám, ale také sociální klima, vzájemné vztahy mezi lidmi či uspokojování základních potřeb členů dané skupiny.
- personální rovina* – v personální rovině se kvalita života zaměřuje na subjektivní hodnocení, ať už zdravotního stavu, spokojenosti, či nadějí a podobných. V této rovině je potřeba zohledňovat každého jednotlivce, jeho osobní hodnoty a očekávání.
- rovina fyzické existence* – zde se zaměřujeme na chování druhých lidí, které je pozorovatelné. Ovšem postrádáme zde dimenzi, která je nezbytná pro hlubší pojetí kvality života.

3.4 Potřeby seniorů

Tošnerová (2000, 37) uvádí, že „senior je osoba, jejíž psychický či fyzický stav vykazuje takové trvalé změny, pro které je zčásti nebo zcela závislý na pomoci jiných osob“. Pacovský (2002) tvrdí, že senior je osoba, která přišla na svět dříve a že pojem senior se nemusí spojit přímo s věkem, ale může poukazovat také na vážnou funkci bez ohledu na věk.

S narůstajícím věkem dochází k přehodnocování životních hodnot. Senioři lpí na stejném uspokojování svých životních potřeb stejně jako dříve, jako ostatní populace, přitom jsou často odkazováni na pomoc svých bližních. Potřeba péče však není nutně spojená s věkem, ale je často propojená se snížením funkčních schopností, sebeobsluhy, které limitují člověka v jeho schopnostech uspokojovat své běžné potřeby (Janečková, 2005).

Vágnerová (2000) uvádí strukturu vývojových potřeb rozdělenou do šesti oblastí:

- potřeba stimulace patřičnými podněty – od začátku až po smrt je pro celý lidský organizmus nezbytné dostávat vhodné podněty, na vhodném místě, ve vhodný čas a v dostatečném množství a jakosti. U seniorů je tahle potřeba zmenšena. Ve starším věku roste množství situací, které mají za následek nepříjemné podněty. Seniorovi působí větší problémy ty podněty, které pro něj v dřívější době bývaly normální,
- potřeba smysluplného světa – vhodně zvolené podněty vedou k tomu, abychom poznávali svou osobu i prostředí, ve kterém se vyskytujeme. Hledání smyslu žití se z psychologického pohledu může projevit jako osobní představivost o různé skladbě svého světa a projevuje se např. tak, že člověk neustále plánuje a utváří si cíle, kterých by chtěl docílit,
- potřeba plánování činností časové posloupnosti sám se svou osobností či s dalšími. Tyhle potřeby jsou propojeny s potřebou smysluplného světa,
- potřeba jistoty role sociální a místa ve společnosti – každý člověk potřebuje někam patřit, mít své postavení v rodině, v práci a ve společnosti. U seniorů dochází k nárůstu sociálních změn a ke ztrátám, které jsou mnohdy těžce přijímány,
- potřeba identity a sebe uznání sám sebou i ostatními lidmi – ztráty na životech, nemoci i sociální omezení mají za důsledek změnu uvědomení si vlastního obrazu života. Může dojít ke ztrátě kontroly nad svým životem, i ke ztrátě autonomie,

- potřeba otevřeného budoucna – perspektiva, naděje – i senior potřebuje mít ve svém životě nějaké cíle a potřebuje se na něco těšit. Občas může mít strach ze své budoucnosti, co bude. Je důležité, aby věřil ve svoje schopnosti a měl naději, že je obklopen lidmi, kteří ho budou podporovat a doprovázet jej jeho stářím a pomáhat mu v krizových situacích nynějších i budoucích omezení.

Mladších osoby mají jiné potřeby, než osoby penzijního věku. Hodnoty se mění a postupně ubývají. Někaké potřeby jsou stále ale preferovány, a tím pádem v životě seniora přetrvávají. Hovoříme tu o potřebách fyziologických a psychosociálních. Tyto potřeby je možné uspokojit v rodinných kruzích, popřípadě v rámci sociálních služeb, které jsou poskytovány. Co se týče intelektuálních potřeb, tak jsou nabízené univerzity třetího věku a mnohé jiné programy vzdělávání. U seniorů, kteří jsou ubytováni v pobytových zařízeních, se často vyskytuje nedostatečná realizace duchovních potřeb. Senior v konečné fázi svého bytí vyhodnocuje svůj prozatímní život, své světlé i stinné stránky a s těmito úspěchy a neúspěchy se potřebuje s někým podělit. V rámci pobytového zařízení ale dochází k problému, ovšem občas pomůže seniorovi i rozhovor s personálem, který mu dopomůže k nalezení správného východiska (Klevertová & Dlabalová, 2008).

Janečková (2005, 164) uvádí, že „ve stáří člověk ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života.“ Podle Saka (2012) je senior osoba, finišující životní fázi s typickým postavením ve společnosti. Z jeho výzkumu můžeme zjistit, že seniorem se stává člověk okolo 60. až 70. roku života.

3.5 Nástroje a metody měření kvality života

Křivohlavý (2002) rozděluje nástroje pro měření kvality života do tří kategorií – objektivní, subjektivní a kombinace obou:

1. Metody měření kvality, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba – objektivní,
2. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba – subjektivní,
3. Metody smíšené, které jsou kombinací metod typu 1 a 2.

Mezi objektivní metody řadí Vaďurová a Mühlpachr (2005) následující:

- **APACHE II** (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém) - postaveno na vážnosti onemocnění pacienta podle kvalitativní odchylky od normy. Výsledek je vyjádřen číselně (vyšší skóre znamená vyšší pravděpodobnost úmrtí pacienta).
- **The Karnofsky Performance Scale** – kladen velký důraz na tělesnou dimenzi kvality života na úkor dimenze sociální a psychologické. Hodnotu stanovuje lékař a procentuální škála je dána hodnotou 0 – 100 (čím vyšší index, tím lepší zdravotní stav pacienta).
- **Visual Analogue Scale (VAS)** – v této metodě je za stupnici označena dlouhá čára se dvěma extrémy: velmi dobrý celkový stav pacienta; mimořádně špatný. Slouží k posouzení celkového stavu pacienta.
- **Index kvality života (ILF)** – odpověď nezáleží pouze na respondentovi, vzniká totiž na základě konsensu mezi pacientem, zdravotnickým personálem, klinickým psychologem, atd.
- **Spitzer Quality of Life Index (QL)** – tento nástroj podle Spitzera není určen pro měření u zdravé populace, je často využíván pro zjištění zdravotního stavu a kvality života před a po terapii. Oblasti: aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel, pohled na život (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Subjektivní metody měření QOL:

- **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)** – nejrozšířenější metoda měření kvality života, vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak její samou hodnocena. Pro zjišťování údajů se zde využívá strukturovaný rozhovor, respondent uvádí pět životních cílů a míru spokojenosti (nespokojenost = 0%, úplná spokojenost = 100%).
- **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – direct Weighting (SEIQoL – DW)** – pro zjištění údajů zde slouží standardizovaný polostrukturovaný rozhovor (3 kroky: identifikace životních cílů, zjištění současného stavu a kvantifikace relativní důležitosti těchto cílů). Respondenti zde mohou označit oblasti života, které považují za nejdůležitější a poté ohodnotit jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s nimi.
- **Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)**

- **Lancashire Quality of Life Profile-European Verison (LQoLP-EU)** – strukturovaný sebesposuzující rozhovor, který má být zaznamenáván školeným tazatelem, využívaný zejména pro hodnocení výsledků péče. Tvoří jej 105 položek (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).
- **SQUALA** – tento dotazník jsem použil ve své diplomové práci a popíšu jej níže.

Smíšené metody zjišťování kvality života:

- **MANSA** – vytvoření přesného obrazu kvality života určité osoby v určitý moment.
- **Life Satisfactory Scale (LSS)** – v rámci metody MANSA, hodnotí mimo celkovou spokojenost se životem také řadu dílčích dimenzí na vizuální sedmi-dílné stupnici, která obsahuje dva extrémy a pět mezistupňů (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

3.6 Dotazník subjektivního hodnocení kvality života SQUALA

Dragomirecká a kol. (2006) za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví v současné medicíně se považuje „kvalita života“. Tu definuje Světová zdravotnická organizace 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“ (WHO, 1994). Jinými slovy by se dalo říct, že kvalita života odpovídá té kvalitě, za jakou ji člověk sám považuje. Využití dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů je nejobvyklejší metodou zjišťování kvality života. Tyto všeobecné dotazníky jsou vhodné jak pro seniory, tak pro jakýkoli soubor pacientů nebo zdravé populace. V současnosti dotazníky většinou pokrývají především oblast zdraví, životních podmínek, mezilidských vztahů, prostředí, prožívání, případně i spirituální stránku jejich života. Velkou výhodou dotazníků je to, že vzájemně srovnávají různé podmínky a soubory osob, proto je lze využít pro populační šetření. Nevýhodou však je, že nemusí být na podchycení intervence zaměřené na symptomy dostatečně citlivé. WHO zdůrazňuje, že „kvalitu života nelze ztotožnit s životním postavením člověka, ale s tím, jak člověk tuto situaci hodnotí“ (WHO, 1994).

Dotazník subjektivní kvality života SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis SQUA-L-A) byl vytvořen v roce 1992 v Nice (Francie) a původně byl určen pro posuzování kvality života osob s duševními potížemi. Při konstrukci dotazníku vycházeli autoři z Maslowovy třístupňové teorie potřeb a zařadili proto mezi oblasti života i vnitřní hodnoty,

jako je prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti. Za nejbližší k vlastnímu pojetí označili autoři definici pojímající 35 měření kvality života jako zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním jedince na jedné straně a jeho reálnou situací na straně druhé, doplnili ji však o dovětek, že tento rozdíl by měl být posuzován v závislosti na schopnosti jedince překonávat tuto diskrepanci mezi přáním a realitou a směřovat tak ke svobodě a autonomii (Zannotti, 1994).

3.7 Sociální služby

Sociální služby procházejí od roku 1989 procesem transformace. Změny v pojetí sociálních služeb vycházejí především z důrazu na práva a povinnosti každého občana v České republice. Sociální péče zajišťovaná státem se proměnila v široké spektrum nabídky sociálních služeb poskytovaných též nestátními neziskovými organizacemi, církví, samosprávou krajů a obcí i soukromými osobami. Po fázi rozšíření druhů sociálních služeb, služeb sociální péče a prevence pro osoby v nepříznivé sociální situaci bylo vnímání zacíleno na kvalitu poskytovaných služeb, na nastavení jejich pravidel, na přístup ke klientům či uživatelům služeb a na odbornost pracovníků, kteří tyto služby zajišťují. Pojetí sociálních služeb ovlivnila též politika Evropské unie v boji proti chudobě a sociálnímu začleňování.

V současném pojetí sociálních služeb v České republice je kladen důraz na poskytování takových sociálních služeb, které dbají na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb, respektují svobodnou vůli osob a zajišťují jejich důstojný život a v neposlední řadě směřují k sociálnímu začleňování klientů.

Naplněním principů sociálního začleňování je podporován běžný způsob života osob, jsou vyrovnávány jejich příležitosti na uplatnění ve společnosti. Poskytovatelé vytvářejí pro uživatele podmínky, aby mohli žít život obvyklého rytmu a způsobu jako jejich vrstevníci, kteří sociální služby nevyužívají. Obecným cílem sociálních služeb je zajistit takovou míru podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu.

Nositelem kvalitních sociálních služeb je personál, který zajišťuje poskytování sociálních služeb. Snaha o profesionalizaci sociálních služeb koresponduje s širokou nabídkou vzdělávacích kurzů a vyústila v nastavení odborné způsobilosti sociálních pracovníků i dalších pracovníků v sociálních službách. Pro poskytování bezpečných, kvalitních

a efektivních služeb již nestačí nadšení a empatie, ale pracovníci musí rozvíjet svoji odbornost a přizpůsobovat se novým požadavkům na svoji profesi.

Sociální služby mohou poskytovat obce a kraje, které dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení. Kromě toho samy zřizují organizace poskytující sociální služby. Významnými poskytovateli sociálních služeb jsou také nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí v současné době široké spektrum služeb. Jako dalšího poskytovatele můžeme uvést Ministerstvo práce a sociálních věcí, které je zřizovatelem pěti specializovaných ústavů.

K 1. 1. 2007 vstoupil v ČR v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon zavádí zcela nové pojmy, jako jsou např. registr poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce kvality sociálních služeb, příspěvek na péči aj. Tento zákon také legislativně definuje druhy sociálních služeb a rozděluje je na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby si jejich uživatel (nebo příjemce) může na základě přiznaného příspěvku na péči nakupovat, resp. si je může objednat u organizace poskytující sociální služby a za poskytované služby dle dohody zaplatit (některé služby jsou zdarma). Sociální služby poskytují organizace nebo jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění. Maximální ceny za služby jsou stanoveny provádějící vyhláškou (č. 505/2006 Sb.) k zákonu o sociálních službách.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat jejich rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Formy poskytování sociálních služeb lze rozdělit na služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází, nebo je doprovázena nebo dopravovaná do zařízení sociálních služeb a součástí služby není

ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (Dvořáčková, 2012).

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V diplomové práci se zabýváme hodnocením subjektivní kvality života u osob seniorského věku na Krnovsku. Cílem práce je zjistit, zda frekvence a intenzita pravidelně prováděných pohybových aktivit ovlivňuje hodnocení subjektivní kvality života.

Průzkum jsme zaměřili na respondenty z odlišných prostředí. Mají odlišné životní podmínky a žijí v odlišném prostředí. Respondenti tvoří dvě skupiny. Jedna skupina žije trvale v Domově důchodců v Krnově a druhá pochází z Krnova a okolních obcí, ale probandí žijí samostatně v bytech nebo rodinných domcích.

K dosažení cíle diplomové práce jsme použili dotazník SQUALA, který hodnotí subjektivní kvalitu života (Dragomirecká, 2006).

Pro splnění cíle diplomové práce jsme si stanovili výzkumné otázky:

- 1) Jaká je dle dotazníku SQUALA úroveň hodnocení kvality života u respondentů žijících v domově pro seniory a u seniorů žijících samostatně – vyjádřeno profilem hrubými skóry dimenzí SQUALA (zdraví, vztahy, volný čas, základní potřeby, abstraktní potřeby)?
- 2) Zda ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky hodnocení subjektivní kvality života.

Ovlivňuje pohlaví výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?

Ovlivňuje věk výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?

Ovlivňuje vzdělání výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?

Ovlivňuje finanční situace výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?

Ovlivňuje frekvence cvičení výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA ?

Ovlivňuje místo pobytu výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA?

Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu výsledky hodnocení subjektivní kvality života SQUALA?

Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života výsledky hodnocení subjektivní

kvality života SQUALA?

Ovlivňuje vlastnění kola výsledky hodnocení subjektivní kvality života dle SQUALA?

5 METODIKA

5.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 60 respondentů. Tito byli vybráni na základě dobrovolnosti. Senioři pocházejí z Domova pro seniory v Krnově a samostatně žijící v Krnově a okolí.

Dům pro seniory

Cílovou skupinou v Domově pro seniory v Krnově, kde jsem oslovil 30 klientů, jsou senioři s prokazatelně sníženou soběstačností až úplnou závislostí zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc fyzické osoby a kterou nelze zajistit prostřednictvím rodiny nebo jiných sociálních služeb. Domov byl uveden do provozu v roce 1991 a má kapacitu 101 ubytovacích míst. Klienti jsou ubytováni na 74 pokojích. 4 pokoje jsou třílůžkové, 19 dvojlůžkových a 15 jednolůžkových. Každý pokoj je řešen jako uzavřená bytová jednotka, která má vchod z hlavní chodby do předsíně a vstup z předsíně do pokoje. Součástí každé bytové jednotky je sociální zařízení. Na všech pokojích je nainstalováno signalizační a dorozumívací zařízení, které je propojeno s ošetrovnou v každém podlaží. V každém podlaží se nachází kulturní místnost a je zde i velká kulturní místnost s kapacitou 80 míst. Důležitou součástí péče o seniory je tzv. aktivizační činnost. Zde pracují dva pracovníci. Senioři se scházejí ve dvou klubovnách, kde vyrábějí dekorativní předměty, pletou, háčkují, hrají společenské hry. Jejich výrobky zdobí společné prostory domova a také slouží jako dárky dětem, které pro seniory připravují kulturní vystoupení. Personál se věnuje i klientům, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav do kluboven docházet nemohou. Nabízejí poslech hudby, předčítání, jednoduché hry nebo jen empatickou přítomnost. Senioři využívají služeb Městské knihovny v Krnově prostřednictvím detašovaného pracoviště přímo v domově. Knihovna je moderní klientské informační centru se třemi počítači, které mají připojení na internet. O jejich duchovní oblast se starají představitelé římskokatolické a evangelické církve, kteří zde konají bohoslužby. Nově byl v zařízení zaveden pro seniory

léčebný tělocvik. Zdravotní péče je zajištěna všeobecnými sestrami 24 hodin denně. Do zařízení dochází lékař, klienti, kteří jsou zdravotně schopni, si docházejí ke svému praktickému nebo odbornému lékaři sami. Strava se podává pětikrát denně, dietní šestkrát denně. Senioři mohou docházet do jídelny nebo si ji nechat donášet na pokoj. Domov na mě zapůsobil velmi příjemným dojmem, personál má vstřícné chování a senioři se vyjadřovali o svém bydlení kladně.

Výzkum jsme zaměřili na vliv pohybových aktivit na kvalitu života. Sběr dat probíhal v období měsíce dubna a května v podobě dotazníků. Respondenti byli rozděleni dle následujících parametrů.

Tab. 1: Zastoupení souboru v četnosti a procentech (n=60)

Pohlaví	žena	35	58,3 %
	muž	25	41,7 %
Vzdělání	základní	27	45 %
	střední	14	23,3 %
	střední s maturitou a vysokoškolské	19	31,7 %
Frekvence cvičení	1 krát týdně	14	23,3 %
	2 krát týdně	14	23,3 %
	ne	10	16,7 %
	3 krát a více	22	36,7 %
Zdravotní stav	spokojený	29	48,3 %
	ani spokojený/á ani nespokojený/á	15	25 %
	spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á	16	26,7 %
Kvalita života	velmi dobrá	40	66,7 %
	ani slabá ani dobrá	14	23,3 %

	slabá, velmi slabá	6	10 %
Způsob bydlení	doma	30	50 %
	v zařízení	30	50 %
Věk	60 – 74 let	28	46,7 %
	75 – 89 let	24	40 %
	90 a více	8	13,3 %
Vlastnit kolo	ano	30	50 %
	ne	30	50 %
Organizované cvičení	cvičí 1x	18	30 %
	cvičí 2x a více	14	23,3 %
	necvičící	28	46,7 %

5.2 Organizace výzkumu

Nejprve jsem navštívil Domov pro seniory v Krnově a požádal pana ředitele o souhlas s průzkumem k diplomové práci. Poté jsem se seznámil se samotnými klienty, které tvořilo 20 žen a 10 mužů, s těmi jsem vyplnil Informované souhlasy (viz. Příloha 2). V dalších dnech jsem docházel do zařízení a s vybranými klienty vyplňoval dotazník SQUALA (viz. Příloha 3) a dotazník s osobními údaji (viz. Příloha 4), což zabralo mnoho času, protože někteří klienti jsou v pokročilém věku a potřebovali delší vysvětlení. Všichni oslovení senioři ochotně spolupracovali. V Krnově a okolních obcích jsem oslovil seniory – 15 žen a 15 mužů, kteří žijí v bytech nebo rodinných domech. Tito senioři taktéž vyplnili Informovaný souhlas, Osobní dotazník a dotazník SQUALA.

Každý proband obdržel jeden dotazník SQUALA (Subjective Quality of life analysis, dotazník hodnocení subjektivní kvality života). Dotazník zahrnuje 21 oblastí života pokrývajících vnitřní i vnější skutečnost každodenního života (Dragomirecká, et al., 2006). U každé položky proband na pětibodové hodnotící škále určuje osobní důležitost této oblasti

a také specifikuje, jak je s touto oblastí spokojen. V oblasti důležitosti respondenti vybírají ze škály: nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité a bezvýznamné, v oblasti hodnocení spokojenosti: zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen, velmi zklamán. V dotazníku je také vytvořen prostor pro případ, že by proband chtěl doplnit něco jiného, co považuje v životě za důležité a v dotazníku se to nevyskytuje. Samotný dotazník je složen ze dvou částí. První část je hodnocení důležitosti, druhá část je hodnocení spokojenosti (Mareš & Marešová, 2008). Samotný dotazník SQUALA jsme ještě doplnili dotazníkem s osobními údaji pro doplnění dalších specifických informací, u kterých předpokládáme ovlivnitelnost subjektivního hodnocení kvality života a tím i výsledky dotazníku SQUALA.

5.3 Použité metody

Pro výzkum jsme si vybrali metodu dotazníkového šetření. Dotazník SQUALA (Subjective Quality of life analysis = dotazník hodnocení subjektivní kvality života.), který byl vytvořen ve Francii v roce 1992. Do českého jazyka byl přeložen v roce 2006 p. Dragomireckou (Dragomirecká & kol., 2006).

V české verzi se skládá z 23 oblastí. Respondent ke každé z oblastí vyjadřuje osobní důležitost dané oblasti a následně i spokojenost. Důležitost i spokojenost vyjadřuje na pěti bodové škále, která je vyjádřena slovně. Důležitost jednotlivých oblastí se vyjadřuje od „nezbytné“, přes „velmi důležité“, „středně důležité“, „málo důležité“ až k „bezvýznamné“. Spokojenost se vyjadřuje od „zcela spokojen“, přes „velmi spokojen“, „spíše spokojen“, „nespokojen“ až k „velmi zklamán“ (Dragomirecká et al., 2006).

Respondentovi je vysvětlen postup vyplnění, pokud se ptá po smyslu jednotlivých oblastí, je mu ponechán subjektivní význam těchto oblastí. Zjišťuje se aktuální stav.

K dotazníku SQUALA jsme přiložili Osobní dotazník obsahující doplňující informace ohledně věku, pohlaví, způsobu bydlení, vzdělání, práce, místa – kde žijí, rodinného stavu, vlastnit – kolo, auto, chatu, psa, frekvenci organizovaného cvičení, spokojenost se zdravotním stavem, hodnocení své kvality života, kouření. Informace získané z odpovědí rozdělí probandy dle určitých kritérií, která mohou ovlivňovat hodnocení subjektivní kvality života v celkových výsledcích.

5.4 Vyhodnocení dotazníku SQUALA

Dotazník obsahuje 21 položek, vynechali jsme položky: zajímat se o politiku a mít víru. Nejprve hodnotíme důležitost jednotlivých bodů. Máme k dispozici pěti bodovou škálu (nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité a bezvýznamné). K jednotlivým bodům přisuzujeme důležitost. Na druhé straně dotazníku, která obsahuje stejné položky, je respondent dotazován na své celkové hodnocení v těchto oblastech. Opět máme k dispozici pěti bodovou škálu (Dragomirecká & kol., 2006).

Skórování dotazníku SQUALA

1. Profil parciálních skóre – je součin důležitosti a skóre spokojenosti, kdy je bodově ohodnocena důležitost od „bezvýznamné“ = 0, po „nezbytné“ = 4. Celkové skóre se pohybuje od 0 do 20, pokud je oblast kvality života hodnocena jako bezvýznamná, pak se tedy vůbec bodově nepočítá.
2. Celkové skóre – je součinem všech parciálních hodnot
3. Hrubé skóre dimenzí SQUALA – průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí, představují standardizované průměrné hodnoty položek příslušných každé doméně (viz. Příloha

Dimenze se skládají z jednotlivých parciálních skóre. Dimenze jsou:

- a) abstraktní hodnoty
- b) zdraví
- c) blízké vztahy
- d) volný čas
- e) základní potřeby (Dragomirecká, 2006).

Statistické zpracování dat

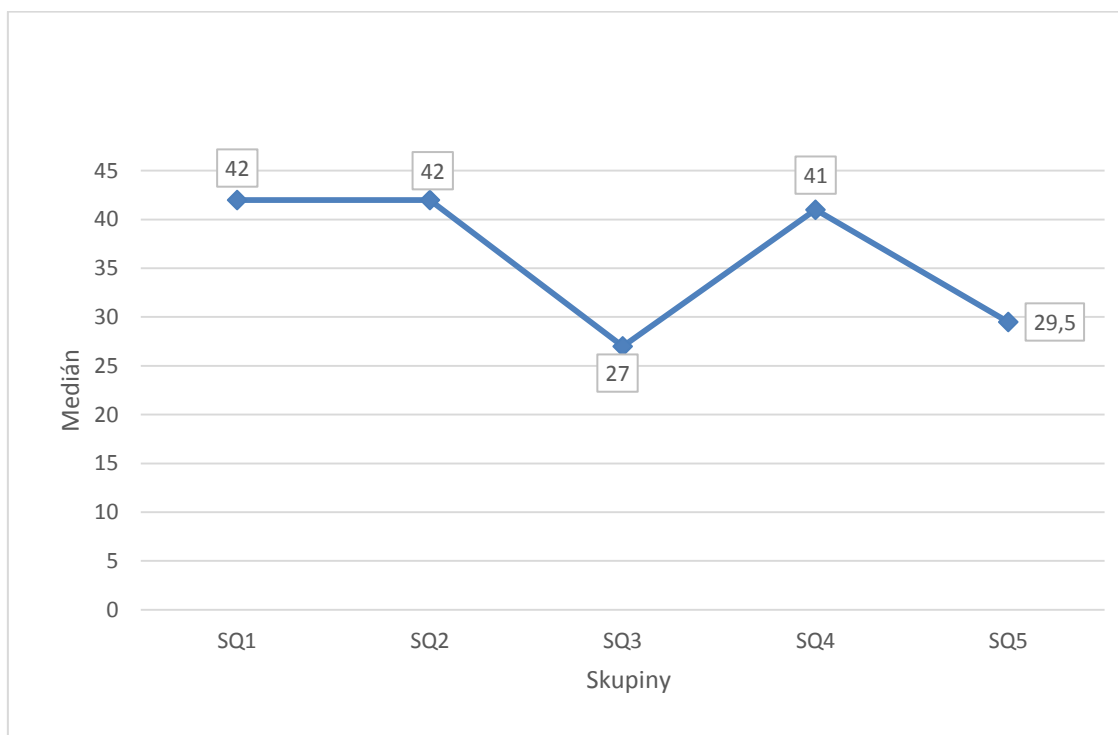
Výstupem dotazníku SQUALA jsou hrubé skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre. Ve výsledcích jsou nejprve uvedeny hodnoty celého souboru probandů ($n = 60$) pomocí celkového skóre a hrubého skóre jednotlivých dimenzí SQUALA.

K porovnání statisticky významných rozdílů na hladině významnosti $p 0,05$ u základních parametrů tzn. parametrů, u kterých jsme se domnívali, že budou mít vliv na kvalitu života,

využíváme t-test, Schefeho test a Kruskal-Wallis ANOVA test. Statistické zpracování provedl RnDr. Milan Elmark z Katedry přírodních věd v kinantropologii.

6 VÝSLEDKY A DISKUSE

6.1 Subjektivní kvalita života celého souboru respondentů dle SQUALA



Graf 1: Hodnota medián hrubých skóre dimenzí SQUALA (SQ1 – SQ5)

Pozn.: popis dimenzí SQUALA 1 – 5:

SQ1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda)

SQ2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama)

SQ3 - blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život)

SQ4 - volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky)

SQ5 - základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo)

V grafu 1 je subjektivní kvalita života vyjádřena hodnotami medián hrubých skóre dimenzí z celého souboru. Dimenzi SQ1 - abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda) a dimenzi SQ2 - zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) hodnotí respondenti ze všech dimenzí nejvýše shodně (42). Jen o 1 menší (41) je hodnocení SQ4 – volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky). Nejnižší (27) respondenti hodnotili SQ3 – blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). (29,5) byla hodnocena dimenze SQ5 – základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo).

Při porovnání s bakalářskou prací (Vlček, 2015) jsme zjistili, že hodnocení subjektivní kvality života všech respondentů u celého souboru je shodné. Respondenti hodnotili nejvýše SQ1 – abstraktní hodnoty, SQ2 – zdraví, nejnižší SQ3 – blízké vztahy a SQ5 – základní potřeby. V práci (Mertová, 2015) respondenti hodnotí subjektivní kvalitu života u celého souboru respondentů rozdílně jen ve SQ4 – volný čas, kde ji hodnotí výše než SQ2 – zdraví. Dotazování respondenti z obou prací pocházejí z domovů pro seniory a seniory žijící v domácím prostředí. Z mého průzkumu a těchto dvou prací vychází, že subjektivní hodnocení kvality života seniorů je nejvýše u SQ1- abstraktní hodnoty.

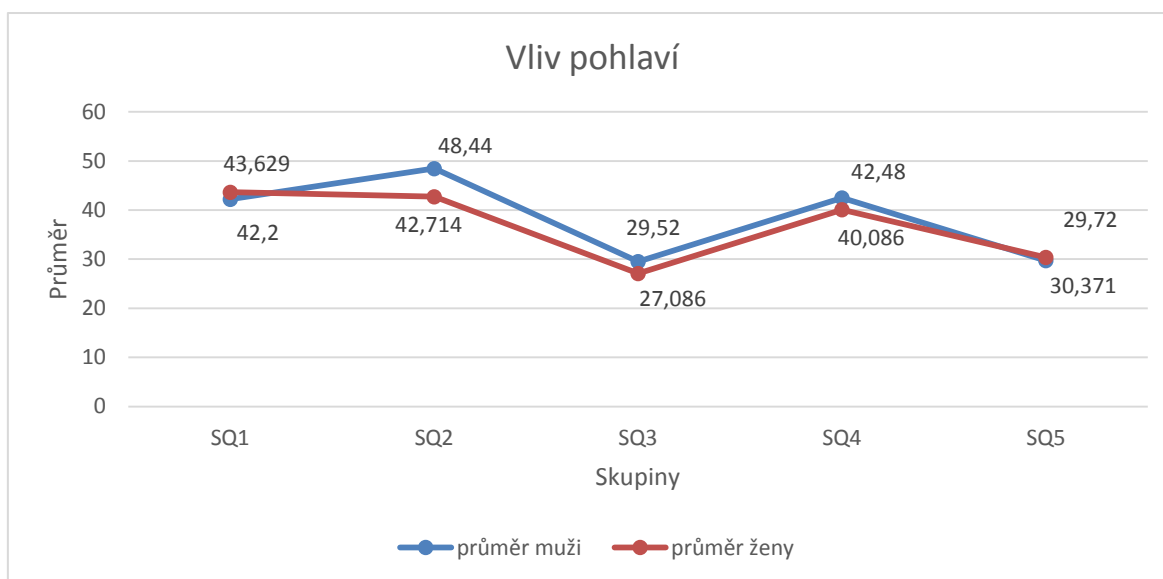
6.2 Charakteristiky proměnných a jejich vliv na kvalitu života

a) Vliv pohlaví na výsledky dotazníku SQUALA

Pohlaví by mohlo ovlivnit výsledné hodnocení kvality života respondentů.

Tab. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet respondentů	Procenta
Žena	35	58,3 %
Muž	25	41,7 %



Graf 2: Průměrné hodnocení kvality života dle pohlaví

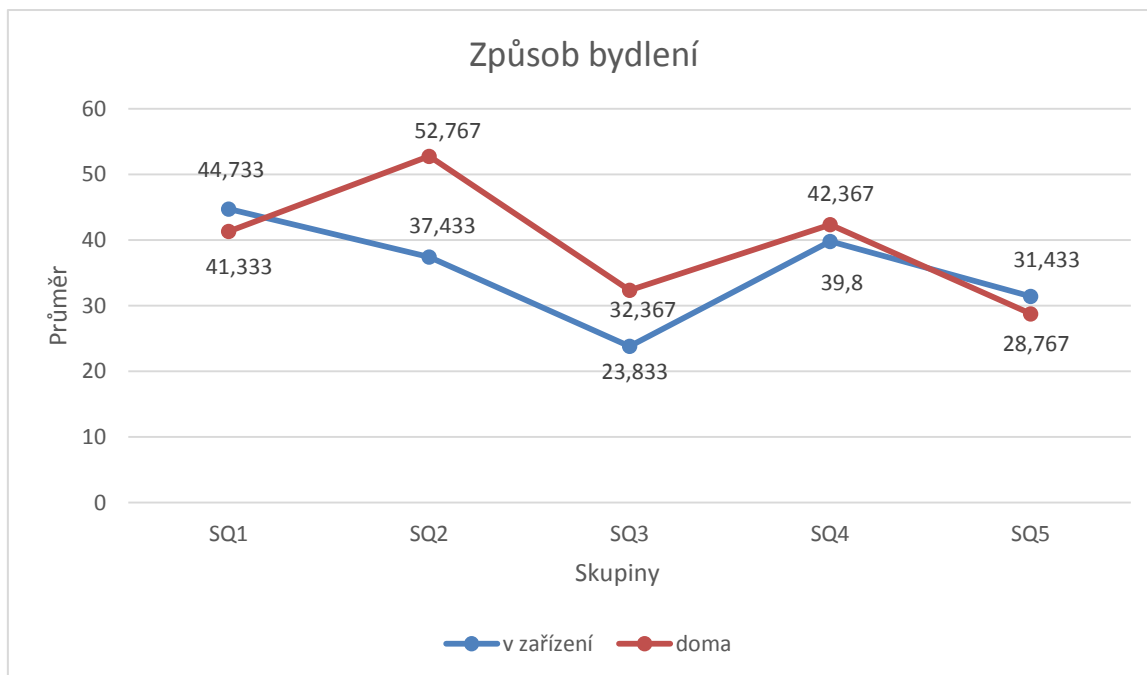
Mezi testovanými seniory, rozdělenými podle pohlaví, nebyl shledán statisticky významný rozdíl v hodnocení kvality života. U žen byla nejmenší hodnota kvality života u SQ3 – blízké vztahy, shodně i u mužů byla nejmenší hodnota kvality života u SQ3 – blízké vztahy. Z toho vyplývá, že pro muže i ženy jsou rodinné vztahy, láska a sexuální život i v tomto věku velice důležité. Nejvyšší hodnota kvality života dosáhla u mužů SQ2 - zdraví a u žen SQ1 – abstraktní hodnoty a jako druhá nejvýše hodnocena SQ2 - zdraví. Znamená to, že většina testovaných seniorů je svým zdravím spokojená. Celkově nebyl nalezen významný statistický rozdíl mezi subjektivním hodnocením mužů a žen dle věku, toto potvrzují i výsledky ve srovnání s bakalářskými pracemi s podobnou tématikou (Kopetzká, 2015, Vlček, 2015).

b) Vliv způsobu bydlení na výsledky dotazníku SQUALA

V našem šetření jsme dle odpovědí respondentů zjistili, že způsob bydlení ovlivňuje hodnocení subjektivní kvality života.

Tab. 3: Způsob bydlení

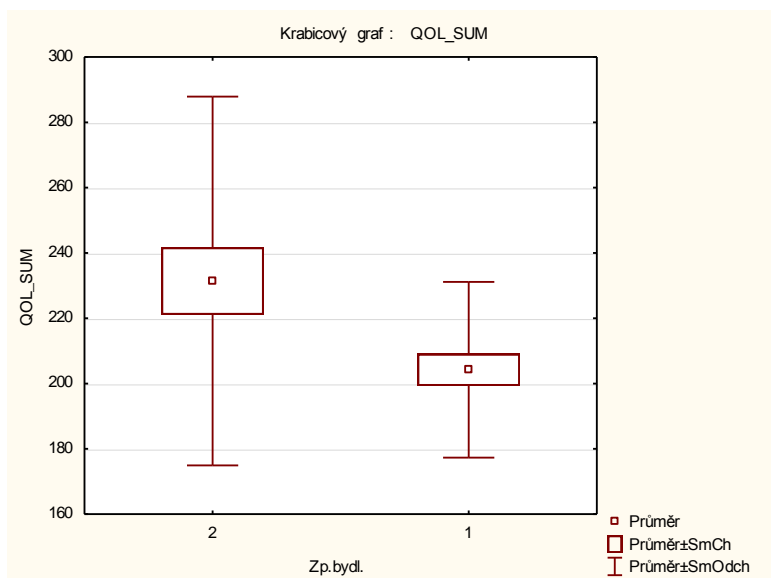
Místo pobytu	Počet respondentů	Počet procent
V zařízení	30	50 %
Doma	30	50 %



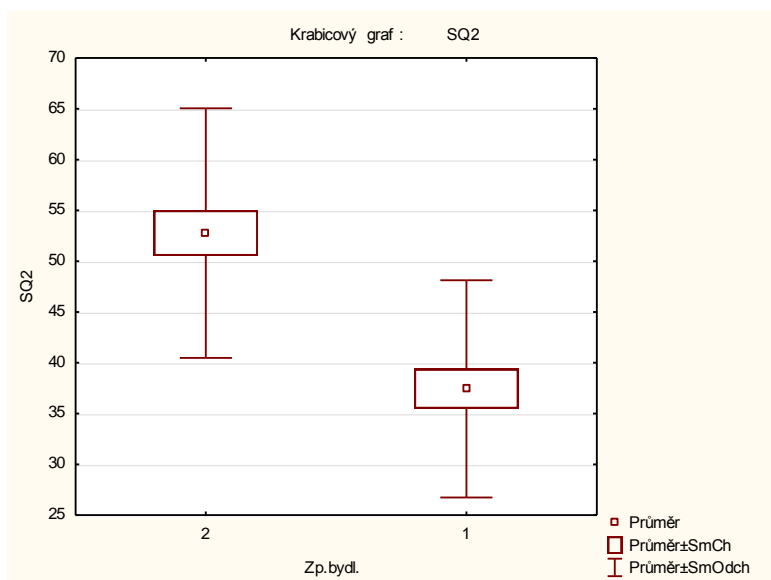
Graf 3: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení

Tab. 4: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení dle T – testu

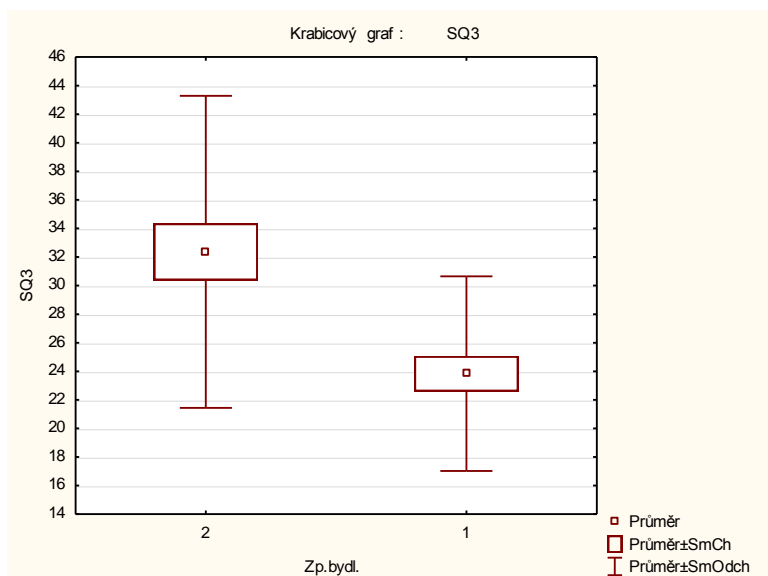
Proměnná	t-testy; grupováno: Zp. bydl. (Grček _ _stat._data_SQUALA_senioři_upravené) Skup. 1:2 Skup. 2:1	
	Průměr 2	Průměr 1
QOL_SUM	231,4	204,2
SQ1	41,33	44,73
SQ2	52,76	37,43
SQ3	32,36	23,83
SQ4	42,36	39,80
SQ5	28,76	31,43



Graf 4: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení v dimenzích SQUALA SUM (v zařízení 1, doma 2)



Graf 5: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení v dimenzích SQUALA 2 (v zařízení 1, doma 2)



Graf 6: Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení v dimenzích SQUALA 3 (v zařízení 1, doma 2)

Dotazníky byly rozdány 30 respondentům z Domova pro seniory v Krnově a 30 respondentům z domácího prostředí. Statisticky významný rozdíl hodnocený dle t-testu na hladině významnosti $p \leq 0.05$ nacházíme v celkovém hodnocení SQUALA SUM. V domově pro seniory mají respondenti subjektivní hodnocení kvality života nižší (204,2) než v domácím prostředí (231,4). V dimenzi SQ2 - zdraví je statisticky významný rozdíl mezi hodnocením subjektivní kvality života. U respondentů žijících v zařízení je to (37,433) a u respondentů žijících v domácím prostředí (52,767). Zde je tento rozdíl zřejmě v tom, že respondenti žijící v domácím prostředí jsou spokojeni, že jsou soběstační, nejsou odkázáni na cizí pomoc nebo žijí s rodinou. Je to i tím, že testovaní respondenti v zařízení mají v průměru vyšší věk (osm je nad 90 let). Také statisticky významný rozdíl je v subjektivním hodnocení kvality života v dimenzi SQ3 – blízké vztahy. Zde je subjektivní hodnocení kvality života u respondentů, kteří žijí v zařízení nižší (23,833), než v domácím prostředí (32,367). V tomto případě si myslím, že testovaní respondenti žijící v domácím prostředí mají lepší blízké vztahy, rodinu, známé, se kterými jsou více v kontaktu.

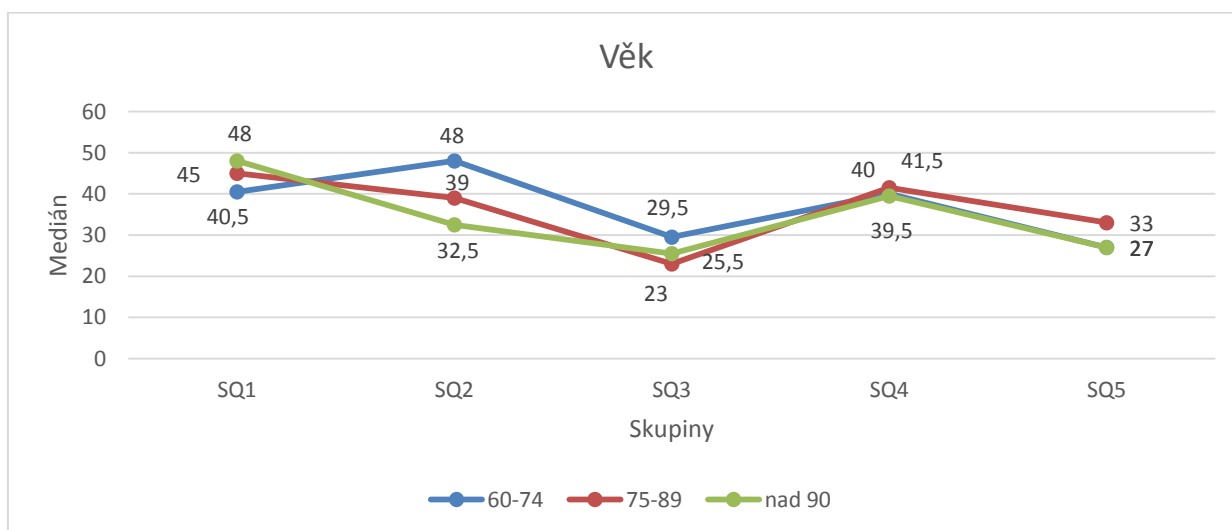
V tab. 5 je znázorněn statisticky významný rozdíl u celkové SQUALY u SQ2 – zdraví a u SQ3 – blízké vztahy, dle způsobu bydlení. Respondenti žijící doma mají subjektivní hodnocení kvality života vyšší a jsou v dané dimenzi spokojenější než respondenti, kteří žijí v zařízení. Při srovnání s prací (Vlček, 2015, Mertová, 2015) je subjektivní hodnocení kvality života dle způsobu bydlení rozdílné. V těchto pracích hodnotí naopak výše kvalitu života dle způsobu bydlení respondenti v zařízení pro seniory.

c) Vliv věku na výsledky dotazníku SQUALA

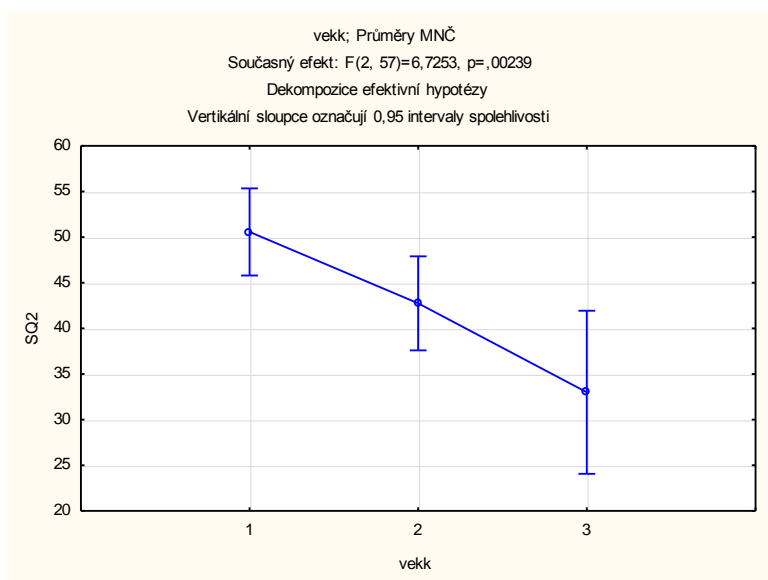
Respondenty jsme rozdělili podle WHO do tří skupin: první skupinu 60 – 74 let, tvoří 28 respondentů (46 %); druhou skupinu 75 – 89 let, tvoří 24 respondentů (40 %); a třetí skupinu nad 90 let, tvoří 8 respondentů (13,3 %).

Tab. 5: Věk respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů	Procenta
60 – 74 let	28	46,7 %
75 – 89 let	24	40 %
Nad 90 let	8	13,3 %



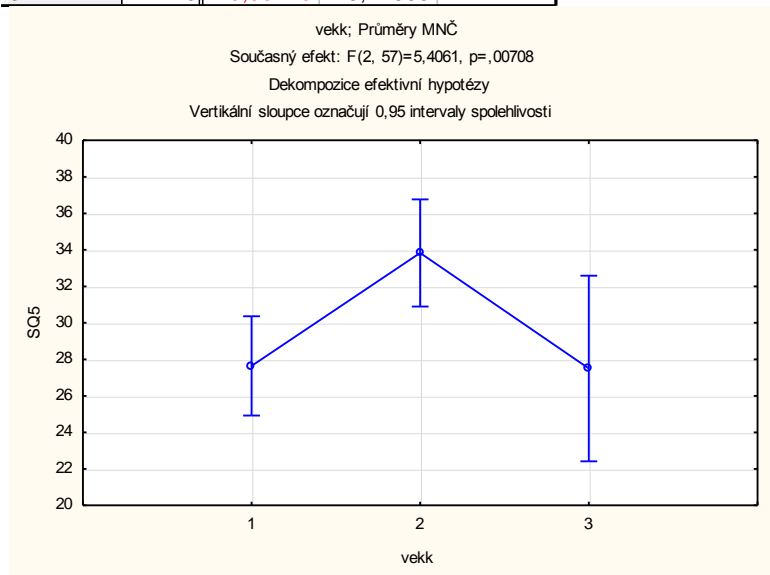
Graf 7: Hodnocení kvality života dle věku



Graf 8: Hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA

Tab. 6: Hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA 2 dle Scheffeho testu

Scheffeho test; proměnná SQ2 (Grček -_stat._data_SQUALA_senioři_upraven)				
Pravděpodobnosti pro post-hoc testy				
Chyba: meziskup. PČ = 159,25, sv = 57,000				
Č. buňky	vekk	{1}	{2}	{3}
1	1	50,571	42,750	33,000
2	2	0,09255	0,09255	0,17608
3	3	0,00420	0,17608	



Graf 9: Hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA 5

Tab. 7: Hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA 5 dle Scheffeho testu

Scheffeho test; proměnná SQ5 (Grček -_stat._data_SQUALA_senioři_upraven)				
Pravděpodobnosti pro post-hoc testy				
Chyba: meziskup. PČ = 51,575, sv = 57,000				
Č. buňky	vekk	{1}	{2}	{3}
1	1	27,643	33,833	27,500
2	2	0,01183	0,01183	0,10618
3	3	0,99877	0,10618	

První skupina (60 – 74 let) hodnotí SQUALU SUM nejvýše (215). Druhá skupina (75 – 89 let) hodnotí SQUALA SUM (204). Třetí skupina 90 let a výše hodnotí SQUALA SUN nejnižší (194). Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu doplněného Scheffeho testem je statisticky významný rozdíl dle věku u SQ2 – zdraví mezi první skupinou 60 - 74 let a třetí skupinou nad 90 let. První skupina hodnotí nejlépe zdraví, jsou zde respondenti věkově mnohem mladší, v tomto věku bývají i v lepší fyzické kondici a jsou soběstační. Třetí skupina, kde jsou všichni respondenti tj. osm nad 90 let a žijí v domově pro seniory, jejich zdraví už není takové, jak by si přáli, jsou odkázáni na péči v zařízení, hodnotí SQ2 – zdraví nejnižší. Dále byl sledán

statisticky významný rozdíl u SQ5 – základní potřeby mezi první skupinou 60 – 74 let a druhou skupinou 75 – 89 let.

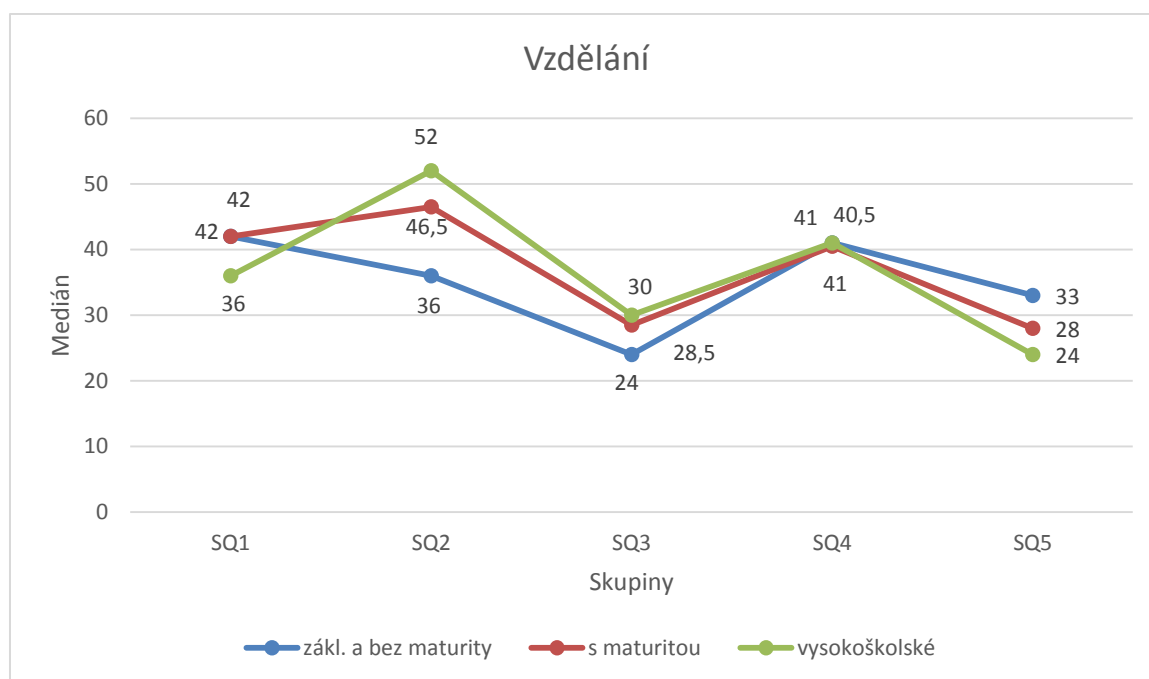
SQ3 – blízké vztahy nejlépe hodnotí respondenti 60 – 74 let. Téměř žádný rozdíl v hodnocení kvality života dle věku nenacházíme v dimenzi SQ4 – volný čas. Podobný význam jako blízkým vztahům dávají respondenti základním potřebám SQ5, kde byly také nízké hodnoty u všech věkových skupin. U skupiny 60 -74 let jsou dokonce shodné se skupinou 90 let a výše (27).

d) Vliv vzdělání na výsledky dotazníku SQALA

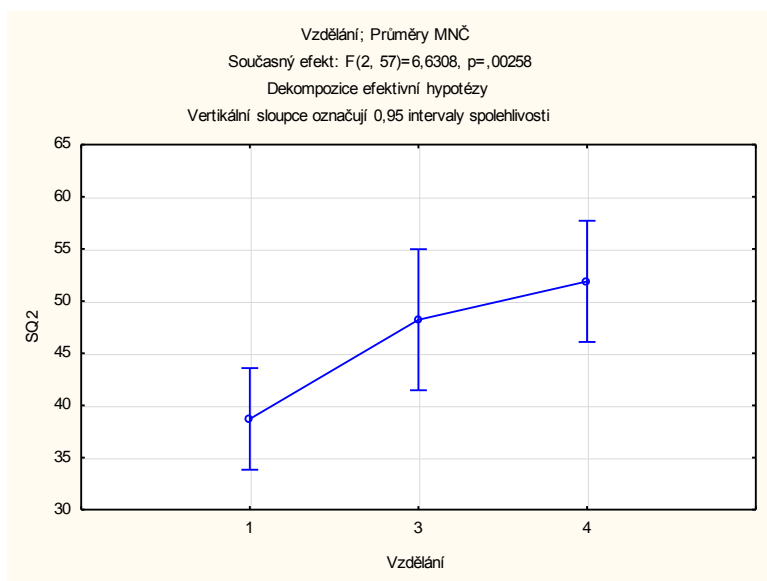
Vliv vzdělání může ovlivnit subjektivní hodnocení kvality života.

Tab. 8: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet respondentů	Procenta
Základní a bez maturity	27	41,7 %
Střední s maturitou	14	45 %
Vysokoškolské	19	23,3 %



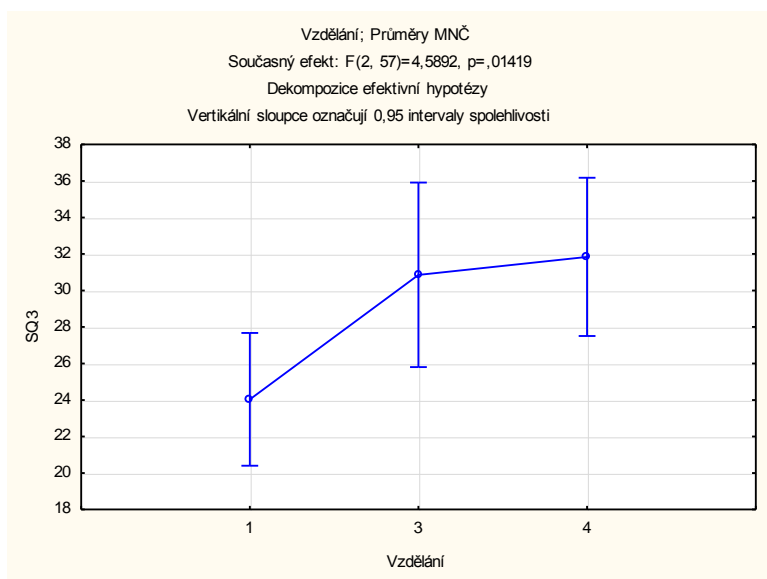
Graf 10: Hodnocení kvality života dle vzdělání



Graf 11: Hodnocení kvality života dle vzdělání v dimenzích SQUALA 2

Tab. 9: Hodnocení kvality života dle vzdělání v dimenzích SQUALA 2 dle Scheffeho testu

Scheffeho test; proměnná SQ2 (Grček_-stat._data_SQUALA_senioři_upraven)				
Pravděpodobnosti pro post-hoc testy				
Chyba: meziskup. PČ = 159,68, sv = 57,000				
Č. buňky	Vzdělání	{1}	{2}	{3}
1	1	38,704	48,214	0,00405
2	3	0,08221	0,08221	0,71187
3	4	0,00405	0,71187	



Graf 12: Hodnocení kvality života dle vzdělání v dimenzích SQUALA 3

Tab. 10: Hodnocení kvality dle vzdělání v dimenzích SQUALA 3 dle Scheffeho testu

Scheffeho test: proměnná SQ3 (Grček_-_stat._data_SQUALA_senioři_upraven)				
Pravděpodobnosti pro post-hoc testy				
Chyba: meziskup. PČ = 89,144, sv = 57,000				
Č. buňky	Vzdělání	{1}	{2}	{3}
1	1	24,037	30,857	31,842
2	3	0,09934	0,09934	0,95711
3	4	0,02797	0,95711	

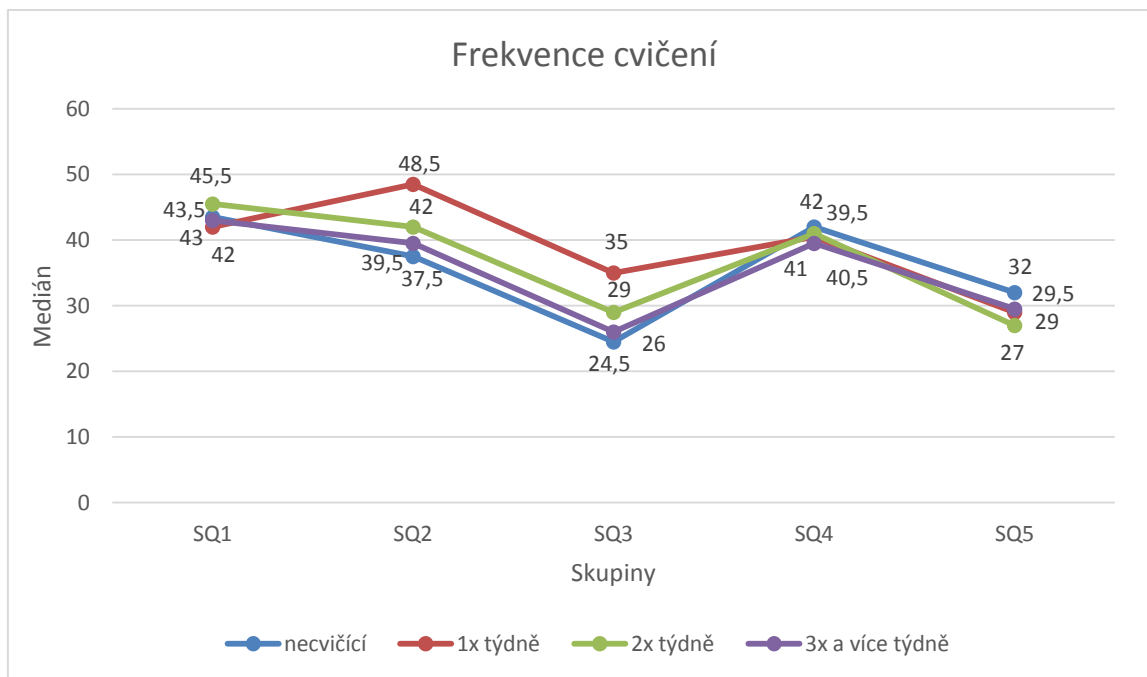
Dle vzdělání jsme rozdělili respondenty do tří skupin. 1 skupinu tvoří respondenti se základním vzděláním bez maturity, 2 skupina je s maturitou a 3 skupina s vysokoškolským vzděláním. U respondentů s vysokoškolským vzděláním činila celková hodnota SQUALA SUM (210), u respondentů s maturitou (213), u respondentů se základním vzděláním bez maturity (201). Respondenti s vyšším vzděláním hodnotí svou kvalitu života výše než respondenti se základním vzděláním. Statisticky významný rozdíl dle Kruskal-Wallis ANOVA testu doplněného Scheffeho testem dle dosaženého vzdělání nalezneme u SQ2 a SQ3. U SQ2 = zdraví, je významný statistický rozdíl mezi skupinami 1 základní vzdělání bez maturity a 4 vysokoškolské vzdělání, kde respondenti s vysokoškolským vzděláním hodnotí kvalitu života mnohem lépe. Statisticky významný rozdíl nacházíme taktéž mezi skupinami 1 základní vzdělání bez maturity a 4 vysokoškolské vzdělání nacházíme u SQ3 = blízké vztahy, kde opět skupina s vysokoškolským vzděláním hodnotí kvalitu života mnohem výše než skupina se základním vzděláním. Respondenti s vyšším vzděláním mají lepší náhled na kvalitu života než respondenti se základním vzděláním. Tito respondenti měli v životě zřejmě lepší zaměstnání, dbají více na pohybové aktivity, zdraví a z toho vyplývá celkové hodnocení kvality života.

e) Vliv frekvence cvičení na výsledky dotazníku SQUALA

Frekvence cvičení by mohla ovlivnit hodnocení kvality života respondentů

Tab. 11: Frekvence cvičení

Frekvence cvičení	Počet respondentů	Procenta
1 krát týdně	14	23,3 %
2 krát týdně	14	23,3 %
Necvičí	10	16,7 %
3 krát a více	22	36,7 %

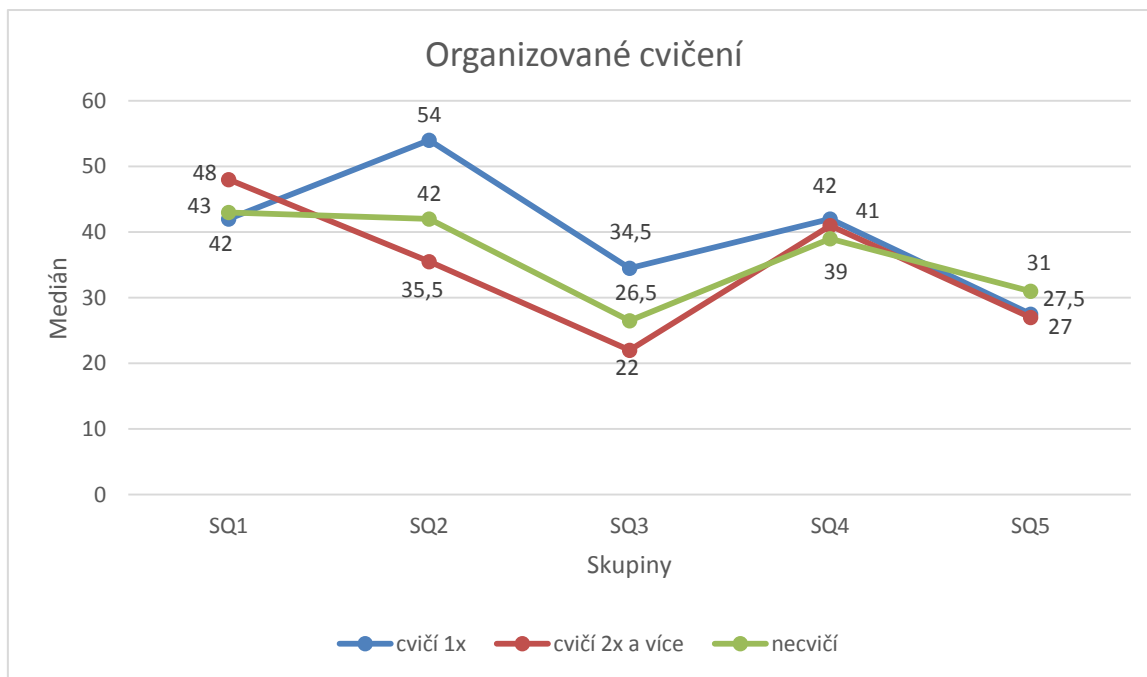


Graf 13: Vliv frekvence cvičení na hodnocení kvality života

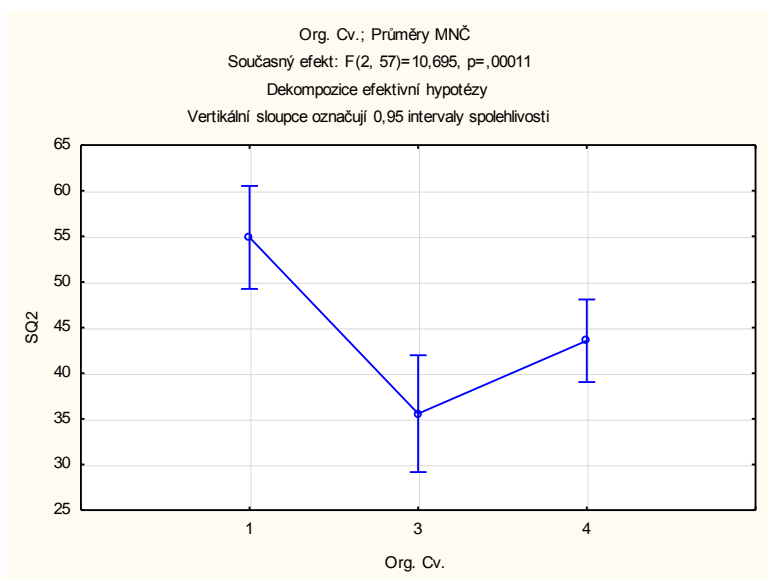
V tab. 11 vidíme, že 36,7 % respondentů cvičí 3x týdně a více, 1x a 2x týdně cvičí shodně 23,3 % a necvičí pouze 16,7 %. Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi uvedenou frekvencí cvičení a subjektivně hodnocenou kvalitou života. Frekvence cvičení tedy neovlivňuje subjektivní kvalitu života tázaných respondentů. Cvičení by mělo mít kladný vliv na subjektivní hodnocení kvality života, protože pohyb je pro tělo prospěšný a člověk se cítí lépe po stránce fyzické i psychické. Toto však statistické údaje mé práce nepotvrdily. Ve srovnání a bakalářskou prací (Kopetzká, 2015), jsme taktéž nenalezli statisticky významný rozdíl vlivu frekvence cvičení na subjektivní kvalitu života seniorů na Svitavsku. Ve výsledcích bakalářské práce (Prachařová, 2015) na rozdíl od naší práce nacházíme významné statistické rozdíly v hodnocení subjektivní kvality života dle frekvence cvičení u seniorů na Šumpersku u všech dimenzí SQUALA, kromě SQUALA 1.

f) Vliv organizovaného cvičení na výsledky dotazníku SQUALA

Respondenti zodpovídali otázky, kolikrát týdně se zúčastňují organizovaného cvičení či zda necvičí vůbec.



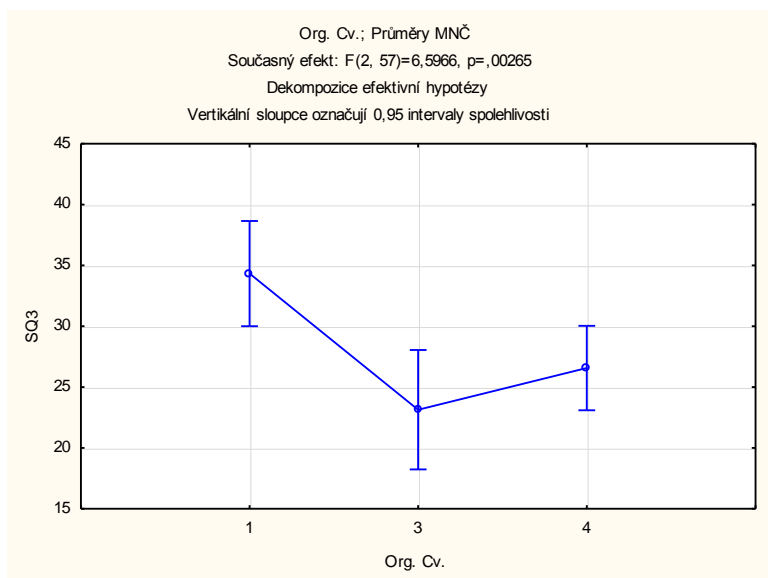
Graf 14: Hodnocení kvality života dle organizovaného cvičení



Graf 15: Hodnocení kvality života dle organizovaného cvičení v dimenzích SQUALA 2

Tab. 12: Hodnocení kvality života dle organizovaného cvičení v dimenzích SQUALA 2 dle Scheffeho testu

Scheffeho test; proměnná SQ2 (Grček_-_stat._data_SQUALA_senioři_upraven)				
Pravděpodobnosti pro post-hoc testy				
Chyba: meziskup. PČ = 143,12, sv = 57,000				
Č. buňky	Org. Cv.	{1}	{2}	{3}
1	1	54,889	0,00015	0,01084
2	3	0,00015		0,13346
3	4	0,01084	0,13346	



Graf 16: Hodnocení kvality života dle organizovaného cvičení v dimenzích SQUALA 3

Tab. 13: Hodnocení kvality života dle organizovaného cvičení v dimenzích SQUALA 3 dle Scheffeho testu

Scheffeho test; proměnná SQ3 (Grček_ -_stat._da Pravděpodobnosti pro post-hoc testy Chyba: meziskup. PČ = 84,045, sv = 57,000				
Č. buňky	Org. Cv.	{1}	{2}	{3}
		34,333	23,143	26,571
1	1		0,00482	0,02524
2	3	0,00482		0,52448
3	4	0,02524	0,52448	

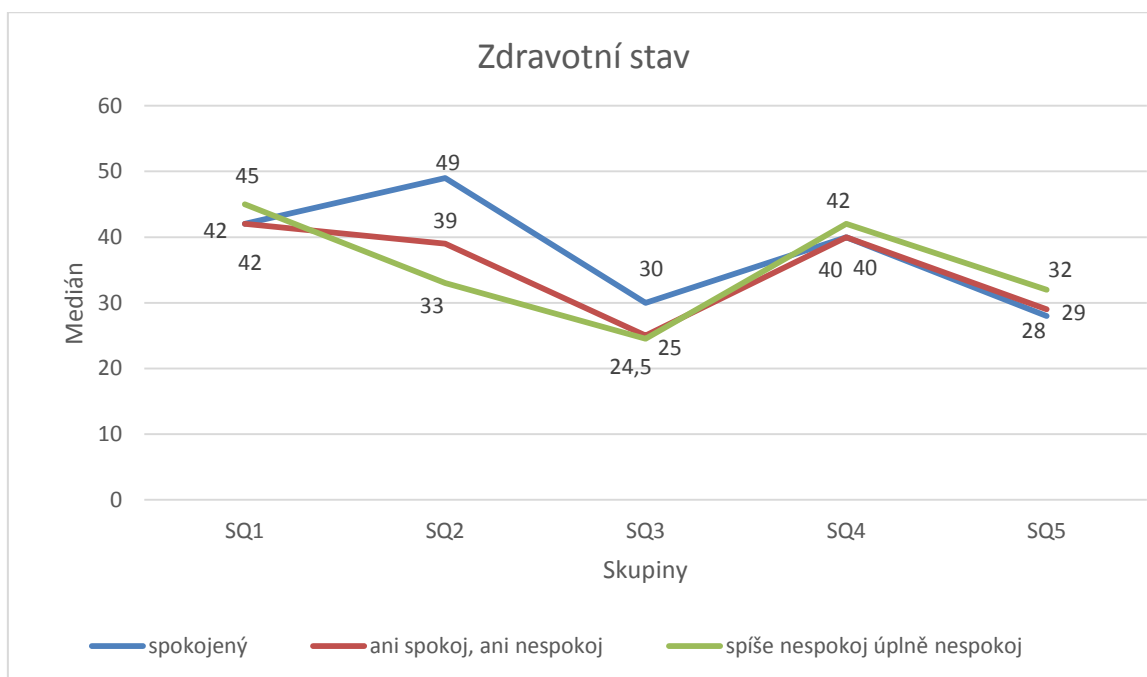
Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu doplněného Scheffeho testem nalezneme statisticky významný rozdíl dle cvičení provozovaného organizovaně či nikoliv ve SQ2 – zdraví, mezi skupinou 1 = cvičí 1x a skupinou 3 = cvičí 2x a více, také mezi skupinou 1 = cvičí 1x a skupinou 4 necvičí. Jsem překvapen, že skupina, která cvičí 1x týdně nebo necvičí, hodnotí SQ2 – zdraví výše, než skupina, která cvičí 2x a více. Další statisticky významný rozdíl dle organizovaného cvičení nalezneme u SQ3 opět mezi skupinou 1 = cvičí 1x a skupinou 3 = cvičí 2x a více, dále mezi skupinou 1 = cvičí 1x a skupinou 4 = necvičí. Zde jsou výsledky shodné s hodnocením jako u SQ2. Respondenti, kteří cvičí 2x a více, hodnotí SQ3 – blízké vztahy, nejnižší, proto možná navštěvují organizovaná cvičení častěji než ostatní, protože jim chybí rodinné vztahy a láska. Ve srovnání s bakalářskou prací (Vlček, 2015) jsou výsledky u respondentů, kteří provádějí organizovanou pohybovou aktivitu u SQ3 – blízké vztahy shodné s mými, hodnoceny nejnižší.

g) Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu na výsledky SQUALA

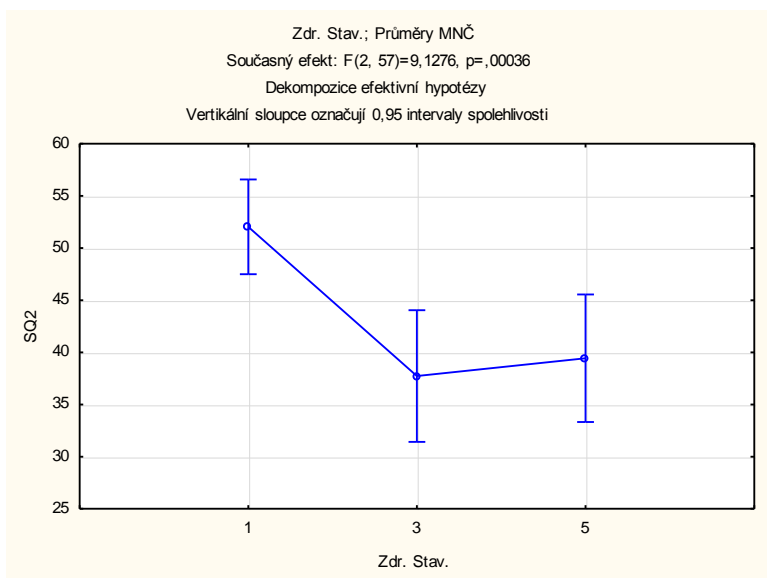
Zdravotní stav hodnotili respondenti ve třech oblastech: 1 = spokojený/á, 3 = ani spokojený/á, ani nespokojený/á, 5= spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á. V tab. 9 je hodnocení zdravotního stavu respondentů. Se zdravotním stavem je spokojeno 48,3%, což je celkem dobrý výsledek.

Tab. 14: Zdravotní stav

Zdravotní stav	Počet respondentů	Procenta
Spokojený/á	29	48,3 %
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	15	25 %
Spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á	16	26,7 %



Graf 17: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu



Graf 18: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzi SQUALA 2

Tab. 15: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzi SQUALA 2 dle Scheffeho testu

Č. buňky	Zdr. Stav.	Scheffeho test; proměnná SQ2 (Grček_-_stat._data_SQUALA_seniři_upraven)		
		{1}	{2}	{3}
		52,034	37,733	39,438
1	1		0,00228	0,00661
2	3	0,00228		0,92745
3	5	0,00661	0,92745	

Pravděpodobnosti pro post-hoc testy
 Chyba: meziskup. PČ = 149,08, sv = 57,000

Respondenti hodnotí kvalitu života podle zdravotního stavu – spokojený SQ SUM (230). Ani spokojený, ani nespokojený SQ SUM (195). Spíše nespokojený, úplně nespokojený SQ SUM (206). Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu doplněného Scheffeho testem nalezneme statisticky významný rozdíl dle subjektivně hodnoceného zdravotního stavu mezi skupinou 1 = spokojený/á a skupinou 3 = ani spokojený/á, ani nespokojený/á. Také statisticky významný rozdíl je v porovnání skupiny 1 = spokojený/á a skupiny 5 = spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á. Nejvýše hodnotí respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni SQ2 – zdraví (49), hodnocení vyplývá z toho, že jsou fyzicky soběstační, dokáží se o sebe postarat, mohou provozovat své koníčky a být nějak užiteční a nejnižší SQ5 – základní potřeby (28), kde se necítí tak spokojeně, protože nemají jistotu v budoucnosti, co se týká bydlení a financí. Respondenti, kteří uvádějí ani spokojen ani nespokojen hodnotí nejvýše SQ1 - abstraktní hodnoty (42) a nejnižší SQ3 – blízké vztahy (25), kde jim zřejmě chybí rodina a láska. Respondenti, kteří uvádějí spíše nespokojen- úplně nespokojen hodnotí nejlépe SQ1 – abstraktní hodnoty (45), mají pocit bezpečí, jistoty a nejnižší SQ3 – blízké vztahy, jsou

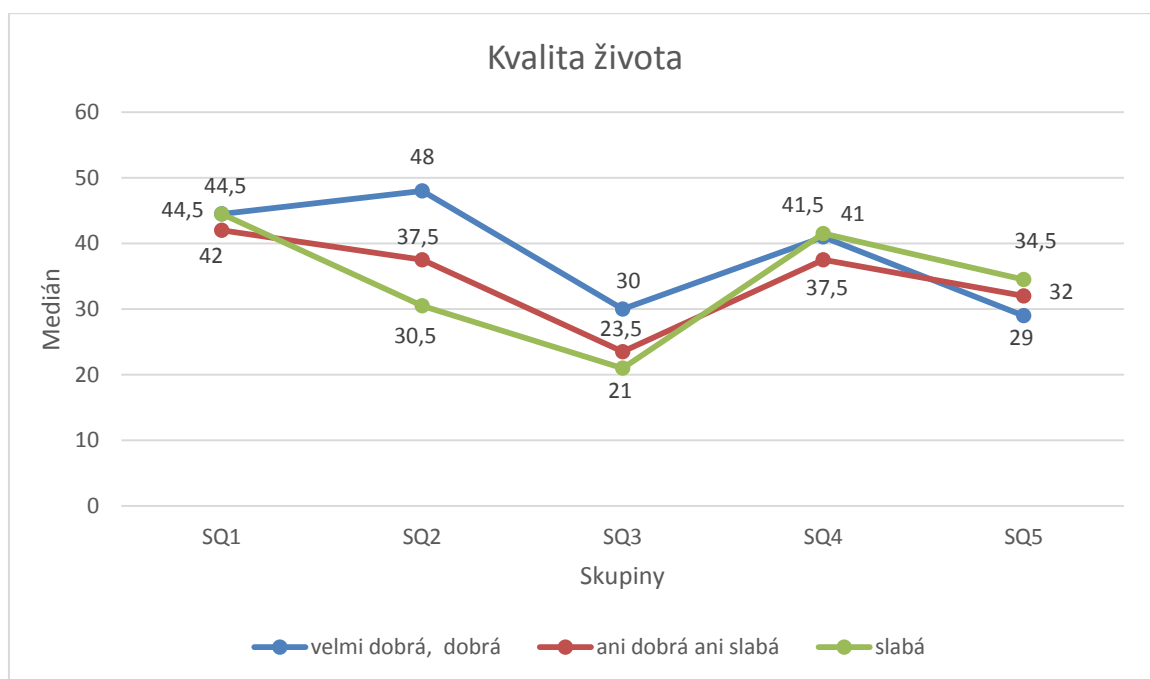
nespokojeni v rodinných vztazích a chybí jim také rodina a láska blízkých. Výsledky našeho šetření potvrzují, že subjektivní hodnocení zdravotního stavu, má vliv na kvalitu života.

g) Vliv subjektivní kvality života na výsledky dotazníku SQUALA

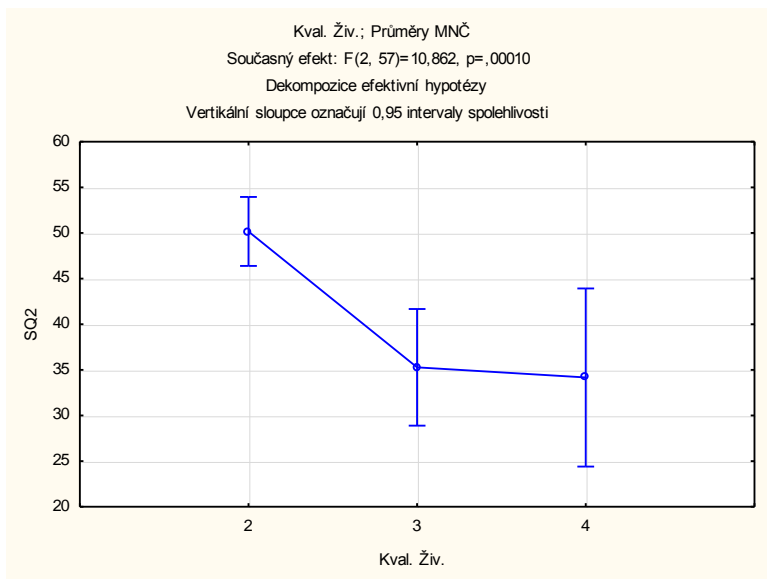
Respondenti vybírali k posouzení kvality života možnosti: velmi dobrá, dobrá; ani slabá, ani dobrá; slabá, velmi slabá. 66,7 % respondentů hodnotí subjektivní kvalitu života jako velmi dobrou a dobrou.

Tab. 16: Kvalita života

Kvalita života	Počet respondentů	Procenta
Velmi dobrá, dobrá	40	66,7 %
Ani slabá ani dobrá	14	23,3 %
Slabá, velmi slabá	6	10 %



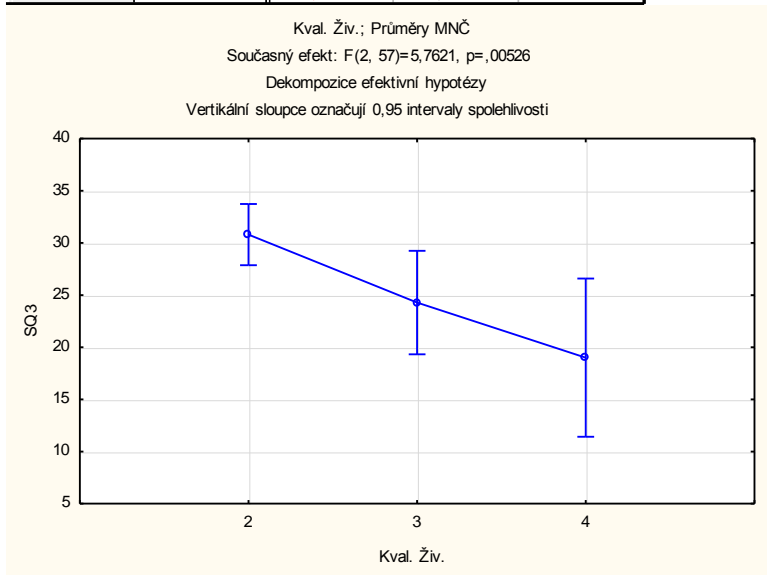
Graf 19: Hodnocení subjektivní kvality života



Graf 20: Hodnocení subjektivní kvality života v dimenzi SQUALA 2

Tab. 17: Hodnocení kvality života v dimenzi SQUALA 2 dle Scheffeho testu

Scheffeho test; proměnná SQ2 (Grček - stat. data_SQUALA_senioři_upraven)				
Pravděpodobnosti pro post-hoc testy				
Chyba: meziskup. PČ = 142,52, sv = 57,000				
Č. buňky	Kval. Živ.	{1}	{2}	{3}
		50,175	35,286	34,167
1	2		0,00082:	0,01300:
2	3	0,00082:		0,98172:
3	4	0,01300:	0,98172:	



Graf 22: Hodnocení kvality života v dimenzích SQUALA 3

Tab. 18: Hodnocení kvality života v dimenzi SQUALA 3 dle Scheffeho testu

Scheffeho test; proměnná SQ3 (Grček_-_stat._data_SQUALA_senioři_upraveno)				
Pravděpodobnosti pro post-hoc testy				
Chyba: meziskup. PČ = 86,092, sv = 57,000				
Č. buňky	Kval. Živ.	{1}	{2}	{3}
		30,800	24,286	19,000
1	2		0,08649	0,01955
2	3	0,08649		0,50993
3	4	0,01955	0,50993	

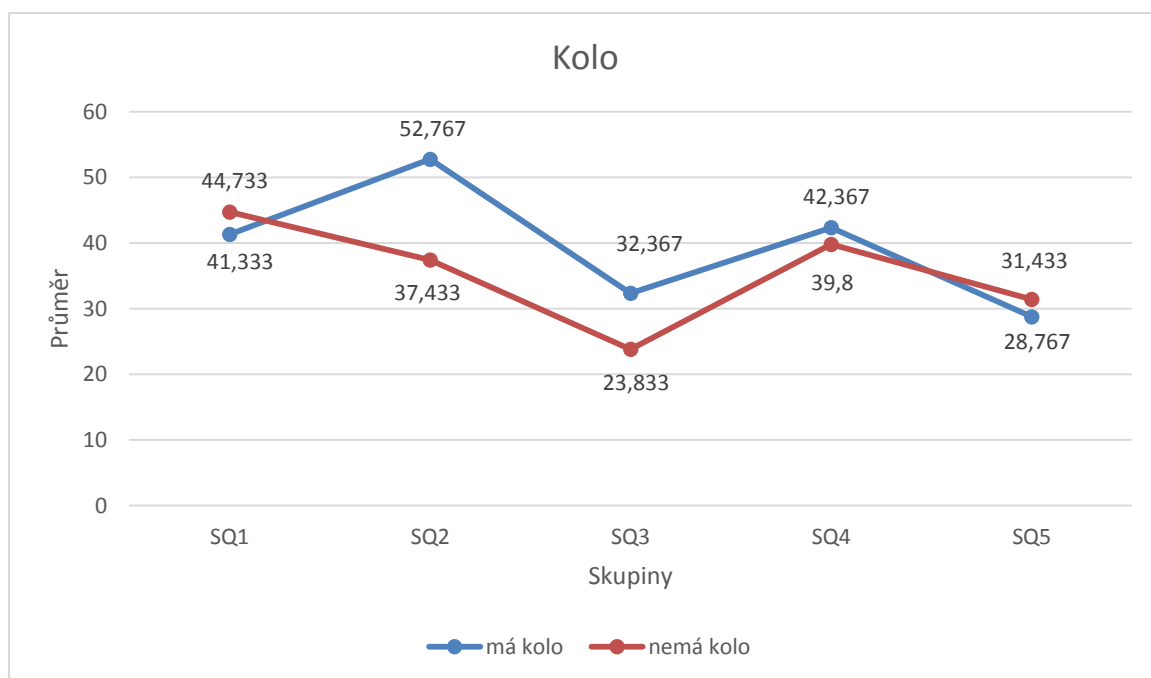
Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu doplněného Scheffeho testem nalezneme statisticky významný rozdíl dle subjektivně hodnocené kvality života v SQ2 mezi skupinou 2 = velmi dobrá, dobrá a skupinou 3 = ani slabá, ani dobrá, a také mezi skupinou 2 = velmi dobrá, dobrá a skupinou 4 = slabá. Statisticky významný rozdíl dle subjektivně hodnocené kvality života nacházíme taktéž u SQ3 mezi skupinou 2 = velmi dobrá, dobrá a skupinou 4 = slabá. Respondenti hodnotili subjektivní kvalitu života nejvýše v dimenzi SQ2 – zdraví. Z toho vyplývá, že pokud se člověk cítí zdravý, soběstačný a v pohodě, hodnotí kvalitu života výše. Nejnižší hodnotili respondenti kvalitu života v dimenzi SQ3 – blízké vztahy. Domnívám se, že nejsou úplně spokojeni se vztahy v rodině, cítí se osamoceni.

h) Vliv mít kolo na výsledky kvality života dle dotazníku SQUALA

Vlastnění kola a jeho využívání má vliv na subjektivní hodnocení kvality života.

Tab. 19 : Vlastnit kolo

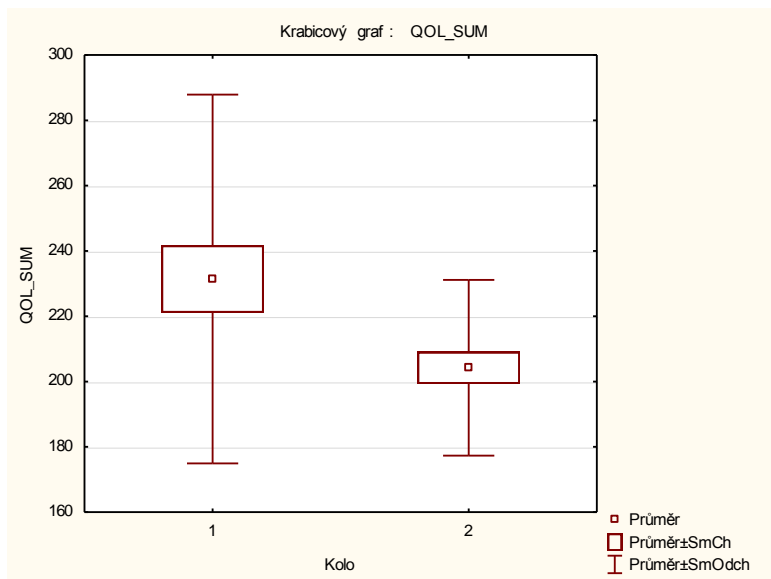
Mít kolo	Počet respondentů	Procenta
Ano	30	50 %
Ne	30	50 %



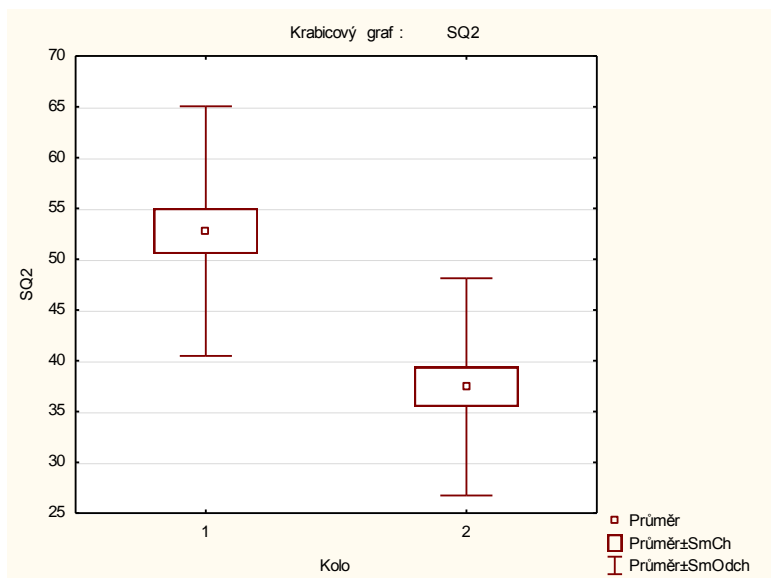
Graf 23: Hodnocení kvality života dle vlastnění kola

Tab. 20: Hodnocení kvality života pomocí t-testu – vlastnění kola v dimenzích SQUALA

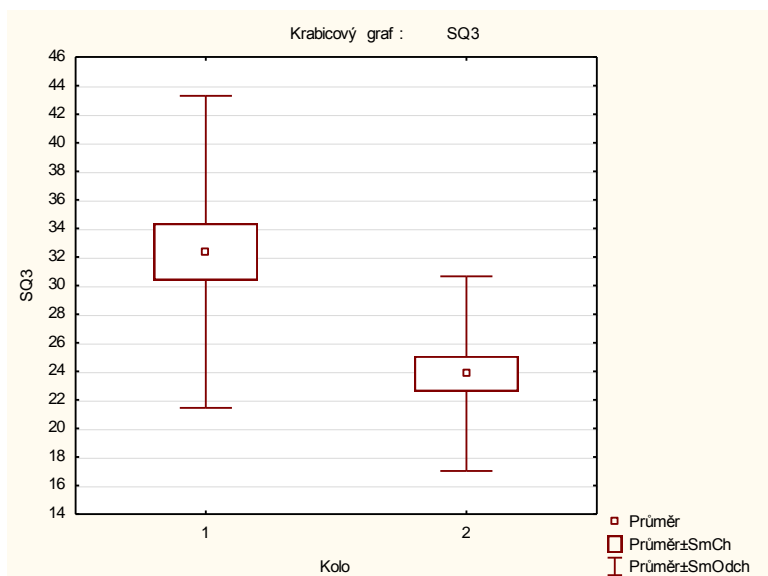
Proměnná	t-testy; grupováno: Kolo (Grček _ _stat. _data_SQUALA_senioři_upravené) Skup. 1:1 Skup. 2:2	
	Průměr 2	Průměr 1
QOL_SUM	231,4000	204,2000
SQ1	41,3333	44,7333
SQ2	52,7667	37,4333
SQ3	32,3667	23,8333
SQ4	42,3667	39,8000
SQ5	28,7667	31,4333



Graf 24: Hodnocení kvality života v dimenzích SQUALA SUM (ano 1, ne 2)



Graf 25: Hodnocení subjektivní kvality života v dimenzích SQUALA 2



Graf 26: Hodnocení subjektivní kvality života v dimenzích SQUALA 3

Třicet respondentů žijících v zařízení kolo nevlastní a třicet respondentů žijících samostatně kolo vlastní. Zde byl shledán statisticky významný rozdíl hodnocený dle t-testu na hladině významnosti $p \leq 0.05$ v celkovém hodnocení SQUALA SUM. Celková hodnota SQUALA SUM je u respondentů, kteří mají kolo vyšší (231,4) než u respondentů, kteří kolo nevlastní (204,2). Nejvýše hodnocenou oblastí kvality života u osob, které vlastní kolo je SQ2 – zdraví. Respondenti, kteří vlastní kolo, využívají ho, žijí všichni v domácím prostředí, jsou fyzicky soběstační a pečují sami o sebe, proto hodnotí SQ2 nejvýše. Nejnižší hodnotí respondenti vlastníci kolo SQ5 – základní potřeby. Respondenti, kteří kolo nevlastní, žijí v domově pro seniory, hodnotí nejvýše SQ1 – abstraktní hodnoty a nejnižší SQ3 – blízké vztahy.

V tab. 13 je znázorněn statisticky významný rozdíl u celkové SQUALY, u SQ2- zdraví a u SQ3 – blízké vztahy dle vlastnění kola. Respondenti, kteří vlastní kolo, hodnotí subjektivní kvalitu života ve třech dimenzích výše než respondenti, kteří kolo nevlastní. Jsou v subjektivním hodnocení kvality života dle vlastnění kola spokojenější, což se potvrdilo i ve srovnání a práci (Mertová, 2015).

ZÁVĚRY

Cílem diplomové práce bylo zjistit vliv pohybových aktivit na subjektivní kvalitu života seniorů v Mikroregionu Krnovsko. Zjišťování proběhlo pomocí dotazníku subjektivní kvality života SQUALA, vyjádřena parciálními skóry, celkovými skóry a hrubými skóry – dimenzemi. Zvolili jsme proměnné, u kterých jsme předpokládali, že budou mít vliv na celkové hodnocení. Proměnnými jsou: pohlaví, bydlení, věk, vzdělání, frekvence cvičení, organizované cvičení, zdravotní stav, subjektivní kvalita života a vlastnění kola.

Nejvýše hodnocenými dimenzemi u celého souboru respondentů je SQ1 abstraktní hodnoty a shodně SQ2 zdraví. Nejnižší hodnotili respondenti SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby. Při posuzování hodnocení kvality života respondentů dle pohlaví, nebyl shledán statisticky významný rozdíl. U mužů i žen byla nejnižší hodnocena SQ3 blízké vztahy. Tyto výsledky potvrzují i práce (Kopetzká, 2015, Vlček, 2015), kde taktéž nebyl shledán statisticky významný rozdíl mezi subjektivním hodnocením kvality života dle pohlaví. V hodnocení kvality života dle způsobu bydlení byl nalezen statisticky významný rozdíl v celkovém hodnocení SQUALA SUM, SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy. Respondenti žijící samostatně, hodnotí kvalitu života výše, než respondenti žijící v domě pro seniory, což se liší od práce (Mertová, 2015). Dále jsme posuzovali hodnocení kvality života dle věku. Zde byl nalezen významný statistický rozdíl u SQ2 zdraví mezi skupinou 60 – 74 let a skupinou nad 90 let a SQ5 základní potřeby mezi skupinou 60 – 74 let a skupinou 75 – 89 let. SQUALU SUM hodnotí nejvýše skupina 60 -74 let a nejnižší skupina nad 90 let. Je to tím, že ve skupině nad 90 let je osm respondentů a jejich kvalita života již není taková, jak by si přáli, jsou odkázáni na pobyt v zařízení. V posuzování vlivu vzdělání byl nalezen významný statistický rozdíl u SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy. Z šetření vyplývá, že lidé s vyšším vzděláním hodnotí výše i kvalitu života. Statisticky významný rozdíl nebyl nalezen u výsledků vlivu frekvence cvičení na kvalitu života. U výsledků hodnocení vlivu organizovaného cvičení byl zjištěn statisticky významný rozdíl u SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy mezi skupinou, která cvičí 1x a skupinami, které cvičí 2x nebo necvičí. Zde hodnotí kvalitu života výše skupina, která cvičí 1x. Dále jsme posuzovali kvalitu života dle zdravotního stavu a prokázal se statisticky významný rozdíl u SQ2 zdraví mezi 1 skupinou (spokojený/á) a skupinami 3 (ani spokojený/á, ani nespokojený/á) a 5 (spíše nespokojený/á, úplně nespokojený/á). Předposlední položkou je vliv subjektivní kvality života na výsledky dotazníku SQUALA. Zde nacházíme statisticky významný rozdíl u SQ2 zdraví mezi skupinou 2 (velmi dobrá, dobrá) a skupinami 3 (ani slabá, ani dobrá) a 4 (slabá).

Také u SQ3 blízké vztahy mezi skupinou 2 (velmi dobrá, dobrá) a skupinou 4 (slabá). Nejvíce respondentů 66,7 % hodnotí subjektivní kvalitu života jako velmi dobrou, dobrou. Statisticky významný rozdíl jsme zjistili také u respondentů, kteří hodnotili subjektivní kvalitu života dle vlastnění kola. Respondenti, kteří vlastní kolo, hodnotí kvalitu života výše, než respondenti, kteří kolo nevládní. Statisticky významný rozdíl byl nalezen u SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy, kde v obou dimenzích hodnotí výše respondenti, kteří kolo vlastní. Z celkového hodnocení vyplývá, že respondenti, kteří žijí samostatně, hodnotí kvalitu života lépe než respondenti žijící v zařízení. Je to dáno zřejmě i tím, že 30 respondentů žije v zařízení a 8 má úctyhodný věk nad 90 let, což mohlo ovlivnit celkové hodnocení.

SOUHRN

Úkolem diplomové práce bylo zjistit vliv úrovně pohybových aktivit na kvalitu života seniorů v Mikroregionu Krnov. Výzkumu se zúčastnili senioři žijící v domově pro seniory a senioři žijící samostatně.

V teoretické části se zabýváme charakteristikou stárnutí a stáří, významem pohybových aktivit pro seniory, kvalitou života a nástroji a metodami jejího měření. Dále pak sociálními službami a informacemi o domově pro seniory, kde dotazováni senioři žijí.

V praktické části se zabýváme měřením kvality života, ke kterému jsme použili dotazník SQUALA (Dragomirecká et al, 2006) a Osobní dotazník, kterými jsme získali informace o seniorech Krnovska. Je zde charakterizován výzkumný soubor, průběh a organizace šetření, vyhodnocení dotazníku SQUALA a statistické zpracování dat.

Dotazníky jsme rozdali 30 seniorům z Krnova a okolních obcí a 30 seniorům z Domova pro seniory v Krnově. Cílem diplomové práce bylo zjistit, v jaké míře se podílejí pohybové aktivity na subjektivně vnímané kvalitě života seniorů na Krnovsku. Zda proměnné: pohlaví, bydlení, věk, vzdělání, frekvence cvičení, organizované cvičení, zdravotní stav, subjektivní kvalita života a vlastnění kola budou mít vliv na hodnocení kvality života.

Nejvýše hodnocenou dimenzí celého souboru byla SQ1 základní potřeby a shodně SQ2 zdraví. Nejnižší je hodnocena dimenze SQ3 blízké vztahy. Statisticky významné rozdíly jsme zaznamenali u způsobu bydlení u SQ SUM a SQ2 zdraví; věku u SQ2 zdraví a SQ5 základní potřeby; vzdělání u SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy; organizovaného cvičení u SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy; zdravotního stavu u SQ2 zdraví; subjektivní kvality života u SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy; vlastnění kola u SQ SUM, SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy. Zajímavé je, že nalézáme statisticky významné rozdíly ve všech zkoumaných proměnných vždy u SQ2 zdraví a SQ3 blízké vztahy.

U pohlaví nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl, ale ženy hodnotí o něco výše svou kvalitu života než muži. Taktéž jsme nezaznamenali statisticky významný rozdíl u frekvence cvičení.

Výsledkem zkoumání je, že pohybová aktivita nemá významný vliv na kvalitu života seniorů našeho zkoumaného souboru na Krnovsku. Většina seniorů hodnotí dobře své zdraví a abstraktní hodnoty, to znamená, že jsou soběstační, nezávislí a tím mají vyšší hodnocení kvality života.

SUMMARY

The task of this thesis was to investigate the influence of the level of physical activity on quality of life of seniors in microregion of Krnov. The participants of the conducted survey were seniors living in homes for the elderly and seniors living on their own.

In the theoretical part the study deals with the characteristics of aging and old age, the importance of physical activity for seniors, quality of life and the tools and methods of measurement. Furthermore, social services and information about the home for the seniors where seniors interviewed live are mentioned.

In the practical part this study deals with the measurement of quality of life, for which we used questionnaire SQUALA (Dragomirecká et al., 2006) and a personal interview, from which we obtained information about seniors in Microregion Krnov. A research group, organization and conduct of the investigation, evaluation questionnaire SQUALA and statistical data processing are characterised there.

We distributed questionnaires to 30 seniors from Krnov and surrounding villages, and 30 seniors from Home for the seniors in Krnov. The aim of the thesis was to find out to what extent does physical activity determinate the quality of life of seniors in Microregion Krnov. Whether variables: gender, residence, age, education, exercise frequency, organized exercise, health, subjective quality of life, and having the wheels will affect the quality of life.

Highest rating dimensions of the entire group was SQ1 basic needs and consistently SQ2 health. The lowest is evaluated dimension SQ3 close relationships. Statistically significant differences were detected in the way of housing for the SQ SQ2 SUM and health; age at SQ2 SQ5 health and basic needs; education for health SQ2 and SQ3 close relationships; Organized exercise in health SQ2 and SQ3 close relationships; condition in SQ2 health; Subjective quality of life in health SQ2 and SQ3 close relationships; having wheels at SQ SUM, health and SQ2 SQ3 close relationships. It is interesting that we find statistically significant differences in all the variables of interest is always at SQ2 SQ3 health and close relationships.

No statistically significant difference was seen in the category of gender, but women evaluated slightly above their quality of life than men. Also, we have not seen a statistically significant difference in the frequency of exercise.

The result of the research is that physical activity has a significant impact on the quality of life of seniors in Microregion Krnov. Most seniors assess their health and well-being values, it means that they are self-sufficient, independent, and thus have a higher quality of life.

REFERENČNÍ SEZNAM

Adamírová, J. (1995). *Hravá a zábavná výchova pohybem*. Praha: Unie zdravotní tělesné výchovy, Česká asociace Sport pro všechny.

Blahušová, E. (2007). *Budokon*. Praha: Olympia.

Knížetová, I. & Koc, B. (1989). *Strečink, relaxace, dýchání*. Praha: Olympia.

Ainsworth, B. E. & Tudor-Lucke, C. (2005). Health and psychice activity research as represented ind RQES. In *ResearchQuarterlyforExercise and Sport*.

Barták, J. (1993). *Encyklopedický slovník*. Praha: Encyklopedický dům.

Bednářová, H. (2009). *Aktivní v každém věku III*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Bednářová, H. (2008). *Aktivní v každém věku II*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Bednářová, H. (2010). *Aktivní v každém věku IV*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Dostálek, C. (1996). *Hathajóga*. Praha: Karolinum.

Dragomirecká, E., et al., (2006). *SQUALA*. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.

Fahey, T.,Whelan, C., Nolan, B. (2006). *Monitoring gualitvoflife in Europe*.

Luxembourg: European Foudation for the Improvement of living and Working Conditions.

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing.

Hošek, V., Svoboda, B. (1992). *Aktuální otázky kinantropologie: pohyb a somatomentální vývoj osobnosti*. Praha: Karolinum.

Hošková, B., Matoušková, M. (2005). *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy pro studující FTVS UK*. Praha: Karolinum.

Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků zdravotnictví.

- Kuta, I. (1968). *Příspěvek ke studiu pohybové aktivity starých mužů s různým tělovýchovným režimem*. Praha: [s. n.]
- Kozáková, Z., Müller, O. (2006). *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Roslawski, A. (2005). *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computers Press.
- Petřková, A., Čornaničová, R. (2004). *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computers Press.
- Janečková, H. (2005). *Sociální práce se starými lidmi*. Sociální práce v praxi. Praha: Portál.
- Kalvach, Z., Hrabětová, E. (2005). *Senior a já... já a senior?*. Společnost přátelská všem generacím.
- Klevetová, D. & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing
- Klímová - Fügnerová, M. a Křivánek, F., *Spokojený podzim*. Praha: Naše vojsko.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Němček, D. (2011). *Kvalita života seniorov a pohybová aktivita jako jej súčasť*.
Prešov: Michal Vaško.
- Štikar, J., Hoskovec, J., Šmolíková, J. (2007). *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karlova Univerzita.
- Štílec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál.
- Štílec, M. (2003). *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karlova Univerzita.
- Forť, P. (2001). *Jak stárnout pomalu*. EB nakladatelství. ISBN: 80-238-7893-X
- Uhlíř, P. (2008). *Pohybová cvičení seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontoagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, s. r. o.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

Čelíkovský, S. a kol. (1979). *Antropomotorika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n. p.

Silbernagl, S., Lang, F. (2001). *ATLAS PATOFYZIOLOGIE ČLOVĚKA*. Praha: Grada Publishing.

Seliger, V., Vinařický, R., Trefný, Z. (1980). *Fysiologie tělesných cvičení*. Praha: AVICENUM zdravotnické nakladatelství.

Ondrušková, J. (2011). *Stáří a smysl života. Glosář gerontologické terminologie*. Praha: Avicium

Piroch, V. (1975). *Pohybem proti stárnutí*. Praha: Olympia

Tošnerová, T. (2000). *Špatné zaházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ústav lékařské Etiky UK

Vaďurová, H., Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Portál

Hrozenká, M., Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1: Žádost o provedení šetření v Domově pro seniory Krnov

Příloha 2: Informovaný souhlas

Příloha 3: Dotazník SQUALA

Příloha 4: Osobní údaje

Příloha 1

Vážený pane řediteli
Mgr. Oldřich Jarkuliš
Domov pro seniory Krnov
Rooseveltova 2141/51
Krnov
794 01

Věc: Žádost o umožnění provedení šetření pro diplomovou práci

Vážení,
chtěli bychom Vás požádat o možnost uskutečnit šetření v rámci zpracovávání diplomové práce.


Diplomant **Bc. Lubomír Grček** by se ve své práci chtěl zabývat hodnocením kvality života uživatelů Vašeho domova. Poskytnuté informace využije pouze pro diplomovou práci. Student se potřebuje spojit s uživateli Vaší služby, ty požádá o vyplnění dotazníku. Klienti sami se rozhodnou, na základě dobrovolnosti, zda se šetření účastní či nikoliv.

Student potřebuje ke své práci Váš souhlas s pohybem po domově a šetřením. Získané informace budou prezentovány v práci bez osobních dat.

Za umožnění šetření předem děkujeme

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph. D.
Katedra APA, FTK UP Olomouc

V Olomouci dne 10.2. 2014


Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
katedra aplikovaných pohybových aktivit
771 11 Olomouc, tř. Miru 115
(2)

Informovaný souhlas

Studie: Kvalita života seniorů (pracovní název).

Jméno:

Datum narození:

Účastník/zákonný zástupce byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl jsem podrobně instruován o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Lubomír Grček

Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

(vedoucí práce)

Podpis účastníka/ zákonného zástupce

Hlavní řešitel projektu

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA – SQUALA (3. dotazník)

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI - zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI – posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojená a zaskrtněte

	Ne- zbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné		Zcela spo- kojen	Velmi spo- kojen	Spíše spo- kojen	Ne- spo- kojen	Velmi zklamán
1. být zdravý											
2. být fyzicky soběstačný											
3. cítit se psychicky dobře											
4. příjemné prostředí, bydlení											
5. dobře spát											
6. rodinné vztahy											
7. vztahy s ostatními lidmi											
8. mít a vychovávat děti											
9. postarat se o sebe											
10. milovat a být milován											
11. mít sexuální život											
12. zajímat se o politiku											
13. mít víru (náboženství)											
14. odpočívat ve volném čase											
15. mít koníčky ve volném č.											
16. být v bezpečí											
17. práce											
18. spravedlnost											
19. svoboda											
20. krása a umění											
21. pravda											
22. peníze											
23. dobré jídlo											
24. zdraví											
25. fyzická soběstačnost											
26. psychická pohoda											
27. prostředí, bydlení											
28. spánek											
29. rodinné vztahy											
30. vztahy s ost. lidmi											
31. děti											
32. péče o sebe sama											
33. láska											
34. sexuální život											
35. účast v politice											
36. víra											
37. odpočinek											
38. koníčky											
39. pocit bezpečnosti											
40. práce											
41. spravedlnost											
42. svoboda											
43. krása a umění											
44. pravda											
45. peníze											
46. jídlo											

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

OSOBNÍ ÚDAJE

VĚK:

POHLAVÍ: MUŽ ŽENA

ZPŮSOB BYDLENÍ: V ZAŘÍZENÍ DOMA

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ: základní
 střední bez maturity
 střední s maturitou
 vysokoškolské

Práce/zaměstnání:

- jsem v řádném pracovním poměru
- už nepracuji, pobírám důchod
- stále pracuji a k tomu pobírám důchod
- jsem zaměstnaný/á na částečný úvazek

Kam zařadíte místo, kde žijete?

- velké město (>100 000 obyvatel)
- středně velké město (30 000 – 100 000 obyvatel)
- menší město (1000 -29 999 obyvatel)
- malá obec/vesnice (< 1000 obyvatel)

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

- výrazně podprůměrné
- mírně podprůměrné
- průměrné
- mírně nadprůměrné
- výrazně nadprůměrné

Rodinný stav:

- svobodný/á
- ženatý/vdaná, s druhem
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

Máte k dispozici

- kolo** ANO NE
- auto** ANO NE
- chatu, chalupu** ANO NE

Máte psa?

- ANO
- NE

Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců?

- ANO, kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát a víc
 NE
 CVÍČÍM (SPORTUJI) SÁM/SAMA: 1krát 2krát 3krát a víc

Jak jste spokojená/ý se svým zdravotním stavem?

- velmi spokojený/á
 spíše spokojený/á
 ani spokojený/á – ani nespokojený/á
 spíše nespokojený/á
 úplně nespokojený/á

Jak hodnotíte kvalitu svého života?

- velmi dobrá
 dobrá
 ani dobrá ani slabá
 slabá
 velmi slabá

Kouříte?

- ANO
 NE