

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

DIPLOMOVÁ PRÁCE
(magisterská)

2017

Bc. Jan Klímek

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ VZHLEDEM K DODRŽOVÁNÍ
NÁRODNÍHO DOPORUČENÍ PRO POHYBOVOU AKTIVITU
Diplomová práce
(magisterská)

Autor: Bc. Jan Klímek, Aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2017

Jméno a příjmení autora: Bc. Jan Klímek

Název diplomové práce: Hodnocení kvality života seniorů vzhledem k dodržování národního doporučení pro pohybovou aktivitu

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2018

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá rozdílností ve vnímání kvality života u seniorů, kteří dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a těmi, kteří toto pohybové doporučení nedodržují. Výzkumný vzorek se skládá ze 48 seniorů, z toho je 19 mužů a 29 žen. V teoretické části se zabýváme obecnými poznatky ohledně stáří, stárnutí a kvalitou života seniorů. V praktické části pomocí dotazníků SQUALA a námi vytvořeného dotazníku zjišťujeme rozdílnost odpovědí u seniorů, kteří navštěvují volnočasové kluby a dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a těmi, kteří nesplňují národní doporučení pro pohybovou aktivitu. Dotazování probíhá přímým způsobem v klubech pro seniory na Přerovsku. Výsledky dotazování jsou prodiskutovány pomocí strukturovaného rozhovoru s jednotlivými klienty a doplněny o další informace. Někteří senioři se účastní pravidelného organizovaného cvičení, jiní tráví svůj volný čas pobytem na čerstvém vzduchu. Zpracované výsledky budou poskytnuty všem dotazovaným. Respondenti nejvýše hodnotí svou kvalitu života v dimenzi SQ2, to je oblast zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama a dimenze SQ1 to je oblast zabývající se pocitem bezpečí, spravedlností, svobodou a pravdou. Jako nejnižší hodnocená je dimenze SQ3 a to je oblast blízkých vztahů. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu se podařilo prokázat statistickou významnost v dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). Dimenze SQ3 je statisticky významně vyšší u seniorů s průměrným hmotným zabezpečením, než u seniorů s mírně nadprůměrným hmotným zabezpečením.

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

Author's first name and surname: Bc. Jan Klímek

Title of the master thesis: Evaluation of the senior's living quality in accordance with compliance with the national recommendation for movable activity

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2018

Abstract:

The diploma thesis deals with differences in the quality of life perception of two groups of seniors, (1) those who adhere to national recommendations for physical activity and (2) those who do not follow this movement recommendation. The research sample consisted of 48 seniors, of which 19 were men and 29 were women. In the first part of the thesis general knowledge about age, aging and quality of life of seniors in general is discussed. In the practical part, using the SQUALA and own questionnaires simultaneously, differences in responses among seniors who visit leisure clubs and follow national recommendations for physical activity and those who do not meet the national recommendations for physical activity were found. Queries are conducted directly in the pre-elderly clubs in Přerov region (Czech Republic). The interview results are discussed through a structured interview with individual clients and are supplemented with additional information. Respondents' best value their quality of life in the SQ2 dimension i.e. health, physical self-sufficiency, psychological well-being, self-care. Similarly data resulted for the dimension SQ1, means area of security, justice, freedom and truth. The SQ3 dimension reached the lowest score i.e. the area of close relationships. According to the Kruskal-Wallis ANOVA test, we have demonstrated statistical significance in the SQ3 dimension of close relationships (family relationships, love, sexual life). The SQ3 dimension is significantly (ANOVA, $p < 0.01$) more represented with seniors having average material security than with seniors having slightly above-average material security.

Keywords: age, ageing, senior, quality of life, SQUALA

ÚVOD	9
1. PŘEHLED POZNATKŮ	11
1.1 Vymezení pojmů	11
1.1.1 Kvalita života	11
1.1.2 Vymezení pojmu kvalita života	11
1.2 Kvalita života seniorů	14
1.3 Obecné a specifické nástroje měření kvality života	15
1.3.1 Metody měření kvality života	16
1.3.1.1 Metoda SQUALA	18
1.4 Problematika stáří a stárnutí	18
1.4.1 Stárnutí	19
1.4.2 Stáří	19
1.4.3 Věkové rozmezí stáří	20
1.4.4 Teorie stárnutí	23
1.4.5 Změny během stárnutí	24
1.5 Druhy pohybové aktivity	30
1.5.1 Pohybová aktivita (PA)	30
1.5.2 Pohybová aktivita seniorů	32
1.5.3 Účinky tělesného cvičení:	33
1.6 Doporučení pro pohybovou aktivitu	34
2. VÝZKUMNÁ ČÁST	36
2.1 Cíle a výzkumné otázky	36
3. METODIKA	37
Organizace a metodika výzkumu	37
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	37
3.2 Průběh a organizace výzkumu	38
3.4 Použité metody	38
3.5 Statistické zpracování dat	39

4 VÝSLEDKY	41
4.1 Analýza části dotazníku zabývající se důležitostmi jednotlivých položek dotazníku	41
4.2 Analýza části dotazníku zabývající se spokojeností s jednotlivými položkami dotazníku	42
4.4 Subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů dle SQUALA	43
4.5 Vliv vybraných proměnných na kvalitu života	43
4.6 Vyhodnocení ankety pohybové aktivity seniorů	48
5 DISKUZE	50
6 ZÁVĚRY	53
Analýza výsledků vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám	53
7 SOUHRN	56
8 SUMMARY	57
9 REFERENČNÍ SEZNAM	58
11 PŘÍLOHY	61

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

V Olomouci dne 14. prosince 2017

Velmi děkuji Mgr. Julii Wittmannové Ph.D. za její cenné rady, připomínky a odborné vedení při vypracování diplomové práce.

ÚVOD

Stáří je neodmyslitelnou součástí a etapou každého života. Jeho definice se však liší. Existují slova, pod kterými se nám pojem stáří nutně vybaví, jsou to slova například důchodce, kmet, babička, dědeček, penze. Ale když se na tyto slova podíváme, tak vůbec nemusejí znamenat stáří. Proto se stáří dá hodnotit individuálně. Nejčastěji podle věku. Fyzického nebo psychického stavu. Rozsahem samostatnosti a podobně. Není teda zcela zřejmé, co si pod pojmem stáří máme představit, vždy záleží na tom, z jakého úhlu pohledu se díváme a v jakém vývojovém období se sami nacházíme.

Tématem této práce je hodnocení kvality života seniorů. Kvalita života se v posledních letech stává čím dál tím více populárním tématem. Důvodem může být snaha o zlepšování služeb a následná možnost využití poskytovaných služeb v komerční sféře. Dalším důvodem může být celkový vyšší věk, kterého se populace dožívá. Procento osob v důchodovém věku je každým rokem vyšší a díky aktuálnosti tohoto tématu se tato práce zaměřuje na osoby v seniorském věku.

Tato práce si dala za cíl zjistit, kolik seniorů dodržuje národní doporučení pro pohybovou aktivitu a pokusit se zjistit, jestli je vztah mezi úrovní pohybové aktivity a dosaženou kvalitou života. K tomu nám dopomohou unifikované dotazníky, které nám napoví, ve kterých oblastech života jsou oslovení senioři spokojeni, které oblasti pro ně nejsou až tak důležité a ve kterých oblastech by to mohlo být i lepší. Tato práce se dále snaží zjistit, jakým způsobem dotazovaní senioři tráví volný čas a zjistit kolik času tráví pohybovou aktivitou.

V teoretické části jsou obsaženy nejdůležitější pojmy zaměřené na pojem stáří a stárnutí. Dále se věnuje potřebám a problémům, které jsou neodmyslitelně spjaty se životem seniorů. Snažíme se definovat co je to ta kvalita života a čím se vymezuje. V poslední části teoretické části se tato práce zmiňuje o pohybové aktivitě a doporučených dávkách pro osoby v seniorském věku.

Praktická část se zaměřuje na případnou rozdílnost kvality života u seniorů, kteří jsou členy volnočasových klubů pro seniory v Přerově a jaký vliv má pohybová aktivita na kvalitu života zkoumaných seniorů. Praktická část navazuje na část teoretickou a pomocí unifikované hodnotící metody (SQUALA) zjišťuje aspekty,

které ovlivňují úroveň kvality života u seniorů. K výzkumu pohybové aktivity je využito dotazníku zaměřeného na míru pohybové aktivity v každodenním režimu dotazovaných osob. Dosažené výsledky jsou dále individuálně probrány s každým respondentem, který se účastnil dotazníkového šetření i s následným doporučením vhodné pohybové aktivity.

Tato práce se dále snaží o zvýšení informovanosti osob v seniorském věku ohledně problematiky pohybové aktivity a taktéž se snaží o zjištění stavu, v jakém jsou subjektivní názory na poskytované služby jednotlivých seniorských klubů v Přerově. Výsledky budou poskytnuty všem seniorským klubům, které se do šetření zapojily a výzkum této práce bude moci posloužit jako vodítko ke zlepšení poskytovaných služeb.

1. PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 Vymezení pojmů

1.1.1 Kvalita života

Termín kvalita života se v poslední době stává velmi populárním zkoumaným prvkem. V době, která se čím dál tím více začíná zaměřovat na společnost je to přirozený jev. Zkoumá se kupříkladu, jak jsou lidé spokojeni se svým životem, jak do jejich života zasahují různé prvky, jako je práce, rodina, zdravotní stav, co je pro ně v životě nejdůležitější. Ke zjištění odpovědí na tyto otázky, se používá velké množství hodnotících metod.

Každý z nás má jasnou představu o kvalitě svého života. Kvalita našeho života je mimo jiné dána tím, jak se nám daří naplňovat naše životní cíle a jak jsme sami se sebou v procesu dosahování těchto cílů spokojeni. Růst a udržení současné kvality života je pak především jedním z nejdůležitějších úkolů, před nímž lidstvo stojí. Výzkumy kvality života mají zásadní vliv na formování sociální politiky. Zřejmě proto jsou podle Marka Rapleye jednou z nejvíce rostoucích oblastí sociálních výzkumů (Rapley, 2007).

1.1.2 Vymezení pojmu kvalita života

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita život definována tím, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu k cílům, očekávání, životnímu stylu a zájmům (Golecká, 2006).

Pro termín kvalita života se velmi často používá zkratka QOL, která pochází z anglických slov „quality of life“. Historie pojmu kvality života (anglicky quality of life) začíná ve dvacátých letech minulého století v USA. Tento termín byl použit v souvislosti s ekonomickým vývojem a úlohou státu v oblasti podpory nižších společenských vrstev. Termín kvalita života tehdy vyjadřoval míru životních podmínek jako příjem, materiální zabezpečení, nezávislost, sociální spravedlnost, právní jistoty, zdravotní starostlivost a jejich subjektivního hodnocení velkými skupinami lidí. Tehdy šlo hlavně o výzkum indikátorů blahobytu. Teprve v posledních 20-ti letech se do popředí dostávají subjektivní indikátory kvality života. Pojetí kvality života

se začíná více týkat osobnosti jako takové a ne ekonomických nebo sociálních podmínek společnosti. O kvalitě života se hovoří v různých vědních disciplínách a vymezení pojmu kvalita života spolu s volbou měřicího nástroje by tedy měly záviset právě na účelu měření kvality života (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

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

Podle Hnilicové (2005) je pojem kvality života v současnosti velmi frekventovaným pojmem. Požadavek na kvalitu života se stává symbolem moderních sociálních konceptů přístupu k jednotlivcům i sociálním skupinám. Je možné říci, že podpora kvality života se stává smyslem všech sociálních a zdravotních zásahů v séniu. Širší pozornost otázkám kvality života a vzniku prvních konceptů podpory a měření aspektů kvality života přinesly až medicínské přístupy k pacientům v psychiatrii, onkologii a v geriatrici. V dnešním výzkumu kvality života dominují sociologové, psychologické a medicínsky orientované zaměření.

Studiu kvality života se věnuje celá řada výzkumných týmů na světě a dá se říci, že v současné době znamená především hledání a identifikaci faktorů přispívajících k dobrému a smysluplnému životu (Hnilicová, 2005).

Na kvalitu života můžeme nahlížet z několika pohledů. Za subjektivní pohled považujeme celkovou spokojenost se životem, a mezi objektivní pohled zahrnujeme odhad celkové spokojenosti se životem. V současné době se však odborníci přiklání spíše k subjektivnímu hodnocení kvality, díky němuž zaznamenala medicína veliký posun (Dvořáčková, 2012).

Křivohlavý (2001) se zmiňuje o kvalitě života v různých rovinách:

- makro rovina – tato rovina se zaměřuje na kvalitu života velkých společenských celků, např. určité země. Problematika kvality života se stává součástí základních politických úvah. Jde tu o hlubší zamyšlení nad kvalitou života, o absolutní smysl života.
- mezo rovina – na této úrovni se jedná o měření kvality života v menších sociálních skupinách, například v podniku, nemocnici na úřadě. Nejde tu jenom o respekt k morální hodnotě člověka, ale středem zájmu jsou také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.
- personální rovina – tato rovina se soustřeďuje na život jednotlivce. Při hodnocení kvality života zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje atp. Vzhledem k subjektivitě získávaných informací hrají v hodnocení roli také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání kvality života ovlivnit.
- rovina fyzické existence – předmětem zájmu této roviny je tělesná (fyzická) existence člověka. Jedná se zde o pozorovatelné chování druhých lidí, které se může objektivně měřit a srovnávat.

Světová zdravotnická organizace rozčleňuje jednotlivé oblasti kvality života do čtyř základních okruhů:

- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – patří sem únava, bolest, energie, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat.
- Psychické zdraví a duševní stránka – patří sem sebe pojetí, víra, spiritualita, paměť, myšlení.
- Sociální vztahy – sem zařazujeme sociální podporu a osobní vztahy.
- Prostředí – tím je myšleno dostupnost zdravotnické péče, domácí prostředí, bezpečí, příležitost pro získávání nových dovedností a vědomostí (Mühlpachr, 2005).

1.2 Kvalita života seniorů

Kvalita života seniorů je téma, kterým by se mohl zabývat každý z nás. Je to téma, které nám při bližším prozkoumání naznačí, že se s největší pravděpodobností bude jednou týkat i nás samotných. Proto není zcela moudré rozhodnutí toto téma ignorovat, nebo bagatelizovat. Teď, v produktivním věku, máme šanci se na tuto problematiku zaměřit a zařídit situaci tak, jak by se líbila nám samotným, až se nás bude týkat. Mnozí lidé ve společnosti vnímají stáří jako etapu života, ve které je člověk osamělý, nemocný a senilní. Postoj společnosti ovlivňuje celkové vnímání problematiky. Myslím si, že je nutné zapracovat především na postoji společnosti a tím zlepšit pohled na stárnoucí populaci, která si zaslouží úctu i respekt.

V dnešní době se senioři musí dokázat vyrovnat s velkým množstvím významných změn, nejčastěji se zhoršováním zdravotního stavu a to často bez možnosti zlepšení. I přesto je možné, aby si senioři udrželi vysokou kvalitu života do vysokého věku, resp. do smrti (Farský, 2007).

V geriatrii a gerontologii patří kvalita života mezi důležité ukazatele, i když v porovnání s fyziologickými funkcemi se hůře měří (Nemček, 2011).

U seniorů nestačí hodnotit jen jejich objektivní zdravotní stav, přestože kvalita zdraví významně souvisí s kvalitou života, ale nelze tyto dvě složky ztotožňovat. Celkový koncept kvality života je širší a složen z mnoha částí, které seniory ovlivňují. Tyto oblasti mohou ovlivňovat každého seniora v jiné míře (Adamík et al., 2007).

V současné době u seniorů narůstá významný vliv subjektivního hodnocení kvality života. Kromě tělesného zdraví, psychického zdraví, sociálních vztahů, prostředí a spirituality se na kvalitě života podílí i úroveň nezávislosti jako je mobilita i aktivity každodenního života (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Mezi moderní trendy v přístupech k hodnocení kvality života u seniorů patří důraz na vysokou míru individuálnosti a subjektivity. Ve společnosti dochází k jistým změnám v přístupu k seniorům a to nejspíše z důvodu, že osob v seniorském věku neustále přibývá. Na tento fakt se společnost snaží přivyknout a snaží se na problematiku kvality života seniorů reagovat rozsáhlými studiemi a získáváním informací o problematice osob v seniorském věku.

Dragomirecká a Bartoňová (2006) tvrdí, že kvalita života je „určitý koncept toho, co člověku přináší pocity pohody a spokojenosti v životě.“

S pojmem kvalita života seniorů je spojen názor, že otevření se problematice stáří nám umožní pochopit stáří v nás. Jen tak poznáme spojitost a doceníme spjatost všech úseků života člověka. Respektovat kontinuitu života předpokládá vědět, že stáří je právě tak závěrečnou etapou před koncem života, jako je v něm přítomno od jeho počátku. Vědět, že o kvalitě svého stáří rozhodujeme a spolurozhodujeme po celý život (Haškovcová, 2005).

1.3 Obecné a specifické nástroje měření kvality života

K měření kvality života se používají různé dotazníky, neboť není možné měřit kvalitu života přímo pro výrazně subjektivní povahu dané problematiky. Při zjišťování kvality života jsou kladeny různé otázky, které se týkají pohledů na život jednotlivce ve zdraví a nemoci. Běžné klinické dotazy jako „Jak se cítíte?“ nebo „Jste spokojen se svým současným životem?“ nestačí. Je třeba použít komplex otázek z různých oblastí existence člověka (fyzické, duševní, společenské) pomocí standardizovaných dotazníků. Dotazníky můžeme rozdělit podle problémů, kterých se týkají, na obecné a specifické.

Obecné nástroje se zabývají nejširšími aspekty života, Obecné dotazníky umožňují zhodnotit kvalitu života u kterýchkoli zdravotních poruch, lze je použít u zdravých lidí nebo porovnat kvalitu života mezi osobami s různými onemocněními. Obecné dotazníky však nezvládnou vystihnout malé změny zdravotního stavu. Obecné nástroje tedy obsahují měření schopností v jednotlivých oblastech zdraví. Používají se dotazníky, které zjišťují nejdůležitější aspekty kvality života člověka. Užívá se jich především u programů zdravotní péče či různých průzkumů zdravotního stavu. Obecné nástroje se dají použít u osob s různým zdravotním stavem a nemocemi (Mühlpachr & Vaďurová 2005).

Specifické metody jsou určeny pro jednotlivé skupiny nemocí, popř. konkrétní nemoci, nebo se týkají určitých pocitů, např. bolesti, dušnosti, úzkosti apod. Jsou tedy zaměřeny na nejdůležitější aspekty pro danou oblast měření. Může se jednat o specifika určité nemoci, populace, schopnost či podmínky. Výhodou je citlivé zhodnocení určité oblasti, proto jsou přesnější než obecné nástroje. Vyvíjené nástroje musí reflektovat

oblasti, které jsou pro pacienty důležité. Měření by mělo zahrnovat jak psychické, tak fyzické zdraví a výsledné hodnoty by měly sloužit i pro statistickou analýzu (Mühlpachr & Vaňurová, 2005).

Křivohlavý (2004) rozčleňuje způsoby měření kvality života do třech skupin:

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

Mühlpachr (2005) popisuje jak postupovat:

- popsat účel hodnocení,
- popsat vzorek populace,
- konceptualizovat závěry kvality života,
- vybrat nástroj pro měření kvality života,
- provést před testování nebo pilotní studii,
- shromažďovat data,
- analyzovat závěry.

1.3.1 Metody měření kvality života

The Karnofsky Performance Scale

Krnofského skóre je nástroj z roku 1949, kdy se používal především ve vnitřním lékařství v onkologii. Tímto skóre je hodnocen celkový stav pacienta. Hodnota indexu je udávána kvalifikovanou osobou, nejčastěji lékařem. Metoda užívá procentuální škálu od 0 do 100. Přičemž index 100 značí normální stav bez obtíží a index 0 udává, že pacient je mrtev. Tento nástroj je zaměřen převážně na tělesnou dimenzi kvality života (Mühlpachr & Vaňurová, 2005).

Visual Analogue Scale (VAS)

Vizuální analogová stupnice (VAS) je stupnice psychometrické odezvy. Jedná se o měřicí přístroj pro subjektivní charakteristiky nebo postoje, které nelze přímo měřit. Při odpovědi respondenti specifikují svou míru souhlasu tím, že uvedou pozici podél kontinuální linie mezi dvěma koncovými body. Tyto body chápeme jako úsečku se dvěma označenými extrémy. Oba extrémy se týkají zdravotního stavu pacienta,

kdy první je mimořádně dobrý a druhý mimořádně špatný (Mühlpachr & Vaďurová, 2005).

Index kvality života ILF

V tomto systému byla předem stanovena kritéria - např. sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav pacienta atp. Tento systém měl své klady v tom, že stanovení kritérií kvality života nebylo již jen na hodnotiteli. Bylo dáno souhlasem většího počtu lidí - pacientů, lékařů, klinických psychologů, zdravotních sester atp. Záznam o stavu pacienta bylo možno odstupňovat v jednotlivých dimenzích (např. v pětistupňové škále). Bylo možno hodnotit kvalitu života pacienta v předem stanovených časových úsecích (např. v průběhu déle trvajících léčení), v různých situacích (Křivohlavý, 1986)

Spitzer Quality of Life Index-QL

Kritéria kvality života pacienta podle W. O. Spitzera jsou rozděleny do několika oblastí jako např. pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech (cizí pomoci), finanční situace pacienta, způsob trávení volného času pacientem, bolesti pacienta, nepohodlí daného pacienta, nálada pacienta, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace pacienta s okolím, vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (přáteli a rodinou). Každá z oblastí zahrnuje různé lidské činnosti a respondent označuje, do jaké míry jsou platné pro jeho život. Respondent rozhoduje pouze o tom, zda je aktivity schopen či nikoliv. Škála má pět částí se třemi možnostmi pro odpověď. Odpovědi jsou hodnoceny od 0 do 2 bodů a každou část lze hodnotit buď samostatně, nebo jsou všechny části sečteny do celkového skóre (Mühlpachr & Vaďurová, 2005).

Metoda WHOQOL

Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL) je metodou k sebeposouzení kvality života. Ta je chápána jako vnímání sebe sama v kontextu kultury, ve které člověk žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. V současné době je v medicíně považována za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Původní verze dotazníku (WHOQOL-100), která měla sto položek, pokrývá šest domén: fyzické zdraví včetně fyzické kondice, příznaků nemoci a možnosti regenerace; prožívání, respektive psychologické zdraví včetně nálady, kognitivních funkcí a vztahu k sobě; fyzickou nezávislost zahrnující mobilitu, schopnost pracovat a případnou závislost na zdravotní péči; sociální vztahy, kam patří blízké osobní vztahy, partnerství a charakteristiky širšího sociálního prostředí; prostředí popisující životní podmínky včetně podnětnosti, bezpečí a celkové kvality okolního prostředí, finanční situace a kvality péče a duchovní oblast (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

1.3.1.1 Metoda SQUALA

Dotazník SQUALA, se po prvé objevil v roce 1992 ve Francii, kde ho vytvořil M. Zannotti. Dotazník SQUALA se opírá o Maslowovu třístupňovou pyramidu potřeb a jsou v něm obsaženy i další oblasti, jako vnitřní hodnoty člověka (Mühlpachr, 2005).

SQUALA zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci, a to tak, že hodnotí, nakolik je člověk spokojen nebo nespokojen s oblastmi života, které sám považuje za důležité. Při zpracovávání získaných dat se pracuje s tzv. skóry. Hrubý skór je přiřazován v rámci získání subjektivního posouzení spokojenosti jednotlivých životních oblastí (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

1.4 Problematika stáří a stárnutí

Lidský život je určitým tokem událostí, které mají časovou posloupnost. Životní vývoj nazýváme ontogenezí. Věk, původně neutrální biologický znak, nabývá v sociálním kontextu sociální význam, který určuje, jakým způsobem jsou jedinci vnímáni a jaké se od nich očekává chování. Věkem je tedy určen status jedince ve společnosti. Podle věku společnost diferencuje jedince do různě vymezených věkových kategorií. Hovoříme o času sociálním, či o sociálním věku, který je podmíněn společensky a nejčastěji se člení na dětství, dospělost a stáří (Rabušic, 1995).

Stáří a stárnutí (involuce) jsou základní pojmy seniorské problematiky. Stáří je obecné označení pro pozdní završující fáze ontogeneze. Je podmíněno geneticky, životním stylem, životními podmínkami a dalšími. Je úzce spojeno s mnoha sociálními změnami (osamostatnění dětí, odchod do důchodu, změnami sociálních rolí,...). Monika Žumárová (2012). naznačuje závislost stáří na způsobu života v mládí

a dospělosti. S podobným názorem se setkáváme u Ladislava Rabušice (1995), který za faktory spokojenosti ve stáří pokládá předchozí zkušenosti a emoční stabilitu.

1.4.1 Stárnutí

Stárnutí je nezadržitelný proces směřující z minulosti do budoucnosti. Je to celoživotní proces, jehož involuční změny jsou patrnější od přelomu čtvrtého a pátého decennia v závislosti na prostředí. (Mühlpachr, 2004). Konec tohoto nezadržitelného procesu je smrt. Nevyhnutelnost konečnosti života přitahovala pozornost lidstva odpradáвна. Stejně tak jako lidstvo přitahoval samotný fakt pomíjivosti života, tak ho zajímalo co je příčinou stárnutí. Z tohoto důvodu se můžeme setkat s mnoha dalšími teoriemi o stárnutí. Je však důležité říci, že neexistuje teorie, vysvětlující proč stárneme, se kterou by se dalo plně ztotožnit. Žumárová tvrdí: „Potíže jsou s interpretací nálezů a je obtížné rozhodnout, který fenomén je příčinou stárnutí a který jeho důsledkem“ (Žumárová, 2012, s. 82). Stárnutí je konečná fáze vývoje člověka a je třeba na něj nahlížet jako na součást kontinuální proměny. Právě proto, že se jedná o kontinuální proměnu, je nesnadné nalézt definici, kdy tedy končí střední věk a nastupuje stáří (Stuart-Hamilton, 1999). Podle Malíkové (2011) je stárnutí cestou do stáří a člení ho na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí je normální součástí života a zákonitá epocha ontogeneze. Za příklad patologického stárnutí uvádí předčasné stárnutí a stárnutí, kdy jedincův věk kalendářní je nižší než funkční.

Vzhledem k nejednoznačnosti definice se tak spokojme s konstatováním faktu, že stárnutí je biopsychosociální problém daný stavbou a funkcí organismu, sociálními determinanty prostředí, ale i psychickými dispozicemi a spirituální dimenzí jedince (Mühlpachr, 2009).

1.4.2 Stáří

Jak odpovědět na otázku, co je stáří? Na to nikde nenalezneme jednoznačnou odpověď. V odborné literatuře se setkáváme s nejrůznějšími definicemi stáří. V knize Sociální gerontologie Rostislav Čevela (2012, s. 106) definuje stáří jako: „Obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život. Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou

interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří“. Fenotyp stáří je obrazem tělesných projevů a změn, kterými se staří lidé liší od mladých. Podmíněn je několika individuálními faktory jako např. genotypem a biologickou involucí, důsledky nemocí a úrazů, vlivem životního stylu, vlivem prostředí a psychickým stavem (Benešová, 2014).

S tímto se shodují i jiní autoři. Stáří je jednoho z nich definováno jako obecné označení pozdní fáze ontogeneze. Je považováno za důsledek a projev involučních procesů, které jsou geneticky podmíněné. Procesy jsou individuálně pozměňovány především aspekty, jako je nemoc, životní podmínky a životní způsob (Mühlpachr, 2005).

Haškovcová doplňuje, že stáří je výsledný stav stárnutí, který u každé osobnosti probíhá různou rychlostí a individuální variabilitou. Spočívá ve schopnostech jedince hodnocených k danému kalendářnímu věku. Z biologického hlediska se kalendářní věk na stáří mnohdy neváže a je rozdílným ukazatelem hranice stáří. Tato hranice je i v různých složkách osobnosti hodnocena jinak. Přitom jasně stanovit hranici stáří a určit, že po jejím překročení se člověk stává starým, je přinejmenším složité. Mezi procesem stárnutím a kategorizací stáří totiž panují značné individuální rozdíly, závislé na aktuálním zdravotním a psychickém stavu jednotlivce, jeho rodinném zázemí a dlouhodobých vztazích uvnitř rodiny, vlastním sebe pojetím i hodnotovém a postojořovém vybavení a především také na vývoji jeho života a životním stylu (Haškovcová, 2006).

1.4.3 Věkové rozmezí stáří

Hlavním ukazatelem, který nám určuje stáří člověka, je kalendářní věk. Tento věk je sice kalendářně jasně vymežitelný, ale nevypovídá nic o změnách, které proběhly v životě člověka. Tím jsou myšleny pracovní schopnosti a změny sociálních rolí v životě člověka (Ondrušová, 2011).

Za počátek období stáří, je dnes považován věk 65 let. Za vlastní stáří je považován věk 75 let. Kromě kalendářního věku mluvíme také o věku biologickém a sociálním věku. Biologický věk nám vypovídá o celkovém stavu organismu. Změny, které pozorujeme u starého člověka, jsou způsobeny spíše nemocemi než stárnutím (Ondrušová, 2011).

Když se podíváme do historie, tak problematikou stáří se zabýval i legendární řecký filosof a matematik Pythagoras. Ten přirovnával lidský život ke čtyřem ročním obdobím:

- utváření (do 20 let),
- mládí (do 40 let),
- rozkvět sil (do 60 let)
- stáří (po šedesátce). (Smékal, 2005)

Způsob členění věkového rozmezí ve starověké Číně:

- mládí (do 20 let),
- věk uzavírání manželství (do 30 let),
- věk plnění společenských povinností (do 40 let),
- věk poznávání vlastních omylů (do 50 let),
- poslední možnost tvůrčího života (do 60 let),
- věk moudrosti (do 70 let)
- stáří (Smékal, 2005).

Při pohledu do současnosti světová zdravotnická organizace (WHO) definuje starého člověka jako člověka staršího 60 let. Od tohoto věku jsou stanoveny následující kategorie (Říčan, 2004):

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

S tímto rozdělením se ztotožňuje i Příhoda (1974), který uvádí ve své literatuře:

- 60 až 74 let – počínající stáří
- 75 až 89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost

Mühlpachr (2005) uvádí členění z 60. let 20. století. Senioři jsou rozčleněni na mladé seniory a staré seniory. Z toho pak vyplývá následující členění:

- 65 až 74 let – mladí senioři
- 75 až 84 let – staří senioři
- 85 let a více – velmi staří senioři

V další odborné literatuře se dnes vyskytuje i termín jako young old, old old a very old old. Osoby, které jsou označeny jako old old, jsou ženy a muži starší 75 a 80 let věku. Very old old jsou lidé starší 85 let. Jednotlivé skupiny se liší oblastí, na jakou se upíná jejich pozornost. U první skupiny jsou to zejména možnosti různých aktivit, seberealizace. Pro zbylé skupiny jsou to spíše nemoci či osamělost. Odborníci se shodují, že délka života každého jedince je určena především geneticky. Jedná se o program života uložený v genech, který když je u konce, má za následek smrt člověka (Haškovcová, 2010).

Biologické stárnutí

Pod pojmem biologické stáří se snažíme prezentovat konkrétní míru involučních změn, obvykle spojených s chorobami, které se ve vyšší míře projevují u starších lidí. Jde zejména o úbytek fyzických sil, změny v regulačních a adaptačních mechanismech. Mnohdy se ale toto biologické stáří liší od tzv. kalendářního stáří, což jen potvrzuje skutečnost, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší a nejsou stejně staří.

Biologický věk je těžko hodnotitelný oproti kalendářnímu věku. Ten se řídí datem narození. Je možné jej definovat jako souhrn všech možných charakteristických znaků, podle nichž lze ohodnotit celkovou zdatnost jedince. Jsou to subjektivní příznaky stáří a objektivní příznaky stáří, které mohou být dlouhou dobu skryty. Je důležité, aby byly včas odhaleny choroby, které stáří nepozorovaně provázejí a včas léčeny. Proto musíme rozlišovat obtíže, které s sebou přináší stáří jako takové, od nemocí, které stáří provázejí a jsou jimi popřípadě zhoršeny (Baštecký, 1994).

Známky stárnutí mohou být duševní a tělesné. Jsou posuzovány měřítky biologického nebo psychologického věku. K určení biologického věku se pro zpřesnění užívá anatomického věku. Ten vyjadřuje stav kosterní soustavy a stavby těla jedince. Dále se užívá karpální věk, u něhož se zjišťuje stav karpálních kůstek a tudíž fyziologický věk. Ten nám udává například rychlost metabolismu. Teorie, zabývající se fyzickým úpadkem jedince lze rozdělit na dvě základní. Teorie opotřebenosti, kde se části těla postupně opotřebovávají a teorie buněčné, založené na tvrzení, že buňky jsou vystaveny toxinům včetně odpadních produktů metabolismu, následkem čehož tělo stárne (Stuart – Hamilton, 1999).

1.4.4 Teorie stárnutí

Podle různých autorů, na organismus působí mnoho zevních činitelů, které společně působí při stárnutí. Do této oblasti patří i zemská přitažlivost, vlivy kosmické, magnetické pole, zeměpisné prostředí, podnebné činitele. Zdůrazňují, že obraz stáří závisí i na tom, co pijeme a jíme. Svoji úlohu pak také hraje i místo a způsob bydlení, společnost, se kterou se jedinec stýká a prostředí ve kterém žije. Není příliš pravděpodobní, že mezi lidmi jsou rozdíly v rychlosti stárnutí. Příčiny rychlosti stárnutí dosud nejsou uspokojivě vysvětleny, přestože teorií a hypotéz je velmi mnoho. Gerontologové se už desítky let snaží vyjádřit nějakým jednotným ukazatelem celkové biologické stáří organismu. Mezi nejznámější teorie patří:

Teorie rozštěpu buněk

Tato teorie se zmiňuje o limitované schopnosti dělení a růstu buněk. Ta je způsobena tzv. teplomerou, která je konečnou částí jednoho z chromozomů. Skládá se ze segmentů a při každém rozdělení buňky jeden segment teplomery ubude. Jakmile se spotřebuje poslední segment, nastává proces zániku buňky (Kubešová, 2005).

Teorie volných radikálů

Ta předpokládá, že existuje jedna jediná základní příčina stárnutí, zapříčiněná genetickými faktory a faktory prostředí. Říká, že reakce volných radikálů zapříčiňuje stárnutí a různá onemocnění (Mühlpachr, 2004).

Teorie účinku kyslíku

Tato teorie se rozvíjí od 50. let 20. století a je založena na působení kyslíku. Je známo, že kyslík je přidáván do různých kosmetických přípravků, aby zastavil stárnutí kůže. Zjednodušeně řečeno, tato teorie tvrdí, že zvýšením obsahu kyslíku v buňkách těla živočichů prodloužíme jejich životaschopnost a tím oddálíme stáří (Mühlpachr, 2004).

Lipofuscinová teorie

Pochází ze 70. let 20. století, kdy se někteří vědci domnívali, že existuje hlubší nebo vnitřní příčina, která způsobuje stárnutí. Touto příčinou měl být lipofuscin,

tzv. pigment stáří. Přestože je lipofuscin znám již přes 250 let, jeho přesná analýza dosud nebyla provedena. Prokazatelně je však obsažen ve všech tkáních u zemřelých osob, především v srdci a v centrální nervové soustavě (Mühlpachr, 2004).

Další teorie

Jsou odvozeny od přímého pozorování způsobu života osob. Například s dlouhověkostí se setkáváme častěji u osob, žijících ve vyšších nadmořských výškách. Z lidí žijících v nadmořské výšce 700 m se věku 90 let dožívá cca 13 lidí z 10 000. Oproti tomu lidí žijících v nadmořské výšce 2 000 m se tohoto věku dožívá 24 z 10 000. Další početná skupina teorií se zaměřuje na způsob a kvalitu stravování. Výpovědi jednotlivých literárních zdrojů se však v otázce stravy velmi liší. Zatímco jeden se stravuje velmi prostě a žije až asketickým životem a upřednostňuje vegetariánskou stravu, druhý si ke snídani dává chléb s uzenkou a jako recept na dlouhověkost uvádí 3x denně slivovici. Francouzi tvrdí, že nezáleží na tom, co jíte, ale že velmi záleží na společnosti, se kterou se stravujete, jako recept na dlouhověkost doporučují stravování v kruhu nejbližších přátel. (Ale tento recept prý platí jen na území Francie). Velmi početná skupina lidí spatřuje možnost prodloužení života v tělesném pohybu. Odborné výzkumy však tento předpoklad bohužel nepotvrdily. Na druhou stranu je nutno přiznat, že pohyb prodlužuje aktivní část života. Otázkou zůstává, zda dobrý tělesný stav umožňuje provozování sportu nebo naopak pravidelné cvičení udržuje tělo v dobré kondici (Mühlpachr, 2004).

1.4.5 Změny během stárnutí

Biologické změny

Během stárnutí vlasy a pokožka začínají ztrácet elasticitu, dochází ke zhoršení činnosti mitochondrií, kde buňka získává energii. Vlasy jsou řídké, slabé a šedivé nebo se objevuje pleš s častými skvrnami na odhalené pokožce. Pokožka je vrásčitá, tělo ochablé. Vzhled se mění k horšímu (Říčan, 2006).

Starý člověk se mění tak, aby byl méně přitažlivý. Vysvětlujeme si to genetickým naprogramováním. Mladost a krása přitahuje silné jedince a tady jsou schopni plodit potomstvo. Kdo je přitahován starým člověkem, tak má špatné předpoklady pro to, aby zplodil kvalitní potomstvo, a v přírodě tedy vymírá.

Pokud dá mladá žena přednost starci před mladým mužem, jde o úchylku s názvem gerontofilie (Říčan, 2006).

Různé orgánové soustavy postupně přestávají fungovat. Tento jev však nezačíná samotným stářím, děje se tak již zhruba od 30. roku života. Degenerace je však velmi pozvolná a každoročního úbytku o 0,8-1% si člověk až do stáří ani nepovšimne (Stuart-Hamilton, 1999).

Taktéž dochází k úbytku svalové hmoty a tím pádem i celková síla. Rozdíl ve vitální kapacitě plic mezi dvacetiletým mužem a mužem okolo šedesáti let je značná. Dvacetiletý muž má o polovinu větší vitální kapacitu plic. Již zhruba po 14 dnech pohodlí na lůžku dochází ke ztrátě svalové hmoty, slábnutí reflexů regulující krevní tlak a dochází k řídnutí kostí. Tato nehybnost má určitý dopad i na psychiku jedince, která může jedince dostat do deprese a přivodit tak úzkost, která má záporný vliv na organismus (Říčan, 2006).

Rozmnožovací orgány taktéž prochází značnými změnami. U muže dochází ke slábnutí varlat a penis se zmenšuje. Dosažení erekce je komplikovanější a déle trvá, než se dostaví. Pokud jedince během svého života byl sexuálně aktivnější, tak ve stáří si zachovává delší dobu sexuálně apetit a potenci. U žen se mění pochva. Dochází k jejímu zúžení, zkrácení a částečné ztrátě pružnosti. Sliznice může procházet nejrůznějšími změnami, může atrofovat, zvlhnutí je v menší míře a tak sexuální styk může být nepříjemný až bolestivý. Kvalita sexuálního styku může být zlepšena cvičením. Jde o cviky na oblast pánevního dna a svalstva v okolí pánve (Říčan, 2006).

Odvod odpadních látek z organismu a s tím související vylučování je zpomalené a toxické látky se hromadí v těle. Trávicí trakt je pomalejší a vyživující látky se hůře vstřebávají. Snížená síla srdce a menší pružnost cév má za následek větší počet energie, která je potřeba k rozvádění krve po těle (Kalvach, 2005).

Dýchací a oběhová soustava je jednou z nejdůležitějších v lidském těle. Při zhoršení výkonu dýchací a oběhové soustavy zapříčiní nedostatečné okysličování mozku. Ve stáří dochází ke zhoršování energetického zásobování mozku. V nervovém systému ubývají neurony a ty které nezaniknou, tak klesá jejich výkonnost. Díky těmto změnám je velmi ovlivněna funkce celého organismu člověka (Stuart-Hamilton, 1999).

Smyslové změny

Díky základním smyslům mozek dostává základní informace o okolí, ve kterém se nachází a jakékoliv zhoršení základních smyslů má za následek horší vnímání světa kolem jedince. Pokles vnímání samotných smyslů se děje pozvolna již od rané dospělosti. V případě stárnoucích smyslů, vjem z okolního světa přijatý receptorem putuje do mozku v menším rozsahu, není tak přesný a cesta mu trvá delší čas. Stárnoucí mozek není schopen tento vjem využít tak jako dříve (Stuart-Hamilton, 1999).

Zatím neexistuje jednotný názor na to, jestli a jak velké jsou změny v intenzitě vnímání sladké, slané, hořké a kyselé chuti (Stuart-Hamilton, 1999). Je však prokázáno, že vnímání a rozlišování základních chutí je oslabeno. Osoby seniorského věku hůře rozpoznávají chutě jednotlivých koření. Pozoruhodné je, že čich zůstává poměrně stálý v každém věku (Haškovcová, 2010).

U osob nad 65 let je velmi často posunutý práh citlivosti, tudíž je potřeba silnějšího dotyku aby to dotyčný zaregistroval. Taktéž se zhoršuje citlivost na chlad a teplo. Tyto změny jsou v různých mírách a individuálně se liší (Stuart-Hamilton, 1999).

Zrak prochází různými změnami. Oko je smyslový orgán, který reaguje na změny světla. Je velice náchylný k nejrůznějším onemocněním a také ke změnám. Ve stáří nejčastěji dochází ke zhoršení akomodace. Akomodace je proces, při kterém se mění optická mohutnost oka, díky které je oko schopno zaostřit na blízkou vzdálenost nebo do dálky. Zhoršení akomodace oka nejčastěji vede ke stařecké dalekozrakosti. Ta je způsobena ztrátou pružnosti čočky, díky které je možné zaostření. Většina seniorů trpí ztrátou zrakové ostrosti a většinou tento nedostatek nedokáží odstranit ani kompenzační pomůcky jako jsou brýle (Stuart-Hamilton, 1999).

Celkové zpomalení organismu osob v seniorském věku souvisí také s horším zpracováním zrakových podmětů. Zpomalení začíná na sítnici a k dalšímu zpomalení dochází i v nervech vedoucích k mozku. K poslednímu zpomalení dojde v samotném mozku, kde se všechny vizuální informace setkávají. Po 75. roce života dochází ke značnému zúžení zorného pole a tudíž ke zhoršení periferního vidění (Stuart-Hamilton, 1999).

Osoby seniorského věku velmi často postihují oční choroby, jako je šedý zákal, kdy čočka přestává propouštět světlo. Zelený zákal, zapříčiněný zvýšeným množstvím nitroočního moku v očnici a vytvářející tak tlak na oko, který poškozují časem nervové i receptorové buňky. Dalším velmi častým onemocněním je degenerace žluté skvrny, která je nejostřejším místem vidění (Corso, 1981).

Sluch je ovlivněn prostředím, ve kterém se dotyčný během života pohyboval, ale prokazatelně slábne. Není však přesně stanoveno, jaký podíl na zhoršení sluchu nese prostředí a jaký stárnutí (Stuart-Hamilton, 1999). Důvodem zhoršování sluchu je artróza středního ucha. Střední ucho má za úkol přenášet zvukový signál z kladívka na kovádlíku a třmínek. Zhoršuje se přenos zvuku především ve vysokých frekvencích (Říčan, 2006).

Zhoršení sluchového vnímání přichází obdobně kolem 40. – 50. roku života. Nejprve se zhoršení týká vysokých tónů, později se snižuje i schopnost porozumění mluvené řeči a tak mluvčí musí zřetelněji artikulovat a zpomalit tempo řeči (Kubešová, 2005)

Psychické změny

V historii se nekladl skoro žádný důraz na psychické zdraví člověka. Většina lidí velmi tvrdě pracovalo k vůli obživě. Lidé, kteří se snažili zabývat tématem psychického zdraví, předpokládali, že pokud se omladí tělo, tak se omladí i jejich psychický a duševní stav. Je to pochopitelný přístup, jelikož fyzické stárnutí jde vidět pouhým okem, ale psychické újmy se vidět nedají. Otázkou psychiky se zabývali především filozofové, kteří přisuzovali stejnou důležitost i stárnutí psychickému (Haškovcová, 2010).

Ani v současnosti není lehké stanovit psychický profil seniorů, jelikož charakteristické znaky, které tomuto věkovému období připisujeme, můžeme považovat za individualitu osobnosti každého seniora (Zadák, & Jiráček, 2004).

Během stáří se mohou objevit neurózy. Zapříčiňuje je fakt, že má jedinec zvýšenou duševní citlivost, zranitelnost, možné ztráty nebo jakýkoliv stres. Vše je možné léčit psychofarmaky, ale také psychoterapií, která až obdivuhodně pomáhá vyrovnávat se s nepříjemnostmi a bolestmi stáří (Haškovcová, 2010).

Mezi závažné poruchy řadíme deprese, co je závažná, dlouhotrvající porucha psychiky projevující se snížením až vymizením schopnosti prožívat potěšení. Vyznačuje se pokleslými náladami a patologickým smutkem. Deprese mohou vzniknout jako reakce na ztrátu v rodině, onemocněním, odchod do domova pro seniory. Mohou být také doprovodným jevem některých nemocí nebo vyčerpáním. Psychosomatické poruchy se projevují různě, jako třeba bolesti hlavy či břicha, nechutenství, teploty. Jejich příčinu je však nutno hledat v oblasti vztahů k blízkým, v nevyřešených konfliktech, smutcích a obavách. Podaří-li se tento podnět analyzovat a řešit, pacient se většinou plně uzdraví (Haškovcová, 2010).

Existují také psychické obtíže závažnějšího rázu, které mají vliv na změnu osobnosti. Psychiatrická zkušenost praví, že člověk se ve stáří stává karikaturou sebe samého, to znamená, že se naplno projeví vlastnosti, které dříve člověk dokázal tlumit. Šetřivost se mění v lakomství, Šetrnost v malichernost atd. Taktéž se stupňuje manipulativnost s druhými, panovačnost a podezíravost. Podezíravost je obzvlášť nebezpečná, jelikož zbývá jen kousek k tomu, aby byl jedinec paranoidní. Paranoik se domnívá, že je zvláštním předmětem pozorování okolí, že mu lidé vědomě vytvářejí překážky a usilují o jeho majetek, zdraví či dokonce o holý život. Pokud se k tomuto psychickému neduhu přidá nedoslýchavost či hluchota, může mít porucha rozsáhlé následky (Haškovcová, 2010).

Za úspěšné stárnutí se považuje stárnutí, které je bez většího množství chorob. Mnoho autorů se však ztotožňuje s názorem, že i v případě úspěšného stárnutí dochází ke změnám v mentální oblasti. Mentální změny jsou velmi individuální a postupují různou rychlostí. Psychické změny organismu, jsou stejně jako ty tělesné naprosto běžným a fyziologickým procesem. Projevují se jako:

- prolínání věku, funkce mozku a činnosti celého těla
- zpomalení duševní činnosti
- přesnost v čemkoliv je důležitější než rychlost
- špatné snášení změn
- zhoršení v některé složce inteligence
- nízká motivace u seniora
- snížení zájmu o okolí
- netečnost

- často přicházející neurózy, poranění, deprese (Kubešová, 2005).

Během stárnutí zůstává stabilní schopnost pozornosti, komunikace a slovní zásoby. Na druhou stranu ale klesá schopnost selektivní pozornosti, plynulé řeči, prostorové představivosti a logické analýzy. Velmi obtížné se stávají aktivity vyžadující rychlou reakci (Kubešová, 2005).

Změna paměti

Ani paměť není ušetřena změn a dochází k jejím poruchám. Nejčastěji je vidět zapomnětlivost, která není jen u osob seniorského věku, ale i u běžné populace. Jenomže u starších lidí je častější v kombinaci s nedoslýchavostí a dalšími změnami a dokáže ztrpčit život.

Paměť se rozděluje na krátkodobou a dlouhodobou, profesní a specifickou. Specifická je například paměť číslic. Ve stáří dochází ke snížení některých složek paměti - vštípivosti a vybavnosti. Vštípení i vybavení trvá seniorům delší dobu nebo si nejsou schopni vybavit něco konkrétního vůbec. Nejedná se však o nezvratný stav. Pokud budeme chtít vštípení zlepšit, můžeme tak učinit navštěvováním kurzů nesoucích název trénování paměti. Vybavnost lze podpořit například luštěním křížovek, hrou s písmeny nebo dalšími paměťovými cvičeními (Haškovcová, 2010).

K velmi typickým změnám paměti ve stáří patří změny epizodické paměti. To znamená, že si starší člověk hůře pamatuje, kde si co uložil, nebo za co včera zaplatil apod. Oproti tomu se poměrně dobře uchovává kvalita dlouhodobé paměti. Tak dochází k situacím, že si starý člověk dokáže docela podrobně poměrně vybavit dávno prožité situace, ale nepamatuje si, co se dělo včera (Stuart–Hamilton, 1999).

Faktory, které ovlivňují paměť, jdou ruku v ruce se stářím, ale nesmíme opomenout i činitele, které ovlivňují intelekt. To jsou faktory jako například emocionální stav, dosažené vzdělání, slovní zásoba, finanční situace. Paměť je velmi důležitá pro každého z nás protože má vliv na adaptace na řadu změn v tomto věkovém období.. Úbytek paměti lze kompenzovat pomůckami, jako např. diáře, notýsky, upomínkové předměty, nebo neodkládat nic na později (Stuart–Hamilton, 1999). Jeden americký psycholog popsal, jak se naučil kompenzovat zhoršenou paměť drobným trikem: potkal-li ve společnosti někoho, jehož jméno si nemohl vybavit,

obrátil se k manželce: “Miláčku, znáš přece...” a jakoby se chystal tohoto člověka představit. Do toho vpadla jeho žena a řekla „Ale samozřejmě, že znám. Jak se máte?“ Tím odpadlo představování nebo trapná chvíle (Říčan, 2004).

1.5 Druhy pohybové aktivity

Pohyb

Pohyb znamená život. I když si připadáme v klidu, provádíme pohyby díky dýchání, dochází k cirkulaci krve, k srdečním stahům a dalším pohybům našeho těla. Pohyb je i základním prostředkem člověka, pomáhá mu vyjádřit pocity, nálady, duševní stav, je formou prastaré lidské komunikace (Mužík, & Krejčí, 1997).

Pohyb je jednou ze základních vlastností hmoty. Je vázaná na prostor, čas a učlověka slouží jako univerzální prostředek seberealizace. Jde o nejnápadnější projev činnosti pohybového aparátu, jako jediného aparátu v lidském těle, které provádí činnost pod kontrolou vědomí. Každý pohyb uvádí tělo do nerovnovážného stavu. Pokud působí zátěž po delší dobu, může dojít k adaptaci na tuto zátěž (Kratochvíl, 2009).

Pohyb neznámá jen lokomoce, neznámá to jen pohyb svalů, ale i pohyb nálad, světadílů, citů. Nejedná se pouze o psychologickou nebo psychofyziologickou záležitost, ale i o společenskou sílu motivující lidskou soudržnost ve všech úrovních. Analýzou pohybu člověka je možné předpovídat úroveň aktuálního tělesného a duševního rozpoložení jedince (Blahutková, & Dvořáková, 2005).

1.5.1 Pohybová aktivita (PA)

Pohybová aktivita se řadí mezi základní elementy procesu, který přispívá zvyšování kvality života a ke zdraví. Pohybová se vymezuje jako souhrn činností, které realizuje kosterní svalový systém. Tato činnost je podmíněna genetickým výdejem a součinností všech biologických funkcí (Měkota, & Cuberek, 2007).

Physical activity je pojem přejatý ze zahraniční literatury a zařazujeme zde každý tělesný pohyb produkovaný kosterními svaly, který má za následek kalorický výdej.

Pohybovou aktivitu chápeme jako široké spektrum pohybových činností v oblasti lidského konání. Může být součástí volného času, školních aktivit, sportovní činnosti nebo jen chůze do práce (Kalman, & Hamřík, 2009).

Pohybová aktivita se dělí podle druhu pohybových aktivit

- izometrická cvičení
- izotonická cvičení
- izokinetická cvičení
- anaerobická cvičení
- aerobní cvičení (Blahutková & Dvořáková, 2005).

Izometrické cvičení: Izometrie je metoda založená na statickém cvičení využívající pevného odporu působícího na sval nebo svalové skupiny. Jde o statické napínání svalů ve specifické poloze.

Izotonické cvičení: Izotonie je metoda při které se sval prodlužuje a zkracuje. Jako příklad si můžeme představit klasický bicepsový zdvih činky ve stoji.

Izokinetické cvičení: Izokinetický trénink umožňuje procvičování svalu blízko jeho maxima v průběhu celého rozsahu pohybu v kloubu. Umožňuje tedy maximální kontrakci v každém bodu rozsahu pohybu. Díky maximálnímu zatížení aktivních svalů během celého rozsahu pohybu je možno vykonat daleko větší práci než při klasickém silovém tréninku.

Anaerobní cvičení: Anaerobní aktivita je cvičení, při kterém tělo pracuje za nedostatečného přísunu kyslíku. Jedná se o vysoký výkon během krátké doby, kdy dochází k vyčerpání zásob kyslíku v těle a vzniká kyslíkový dluh. Aktivita je zaměřena na sílu a výbušnost.

Aerobní cvičení: Je pohybová aktivita prováděná za dostatečného přístupu kyslíku ke svalům. Aerobní cvičení je takové, které nás přinutí zhluboka dýchat, zapojit do pohybu velké skupiny svalů, při pravidelném tempu trvajícím déle než 15 minut (Blahutková, & Dvořáková, 2005).

Díky technickému pokroku za posledních 200 let se společnosti podařilo odstranit fyzicky náročné aktivity, které byly potřebné k přežití. Dále se podařilo zvýšit

kvalitu života na tak vysokou úroveň, jak nikdy v historii nebyla. Novodobé studie prokazují, že za pohybově aktivnější lidé, mají vyšší kvalitu života. Tento objev, se považuje za velmi významný a směřodatný (Horák, & Mitáš, 2011).

1.5.2 Pohybová aktivita seniorů

Pro vyspělejší západní kultury se dlouhověkost stává běžnou normou. Podle dostupných údajů víme, že průměrný věk v České republice u žen je okolo 81 let a průměrný věk mužů 72 let. Jak víme, tak formální hranice pro stáří je 65 let a tak podle dostupných údajů si dovedeme spočítat, že ženy v tomto období budou žít o 1/4 svého života déle a muži skoro taktéž. Proto nelze opomíjet období stáří. Je velmi příjemné, že se lidstvu daří přidávat léta životu, ale je nutné přidávat i život létům (Kalvach, 2004).

Dlouhý život ve stáří je nejen šancí, ale je také rizikem křehkosti a obtíží, kterým však lze mnohdy úspěšně předcházet. Mezinárodní zkušenosti nasvědčují tomu, že nové generace se dožívají stáří ve stále lepší kondici. Zdá se, že nezdatnosti a závislosti ve stáří ubývá a že se posouvá do vyššího věku. Je tomu tak díky civilizačnímu vývoji, úrovni farmacie a tudíž prevenci chorob. Díky takzvanému úspěšnému stárnutí jsou nižší společenské bariéry, vzrůstají seniorům ambice, ale na druhou stranu i jejich zodpovědnost za kvalitu života a za vlastní seberealizaci (Kalvach, 2004)

Pohyb je jednou ze základních lidských potřeb a přirozeností, obzvláště, je li při něm kladen důraz na spontánnost. K tomu je potřeba naučit se poznávat jak potřeby, tak limity svého těla. Pohybová cvičení významně napomáhají důvěře k sobě samému především ke svému tělu. Pokud se člověku podaří prohloubit vnímání svého těla, může pochopit, že právě pohyb může být zdrojem radosti a vnitřních prožitků obohacujících člověka.“ (Štílec 2004, s. 25)

Pravidelná cvičení významně zlepšují pohybovou i psychickou kondici starších lidí a zároveň umožňuje optimalizovat život v rodině i ve společnosti. Pohybová aktivita hraje významnou roli při snaze dosáhnout úspěšného stárnutí a zdravého stáří (Kalvach, 2004).

Jsou dvě základní strategie pro zlepšování kvality života seniorů. První se snaží měnit vnější okolnosti života podle svých vytyčených životních cílů. Druhá spočívá ve změně prožívání tak, aby existující vnější faktory jedinec přijímal v lepší shodě se svými cíli. Ani jedna z těchto zmíněných strategií není zcela efektivní, pokud je použita izolovaně. Pro kvalitní život se obvykle musí kombinovat obě strategie. Motivace a ovlivňování seniorů k aktivnímu stylu života je velmi obtížná a dlouhodobá. Této problematice se věnují nejrůznější výzkumy většiny západních států, ale zatím jsou úspěchy pouze částečné (Štilec, 2004).

Neexistuje žádný přírodní zákon, který by prokazoval, že by člověk s přibývajícím věkem měl přestat být aktivní. Jedná se jen o pouhou lenost z naší strany, kdy si neuvědomujeme, jak moc stojíme proti sobě. Tělo funguje správně, jen pokud jsou na něj kladeny správné požadavky (Rheinwaldová, 1999).

1.5.3 Účinky tělesného cvičení:

Claude Bouchard (2010) uvádí, že dobrá kondice se skládá z pěti základních faktorů:

- organická odolnost
- svalová síla
- držení těla
- na tukových zásobách jedince
- schopnost relaxace

Organická odolnost je schopnost organismu udržovat homeostázu za nejrůznějších podmínek. Projevuje se stálou činností srdce, krevního oběhu a dýchání při dynamické svalové námaze.

Svalová síla závisí na počtu svalových vláken. Síla svalu závisí na jeho délce. Obecně lze říci, že čím delší sval, tím větší sílu je schopný vyvinout.

Svalová odolnost je schopnost svalu dlouhodobě odolávat zatížení. Významnou roli zde hraje prokrvení svalu a trénovanost.

Správným držením těla a vhodnou polohou pánve chráníme páteř. Naše pohybové a životní stereotypy významně ovlivňují držení těla (Claude Bouchard, 2010).

1.6 Doporučení pro pohybovou aktivitu

Osobám starším 65 let je doporučována pohybová aktivita na udržení nebo zlepšení zdraví a prevence onemocnění o intenzitě zatížení na úrovni 50 % maximální spotřeby kyslíku v celkovém souhrnu nejméně 140 minut týdně. Toho lze dosáhneme pomocí cvičení jednou nebo vícekrát denně v intervalech po 20 minutách. Pokud senioři chtějí být nezávislí na pomoci ostatních, je nezbytné, aby se věnovaly pohybové aktivitě minimálně na úrovni 40-50% maximální spotřeby kyslíku, což odpovídá středně těžké až lehké intenzitě zatížení po dobu nejméně 140 minut týdně. U seniorů je vhodné snížit sílu odporu u silových cvičení a pokud možno se vyvarovat cvikům se zadržováním dechu. Frekvence cvičení na posílení svalů zůstává stejná jako u dospělých osob 2-3x týdně. (Ohta, Tabata & Mochizuki, 2000)

Americký magazín sportovní medicíny publikoval v roce 2004 meta-analýzu výzkumů zabývajících se měřením pohybové aktivity pomocí krokoměru. Zdravé dospělé osoby by měly ujít každý den 7 000 až 13 000 kroků. Přepočít obecného doporučení tedy je minimálně 30 minut mírné pohybové aktivity denně vychází cca na 3 000 až 4 000 kroků/30 minut. Obecné doporučení 10 000 kroků za den není vhodné pro všechny skupiny obyvatel a bude nutné je dále zkoumat a doplnit. K snížení denního doporučení by mělo dojít u starších osob a naopak u dětí a adolescentů by mělo dojít k navýšení této počtu kroků (Tudor-Locke & Bassett, 2004).

Lidé v seniorském věku by se měli věnovat pohybové aktivitě v rozsahu, který jim dovoluje jejich zdravotní stav i za předpokladu, že nebudou schopni dosáhnout stanoveného cíle 150 minut mírně pohybové aktivity za týden. Upřednostňujeme cvičení, které se zaměřuje na zlepšení stability a docílit tak prevence proti pádům a následných zranění. Intenzita zatížení je volena podle individuálních fyzických možností seniora s ohledem na jeho zdravotní stav. Cvičení by pro ně mělo být především bezpečné. V případě zdravotních komplikací je nutné konzultovat pohybovou aktivitu s lékařem. Pokud to umožňuje zdravotní stav, pak platí pro seniory

stejně doporučení jako pro dospělé osoby, tedy 150 až 300 minut mírné pohybové aktivity týdně nebo 75 až 150 minut vysoké pohybové aktivity týdně. Délka trvání jednoho cvičení by měla dosahovat minimálně 10 minut a je vhodné ji provozovat pravidelně během týdne (Royall, 2008).

Australské národní doporučení pro pohybovou aktivitu osob starších 65 let z roku 2006 tvoří 4 hlavní doporučení.

- Pohybová aktivita zlepšuje fyzické funkce, balanční schopnosti, rovnovážné schopnosti a snižuje riziko depresí. Udržuje svaly a klouby zdravé, snižuje riziko pádu i rizika srdečního onemocnění. Nezáleží na zdravotním stavu ani na duševním stavu, každý by měl provozovat pohybovou aktivitu.
- Druhý bod doporučuje seniorům být aktivní každý den tak, jak to jen jde. Zahrnout do denních aktivit cvičení na rozvoj kondice, síly, flexibility a rovnováhy.
- Třetím doporučením je fyzická zátěž střední intenzity každý den po dobu 30 minut.
- Čtvrtý bod doporučuje v případě nové aktivity začít na úrovni, jaká je pro jedince velmi snadno dosažitelná a postupně zvyšovat intenzitu zatížení. (Sims, et al., 2006).

2. VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Diplomová práce se zabývá rozdílností kvality života u seniorů, kteří dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a seniory, kteří toto doporučení nedodržují. Testování proběhlo v klubech pro seniory na Přerovsku.

Naším cílem je zjistit subjektivní hodnocení kvality života pomocí sebe posuzovací metody SQUALA. Dále pomocí ankety vlastní konstrukce zkusíme, zda dodržování národního doporučení pro pohybovou aktivitu ovlivňuje hodnocení kvality života respondentů.

Díky této práci mají dotazovaní senioři možnost informovat se o doporučeních k pohybové aktivitě a získat tak znalosti o vhodných cvičeních a pohybových aktivitách.

Výzkumný cíl je zkoumán pomocí následujících výzkumných otázek:

- 1) Jaká je úroveň hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA u celého souboru respondentů?
- 2) Jaký je rozdíl mezi subjektivním hodnocením kvality života seniorů, kteří dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a mezi seniory, kteří toto doporučení nedodržují?
- 3) Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky hodnocení subjektivní kvality života seniorů.
 - a) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života SQUALA?
 - b) Ovlivňuje věk výsledky kvality života SQUALA?
 - c) Ovlivňuje dosažené vzdělání výsledky kvality života SQUALA?
 - d) Ovlivňuje hmotné zabezpečení výsledky kvality života SQUALA?
 - e) Ovlivňuje rodinný stav kvalitu života SQUALA?

3. METODIKA

Organizace a metodika výzkumu

Metodická část se zabývá průběhem šetření a rozebírá výzkumný soubor. Dále popisuje metody, jakých bylo využito při samotném šetření.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá ze 48 seniorů žijících na Přerovsku. Všichni navštěvují klub pro seniory a byli ochotni se dobrovolně zúčastnit dotazníkového šetření a vyjádřit se k jednotlivým položkám dotazníku SQUALA i dotazníku zaměřeném na pohybovou aktivitu. Výzkumný vzorek je složen z různorodých respondentů, tzn. různé pohlaví, věk, úroveň vzdělání.

Demografické údaje

Dotazníky jsme vyplnili s 48 respondenty, z toho bylo 19 (39 %) mužů a 29 (61 %) žen. Nejmladší dotazovaný měl 65 let a nejstarší 83 let. Průměrný věk respondentů byl 69 let.

Všichni dotazovaní (100 %) uvedli, že žijí v obci do 100 000 obyvatel a jsou nepracující důchodci.

Úroveň dosaženého vzdělání u zkoumaných respondentů:

- základní vzdělání – 10 (20,5 %) respondentů
- střední bez maturity – 18 (37,5 %) respondentů
- střední s maturitou – 13 (27,5 %) respondentů
- vysokoškolské – 7 (14,5 %) respondentů

Finanční situace respondentů:

- výrazně podprůměrná – 0 respondentů
- mírně podprůměrná – 8 (16 %) respondentů
- průměrná – 29 (61 %) respondentů
- mírně nadprůměrná – 11 (23 %) respondentů
- výrazně nadprůměrná – 0 respondentů

Rodinný stav respondentů:

- svobodný/svobodná – 0 respondentů
- manželství – 32 (68,5 %) respondentů
- rozvedeno – 2 (1 %) respondenti
- vdovci – 14 (30,5 %) respondentů

Všichni respondenti uvedli, že děti mají, ale s žádným z dotazovaných jejich dítě nežije ve společné domácnosti.

3.2 Průběh a organizace výzkumu

Data byla sesbírána ve volnočasových klubech pro seniory na Přerovsku. Šetření schválila etická komise na Fakultě tělesné kultury v Olomouci. Po schválení jsme se sešli s vedoucími klubů pro seniory v Přerově, v Kostelci u Holešova a v Újezdci u Přerova a požádali je o zrealizování výzkumného šetření. Všichni vedoucí dotazníkové šetření uvítali a zařadili ho do pravidelného programu klubů.

Schůzka se seniory měla formu přednášky o pohybové aktivitě, kde jsme se zaměřili na národní doporučení o pohybové aktivitě. Po přednášce následovalo samotné dotazníkové šetření, kdy jsme každého seznámili s cílem výzkumu, s dobrovolností šetření a požádali jsme testované o informovaný souhlas (viz Příloha č. 1). Dále následoval sběr samotných dotazníků. První jsme vyplňovali standardizovaný dotazník SQUALA a pak dotazník zaměřený na pohybovou aktivitu.

3.4 Použité metody

Metody, které byly při výzkumu použity, jsou určeny k zjišťování úrovně kvality života. Je to především metoda dotazníkového šetření SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis) (Dragomirecká, & Bartoňová, 2006). A pro zjištění úrovně pohybové aktivity byla použita anketa vlastní konstrukce vytvořená podle národního doporučení pro pohybovou aktivitu. Dále byl využit rozhovor, kde jsme se snažili poukázat na důležitost pohybové aktivity a možnosti prevence zranění.

Dotazníkové šetření bylo vykonáno za pomoci unifikovaného dotazníku SQUALA. Ten se poprvé objevil v roce 1992 ve Francii, kde ho vytvořil M. Zannotti.

Dotazník SQUALA se opírá o Maslowovu třístupňovou pyramidu potřeb a jsou v něm obsaženy i další oblasti, jako vnitřní hodnoty člověka (Mühlpachr, 2005). Česká verze tohoto sebe posuzovacího dotazníku se skládá z 23 oblastí, které se snaží zachytit vnitřní i vnější faktory ovlivňující kvalitu života, určuje subjektivní důležitost jednotlivým oblastem a hodnotí je na pětibodové bodovací stupnici.

Dotazník SQUALA je tvořen třemi hlavními částmi. První část (viz Příloha č. 2) zjišťuje demografické údaje o respondentovi. V druhé části se respondent vyjadřuje k důležitosti, jakou přikládá jednotlivým životním oblastem a ve třetí části se pak respondent vyjadřuje, jak moc je spokojený nebo nespokojený v jednotlivých oblastech života, které jsou stejné, jako v druhé části. Kvalita života je určena pomocí skóre, které je dáno součinem skóre důležitosti a skóre hodnocení spokojenosti od 0 do 16. Maximální skóre kvality života je dosaženo v tom případě, že je respondent „zcela spokojen“ s oblastí, kterou považuje za nezbytnou. Minimální skóre vyjadřuje, že daná zkoumaná oblast, je pro respondenta nejméně důležitá. Po sečtení veškerého skóre získáme finální číslo, které určuje kvalitu života daného respondenta (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Viz Příloha č. 3

Anketa vlastní konstrukce je zaměřená na pohybovou aktivitu seniorů podle národního doporučení pro pohybovou aktivitu a skládá se z pěti oblastí. Všechny z pěti otázek vychází z národních doporučení pro pohybovou aktivitu seniorů. Každý z respondentů má označit aktivitu, kterou splňuje. Pokud žádnou z uvedených nespĺňuje, nachází se v dotazníku oblast číslo šest, kde má respondent uvést příklady pohybové aktivity, kterou každý den vykoná. Viz Příloha č. 4

3.5 Statistické zpracování dat

Data byla zpracována, rozříděna a následně porovnáována. K lepší názornosti jsme tyto data vložili do grafů a tabulek. K tomuto zpracování jsme použili program MS Office.

Vyhodnocování dotazníku SQUALA je popsáno v předchozí kapitole. Vstupními daty jsou hrubé skóre, které vyjadřují hodnoty v jednotlivých dimenzích života a výsledné skóre. Výsledky jsou složeny z hodnot celého souboru probandů.

K porovnání statisticky významných rozdílů na hladině významnosti $p \leq 0,05$ u základních parametrů (u kterých jsme se domnívali, že budou mít vliv na kvalitu života) je využitý Mann-Whitneův U test. Data statisticky zpracoval pan RNDr. Milan Elfmark.

4 VÝSLEDKY

Nyní se budeme soustředit na analýzu výsledků vlastního šetření. Toto šetření bylo rozděleno na dvě základní části. V první části jsme se zaměřili na zhodnocení kvality života seniorů, která vyplývá z vyhodnocení celkového skóru SQUALA dotazníku. V druhé části se zabýváme vyhodnocením ankety vlastní konstrukce, která obsahuje informace o národním doporučení pro pohybovou aktivitu. Snažili jsme se zjistit, jestli plnění doporučení pro pohybovou aktivitu může mít významný dopad na kvalitu života seniorů.

4.1 Analýza části dotazníku zabývající se důležitostí jednotlivých položek dotazníku

Tab. č. 1 Hodnocení důležitosti – četnosti a procentuální vyjádření

		N		VD		SD		MD		B	
		počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1	být zdravý	41	85	7	15	0	0	0	0	0	0
2	být fyzicky soběstačný	5	10	39	81	4	8	0	0	0	0
3	cítit se psychicky dobře	2	4	38	79	8	17	0	0	0	0
4	příjemné prostředí a bydlení	4	8	24	50	15	31	2	4	0	0
5	dobře spát	7	15	31	64	9	19	2	4	0	0
6	rodinné vztahy	9		35	72	4	8	0	0	0	0
7	vztahy s ostatními lidmi	4	8	29	60	15	31	5	10	0	0
8	mít a vychovávat děti	5	10	39	81	4	8	0	0	0	0
9	postarat se o sebe	20	41	25	52	3	6	0	0	0	0
10	milovat a být milován	5	10	26	54	17	35	0	0	0	0
11	mít sexuální život	1	2	6	13	13	27	18	37	10	21
12	odpočívat ve volném čase	5	10	18	37	23	48	2	4	0	0
13	mít koníčky ve volném čase	3	6	9	19	15	31	19	39	2	4
14	být v bezpečí	16	33	33	68	1	2	0	0	0	0
15	práce	4	8	19	39	15	31	9	18	1	2
16	spravedlnost	19	39	26	54	3	6	0	0	0	0
17	svoboda	13	27	31	64	3	6	1	2	0	0
18	krása a umění	3	6	6	13	28	58	9	18	2	4
19	pravda	13	27	29	60	5	10	1	2	0	0
20	peníze	12	25	21	43	15	31	0	0	0	0
21	dobré jídlo	4	8	29	60	9	19	5	10	1	2

Vysvětlivky: N = nezbytné, VD = velmi důležité, SD = středně důležité, MD = málo důležité, B = bezvýznamné.

Respondenti zaznamenali, jak důležité jsou pro ně jednotlivé životní oblasti. Je zde uvedena pětistupňová bodovací stupnice. Data byla následně vyhodnocena a zaznamenána do tabulky.

4.2 Analýza části dotazníku zabývající se spokojeností s jednotlivými položkami dotazníku

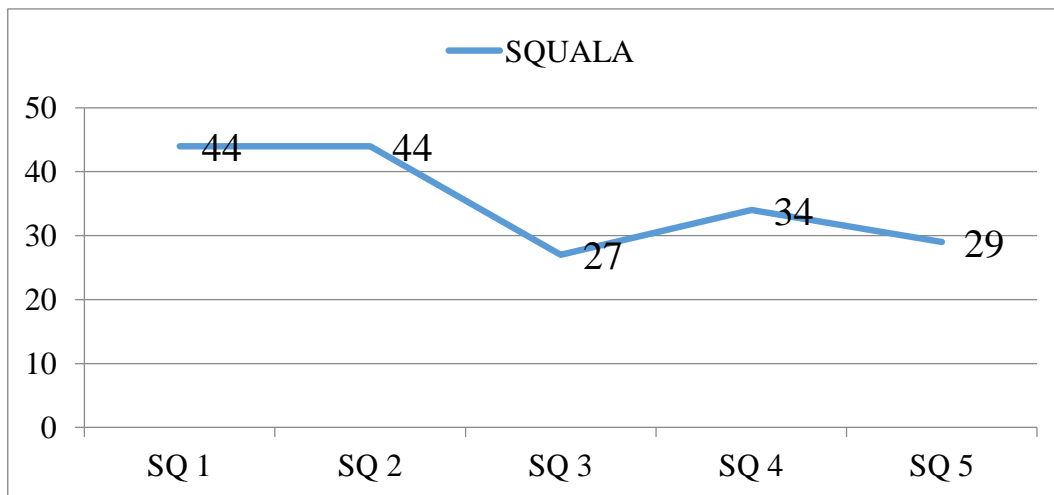
Respondenti zaznamenali, jak spokojeni jsou v jednotlivých životních oblastech. Je zde uvedena pětistupňová bodovací stupnice. Data byla následně vyhodnocena a zaznamenána do tabulky.

Tab. č. 2 Hodnocení spokojenosti – četnost a procentuální vyjádření

		ZS		VS		SS		N		VZ	
		počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
24	zdraví	1	2	2	4	32	66	9	19	4	8
25	fyzická soběstačnost	4	8	15	31	25	52	4	8	0	0
26	psychická pohoda	3	6	23	48	21	43	1	2	0	0
27	prostředí bydlení	4	8	25	52	19	39	0	0	0	0
28	spánek	1	2	4	8	25	52	13	27	5	10
29	rodinné vztahy	15	31	15	31	13	27	4	8	1	2
30	vztahy s ostatními lidmi	7	15	13	27	26	54	2	4	0	0
31	děti	20	41	15	31	12	25	0	0	1	2
32	péče o sebe sama	7	15	25	52	16	33	0	0	0	0
33	láska	8	17	16	33	21	43	2	4	1	2
34	sexuální život	17	35	7	15	19	39	5	10	0	0
35	odpočinek	7	15	12	25	28	58	1	2	0	0
36	koníčky	19	39	8	17	19	39	2	4	0	0
37	pocit bezpečnosti	5	10	15	31	24	50	2	4	0	0
38	práce	12	25	19	39	12	25	5	10	0	0
39	spravedlnost	2	4	5	10	13	27	19	39	9	19
40	svoboda	1	2	7	15	29	60	9	19	2	4
41	krása a umění	2	4	4	8	31	64	1	2	0	0
42	pravda	5	10	1	2	29	60	1	2	2	4
43	peníze	4	8	12	25	19	39	10	21	3	6
44	jídlo	8	17	19	39	21	43	0	0	0	0

Vysvětlivky: ZS = zcela spokojen, VS = velmi spokojen, SS = středně spokojen, N = nespokojen, VZ = velmi zklamán.

4.4 Subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů dle SQUALA

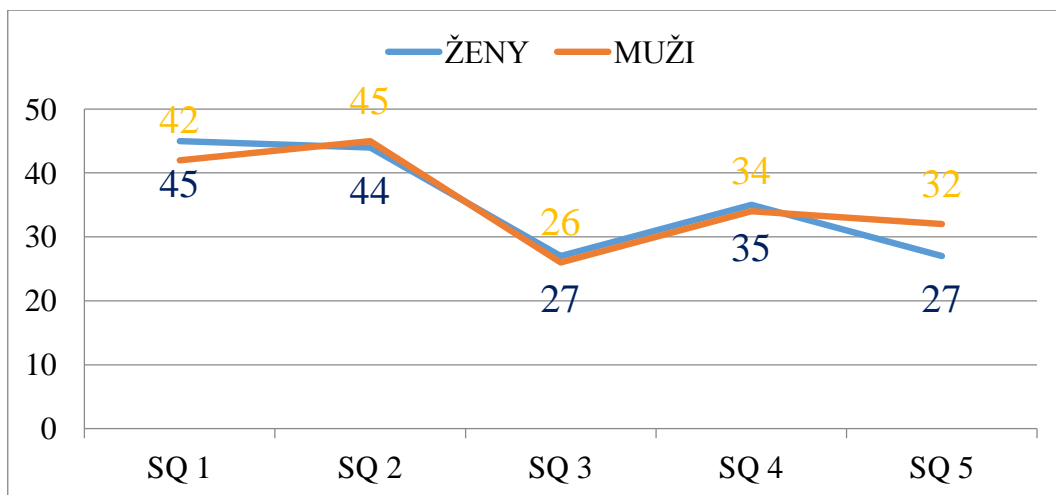


Obr. 1: Průměrné hodnoty hrubých skóre dimenzí SQUALA (SQ1 – SQ5)

Obrázek 1 znázorňuje vyhodnocení subjektivního hodnocení kvality života, které je vyjádřeno průměrnými hodnotami hrubých skóre dimenzí u všech respondentů. Můžeme zde vidět, že respondenti nejvýše hodnotí dimenzi SQ2, to je oblast zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama a dimenze SQ1, to je oblast zabývající se pocitem bezpečí, spravedlností, svobodou a pravdou. Jako nejnižší hodnocená je dimenze SQ3 a to je oblast blízkých vztahů (rodinné vztahy, láska, sexuální život).

4.5 Vliv vybraných proměnných na kvalitu života

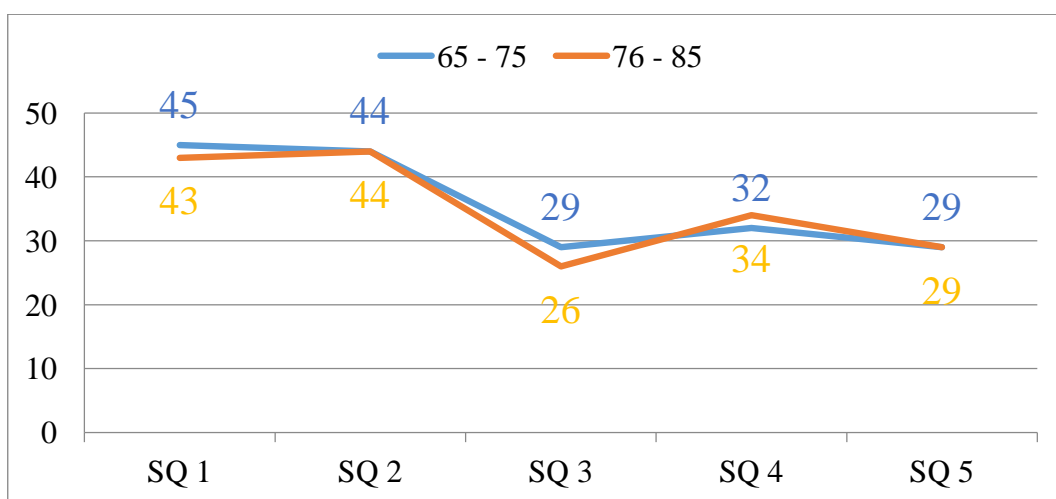
a) Jaký vliv má pohlaví na kvalitu života



Obr. 2: Hodnocení kvality života dle pohlaví v dimenzích SQUALA

Obrázek 2 znázorňuje rozdíl mezi vnímáním kvality života mužů seniorů a žen senierek. Můžeme vidět, že muži hodnotí dimenze SQ5 (prostředí a bydlení, peníze, jídlo) skórem 32 a ženy skórem 27. Ženy jsou více spokojeny v dimenzi SQ1 (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, umění, pravda), kde dosáhly skóru 45 a muži 42. Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ($p < 0,05$) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů, to znamená, že u našeho souboru probandů nemá pohlaví vliv na hodnocení kvality života.

b) Jaký má vliv věk na kvalitu života

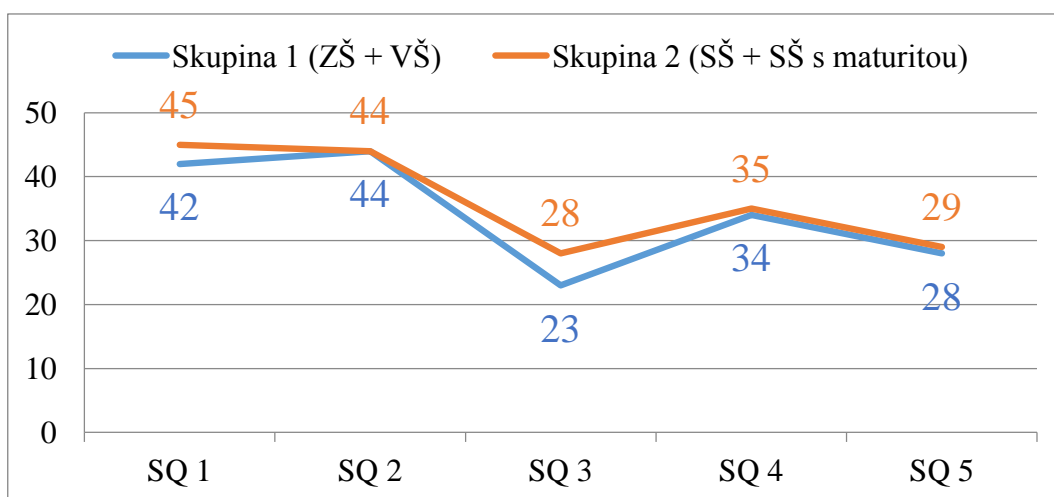


Obr. 3: Hodnocení kvality života dle věku v dimenzích SQUALA

Obrázek 3 znázorňuje kvalitu života seniorů, podle věkového rozdělení. Vidíme, že graf se velmi neliší. Mladší senioři dosahují nejvyšší rozdílnosti ve spokojenosti

v dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život), kde senioři do 75 let dosahují skóru 29 a senioři ve věku do 85 let, dosahují skóru 26. Mladší senioři dosáhli ve všech dimenzích vyššího skóru, než starší senioři. Výjimka je dimenze SQ4 volný čas (spánek, odpočinek, vztahy s ostatními lidmi, koníčky), kde senioři 76 až 85 let dosahují skóru 34 a senioři 65 až 75 let dosahují skóru 32. Statistická významnost dle Kruskal-Wallis ANOVA testu ($p < 0,05$) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů.

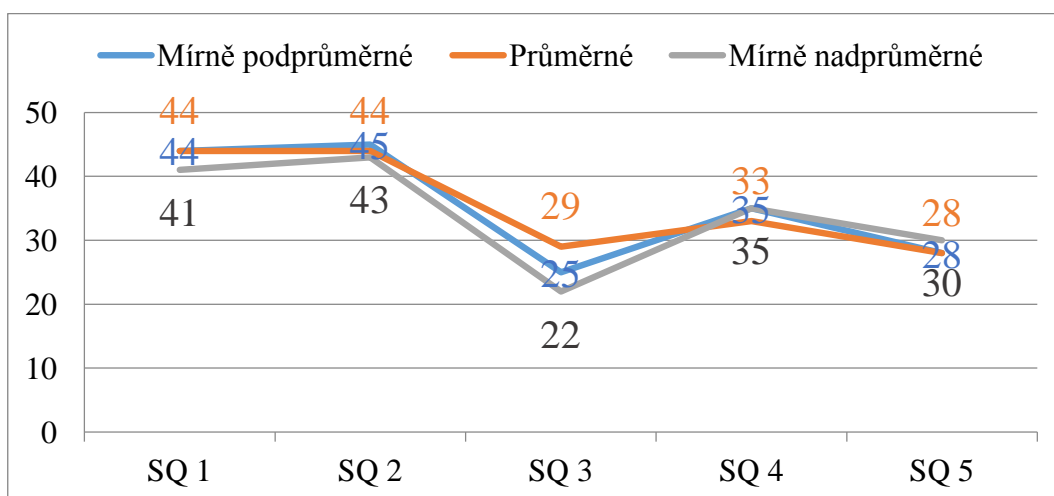
c) Jaký má vliv dosažené vzdělání na kvalitu života



Obr. 4: Hodnocení kvality života dle dosaženého vzdělání v dimenzích SQUALA

Obrázek 4 znázorňuje, jak kvalitu života seniorů ovlivňuje dosažené vzdělání. Vzdělání, bylo rozděleno do dvou skupin. V první skupině jsou respondenti, kteří dosáhli základního vzdělání a senioři, kteří dosáhli vysokoškolského vzdělání. Tuto skupinu tvoří 16 respondentů. Druhou skupinu tvoří senioři, kteří vystudovali střední školu s maturitou i bez maturity. Druhá skupina je tvořena 32 respondenty. Z grafu je dále patrné, že senioři se středním vzděláním, mají lehce vyšší kvalitu života ve všech dimenzích SQUALA oproti seniorům bez vzdělání a seniorům s vysokoškolským vzděláním. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu není prokázána statistická významnost ($p < 0,05$) v žádné z dimenzí SQUALA.

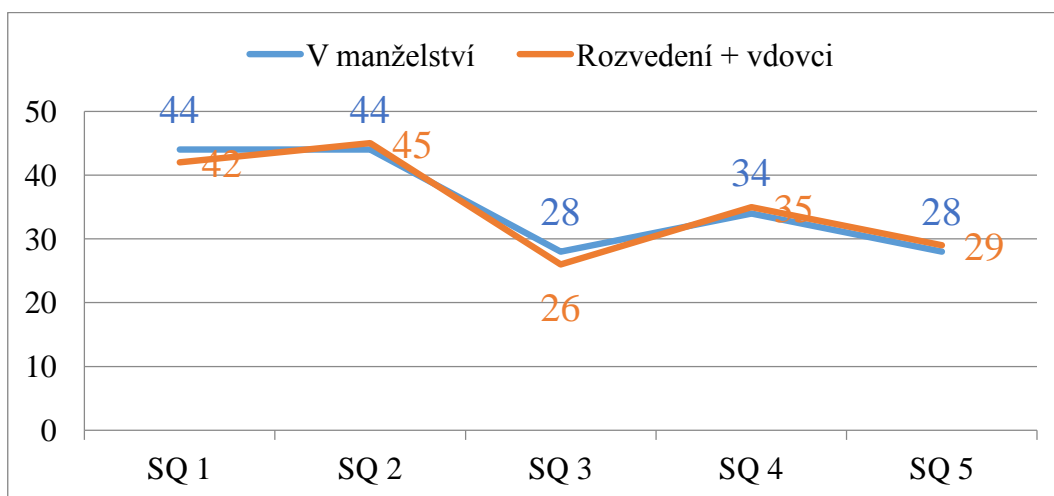
d) Jaký má vliv hmotné zabezpečení na kvalitu života



Obr. 5: Hodnocení kvality života dle hmotného zabezpečení v dimenzích SQUALA

Na obrázku 5 můžeme vidět, jak hmotné zabezpečení ovlivňuje hodnocení kvality života. Jak můžeme vidět, tak průměrné hmotné zabezpečení dosahuje nejvyšších hodnot ve všech dimenzích SQ až na SQ5, kde nejvyšších hodnot dosahuje mírně nadprůměrné hmotné zabezpečení skórem 30. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ($p < 0,05$) prokázána v dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). Dimenze SQ3 je statisticky významně vyšší u seniorů s průměrným hmotným zabezpečením, než u seniorů s mírně nadprůměrným hmotným zabezpečením.

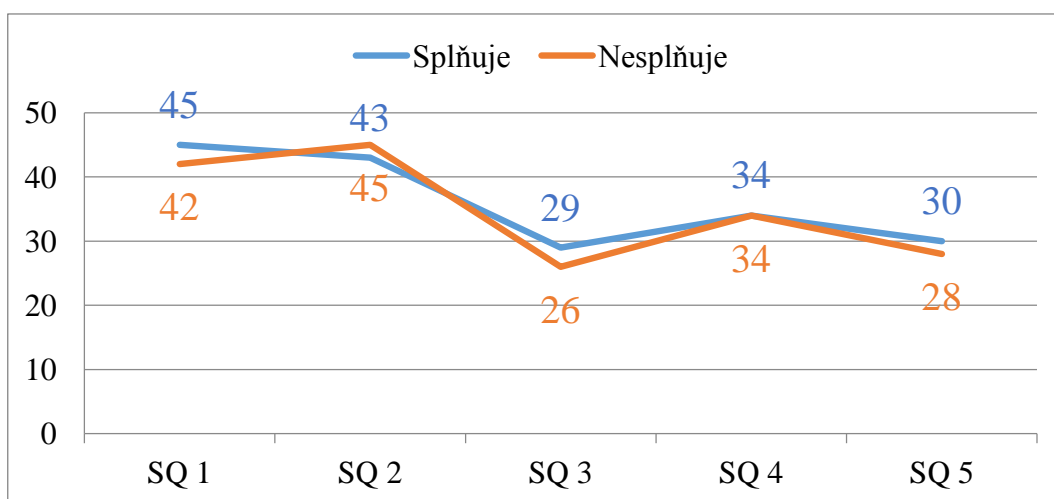
e) Jaký má vliv rodinný stav na kvalitu života



Obr. 6: Hodnocení kvality života dle rodinného stavu v dimenzích SQUALA

Obrázek 6 znázorňuje, jak ovlivňuje jednotlivé dimenze SQUALA rodinný stav seniorů. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin. První skupina se skládá ze seniorů, kteří jsou v manželském svazku. Tuto skupinu tvoří 32 seniorů. Druhá skupina byla vytvořena ze seniorů, kteří jsou rozvedeni, nebo ovdověli. Druhá skupina má 16 členů. Obrázek znázorňuje, že v žádné dimenzi SQUALA nedochází k větší odchylce, než o 2 skóry. Lze z toho usuzovat, že rodinný stav nemá vliv na kvalitu života seniorů. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu není prokázána statistická významnost ($p < 0,05$).

f) Jaký má vliv plnění doporučení pro PA na kvalitu života



Obr. 7 Hodnocení kvality života pohybové aktivity v dimenzích SQUALA

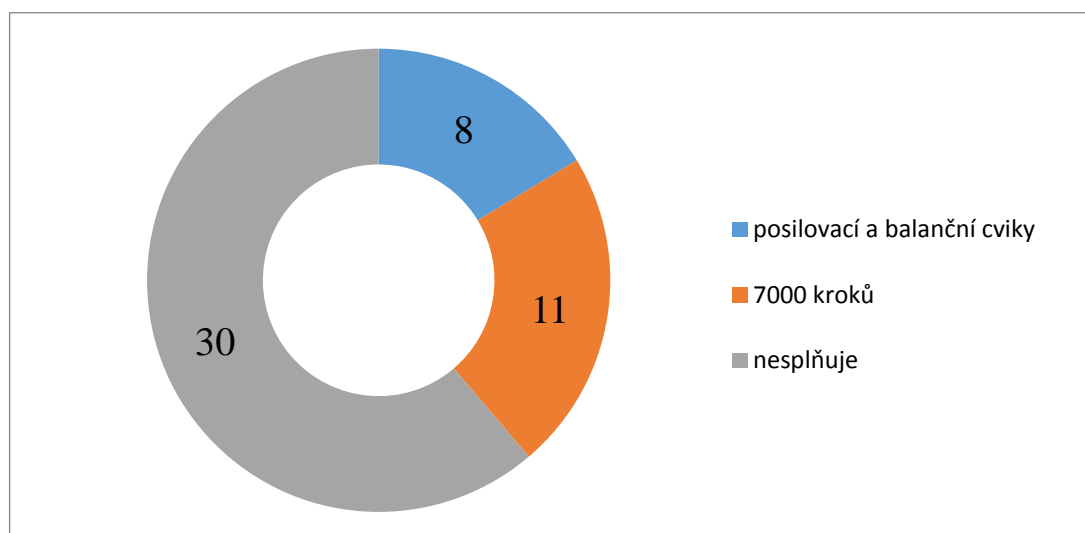
Obrázek 7 ukazuje, že senioři, kteří splňují doporučení pro pohybovou aktivitu, jsou spokojenější v dimenzi SQ1 (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda), v této dimenzi dosáhli skóre 45, proti seniorům, kteří nesplňují národní doporučení pro pohybovou aktivitu, kteří dosáhli skóru 42. Dále jsou spokojenější v dimenzi SQ3 (rodinné vztahy, láska, sexuální život), kde dosáhli skóru 29 proti 26. Spokojenější jsou i v dimenzi SQ5 (prostředí a bydlení, peníze, jídlo), kde dosáhli skóru 30 proti 28. v dimenzi SQ4 (spánek, odpočinek, koníčky, vztahy s ostatními lidmi) jsou stejně spokojeni, jako senioři, kteří nesplňují doporučení pro pohybovou aktivitu a mají společný skór 34. Senioři, kteří nesplňují doporučení pro pohybovou aktivitu,

jsou spokojenější jen v dimenzi SQ3 to je oblast blízkých vztahů (rodinné vztahy, láska, sexuální život) a jejich skóre je 45 a senioři, kteří splňují národní doporučení pro PA mají skóre 43. Dle Kruskal-Wallis ANOVA testu není prokázána statistická významnost ($p < 0,05$) u žádné z dimenzí SQUALA.

4.6 Vyhodnocení ankety pohybové aktivity seniorů

Dotazník zaměřený na pohybovou aktivitu seniorů je složen z pěti otázek:

- 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5 krát týdně v 10ti minutových a delších intervalech.
- 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3 krát týdně
- posilovací a protahovací cvičení zaměřené na hlavní svalové skupiny (stehna, boky, záda, břicho, hrudník, ramena, a paže)
- balanční cvičení pro posílení stability
- denně ujdu 7000 kroků a více
- pokud žádné z uvedených, prosím napište, jakou pohybovou aktivitu provádíte a v jaké intenzitě



Obr. 8: Anketa četnosti pohybové aktivity

Obrázek 8 znázorňuje množství seniorů, kteří dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a kteří nedodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu. Graf je rozdělen do tří oblastí. První oblast znázorňuje seniory, kteří nedodržují národní

doporučení pro pohybovou aktivitu. Druhá skupina je složena z respondentů, kteří uvedli, že každý den udělají nejméně 7000 kroků. Třetí skupinu tvoří senioři, kteří uvedli, že každý den se věnují jak protahovacím, tak posilovacím cvičením. Vyplňování ankety bylo doprovázeno mnoha dotazy typu, co je a co není daná intenzita zátěže. Výsledek je takový, že žádný z dotazovaných neprovádí 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5 krát týdně v 10ti minutových a delších intervalech ani 25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3 krát týdně. Posilovací a protahovací cvičení zaměřené na hlavní svalové skupiny (stehna, boky, záda, břicho, hrudník, ramena, a paže) a zároveň balanční cvičení pro posílení stability uvedlo 8 respondentů (to je 17 %). Nejčastěji kladně zvolenou pohybovou aktivitou byla možnost "denně ujdu 7000 a více kroků". Na tuto otázku kladně zodpovědělo 11 dotazovaných (což je 22 %).

5 DISKUZE

V diskuzi se budeme zabývat tématy, které rozebíráme v této diplomové práci. Budeme se věnovat metodám, které jsme použili při výzkumu, dále budeme srovnávat výsledky diplomové práce s jinými výsledky ve zkoumané oblasti a zamyslíme se i nad možným využitím uvedených výsledků v praxi.

Pro svůj výzkum jsem použil normovaný dotazník životní spokojenosti SQUALA. Tento dotazník byl vytvořen v roce 1992 Zannottim a vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Do češtiny tento dotazník přeložila a standardizovala Eva Dragomirecká. Původní dotazník se skládá z 23 položek ale v české verzi se dotazník skládá z 21 položek.

Co se týče výsledku SQUALA dotazníku, tak ve srovnání s reprezentativním souborem pro Českou republiku 49-59 let podle (Dragomirecká, 2006), můžeme uvést, že v celkovém souboru hrubých skóre v dimenzích SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda), testovaní senioři v naší práci dosahují spodní hranice intervalu normy pro dimenzi SQ1. Spodní hranice normy pro dimenzi SQ1 je 45. Náš vzorek dosáhl skóre 44. SQ2 dimenze zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). V této dimenzi testovaní senioři dosahují na skóre 44, což je taktéž spodní hranice intervalu normy pro dimenzi SQ2. V dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život), senioři mají sníženou kvalitu života dle intervalu normy 43. Náš testovaný vzorek dosáhl skóre 27. V dimenzi SQ4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky), mají senioři sníženou kvalitu života dle intervalu normy 43. Náš vzorek dosáhl skóre 34. V dimenzi SQ5 základní potřeby (prostředí, bydlení, peníze a jídlo), mají dotazovaní senioři sníženou kvalitu života dle intervalu normy 43. Náš testovaný vzorek dosáhl skóre 41.

Studie, která se týká rozdílnosti ve vnímání kvality života mužů a žen, kterou provedla Hrnčířová (2009), uvádí, že kvalita života nezávisí na pohlaví. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 60 seniorů. Ke stejnému názoru se přiklání i Bužgová (2008), která taktéž nevyzkoumala žádný rozdíl ve vnímání kvality života, mužů a žen v seniorském věku. Naopak Kysely (2013), prezentuje názor, že existuje určitá závislost na věku a kvalitě života. Ve své studii tvrdí, že čím je muž v seniorském věku starší, tím

vyšší kvalitu života má oproti ženám seniorského věku. Tento svůj názor uvádí ve výzkumu, který prezentoval v roce 2013 a zúčastnilo se ho okolo stovky respondentů seniorského věku.

Co se týče výsledků ankety pohybové aktivity, tak jsme se zaměřili na četnost pohybové aktivity u osob seniorského věku. Národní doporučení pro pohybovou aktivitu v našem výzkumu splňuje 19 (39%) respondentů. U doporučení „Healthy People 2010“ (USDHHS, 2000), je považována za dostatečnou míru intenzity pohybové aktivity středně zatěžující pohybová aktivita, nebo chůze prováděná alespoň 5 krát týdně, nebo intenzivní pohybová aktivita trvající 20 minut opakovaná 3 krát týdně. Tento výzkum vycházel z podobných kritérií jako náš. Pokud bychom však hodnotili přesně podle jejich kritérií, tak by doporučení pro pohybovou aktivitu dodrželo 40 % respondentů. Tento výsledek je daleko lepší, než kterého dosáhli ve výzkumu, který proběhl na FTK UP u autorů Pelclová, Vašíčková, Frömel, Djordjevic et al., (2008). Kde autoři uvádějí, že pouze 20 % jejich probandů splňuje toto doporučení.

Rád bych se vyjádřil i k výzkumné otázce, jestli jsou v životě spokojenější více hmotně zabezpečení senioři, nebo jestli jsou více spokojeni senioři, kteří jsou méně hmotně zabezpečení. Z našeho výzkumu vyplývá, že oslovení senioři byli nejvíce spokojeni se svým životem, když měli střední úroveň hmotného zabezpečení. V této oblasti je prokázána statistická významnost v dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). Dimenze SQ3 je tak statisticky významně vyšší u seniorů s průměrným hmotným zabezpečením, než u seniorů s mírně nadprůměrným hmotným zabezpečením. To však nesouhlasí s tvrzením Barnes a Parry (2004), kterým vyšlo, že osoby seniorského věku jsou významně šťastnější, když mají vyšší hmotné zabezpečení. V jejich výzkum tvrdí, že čím vyšší hmotné zabezpečení, tím vyšší kvalita života.

Dana Sýkorová (2009) uvádí, že existuje závislost na kvalitě života seniorů a na dosaženém vzdělání. S tímto názorem se moje práce nemůže ztotožnit, jelikož jsme neprokázali statistickou významnost v této dimenzi SQ. Nicméně Sýkorová uvádí, že čím vyšší vzdělání, tím vyšší kvalita života.

Výzkum v mojí diplomové práci tvrdí, že i pro muže, tak i pro ženy, je nejdůležitější ze zkoumaných dimenzí SQUALA, dimenze SQ2 a to je dimenze týkající se zdraví. Dle výzkumu Dagmar Nemcek, (2011), vyplývá, že i v jejím případě

výsledky potvrzují můj závěr. Dagmar Nemecek, (2011) použila stejný dotazník SQUALA který byl použitý v mé diplomové práci a při vyhodnocování jejich výsledků, postupovala jako já. Dagmar Nemecek (2011) dospěla k výsledkům, že obě pohlaví hodnotí zdraví, jako nejdůležitější indikátor kvality života, stejně, jako je tomu i v našem případě. Na druhou stranu, sexuální život a politiku vyhodnocuje jako nejméně důležité indikátory kvality života. V mé diplomové práci je oblast nejmenší důležitosti věnována dimenzi SQ3, která se týká rodinných vztahů, lásce a sexuálnímu životu. Dále taky uvádí, že v životě ženy jsou rodina a vlastní děti více důležité, než v životě muže. Tvrdí, že i významnost fyzického zdraví má v životě žen v seniorském věku významnější místo.

6 ZÁVĚRY

Analýza výsledků vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám

1) Jaká je úroveň hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA u celého souboru respondentů

V dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda), bylo dosaženo skóru 44. V dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama), bylo dosaženo skóru 44. V dimenzi SQ3 (rodinné vztahy, sexuální život, spánek), bylo dosaženo skóru 27. V dimenzi SQ4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) bylo dosaženo skóru 34. V dimenzi SQ5 (prostředí a bydlení, peníze a jídlo), bylo dosaženo skóru 29. Z toho usuzujeme, že testovaní senioři, byli nejvíce spokojeni v dimenzi SQ2, to je oblast zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama a dimenze SQ1 to je oblast zabývající se pocitem bezpečí, spravedlností, svobodou a pravdou. Jako nejnižší hodnocená je dimenze SQ3 a to je oblast blízkých vztahů.

2) Jaký je rozdíl mezi subjektivním hodnocením kvality života seniorů kteří dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a mezi seniory, kteří toto doporučení nedodržují?

Subjektivní hodnocení kvality života bylo testováno pomocí ankety vlastní konstrukce a bylo rozděleno do dimenzí SQ1 až SQ5. Senioři, kteří dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu, dosáhli v dimenzi v dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) skóru 45. V dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) bylo dosaženo skóru 43. V dimenzi SQ3 (rodinné vztahy, sexuální život, spánek), bylo dosaženo skóru 29. V dimenzi SQ4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) bylo dosaženo skóru 34. V dimenzi SQ5 (prostředí a bydlení, peníze a jídlo), bylo dosaženo skóru 30. Senioři, kteří nedodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu dosáhli v dimenzi v dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda) skóru 42. V dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama) bylo

dosaženo skóru 45. V dimenzi SQ3 (rodinné vztahy, sexuální život, spánek), bylo dosaženo skóru 26. V dimenzi SQ4 volný čas (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky) bylo dosaženo skóru 34. V dimenzi SQ5 (prostředí a bydlení, peníze a jídlo), bylo dosaženo skóru 38. Z hlediska hodnocení kvality života seniorů, kteří dodržují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a mezi seniory, kteří toto doporučení nedodržují, nenacházíme žádnou statistickou významnost ($p < 0,05$) v žádné z dimenzí SQUALA.

3) Ovlivňují vybrané základní proměnné výsledky subjektivní kvalitu života seniorů?

3 a) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života SQUALA?

Z výzkumu vyplývá rozdíl mezi vnímáním kvality života mužů seniorů a žen seniorek. Muži dosáhli nejvyššího skóru v dimenzi SQ1 abstraktní hodnoty (pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása, umění a pravda). Ženy dosáhly nejvyššího skóru v dimenzi SQ2 zdraví (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama). Z hlediska pohlaví, nenacházíme statistickou významnost.

3 b) Ovlivňuje věk výsledky kvality života SQUALA?

Senioři do 75 let dosahují nejvyššího skóru v dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život), kde dosahují skóru 29. Senioři ve věku do 85 let, dosahují ve stejné dimenzi SQ skóru 26. Mladší senioři dosáhli v dimenzi SQ4 volný čas (spánek, odpočinek, vztahy s ostatními lidmi, koníčky) skóru 32. Senioři do 85 let dosahují skóru 34. Statistická významnost dle testu ($p < 0,05$) nebyla nalezena v žádné dimenzi kvality života seniorů.

3 c) Ovlivňuje dosažené vzdělání výsledky kvality života SQUALA?

Na grafu se jeví, že senioři se středním vzděláním, dosahují vyššího skóru ve všech dimenzích SQUALA, oproti seniorům bez vzdělání a seniorům s vysokoškolským vzděláním. Ale statistická významnost ($p < 0,05$) dle Kruskal-Wallis ANOVA testu není prokázána v žádné z dimenzí.

3 d) Ovlivňuje hmotné zabezpečení výsledky kvality života SQUALA?

Osoby, které dosahují průměrného hmotného zabezpečení, dosahují nejvyšších hodnot v dimenzích SQ1 – SQ4. V dimenzi SQ5 dosahují nejvyšších hodnot mírně nadprůměrně hmotně zabezpečení senioři, kteří dosáhli skóru 30. Dle Kruskall-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ($p < 0,05$) prokázána v dimenzi SQ3 blízké vztahy (rodinné vztahy, láska, sexuální život). Dimenze SQ3 je statisticky významně vyšší u seniorů s průměrným hmotným zabezpečením, než u seniorů s mírně nadprůměrným hmotným zabezpečením.

3 e) Ovlivňuje rodinný stav kvalitu života SQUALA?

Senioři ve svazku manželském dosahují v dimenzi SQ1 skóru 44 a senioři, kteří jsou rozvedeni nebo ovdověli, dosahují skóru 42. Ve všech ostatních skupinách se skóre neliší o více než dva skóry. Dle Kruskall-Wallis ANOVA testu není prokázána statistická významnost ($p < 0,05$).

7 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá otázkami stárnutí a stáří. Zpracovává tematiku kvality života seniorů na Přerovsku. Rozšiřuje informace o involučních změnách, psychických, zdravotních a sociálních rizicích provázejících stárnutí a stáří.

Za jednu ze základních prevencí negativních důsledků stáří, je považována pohybová aktivita, kterou se snažíme prokázat lepší kvalitu života jedince. V teoretické části se věnuji základním pojmům, která vysvětlují, jaký je rozdíl mezi stářím a stárnutím. Snažím se popsat co je stáří a rozčlenit jej do věkových rozmezí, kdy začíná a kdy končí. Věnuji se změnám, jaké mohou nastat v průběhu stárnutí a popisují možnosti, jak některým změnám předcházet. Jedním ze způsobů, jak se bránit některým změnám, je pohybová aktivita, které věnuji značnou část ve své teoretické části. Popisují, co je pohybová aktivita a pohyb. Jaké jsou druhy pohybu a pohybových aktivit a jaké jsou vhodné pro osoby seniorského věku. Zmiňuji se také o národním doporučení pro pohybovou aktivitu.

Při tvorbě práce, jsme si vytyčili několik cílů. K dosažení těchto cílů, jsme použili standardizovaný dotazník SQUALA, díky kterému jsem mohl porovnávat kvalitu života seniorů. Součástí testování, byla i anketa vlastní tvorby, ve které byly obsaženy otázky, týkající se pohybové aktivity. Díky této anketě vlastní tvorby, jsem mohl určit, zda testovaní senioři splňují národní doporučení pro pohybovou aktivitu a následně to porovnat s dotazníkem SQUALA a tak určit, zda pohybová aktivita má vliv na kvalitu života testovaných seniorů.

Výzkumný soubor byl tvořen 48 seniory z okolí města Přerova z toho 19 mužů a 29 žen. Senioři byli ve věku od 65 do 78 let. Dotazování probíhá přímým způsobem v klubech pro seniory na Přerovsku. Statistická významnost byla prokázána u otázky, týkající se finančního zabezpečení seniorů v dimenzi SQ3 blízké vztahy. U otázky, zda li pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje kvalitu života testovaných seniorů, se nepodařila prokázat statistická významnost. Zpracované výsledky budou poskytnuty všem dotazovaným.

8 SUMMARY

The diploma thesis generally deals with issue of aging. More specifically deals with the quality of life of seniors in Přerov region (Czech Republic). It contains information about involution changes, psychological, health and social risks associated with aging.

One of the basic prevention against worse quality of life, while being senior, is simple the movement activity. In the theoretical part, I deal with the basic concepts that explain the difference between old age and aging. I try to describe what does it mean to be old and for purposes of this work, I divide it into the range of ages. I am interested in the changes that can occur during aging and describe the possibilities how to prevent some negative changes in life quality. One of the ways to prevent some changes is physical activity that I devote much of my theoretical part. I describe how the physical activity and movement is understood in this work. What are the types of movement and physical activity and what is appropriate for seniors. I also mention the national recommendation for physical activity.

In this work, several goals are set. To achieve these goals, we used a standardized SQUALA questionnaire that helped to compare the quality of seniors' lives. As part of the testing, there was also the own questionnaire that involved questions about physical activity. Thanks to this own research questionnaire, I was able to determine whether the seniors tested met the national recommendations for physical activity or not and then the data were compared with results from SQUALA questionnaire to determine whether the physical activity affects the seniors' quality of life.

The research group was made up of 48 seniors from around Přerov (Czech Republic), of which 19 men and 29 women. Their age was between 65 and 78. Questionnaires were conducted in a direct way in the pre-elderly clubs in Přerov region. Statistical significance, through ANOVA test, has been demonstrated in the issue of financial security for seniors in the SQ3 dimension of close relationships. The question of whether physical activity positively influences the quality of life of the seniors failed to demonstrate statistical significance. The results will be provided to all respondents.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Barnes, H., Parry, J. (2004): *Renegotiating identity and relationships: men and women's adjustments to retirement*. Ageing and Society, č. 24, s. 213–233.
- Baštecký, J., Kumpel, Q., Vojtěchovský, M. (1994). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Publishing.
- Benešová, D. (2014). *Gerontagogika*. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského.
- Blahutková, M., Řehulka, E., Dvořáková, Š. (2005) *Pohyb a duševní zdraví*. Brno.
- Bouchard, C. (2000). *Human Kinetics*.
- Corso, J.F. (1981). *Aging Sensory Systems and Perception*. New York: Praeger.
- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha : Grada.
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006) *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL* Praha: Psychiatrické centrum.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.
- Farský, I. et al. (2007). *Problematika kvality života v seniu*. Martin: Profa.
- Golecká, L. (2005). *Zvládanie každodennej reality vo vzťahu ku kvalite života seniorov*.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing.
- Haškovcová, H. (2006). *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha : Havlíček Brain Team.
- Hnilicová, H. (2005). *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. Praha: Triton.
- Horák, S., Dygrýn, J., Mitáš, J., Obzinová, K. (2011). *Vybrané ukazatele pohybové aktivity dospělých obyvatel olomouckého regionu*, Olomouc.
- Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontoagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova.
- Kalman, M. Hamřík, Z. Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc.
- Kalvach, Z. (1997). *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum.
- Kalvach, Z. (2004). *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R. a kol. (2004). *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

- Kermis, M.D. (1983). *The Psychology of Human Aging. Theory, Research and Practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kratochvíl, T. (2009). *Sport a pohybová aktivita ostravské a krnovské mládež*, Krnov.
- Křivohlavý, J. (2004). *Kvalita života-Sborník příspěvků z konference (pp. 9-10)*.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví.Praha: Portál s.r.o.*
Kostelec nad Čenými lesy: SV, s.r.o.
- Kubešová, H. (2005). *Jak stárneme*. Brno: MU.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
- Měkota, K., Cuberek R. (2007). *Pohybové dovednosti, činnosti, výkony*. Olomouc.
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: MU.
- Mühlpachr, P. (2009). *Gerontopedagogika*. Brno: MU.
- Mühlpachr, P., Vaňurová, H. (2005). *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Mužík, V., Krejčí, M. (1997). *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc.
- Nemček, D. (2011). *Kvalita života seniorov a pohybová aktivita jako jej súčasť*. Prešov.
- Ohta, T., Tabata, I. & Mochizuki, Y. (2000). *Japanese National Physical Activity and Health Promotion Guidelines. Journal of Aging and Physical Activity, Vol. 8,178-193*. Retrieved from [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B656FF3728F48860CA257BF0001B09D9/\\$File/pa-guide-older-disc.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B656FF3728F48860CA257BF0001B09D9/$File/pa-guide-older-disc.pdf)
- Ondrušková, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Průcha, J. (2009). *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál Publishing.
- Rabušic, L. (1995). *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Rapley, M. (2007), *Quality of life research a critical introduction*. London: SAGE Publications Ltd.
- Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory. 1. vyd.* Praha: Grada.
- Roslowski, A. (2005). *Jak zůstat fit ve stáří. 1. vyd.* Brno: Computer Press.
- Royall, P. S., Troiano, R. P., Johnson, M. A., Harold W. K. & Fulton, J. E. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Retrieved from <http://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem*. Praha: Portál.

- Sims, J., Hill, K., Hunt, S., Haralambous, B., Brown, A., Engel, L.,... Ory, M. (2006). *National physical activity recommendations for older Australians: Discussion Document*. Retrieved from <https://journals.muni.cz/studiasportiva/article/view/7362>
- Smékal, V. (2005). *Psychologie životní cesty – duševní hygiena*. Brno: MU.
- Stará, G & Kopřivová, J (2013) *Relationship of physical activity for elderly people*. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e11a539d-cc4e-484e-8b36-46d3b1ff5e18%40sessionmgr111&vid=1&hid=104>
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, AIKEN.
- Štilec, M. (2004). *Pohyb ve stáří je šancí. 1. vyd.* Praha :Portál.
- Tudor-Locke, C. & Bassett, D. R. (2004). *How Many Steps/Day Are Enough?: Preliminary Pedometer Indices for Public Health*. Sports Med. Vol. 34(1), 1-8. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.2165/00007256-200434010-00001#/page-1>
- Vobořil, M. et al. (2015). *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Psychologický ústav AV ČR.
- Žumárová, M. (2012). *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov.

11 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1 Informovaný souhlas

Příloha 2 Osobnostní dotazník

Příloha 3 Dotazník kvality života SQUALA

Příloha 4 Anketa vlastní konstrukce o pohybové aktivitě

Příloha 1

Informovaný souhlas

Studie: Kvalita života seniorů v domově 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:

Jan Klímek

Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

(vedoucí práce)

Podpis účastníka/ zákonného zástupce:

Hlavní řešitel projektu

Příloha 2

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte prosím odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

muž.....1

žena.....2

2) VĚK

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel1

městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2

městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3

velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní..... 1

základní..... 2

střední bez maturity..... 3

střední s maturitou..... 4

vysokoškolské..... 5

5) ZAMĚSTNÁNÍ

a) Jste soukromník?.....ano – ne

b) Zaměstnáváte další osoby?...ano – ne

c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

studující..... 1

mateřská dovolená..... 2

v domácnosti..... 3

důchodce (neprac.)..... 4

v invalidním důchodu..... 5

t.č. nezaměstnaný/á.....6

hledající práci.....7

jiné.....8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

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

výrazně podprůměrné

mírně podprůměrné

průměrné

mírně nadprůměrné

výrazně nadprůměrné

7) RODINNÝ STAV

svobodný/á.....1

ženatý/vdaná, s druhem.....2

rozvedený/á.....3

vdovec/vdova.....4

8) MÁTE DĚTI?

ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi _____

Příloha 3

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA – SQUALA (3. dotazník)

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

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

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

Příloha 4

Anketa vlastní konstrukce o pohybové aktivitě seniorů

Prosím označte, kterou z uvedených pohybových aktivit provozujete:

- 30 min pohybové aktivity **střední intenzity** 5x týdně v 10 minutových a delších intervalech.(vysvětleno níže)
- 25 min pohybové aktivity **vysoké intenzity** 3x týdně (vysvětleno níže)
- posilovací a protahovací cvičení zaměřené na hlavní svalové skupiny (stehna, boky, záda, břicho, hrudník, ramena a paže) alespoň 2x týdně
- balanční cvičení pro posílení stability
- denně ujdou 7 000 a více kroků
- pokud žádné z uvedených, prosím napište, jakou pohybovou aktivitu provádíte a v jaké intenzitě

.....
(Pohybová aktivita **střední intenzity** způsobí, že dospělý člověk se začne potit, trochu hůře se mu dýchá a zvýší se mu srdeční tep. Příkladem aktivity je: rychlejší chůze, jízda na kole)
(Pohybová aktivita **vysoké intenzity** způsobí, že dospělý člověk se potí a je udýchaný.

Příkladem aktivity je: běh, fotbal, aerobik)