

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

Vliv pohybové aktivity na kvalitu života seniorů (Svitavsko)

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Zuzana Kopetzká

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

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Zuzana Kopetzká

Název diplomové práce: Vliv pohybové aktivity na kvalitu života seniorů (Svitavsko)

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby bakalářské práce: 2015

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá analýzou kvality života seniorů na Svitavsku. Výzkumu se zúčastnilo celkem 60 respondentů, žijících samostatně ve vlastních domovech. Cílem bakalářské práce bylo obohatit poznatky o subjektivní kvalitě života seniorů ze Svitavska, a to pomocí dotazníků SQUALA a následném vyhodnocení výsledků, které byly vyjádřeny celkovým skóre a skóre jednotlivých dimenzí. Tato data byla statisticky zhodnocena a porovnána z hledisek: pohlaví, věk, vzdělání, pracovní uplatnění, frekvence pohybové aktivity, organizovanost pohybové aktivity, zdravotní stav, a kvalita života respondentů. Z našeho šetření vyplývá, že pohybová aktivita (její četnost nebo organizovanost) neměla významný vliv na kvalitu života seniorů na Svitavsku. Největší vliv měl subjektivně hodnocený zdravotní stav a kvalita života. Potvrdilo se, že čím lépe hodnotí respondenti svůj zdravotní stav nebo kvalitu života, tím lepší, dle dotazníku SQUALA, mají také celkovou kvalitu života.

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

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and the surname: Zuzana Kopetzká

Title of the master thesis: The influence of physical activity on quality of life seniors (the Svitavy region)

Department: Department of adapted physical activity

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of the presentation: 2015

Abstract:

The thesis is about the analysis of the quality of the life of elderly citizens in the Svitavy region. In total 60 respondents were participated in this research, whom all live on their own in their homes. The aim of this thesis is the knowledge about the subjective quality of life of senior citizens from Svitavy region, using the questionnaire SQUALA and the evaluation of results afterwards. The results have been expressed with overall score and gross dimensions. These data were statistically evaluated and observed aspects of: gender, age, education, work, frequency of physical activity, organization of physical activity, health status and quality of life of respondents. From our investigation emerges that physical activity (its frequency or organization) had no significant effect on the quality of the life of seniors in the Svitavy region. The biggest effect was subjectively evaluated health status and the quality of life. It was confirmed that the better the respondents evaluated their health or quality of life the better they have the overall quality of life, according to SQUALA.

Keywords: senior, ageing, physical activity, quality of life, SQUALA

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

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

V Olomouci dne 7. května 2015

.....

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D. za trpělivost, ochotu, pomoc a cenné rady, které mi poskytla při vedení a zpracování diplomové práce.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	9
1.1 Věkové hranice stáří.....	11
1.2 Aspekty stáří.....	11
1.3 Biologické změny.....	12
1.4 Psychické změny.....	14
1.5 Sociální změny.....	15
1.6 Vliv těla a pohybu na mysl člověka.....	16
2 POHYB A POHYBOVÁ AKTIVITA.....	18
2.1 Pohybová aktivita seniorů.....	19
2.2 Význam pohybové aktivity pro seniory.....	20
2.3 Zásady pohybové aktivity u seniorů.....	21
2.3.1 Intenzita zatížení.....	21
2.3.2 Frekvence a trvání tréninkové zátěže.....	21
2.3.3 Doporučená pohybová aktivita u seniorů.....	22
2.3.4 Nevhodná pohybová aktivita u seniorů.....	23
2.4 Druhy pohybových aktivit vhodných pro seniory.....	23
2.4.1 Aerobní aktivity.....	24
2.4.2 Silová a protahovací cvičení.....	25
2.4.3 Jóga a čínská zdravotní cvičení.....	26
2.4.4 Cvičení s pomůckami.....	27
3 KVALITA ŽIVOTA.....	28
3.1 Pohybová aktivita seniorů.....	28
3.1.1 Rozsah kvality života.....	29
3.1.2 Dimenze kvality života.....	29
3.2. Kvalita života seniorů a její činitelé.....	30
3.3 Potřeby seniorů.....	31

3.4	Nástroje a metody měření kvality života.....	32
3.4.1	Dotazník subjektivního hodnocení kvality života SQUALA.....	34
4	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	36
5	METODIKA.....	38
5.1	Výzkumný soubor.....	38
5.2	Průběh a organizace výzkumu.....	40
5.2.1	Identifikace respondentů.....	40
5.3	Použité metody.....	40
5.3.1	Dotazník subjektivní kvality života SQUALA.....	41
5.4	Zpracování dat.....	41
6	VÝSLEDKY A DISKUSE.....	43
6.1	Subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů dle SQUALA.....	43
6.2	Základní charakteristiky vybraných proměnných a jejich vliv na výsledné hodnocení kvality života.....	44
	ZÁVĚRY.....	60
	SOUHRN.....	62
	SUMMARY.....	63
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	64
	PŘÍLOHY.....	66

ÚVOD

Stárnutí či stáří - to jsou jevy, které se týkají každého z nás. Stárnutí je biologický jev, který podle některých odborníků začíná již od ukončení tělesného vývoje – dalo by se tedy říct, že již od ukončení puberty – a nedá se prakticky zarazit. Starých lidí proto v naší populaci významně přibývá. V současnosti se velice rychle zvyšuje průměrný věk obyvatelstva, a to nejen u nás, ale i po celém světě.

Ve svém okolí se často setkávám se seniory, kteří žijí v domovech pro ně určených, mají různé nemoci či chodí o holích. Většinu času jsou v domově a zabývají se různými sedavými činnostmi typu čtení, luštění křížovek či sledování televize. Na druhou stranu, a to mne velmi zaujalo, se setkávám naopak i se spoustou osob seniorského věku, kteří jsou stále velmi aktivní. Ať se to týká soběstačnosti, samostatného žití a vedení domácnosti, vycházek s pejsky či sportování a pohybu jako takového. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla oslovit seniory z mého okolí a provést výzkumnou práci, která mi pomůže pochopit, které faktory jsou důležité a nejvíce ovlivňují kvalitu lidského života, především ve stáří.

Ačkoli se stárnutí bohužel nedá žádným způsobem zastavit, je prokazatelné, že aktivní styl prožití života dokáže tento biologický proces nějakým způsobem oddálit. Ať už fyzické či psychické změny, které se u každého člověka postupem času projevují. Všechny tyto změny jsou dány částečně geny nebo převzatými návyky po předcích. Z velké části mohou být dány také způsobem života, stravovacími návyky, udržováním fyzické zdatnosti nebo psychickým přístupem k sobě samému i ke svému okolí. Proto bychom se měli snažit svůj život vést tak, abychom mohli být aktivní, soběstační a spokojení nejen v produktivním věku, ale především ve stáří.

V této práci se budu tedy zabývat stářím, stárnutím a změnami, které tento biologický proces zahrnují (biologickými, sociálními a psychickými), také pohybovou aktivitou, jejím významem a zásadami, vhodností různých druhů pohybových aktivit pro osoby seniorského věku, ale především se pokusím zjistit, jak velký význam má pro současného seniora pravidelná pohybová aktivita a s ní spojený zdravý životní styl a psychická pohoda, ať už byl aktivní celý svůj život nebo začal až v dospělosti.

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutí je biologický proces, který se, ač to často neradi připouštíme, týká každého z nás. Starých a velmi starých lidí, nejen v lékařských ordinacích, totiž významně přibývá a přibývat bude. Fořt (2001) tvrdí, že ke stárnutí dochází prakticky ihned po dokončení fyzického vývoje, což je přibližně již po dosažení 16 let věku. Někteří odborníci dokonce konstatují, že lidský mozek stárne ještě mnohem dříve (Fořt, 2001).

Annete Baudisch (in: Gruss, 2007) uvádí, že tajemství věčného mládí fascinuje lidstvo už odedávna. I přes to, že pokrok vědy a techniky výrazně přispěl k delšímu zachování lidského zdraví, je stáří i nadále nedílnou součástí lidského života. Autorka se dále zabývá otázkou, proč je stárnutí součástí života a také proč příroda nezařídila, abychom byli po celý náš dlouhý život mladí a plní sil. Avšak na tyto otázky stále neexistuje jednoduchá odpověď, protože tělesné chátrání je totiž mnohostranný proces, který je založený na komplexních fyziologických mechanismech (Gruss, 2007).

Vigué (2006) dělí stárnutí na „normální“ a „patologické“. Normální stárnutí považuje za takové, ke kterému dochází pouze v důsledku plynutí času. Naopak stárnutí patologické závisí na nashromážděných poškozeních, které vznikají nejčastěji v důsledku nemocí nebo působením faktorů prostředí, ve kterém jedinec žije. I když obojí jde často ruku v ruce, existují určité nepříznivé vlivy, kterým bychom se měli snažit předcházet – mezi nejčastější řadíme kouření, vysokou hladinu cholesterolu v krvi, obezitu, sedavý způsob života, apod. - a tím napomáhat k pomalejšímu stárnutí a snažit se zlepšovat kvalitu našeho života.

Mezi faktory urychlující proces stárnutí patří zejména stres, nadměrný příjem nebo nevhodný výběr potravy, vysoký krevní tlak, tabák a alkohol, obezita, osamocení, malé společensko-pracovní zapojení, sedavý způsob života a také nízká fyzická aktivita.

Naopak mezi faktory, které stárnutí zpomalují, se řadí klidný spánek, častá fyzická aktivita, zdravá výživa a v neposlední řadě je důležité také společenské a pracovní zapojení (Vigué, 2006).

Hersey a kolektiv (1984) stárnutí obecně dělí na dva procesy. V prvním procesu je dle něj stárnutí bráno jako obecné biologické změny spojené s věkem jedince, které jsou

nezávislé na vlivech prostředí nebo aktuálním zdravotním stavu. Naopak druhý proces odráží zdravotní stav jedince, jeho klinické symptomy a vliv okolí, který na člověka působí. Ve smyslu délky života je průběh stárnutí nejčastěji spojován se zdravím jedince, kvalitou jeho života, úrovní všeobecných aktivit, jeho nezávislostí, kognitivními funkcemi, demografickými indikátory a také subjektivním pocitem štěstí (Štilec, 2003).

Dalším způsobem, podle kterého bychom mohli měřit stárnutí, je podle Stuarta-Hamiltona (1999) pokusit se sledovat, kdy a jakým způsobem se začínají znaky mladé dospělosti transformovat ve znaky dospělosti pozdní. Protože stárnutí bychom obecně mohli označit jako závěrečnou fázi lidského vývoje, je třeba ho posuzovat jako součást celku kontinuální proměny. Ale právě proto, že je stárnutí bráno jako součást kontinuální proměny, je velice obtížné odhadnout přesnou chvíli, ve které končí střední věk a začíná stáří.

Jedním z měřítek stárnutí, které je pro naši společnost nejběžnější, je chronologický (kalendářní) věk. Je to zjednodušeně řečeno číselný údaj, který společnosti udává, jak je člověk starý. Ovšem ani zdaleka nemůže být tento chronologický věk pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince. Měli bychom ho brát pouze jako orientační stav průměrného člověka.

Další subjektivní metodou, běžně používanou k měření stárnutí, je sociální věk. Ten se vztahuje především ke všeobecnému společenskému očekávání toho, jak se bude daný senior chovat, tedy přiměřeně svému biologickému věku. Jinými slovy naše společnost v zásadě očekává, že lidé, kteří již překročili šedesát let, se budou chovat usedle a klidně. Proto také není překvapivé, že za znak počátku stáří se obecně dá považovat ukončení pracovního poměru na plný úvazek a s tím spojený odchod do důchodu (Stuart-Hamilton, 1999).

Štilcovy (2004) „zkušenosti potvrzují názor, že posuzovat kvalitu života léty je totéž jako měřit hodnotu knihy počtem stran, obraz čtverečnými decimetry a sochu na kilogramy.“ Kvalitu ani spokojenost života seniora tedy není možné měřit pouze délkou jeho života (Štilec, 2004, 13).

1.1 Věkové hranice stáří

Přesně určit zlom neboli hranici věku člověka, kdy přesně končí střední věk a začíná stáří, je velice obtížné. Většina odborníků se shoduje, že se o věkové hranici stáří hovoří jako o přelomu šedesáti let života. Někteří odborníci se však neoficiálně shodují na tom, že je možné o přelomu této hranice mluvit až od sedmdesátého či sedmdesátého pátého roku života, že tento zlom se odvíjí především od soběstačnosti daného člověka. Je jasné, že soběstačnost je ovlivněna mnoha dalšími faktory, jakými jsou například chronologický věk a celkový fyzický a psychický stav člověka, jeho schopnost přizpůsobovat se určitým životním situacím, dále také ukončení plného pracovního poměru a nástupu do důchodu, nebo narozením vnoučete.

Světová zdravotnická organizace (WHO, 1994) uvádí informaci, že starý člověk je definován jako člověk starší 60 let. Od tohoto věku jsou stanovena věková rozdělení, neboli kategorie, která jsou členěna několika možnými způsoby. Jedno z možných členění věkových kategorií je následující:

- rané stáří (60 –74 let)
- vlastní stáří (75 –89 let)
- dlouhověkost (90 let a více)

Jedno z nejznámějších členění, které vydala Světová zdravotnická organizace, vychází z patnáctiletých cyklů:

- 45-59 let (střední věk; zralý věk)
- 60-74 let (vyšší věk; rané stáří)
- 75-89 let (stařecký věk - sérum; vlastní stáří)
- 90 let a výše (dlouhověkost; patriarchium)

1.2 Aspekty stáří

Stáří bychom mohli označit jako poslední etapu lidského života. Je to vysoký věk, protikladem je mládí neboli nízký věk. Janečková (2005) potvrzuje, že mnozí lidé mají bohužel ve stáří snížené schopnosti (nebo dokonce úplně ztrácejí schopnost) uspokojovat své každodenní potřeby, naplňovat plány a tím udržovat kontrolu nad svým

životem v takové míře, na jakou byli doposud zvyklí. Tím se významně snižuje kvalita jejich života. Je velice důležité tyto lidi pochopit a podpořit, znát jejich potřeby a preference, které jsou z části individuální a z části obecně lidské.

1.3 Biologické změny

Co se týče biologické věkové hranice, Dessaintová (1999) mluví o jakémsi naprogramování člověka, tedy o jeho biologických hodinách, které nám udávají to, jakého věku se dožijeme. Mezi další významné faktory, které ovlivňují biologické stárnutí, jmenuje například zmenšování buněčného kapitálu, opotřebenosti orgánů, kostí a svalů, stárnutí nervové soustavy, menší účinnost smyslových orgánů, oslabování imunitního systému, působení volných radikálů a také tělesná cvičení (Dessaintová, 1999).

Dessaintová (1999, 31) také srovnává faktory, které ovlivňují vysoký věk. Jsou uvedeny v následující tabulce č. 1:

Tab. 1: Faktory ovlivňující vysoký věk (Dessaintová, 1999)

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VYSOKÝ VĚK	
<p>Faktory, které mohou prodloužit věk</p> <ul style="list-style-type: none"> • vysoký věk našich prarodičů • život v páru • studium (čím déle studujeme, tím vyššího věku se dožíváme) • bydlení v obci do 10 000 obyvatel • používat v autě bezpečnostní pás • vykonávat fyzickou práci 	<p>Faktory, které mohou snížit věk</p> <ul style="list-style-type: none"> • úmrtí jednoho z rodičů na srdeční chorobu před 60. Rokem • některé nemoci vyskytující se v rodině: např. vrozená cukrovka nebo rakovina • sebevražda jednoho z rodičů • bydlení v aglomeraci s počtem obyvatel větším než 1 milion • žít sám • cestování autem víc než 20 000 km ročně

<ul style="list-style-type: none"> • provozovat nějaký sport nebo třikrát týdně cvičit • podstoupit nejméně jednou za rok lékařskou prohlídku • být klidný, mírný • nepít příliš mnoho alkoholu (maximálně dvě konzumace denně*) • být žena (ženy se dožívají vyššího věku než muži) 	<ul style="list-style-type: none"> • práce v kanceláři nebo na podobném místě • stravování typu „fast-food“ • zvyšování váhy (čím větší je nadváha, tím víc se věk snižuje) • být napjatý, nervózní, ve stresu • pít více alkoholu (více než dvě konzumace denně* nebo 10 sklenic najednou) • kouřit (jeden balíček cigaret sníží věk o šest let)
---	---

* Jedna konzumace alkoholu se rovná jednomu pivu nebo skleničce vína nebo jedné stopce tvrdého alkoholu.

Hersey (1984 in Štilec, 2003) stárnutí obecně rozděluje na dva procesy. Stárnutí jako obecné biologické změny spojené s věkem jedince, které jsou nezávislé na aktuálním zdravotním stavu nebo na vlivech prostředí. Druhý proces naopak odráží zdravotní stav (jeho klinické symptomy) a vliv okolí (Štilec, 2003).

O fyziologickém stavu stárnutí mluví Busse (1969, in: Štilec, 2003) jako o primárním stárnutí. Naopak o stárnutí, které je ovlivňováno zdravotním stavem a prostředím, ve kterém se člověk nachází, mluví jako o stárnutí sekundárním. Ačkoliv oba procesy stárnutí, primární i sekundární, jsou zdánlivě odlišné, nemohou probíhat nezávisle, protože se navzájem silně prolínají. Nemoc (obecně zdravotní stav) a stres přicházející z okolí, to jsou velice podstatné jevy, které mohou výrazně akcelarovat fyziologické stárnutí. Opačně - fyziologické stárnutí může výrazně ovlivnit jedincův zdravotní stav a jeho reakce na externí stres.

Pomocí pozitivních změn v chování jedince, obecně bychom je mohli nazvat jako vhodné exogenní zásahy, je často možné alespoň částečně zpomalit sekundární stárnutí, především pak zkvalitnit kvalitu života seniorů (Spiriduso, 1995, in: Štilec, 2003).

Základními faktory, které mohou rozhodnout o kvalitě sekundárního stárnutí, jsou tedy především zkvalitnění výživy a snížení celkového objemu potravin, které senior konzumuje, důležité je také zapojení vhodných duševních i pracovních aktivit a vhodného objemu tělesných cvičení. I změny v motorice mohou mít negativní vliv

na denní rutinu života. Jedná se především o úbytek síly, pružnosti svalů, periferního vnímání a centrální kontroly obstarávané motorickými centry v kůře mozkové (Štílec, 2003).

Tělesné změny při stárnutí popisuje Vigué (2006) tak, že se s věkem snižuje činnost téměř všech orgánů; ty již kolem 30 let života dosahují vrcholu efektivity a brzy poté začíná postupný, ale trvalý pokles jejich činnosti. Ale i přesto zůstává většina funkcí těchto orgánů zachována a bývá nadále postačující až do konce života, protože funkční kapacita téměř všech přesahuje délku života lidského organismu, nazýváme to také funkční rezervou. Díky ní (s výjimkou činnosti například srdce nebo ledvin) se při obvyklém stárnutí kvalita života příliš nemění. Z větší části jsou to spíše nemoci a další faktory, jako jsou toxiny, úrazy nebo nehody, jež určují stupeň neschopnosti, který se dále s věkem zvyšuje (Vigué, 2006).

1.4 Psychické změny

Nejobecnější charakteristiku stárnutí popsal Baštecký a Vojtěchovský a kol. (1994) jako „zpomalení psychické činnosti“. Právě z tohoto důvodu většině starších lidí nevyhovuje činnost, která vyžaduje rychlé rozhodování a činnost pod tlakem. Negativní důsledky pro duševní zdraví starých lidí má také stoupající životní tempo (Baštecký & Vojtěchovský a kol., 1994).

Vigué (2006, 19) popisuje časté změny psychiky u starých lidí, vyznačujících se snížením intelektuálních schopností:

- „Menší schopnost řešení problémů.
- Menší spontánnost v myšlení.
- Změněná schopnost řeči a vyjadřování.
- Zhoršení paměti, především zapamatování si událostí, které se staly nedávno. S věkem se paměť soustřeďuje stále více na minulost.
- Kreativita a představivost zůstávají uchované.“

Změna charakteru a osobnosti:

- „Osobnost se nemění, pouze s výjimkou patologických stavů, které v pozdějším věku mohou nastat, například demence.

- Zhoršuje se přizpůsobivost a často se objevuje nebo zhoršuje strach z nových událostí a situací“ (Vigué, 2006).

Deficit ve smyslovém vnímání - tím je myšlen zejména úbytek zraku, sluchu a z toho vyplývající komplikace - může u osoby seniorského věku vyvolávat emoční problémy, jako jsou hlavně deprese, velmi často úzkost nebo také výbušnost. Proto se velmi osvědčily Univerzity třetího věku, které přinášejí hodnotný duševní program a možnost sociálních kontaktů (Štilec, 2003).

Čornaničová (1999) uvádí nejrozšířenější edukační programy v ČR a SR, určené především pro soběstačné aktivní seniory. Jsou jimi: Univerzity třetího věku (UTV, U3V), Akademie třetího věku (ATV), kluby seniorů a seniorská centra (Petříková, 1999).

1.5 Sociální změny

Obecně popsat, jaké sociální změny nastávají nebo jaké vlastnosti jsou typické pro starého člověka, je velice těžké, dá se říct, že i prakticky nemožné. Je to totiž zcela individuální, protože každý člověk má jiné vlastnosti. Vigué uvádí, že se některé vlastnosti, které byly dány určitému jedinci již dříve, ve stáří jakoby zesilují. Uvádí také příklady proměn vlastností, například že starostlivost se může měnit v úzkostnost a mentorování, spořivost v lakotu, nerealistický pohled až v nesoudnost a podobně. Takoví jedinci jsou mnohem méně adaptabilní a v důsledku snížené adaptability více trvají na svých návycích a stereotypch. Často se stává, že jsou senioři přecitlivělí a málo empatictí. Je také velice časté, že žijí ve vzpomínkách a hodnotí svůj uplynulý život (Vigué, 2006).

Sak a Kolesárová (2012, 23) mluví o sociálním statusu seniorů, který popisují následovně:

Jak je vidět na vývoji sociálního statusu a pozice v životě, senior dospívá ke specifické situaci, charakterizované vysokým potenciálem, který je však naplňován jednotlivými seniory velmi diferencovaně. Tento potenciál stáří znamená, že z celé životní dráhy jsou právě v této fázi nejpříhodnější podmínky k využití reflektovaných celoživotních zkušeností a výsledků celoživotního

vzdělávání k povýšení vědomí v postojích, názorech, hodnotách, světonázoru i sociální kompetenci. (Sak & Kolesárová, 2012)

1.6 Vliv těla a pohybu na mysl člověka

Brazier (2014) se ve své knize zamýšlí nad otázkou, jestli jsme si někdy všimli, že ti lidé, kteří se ve svém volném čase pravidelně věnují sportovní aktivitě, vypadají podstatně mladší než nespportovci. Podle něj sami máme nad svým biologickým věkem největší moc, na rozdíl od chronologického věku. Biologický věk totiž označuje čas, který uplynul od okamžiku, kdy se buňky našeho těla naposledy obnovily. Z čehož plyne, že když má senior sportovní aktivitu a jeho tělo je přiměřeně namáháno, musí jeho buňky reagovat podstatně častěji než v době, kdy je neaktivní. Jeho tělo bude o poznání rychleji regenerovat, a proto se bude skládat z nověji vyrobených (mladších) buněk (Braizer, 2014).

Roslawski (2005) uvádí, že starším lidem, pro které je pravidelný pohyb součástí života, se velice často daří udržet nebo zpětně získat takovou úroveň fyzické obratnosti a výkonnosti, díky které jsou i nadále schopni být nezávislí na permanentní péči svého nejbližšího okolí.

Velkým problémem bývá, že často je potřeba osoby staršího věku ke cvičením velmi dlouho a trpělivě přesvědčovat. A to i přesto, že fakta jasně dokazují, že pravidelný tělesný pohyb jako součást života je nezbytný, že zdravý životní styl zpomaluje proces stárnutí a udržuje člověka v kondici - fyzické i duševní. Další častou překážkou v aktivním životě seniorů bývá, že i když dají na doporučení a rozhodnou se cvičit doma, poměrně brzy na cvičení rezignují a vracejí se k původnímu, neaktivnímu způsobu života. Velice často také hraje negativní roli ve fyzické aktivitě seniorů přemíra péče ze strany rodiny, kdy jim její členové brání vykonávat běžné činnosti - včetně těch nejlehčích.

Za nejlepší výsledek Roslawski (2005) doporučuje takový pohyb, který je spojený s celkovou změnou životního stylu. Uvádí také nejdůležitější znaky zdravého životního stylu, mezi které řadí především zanechání kouření a podstatné omezení konzumace alkoholu, významné je podle něj také omezení spotřeby kuchyňské soli, pravidelná strava a s tím spojené udržení správné tělesné váhy nebo snížení tělesné váhy

u obézních lidí, a také zařazení cvičení i pravidelné tělesné aktivity nejrůznějšího druhu do součásti běžného života (Roslawski, 2005).

2 POHYB A POHYBOVÁ AKTIVITA

Pohybová aktivita je nedílnou součástí našeho zdraví, označujeme jí prakticky veškeré druhy pohybu. Mohou to být například různá tělesná cvičení či pohybově-relaxační programy, chůze a turistika, ale také různé sportovní hry a utkání, plavání a podobné tělesné aktivity. Ty působí v přiměřené míře preventivně nejen proti snižování nadváhy, ale především upevňují zdraví člověka a zpožďují proces jeho stárnutí. Tím mohou velice významně prodloužit období fyzické výkonnosti a pozitivně ovlivnit míru spokojenosti v osobním životě.

Uhlíř (2008, 15) tvrdí, že přiměřenou duševní a fyzickou aktivitou a vhodnou stravou lze významně ovlivnit procesy stárnutí. Uvádí také, že podle mnoha studií se ti, kteří zůstávají aktivní, dožijí 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“ (Uhlíř, 2008).

Mezi hlavní oblasti, u kterých se projevuje pozitivní účinek cvičení u aktivních dospělých vyššího věku, patří podle Uhlíře (2008, 15) následující:

- Zlepšení ukazatelů fyzické kondice (dechový objem, srdeční výdej, úprava krevního tlaku, snížení rizika ischemické choroby srdeční a srdečního selhání, úprava zastoupení tuků v krevním séru.
- Zlepšení možnosti kontroly hladiny krevního cukru, citlivosti receptorů na inzulin (možnost snížení dávky).
- Snížení úbytku kostní hmoty (zvláště u žen po menopauze).
- Snížení rizika pádů a zlomenin.
- Zlepšení pohyblivosti i celkové funkčnosti kloubů, snížení jejich bolestivosti.
- 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,...

- Zvýšení metabolismu (organismus spaluje více kalorií), udržování optimální hmotnosti, antidepresivní účinek, rozšiřování spektra sociálních kontaktů, útlum pocitu vyčerpání (Uhlíř, 2008).

Roslawski (2005) zastává názor, že pravidelný pohyb jakéhokoli druhu působí kladně na činnost nervového systému seniora a na veškeré mechanismy regulující oběh jeho krve. Pohyb se také podílí na zlepšování vlastností, jako je rychlost a výdrž, zručnost a koordinace pohybů nebo třeba rychlá reakce na změny situace. Právě takové výrazné zlepšování je ve značné míře výsledkem pozitivního pohybu pohybových aktivit na lidský nervový systém. Mezi další pozitivní aspekty pohybové aktivity patří to, že zmírňuje poruchy spánku, neurotické a depresivní stavy.

Jakákoli fyzická zátěž také způsobuje zesílení vláken srdečního svalu, a to díky tomu, že se srdce musí přizpůsobit větší tělesné námaze. Pohyb jako takový dále zlepšuje činnost dýchacího systému a s tím spojené lepší pokrytí povrchu kloubních chrupavek kloubním mazem, neboli lepší promazávání kloubní chrupavky.

Je možné brát pohybovou aktivitu jako silný fyziologický impuls, který je nezbytný pro správný vývoj a činnost pohybového ústrojí člověka (Roslawski, 2005).

2.1 Pohybová aktivita seniorů

Jako nejvhodnější fyzickou aktivitu pro lidi v raném období staršího věku doporučuje Roslawski (2005) jakékoli cvičení obecně podporující fyzickou zdatnost. Plus těchto cvičení je to, že je možné je vykonávat doma a kdykoli, třeba i za nepříznivého počasí. Měly by se zapojit převážně velké skupiny svalstva, zvláště dolních končetin.

Obecné doporučení pohybu pro seniory je každodenní pochod nebo procházka, která má stanovenou rychlost a dobu, ideálně 30 – 40 minut, dále to může být rekreační forma různorodých pohybových her a zábav.

Lidem v pozdějším stáří se obecně doporučují takové aktivity, které jsou ještě schopni sami provádět. Tou častokrát nejtěžší podmínkou je zvednout se z pohodlného křesla před televizí, což je v dnešní době problém i podstatně mladších lidí, a začít třeba s jednoduchými a lehkými domácími pracemi jako je uklízení, utírání prachu, příprava

jídla, umývání nádobí. Dále se doporučuje se práce na zahradě – hrabání listí, sekání trávy sekačkou apod. Co se však nedoporučuje, je kupříkladu kopání nebo jiné činnosti, které vyžadují pro seniory nebezpečné nachýlení těla dopředu při natažených končetinách. Je velice dobré věnovat čas také vnoučatům, pokud nějaké senior má, a hrát si s nimi.

Obecné doporučení pro postupné zlepšování kondice seniorů je například začít s každodenními procházkami (třeba s pejskem) po dobu asi 30 minut. Procházku je možné případně rozdělit do dvou etap, každou po 15 minutách. Je velice dobré pokusit se používat co nejméně výtah a snažit se používat místo něj schodiště. Zátěž se má zvyšovat postupně, aby nedocházelo ke zbytečné únavě a aby nebyla pocíťována bolest ve svalech (Roslawski, 2005).

2.2 Význam pohybové aktivity pro seniory

Snášel (2014) uvádí, že v celé západní společnosti se klade stále větší důraz na zaměření se právě na seniory, celkově na aktivní stáří a také na zlepšení stárnutí po všech stránkách, tedy i po stránce sportovní a zdravotní. Jedním z nejpodstatnějších zaměření je především klást důraz na snížení rizika pádů a úrazů, které je pro seniory často velmi rizikové. Právě proto je nutné zapojit seniory do aktivního cvičení, které je pro ně zároveň prevencí. Velkým plusem v tomto věku je hlavně zlepšení stability a celkové motorické kontroly seniora, protože, ač si to někteří možná nepřipouštíme, naše stabilita se rychle snižuje již mezi 30 až 40 rokem života. Mimo jiné s tím souvisí i ztráta svalové hmoty a síly.

Je jasné, že primárně u seniorů je rozvoj stability, motorické kontroly a hlavně rovnováhy důležitý více než kde jinde. Je potřeba si také uvědomit, že ztráta svalů a síly začíná, jak je již zmíněno výše, kolem 30 roku života. Od 50 roku života se tento jev podstatně zrychluje. Každých deset let po 50 letech věku člověka se snižuje svalová síla v průměru o 15%, a po 70 letech věku dokonce o 30%. Tento úbytek je výsledkem úbytku počtu svalových vláken – u žen je tento úbytek ještě výraznější. Snášel tvrdí, že další důležitý bod, který vychází z této studie (Uhlíř, 2008), je potřeba zapojit alespoň částečně silový trénink, který se však u seniorů stále velice podceňuje. Podle portálu může vhodně zvolený silový trénink tento úbytek nahradit z 25-100%

i více díky svalové hypertrofii a zapojováním většího počtu motorických jednotek svalu (Snášel, 2014).

2.3 Zásady pohybové aktivity u seniorů

2.3.1 Intenzita zatížení

Kalvach, Zadák, Jirák a Zavázalová (2004) při rozhodování o intenzitě zátěže vychází z několika zásad:

- Intenzita musí být přizpůsobena druhu, frekvenci a trvání pohybové aktivity s jasným vymezením limitu bezpečné intenzity s ohledem na zdravotní stav seniora.
- Limity bezpečné intenzity by měly být určeny s vyhodnocením zátěžového testu. Jako horní hranici předpokládáme 60% pracovní toleranci, nejde-li přesně určit hodnotu anaerobního prahu. U individuální tréninků vedených na klinických pracovištích formou krátkodobých intervalů vyšší zátěže nepřekračujeme 80% individuální maximální tolerance zátěže po dobu 1 min.
- Důležitá je sebekontrola pacienta, kterého učíme vnímat intenzitu zátěže a jeho limity obvykle měřením srdeční frekvence palpačně či pomocí sport-testeru, což je monitor srdeční frekvence s vysílačem ze 2 hrudních svodů a s přijímačem v hodinkách. Využít lze i RPE, tj. experimentální pocitovou Borgovu škálu pro subjektivní vnímání vynaloženého úsilí v rozmezí 6-20 stupňů se zátěžovým optimem 11-13, či „test du parler“, tj. test mluvení, hodnocený podle schopnosti konverzace v průběhu tréninkové zátěže, kdy za horní limit žádoucí intenzity považujeme přerušení plynulého hovoru flexibility (Kalvach, Zadák & Jirák et al, 2004, 419-420).

2.3.2 Frekvence a trvání tréninkové zátěže

Významnými faktory účinnosti pohybových aktivit jsou podle Kalvacha, Zadáka & Jiráka a kol. (2004) doba trvání a frekvence tréninkové zátěže. Obvykle se vychází z následujících zásad a modelů:

- Vytrvalostní zátěž aplikujeme obvykle 3krát týdně 30-40 min po minimálně 10 min rozcvičení a zahřátí. Delší doba je možná, pokud jde o zátěž formou turistické chůze. Při ní zařazujeme pro seniory po 45-60 min minimálně 10minutovou přestávku.
- Individuální trénink, obvykle na trenažérech (bicykl, veslařský trenažér, chodecký koberec), aplikujeme 3-5krát týdně. Preferujeme formu intervalového tréninku, interval vyšší zátěže nízké intenzity na úrovni 40-50 % maxima.
- Koordinační aktivity jsou rozvíjeny nejlépe při skupinovém cvičení, kdy jsou řazeny do rozvíjející části cvičební jednotky.
- Silové zatížení s malým odporem do 30 % maximální síly prováděné dynamicky se u seniorů aplikuje s využitím náčiní typu terabendů, gumových pruhů.
- Kompenzační cvičení se neúčinněji aplikuje denně po dobu 10-15 min v individuálním souboru v kombinaci se cvičením flexibility (Kalvach, Zadák & Jiráček et al, 2004, 419-420).

2.3.3 Doporučená pohybová aktivita u seniorů

Asi nejdůležitější zásada při volbě vhodné pohybové aktivity pro seniora je ta, že se vždy musí řídit jejich zdravotním stavem – a to jak dlouhodobým, tak i momentálním. Právě proto je vhodné některé fyzické činnosti pro seniory obecně doporučovat a některé nikoli.

Mezi nedoporučovanější aktivity patří především činnosti aerobní. Mezi tyto aktivity se řadí například chůze, kterou někteří označují jako nejpřirozenější pohyb pro člověka vůbec, jízda na kole, činnosti ve vodě, jako jsou plavání a vodní aerobic či jiné cvičení využívající fyzikálních vlastností vody. Mezi další vhodné aktivity pro seniory se řadí posilování, cvičení s míči nebo gumami (Thera Bandy), jóga a podobné skupiny cvičení. Avšak, jak je zmíněno výše, nejdůležitější je to, že každé cvičení musí být vždy přizpůsobeno aktuálnímu zdravotnímu stavu konkrétního jedince (Štílec, 2004).

2.3.4 Nevhodná pohybová aktivita u seniorů

Stejně tak, jak jsou aktivity, které jsou pro seniory vhodné či doporučované, tak naopak bychom mohli vymezit i aktivity, které jsou pro ně vzhledem k jejich věku a celkovému stavu organismu nevhodné. Obecně do nich Štílec (2004) řadí následující:

- Prudké či náhlé změny polohy. Při nich hrozí seniorům riziko závratě, která bývá také často spojená s pády na zem.
- Příliš vysoká intenzita pohybu.
- Skoky, poskoky a s tím spojené dopady na tvrdou zem. Při nich se velmi namáhají klouby.
- Záklony hlavy, které jsou příliš dlouhé. Při těchto cvičích často dochází k nedokrvení mozku a existuje vysoké riziko omdlení.
- Náročná koordinace a sestavy. V tomto případě nebývá moc pravděpodobné riziko fyzického zranění, bohužel však díky snížené schopnosti koordinace často hrozí možnost neschopnosti provádět cvik a s tím spojený pocit méněcennosti seniora.
- Izometrická cvičení se zadržným dechem. Negativně působí na oběhový systém, který je tímto cvičením velmi zatěžován.
- Cvičení na tělocvičném nářadí, například na hrazdě, bradlech nebo kruzích (Štílec, 2004).

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

2.4 Druhy pohybových aktivit vhodných pro seniory

Většina dostupné literatury (např. Adamírová, 2007, Holczerová a Dvořáčková, 2013, Raisin, 2011, Uhlíř, 2008, apod.) se v doporučení a zásadách pohybových aktivit vhodných pro osoby seniorského věku shodovala a já jsem nejvíce čerpala od Štilce (2003, 2004).

2.4.1 Aerobní aktivity

Mezi aerobní aktivity řadíme ty, které dobře slouží k udržování oběhového a dechového ústrojí organismu staršího člověka. Jsou to obvykle takové aktivity, které mají delší trvání, a to alespoň 20 minut (Štílec, 2004). Aerobní aktivity jsou aktivity, při kterých práce svalů a metabolické procesy v nich probíhají za přítomnosti kyslíku.

Chůze - je pro člověka nejpřirozenější a nejpřínosnější pohyb vůbec. Proto také jednoznačně patří mezi nejčastější a pravděpodobně i nejoblíbenější pohybové aktivity většiny seniorů. Chůze jako druh relaxačního pohybu spolu s pozitivním vlivem přírody významně podporuje odbourávání stresu. Její velkou výhodou je i to, že je časově a především finančně nenáročná a senior k ní nepotřebuje žádné speciální dovednosti. Je prokázáno, že chůze je pětkrát šetrnější ke kloubům než běh. Se zlepšující se kondicí je možné postupně zvyšovat intenzitu nebo délku trasy, tak, jak je seniorovi příjemné.

Chůzi můžeme rozdělit do několika typů, jsou to procházky a příležitostná chůze, funkční chůze, ostrá chůze, Nordic Walking (styl chůze, kde aktivně zapojujeme horní končetiny pomocí holí). Základem je mít kvalitní pohodlnou obuv a funkční nepromokavé oblečení. Při delší chůzi je důležité nezapomínat na pitný režim, pohybovat se ve známém a příjemném prostředí, nenosit s sebou žádné cennosti a vyhýbat se místům, která jsou nepřístupná anebo nemají zpevněný povrch.

Jízda na kole – představuje vynikající aerobní aktivitu, protože senior není nucen překonávat svou tělesnou hmotnost, tím pádem je mnohem šetrnější ke kloubům. Cyklistika v přírodě bývá spojena s určitými obtížemi, jako jsou doprava, terén nebo koordinace na kole. Méně náročná forma je jízda na stacionárním kole, i když není tak zajímavá, výhodou je možnost kdykoli kolo použít, navíc v suchu a teple pod střechem. Důležité je se před jízdou alespoň lehce rozcvičit a především mít nastavenou správnou velikost sedla a vzdálenosti od řídítek. Pro seniora se obecně doporučuje plynulé šlapání v rozmezí 60 – 70 otáček za minutu, odpor regulovat s ohledem na věk a zdravotní stav jedince a stejně jako při jakémkoli sportu nezapomínat doplňovat tekutiny.

Aktivity ve vodě – jsou u starších jedinců také velice oblíbené. Protože je pobyt ve vodě šetrný ke kloubům, nedochází k jejich zatěžování tolik jako na suchu. Ideální je teplá voda, která zaručuje větší pohodlí - pozor na příliš studené bazény nebo vodní nádrže (optimální je pro seniora teplota kolem 28-31°C). Mezi nejčastější aktivity

seniorů ve vodě patří aqua aerobik, různé organizované lekce, kdy odpor vody slouží k posilování těla (chůze a poskakování ve vodě, posilování s činkami a jinými pomůckami ve vodě) a samozřejmě také plavání. Plavání je aktivita, která také výrazně přispívá k udržení či zlepšení tělesné kondice. Posiluje se při něm celé tělo, zejména srdeční činnost i svaly dolních končetin, pletence ramenního a trupu, podporuje také plicní ventilaci. Při plavání je dobré střídat plavecké styly, jako jsou prsa, kraul a znak.

Při pohybu okolo bazénu je pro seniory obzvláště důležité používat gumovou obuv, protože může být důležitou prevencí proti možnému uklouznutí. Je také dobré se před vstupem do bazénu přesvědčit o hloubce vody, při plavání se držet raději při okraje bazénu a v místech, kde se nachází schůdky (Štilec, 2004).

Turistika, běžecké lyžování, práce na zahrádce – to je jen další možný výčet aerobních aktivit, které se obecně doporučují jako vhodné pro seniory. Vše samozřejmě, jak je již zmíněno výše, záleží na fyzickém zdraví a psychické zdatnosti konkrétního jedince (Ettinger, 2007).

2.4.2 Silová a protahovací cvičení

Štilec (2014) ve své knize uvádí, že s přibývajícím věkem člověku ubývá svalová hmota a s ní také síla. Celé tělo začíná mnohem rychleji slábnout, pokud je bez pohybu. Je totiž prokázáno, že sedmdesátiletý jedinec ztrácí průměrně 30% svalové síly, než měl v 50. roce svého života. Neaktivní jedinci, kteří zavrhnou pohyb, jsou ve stáří mnohem hůře silově vybaveni, než ti fyzicky aktivní. Dochází u nich ke zkracování posturálních svalů a k ochabování svalů fyzických, což vede až ke svalovým dysbalancím. Doporučeným způsobem, jakým se dají odstranit tyto dysbalance, jsou na to zaměřená kompenzační cvičení. Ty mají za úkol vyrovnávat svalovou nerovnováhu, a to za pomoci posilovacích, protahovacích a uvolňovacích cvičení. Pohyb také udržuje a zlepšuje pružnost šlach seniora, celkový rozsah jeho pohybu a pomocí něj lze také docílit lepší kloubní stability (Štilec, 2014).

Pro posilování existují dle Ettingera (2007) doporučení a pravidla, na které by se u seniorů rozhodně nemělo zapomínat. Jedno z nich je to, že by se měl senior o vhodnosti cviků poradit se svým lékařem, fyzioterapeutem nebo sportovním trenérem. Obzvláště, pokud v minulosti prodělal operaci nebo nějaký úraz. Důležité je před každým posilováním uvolnit, lehce zahřát a protáhnout svaly. Poté při samotném

cvičení posilujeme především oslabené svaly, vybíráme jednoduché a snadné cviky, důležité je správné provedení a správné, pravidelné dýchání – většinou s kontrakcí výdech. Důležité je nezadržovat dech, seniorovi může způsobit zvýšený krevní tlak, případně závratě a mdloby. Pokud není senior v posilování zkušený, jako prevence zranění a správnosti provedení cviků je potřeba alespoň ze začátku dohled zkušeného trenéra. Jako první by měl senior v tréninkové jednotce procvičit větší svalové partie, kterými jsou nohy, záda a břicho, poté menší partie, jako jsou biceps, triceps nebo lýtka. Cviky by měly být pomalé, kontrolované a provedené v celém rozsahu pohybu.

Základním pravidlem silového cvičení seniora je mít stabilní, pohodlnou polohu a tělo by mělo relaxovat. Protahované svaly nesmí plnit antigravitační funkci, zásadně nevolíme švihové pohyby, ani pohyby, které by způsobovaly bolest, ale naopak vždy volíme přiměřený odpor a uvolnění s výdechem (Ettinger, 2007).

2.4.3 Jóga a čínská zdravotní cvičení

Jóga představuje ucelený cvičební systém, který se zaměřuje především na harmonizaci člověka, ať po stránce fyzické, tak především i po stránce duševní. Jóga a cvičení podobně zaměřená, jsou vhodná pro všechny věkové kategorie, pro lidi seniorského věku je však podle Adamírové (2007) a Štilce (2003) více než prospěšná. Při jógových cvičeních je totiž kladen důraz na plynulé navazování pohybu bez švihových prvků a na vědomé a koncentrované dýchání, které umocňuje protažení celého těla. Tím udržuje dobrý tělesný i duševní stav, zároveň také podporuje správné fungování vnitřních orgánů. Je prospěšná také na protahování a posílení těch svalů, které podporují kloubní pohyblivost a pružnost těla, které jsou většinou u seniorů oslabené.

Čínská zdravotní cvičení, mezi něž řadíme „Čchi-kung“ (práce s vnitřní energií), „Pět Tibet’anů“ (cvičení ovlivňující sedm žláz s vnitřní sekrecí), „Tai-chi“ (regenerace zraku, léčebné dýchání), vychází z tradiční čínské medicíny, která pohlíží na člověka jako na celek a klade důraz především na prevenci a spolupráci pacienta. Cílem těchto cvičení je umocnit pozitivní vztah seniorů ke cvičení, spojení jejich mysli s dechem a schopnost koncentrovat se na zatěžované části těla (Štilec, 2003).

2.4.4 Cvičení s pomůckami

Mezi tato cvičení, která jsou vhodná pro seniory, se řadí například gumový pás thera-band (Pavlů, 2004). Gumové pásy pomáhají jak při protahování, tak i při posilování celého těla. Thera-bandy jsou rozděleny podle velikosti odporu a tím pádem i náročnosti cvičení, přičemž každá obtížnost je jinak barevně odlišena – od béžového (extra slabého) až po zlatý (maximálně silný) odpor. Vhodnost odporu volíme podle zdatnosti konkrétního seniora. Pohyb je důležité provádět tahem, při stálém napětí thera-bandu a v celém rozsahu pohybu, přičemž největší odpor je kladen na konci pohybu.

Zdravotnické míče (overbally) jsou mezi seniory také velice oblíbené pomůcky ke cvičení svalové koordinace a rovnováhy. Overball je malý nafukovací míč s průměrem 28 cm a, který je z pružného neklouzavého povrchu. Podle potřeby je možné upouštět vzduch, či ho naopak nafukovat. Tento míč nabízí opravdu všestranné využití, ať už při posilovacích, vyrovnávacích, kondičních nebo relaxačních cvičení.

Cvičení, které je vhodné pro všechny věkové kategorie bez rozdílu věku či hmotnosti, a u seniorů velmi oblíbené, je cvičení na velkém míči zvaném fit ball. Je důležité vybrat adekvátní velikost míče, proto má několik velikostí. Správná velikost pro pohodlné sedění je taková, aby stehna byla s bércelem v pravém úhlu. Hlavní užití fit ballu je při problémech s bolestí zad, ale i jako prevence podporující správné držení těla vlivem rovnovážných a stabilizačních cviků (Štilec, 2004).

3 KVALITA ŽIVOTA

3.1 Vymezení pojmu

Vymezení pojmu kvalita života není snadné. Podle Balogové (2005, in: Mühlpachr, 2005) se jedná o multidimenzionální fenomén. Je tedy složen z několika faktorů, jako jsou například biologický, neurofyziologický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický, estetický či jiné. V konkrétním životě může být některý z faktorů dominantní nebo naopak může být některý potlačený (Mühlpachr, 2005).

Kvalita života (QOL - zkratka z anglických slov „quality of life“) vyjadřuje hodnocení života člověka, jeho životních procesů a kritérií. Do jisté míry je dána úrovní duševní, tělesné a sociální pohody, dále také úrovní osobní spokojenosti a radosti ze života, kterou daný jedinec vnímá i přes jeho osobní starosti či potíže. Jedná se o kritéria, jako jsou např.: zdraví či nemoci, trávení volného času, rekreace, úroveň bydlení, životní prostředí, mezilidské vztahy apod. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života závislá na tom, jak jedinec vidí svou pozici v životě – a to v souvislosti se svými hodnotami a kulturou.

Kvalita života je v dle Šrámkové a kol. (1999, in: Hošek a Jansa, 2002) současné době velice frekventovaným pojmem. Cílem měření kvality života je vyjádřit komplexní kritéria, která odpovídají současnému chápání zdraví, tedy „stavu úplné fyzické, psychické a sociální pohody“. Toto měření je tedy pojato jako zjišťování rozdílů mezi reálnou situací a přáním či očekáváním. Je velice důležité, aby rozdíly byly pozorovány v závislosti na schopnostech jedince překonávat tento nesoulad a tím směřovat ke svobodě a autonomii (Hošek, Jansa, 2002).

Na kvalitu života lze také nahlížet z jednotlivých vědních hledisek, a to z hlediska medicínského, psychologického či sociologického. Z pohledu medicínského kvalitu života dle Vaňurové a Mühlpachra (2005) Světová zdravotnická organizace (WHO) definovuje následovně: „Jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým

oblastem jeho životního prostředí“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, 11). Ze sociologického hlediska je kvalita života chápána jako „kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti“ (Balogová, 2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 162). A v neposlední řadě z hlediska psychologického lze kvalitu života chápat jako duševní či osobní pohodu, proto také toto hledisko lze často v literatuře naléznout pod anglickým názvem „well-being“. Patří sem tedy podle Payna (2005) pozitivní indikátory jako jsou seberealizace, sebeaktualizace či sebehodnocení, a naopak negativní indikátory jako jsou deprese, mánie, poruchy nálad, stress či traumatické zážitky (Payne, 2005).

3.1.1 Rozsah kvality života

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

a) makro-rovina – tato rovina se zaměřuje na kvalitu života takzvaných velkých společenských celků. Jde zde o absolutní smysl života.

b) 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.

c) 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.

d) 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 (Vaďurová. & Mühlpachr, 2005).

3.1.2 Dimenze kvality života

V hledisku kvality života bychom mohli mluvit o 2 dimenzích, a to o dimenzi objektivní a subjektivní. Toto dělení potvrzují Vaďurová a Mühlpachr (2005). Objektivní ve značné míře ovlivňuje život člověka. Dal by se do ní zařadit jakýsi souhrn podmínek ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních, jako jsou materiální zabezpečení, sociální status, fyzické zdraví a sociální podmínky života. Subjektivní dimenze představuje především vlastní vnímání svého postavení, týká

se tedy lidské emocionalita a všeobecné spokojenosti s životem, především v rámci společnosti, kultury či hodnotového systému (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Z různých výzkumů podle Libergrové a Müllerové (2001, in: Dvořáčková, 2012) vyplývá, že i přesto, že objektivní a subjektivní hodnocení kvality života poskytují odlišná data, jsou obě tyto dimenze nepostradatelnou součástí celkového hodnocení (Dvořáčková, 2012).

Holandský profesor Ruut Veenhoven (2000, in: Dvořáčková, 2012) kategorizuje koncept kvalit života ve své teorii „čtyř kvalit života“ (tabulka 2).

Tab. 2: Čtyři typy kvality života podle Veenhovena (zpracováno dle Mareše, J., 2006)

	Vnější kvalita života (prostředí)	Vnitřní kvalita života (jedinec)
životní šance, předpoklady	A. vhodnost prostředí životní prostředí sociální kapitál životní úroveň	B. životaschopnost jedince psychologický kapitál zdraví způsobilost
podoba života, výsledky	C. užitečnost života	D. porozumění vlastnímu životu subjektivní pohoda spokojenost, štěstí

3.2 Kvalita života seniorů a její činitelé

Kvalita života v geriatрии a gerontologii patří mezi velice důležité ukazatele. Tuto kvalitu může ovlivnit nepřeberné množství okolností, které na něj v průběhu celého života působí. Ať už se jedná o pohybovou aktivitu, psychické zdraví či tělesnou zdatnost. Hendl (1999, in: Hošek a Jansa, 2002) uvádí, že v kladném smyslu se zdravím byl vždy spojován sport, a ten je také jedním z motivů, proč jej mnoho lidí provozuje. Ovšem záleží také, jaký sport, v jaké intenzitě a ve kterém věku pro které pohlaví může daný sport zdraví rozvíjet a upevňovat. Další otázkou, kterou si klade, je zda má na kvalitu života v případě psychického zdraví pozitivní vliv daný sport, či pouze sekundární účinky, jako jsou lepší sekundární prostředí či pozitivní působení osobnosti trenéra (Hošek & Jansa, 2002).

3.3 Potřeby seniorů

Nesmíme zapomínat na to, že všichni lidé mají potřebu být a zůstat prospěšní, užiteční a uznávaní, platní. U většiny mladších lidí jsou tyto potřeby často s naprostou samozřejmostí naplňovány v rámci rodiny či v pracovním procesu. Odlišnost u znevýhodněných seniorů tedy netkví v rozdílných potřebách, ale především v jiném způsobu jejich uspokojování a naplňování. Zásadní je tedy uvědomit si, že z velké části jde o potřeby psychické a spirituální, protože nejsou důležité jen potřeby fyziologické (biologické), a to ani ve stáří. Pichaud a Thareauová (1998) z nich jmenují pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost a smysl života.

Kvalita stáří z velké části vychází také ze schopnosti uspokojování svých lidských potřeb - od biologických, přes psychosociální, až po potřeby růstu, rozvoje a seberealizace (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012).

Každá osoba má individuální vnímání potřeb, proto je velmi obtížné uvést přesný výčet, který by tyto potřeby všeobecně shrnoval. Existují však různé teorie, které jsou sestaveny podle naléhavosti a pořadí, ve kterém se běžně základní lidské potřeby projevují. Nejznámější teorii potřeb vytvořil americký psycholog A. H. Maslow. Ten vytvořil na základě svých poznatků pyramidu, ve které tyto základní lidské potřeby znázorňuje. Jsou sestaveny podle naléhavosti a pořadí, ve kterém se tyto základní lidské potřeby projevují.

Patří mezi ně potřeby:

- 1) Fyziologické (někdy nazývány také biologické) – potřeba příjmu jídla a tekutin, potřeba kyslíku, spánku, odpočinku, vyprazdňování, nepřítomnost bolesti či sexuální potřeby.
- 2) Jistota a bezpečí – vyvarování se nebezpečí či ohrožení, touha po důvěře, stabilitě a ochraně.
- 3) Lásky a sounáležitosti – základní potřeba být milován a milovat, potřeba určité náklonnosti, sounáležitosti a začlenění.
- 4) Uznání, ocenění a sebeúcta – vztah k sobě samotnému, např. jako sebeúcta, seberespekt nebo sebepřijetí. Také vyžadování respektu, uznání a ocenění okolím.

5) Kognitivní potřeby – poznávání, vědění, rozumění, orientování se v určitém oboru, touha získávání informací.

6) Estetické potřeby – uspokojují touhu po kráse, vkusu, estetice (projevují se v různých oblastech, jako jsou např. upravený zevnějšek, příjemné prostředí či bydlení).

7) Seberealizace – potřeba realizovat vlastní potenciál, touha něco dokázat. Je úzce spojena s touhou hledat sám sebe či smysl života. Také souvisí s osobnostním růstem člověk a jeho duchovním vývojem (Trachtová, 2001).

Vágnerová (2000, in: Klevetová a Dlabalová, 2008) rozděluje strukturu vývojových potřeb seniorů do šesti oblastí. Jsou jimi:

- potřeba stimulace správnými podněty
- potřeba smysluplného světa
- potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými
- potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti
- potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými
- potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva (Klevetová & Dlabalová, 2008).

3.4 Nástroje a metody měření kvality života

Nástroje pro měření kvality života můžeme rozdělit do tří kategorií – objektivní, subjektivní a kombinace obou. Křivohlavý (2002, 165):

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.

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, využíván zejména pro hodnocení výsledků péče. Tvoří jej 105 položek.

- **SQUALA** – tento dotazník subjektivního hodnocení kvality života, který jsem ve své práci použila, popíšu podrobněji níže (viz. podkapitola 3.4.1).

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).

3.4.1 Dotazník subjektivního hodnocení kvality života SQUALA

Dragomirecká a kol. (2006) za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví v současné medicíně 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 se 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 S-QUA-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

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).

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Bakalářská práce se zabývá subjektivním hodnocením kvality života seniorů na Svitavsku. Cílem práce je zjistit subjektivní kvalitu pomocí dotazníku SQUALA. Proměnnými v této práci jsou: pohlaví, věk, vzdělání, práce, frekvence pohybové aktivity, organizovanost pohybové aktivity, subjektivní vyjádření zdravotního stavu a kvality života. O těchto proměnných se domníváme, že mohou mít na výsledky dotazníku SQUALA vliv. Soubor respondentů jsme tedy rozdělili dle těchto parametrů:

- a) **pohlaví:** muži, ženy,
- b) **věk:** uveden v letech a rozdělen do 3 skupin dle klasifikace WHO: od 60 do 74 let, od 75 do 89 let a nad 90 let.
- c) **vzdělání:** nejvyšší dosažené vzdělání, 4 bodová škála (základní, střední bez maturitní zkoušky, s maturitní zkouškou anebo vysokoškolské)
- d) **práce:** zda respondenti stále pracují (řádný pracovní úvazek, částečný anebo pracují a pobírají důchod), či nepracují,
- e) **frekvence pohybové aktivity:** kolikrát týdně provozují respondenti pohybovou aktivitu (1x týdně, 2x týdně, 3 a více krát týdně) nebo necvičí,
- f) **organizovanost pohybové aktivity:** účastní se pohybové aktivity organizovaně? (neúčastní, 1x týdně, 2x a 3x a více),
- g) **zdravotní stav:** 5 bodová škála, kde subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav (velmi spokojený, spíše spokojený, ani spokojený/nespokojený, spíše nespokojený, úplně nespokojený),
- h) **kvalita života:** 5 bodová škála, kde subjektivně hodnotí svoji kvalitu života (velmi dobrá, dobrá, ani dobrá/špatná, slabá, velmi slabá).

Subjektivní hodnocení kvality života jsme u respondentů hodnotili pomocí výsledků dotazníku subjektivní kvality života SQUALA (Dragomerická, 2006).

Pro splnění cíle bakalářské práce jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou základní popisné charakteristiky kvality života respondentů? Jaká je úroveň hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA u celého souboru respondentů - vyjádřeno profilem hrubými skóry dimenzí SQUALA (abstraktní hodnoty, zdraví, blízké vztahy, volný čas, základní potřeby)?
- 2) Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky subjektivní kvality života seniorů?

- a) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života SQUALA?
- b) Ovlivňuje věk výsledky kvality života SQUALA?
- c) Ovlivňuje práce výsledky kvality života SQUALA?
- d) Ovlivňuje frekvence pohybové aktivity výsledky kvality života SQUALA?
- e) Ovlivňuje organizovanost pohybové aktivity výsledky kvality života SQUALA?
- f) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotní stav (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?
- g) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastní kvalitě života (5 bodová škála) výsledky kvality života SQUALA?

5 METODIKA

5.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor této práce tvoří celkem 60 lidí seniorského věku pocházejících z okresu Svitavy, žijících stále samostatně ve svých bytech či, kteří dobrovolně souhlasili se spoluprací na mém výzkumu. Nachází se zde subjektivní hodnocení kvality vlastního života dotázaných seniorů, které jsme dále rozdělily podle následujících kategorií:

- a. **pohlaví:** 22 mužů (36,67%) a 38 žen (63,33%).
- b. **věk:** je uveden v letech a rozdělen do 3 skupin dle klasifikace WHO: v první skupině od 60 do 74 let bylo 41 respondentů (68,33%), ve druhé skupině od 75 do 89 let 15 respondentů (25,00%) a ve třetí skupině nad 90 let 4 (6,67%).
- c. **vzdělání:** v dotazníku respondenti uvedli své nejvyšší dosažené vzdělání - základní uvedlo 10 respondentů (16,67%), střední bez maturitní zkoušky 22 (36,67%), s maturitní zkouškou 20 (36,67%) a vysokoškolské uvedlo 8 respondentů 13,33%)
- d. **práce:** v této části dotázaní zaškrtili možnost, zda stále pracují či ne. Odpověď „nepracuji“ uvedlo 40 osob (66,67%) a odpověď „pracuji“, která se dále dělila na možnosti „řádný pracovní úvazek, částečný anebo pracuji a pobírám důchod“, zvolilo 20 lidí (33,33%).
- e. **frekvence cvičení:** 9 lidí (15%) dotázaných uvedlo, že se věnuje ve volném čase cvičení alespoň 1x týdně, 20 lidí (33,33%) 2x týdně, 15 lidí (25,00%) 3 a více krát týdně a 16 (26,67%) z dotázaných necvičí vůbec.
- f. **organizovanost pohybové aktivity:** dále měli respondenti uvést, zda se účastní pohybové aktivity organizovaně. 36 (60,00%) z nich uvedlo, že se organizované aktivity neúčastní, 11 (18,33%) jednou, 9 (15,00%) dvakrát a 4 (6,67%) 3 a více krát týdně.
- g. **zdravotní stav:** pouze 2 lidé (3,33%) z našeho souboru jsou se svým zdravotním stavem velmi spokojení (1). Spíše spokojených (2) je jich 26 (43,33%), ani spokojených, ani nespokojených (3) je 19 (31,67%), spíše nespokojených (4) 12 (20,00%) a úplně nespokojený (5) 1 (1,67%).
- h. **kvalita života:** poslední skupinu v našem dotazníku tvořila kvalita života zúčastněných, kterou 5 respondentů (8,33%) ohodnotilo jako velmi dobrou (1), 36

(60,00%) jako dobrou (2), 14 (23,33%) jako ani dobrou, ani špatnou (3) a 5 (8,33%) jako slabou (4). Velmi slabou (5) kvalitu života nevybral žádný respondent.

Tab. 3: Zastoupení souboru v četnosti a procentech (n=60)

Pohlaví	Muži	22	36,67%
	Ženy	38	63,33%
Věk	60 - 74 let	41	68,33%
	75 - 89 let	15	25,00%
	90 a více let	4	6,67%
Práce	Nepracuje	40	66,67%
	Pracuje	20	33,33%
Frekvence cvičení	Necvičí	16	26,67%
	1x týdně	9	15,00%
	2x týdně	20	33,33%
	3x týdně a více	15	25,00%
Organizovanost PA	Necvičí organizovaně	36	60,00%
	1x týdně	11	18,33%
	2x týdně	9	15,00%
	3x týdně a více	4	6,67%
Zdravotní stav	velmi spokojený/á	2	3,33%
	spíše spokojený/á	26	43,33%
	ani spokojený/á – ani nespokojený/á	19	31,67%
	spíše nespokojený/á	12	20,00%
	úplně nespokojený/á	1	1,67%
Kvalita života	velmi dobrá	5	8,33%
	dobrá	36	60,00%
	ani dobrá ani slabá	14	23,33%
	slabá	5	8,33%
	velmi slabá	0	0,00%

5.2 Průběh a organizace výzkumu

Sběr dat dotazovaných osob seniorského věku v tomto výzkumném souboru probíhal od září 2013 do března 2014 ve Svitavách, Moravské Třebové a okolních vesnicích v okrese Svitavy. Všem šedesáti probandům byl dán Informovaný souhlas podle Vnitřního předpisu FTK UP č.2/2008 (viz Příloha 1) a Dotazník kvality života – SQUALA (viz Příloha 2).

5.2.1 Identifikace respondentů

Při výběru respondentů do tohoto výzkumného souboru jsem záměrně volila především osoby z mého sousedství, které byly ochotné spolupracovat, dále jsem oslovovala osoby seniorského věku na akcích, kterých se zúčastnili, a z velké části jsem také oslovila své přátele, prarodiče a jejich známé. Zaměřila jsem se pouze na ty osoby seniorského věku (podle WHO nad 60 let včetně), kteří žijí samostatně nebo s rodinou ve vlastních domech či bytech, nikoli v zařízení pro ně určených, např. domovech pro seniory. Proto bylo pro mne velice obtížné najít dostatek vhodných kandidátů, obzvláště pak mužů, kteří by byli ochotní se na mém výzkumu podílet. Tito lidé bývají často velmi nedůvěřiví a nechtějí se zapojit, ať už z pocitu ztráty bezpečí nebo omezení soukromí. Proto je v mém výzkumném souboru pouze 60 respondentů.

Všichni dotazovaní byli seznámeni s důvodem a cílem výzkumu, byly jim vysvětleny požadavky a především byli ujištěni, že jejich soukromé informace nebudou nikde zveřejněny a slouží pouze pro vědecké účely, což byl bohužel jeden z nejčastějších důvodů, díky kterým se někteří dotazovaní omluvili a výzkumu se neúčastnili.

Samotné vyplňování dotazníků probíhalo tak, že větší část si brala dotazníky s sebou a vyplnila je v klidu a soukromí svého domova, a menší část vyplnila svůj dotazník se mnou ihned, což zabralo v průměru asi 30 minut nebo déle, pokud měli respondenti nějaké dotazy týkající se jednotlivých položek v dotazníku.

5.3 Použité metody

Při sbírání informací sloužících k mému výzkumu jsme zvolily metodu použití dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Tento dotazník se nám zdál pro tento

výzkum ideální z důvodu jeho jednoduchosti, přehlednosti a stručnosti. Respondenti nemuseli vypisovat dlouhé odpovědi, pouze zaškrtnli vhodnou odpověď – avšak měli i možnost připsat odpověď, pokud jim v dotazníku chyběla a zdála se jim důležitá. Podrobněji se o dotaznících SQUALA rozepisují v kapitole 3 (kvalita života).

Dotazník SQUALA byl doplněn o osobní informace a dotazy na pohybovou aktivitu, viz příloha 2.

5.3.1 Dotazník subjektivní kvality života SQUALA

Původní dotazník zahrnuje 23 oblastí pokrývajících vnější i vnitřní skutečnost každodenního života, u nichž respondent určuje na pětibodové hodnotící škále subjektivní důležitost této oblasti a jak je s touto oblastí spokojen. Dále je připojena otevřená otázka k případnému doplnění další oblasti důležité pro respondentův život a opominuté v předpokládaném výčtu (Dragomirecká et al., 2006, 10-11).

Dragomirecká jmenuje základní oblasti původní verze dotazníku SQUALA, jsou jimi: zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, láska, sex, politika, víra, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo (Dragomirecká et al., 2006).

Hnilicová (2005, 213) uvádí, že existuje i dotazník standardizovaný pro naši populaci, a to již od roku 1995-1996. Tato česká verze se nazývá QOL SQUALA-CZ. „Kvalita života je zde určena v podobě celkového skóre, jednak také profilem spokojenosti v jednotlivých oblastech života“ (Hnilicová, 2005).

5.4 Statistické zpracování dat

Statistická data z tohoto výzkumného souboru byla zpracována, porovnávána, tříděna a graficky zobrazena pomocí tabulek v programu Statistica 6.0 MS Excel, statistické vyhodnocení provedl odborný pracovník Katedry přírodních věd v kinantropologii FTK UP RNDr. Milan Elfmark.

Výsledky dotazníku SQUALA jsou popsány pomocí:

- a) průměrné hodnoty, což je aritmetický průměr pozorované oblasti,

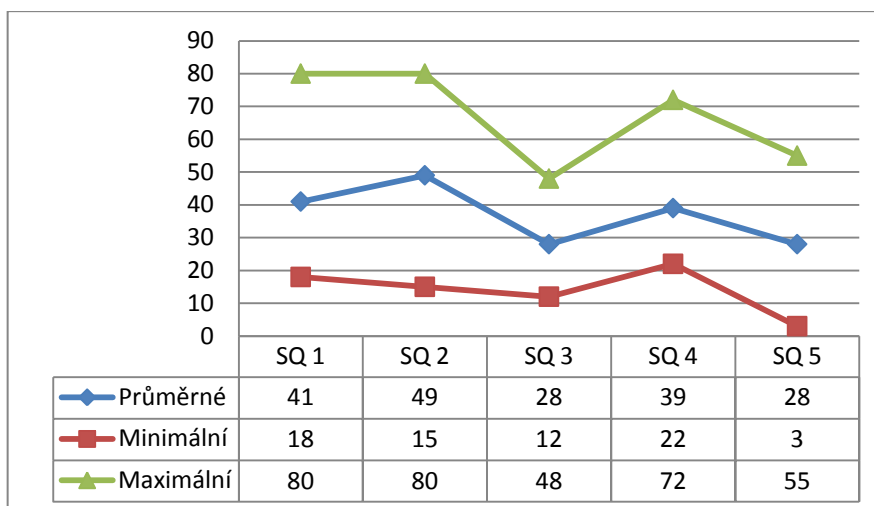
- b) minima, což je nejnižší hodnota, která byla dosažena,
- c) maxima, což je nejvyšší hodnota, která byla dosažena,
- d) směrodatné odchylky (Std. Dev.), což je hodnota, která vyjadřuje, o kolik se pozorované oblasti vychylují od průměrné hodnoty.

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 $p \leq 0,01$ či $0,05$ u základních parametrů (u kterých jsme se domnívali, že budou mít vliv na kvalitu života) využíváme Mann-Whitniův U testu a Kruskal-Wallis ANOVA testu.

6 VÝSLEDKY A DISKUSE

6.1 Subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů dle SQUALA



Graf 1: Průměrné, minimální a maximální hodnoty 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)

Subjektivní kvalita života v grafu 1 je vyjádřena průměrnými, minimálními a maximálními hodnotami hrubých skóre dimenzí u celého souboru probandů. Dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) respondenti hodnotí ze všech dimenzí nejlépe. Další dimenzí, která byla respondenty hodnocená také velmi dobře, je SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda). Dále je v pořadí SQ4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky). Nejníže hodnocenými dimenzemi jsou pak dimenze SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život) a SQ5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo).

Při žádosti o vyplnění subjektivního dotazníku SQUALA jsem se zaměřila na osoby seniorského věku žijící samostatně ve svých obydlích a neoslovovala jsem osoby, kteří žijí v domovech pro seniory. Právě proto se domnívám, že je dimenze SQ2 zdraví u našeho souboru hodnocená ze všech dimenzí nejlépe, protože oslovení senioři se zdáli být opravdu samostatní a soběstační, dokázali o sebe stále pečovat. Podle mého názoru má však samostatné bydlení seniorů negativní vliv právě na dimenze SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby, což potvrzuje také výsledek naší studie. Domnívám se, že samostatným bydlením sice senioři zůstávají soběstační, ale mohou se cítit osamělí – často jim zemře partner nebo blízcí přátelé, často také nemusí mít pocit, že jsou milováni. Je také pravděpodobné, že samostatně žijící senioři mohou mít finanční nebo jiné potíže, což se může odrážet ve spokojenosti s vlastním bydlením nebo si nemohou dovolit kvalitní stravování.

Pokud srovnáme výsledky respondentů ze Svitavska s reprezentativním souborem pro ČR 49-59 let (Dragomirecká, 2006, 27), mají senioři ze Svitavska ve všech dimenzích (SQ1 – SQ5) snížené výsledky subjektivního hodnocení kvality života. Domnívám se, že výsledná snížená hodnota kvality života respondentů v našem souboru je daná pouze tím, že byl soubor srovnáván s průměrně o 10-15 let mladšími respondenty. Více než 2/3 respondentů je se svojí kvalitou života spíše spokojených nebo nejsou ani spokojení, ani nespokojení.

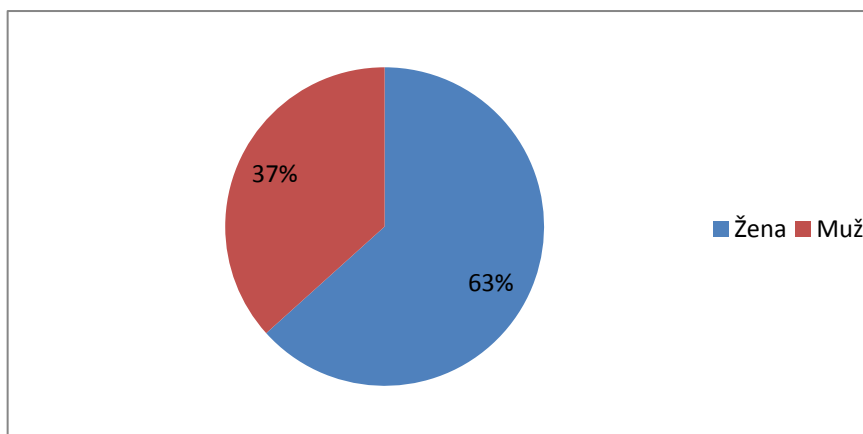
6.2 Základní charakteristiky vybraných proměnných a jejich vliv na výsledné hodnocení kvality života

a) Vliv pohlaví na výsledky dotazníku SQUALA

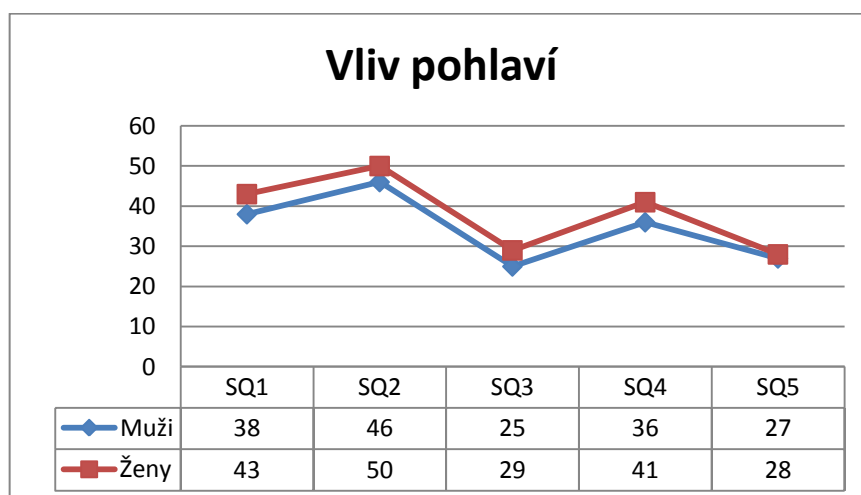
První položkou, která mohla ovlivnit výsledné hodnocení kvality života respondentů, bylo pohlaví, tedy zda je respondent muž nebo žena. Jak jsem již zmiňovala výše, bylo velmi obtížné sehnat dostatek mužů seniorského věku, kteří by byli ochotní spolupracovat.

Tab. 4: Pohlaví respondentů

Uveďte Vaše pohlaví.	Počet respondentů	Procenta
Žena	38	37 %
Muž	22	63 %



Graf 2: Pohlaví respondentů



Graf 3: Průměrné hodnocení kvality života dle pohlaví v dimenzích SQUALA

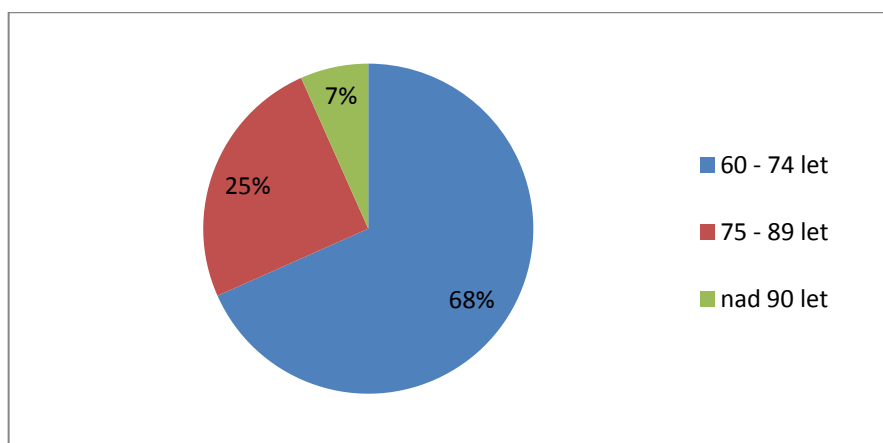
V grafu 3 je graficky znázorněno hodnocení kvality života podle pohlaví, muži (22), ženy (38). Dle Mann – Whitneyho U testu (viz graf 3) nenacházíme u pohlaví žádnou statistickou významnost. Nejvýše hodnotí muži i ženy dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) a nejnižší SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). Celkově ženy hodnotí kvalitu života výše než muži, což potvrzuje závěry předešlých bakalářských a diplomových prací s podobnou tématikou (Herzig, 2014, Melicharová, 2013, Prachařová, 2013 apod.).

b) Vliv věku na výsledky dotazníku SQUALA

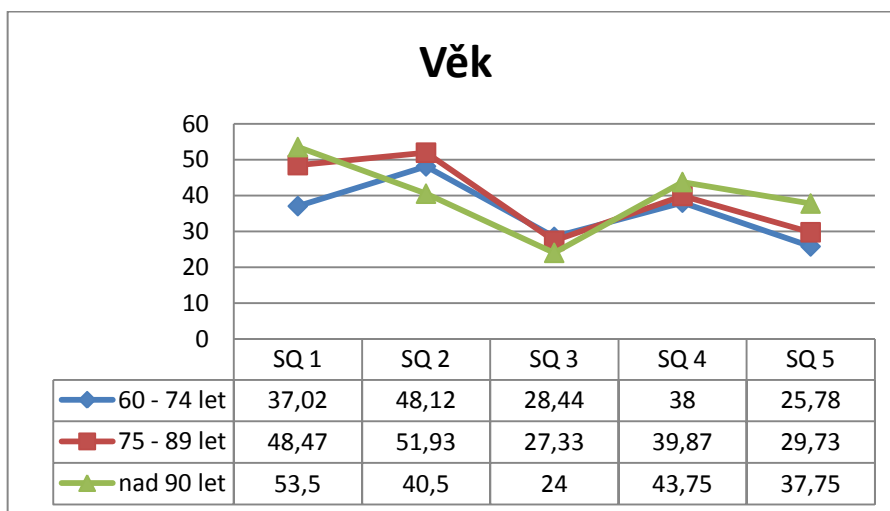
Další důležitou informací, kterou uváděli respondenti, byl jejich věk. Pro účel naší práce jsme respondenty rozdělili dle věku podle WHO na 3 skupiny, a to od 60 do 74 let v první skupině, od 75 do 89 let ve druhé skupině a nad 90 let ve skupině třetí. V první skupině do 74 let bylo respondentů nejvíce. Velmi mne překvapilo, že jeden z respondentů uvedl úctyhodný věk 99 let.

Tab. 5: Věk respondentů

Uveďte Váš věk.	Počet respondentů	Procenta
65 - 74 let	41	68 %
75 - 89 let	15	25 %
Více než 90 let	4	7 %



Graf 4: Věk respondentů



Graf 5: Průměrné hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA

Na obrázku (graf 5) je znázorněno hodnocení kvality života podle věku respondentů rozděleného na 3 skupiny, a to od 60 do 74 let v první skupině, od 75 do 89 let ve druhé skupině a nad 90 let ve skupině třetí. Skupina seniorů od 60 do 74 let hodnotí nejvýše dimenzi SQ2 zdraví a nejnižší SQ5 základní potřeby. Od 75 do 89 let hodnotí také nejvýše dimenzi SQ2, nejnižší potom SQ3 blízké vztahy. Skupina seniorů nad 90 let hodnotí nejvýše dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty a nejnižší také dimenzi SQ3.

Domnívám se, že skupina seniorů od 60 do 74 let hodnotí dimenzi SQ2 zdraví nejvýše, protože často bývají osoby v tomto věku stále ve výborné kondici a stále naprosto soběstační a zdraví. Nejnižší hodnocenou položkou u této skupiny je dimenze SQ5 základní potřeby, mezi které se řadí bydlení, prostředí, peníze a jídlo. Tyto položky bývají individuálního charakteru, já se domnívám, že si osoby v tomto věku už mohly představovat své zázemí „na lepší úrovni“ a často mohou být zklamaní, že tomu tak není. Druhá skupina (75 - 89 let) také hodnotila nejlépe dimenzi SQ2 zdraví, což je podle mého názoru velice dobrý výsledek. Tito respondenti tedy byli i v tomto věku se svým zdravotním stavem a soběstačností spokojeni. Naopak nejméně spokojeni byli s dimenzí SQ3 blízké vztahy. Domnívám se, že v tomto věku, jak jsem psala již výše, si mohou připadat senioři osamělí. Již většinou nechodí do práce, nestýkají se denně s tolika lidmi a mohou přicházet o své přátele nebo partnery, kteří zemřou. Skupina seniorů nad 90 let hodnotí nejvýše dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty - dokonce výše, než zbylé dvě skupiny. Mezi tyto hodnoty se řadí například krása, umění a pravda – a tyto hodnoty si dnes, v uspěchané době, mladší lidé nedokážou plně uvědomit a užít. Právě proto si myslím, že je tato dimenze u seniorů nad 90 let nejlépe hodnocená. Nejhůře hodnotí dimenzi SQ3, také si myslím, že důvod může být pocit osamělosti.

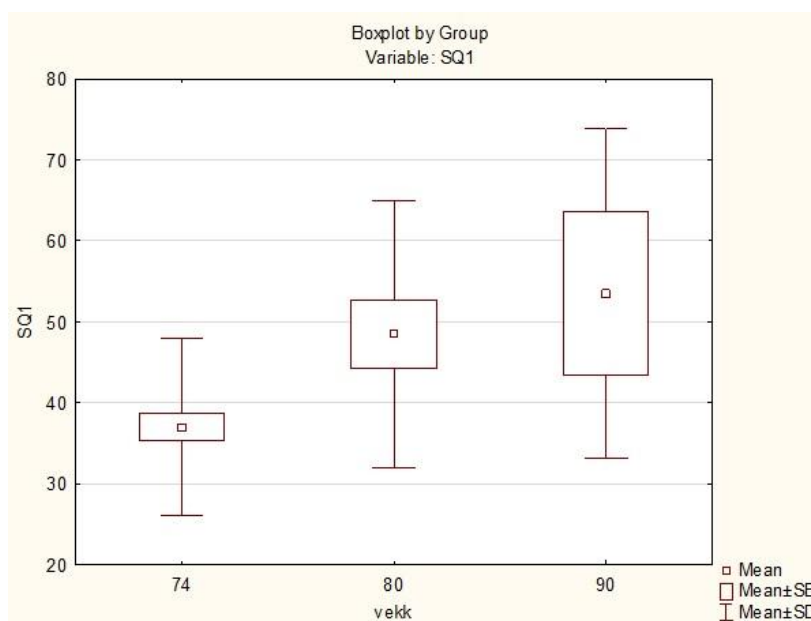
Statisticky významný rozdíl hodnocení subjektivní kvality života byl u věkových skupin potvrzen celkově pouze u SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda) na $p = 0.025$ (dle Kruskal-Wallis ANOVA), viz tab. 5. Nebyl však potvrzen u rozlišení závislosti mezi jednotlivými skupinami, pouze mezi skupinou do 74 let a skupinou od 75-89 let na $p = 0.07$. (Tab. 6), metoda Multiple comparison p-values (metoda vícenásobného porovnání).

Tab. 6: Hodnocení subjektivní kvality života u věkových skupin (dle Kruskal-Wallis ANOVA)

SQ1 Abstraktní hodnoty	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Věk Kruskal-Wallis test: H (2, N= 60) =7,375392 p =,0250			
	Code	Valid N	Sum of Ranks	Mean Rank
74	74	41	1082,50	26,40
80	80	15	575,00	38,33
90	90	4	172,50	43,13

Tab. 7: Rozlišení závislosti mezi jednotlivými věk. skupinami (dle metody Multiple Comparisons p-values)

SQ1 Abstraktní hodnoty	Multiple Comparisons p values (2-tailed); Věk Kruskal-Wallis test: H (2, N= 60) =7,375392 p =,0250		
	74	80	90
	R:26,402	R:38,333	R:43,125
74		0,070732	0,202663
80	0,070732		1,000000
90	0,202663	1,000000	



Graf 6: Hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA 1 (statisticky významný rozdíl mezi respondenty do 74 let a do 80 let)

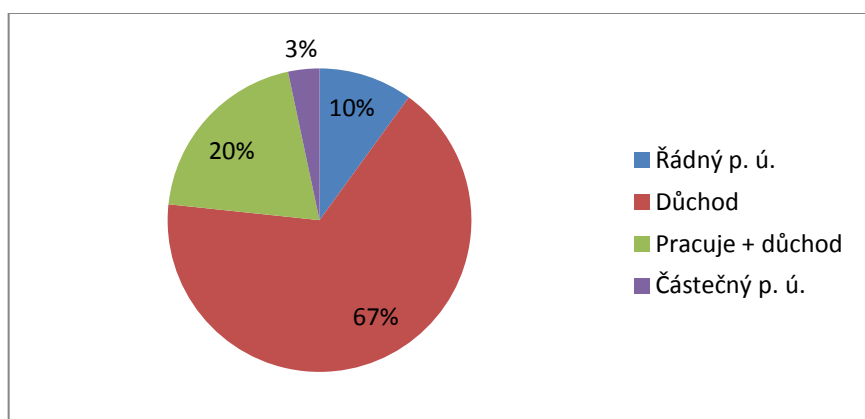
Na obrázku (graf 6) je znázorněna statistická významnost v dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečnosti, spravedlnosti, svoboda, krása, umění a pravda) mezi věkovými skupinami od 60 do 74 let a od 75 do 89 let. V poslední věkové skupině (nad 90 let) se statisticky významný rozdíl nepotvrdil. Domnívám se, že je to tím, že senioři nad 90 let byli pouze 4.

c) Vliv pracovního uplatnění na výsledky dotazníku SQUALA

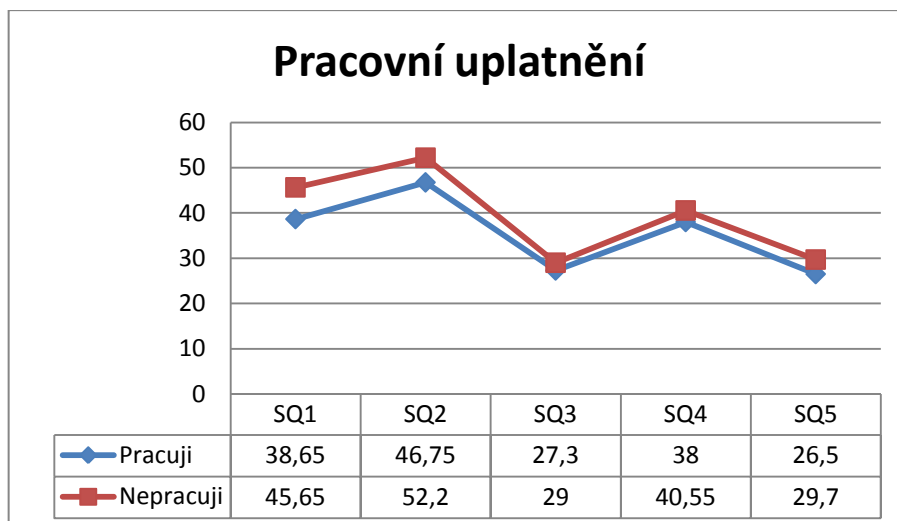
V pořadí třetí položkou sloužící k identifikaci respondentů bylo pracovní uplatnění, zda stále pracuje nebo pobírá důchod. Možnosti odpovědí byly následující: Pracuji - v řádném pracovním úvazku, částečném pracovním úvazku, pracuji a současně pobírám důchod, anebo nepracuji – pobírám důchod. Dvě třetiny respondentů odpověděly možností nepracuji – pobírám důchod, což pro mne nebylo žádné překvapení. Poslední třetina nějakým způsobem stále pracuje, podrobně to znázorním v následující tabulce a grafu.

Tab. 8: Pracovní uplatnění respondentů

Uveďte Vaše pracovní uplatnění	Počet respondentů	Procenta
Řádný pracovní úvazek	6	10 %
Důchod	40	67 %
Řádný pracovní úvazek + důchod	12	20 %
Částečný pracovní úvazek	2	3 %



Graf 7: Pracovní uplatnění respondentů



Graf 8: Hodnocení kvality života dle práce v dimenzích SQUALA

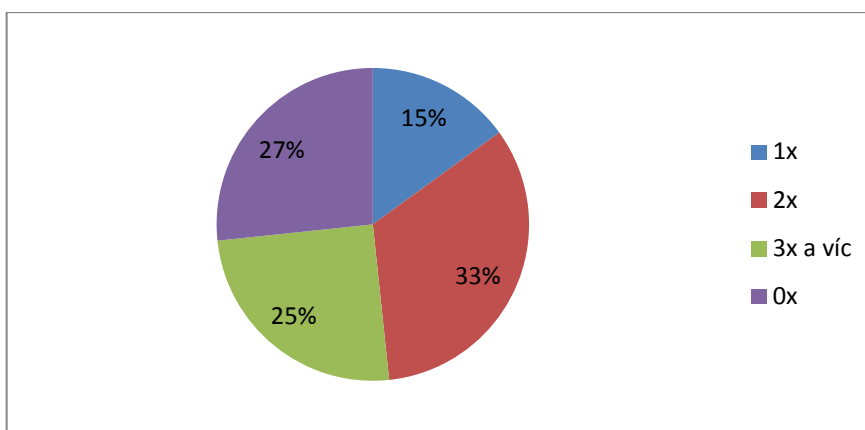
Dle provedeného T-testu a Mann-Whitney U- testu nenacházíme stat významný rozdíl v žádné z dimenzí mezi seniory pracujícími (1 - řádný pracovní úvazek, 3 – řádný pracovní úvazek a pobírá důchod, 4 – částečný pracovní úvazek, celkem 40 respondentů) a 2 - pobírajícími starobní důchod (20 respondentů). Nejvýše hodnotili pracující i nepracující dimenzi SQ2 zdraví, nejnižší jsou v této dimenzi hodnoceny SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby. Nepracující respondenti hodnotili svoji subjektivní kvalitu života ve všech dimenzích o něco výše, než pracující. Domnívám se, že je to tím, že nepracující senioři si již užívají „zaslouženého odpočinku“, mají více volného času, který mohou věnovat své rodině či koníčkům, na které neměli dříve tolik volného času.

d) Vliv frekvence pohybové aktivity na výsledky dotazníku SQUALA

Otázkami, které následovaly, jsem se zabývala ve své práci asi nejvíce. Jedná se o pohybovou aktivitu a s tím spojenou kvalitu života a zdravotní stav. Co se týče pohybové aktivity, respondenti měli zodpovědět, v jaké frekvenci cvičí (kolikrát týdně). Možnosti byly: 0x, 1x, 2x nebo 3x a více. I když byly všechny odpovědi téměř vyrovnané, přeci jen nejvíce respondentů odpovědělo, že se pohybovou aktivitou zabývají alespoň 2x týdně a nejméně z nich 1x týdně, jak lze vidět v následující tabulce a grafu.

Tab. 9: Frekvence cvičení respondentů za týden

Uveďte frekvenci Vaší pohybové aktivity	Počet respondentů	Procenta
1x týdně	9	15 %
2x týdně	20	33 %
3 a více krát týdně	15	25 %
0x	16	27 %



Graf 9: Frekvence cvičení respondentů (kolikrát týdně)

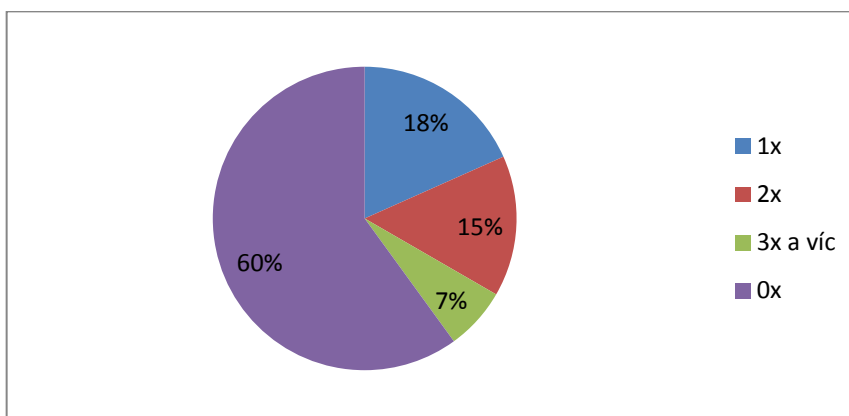
Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu jsme nenalezli statisticky významný rozdíl mezi uváděnou frekvencí PA a subjektivně hodnocenou kvalitou života na $p = 0.05$. Domnívala jsem se, že pohybová aktivita bude mít nějakým způsobem pozitivní vliv na subjektivní hodnocení kvality života seniorů, protože jakákoli pravidelná pohybová aktivita bývá téměř vždy pro tělo prospěšná, avšak statistické údaje moji domněnku nepotvrdily.

e) Vliv organizované pohybové aktivity na výsledky dotazníku SQUALA

S otázkou frekvence cvičení za týden souvisí i následující otázka, a to je organizovanost pohybové aktivity. Zajímalo nás, zda se respondenti věnují pohybu a cvičení sami nebo navštěvují různé sportovní organizace, kluby a akce. Pokud se věnují pohybové aktivitě organizovaně, zajímalo nás samozřejmě také, kolikrát týdně (v jaké frekvenci). Odpovědi byly opět následující: 0x, 1x, 2x či 3x a víc. V této otázce již nebyly odpovědi tak vyrovnané, jednoznačně převažovala odpověď 0x - neúčastním se organizované PA.

Tab. 10: Organizovanost pohybové aktivity

Uved'te, kolikrát týdně se věnujete organizované PA	Počet respondentů	Procenta
1x	11	18 %
2x	9	15 %
3x a víc	4	7 %
0x	36	60 %



Graf 10: Organizovanost pohybové aktivity

Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu jsme nenalezli statisticky významný rozdíl mezi organizovanou PA (1x týdně se jí účastní 11 seniorů, 2x týdně 9 seniorů, 3 a více krát týdně 4 senioři a neúčastní se jí vůbec 36 respondentů) a subjektivně hodnocenou kvalitou života na $p = 0.05$. Také u této dimenze jsem se ze stejného důvodu jako výše domnívala, že bude mít pozitivní vliv na subjektivní hodnocení kvality života respondentů. Avšak ani zde se moje domněnka nepotvrdila, i přesto, že 60% respondentů necvičí organizovaně vůbec.

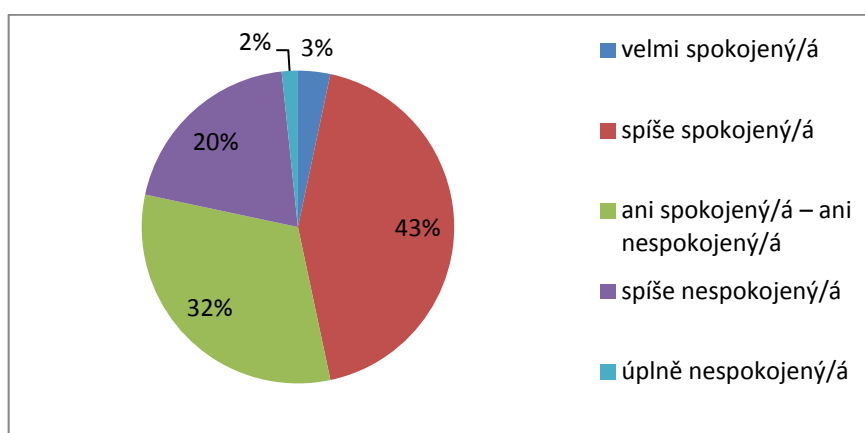
f) Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu na výsledky dotazníku SQUALA

Následující 2 otázky, které byly respondentům položeny, byly subjektivního charakteru. Odpovězeno tedy bylo především podle subjektivního pocitu jednotlivého seniora, podle toho, jak on sám vnímá svůj zdravotní stav a kvalitu svého života. Respondenti měli zaškrtnout, jak vnímají svůj zdravotní stav. Z odpovědní mohli volit z možností: velmi spokojený/á, spíše spokojený/á, ani spokojený/á – ani nespokojený/á, spíše

nespokojený/á, úplně nespokojený/á. Ve výsledcích jednoznačně převažovala odpověď spíše spokojený/á, což je velice dobrý výsledek.

Tab. číslo: Zdravotní stav respondentů

Uveďte, jak hodnotíte svůj zdravotní stav	Počet respondentů	Procenta
Velmi spokojený/á (=1)	2	3 %
Spíše spokojený/á (=2)	26	43 %
Ani spokojený/á – ani nespokojený/á (=3)	19	32 %
Spíše nespokojený/á (=4)	12	20 %
Úplně nespokojený/á (=5)	1	2 %



Graf 11: Zdravotní stav respondentů

Tab. 12. Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzích SQUALA

SQUALA (celkově)	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Zdravotní stav Kruskal-Wallis test: $H(3, N=59) = 7,975951$ $p = ,0465$			
	Code	Valid N	Sum of Ranks	Mean Rank
1	1	2	100,50	50,25
2	2	26	874,00	33,62
3	3	19	554,50	29,18
4	4	12	241,00	20,08

Tab. 13. Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzi SQ2

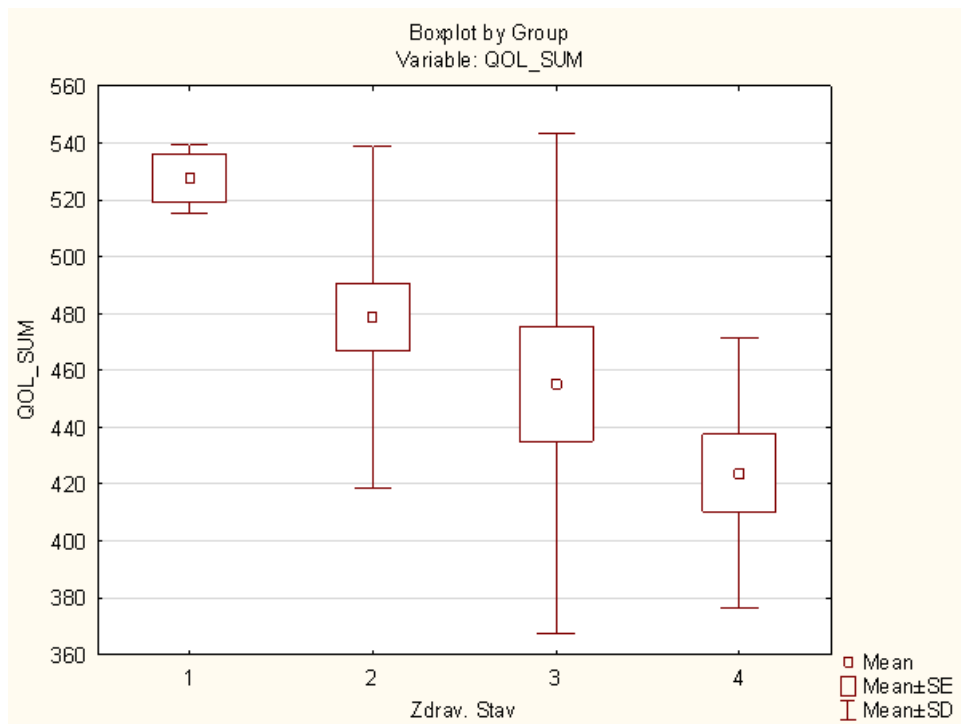
SQ2 zdraví	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Zdravotní stav Kruskal-Wallis test: H (3, N= 59) =12,51710 p =,0058			
	Code	Valid N	Sum of Ranks	Mean Rank
1	1	2	84,50	42,25
2	2	26	984,50	37,87
3	3	19	454,50	23,92
4	4	12	246,50	20,54

Tab. 13: Hodnocení kvality života dle zdravotního stavu v dimenzi SQ2

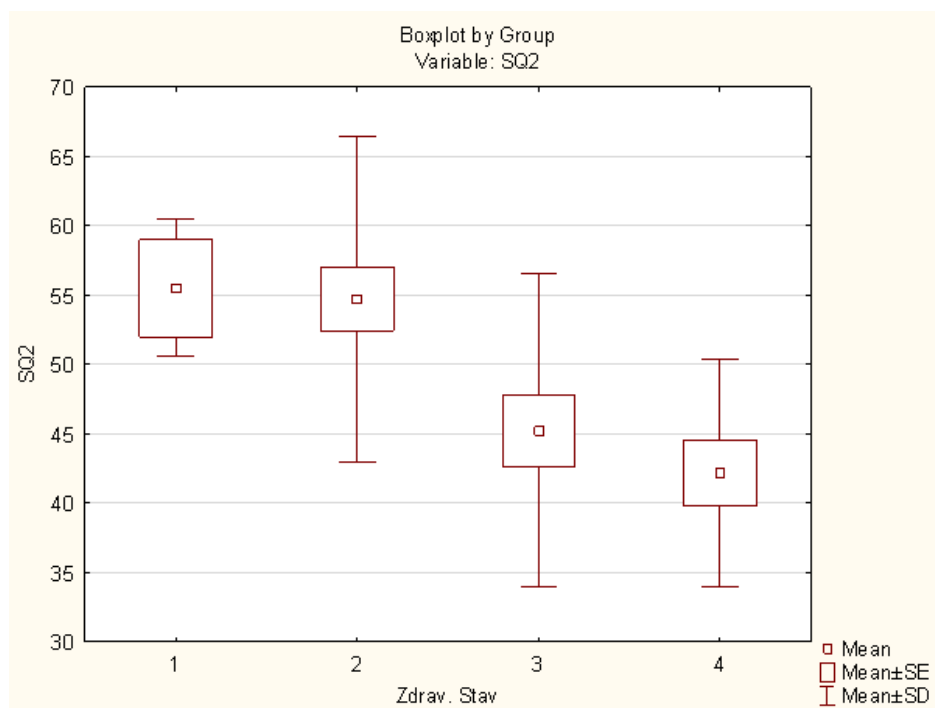
SQ4 volný čas	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Zdravotní stav Kruskal-Wallis test: H (3, N= 59) =7,908973 p =,0479			
	Code	Valid N	Sum of Ranks	Mean Rank
1	1	2	95,50	47,75
2	2	26	902,00	34,69
3	3	19	522,50	27,50
4	4	12	250,00	20,83

Tab. 14: Srovnání dle hodnocení kvality života zdravotního stavu v dimenzi SQ2

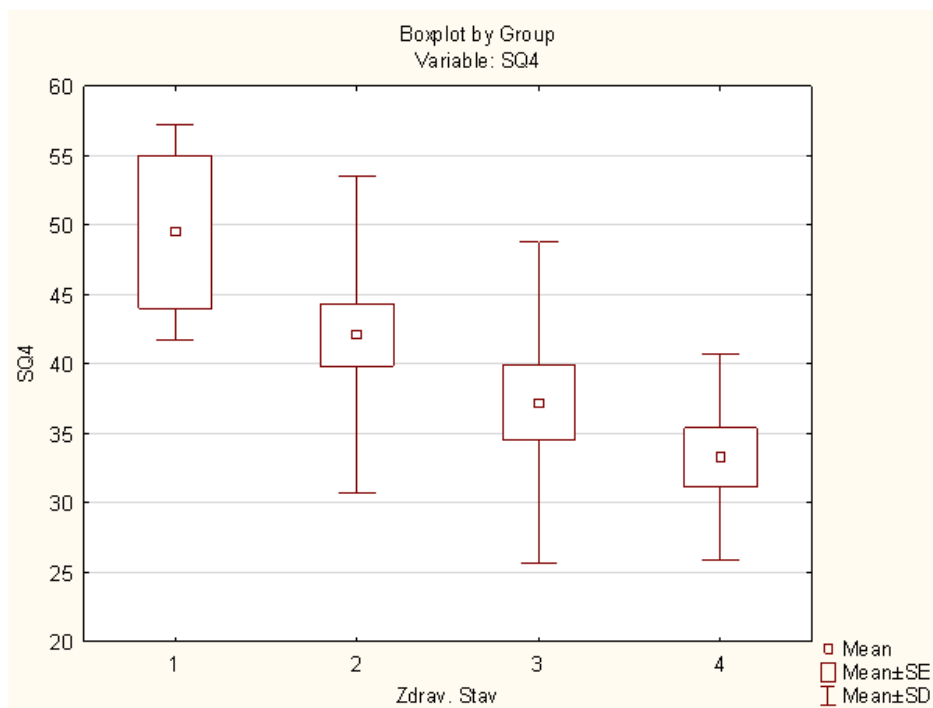
SQ2 zdraví	Multiple Comparisons p values Zdravotní stav Kruskal-Wallis test: H (3, N= 59) =12,51710 p =,0058			
	1 R:42,250	2 R:37,865	3 R:23,921	4 R:20,542
1		1,000000	0,906837	0,587737
2	1,000000		0,042878	0,023106
3	0,906837	0,042878		1,000000
4	0,587737	0,023106	1,000000	



Graf 12: Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu na kvalitu života respondentů



Graf 13: Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu respondentů v dimenzi SQ2 zdraví



Graf 14: Vliv subjektivního hodnocení zdravotního stavu respondentů v dimenzi SQ4 volný čas

Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu jsme našli statisticky významný rozdíl mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu (1 = velmi spokojený/á, 2 = spíše spokojený/á, 3 = ani spokojený/á, ani nespokojený/á, 4 = spíše nespokojený/á, 5 = úplně nespokojený/á – tuto odpověď však odpověděl jen jediný člověk, proto není zaznamenána v tab.) a subjektivně hodnocenou kvalitou života na $p = 0.05$ v Celkové SUM_QLF, SQ2 zdraví a SQ4 volný čas. U rozlišení závislosti mezi jednotlivými skupinami, pak byl potvrzen pouze u SQ2 mezi skupinou 2 (spíše spokojený/á) a 3 a 4 (ani spokojený/á, ani nespokojený/á a spíše nespokojený/á) na $p = 0.05$. (Tab. 13), metoda Multiple comparison p-values (metoda vícenásobného porovnávání).

Domnívám se, že subjektivní hodnocení zdravotního stavu má vždy vliv na kvalitu života daného jedince, což potvrzují i výsledky našeho šetření. Na obrázku (graf 12) lze vidět posloupnost, čím lepší zdravotní stav, tím lepší hodnocení kvality života, tedy respondenti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav nejlépe (=1), mají také nejvyšší hodnocení kvality života. Další statisticky významný rozdíl byl u dimenze SQ2 zdraví (graf 13). Zde byl významný rozdíl v kvalitě života mezi respondenty ze skupin 1, 2 a ze skupin 3, 4. Respondenti, kteří jsou se svým zdravotním stavem velmi (=1) a spíše spokojení (=2), mají podstatně vyšší kvalitu života než senioři, kteří jsou se svým zdravotním stavem spíše nespokojení (=4) anebo ani spokojení, ani nespokojení (=3).

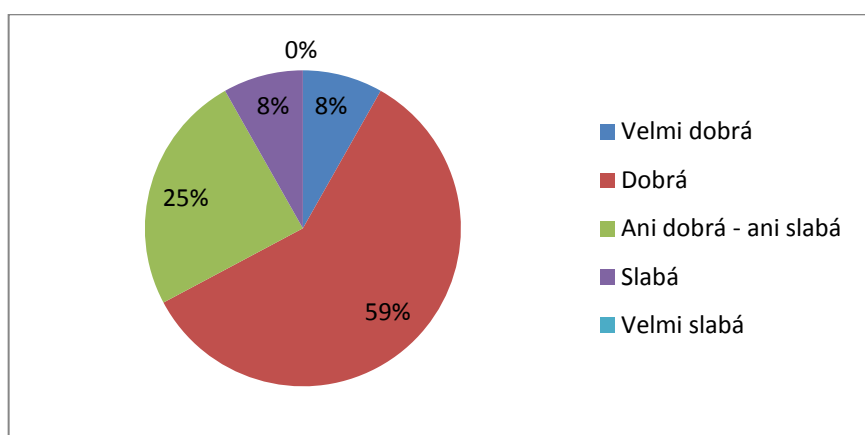
Na obrázku (graf 14) lze vidět, že respondenti, kteří hodnotí výše dimenzi SQ4 volný čas, mají také mnohem vyšší hodnocení své kvality života. Domnívám se, že je to tím, že čím více ve volném čase zažívají pozitivní věci nebo provozují více aktivit, které je naplňují (často s lidmi, které mají rádi), tím lépe také hodnotí svou kvalitu života lépe.

g) Vliv subjektivní kvality života na výsledky dotazníku SQUALA

Poslední otázkou, položenou v této části dotazníku, je již zmiňované subjektivní hodnocení kvality života. Respondenti ji mohli ohodnotit jako velmi dobrou, dobrou, ani dobrou ani slabou, slabou nebo velmi slabou. I ve výsledcích této otázky značně převažovala kladná odpověď, tedy kvalita života dobrá. Jak můžete vidět v následující tabulce i grafu, tuto odpověď zvolilo 60% všech respondentů, zatímco velmi slabou kvalitu života nezvolil žádný.

Tab. 15: Kvalita života respondentů

Uveďte, jak hodnotíte svůj zdravotní stav	Počet respondentů	Procenta
Velmi dobrá	5	8 %
Dobrá	36	59 %
Ani dobrá - ani slabá	14	25 %
Slabá	5	8 %
Velmi slabá	0	0 %



Graf 15: Kvalita života respondentů

Tab. 16: Vliv subjektivního hodnocení kvality života na volný čas

SQ4 volný čas	Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Kvalita života Kruskal-Wallis test: H (3, N= 60) =10,75169 p =,0131			
	Code	Valid N	Sum of Ranks	Mean Rank
1	1	5	253,50	50,70
2	2	36	1140,50	31,68
3	3	14	340,50	24,32
4	4	5	95,50	19,10

Tab. 17: Vliv subjektivního hodnocení kvality života na volný čas

SQ4 volný čas	Multiple Comparisons p values (2-tailed); Kvalita života Kruskal-Wallis test: H (3, N= 60) =10,75169 p =,0131			
	1 R:50,700	2 R:31,681	3 R:24,321	4 R:19,100
1		0,134980	0,022449	0,025344
2	0,134980		1,000000	0,787233
3	0,022449	1,000000		1,000000
4	0,025344	0,787233	1,000000	

Dle provedeného Kruskal-Wallis ANOVA testu jsme našli statisticky významný rozdíl mezi subjektivním hodnocením kvality života (1 = velmi dobrá, 2 = dobrá, 3 = ani dobrá – ani slabá, 4 = slabá, 5 = velmi slabá – tuto odpověď nezvolil ani 1 respondent, proto není v tabulkách posuzována) a subjektivně hodnocenou kvalitou života na $p = 0.05$ v Celkové SUM_QLF, SQ2 zdraví a SQ4 volný čas. U rozlišení závislosti mezi jednotlivými skupinami, pak byl potvrzen pouze u SQ4 volný čas mezi skupinou 2 (dobrá kvalita života) a 3 a 4 (ani dobrá – ani slabá a slabá kvalita života) na $p = 0.05$. (tab.16), metoda Multiple comparison p-values (metoda vícenásobného porovnávání).

Domnívám se, že i subjektivní hodnocení v této dimenzi má pozitivní vliv na celkové hodnocení kvality života seniorů, což potvrzují výsledky našeho šetření. Čím vyšší hodnocení, tím i celkově vyšší kvalita života. Mezi skupinami byl potvrzen statisticky významný rozdíl u SQ4 volný čas. Jak jsem psala již výše, myslím, že je to tím, že čím více senioři ve volném čase zažívají pozitivní věci nebo provozují více aktivit, které

je naplňují (často s lidmi, které mají rádi), tím lépe také hodnotí svou kvalitu života lépe.

ZÁVĚRY

Cílem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života seniorů ze Svitavska, žijících samostatně ve svých domovech. Ta byla zjišťována pomocí dotazníků subjektivní kvality života SQUALA, vyjádřena parciálními skóry, celkovým skórem a hrubými skóry (tzv. dimenzemi). Proměnnými v této práci jsou: pohlaví, věk, vzdělání, práce, frekvence pohybové aktivity, organizovanost pohybové aktivity, subjektivní vyjádření zdravotního stavu a kvality života (KŽ). Výsledky hrubých skóre byly porovnány s reprezentativním souborem 49-59 let.

Nejvýše hodnocenou dimenzí u celého souboru je SQ2 zdraví, SQ1 abstraktní hodnoty hodnotili probandi také velmi vysoko. Dále je v pořadí SQ4 volný čas a nejniže hodnocenými dimenzemi byly SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby. Domnívám se, že dimenze SQ2 zdraví je u tohoto souboru nejlépe hodnocená z důvodu, že šetření bylo děláno u osob seniorského věku, žijících samostatně ve svých domovech. Tyto osoby bývají stále soběstačné a samostatné. To ovšem, jak se u našeho šetření potvrdilo, může mít negativní vliv na hodnocení dimenzí SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby, právě z důvodu samostatného bydlení. Tyto osoby mohou mít pocit osamělosti a nebo mohou mít finanční či jiné potíže.

U pohlaví nebyla nalezena statistická významnost, potvrdily se však výsledky předchozích prací (Herzig, 2014, Melicharová, 2013, Prachařová, 2013), kde ženy byly se svou kvalitou života spokojenější než muži.

U věkových kategorií (60 - 74 let, 75 – 89 let a nad 90 let) je statisticky významný rozdíl potvrzen pouze u SQ1 abstraktní hodnoty mezi skupinou do 74 let a od 75 – 89 let. Ve věkové skupině nad 90 let se statisticky významný rozdíl nepotvrdil. U pracovního uplatnění nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v žádné dimenzi mezi seniory pracujícími (řádný pracovní úvazek, řádný pracovní úvazek a důchod, částečný pracovní úvazek) a nepracujícími. U frekvence, ani u organizovanosti PA nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v žádné ze zkoumaných dimenzí.

V dimenzi subjektivního hodnocení zdraví byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a KŽ v celkové KŽ a v dimenzích SQ2 zdraví a SQ4 volný čas. Mezi jednotlivými skupinami byl pak potvrzen statisticky významný rozdíl u SQ2 mezi skupinou 2 (spíše spokojený/á) a skupinou 3 a 4 (ani

spokojený/á, ani nespokojený/á a spíše nespokojený/á). Skupina 3 a 4 hodnotila svůj zdravotní stav níže. U KŽ byl nalezen statisticky významný rozdíl v celkovém hodnocení KŽ SUM QLF a také u dimenzí SQ2 zdraví a SQ 4 volný čas. Mezi jednotlivými skupinami byl potvrzen rozdíl pouze u SQ4 volný čas mezi skupinou 2 (dobrá KŽ) a 3 a 4 (ani dobrá – ani slabá a slabá KŽ).

Soběstačnost a nezávislost našeho souboru se zdá být významným ukazatelem subjektivního pocitu vyššího hodnocení kvality života.

Respondenti měli zájem být informováni o výsledcích z vyplněného dotazníku SQUALA, ty jim byly předány.

SOUHRN

Úkolem bakalářské práce bylo zhodnotit subjektivní kvalitu života seniorů na Svitavsku. V teoretické části se zabývám klíčovými pojmy, jako jsou stáří a stárnutí, změnami ve stáří, významem a zásadami pohybové aktivity (PA) pro seniory, jmenuji také druhy PA vhodné pro seniory. Dále se zabývám kvalitou života (KŽ) a nástroji jejího měření. V praktické části jsem si stanovila cíle a výzkumné otázky, na které jsem díky dotazníkům subjektivní kvality života SQUALA mohla odpovědět. Popisuji také výzkumný soubor, průběh výzkumu a použité metody, výsledky našeho souboru a diskusi.

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila seniory žijící samostatně ve svých domovech. Cílem bakalářské práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života svitavských seniorů a také zda proměnné (pohlaví, věk, vzdělání, pracovní uplatnění, frekvence PA, organizovanost PA, subjektivně hodnocený zdravotní stav a kvalita života) participují na kvalitě života respondentů.

Nejvýše hodnocenou dimenzí u celého souboru je SQ2 zdraví, SQ1 abstraktní hodnoty hodnotili probandi také velmi vysoko. Dále je v pořadí SQ4 volný čas a nejnižě hodnocenými dimenzemi byly SQ3 blízké vztahy a SQ5 základní potřeby.

U pohlaví nebyla nalezena statistická významnost, ženy však hodnotí svoji KŽ výše, než muži. Na KŽ má vliv ve věkových skupinách do 74 let a od 75 do 89 let dimenze SQ3 abstraktní hodnoty. U subjektivního hodnocení zdravotního stavu byl nalezen statistický rozdíl v celkové KŽ a v dimenzích SQ2 zdraví a SQ4 volný čas, u kvality života také v celkovém hodnocení KŽ a také u dimenzí SQ2 zdraví a SQ 4 volný čas.

Výsledkem našeho zkoumání tedy bylo, že pohybová aktivita (její četnost nebo organizovanost) neměla významný vliv na KŽ seniorů na Svitavsku. Největší vliv na KŽ respondentů měl subjektivně hodnocený zdravotní stav a subjektivně hodnocená KŽ. Dle statistických výsledků se potvrdilo, že čím lépe hodnotí respondenti svůj zdravotní stav nebo KŽ, tím lepší mají také celkovou kvalitu života.

Statistické údaje, které nebyly použity do bakalářské práce, jsou k nahlédnutí u autorky.

SUMMARY

The task of this thesis was to valorize the subjective quality of the life of seniors from the Svitavy region. In the theoretical part I deal with key concepts as age and aging, changes iduring the aging, and the importance of the physical activity (PA) principles and kinds of the PA suitable for seniors. I deal with the quality of life (QOL) and description of measurements of QOL. In the practical part I set goals and questions of the research and have answered them by SQUALA questionnaires. I also describe the research group, the development of research and the used methods and results of our group as well as the discussion.

For the bachelor thesis I have chosen seniors who live independently in their own homes. The objective of this thesis was determine the subjective QOL of seniors from the Svitavy region and if variables (gender, age, education, job placement, frequency of PA, PA organization, subjective evaluation of health status and QOL) participate in QOL respondents.

The Highest scoring dimension for the whole file is SQ2 health. SQ1 abstract values rated probands also very high. Furthermore, in order SQ4 leisure time. And the lowest evaluated dimensions were SQ3 close relationships and SQ5 basic needs.

There was not found statistical signifikance in between the genders however women evaluated their QOL higher than men .For QOL has an impact the age groups under 74 years of age and from 75 to 89 years dimension SQ3 abstract values. In the subjective evaluation of the health status was statistically significant difference in overall QOL in the dimensions SQ2 health and SQ4 leisure time, with quality of life also in the overall QOL, and also in the dimensions of SQ health SQ2 and SQ4 leisure time.

The result of our investigation , therefore, was that the physical activity (the frequency or organization) have no significant effect on QOL of seniors in Svitavy region. The biggest influence on the QOL of respondents have a subjective evaluation of health status and subjective evaluation of QOL. According to the statistical results , it was confirmed that the better the respondents evaluated their health or QO the better is their general quality of life.

The Statistical data which were not used in this thesis, are available at the author.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Adamírová, J. (2007). *Pomoc hledej v pohybu: výběr cviků ke zlepšení funkce pohybového systému*. Praha: Česká asociace Sport pro všechny.
- Brazier, B. (2014). *Vegan v kondici*. Praha: Mladá fronta a. s.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Dessaintová M. P. (1999). *Nezačínajte stárnout* (pp 31). Praha: Portál.
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, L., Papežová, H., Kožnarová, R. & Šrámková, T. (2006). *SQUALA – Subjective QUALity of Life Analysis*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Ettinger, W. H. (2007). *Fit po 50* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Fořt, P. (2001). *Jak stárnout pomalu (nejen zdravou výživou)*. Havlíčkův Brod: EB nakladatelství.
- Gruss, P. (ed) (2009). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál.
- Herzig, R. (2014). *Kvalita života seniorů v domově seniorů*. Diplomová práce (bakalářská), Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Hnilicová H. (2005). *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví* (pp 213). Praha: Triton.
- Holzerová, V., Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Hošek, V., Jansa, P. (2002). *Sport a kvalita života*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R. et al. (2004). *Geriatric a gerontologie* (pp 419-420). Praha: Grada Publishing, a. s.
- Klevetová, D., Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Křivohlavý, J.
- Melicharová, M. (2013). *Vliv pohybových aktivit na kvalitu života seniorů na Bruntálsku*. Diplomová práce (bakalářská), Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury,

- Olomouc.
- Mühlpachr, P (2005). *Schola Gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita
- Pavlů, D. (2004). *Cvičení s Thera-Bandem se zřetelem ke konceptu dle Bruggera*. Brno: Cerm s. r. o.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Petříková, A. (1999). *Aktuální problémy vzdělávání seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pichaud, C., Thareauová, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- Prachařová, Š. (2013). *Pohybová aktivita a kvalita života seniorů (Šumpersko)*. Diplomová práce (bakalářská), Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Raisin, L. (2011). *Ve formě po šedesátce: cvičení jen na 15 minut denně*. Praha: Portál.
- Roslowski, A. (2005). *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computer Press, a. s.
- Sak, P, Kolesářová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů* (pp 23). Praha: GradaPublishing, a. s.
- Snášel, M. (2014). *Core trénink a práce se seniory*. Retrieved 24. 2. 2014 from the World Wide Web: <http://www.coretraining.cz/2014/02/core-trenink-a-prace-se-seniory/>
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Štílec, M. (2003). *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum.
- Štílec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál.
- Trachtová, E. & kol. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ.
- Uhlíř, P. (2008). *Pohybová cvičení seniorů* (pp 15). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vaňurová, H., Mühlpachr, P (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vigué, J. (2006). *Zdraví pro třetí věk*. (I. Kubešová, Trans.). Dobřejovice: Rebo Productions CZ. (Originál vydán 2006)

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1 Informovaný souhlas

Příloha 2 Osobní údaje

Příloha 3 Dotazník kvality života SQUALA

Informovaný souhlas

Studie: Vliv úrovně pohybových aktivit /PA/ na kvalitu 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.

Datum:

Datum:

Zuzana Kopetzká
Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
(vedoucí práce)

Podpis účastníka/ zákonného zástupce:

Hlavní řešitel projektu

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

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

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA – SQUALA (3. dotazník)

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

	Ne- zbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvý- znamné
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. mluvat 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					

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

	Velmi spoko- jen	Spíše spoko- jen	Ne- spoko- jen	Velmi zklamán
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?

.....