

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

DIPLOMOVÁ PRÁCE

(magisterská)

2022

Štěpánka HALBRŠTÁTOVÁ

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**KVALITA ŽIVOTA A POSTOJE KE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ SENIORŮ
ORLICKOÚSTECKA**

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Štěpánka Halbršátová, Aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2022

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení: Štěpánka Halbrštátová

Název diplomové práce: Kvalita života a postoje ke stárnutí a stáří seniorů Orlickoústecka

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2022

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou seniorské populace. Cílem práce je zjistit, jakou kvalitu života mají senioři a jaký je jejich postoj ke stáří a stárnutí na Orlickoústecku. Nástrojem výzkumu byly standardizované dotazníky WHOQOL-BREF a AAQ v české verzi. Součástí dotazníků byla také anketa vlastní konstrukce, doplněná otázkou na účast seniorů na kulturních a společenských akcích a případná frekvence společenských akcí.

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 81 respondentů rozdělených do tří skupin. První skupinou byly lidé z Domova důchodců v Ústí nad Orlicí v počtu 25 respondentů. Druhou skupinou bylo 25 seniorů z Centra sociální péče v Ústí nad Orlicí. Třetí skupinu tvořili lidé žijící doma na Orlickoústecku v zastoupení 31 lidí. Výsledky z dotazníku byly porovnány z různých pohledů (věk, pohlaví, způsob bydlení, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, práce/zaměstnání, místo bydlení, finance, kolo, auto, chata/chalupa, cvičení, cvičení počet, společenské akce, akce počet, kouření, zdravotní stav a kvalita života).

Podle dotazníku WHOQOL-BREF senioři hodnotí nejvyšší kvalitu života podle domény prostředí, nejnižší hodnoty byly v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti byly nalezeny u proměnných: věk, způsob bydlení, rodinný stav, spokojenost ohledně zdravotního stavu a kvalita života. Podle dotazníku AAQ senioři hodnotili nejvýše doménu psychologický růst a nejnižše

psychosociální ztráty. Statistické významnosti u proměnných: způsob bydlení, společenské akce, spokojenost zdravotního stavu a kvalita života.

Dle Spearmanovy korelace se ve výzkumném souboru ukázaly korelace mezi doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ u 13 vztahů z 20 možných.

Klíčová slova: senior, kvalita života, pohybová aktivita, AAQ, WHOQOL-BREF

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author´s first name and surname: Štěpánka Halbrštátová

Title of the master thesis: Quality of Life and Attitudes to Aging and Old Age of Seniors in Orlickoústecko region

Department: Department of adapted physical activity

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2022

Abstract

This thesis deals with the issue of the senior population. The thesis aimed to find out the quality of life of seniors and their attitude to old age and aging in the Orlickoústecko region. The research tools used were standardized WHOQOL-BREF questionnaires and the AAQ questionnaire in the Czech version. The questionnaires also included a survey of the own design of the author, supplemented by a question on the participation of seniors in cultural and social events and the possible frequency of social events.

A total of 81 respondents participated in the research survey, divided into three groups. The first group included people from the Retirement Home in Ústí nad Orlicí in the number of 25 respondents. The second group was represented 25 seniors from the Social Care Center in Ústí nad Orlicí. The third group consisted of people living at home in the Orlickoústecko region, 31 people in total. The results of the questionnaire were compared from different perspectives (age, gender, way of living, highest educational achieved, marital status, work / employment, place of residence, finance, bicycle, car, cottage, exercise, amount of exercise, social events, number of events, smoking, health and quality of life).

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, seniors rate the highest quality of life according to the domain of the environment, the lowest values were found in the domain of physical health. Statistical significance was found

for the following variables: age, way of living, marital status, health satisfaction and quality of life. According to the AAQ questionnaire, seniors rated the domain psychological growth the highest and the psychosocial losses the lowest. Statistical significance was observed for the following variables: way of living, social events, health satisfaction and quality of life.

According to Spearman's correlation, the research set showed correlations between the domains of the WHOQOL-BREF and AAQ questionnaires in 13 relationships out of 20 possible.

Keywords: senior citizen, quality of life, physical activity, AAQ, WHOQOL-BREF

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

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

V Olomouci dne 29. 4. 2022

Děkuji vedoucí diplomové práce paní Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a trpělivost, jež mi pomohly při zpracování diplomové práce. Děkuji všem lidem, kteří mi poskytli zrealizování dotazníkového šetření. A také děkuji za podporu maminky a partnera.

Obsah

Úvod	10
1 Přehled poznatků	12
1.1 Kvalita života	12
1.1.1 Kvalita života a její úrovně.....	14
1.1.2 Věk a jeho periodizace	17
1.1.3 Klasifikace stáří.	18
1.2 Pohyb a pohybová aktivita	19
1.2.1 Pohyb.	19
1.2.2 Pohybová aktivita seniorů.	24
1.2.3 Potencialita trávení pohybových aktivit seniorů	32
1.3 Zařízení ve zkoumané oblasti.	36
2 Cíle a výzkumné otázky	43
3 Metodika	44
3.1 Charakteristika souboru	44
3.2 Průběh a organizace výzkumu	46
3.3 Použité metody.....	46
3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků	47
3.4.1 Dotazník WHOQOL-BREF.....	47
3.4.2 Dotazník AAQ.....	48
3.4.3 Anketa vlastní konstrukce.	50
3.5 Statistické zpracování dat	50
4 Výsledky	51
4.1 Kvalita života respondentů u celého souboru dle dotazníku WHOQOL-BREF	51
4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života seniorů dle WHOQOL-BREF	52
4.3 Postoje respondentů ke stárnutí a stáří u celého souboru podle dotazníku AAQ	64
4.4 Vybrané proměnné a jejich vliv na postoje ke stárnutí a stáří respondentů dle AAQ	65
4.5 Vztah dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ mezi jednotlivými doménami	75
5 Diskuze.....	77
6 Závěry.....	80
7 Souhrn.....	81
8 Summary	83
9 Referenční seznam	85
10 Přílohy	89

Úvod

Alan Karlsson v knize Jonase Jonassona *Stoletý stařík*, který vylezl z okna a zmizel, často opakuje větu „Všechno je, jak je, a bude, jak bude“. Toto banální konstatování situací v sobě skrývá určitou moudrost stáří. Připuštění, že je vše stabilní, se v tomto ohledu jeví jako klamné. Z filozofického hlediska je tedy život pojmem relativním, protože v sobě skýtá proměnné.

Autorka práce život vnímá jako neustálý pohyb. Při zamyšlení se nad tématem diplomové práce autorku oslovila problematika života seniorů. Zaměřila se na jeho kvalitu a pohyb, jakožto nedílnou součást života. Jedna ze složek vyspělé společnosti ukazuje i na vnímání stáří. V naší západní kultuře je to velké téma z hlediska demografických ukazatelů. Důchodového věku se dožívá větší procento obyvatel. Ovšem na straně druhé je společnost zaměřena na mladého, zdravého a soběstačného jedince. Proto autorka práce považuje za důležité upozorňovat na zachování úcty ke stáří a jeho důstojnosti. Lze konstatovat, že i stáří je pojmem relativním. Lidé si mohou připadat staří v padesáti letech, naproti tomu jsou tací, kteří v osmdesáti žijí plně aktivním životem. Na tuto záležitost lze poukázat přece jen určitými měrnými způsoby.

V diplomové práci se autorka zabývá kvalitou života a postoji ke stárnutí a stáří seniorů Orlickoústecka. Práce je rozdělena do dvou částí. V první části jsou popsány teoretické poznatky o kvalitě života a jednotlivých souvisejících složkách, věku a jeho periodizaci a klasifikaci stáří. Dále se práce v teorii zaměřuje na pohyb, pohybové aktivity, možnosti pohybových aktivit seniorů a nakládání s jejich volným časem. V druhé části si autorka pokládá výzkumné otázky, kterými se zabývá v následné metodice. V rámci výzkumného šetření je zvolena dotazníková metoda kvantitativního charakteru. Skládá se ze tří komponent; anketních otázek upravených dle cíle zkoumání, standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a AAQ. Respondenty jsou senioři v počtu 81 lidí ve zvolé lokalitě Orlickoústecka. Jsou rozděleni podle místa bydliště na seniory umístěné v domově důchodců, v zařízení centra sociální péče a seniory žijící doma. Dále jsou v praktické části vyhodnoceny výsledky z dotazníkového šetření a v závěru práce jsou tyto výsledky shrnuty. Proces výzkumného šetření je praktickou částí, která v sobě obsahuje nejen

vyplňování dotazníků, ale má také přidanou hodnotu v podobě příběhů jednotlivých respondentů. Velká část z nich se povětšinou rozpovídala o svém životě nad rámec daných otázek v dotaznících. Pro autorku práce to bylo hodnotné. Zejména proto, že ji to donutilo si více uvědomit svůj vlastní život spolu s aspekty, jež se týkají tématu. Díky naslouchání jednotlivým seniorům se jí naskytly možnosti přínosu práce už při procesu jejího vytváření. Například u tří babiček v zařízení centra sociální péče jí byl po zjištění jejich životních situací umožněn vhled do jejich osobního života. Tuto samotnou skutečnost autorka považuje za přínos své práce, byť existuje jen pro pár lidí, se kterými se dostala v rámci diplomové práce do kontaktu.

1 Přehled poznatků

1.1 Kvalita života

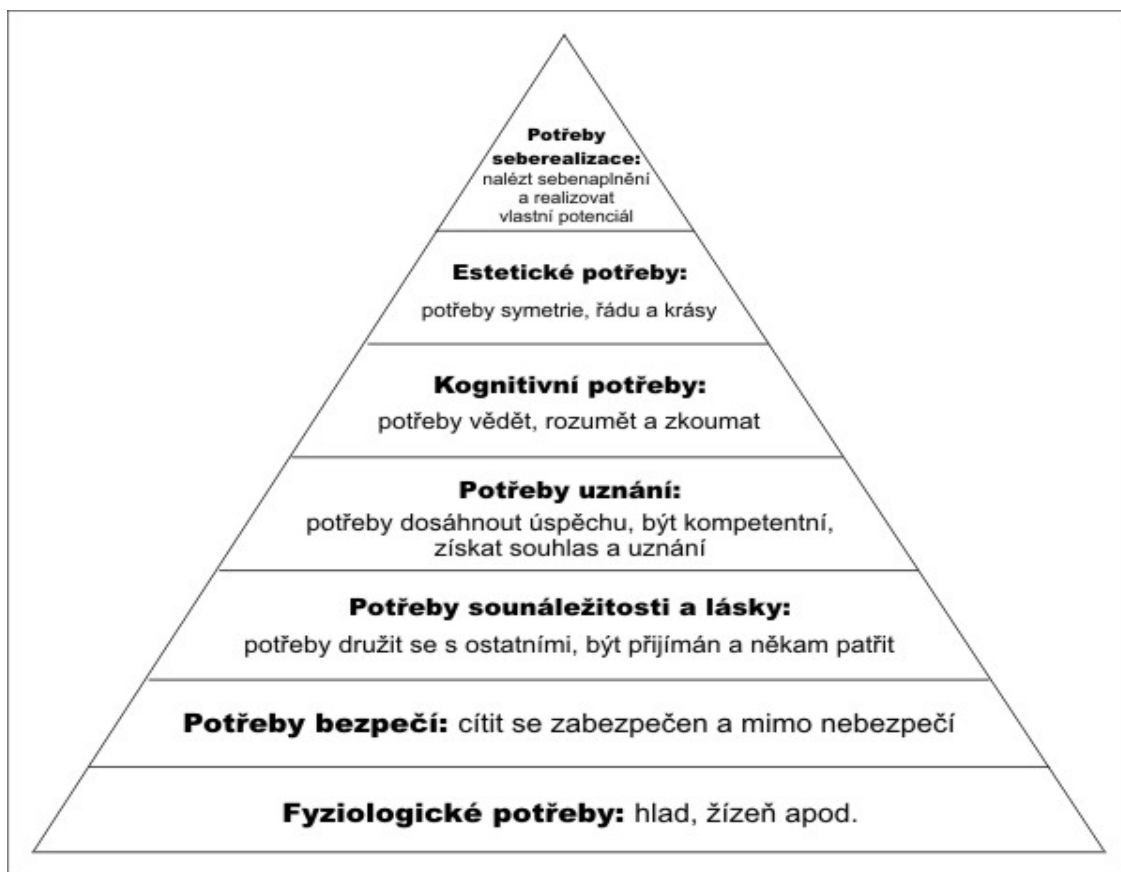
Každá rozvinutá společnost se sebereflektuje a hodnotí určitá kritéria nastavených věcí a systémů. Toto se týká i měření kvality života a jejich určitých struktur. Heřmanová (2012) uvádí, že:

Pojetí a chápání pojmu kvality života je nutně také interdisciplinární, o čemž svědčí fakt, že se jím dnes zabývají různé vědní disciplíny jako psychologie, kulturní antropologie, ekonomie, politologie, etika, teologie, sociologie, sociální ekologie, enviromentalistika, ale i technické vědy a tradiční, zejména medicína, v níž kvalita života a zdraví patří k ústředním tématům výzkumu. Kvalitou života se také zabývá i geografie, kde ohnisko zájmu lze v daném kontextu spatřovat jak v prostorové diferenciaci sociálních, sociokulturních a zejména enviromentálních životních podmínek, tak i v poznání hierarchických vazeb a struktur geografického prostoru v kontextu subjektivního vnímání života. (p. 10)

Heřmanová (2012) dále uvádí, že z hlediska závažnosti tématu a jeho rozčlenění mezi vědní obory je tedy všeobecně přijímaná definice kvality života a neexistuje tedy jednoznačný koncept tohoto pojmu.

Kvalita života je propojení psychologických, sociálních, environmentálních a demografických činitelů v regionálních souvislostech života. Kvalita života je tedy zkoumána z některých pohledů jako odraz prostředí člověka a uspokojování základních lidských potřeb.

Faktory ovlivňujícími kvalitu života se zabývají během historie různé osobnosti. Přibil (2015) uvádí několik autorů zkoumajících kvalitu života z různých mezivědních oborů. Mezi nejvýraznější osobnosti zabývající se kvalitou života patřil americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908–1970), který své poznatky shrnul do knihy *Motivační teorie*, ve které potřeby uspořádal do pyramidy potřeb. Dle jeho teorie by se měla motivace spíše dělit na složky dosahování potřeb a odstraňování nedostatků. Tyto potřeby rozdělil hierarchicky v již zmíněném schématu, viz Obrázek č. 1.



Obr. 1 Maslowova pyramida

Zdroj: Vysekalová, J. & kol. (2011)

Další náhled vnesl také Artur Manfred Max-Neef dílem *Model rozvoje lidské škály* (1923) a „definoval devět základních potřeb bez hierarchie: bytí/živobytí, péče/ochrana, láska/city, pochopení/porozumění, participace/účastenství, zahálení / volný čas, tvorba/kreace, totožnost/identita, svoboda/volnost. Podle něj jsou tyto potřeby konečné a stejné ve všech kulturách i historických dobách. To, co se mění, jsou prostředky, způsoby jejich saturace,“ jak uvádí Přibil (2015, p. 35).

Zakladatelé Pesso Boyden psychomotorické terapie (PBSP) jsou manželé Albert Pesso (nar. 1929) a Diana Boyden Pesso (nar. 1929), kteří vycházejí z předpokladu, že

Každý jedinec je již od prenatálního vývoje vybaven určitým očekáváním – bazálními potřebami. Nachází-li uspokojivou reakci, může se zdárně vyvíjet, realizovat se, má pocit smyslu života. V opačném případě jsou jeho očekávání

frustrovaná a převládají všechna negativa jako pocit viny, ztracenost v životě, pocit bezmoci a samoty atd. (Příbil, 2015, p. 37)

Tento model PBSP rozeznává pět základních potřeb: 1. Místa, 2. Ochrany, 3. Výživy, 4. Podpory, 5. Hranic.

Mezi českými vědci se vývojovým potřebám věnuje psycholožka Marie Vágnerová (nar. 1946). Tyto potřeby člení do šesti oblastí: 1. Potřeba stimulace správnými podněty, 2. Potřeba smysluplného světa, 3. Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými, 4. Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti, 5. Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými, 6. Potřeba otevřené budoucnosti. (Příbil, 2015, p. 31–41)

Z toho vyplývá, že základy lidských potřeb ve vztahu ke kvalitě života jsou vymezeny mnoha pojmy a potřebami. Základní formou je tedy naplnění potřeb sociálních, fyzických, zdravotních, duchovních, duševních a materiálních.

1.1.1 Kvalita života a její úroveň

Historii lidstva od nepaměti provází myšlenka zlepšování podmínek a zvedání úrovně kvality života. Už staré civilizace hledaly systémy fungování společnosti a celkového zabezpečení jejího chodu. Na začátku 20. století se vymezuje vlastní pojem kvality života. Především se jednalo o úvahy o ekonomickém zabezpečení nejchudších složek společnosti. Vývoj vědeckých disciplín zabývajících se kvalitou života můžeme sledovat po celé 20. i 21. století. Jednotlivé státy založily centra pro ekonomické a sociální strategie a instituce zabývající se demografií, kvalitou života a její úrovní. V České republice se této problematice věnují státní instituce, výzkumná centra a vysoké školy na různých stupních.

Na základě těchto dat můžeme sledovat proměny kvality života a její úrovně. Ve výsledku se vždy jedná o jedince, jeho zabezpečení a roli ve společnosti.

Vývojem společnosti a vzrůstem blahobytu má jedinec větší možnost výběru, jak po produktivním věku trávit další fáze života.

Na každém stupni kulturního vývoje se zjevně vytvářejí proměnlivé vzorce, které starým lidem přidělují jejich sociální roli. Společenské místo starých žen

a mužů se mění v závislosti na jejich významu pro danou společnost a na jejich schopnosti vedení domácností, dále závisí také na tradici uctívání předků, na schopnosti starých mužů a žen předávat tradici v podobě vědomostí a na jejich životní moudrosti.(Gruss, Stoleis, 2009, p. 169)

Gruss a Stoleis (2009) dále poukazují:

V různých dobách a v různých kulturách se staří lidé těšili vysoké úctě, nebo byli považováni za příliš slabé a společnost je brala jako zbytečnou přítěž, jíž opovrhovala. Staří lidé žili na okraji společnosti, ale v určitých dobách a za určitých okolností i v jejích centru. Status starých lidí nezávisel pouze na společnosti jako celku, ale rovněž na její vnitřní hierarchii, tedy na chudobě a bohatství, na šlechtě a na měšťanstvu, společenské třídě, vrstvě nebo kastě. Je-li stáří – kromě biologicko-genetických procesů – utvářeno společensky, a tedy velmi variabilně, pak postavení starých ovlivňuje mladé. Jedná se o mezigenerační výměnu, která v nejlepším případě probíhá v harmonické rovnováze, velmi často ale také vede ke konfliktům. Bezpochyby zde hraje rozhodující roli otázka přežití rodinného svazku a výtěžnost půdy. (p. 170)

V současné době je společnost zatížena rychlostí, produktivitou a konzumem po všech stránkách, stáří se zdá být v opozici tomuto socioekonomickému pohledu. Do popředí se dostává zaměření na výkon, kdy kvantita je často zaměňována za kvalitu. Stáří nemusí sice dosahovat takových výkonů jako energické mládí, ale může díky životním zkušenostem přispívat ke zkvalitňování a výchově společnosti.

Společnost zabezpečuje stáří tím, že vytváří prostředí vhodné pro život seniorů. Nejedná se pouze o zařízení zabezpečující základní lidské a zdravotní potřeby, ale i o sociokulturní zázemí seniorů ve společnosti, například vytváření seniorských klubů, různých společenských aktivit a akcí rozmanitého charakteru.

Existujícími zařízeními v České republice jsou: domovy důchodců, centra sociálních služeb pro seniory, specializovaná sanatoria, domy s pečovatelskou službou, léčebny dlouhodobě nemocných a jiná zařízení. Mnoho lidí v důchodovém věku žije doma, v pronajatých prostorách nebo u příbuzných.

V dnešním světě se i mladí lidé zabývají myšlenkami na pozdní fáze života člověka. Uvědoměním si skutečnosti stárnutí se zabývá každý individuálně podle rodinných dispozic, vnitřního nastavení, vlastních zkušeností, ekonomicko-sociálních možností apod. Společnost nabízí různé formy přípravy na seniorský věk. Jedním z profilů vývoje zkvalitňování života seniorů je jejich edukace. Vzdělávání zabezpečuje mentální stimuly jedinců pro zlepšování kvality života. Existují například univerzity třetího věku, kdy penzisté ve svém volném čase navštěvují přednášky podle zájmu. Existuje tzv. koncept aktivního stárnutí. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) „koncept aktivního stárnutí respektuje, že starší lidé nejsou homogenní skupinou a že tato rozmanitost s věkem stoupá. Proto je velmi důležité s narůstajícím věkem obyvatel vytvořit takové prostředí, které jim umožní co nejsamostatnější život“ (World Health Organization, 2012).

Holmerová (2006) uvádí:

Světová zdravotnická organizace uvádí následující příklady opatření ve veřejném životě: vytvoření bezbariérových pracovních míst, flexibilní pracovní dobu pro seniory, částečné úvazky, modifikované pracovní prostředí, a to jak ve veřejném, tak v soukromém sektoru, lepší bezpečnost na ulicích, zejména bezpečné chodníky pro chůzi, dostupné veřejné toalety, dobré dopravní značení, světelné značení na přechodech, které bude respektovat skutečnost, že senioři potřebují delší čas na přejetí vozovky, pohybové programy pro seniory, které přispějí ke zlepšení mobility, rekonvalescenci, zachování svalové síly, celoživotní vzdělávací programy, dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami v případě smyslových poruch, bezbariérový přístup ve zdravotnických zařízeních a možnost účasti na rehabilitačních programech. (p. 74)

Na základě těchto parametrů WHO předkládá společnosti způsoby etického zacházení se starší populací.

Podle Špatenkové, Smékalové (2015) Organizace spojených národů (OSN) rozvíjí ideu aktivního stárnutí v těchto stručných bodech: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace.

Tyto organizace nám zde předkládají obecné vytváření standardů pro zkvalitnění života a zlepšení jeho úrovně v rámci přístupu k seniorům a problematice stárnutí.

1.1.2 Věk a jeho periodizace

Podle řeckých bájí a pověstí byla tajemstvím bájné Delfské věštiny hádanka, která zněla: ráno to chodí po čtyřech, v poledne po dvou a večer po třech. Odpovědí bylo: věk člověka. Věk čili stáří člověka je definováno různými způsoby. Také pojmy stáří a stárnutí mají odlišné významy. Příbyl (2015) zmiňuje, že stáří (senium) je konečnou etapou života člověka (vývojovým obdobím) a stárnutí (senescence) je fyziologickým procesem jako takovým. Příbyl (2015) dále definuje:

Stárnutí je komplexní, nezvratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí. Hovoří se o vzájemně propojených procesech biologického, psychologického a sociálního stárnutí, odehrávajících se s interindividuální variabilitou. Involuční změny a reakce, adaptace organismu na něj jsou tak procesem dezintegrovaným a asynchronním, jenž je částečně geneticky podmíněn a z části je ovlivněn náhodnými jevy, poruchami. (p. 9)

Dále Příbyl (2015) popisuje vnitřní a vnější procesy stárnutí:

Vnitřními faktory jsou:

- genetická výbava – činitelé buněčného přežití, vrozené genetické a získané genové mutace vedoucí ke vzniku onemocnění s důsledkem předčasného úmrtí;
- tělesná onemocnění a psychické poruchy;
- psychická výbava jedince – povahové zaměření, zvládání a zpracování zátěžových situací, způsoby vyrovnávání se s nemocí, stereotypy, životní cíle.

Vnější faktory jsou:

- fyzikální – klima, životní prostředí, pracovní prostředí;
- chemické – kožní, plicní komplikace;

- sociální – způsob a kvalita bydlení, finanční zabezpečení, rodinné zázemí, vzdělání.

Haškovcová (1989), uvádí definici stáří podle WHO: „Stařecký věk neboli senescence je období života, kdy se poškození fyzických či psychických funkcí stává významně manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.“ (p. 56)

1.1.3 Klasifikace stáří

Věk člověka můžeme podle mnoha autorů dělit na kalendářní, biologický, psychický, sociální a funkční.

Hrozenská, Dvořáčková (2013) uvádí, že:

Podle Hegyiho je možné věk člověka dělit z hlediska mnohých aspektů:

- chronologický věk – věk kalendářní, odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu;
 - biologický věk – je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí a způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů;
 - funkční věk – odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je daný souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních;
 - psychologický věk – je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobních rysů a subjektivního věku;
 - sociální věk – zahrnuje přítomnost, respektive nepřítomnost životního programu a do jisté míry závisí na důchodovém věku.
- (p. 13)

WHO (2012) vytvořila svou kategorizaci kalendářního věku člověka:

- 0–14 let dětský věk;
- 15–29 let mladý věk;
- 30–44 let dospělý věk;
- 45–59 let střední věk;
- 60–74 let starší věk (presenium);
- 75–89 let starý věk (senium);
- nad 90 let dlouhověkost.

Na základě kategorizace kalendářního věku se otevírá problematika demografického vlivu na chod společnosti, kdy ve vyspělé kultuře převládají lidé seniorského věku, protože se zlepšuje kvalita života (životní standard). Záleží na tom, jaká je ontogeneze člověka v mládí, protože právě to odráží kvalitu života ve stáří. Jeden z faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů jsou pohybové aktivity.

1.2 Pohyb a pohybová aktivita

1.2.1 Pohyb

Pohyb je základním principem života. Je to hybná síla všeho. „Pohyb je nutný k udržení života, je symptomem změny, aktivity. V tom spočívá jeho naprostý smysl. Všechny další jevy jsou provázející“ (Hátlová, 2003, p. 12). Starobylé civilizace se zabývaly pohybem, který obdivovaly. Můžeme to pozorovat na starobylém výtvarném umění, jako jsou například bojové scény, tanec, iniciační rituály, slavnosti a jiné. Člověka již od pravěkých dějin provází pohyb, jakožto prostředek k zabezpečení základních životních potřeb, například lov, obrana před vnějším ohrožením apod. Důraz na tyto přirozené pohybové aktivity (chůze, běh, skoky, plavání, lezení, orientace v terénu aj.) byl kladen již od dětství v rámci zachování rodu a různě rozvinutého společenství. Tyto aktivity byly předávány formou her, než se z adolescentů stali plnohodnotní členové společnosti, kteří zajišťovali kontinuitu předávání zkušeností.

Jedním z nejznámějších propagátorů a obdivovatelů lidského pohybu byla řecká kultura. Ve starověkém Řecku existovaly dva základní systémy, jejichž představiteli byly Sparta a Athény. Sparta se svým důrazem na vojenství, tělesná cvičení a otužování, Athény na komplexní tvůrčí rozvoj jedince.

Bojové pohybové systémy (hod oštěpem, hod diskem, běh aj.) a rituály oslavující náboženské ideje povýšili Řekové na sportovní výkony. Zapojovaly se jednotlivé městské státy, soupeřily mezi sebou o nejlepší výsledky závodníků. Tato sportovní klání dala postupně vzniknout olympijským hrám. Nejlepší sportovci olympijských her sloužili jako předlohy soch a ke studiím lidského těla (např. Diskobolos od sochaře Myrona).

Na základě filosofického myšlení a náboženských rituálů vznikl tzv. olympismus. Podle Jiráka (2005):

O olympismu můžeme uvažovat maximálně v roli ideologie, protože se při studiu textů vztažených k olympismu rozhodně nemůžeme setkat s nějakým myšlenkově uceleným systémem založeným na kritické analýze pojmů. Obtíže však budeme mít s prokazováním i takového označení, protože nazývat olympismus konzistentním souborem hodnot a norem je rovněž odvážné. (p. 281)

Filozofické hledisko pohybu se v průběhu věků proměňovalo v závislosti na kultuře daných oblastí, jejich rituálů a zvyklostí. Myšlení antických filozofů vycházelo z běžného chodu života, nad kterým se zamýšleli, a vědomosti formovali do pojmů. Jednou z neznámějších filozofických myšlenek je „kalokagathia“. Pojem vyjadřuje harmonii a vyváženost jak tělesné, tak duševní stránky člověka.

Touto myšlenkou žil i starověký Řím, který ji však uchopil svébytně a vytvořil hry, zápasy a klání podle svého naturelu (závody vozů, gladiátorské hry, zápasy se zvířaty aj.). Poslední fáze Římské říše byla ovlivněna křesťanstvím. Křesťanští panovníci Říma zakázali brutální hry a vrátili se k pravému duchu kalokagathia.

Středověk se vyznačoval rytířskou kulturou, jež zahrnovala nejen umění boje, ale i rysy morálních kvalit. Hrdinou byl rytíř, který se systematicky pohybově připravoval, aby obstál na turnajích a v bitvách. Civilní obyvatelstvo se bavilo tancem, různými způsoby her (míčové, běžecké, na koních), zápasy mezi sebou. Populární byli kejklíři a akrobatická vystupování. Novověk s sebou přináší různé obměny lidových zábav a her. Veliký pedagog a myslitel J. A. Komenský propagoval tělesný pohyb a doporučoval obnovit olympijské hry. Doba humanismu a renesance podporovala opět rozvoj tělesné kultury. Období 17. a 18. století byla doba výrazných změn, doprovázena válečnými konflikty a hladomorem. Systematická tělesná kultura zažívala útlum. Koncem 18. století dochází ke změně myšlení ve společnosti. V oblasti školství postupně vzniká nový systém vzdělávání, který postupně zahrnuje i tělesnou výchovu. Po celé 19. století docházelo k formování společenského a vzdělávacího systému. Na světové úrovni, počínaje Anglií, vznikají lokální sportovní kluby, jejichž nutností je jednotnost pravidel pro soutěžní účast. Ze sportovních klubů vznikají národní organizace a následně mezinárodní

organizace. Rehabilitovala se idea kalokagathia, která se táhla staletími jako červená nit. Na konci 19. století se prosadila myšlenka obnovení olympijských her a vznikl Mezinárodní olympijský výbor. První novodobé olympijské hry proběhly v roce 1896 v Athénách. Zpočátku se jednalo o olympijské hry letní, jež probíhaly ve čtyřletém cyklu, a později byly zařazeny i zimní. Tato mezinárodní sportovní událost se uchovala do současnosti a pro spousty profesionálních sportovců je určitým vrcholem jejich sportovní kariéry. Organizace Mezinárodního výboru sportu neslyšících vede od roku 1924 mezinárodní sportovní soutěž pro profesionální neslyšící sportovce, tzv. deaflympiádu. V roce 1960 byly připojeny k olympijským hrám i paralympijské hry. Účastní se jich profesionální sportovci se zdravotním postižením, tělesným, sensorickým a mentálním. Dále existují Světové hry speciálních olympiád pro duševně (mentálně) postižené.

V českých zemích po polovině 19. století vznikaly spolky různého zaměření, včetně pohybových. Mezi nejznámější spolky patřily Sokol, Orel, Dělnické tělovýchovné jednoty, Klub českých turistů a nezávislé české sportovní kluby, které se věnovaly jednotlivým sportovním disciplínám, například cyklistice, atletice, gymnastice, bruslení, lyžování, míčovým hrám a dalším. Některé z nich se dochovaly do současnosti.

Během 20. století nabyly pohybové aktivity na intenzitě jak na rekreační, tak na profesní úrovni. Lidé objevovali další pohybové aktivity různého charakteru, například turistiku na vodě, orientační běh, horolezectví, kanoistiku, lanové překážky, paragliding, snowboarding, rafting, canyoning, sea kayaking, veslování, hokej, squash, kiting, skialpinismus, potápění a jiné. Dále sportovní aktivity v kombinaci například s dopravními prostředky (jachting, wakeboarding, parašutismus, motosporty, ...).

Vznikaly nové spolky, sportovní hnutí, kluby, asociace, federace a jiné organizace zastřešující pohybové aktivity.

V dnešní době se vytvářejí sportovní disciplíny s více rozdílnými prvky pohybových aktivit (poledance apod.). Mezi aktivity spojené s pohybem se řadí i popularitu nabírající geocaching.

Moderní společnost se pohybem lidského těla začala zabývat natolik, že vytvořila jednotlivé obory a disciplíny, jež se pohybu věnují na vědecké úrovni. Existují instituce výzkumného a vzdělávacího charakteru. Vysoké školy na svých fakultách se zaměřením na tělovýchovu, sport a pedagogiku na jednotlivých katedrách studují a rozvíjejí problematiku pohybu. Mezi hlavními disciplínami je kinantropologie. Louka a kol. (2010) ji charakterizuje následovně:

Kinantropologie – vědní disciplína, jejímž předmětem zkoumání je lidská pohybová činnost především účelově zaměřená na rozvoj a kultivaci člověka v souvislostech biologických, psychologických a sociálních. Výzkum je zaměřen především na pohybovou činnost v oblastech:

- tělesné výchovy – školní, profesní;
- sport – vrcholový/amatérský, profesionální/rekreační, výkonnostní, handicapovaných;
- pohybová rekreace – dospělých, seniorů, dětí a mládeže;
- zdravotní TV, rehabilitace a další účelové sféry.

Metodologie kinantropologie je zaměřená na zjišťování vědeckých zákonitostí kvalitativního i kvantitativního charakteru a usiluje o vědeckou explanaci využitelnou pro pozitivní vliv na člověka.

Členění kinantropologie:

- antropomotorika, sportovní psychologie, sportovní pedagogika;
- aplikovaná biomechanika, fyziologie, kineziologie, biochemie;
- aplikovaná sociologie, filozofie, etika, historie, ekonomie. (p. 5)

Další studijní obory jsou zaměřené například na učitelství tělesné výchovy, aplikované pohybové aktivity pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami, speciální edukaci bezpečnostních složek, trenérství, poradenství zdravého životního stylu, fyzioterapii, rekreologii a v neposlední řadě management sportu.

Hátlová (2003) uvádí, že:

Pro provádění pohybové činnosti má podstatný význam vlastní tělesné schéma, vnímání a přijetí vlastního těla. Tělo je zdrojem příjemných, až velmi nepříjemných pocitů z tělesných funkcí, ze schopnosti vyhovět našim potřebám, z vnímaného vlastního tělesného obrazu, vnímání sebe sama, svého postavení

a svých možností v prostředí. Tělo je také zdrojem silně pozitivně prožívaných pocitů, o nichž hovoříme méně často, ale jejichž znovuprožití si silně přejeme. (p. 16)

Z toho vyplývá, že se pohyb či nějaká pohybová aktivita může stát průvodním jevem ke změně jak fyzického, psychického, tak duševního stavu.

Rychtecký (1980) rozděluje:

Psychologické zvláštnosti vývoje motoriky v ontogenezi:

a) První dětství (0–4 roky): Klasifikace volných pohybů dítěte z obecného pohledu třídí do tří kategorií, někdy do čtyř: 1. posturální kontrola včetně pohybu celého trupu a končetin; 2. aktivní úsilí v lezení; 3. začátek chůze, lokomoční pohyby; 4. anticipační vizuálně výběrová kontrola v užívání lokomotace horních končetin, dosahování a uchopování předmětů.

b) Druhé dětství (4–11 let): Rozvoj analyzátorů umožňuje přesnější zvládnutí pohybových úkolů a vytváření nových pohybových dovedností. Dochází také k lepšímu uvědomování pohybu a prožitku z pohybu. Léta druhého dětství jsou formou přechodu z raných forem nesložitého manipulačního chování k adolescentní pohybové vyspělosti, která se uplatňuje ve sportu. Velký důraz v tomto období je kladen na základní pohybové aktivity jako házení, běhání, skákání, jejichž zdrojem jsou dětské hry.

c) Adolescence (11–19 let): Pro toto období jsou typické tři vzájemně se prolínající síly, jsou to: 1. Růstová akcelerace, která je doprovázena kolísáním hormonální aktivity, vede ke značným změnám v tělesné stavbě, a tím i ke změnám ve výkonnostním potenciálu jedince. 2. Rychlé změny v tělesné stavbě působí na jedincovu představu o sobě samém, což se samozřejmě odráží i v motorické výkonnosti. 3. Změněné kulturní požadavky na adolescenta se týkají také jeho vztahu k přijatým úkolům. Tento aspekt je důležitý zejména ve sportovní činnosti, protože vztahy k přijatým úkolům nabývají často charakteru osobního závazku, či naopak lhostejnosti.

d) Dospělost (20–45, 50 let): Schopnost učit se novým motorickým dovednostem se v průběhu dospělosti stabilizuje a není tak variabilní, jako tomu bylo v dětství a jak je tomu v pozdějším věku. Výzkumy nezjistily žádnou významnou diferenciaci mezi věkovými skupinami 25 až 49 let, když byla

zjišťována schopnost učit se motorickým úlohám. Tato zjištění nás přesvědčují o tom, že výkonnost v dospělosti se příliš nemění, je stabilní, bez velkých výkyvů způsobených věkem, přestože fyzická kapacita ve druhé polovině dospělosti je již nižší. Jedinec nahrazuje tento nedostatek větší zkušeností.

e) Stáří (50 let a více): V podstatě neexistuje přesné označení, kdy můžeme jedince nazvat starým. Učení se novým pohybovým dovednostem, ale i kognitivním úlohám se stává obtížnějším zvláště ve vysokém věku, protože je snižena i úroveň retence, tj. schopnosti uchovávat si naučené dovednosti v paměti. Z pohledu na vztah mezi věkem a motorickým učením vystupují tři důležité proměnné, které tento proces ovlivňují: 1. Starší jedinci vyhledávají více informací o prováděné úloze a tento čas je irelevantní ke skutečné výkonnosti. 2. Dlouhodobé uchování naučených dovedností je méně ovlivněno přibývajícím věkem, než je tomu s krátkodobým uchováváním těchto dovedností. 3. Učení novým úkolům je mnohem obtížnější, zatímco výkonnost ve dříve naučených pohybových dovednostech není příliš věkem narušena. (p. 76–79)

Ve výše popsaném vývoji motoriky můžeme spatřit velmi důležité aspekty, které představují problematiku vlivu pohybových aktivit na kvalitu života seniorů.

1.2.2 Pohybová aktivita seniorů

Faktory ovlivňující pohybové aktivity seniorů

Pohybové aktivity seniorů ovlivňují faktory rozličného charakteru:

Zdraví – patří mezi nejzásadnější průvodní jevy aktivního života člověka. Tento faktor ovlivňuje primárně dění dne a běh času v životě. Zdravý jedinec má svůj denní biorytmus relativně pravidelný a není omezen časovým ohraničením péče o své zdraví.

Rychtecký (1980) předkládá:

Přestože má člověk k dispozici více prostředků, jimiž může realizovat svou činnost, zůstává motorika jejich důležitou složkou. O tom, že motorika je součástí cílevědomého chování, nás přesvědčí skutečnost, že každý pohyb člověka má svou účelnost a je vždy zaměřen k dosažení určitého vytyčeného cíle. (p. 79)

Člověk je vybaven motorickými schopnostmi. Burton a Miller (1998) uvádí, že „motorické schopnosti jsou obecné rysy (vlastnosti) či kapacity, které podkládají výkonnost v řadě pohybových dovedností“ (Havel, Hnízdil, 2009, p. 6). Dále je uvedeno volně upravené základní dělení motorických schopností dle Měkoty (2005):

- kondiční: silové, vytrvalostní, realizačně rychlostní;
- koordinační: orientační, diferenciační, reakční, rytmická, rovnováhová, sdružování, přestavby;
- Hybridní: flexibilita.

Pro to, aby jedinec mohl uskutečňovat běžné činnosti samostatně, je tedy důležité, aby své motorické schopnosti udržoval aktivní. Proto je pohybová aktivita důležitou součástí života v každém věku, zejména s přibývajícím věkem.

Existuje pilotní projekt, který probíhá od roku 2013 až do roku 2030. Jde o projekt intervenčních pohybových programů. Hlavním aktérem je tým Kardiovize 2030 ve spolupráci s Centrem sportovních aktivit VUT v Brně a se sportovními a tělovýchovnými lékaři. Program je koncipován na základě vybraných pohybových aktivit pro určenou skupinu monitorovaných jedinců. Začátek a konec programu je ohraničen testováním motorických dovedností s vyplněním dotazníků o postojích a zájmech pohybové aktivity. Projekt je vytvořen pro upevňování zdraví s přihlédnutím k dnešní společnosti, která je z velké části fyzicky inaktivní, a proto narůstají rizika civilizačních chorob (Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca, 2013, p. 19).

Prostředí – je dalším faktorem, který má přímý vztah na jedince. Estetická rovina daného prostoru má vliv na vnitřní rozpoložení člověka. Krása okolí inspiruje vyrazit například na procházku, vyjížďku či pobyt na čerstvém vzduchu. Větší hustota osídlení prostředí skýtá vyšší pravděpodobnost možnosti nalézt společníka s podobnými zájmy, což je pro některé jedince hnacím motorem k činnosti nejen ohledně pohybových aktivit.

Jedna ze studií zjišťovala, zdali může mít prostředí vliv na střeoevropské seniory při chodeckém doporučení v rámci aktivního transportu a chůze ve volném čase. Dospěla k závěru, že probandi žijící v prostředí s vysokou

hustotou osídlení měli větší možnost vyhovět chodeckému doporučení (Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica, 2012, p. 49).

Klimatické podmínky – jsou jedním z navazujících důležitých faktorů, které ovlivňují subjektivní pocit člověka vůči okolí. Nejen pocit tělesného chladu či horka, ale i pouhý pohled z okna ven, kdy se člověk rozhoduje o venkovní aktivitě z prostředí domova. Starší generace je z obecného hlediska více náchylná na klimatické podmínky, je to dáno fyziologickými změnami organismu (houstnutí krve a zpomalení krevního oběhu, úbytek svalové hmoty, ztenčení pokožky apod.). Pociťuje více chlad, někdy až zimnici. Má potřebu více vrstev oblečení, vyhledává spíše teplo. Vnější vlivy, jako jsou déšť, sníh, vítr, led a jiné, způsobují respekt a obavy z případné nehody. Například velká horka jsou nesnesitelná pro kardiaky a osoby s dýchacími obtížemi.

Psychika – je nezbytným činitelem v celistvosti člověka a je hybným ukazatelem zdraví. Velmi zásadní složkou je vnitřní motivace jedince. V oblasti psychologie vznikl celý vědní obor, který se nazývá psychologie zdraví. Křivohlavý (2001) ji popisuje následovně:

Psychologie zdraví se zabývá tím, co se děje v „duši“ zdravých i nemocných lidí. Doplnuje to, co má na mysli medicína, když svůj program formuluje jako tzv. holistickou medicínu, případně i tam, kde hovoří o prevenci. Psychologie zdraví jde však dále a má širší záběr. (p. 18)

Jak je tedy patrné, o své psychické zdraví je důležité se starat stejnou měrou jako o fyzické. Mnoho fyzických nemocí má příčiny v psychice, tímto aspektem se zabývá psychosomatika. „Právě psychická pohoda je pro subjektivní hodnocení kvality života nejdůležitější,“ poznamenává Příbyl (2015), a dále předkládá, že „psychické bezpečí bývá popisováno především jako pocit jistoty“ (p. 75).

Fyzickým i psychickým zdravím se zabývá psychomotorika, která má v péči o seniory zásadní význam pro udržení obou těchto aspektů. Toto potvrzuje studie, která se zabývala významem a uplatněním psychomotoriky v intervenčních pohybových programech pro lepší kvalitu života seniorů. Na základě šetření studie doporučuje psychomotorická cvičení a hry s důrazem na manuální zručnost, rozvoj rovnováhy, komunikaci, kooperaci a rozvoj

kognitivních funkcí. Výzkum měl pozitivní vliv na pohybové aktivity, sebevědomí a sociální vztahy probandů. V pohybových programech, kde byla zařazena psychomotorická cvičení a hry, se potvrdilo zlepšení nejen tělesné stránky seniorů, ale i všech ostatních aspektů zdraví (Physical Culture/Telesna Kultura, 2015, p. 25).

Vztahy – jeden z významných faktorů, který má vliv nejen na pohybové aktivity seniorů. Již od narození a během života ovlivňují člověka vztahy na různých úrovních. Základním pilířem jsou rodinné vztahy. Hrozenská, Dvořáčková (2013, p. 46) uvádí, že „rodina je nejstarší základní jednotka lidského společenství, jejíž organickou součástí je i starší člověk“. Dále pokračují: „Rodina má v životě staršího člověka významnou úlohu. Vědecké studie ukazují, že starší lidé žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější a zdravější a také déle samostatní. Rodina je nejdůležitějším faktorem v pomoci vyrovnat se se změnami, které stárnutí přináší“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, p. 46). K zachování důstojného a plnohodnotného stáří je tento model ideální. Existují však spousty případů, kde rodinné vazby jsou nefunkční, a to se odráží do prožívání života seniorů, jejich prostředí, psychické a fyzické kondice. Vágnerová (1999) k tomu poznamenává: „Některé psychické změny, zejména v oblasti citového prožívání, postojů a z toho vyplývajícího chování mohou být stimulovány psychosociálními vlivy.“ (p. 95) Přátelské vztahy mohou simulovat, nebo dokonce nahrazovat vztahy rodinné. Procházková (2019) doplňuje:

Každý jedinec se v rámci svého života stává členem různých sociálních skupin, kde má své role. Prostřednictvím těchto rolí se rozvíjí a utváří svou osobnost. Každá životní role má svou míru důležitosti. Náhlá změna či ztráta významné role může u člověka vyvolat pocit strádání. Každá ztráta důležité životní role snižuje potenciál soběstačnosti seniora. (p. 127)

V těchto mezních okamžicích života má nezastupitelný význam víra a náboženství. „V současnosti (po provedení faktorové analýzy) je náboženská (křesťanská) víra chápána jako relativně samostatný faktor, jehož vliv se nedá vysvětlit např. působením sociální opory.“ (Stríženec, 2000a, in Křivohlavý, 2001, p. 91) Z výše uvedeného tedy vyplývá, že víra je jednou z nejdůležitějších složek motivace k nabývání vnitřní jistoty, vzhledem k situacím, které život přináší. Tento fakt se promítá do všech výše zmíněných faktorů. Tvrzení, že se

vztahy vzájemně ovlivňují s provozováním pohybových aktivit, dokládá prezentování letité zkušenosti lékařky a cvičitelky České asociace sportu pro všechny. Článek informuje o skupině cvičenek, která funguje asi čtyřicet let pod vedením dvou vyškolených cvičitelek. Zpočátku byl charakter spolku kondiční a taneční. Z důvodů přibývajících věku a postupných zdravotních omezení cvičenek a cvičitelek se pozornost zaměřila na zdravotní aspekty jednotlivých členek. Společnými aktivitami cvičenek nejsou pouze pohybové, ale také různé společenské akce (Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, 2014, p. 58).

Volný čas

Pojem volného času je velmi nejednoznačný termín. Existuje mnoho definic, které ho vymezují. Volný čas je sám o sobě spojen se zdánlivou neaktivitou, může být chápán jako čas, se kterým si člověk libovolně disponuje. „Volný čas lze označit za dobu, kterou trávíme mimo práci a mimo další povinnosti. Je to čas, který máme možnost věnovat svým zájmům, zálibám a aktivitám.“ (Bočková, 2011, p. 76) Způsob volného času se během lidského života proměňuje:

Volný čas seniorů je takový čas, kdy jsou provozovány zájmové aktivity na základě fyzických, psychických, sociálních a zájmových aspektů jednotlivých osob, které jsou vykonávány mimo čas věnovaný péči o vlastní osobu, domácnost, rodinu a uspokojování základních potřeb jedince v seniorském věku. Jedná se o takové aktivity, které přinášejí radost, zábavu, spokojenost, potěšení a uspokojení. (Janiš, 2011, p. 694)

Období života při přechodu z vyšší pracovní aktivity do penze je významnou změnou osobního života každého jedince. Jedná se o změnu sociálního statusu, se kterou se každý vyrovnává individuálně. Podle Příbyla (2015) se jedná o:

Proces, který má své fáze:

- Příprava na důchod: Je součástí přípravy na stáří. Jde o to, si uvědomit a zvážit možnosti, výhody, které role starobního důchodce přináší – vidět pozitiva.
- Bezprostřední reakce na změnu: Je odrazem celoživotního postoje k profesní roli. Je to fáze, kdy člověk opustil dosavadní styl a nový si

ještě nevytvořil. To může (zejména zpočátku) přinášet pocit uspokojení, ale je zde také riziko z obav z budoucnosti, nastupují pocity nejistoty.

- Deziluze a postupné přizpůsobování: Fáze rozčarování, člověku chybí pravidelná činnost, uvědomuje si, že se mu změnil život. Může se potýkat s nudou a pocity prázdnoty. Řešením je nalézt nové stereotypy, činnosti vedoucí k smysluplnému vyplnění volného času. Důležité je být aktivní, trénovat mozek a být v kontaktu s lidmi.
- Adaptace na nový životní styl: Dochází k zafixování nového životního stereotypu, což přispívá k udržení pocitu životní spokojenosti. (p. 24)

Ne každý jedinec vstupuje do předseniorského a seniorského věku v plné kondici. Kalvach, Onderková (2006) uvádí:

Z ošetřovatelského hlediska je užitečné rozlišovat např. následující kategorie seniorů (geriatrických pacientů):

- Zdatní (fit) – senioři, kteří si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost, vykonávají fyzicky náročné činnosti a zvládají dobře i náročnější zdravotnické výkony.
- Nezávislí – senioři, kteří dobře zvládají aktivity každodenního života a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější podporu rodiny, sousedů ani pečovatelské služby (zvládají nákupy, vedení domácnosti atd.). Tito lidé však selhávají za kalamitních situací přinášejících neobvyklou zátěž. V domácím prostředí vyžadují intervenci v období mimořádné zátěže, ale při ústavním ošetření obvykle zvláštní opatření nevyžadují.
- Křehcí (frail) – senioři, kteří jsou zvýšeně ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu (např. recidivy srdečního selhání) či funkčního stavu (pády, náhlou nezabezpečností – neschopnost vstát po pádu, neschopnost zajistit nákup), kteří nezvládají zátěžové situace. Potřebují trvalou dopomoc při náročnějších činnostech každodenního života.
- Závislí – senioři, kteří z části či zcela nezvládají ani běžné sebeobslužné, základní ADL, kteří z tělesných či duševních důvodů vyžadují pomoc při jedení, mytí, oblékání, při používání toalety, při přesouvání z lůžka do křesla a zpět.

- Zcela závislí – senioři, kteří jsou dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžku, popř. mají hrubé kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí, takže vyžadují aktivní zajištění antidekubitálního režimu, hydratace, výživy. U těchto nemocných hrozí rozvoj imobilizačního syndromu.
- Umírající – senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče. (p.14–15)

Kalvach, Onderková (2006) dále pokračují v definici: „Soběstačnost je chápána jako schopnost uspokojit běžné potřeby samostatně v daném prostředí.“ (p. 22) Z toho vyplývá, že zdravotní stav seniora se odráží i na způsobu trávení jeho volného času a volnočasových aktivitách. Kasper a Lubecki (2003) in Janiš, Skopalová (2016) určili obecné možnosti proměn volnočasových aktivit seniorů:

1. Pokračování ve stávajících aktivitách.
2. Rozšíření stávajících aktivit. Myšleno je především cestování a turistika. Do stávajících volnočasových aktivit lze investovat vyšší množství vlastního času.
3. Výběr nových činností, na něž jedinci v době produktivního času nezbýval čas.
4. Pokračování v profesních činnostech ve smyslu volnočasových aktivit. Zde je určující předchozí profese seniora.
5. Změna každodenních povinností ve volnočasové aktivity. Tuto změnu je poměrně obtížné přesně vymezit. (p.74–76)

Janiš, Skopalová (2016) podotýkají, že „volný čas a jeho kvalitní a efektivní využívání plní několik funkcí, které přinášejí jistou přidanou hodnotu v jeho trávení“ (p. 22). Autoři dále vycházejí z rozdělení funkce volného času od jiných autorů a shrnují je na tři základní: výchovně-vzdělávací, zdravotní a sociální.

Výše byly uvedeny určité teorie o problematice volného času. Podle zdravotního a sociálního stavu, a také ekonomických možností, může senior nakládat se svým časem různými způsoby. Moderní společnost nabízí pestrou škálu aktivit, jak trávit volný čas. Mezi ně lze zařadit:

- kulturní aktivity – divadla, muzea, výstavy, kulturní akce, koncerty apod.;
- vzdělávací – univerzita třetího věku, odborné kurzy a přednášky, profesní sekundování (předávání zkušeností) apod.;
- sociální – setkávání se v klubech nejrůznějších činností, dobrovolnictví, hlídání dětí a domácích mazlíčků atd.;
- rekreace a cestování – pobyty v lázních, organizované výlety, zahraniční a vnitrostátní pobyty apod.;
- aktivity manuální povahy – rukodělné kroužky, umělecké kroužky, pomocné profese;
- pohybové aktivity a další.

Existuje Česká asociace Sport pro všechny (dále jen ČASPV), která se věnuje také seniorské populaci. Zaměřuje se především na nabídku pohybových aktivit, školení cvičitelů seniorů, další vzdělávání, pobytové a společenské akce, organizování sportovních soutěží, nabídku aktivit pro mentální zdraví, diagnostiku pohybového aparátu, spolupráci s dalšími organizacemi aj. (Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, 2014, p. 46).

Česká asociace Sport pro všechny prezentuje v článku Dny seniorů – Dny zdravého stárnutí iniciativu seniorů, kteří vytvořili projekt na podporu zdravého stárnutí a aktivního prožívání období „zlatého věku“. Projekt obsahoval komplex měřitelných hodnot. Po vyhodnocení výsledků byl zjištěn kladný dopad na život seniorů (Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, 2014, p. 55).

Dalším iniciátorem podporujícím volnočasové vzdělávací aktivity je Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, která pořádá seminář s názvem Aktivní v každém věku. Jedná se o inspiraci zdravého životního stylu pro seniory. Seminář obsahuje praktické ukázky i teoretické návody. Absolvují ho lidé z řad odborníků, studentů a na účasti se podílejí i samotní senioři (Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, 2018, p. 10).

1.2.3 Potencialita trávení pohybových aktivit seniorů

Každá pohybová aktivita začíná ochotou měnit své postoje k životu. Jak už bylo zmíněno, život je pohyb, což se týká každé periody lidského života. Tošnerová (2009) uvádí, že:

Nechť k pohybu patří mezi závažné problémy, bohužel problém se netýká jenom stárnoucí populace. Vcelku senioři vědí, že mohou navzdory svému věku či nemocem bezpečně a šetrně cvičit a sportovat. Pohyb může pomoci i při léčbě chronických onemocnění. Je všeobecně známo, že nedostatek pohybu způsobuje potíže zejména u lidí hodně starých a nemocných. Ovšem s nemocí ve stáří sílí obavy, zda si senioři pohybem ještě více neublíží. (p. 215)

Nedílnou součástí každého zdravého a aktivního života je starat se o správnou výživu těla. Klevelandová (2017) dodává, že „každý z nás potřebuje být zásobován nejen správnými živinami, ale i správnými informacemi o stravovacím režimu. Klíčem ke zdravému stárnutí je také vhodná kombinace důležitých složek výživy, pohybová aktivita a duševní svěžest“ (p. 172).

Období seniorského věku by v ideálním případě mělo probíhat přípravou na přicházející snižování fyzické zdatnosti. S přibývajícím věkem ubývají fyzické síly, oproti tomu psychická a duševní kondice nemusí být nikterak snížena. Topinková (2005) definuje: „Preventivní strategie ve stáří zahrnují jak primární, tak sekundární a terciální prevenci. Doporučení pro osoby nad 65–70 let se zaměřují na snížení rizika vzniku onemocnění, úrazu a poranění a udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti.“ (p. 21) Dále zmiňuje, že: „obecné preventivní opatření = fyzická aktivita a cvičení:

- jako minimum 3–5x týdně 30 minut chůze (aerobní efekt, posilování);
- udržení rozsahu pohybu v kloubech – denní procvičování, strečink;
- cvičení zaměřená na stabilitu a rovnováhu“ (Topinková, 2005, p. 21).

Z tohoto stručného doporučení vyplývá, jak jsou pohybové aktivity důležité pro udržování fyzické kondice člověka v důchodovém věku. Za předpokladu, že se chtějí jedinci udržovat v kondici, věnují se pohybové aktivitě různého charakteru.

Podle Slepíčky, Hoška, Hátlové (2009) platí, že:

Představa pohybu má zásadní význam pro řízení motoriky. Existuje předem jako plán průběhu i jako představa výsledné situace (akceptor činnosti). Následný reálný pohyb je neustále s představou průběhu konfrontován (kontrolní, průběhová zpětná vazba) a diskrepance jsou bezprostředně minimalizovány. Identita představy cílového stavu se skutečností funguje jako podnět dovršující, který vlastní činnost končí (rezultantní, výsledková zpětná vazba). Tak je představa pohybu hlavním činitelem motorického učení. Bez zdokonalování pohybové představy není pokrok v motorickém učení myslitelný. (p. 52)

Důležitou složkou při pohybovém aktu je samotné dýchání. Podle Zemánkové (1996) „vědomé dýchání představuje diferencovanou hybnost, schopnost pohybovat jen určitými skupinami svalů, zvláště když procvičujeme jen hrudní nebo brániční dýchání do břicha“ (p. 56). „Správné dýchání je natolik nutné, že první povinností terapeuta je odstranit vadné dýchací stereotypy, které maří jakoukoli léčbu pohybového ústrojí.“ (Zemánková, 1996, p. 55)

Důchodový věk s sebou přináší výraznou individuální péči. Zdravotní stav jednotlivých seniorů určuje potencialitu trávení jejich volného času.

Článek Pohybová aktivita a kognitivní funkce informuje, že pohybové aktivity mají příznivý vliv na kognitivní funkce (Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca, 2014, p. 210).

Lékařská studie referuje o možnosti ovlivnění stavu kostní tkáně ve vyšším věku pohybem. Zjistila, že novější výzkumy ukazují, že samotná chůze jakožto pohybová aktivita je pro prevenci a léčení kostní tkáně nedostačující. A to i v případě posílení držení těla a rovnováhy. Efektivnější je kombinace silových a odporových cvičení (Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca, 2014, p. 235).

„V České republice je většina volnočasových aktivit pro seniory organizována neziskovým sektorem a nižšími územními celky státu, např. v rámci obecních úřadů. V menší míře pak nějakou formu aktivit přímo zajišťují krajské úřady.“ (Bočková, 2011, p. 79)

Rozdělení potenciality trávení pohybových aktivit seniorů podle zařízení, ve kterém žijí, je následující:

Domovy důchodců – Jsou zařízení placené sociální péče sloužící seniorům se sníženou soběstačností. Klientům nahrazují dočasně či trvale domovy. Sociální péče domovů zajišťuje důstojné zacházení a vhodné prostředí pro potřeby seniorů. Možnosti trávení pohybových aktivit klientů v domovech důchodců jsou následující:

- rehabilitační cvičení (dechová gymnastika, mobilizační cviky, jemná motorika);
- organizovaná skupinová cvičení, popř. s jednotlivci (kondiční cvičení na židli, nácvik chůze, stability a koordinace);
- individuální skupinová nebo jednotlivá cvičení (samostatně na pokojích, např. viz výše);
- výjezdní výlety – nenáročného programu (kratší procházky, jednodušší turistické a poznávací okruhy apod.).

Centra sociální péče (pro seniory) – Zařízení placené sociální péče. Klientům slouží jako dočasné nebo trvalé domovy. Jsou určeny pro klienty, kteří mají sníženou schopnost o sebe pečovat, ale i pro ty, kteří jsou soběstační. Centra zajišťují vhodné a důstojné zázemí pro potřeby seniorů. Sociální péče funguje také terénně, pro lidi s vlastní domácností. Možnosti trávení pohybových aktivit klientů při centrech sociální péče jsou následující:

- rehabilitační cvičení (dechová gymnastika, mobilizační cviky, jemná motorika);
- organizovaná skupinová cvičení, popř. s jednotlivci (kondiční cvičení na židli, nácvik chůze, stability a koordinace);
- individuální skupinová nebo jednotlivá pohybová aktivita (příklady viz výše, vlastní kolo/elektrokolo, návštěva bazénu apod.);
- výjezdní výlety – nenáročného programu (kratší procházky, jednodušší turistické a poznávací okruhy, pro méně mobilní klienty apod.);
- výjezdové výlety, s celodenními a náročnějšími programy.

Senioři žijící doma – Ve vlastní domácnosti bez pronájmu, s vlastní domácností s pronájmem, senioři žijící u příbuzných s vlastním zázemím, nebo naopak příbuzní žijící se seniory. Tito senioři mohou využívat možnosti individuální terénní sociální péče pro jedince se sníženou soběstačností. Možnosti trávení pohybových aktivit seniorů žijící doma jsou následující:

- rehabilitační cvičení (dechová gymnastika, mobilizační cviky, jemná motorika);
- organizovaná skupinová cvičení, popř. s jednotlivci (kondiční cvičení na židli, nácvik chůze, stability a koordinace);
- individuální skupinová nebo jednotlivá pohybová aktivita (příklady viz výše, vlastní kolo/elektrokolo, návštěva bazénu apod.);
- výjezdní výlety – nenáročného programu (kratší procházky, jednodušší turistické a poznávací okruhy, pro méně mobilní klienty apod.);
- výjezdové výlety, s celodenními a náročnějšími programy;
- větší možnosti vlastní organizace aktivit (zahradkaření, chovatelství, domácí práce a jiné).

Tito senioři si určují, v rámci svých fyzických možností, pohybové aktivity individuálním způsobem (dle vlastní režie a koníčků). Jednou z možností jsou pohybové aktivity v přírodě. Neuman a kol. (2000) podotýká, že:

Ačkoli je dobrodružná výchova v přírodě tradičně spojována s mladými lidmi, zájem o ni mezi staršími občany není zanedbatelný. Ve světě existuje již celá řada organizací, které nabízejí kurzy pro tuto věkovou kategorii. Je nicméně faktem, že těchto kurzů je ve srovnání s ostatními podstatně méně a že mezi staršími lidmi panuje mnoho obav z účasti na nich. Tyto obavy pramení obvykle z pocitu jisté „neadekvátnosti“ nabízených aktivit vzhledem k věku nebo z obav ze selhání (fyzického, psychického nebo sociálního).

Výzkum monitorování ukazatelů tělesné zdatnosti u devíti pravidelně cvičících seniorů potvrdil na základě testové baterie Senior Fitness Test (Rikli & Jones, 2001), že došlo k udržení nebo k mírnému zlepšení tělesné zdatnosti. Většinou probandů tělesná hmotnost zůstala zachována, popřípadě došlo lehce k úbytku. Bylo vyhodnoceno, že pohybová aktivita v tomto ohledu napomáhá

k udržení hmotnosti. Doporučuje se další edukace seniorů (Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, 2016, p. 53).

1.3 Zařízení ve zkoumané oblasti

Podle Rheinwaldové (1999) platí, že:

Vliv prostředí na pocity, zdraví a chování seniorů je dokázán mnoha studii. Z těch vyplývá, že prostředí by mělo být uzpůsobeno pro různici se potřeby starých lidí. Chování lidí se neděje ve vakuu, ale je závislé na mnoha faktorech. Prostředí je jedním z nich. Nastává interakce mezi osobou a prostředím, která vede k určitému chování a reakcím organismu. (p. 37)

„Stáří a změna pobytu přináší osamělost spojenou se ztrátou mnoha sociálních kontaktů, a tím se obvykle zvyšuje strach z opuštěnosti.“ (Procházková, 2019, p. 126)

Změna prostředí a umístění do sociálních zařízení bývají pro seniory stresující záležitostí. Někdy to je pragmatické rozhodnutí daného jedince nebo jeho příbuzných, jindy je důvodem nezbytná životní situace. Jsou také lidé, pro které je umístění do sociálního zařízení jejich splněným přáním. Dalším z mnoha faktorů jsou sociální vztahy, jež zásadně ovlivňují, jak se bude jedinec v novém prostředí bydlení cítit. Při výběru zařízení je velmi důležitou složkou personál, jeho přístup a komunikace. „Efektivní komunikace se stává zásadním prvkem účinně poskytované péče vzhledem k nutnosti odpovídající identifikace potřeb u osob, jimž je péče poskytována.“ (Pokorná, 2010, p. 34)

Ne vždy se podaří vybrat vhodné prostředí pro seniora. Každé prostředí je specifické a velkou součástí je přístup personálu. Klevetová (2017) tvrdí, že:

Senioři si jsou vědomi nejen správného chování svých dětí, ale i zdravotníků a placených pečovatелů. Nechtějí si však na profesionály stěžovat. Hovoří o svém strachu, aby nebylo ještě hůře. Tyto zkušenosti v seniorech vzbuzují sebehodnocení, že jsou na obtíž, a objevují se myšlenky, že by skutečně bylo lepší zemřít a uvolnit místo perspektivní osobě. Přibývá nesoběstačných seniorů, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby. Negativní zkušenosti seniorů s profesionální péčí dokazují, že chybí připravenost lékařů,

zdravotních sester i sociálních pracovníků porozumět potřebám starých lidí.
(p. 188)

Jeřábek a kol. (2013) doplňují: „Další nezbytnou emocí, podle pečujících, je láska a umění vcítit se do situace opečovávaného (empatie).“ (p. 115)

Pro péči o seniora tedy je důležité nejen prostředí, ve kterém žije, ale i důstojné a empatické zacházení ze strany okolí.

Malíková (2011) tvrdí, že:

Jakákoliv činnost vykonávaná člověkem by měla být prováděna zcela přirozeně a synchronně s vnitřními morálními zásadami a principy, které v sobě máme zakotveny. To vyžaduje, aby si všichni pracovníci při poskytování sociální služby v pobytovém zařízení trvale uvědomovali jedinečnost každého klienta, jeho osobnost a vše, co k němu patří. Stejné uvědomění je nezbytné i u jeho příbuzných a dalších osob. Vzájemné respektování jedinečnosti každého člověka v každodenním životě vytváří předpoklad respektu, úcty a tolerance a přispívá k výraznému celkovému zlepšení mezilidských vztahů.
(p. 49)

Lidské kvality personálu pečujícího o seniory zkvalitňují a profesionalizují samotnou poskytovanou službu v jednotlivých zařízeních nebo v domácím prostředí. „Při práci se seniory je důležitá činnost multidisciplinárního týmu, který se může skládat z mnoha profesí, a to např. ze zdravotníků, pedagogických pracovníků, sociálních pracovníků, duchovních a dalších odborníků.“ (Dvořáčková, 2012, p. 87)

Některé výše zmíněné záležitosti o sociálních zařízeních jsou ošetřeny v legislativě České republiky, v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně jeho § 2:

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začlenění. Sociální služby musí být

poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Popis zařízení ve zkoumaných oblastech

a) Domov důchodců Ústí nad Orlicí

Zařízení je příspěvkovou organizací. Dům poskytuje tyto služby: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby, odborné sociální poradenství a stravování.

Domov pro seniory:

- kapacita 89 lůžek;
- 1 jednolůžkový pokoj a 44 dvoulůžkových pokojů;
- senioři od 65 let, případně mladší závislí na pomoci;
- dlouhodobá pobytová sociální péče;
- celodenní stravování, praní prádla;
- sociální a zdravotní péče;
- individuální přístup;
- aktivizační činnosti:
 - pohybové aktivity
 - rehabilitační cvičení (individuální);
 - skupinová cvičení (trénování koordinace, pohybů, posilování svalů);
 - individuální nácviky chůze a úchopů, mobilizační cvičení na lůžku;
 - nepravidelná pohybová aktivita kuželky a „Taneční odpoledne“;
 - jednou ročně sportovní domovské hry;
 - výlety (půldenní akce);
 - procházky jednotlivých klientů s aktivizační pracovníci;
 - rukodělné činnosti – výtvarná dílnička, Kulinářská hodinka;
 - společenské aktivity – společenské hry, každé pondělí filmy na pokračování, pro pány tzv. Pánský klub, (kvízy, karty apod.), čtení na pokračování, každých 14 dní Biblická hodinka;

- kino (odvoz autobusem do městského kina);
- 1–2krát ročně plesy na různá témata;
- 1 měsíčně „reminiscenční kavárničky“;
- ve spolupráci s MŠ, ZŠ a ZUŠ divadelní a hudební vystoupení;
- animoterapie (pes, kočka a králíci).
- 2krát týdně ordinuje v domově důchodců obvodní lékař;
- k lékaři doprava na žádanku sanitou nebo senior dopravou;
- v případě vlastního lékaře nutnost zajištění vlastní dopravy.

b) Centrum sociální péče města Ústí nad Orlicí

Je příspěvkovou organizací města Ústí nad Orlicí. Služba je poskytována na území města Ústí nad Orlicí a ve spádové oblasti Ústí nad Orlicí. Centrum poskytuje tyto služby: pečovatelskou službu, senior klub a denní stacionář.

Služba je určena pro: osoby s chronickým onemocněním, se zdravotním postižením, rodiny s dětmi (nepříznivá sociální situace) a seniory. Služba je udělována na základě potřeby, bez omezení věku.

Pečovatelská služba (senioři):

- podpora a pomoc ve složitých životních situacích, v domácím prostředí při zachování rodinných a přátelských vazeb, terénní a ambulantní služby;
- kapacita služby – terénní pečovatelská služba 10 klientů (okamžitá), 275 (roční kapacita);
- ambulantní pečovatelská služba (středisko osobní hygieny) – 2 klienti (okamžitá), 30 klientů (roční);
- ubytovací zařízení v Centru sociální péče:
 - kapacita ubytování cca 110 klientů (dlouhodobá pobytová sociální péče);
 - externí zajištění celodenní stravy a praní prádla;
 - sociální a zdravotní péče;
 - individuální přístup;
- aktivizační činnosti:

- pohybové aktivity:
 - rehabilitační cvičení (individuální);
 - individuální cvičení a nácviky (trénování, koordinace pohybů, posilování svalů, chůze, mobilizační cvičení na lůžku);
 - organizované výlety a akce pod záštitou Českého červeného kříže;
 - procházky jednotlivých klientů individuálně.
- společenské aktivity:
 - společenské hry, knihovna;
 - ve spolupráci s MŠ, ZŠ a ZUŠ divadelní a hudební vystoupení;
 - nepravidelná kulturní externí vystoupení;
 - možnost domácích mazlíčků.
- 1krát týdně ordinuje v zařízení obvodní lékař.

Senior klub:

Centrum sociální péče poskytuje pod záštitou města klub, kde je možnost sdružování občanů důchodového věku za účelem integrace do společnosti a veřejného života. Klub podporuje rozmanité aktivity. Dvořáčková (2012) shrnuje, že „kvalita života seniorů v domovech pro seniory je determinována mnoha objektivními i subjektivními faktory. Úzce souvisí s osobností člověka, životním stylem, prožitými životními událostmi, zdravotním stavem, schopností zvládat zátěžové životní situace apod.“ (p. 97)

c) Senioři žijící doma na Orlickoústecku

Bydlení v rodinném zázemí s možností mobilních sociálních služeb, v případě zdravotních problémů. Na rozdíl od lidí žijících v zařízení mají jedinci žijící doma větší pole působnosti v trávení veškerých aktivit. Nemusí se řídit daným režimem, např. stravování, doprava, denní aktivity apod. Způsob, jakým aktivity tráví, může být velice různorodý. Mohou je provádět organizovaně nebo individuálně, skupinově i jako jednotlivci. Místo bydliště a finanční možnosti jsou vnějšími vlivy, jež do jisté míry určují druh aktivit. Jak bylo již zmíněno

v předchozích kapitolách, kromě těchto vnějších vlivů jsou zásadním způsobem důležité vnitřní vlivy. Rozhodují o tom, zdali jedinec bude, či nebude aktivity podnikat. Kromě stavu fyzické kondice jsou určující psychosociální vztahy a v neposlední řadě vnitřní motivace.

Možnosti aktivizačních činností:

- pohybové aktivity – dle soběstačnosti seniora:
 - individuální zájmové činnosti; zahradničení, domácí práce, jízda na kole, sportovní hry, sezónní sporty, turistika, tramping, plavání, nordic walking, tanec, indoorové pohybové aktivity (různého charakteru, od silových až po rehabilitační a zdravotní cvičení). Zejména u seniorů jsou důležité schopnosti koordinační, jak tvrdí Měkota (2005): „Koordinační schopnosti spoluurčují stupeň využití kondičních schopností a urychlují a zefektivňují proces osvojování nových dovedností. Příznivě ovlivňují již dříve osvojené dovednosti a zabezpečují efektivitu při přeučování dovedností. Ovlivňují estetické pocity, radost a uspokojení z pohybu.“ (in Havel, Hnízdil a kol., 2010)
- společenské aktivity:
 - kulturně-hudební akce (divadla, kina, výstavy, muzea, koncerty, hudební festivaly, poslech hudby s různou tematikou, jarmarky, trhy, lidové oslavy a jiné);
 - vzdělávací a odborné kurzy, přednášky apod.;
 - setkávání se s rodinou, přáteli, v klubech (návštěvy, společné aktivity aj.);
 - rekreační pobyty vnitrostátní a zahraniční (lázeňské, přímořské, horské a další).
- chov domácích zvířat, mazlíčků;
- lékařská péče je řešena individuálně.

**SOCIÁLNÍ A NAVAZUJÍCÍ SLUŽBY PRO CÍLOVOU SKUPINU SENIOŘÍ
POSKYTOVANÉ NA ÚZEMÍ MĚSTA ÚSTÍ NAD ORLICÍ**

<i>Služba</i>	<i>Poskytovatel</i>	<i>Telefon</i>	<i>Web</i>
Domov pro seniory	Domov důchodců Ústí nad Orlicí	774 765 880	www.dduo.cz
Domov se zvláštním režimem	Domov důchodců Ústí nad Orlicí	734 793 446	www.dduo.cz
Odlehčovací služby	Domov důchodců Ústí nad Orlicí	603 566 767	www.dduo.cz
Pečovatelská služba	Centrum sociální péče města Ústí nad Orlicí	728 916 474	www.csp-uo.cz
	Oblastní charita Ústí nad Orlicí	731 402 341	www.uo.charita.cz
Osobní asistence	Oblastní charita Ústí nad Orlicí	734 769 711	www.uo.charita.cz
	Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje,o.p.s.	775 693 985 775 693 983	www.czp.pk.cz
Odborné sociální poradenství	Domov důchodců Ústí nad Orlicí	774 765 880	www.dduo.cz
	Občanská poradna Oblastní charity Ústí nad Orlicí	734 281 415	www.uo.charita.cz
	Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje,o.p.s.	775 693 985 775 693 983	www.czp.pk.cz
Půjčovna kompenzačních pomůcek	Oblastní charita Ústí nad Orlicí	731 402 341	www.uo.charita.cz
	Centrum komplexní péče CZ, s.r.o	724 032 058 724 283 888	www.ckpcz.cz
	Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje,o.p.s.	775 693 985 775 693 983	www.czp.pk.cz
Volnočasové aktivity, klubová činnost	Abraham klub ŘKF v Ústí nad Orlicí	465 523 564	www.farnostuo.cz
	Senior klub města Ústí nad Orlicí	734 398 390	www.csp- uo.cz/poskytovano- sluzby/senior-klub/
	Centrum pro život - OS ČČK Ústí nad Orlicí	775 112 998	www.cckuo.cz
	Klub důchodců Hylváty	728 442 575	x
	Svaz postižených civilizačními chorobami v České republice, z.s.	732 976 667	www.spcch.cz/organizace
Senior doprava	OS ČČK Ústí nad Orlicí	774 412 117	www.cckuo.cz
Domácí hospicová péče	Oblastní charita Ústí nad Orlicí	735 168 871	www.uo.charita.cz
Domácí zdravotní péče	Oblastní charita Ústí nad Orlicí	731 402 340	www.uo.charita.cz
Zdravotně ošetrovatelská činnost	Centrum komplexní péče CZ, s.r.o	724 032 058	www.ckpcz.cz
Dobrovolnictví	Dobrovolnické centrum Světlo	602 150 304	x

Obr. 2 Sociální a navazující služby pro cílovou skupinu seniory poskytované na území města Ústí nad Orlicí

Zdroj: Město Ústí nad Orlicí (2021)

2 Cíle a výzkumné otázky

V diplomové práci se autorka věnuje tématu hodnocení kvality života seniorů a jejich postojů ke stárnutí a stáří. Pro výzkum kvality života lidí v důchodovém věku byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Druhým použitým dotazníkem pro zjištění postojů ke stárnutí a stáří byl zvolen standardizovaný dotazník AAQ. K výzkumnému šetření byla přidána anketa vlastní konstrukce obsahující vstupní údaje o věku, pohlaví, způsobu bydlení, nejvyšším dosaženém vzdělání, rodinném stavu, práci/zaměstnání, místě bydlení, financích, dispozici kola, auta a chaty, chovu zvířete, provozování pohybové aktivity, účasti na společenských akcích, kouření, spokojenosti se svým zdravotním stavem a hodnocení kvality svého života.

Cílem diplomové práce je:

1. zjistit, jak kvalitu svého života hodnotí senioři;
2. zjistit, jaký postoj zaujímají senioři ke stárnutí a stáří.

Na základě představených cílů diplomové práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň kvality života respondentů u celého souboru podle dotazníku WHOQOL-BREF?
2. Ovlivňují vybrané proměnné výsledky kvality života seniorů?
3. Jaké jsou postoje respondentů ke stárnutí a stáří u celého souboru podle dotazníku AAQ?
4. Ovlivňují vybrané proměnné postoje respondentů ke stárnutí a stáří?
5. Existuje vzájemný vztah mezi dotazníky WHOQOL-BREF a AAQ mezi jednotlivými doménami?

3 Metodika

Pro dosažení výsledků výzkumného šetření bylo využito formy kvantitativního typu výzkumu v sociálních zařízeních a domácím prostředí. Byly využity standardizované dotazníky oficiální české verze. Pro zjištění kvality života seniorů v oblastech fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí byl zvolen dotazník WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 (Dragomirecká, 2006). Dále dotazník AAQ (Dragomirecká, 2009) zjišťující postoje ke stárnutí a stáří. Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

3.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor je složen z 81 respondentů a rozdělen do tří skupin. První skupinou jsou senioři žijící v Domově důchodců, druhou skupinou senioři žijící v Centru sociální péče a třetí skupinu tvoří lidé žijící v domácím prostředí. Pro výběr respondentů bylo kritérium věk 65 a více.

Charakteristika výzkumného souboru:

- a) **věk**: rozdělen do 3 skupin dle klasifikace WHO, v první skupině od 65 do 74 let je 34 respondentů (42 %), ve druhé skupině od 75 do 89 let je 36 respondentů (44 %) a ve třetí skupině 90 a více let je 11 respondentů (14 %);
- b) **pohlaví**: mužů je 20 (25 %) a žen je 61 (75 %);
- c) **způsob bydlení**: 25 v Domově důchodců (31 %), 25 v Centru sociální péče (31 %) a 31 žijících v domácím prostředí (38 %);
- d) **nejvyšší dosažené vzdělání**: základní 21 respondentů (26 %), střední bez maturity 38 respondentů (47 %), střední s maturitou 20 respondentů (25 %) a vysokoškolské 2 respondenti (2 %);
- e) **rodinný stav**: svobodný 1 respondent (1 %), ženatý/vdaná nebo s druhem 27 respondentů (33 %), rozvedený/á 13 respondentů (16 %) a vdovec/vdova 40 respondentů (49 %);
- f) **práce/zaměstnání**: už nepracuji, pobírám důchod 75 respondentů (93 %), stále pracuji a k tomu pobírám důchod 5 respondentů (6 %) a zaměstnaný/á na částečný úvazek 1 respondent (1 %);

- g) **místo bydlení:** menší město (1 000 – 29 999 obyvatel) 65 respondentů (80 %) a malá obec / vesnice (méně než 1 000 obyvatel) 16 respondentů (20 %);
- h) **finance:** výrazně/mírně podprůměrné 15 respondentů (19 %), průměrné 60 respondentů (74 %) a mírně/výrazně nadprůměrné 6 respondentů (7 %);
- i) **kolo (dispozice):** ano 15 respondentů (19 %) a ne 66 respondentů (81 %);
- j) **auto (dispozice):** ano 25 respondentů (31 %) a ne 56 respondentů (69 %);
- k) **chata/chalupa (dispozice):** ano 10 respondentů (12 %) a ne 71 respondentů (88 %);
- l) **zvíře:** ano 27 respondentů (33 %) a ne 54 respondentů (67 %);
- m) **provozování pohybové aktivity (PA):** ano 57 respondentů (70 %) a ne 24 respondentů (30 %);
- n) **frekvence provozování pohybové aktivity (PA):**
- 1krát týdně 8 respondentů (10 %);
 - 2krát týdně 15 respondentů (19 %);
 - 3krát týdně 7 respondentů (9 %);
 - 4krát týdně 13 respondentů (16 %);
 - 5krát týdně 14 respondentů (17 %);
 - neprovozuje PA 24 respondentů (30 %).
- o) **účastnění se společenských akcí:** ano 52 respondentů (64 %) a ne 29 respondentů (36 %);
- p) **kouření:** ano 10 respondentů (12 %) a ne 71 respondentů (88 %);
- q) **spokojenost se svým zdravotním stavem:** velmi / spíše spokojený/á 30 respondentů (43 %), ani nespokojený/á – ani spokojený/á 21 respondentů (26 %) a spíše / úplně nespokojený/á 25 respondentů (31 %);
- r) **hodnocení své kvality života:** velmi dobrá / dobrá 64 respondentů (79 %), ani dobrá / ani slabá 14 respondentů (17 %) a slabá / velmi slabá 3 respondentů (4 %).

3.2 Průběh a organizace výzkumu

Výzkumný soubor tvoří tři skupiny. První skupinu představují senioři z Domova důchodců v Ústí nad Orlicí s 25 respondenty. Druhou skupinou jsou senioři žijící v Centru sociální péče v Ústí nad Orlicí s počtem také 25 respondentů. Třetí skupinu reprezentují lidé žijící na Orlickoústecku v domácím prostředí v počtu 31 dotázaných. Po předchozích schůzkách s vedením obou zařízení bylo autorce práce umožněno zahájit výzkumné šetření. Vždy po předchozí domluvě s personálem postupně navštěvovala jednotlivé pokoje. V úvodu samotného šetření respondenti podepisovali informovaný souhlas (Příloha 1). Respondentům byla předložena nejprve anketa vlastní konstrukce (Příloha 2), poté následovaly standardizované dotazníky AAQ (Příloha 3) a WHOQOL-BREF (Příloha 4). Jednotlivým seniorům byly anketa a dotazníky čteny. Jejich odpovědi byly poté zaznamenávány do předem připravených formulářů v tištěné podobě. Lidé žijící v domácím prostředí byli osloveni na základě doporučení příbuzných a přátel autorky práce, kteří pocházejí z různých částí Orlickoústecka. Jednotlivé schůzky byly domlouvány telefonicky nebo osobně. Forma vyplnění dotazníku probíhala stejným způsobem jako v zařízeních, kde autorka odpovědi zaznamenávala osobně. Někteří dotazovaní si vyplnili výzkumná šetření sami a pak byla tato předána autorce práce. Vyplněné údaje z dotazníků v papírové podobě byly prohlédnuty, rozděleny a digitalizovány za pomoci programu Microsoft Office Excel 2016. Následovalo zaslání ke statistickému zpracování.

3.3 Použité metody

V diplomové práci byla pro výzkum použita metoda dotazníkového šetření. Česká verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF byla využita pro zjišťování kvality života seniorů a česká verze standardizovaného dotazníku AAQ pro mapování postojů seniorů ke stárnutí a stáří v různých oblastech jejich života.

3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků

3.4.1 Dotazník WHOQOL-BREF

Standardizovaný dotazník World Health Organization Quality of Life Assessment, zkráceně WHOQOL-BREF, je upravenou verzí dotazníku WHOQOL-100, který pomáhá v klinické praxi. Dotazník zahrnuje 24 otázek, které obsahují čtyři domény: fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2), sociální vztahy (DOM3) a prostředí (DOM4). Dále obsahuje dvě samostatné otázky zabývající se celkovou kvalitou života a spokojeností se zdravím. Podrobněji otázky popisuje níže uvedená tabulka 1. Hrubý rozsah u domén je od 4 (min.) do 20 (max.). Lepší kvalita života vykazuje vyšší hodnoty v doménách. Způsob vyplňování dotazníku je buď osobní, nebo zástupný. Vyplnění respondentem trvá 5–10 minut, zástupná forma rozhovorem může trvat až 20 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Tabulka 1. Přehled domén a položek dotazníku WHOQOL-BREF

DOMÉNY		POLOŽKY
Fyzické zdraví	q 3	bolest a nepříjemné pocity
	q 4	závislost na lékařské péči
	q 10	energie a únava
	q 15	pohyblivost
	q 16	spánek
	q 17	každodenní činnosti
Prožívání	q 18	pracovní výkonnost
	q 5	potěšení ze života
	q 6	smysl života
	q 7	soustředění
	q 11	přijetí tělesného vzhledu
	q 19	spokojenost se sebou
	q 26	negativní pocity

Sociální vztahy	q 20	osobní vztahy
	q 21	sexuální život
	q 22	podpora přátel
Prostředí	q 8	osobní bezpečí
	q 9	životní prostředí
	q 12	finanční situace
	q 13	přístup k informacím
	q 14	záliby
	q 23	prostředí v okolí bydliště
	q 24	dostupnost zdravotní péče
	q 25	doprava
2 samostatné položky	Q 1	kvalita života
	Q 2	spokojenost se zdravím

Zdroj: Dragomirecká & Bartoňová (2006)

3.4.2 Dotazník AAQ

Standardizovaný dotazník Attitudes Toward Aging Questionnaire, zkráceně AAQ, posuzuje postoje ke stárnutí a stáří. Dotazník pojímá 24 otázek se třemi doménami. Doména psychosociální ztráty (PSZTRAT) zahrnuje prožívání sociálního vyloučení, samoty, uzavření se a postupné fyzické ztráty soběstačnosti. Doména fyzické změny (FYZZMEN) se vztahuje na fyzické zdraví, cvičení, kondici a celkové reflexe stárnutí. Doména psychologický růst (PRUST) vyjadřuje zkušenosti kladného charakteru označované jako „moudrost“ či „zralost“, které se dotýkají zejména pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Níže uvedená Tabulka 2 domény popisuje podrobněji. Hrubý rozsah u domén je od 8 (min.) do 40 (max.). Čím více se dotazovaný ztotožňuje s otázkami v daných doménách, tím vyšší je hodnota na stupnici.

Tabulka 2. Přehled dimenzí a položek dotazníku AAQ

DOMÉNY		POLOŽKY
Psychosociální ztráty	aaq 7	stáří je čas samoty
	aaq 10	stáří je čas depresí
	aaq 14	je obtížné hovořit o pocitech
	aaq 17	stáří je období ztrát
	aaq 21	ztráta fyzické soběstačnosti
	aaq 24	je obtížné najít si přátele
	aaq 32	nejsem začleněný do společnosti
Fyzické změny	aaq 34	cítím se vyřazený
	aaq 12	cvičení je důležité
	aaq 13	stárnutí je snazší
	aaq 16	necítím se starý
	aaq 10	identita je dána věkem
	aaq 20	mám dost energie
	aaq 22	fyzické problémy mě neomezují
	aaq 36	zdravotní stav je dobrý
	aaq 37	udržuji se aktivní
	aaq 30	můj život má význam
aaq 33	příklad mladým lidem	
Psychologický růst	aaq 2	lepší vyrovnání se životem
	aaq 4	je výsadou dožít se vyššího věku
	aaq 8	moudrost přichází s věkem
	aaq 9	stáří přináší příjemné věci
	aaq 15	jsem vůči sobě tolerantnější
	aaq 25	předávání zkušeností

	aaq 30	můj život má význam
	aaq 33	příklad mladým lidem

Zdroj: Dragomirecká & Prajsová (2009)

3.4.3 Anketa vlastní konstrukce

Anketa vlastní konstrukce (Příloha 2) je základním výzkumným šetřením informujícím o respondentech výzkumného souboru. Obsahuje následující proměnné: věk, pohlaví, způsob bydlení, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, práce/zaměstnání, místo bydlení, finanční situace, možnost užívání kola, auta, chaty/chalupy, vlastnění zvířete, provozování pohybových aktivit, frekvence pohybových aktivit, účast na společenských akcích, frekvence účasti na společenských akcích, kouření, stupeň spokojenosti zdravotního stavu a stupeň hodnocení kvality svého života. Z této ankety jsou vybrány proměnné, u kterých je zjišťována existence vlivu na výsledky šetření na základě dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ.

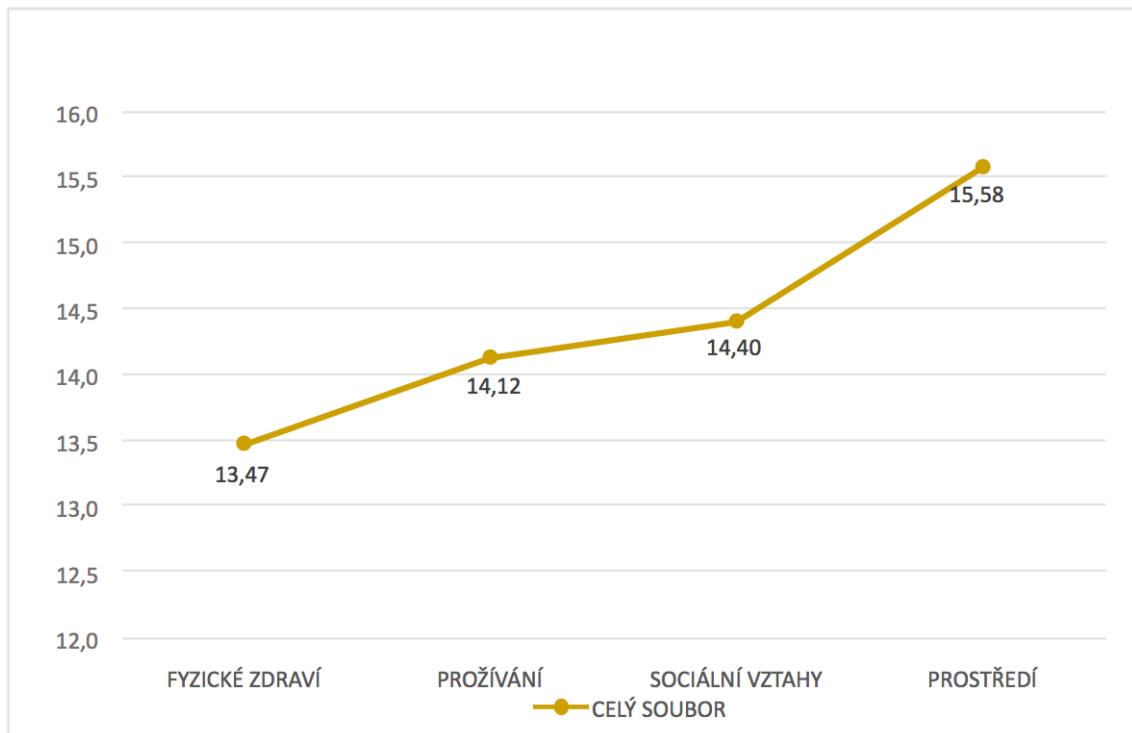
3.5 Statistické zpracování dat

Všechna shromážděná data byla převedena do elektronické podoby v programu Microsoft Office Excel 2016. Tato data byla zpracována RNDr. Milanem Elfmarkem z katedry přírodních věd v kinantropologii FTK UP v Olomouci, který je upravil ve statistickém programu Statistica. Pro určení statistické významnosti byl použit Mann-Whitneyův U test a Kruskal-Wallisův ANOVA test ($p \leq 0,05$). Po získání těchto dat byla opět vytvořena tabulka v Microsoft Office Excel 2016 a následně byla data použita do diplomové práce ke zjištění závislosti jednotlivých domén s jednotlivými proměnnými z dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ. K dalšímu porovnání jednotlivých domén obou dotazníků byla použita Spearmanova korelace ($p \leq 0,05$).

4 Výsledky

4.1 Kvalita života respondentů u celého souboru dle dotazníku WHOQOL-BREF

Graf 1. Hodnocení kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF u celého souboru

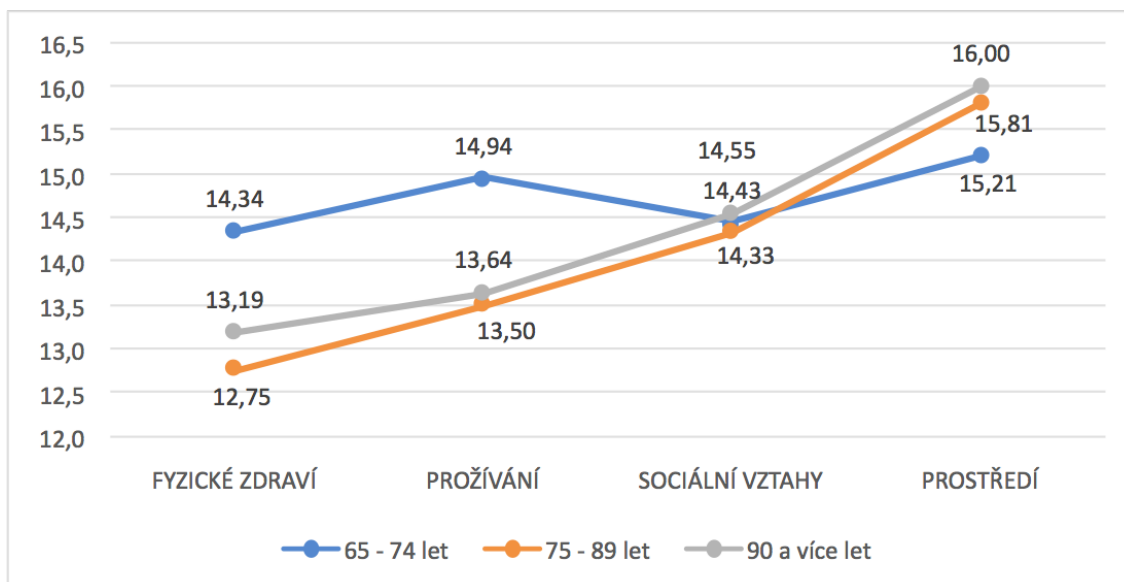


Graf 1 zde ukazuje, že respondenti mají nejvyšší kvalitu života v doméně s označením prostředí (15,58) a nejnižší ve fyzickém zdraví (13,47). Ve výzkumném šetření byli zahrnuti dotázaní, kteří žijí doma nebo v některém ze zařízení. Celkem bylo 81 respondentů.

4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života seniorů dle WHOQOL-BREF

a) Ovlivňuje věk výsledky kvality života seniorů?

Graf 2. Hodnocení kvality života seniorů podle věku



Z dotazovaných seniorů byly vytvořeny tři skupiny, které byly rozděleny podle věku. V tomto grafu (Graf 2) podle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ($p < 0,05$) v doméně 1 fyzického zdraví a v doméně 2 prožívání na hladině významnosti ($p < 0,05$) mezi seniory 65–74 let a respondenty ve věkové kategorii 75–89 let. Nejvyšší hodnoty nabízí doména prostředí seniorů 90 a více let (16,00). Jako velmi zajímavé se ukázalo, že v sociálních vztazích došlo ke kumulaci bodů, v doméně prostředí skóre také nemá velký rozdíl. Výrazně se mění hodnocení fyzického zdraví a prožívání, kdy senioři 75–89 let, mají podobný vývoj jako senioři 90 a více let. Respondenti v kategorii 65–74 let jsou výrazně nad nimi.

Tabulka 3. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 1

Nezávislá (grupovací) proměnná: věk

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 6,821422$ $p = 0,0330$

DOM 1	65–74 let R: 50,118	75–89 let R: 34,722	90 a více let R: 33,364
65–74 let		0,036942	0,357862
75–89 let	0,036942		1,00000
90 a více let	0,357862	1,00000	

Tabulka 4. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 2

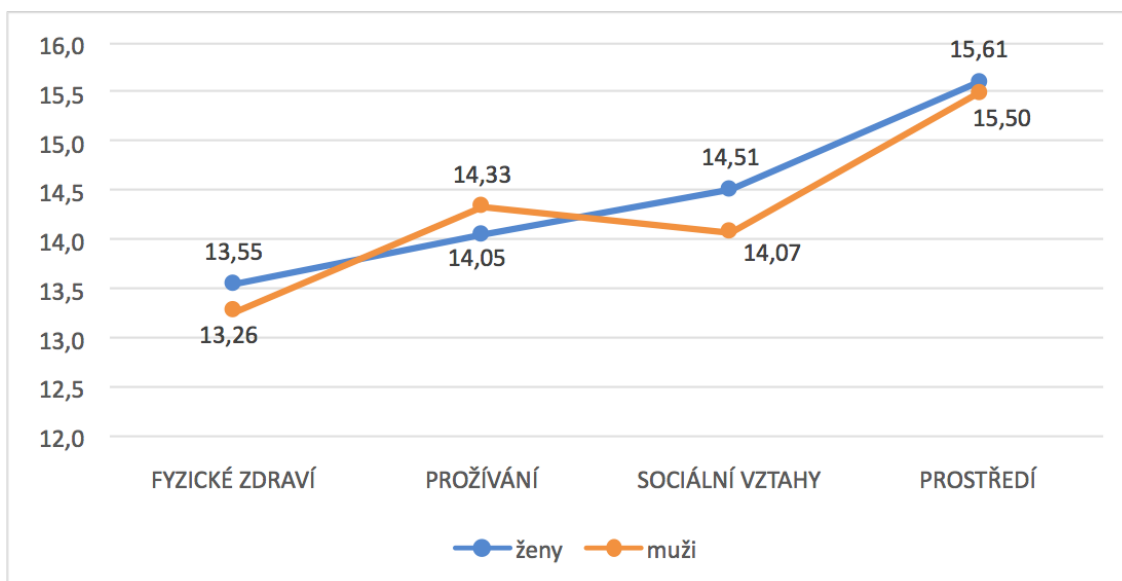
Nezávislá (grupovací) proměnná: způsob bydlení

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 14,41193$ $p = 0,0007$

DOM 2	65–74 let R: 50,118	75–89 let R: 34,722	90 a více let R: 33,364
65–74 let		0,018636	0,120217
75–89 let	0,018636		1,00000
90 a více let	0,120217	1,00000	

b) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života seniorů?

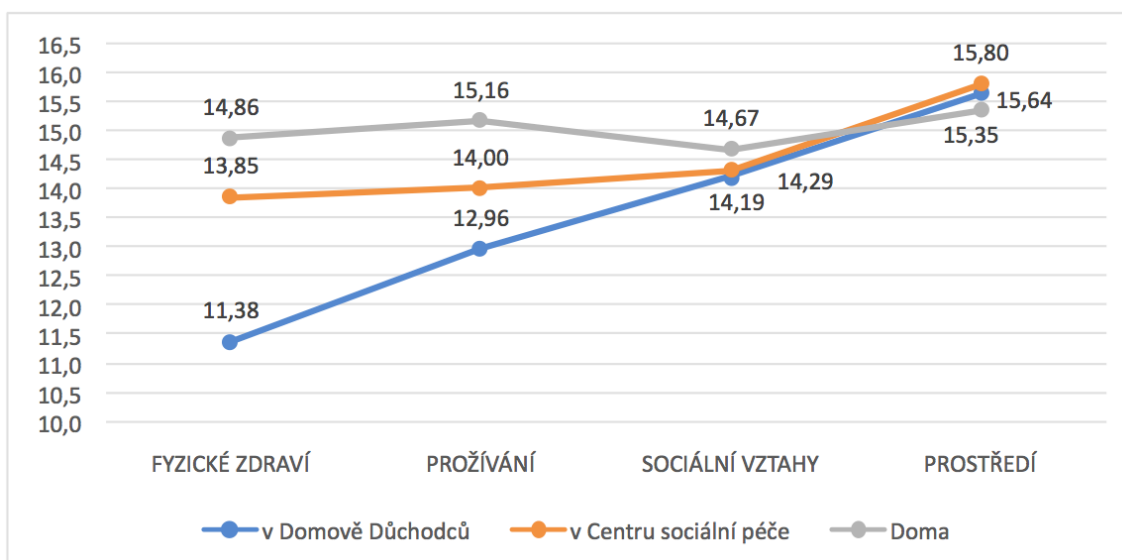
Graf 3. Hodnocení kvality života seniorů podle pohlaví



Podle Mann-Whitney U testu, nebyla v našem souboru nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$), která by poukazovala na rozdíly v hodnocení kvality života podle pohlaví. Muži byli v počtu ($n = 20$) a ženy v počtu ($n = 61$) respondentů. Nejvyšší skóre bylo naměřeno v doméně prostředí u žen a nejnižší v doméně fyzické zdraví u mužů. Blíže je výsledek znázorněn v Grafu 3.

c) Ovlivňuje způsob bydlení výsledky kvality života seniorů?

Graf 4. Hodnocení kvality života seniorů podle způsobu bydlení



V našem souboru byla nalezena statistická významnost, podle Kruskal-Wallis ANOVA testu ($p \leq 0,05$), která poukazuje na větší významnost v hodnocení kvality života seniorů podle způsobu bydlení. Zde se projevuje rozdíl mezi lidmi žijícími doma a lidmi žijícími v některém ze zařízení. Nejnižší skóre bylo naměřeno v doméně fyzického zdraví u seniorů žijících v Domově důchodců (11,38). V této doméně naopak graf ukazuje vyšší skóre u lidí žijících doma (14,86) a lidé žijící v Centru sociální péče se více blíží k seniorům žijícím doma. Doména prožívání také zaznamenává významnější rozdíly mezi způsoby bydlení seniorů. Lidé žijící doma mají skóre (15,16), nižší, senioři žijící v CSP (14,00) a senioři žijící v Domově důchodců mají nejnižší skóre (12,96). V doméně sociální vztahy není velký rozdíl ve skóre jednotlivých skupin seniorů. V doméně prostředí jsou hodnoty také blízko u sebe (Graf 4).

Tabulka 5. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 1

Nezávislá (grupovací) proměnná: způsob bydlení
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 27,58127$ $p = 0,0000$

DOM 1	1 R: 28,160	2 R: 40,200	3 R: 52,000
1		0,002576	0,000001
2	0,002576		0,278996
3	0,000001	0,278996	

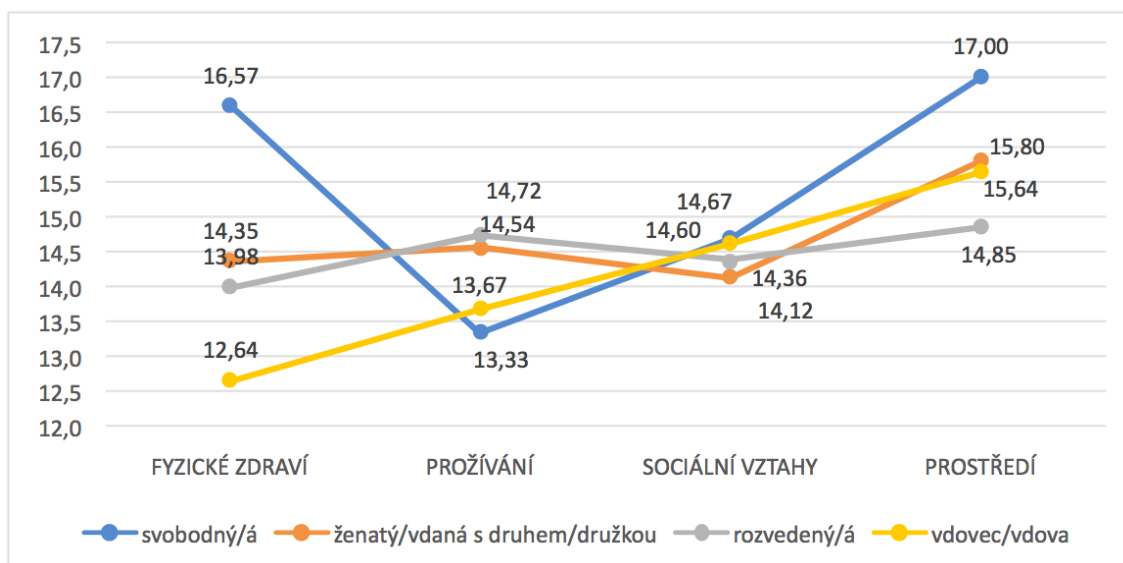
Tabulka 6. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 2

Nezávislá (grupovací) proměnná: způsob bydlení
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 14,41193$ $p = 0,0007$

DOM 2	1 R: 28,160	2 R: 40,200	3 R: 52,000
1		0,211190	0,000490
2	0,211190		0,186181
3	0,000490	0,186181	

d) Ovlivňuje rodinný stav výsledky kvality života seniorů?

Graf 5. Hodnocení kvality života seniorů podle rodinného stavu



Na základě hodnocení kvality života seniorů podle rodinného stavu byly vytvořeny čtyři skupiny dotázaných. 1 – svobodný/á (1 respondent), 2 – ženatý/vdaná nebo s druhem/družkou (27 respondentů), 3 – rozvedený/á (13 respondentů), 4 – vdovec/vdova (40 respondentů). Podle Kruskal-Wallis ANOVA testu je statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doméně 1 fyzického zdraví, svobodný/á (16,57) a nejnižší u vdovec/vdova (12,64). Ženatý/vdaná, s druhem/družkou (14,35) a rozvedený/á (14,35) se nacházejí asi uprostřed hodnot. Ke kumulaci bodů dochází v sociálních vztazích. V doméně prostředí se opět křivky rozbíhají, kdy svobodný/á má scóre (17,00) a rozvedený/á (14,85), další ze skupiny jsou uprostřed. Podle počtů dotázaných v ostatních skupinách, svobodný/á, v zastoupení jediného člověka způsobil statistickou významnost a jeho křivka je nejdramatičtější (Graf 5).

Tabulka 7. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 1

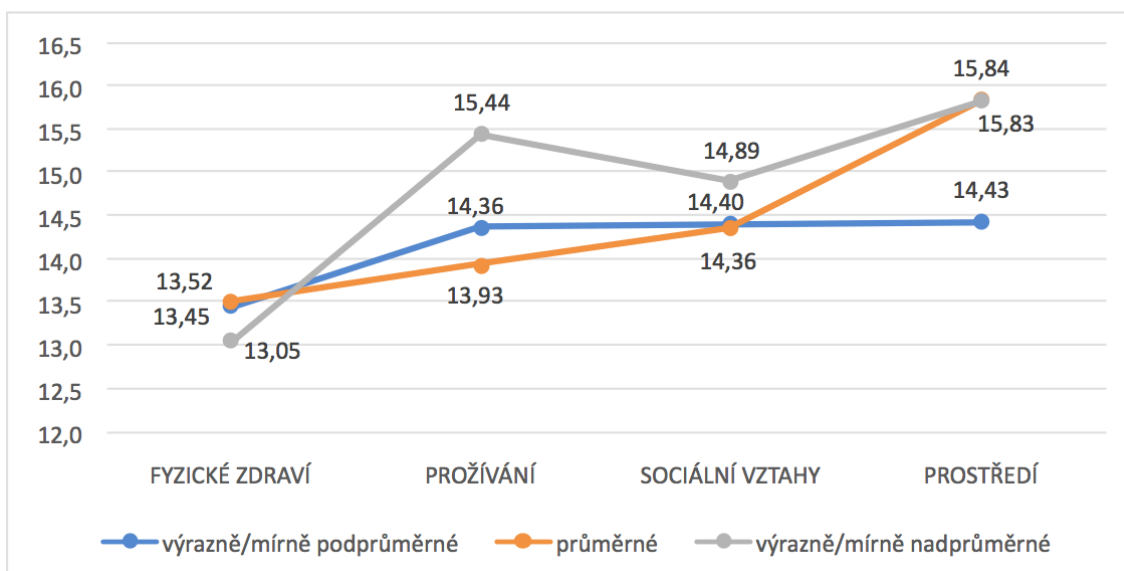
Nezávislá (grupovací) proměnná: rod. stav

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 8,774642$ $p = 0,0124$

DOM 1	1 R: 49,130	2 R: 45,962	3 R: 39,900
1		1,000000	0,015139
2	0,746172		0,234917
3	0,015139	0,234917	

e) Ovlivňují finance výsledky kvality života seniorů?

Graf 6. Hodnocení kvality života seniorů podle financí



Podle Kruskal-Wallis ANOVA testu byla v hodnocení kvality života seniorů podle financí statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doméně 4 prostředí. Toto skóre činní významný rozdíl mezi seniory, kteří mají výrazně/mírně nadprůměrný (15,84) a průměrný finanční zdroj (15,83), a respondenty s výrazně/mírně podprůměrnými zdroji financí (14,43). Sociální vztahy a fyzické zdraví je hodnotově rozdílné, ale respondenti s výrazně/mírně podprůměrnými a průměrnými finančními zdroji činí nepatrné rozdíly oproti výrazně/mírně nadprůměrným (15,44) v doméně prožívání. Nejnižší skóre (13,05) vykazují v doméně fyzické zdraví lidé s výrazně/mírně nadprůměrnými finančními zdroji. Výše uvedené je podrobněji zaznamenáno v Grafu 6.

Tabulka 8. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 4

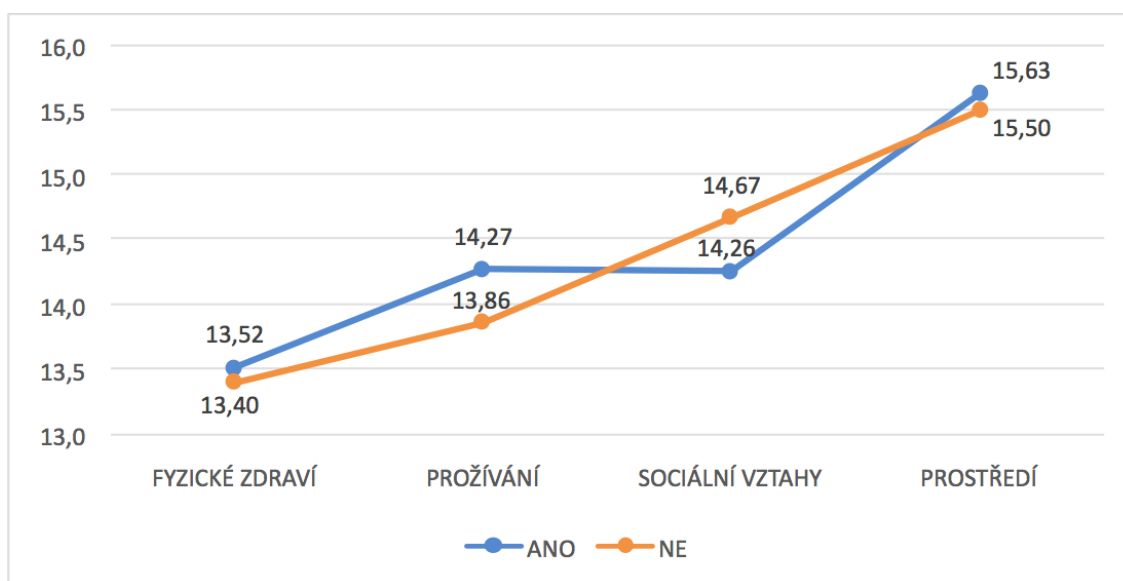
Nezávislá (grupovací) proměnná: finance

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 7,013440$ $p = 0,3000$

DOM 4	1 R: 26,633	2 R: 44,442	3 R: 42,500
1		0,026214	0,487989
2	0,026214		1,000000
3	0,487989	1,000000	

f) Ovlivňuje cvičení (provozování pohybových aktivit) výsledky kvality života seniorů?

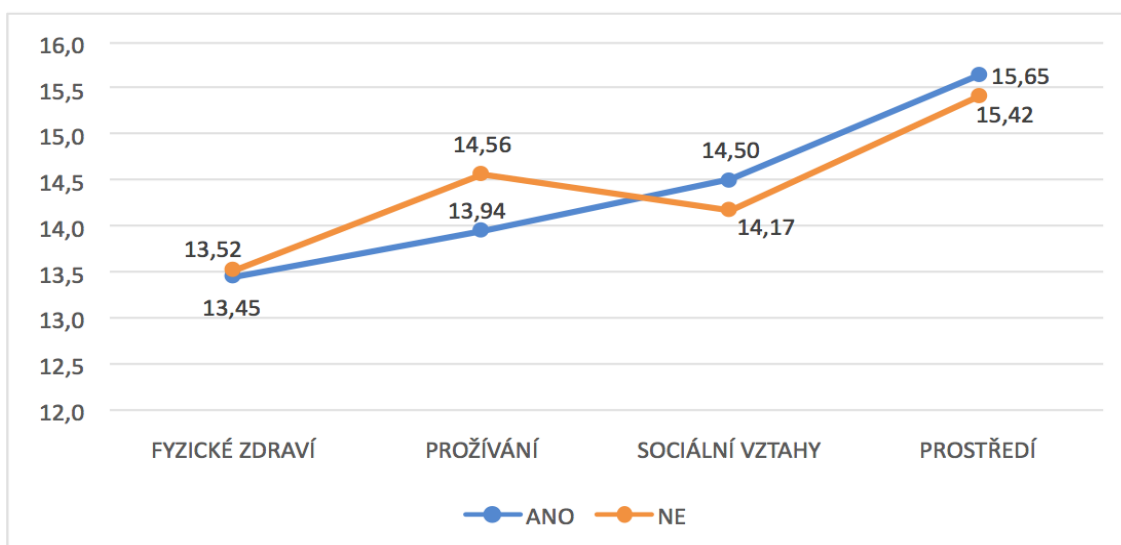
Graf 7. Hodnocení kvality života seniorů podle cvičení



Podle Mann-Whitneyova U Testu nebyla nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné z domén. Tento výzkumný soubor zjistil, že nemá vliv, zda jsou respondenti pohybově aktivní, či nikoliv. Nejvyšší bod byl zjištěn u možnosti „ano“ (15,63) v doméně prostředí, možnost „ne“ (15,50). Nejnižší bod je u možnosti „ne“ (13,40) v doméně fyzické zdraví, „ano“ má hodnotu (13,52) (Graf 7).

g) Ovlivňují společenské akce výsledky kvality života seniorů?

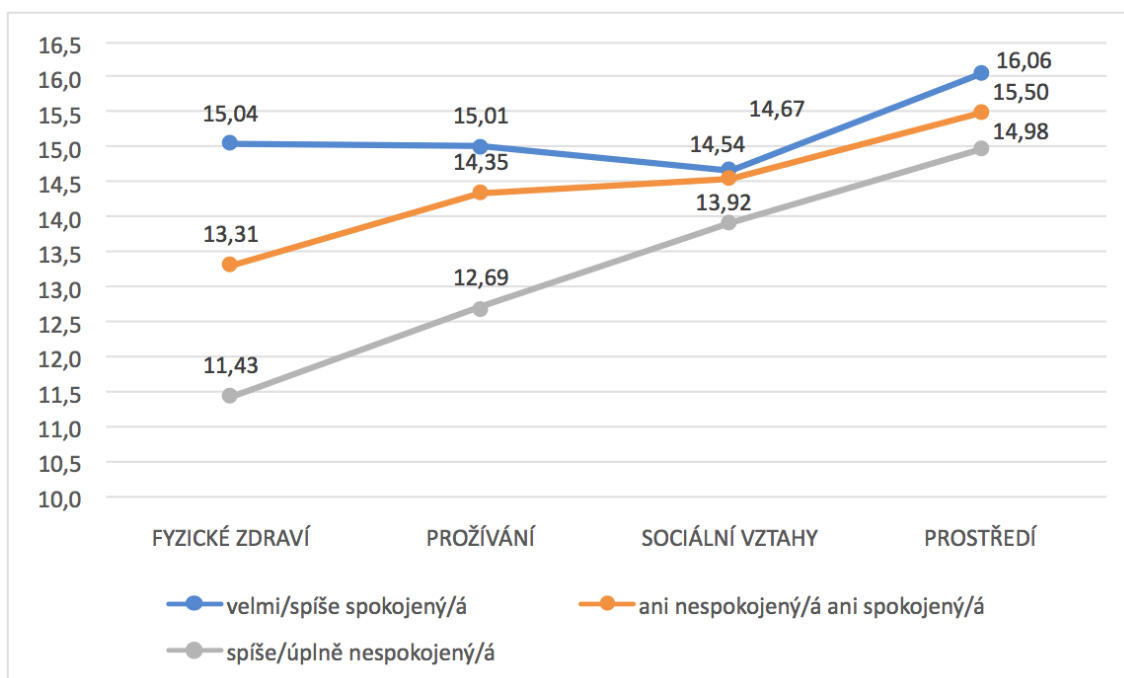
Graf 8. Hodnocení kvality života seniorů podle společenských akcí



Další proměnná podle Mann-Whitneyho U testu ($p \leq 0,05$), kde nebyla nalezena statistická významnost v hodnocení kvality života seniorů. Nejvyšší bod byl zjištěn u možnosti „ano“ (15,65) v doméně prostředí, možnost „ne“ (15,42). Nejnižší bod je u možnosti „ano“ (13,45) v doméně fyzické zdraví, „ne“ má hodnotu (13,52). V doméně prožívání je „ne“ hodnota vyšší než hodnota „ano“ (Graf 8).

h) Ovlivňuje spokojenost zdravotního stavu výsledky kvality života seniorů?

Graf 9. Hodnocení kvality života seniorů podle zdravotního stavu



Hodnocení kvality života seniorů podle zdravotního stavu je velmi subjektivní vyjádření, které záleží na mnoha faktorech. Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ($p < 0,05$) v doménách fyzické zdraví, prožívání a prostředí mezi skupinami *velmi / spíše spokojený* a *spíše / úplně nespokojený*. Nejnižší bod v doméně fyzické zdraví je *spíše/úplně nespokojený/á* (11,43) oproti *velmi / spíše spokojený/á* (15,04). *Ani nespokojený/á ani spokojený/á*, se nachází uprostřed. V doméně prostředí také byla nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$), kdy *velmi / spíše spokojený/á* má skóre (16,06), *spíše/úplně nespokojený/á* (14,98). *Ani nespokojený/á ani spokojený/á* se nachází opět uprostřed. Doména prožívání sleduje trend domény fyzického zdraví s mírnými odchylkami (Graf 9).

Pozn:

- Velmi / spíše spokojený/á (n = 35) respondentů;
- Ani nespokojený/á ani spokojený/á (n = 21) respondentů;
- Spíše / úplně nespokojený/á (n = 25) respondentů.

Tabulka 9. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 1

Nezávislá (grupovací) proměnná: *zdrav. stav*

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 29,43554$ $p = 0,0000$

DOM 1	1 R: 55,329	2 R: 39,667	3 R: 22,060
1		0,047626	0,000000
2	0,047626		0,034390
3	0,000000	0,034390	

Tabulka 10. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 2

Nezávislá (grupovací) proměnná: *zdrav. stav*

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 14,17253$ $p = 0,0008$

DOM 2	1 R: 50,500	2 R: 41,310	3 R: 27,440
1		0,470998	0,000545
2	0,470998		0,139243
3	0,000545	0,139243	

Tabulka 11. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 4

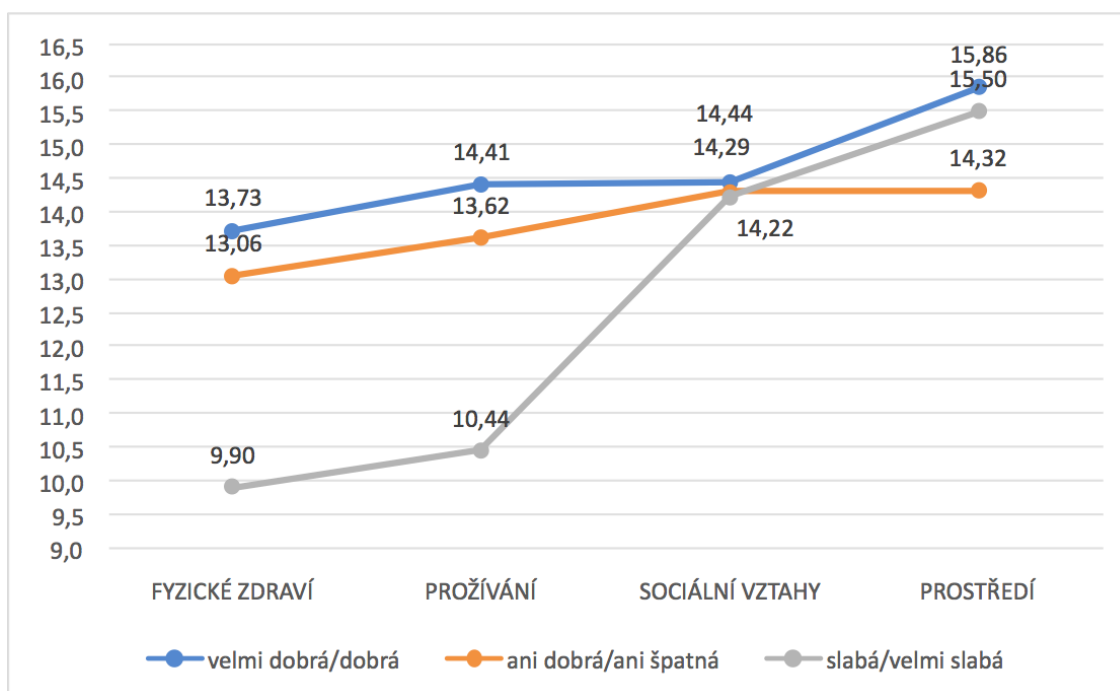
Nezávislá (grupovací) proměnná: *zdrav. stav*

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 7,242848$ $p = 0,0267$

DOM 4	1 R: 48,014	2 R: 40,524	3 R: 31,580
1		0,746172	0,022919
2	0,746172		0,597117
3	0,022919	0,597117	

i) Ovlivňuje subjektivní vyjádření spokojenosti s kvalitou života výsledky kvality života seniorů?

Graf 10. Hodnocení kvality života podle subjektivního vyjádření kvality života seniorů



Respondenti se vyjádřili subjektivně k vlastní kvalitě života, v tomto souboru byla nalezena statistická významnost podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu ($p \leq 0,05$) v prožívání a prostředí. V doméně prožívání má nejvyšší skóre *velmi dobrá / dobrá* (14,41) a nejnižší je (10,44) u *slabá / velmi slabá*. *Ani dobrá ani špatná* se více blíží k hodnotám *velmi dobrá / dobrá* (13,62). Fyzické zdraví tento trend sleduje. V doméně sociální vztahy se jednotlivé body kumulují. V doméně prostředí má nejvyšší hodnotu opět *velmi dobrá / dobrá* (15,86), pod ní se nachází *slabá / velmi slabá* (15,50). *Ani dobrá ani špatná* má skóre (14,32) (Graf 10).

Pozn:

- Velmi dobrá / dobrá (n = 64) respondentů;
- Ani dobrá / ani špatná (n = 14) respondentů;
- Slabá / velmi slabá (n = 3) respondenti.

Tabulka 12. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 2

Nezávislá (grupovací) proměnná: kval. života

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 9,085468$ $p = 0,0106$

DOM 2	1 R: 42,344	2 R: 41,714	3 R: 9,0000
1		0,360692	0,021290
2	0,360692		0,225614
3	0,021290	0,225614	

Tabulka 13. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); DOM 4

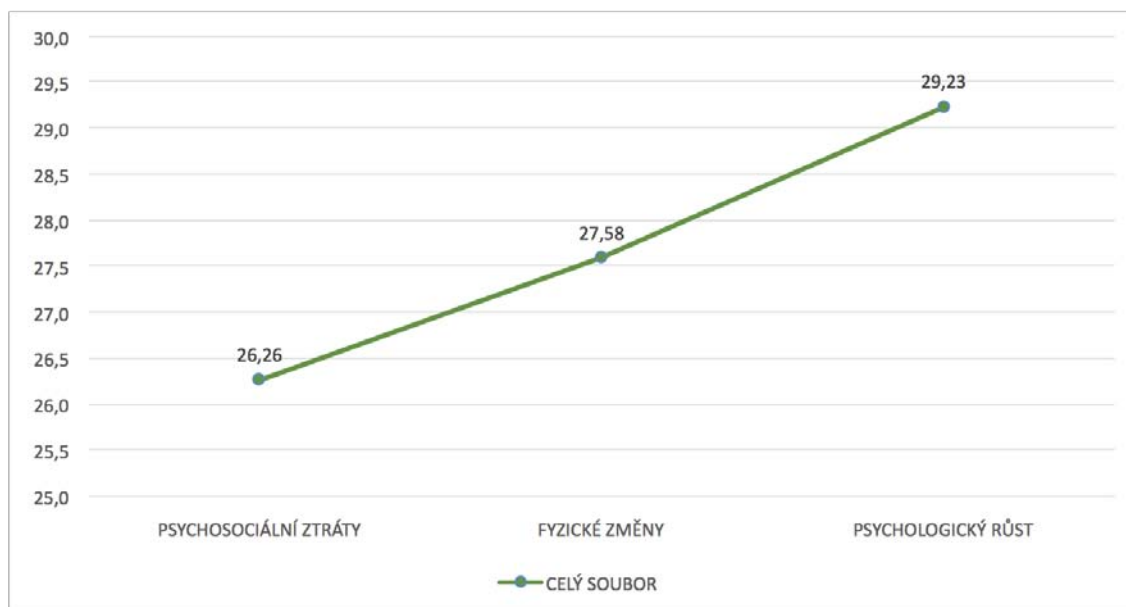
Nezávislá (grupovací) proměnná: kval. života

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 11,31278$ $p = 0,0035$

DOM 4	1 R: 42,344	2 R: 41,714	3 R: 9,0000
1		0,002660	1,00000
2	0,002660		0,953430
3	1,00000	0,953430	

4.3 Postoje respondentů ke stárnutí a stáří u celého souboru podle dotazníku AAQ

Graf 11. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří respondentů dle AAQ u celého souboru

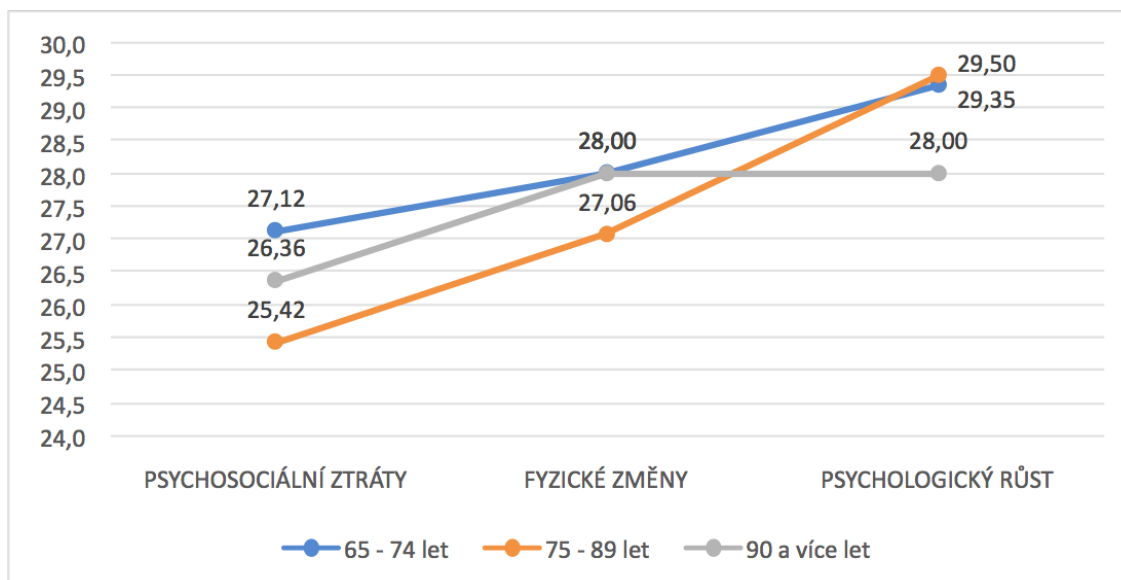


Graf 11 zde ukazuje, že respondenti zauímají nejvyšší postoje v doméně psychologický růst (29,23), ať se jedná o lidi žijící doma, či o seniory žijící v některém ze zařízení. Lidé jsou se sebou celkem spokojeni a prožívají příchod stáří otevřeně s nadhledem a s jakousi „moudrostí“ stáří. Nejnižší hodnoty byly naměřeny v psychosociálních ztrátách (26,26). V této doméně se projevuje vyrovnání se s úbytkem fyzických sil, pomalou sociální vyloučeností a se samotou.

4.4 Vybrané proměnné a jejich vliv na postoje ke stárnutí a stáří respondentů dle AAQ

a) Ovlivňuje věk postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

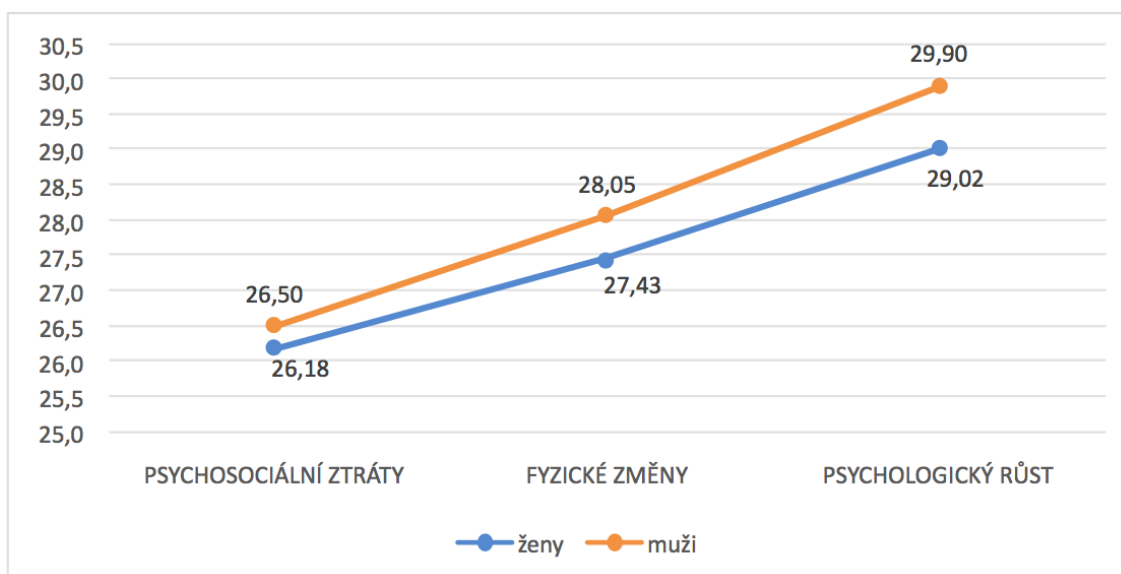
Graf 12. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle věku



Podle Mann-Whitneyova U Testu nebyla nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné z domén. Nejnižší hodnota (25,42) u domény psychosociální ztráty patří seniorům ve věkové kategorii 75–89 let. Lidé 65–74 let v této doméně mají skóre (27,12). Doména psychologický růst má nejvyšší hodnotu (29,50) a nejnižší (28,00), a to v kategorii seniorů 90 a více let (Graf 12).

b) Ovlivňuje pohlaví postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

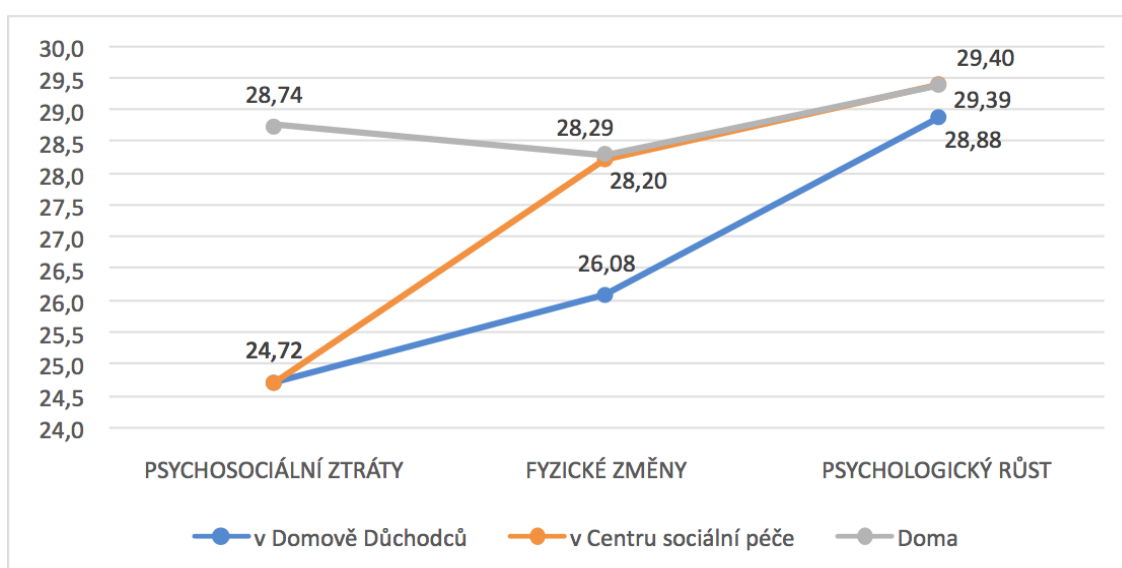
Graf 13. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle pohlaví



Podle Mann-Whitneyho U testu nebyl ve zkoumaném souboru nalezen statisticky významný rozdíl ($p \leq 0,05$), který by poukazoval na větší významnost v hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle pohlaví. Muži byli zastoupeni ($n = 20$) a ženy ($n = 61$). Nejvyšší skóre bylo naměřeno v doméně psychologický růst u mužů (29,90) a nejnižší v doméně psychosociálních ztrát u žen (26,18) (Graf 13).

c) Ovlivňuje způsob bydlení postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

Graf 14. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle způsobu bydlení



Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byl ve zkoumaném souboru nalezen statisticky významný rozdíl ($p \leq 0,05$). Zde se projevuje rozdíl mezi lidmi žijícími doma a lidmi žijícími v některém ze zařízení. Lidé žijící doma zaznamenávají úbytek sil a určitou izolovanost, ale také se s tím lépe vyrovnávají a přijímají to. Doména psychosociálních ztrát jasně vykazuje rozdíly (24,72) u lidí žijících v zařízeních. Seniori žijící doma ale naopak na své křivce mají naměřenou druhou nejvyšší hodnotu (28,74). Nejvyšší skóre bylo naměřeno v doméně psychologický růst, kdy křivky zařízení Centra sociální péče a doma žijících seniorů jsou velmi podobné. Doména fyzické změny vykazuje podobné hodnoty (28,29) a (28,20) u seniorů žijících doma a v Centru sociální péče. Skóre seniorů žijících v Domově důchodů je (26,08). Tato doména je také statisticky výrazná (Graf 14).

Tabulka 14. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); PSZTRAT

Nezávislá (grupovací) proměnná: způsob bydlení

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 17,20532$ $p = 0,0002$

PSZTRAT	1 R: 28,160	2 R: 40,200	3 R: 52,000
1		1,000000	0,001173
2	1,000000		0,001471
3	0,001173	0,001471	

Tabulka 15. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); FYZZMEN

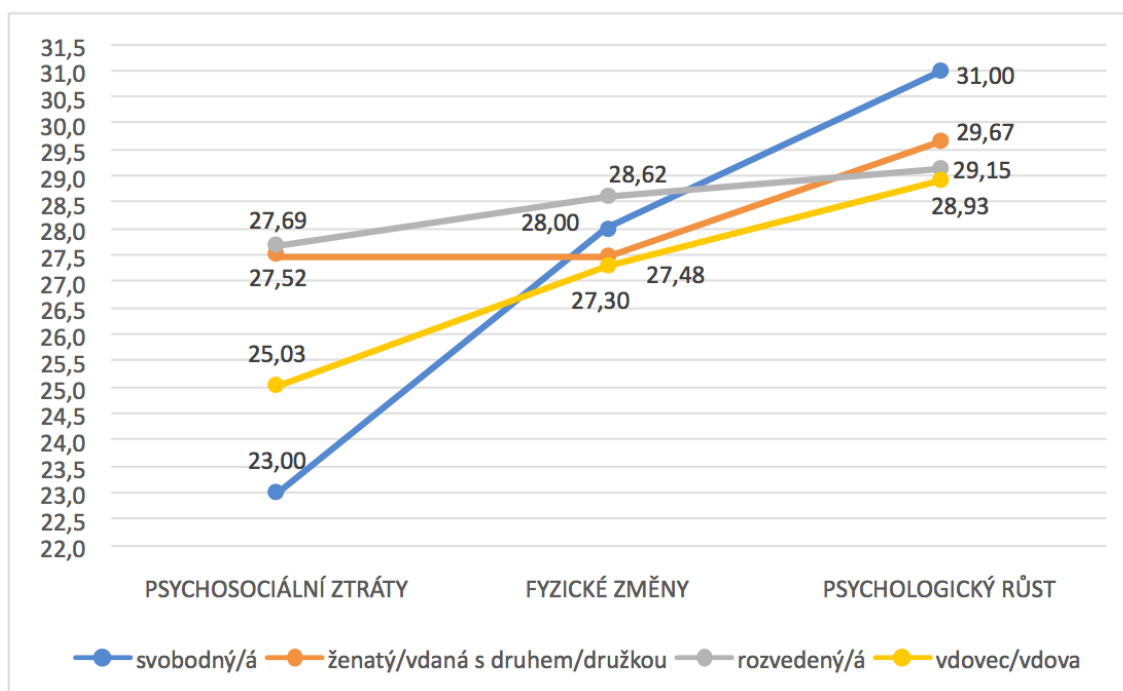
Nezávislá (grupovací) proměnná: způsob bydlení

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 8,060383$ $p = 0,0178$

FYZZMEN	1 R: 30,000	2 R: 45,080	3 R: 46,581
1		0,070318	0,000490
2	0,070318		1,00000
3	0,000490	1,00000	

d) Ovlivňuje rodinný stav postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

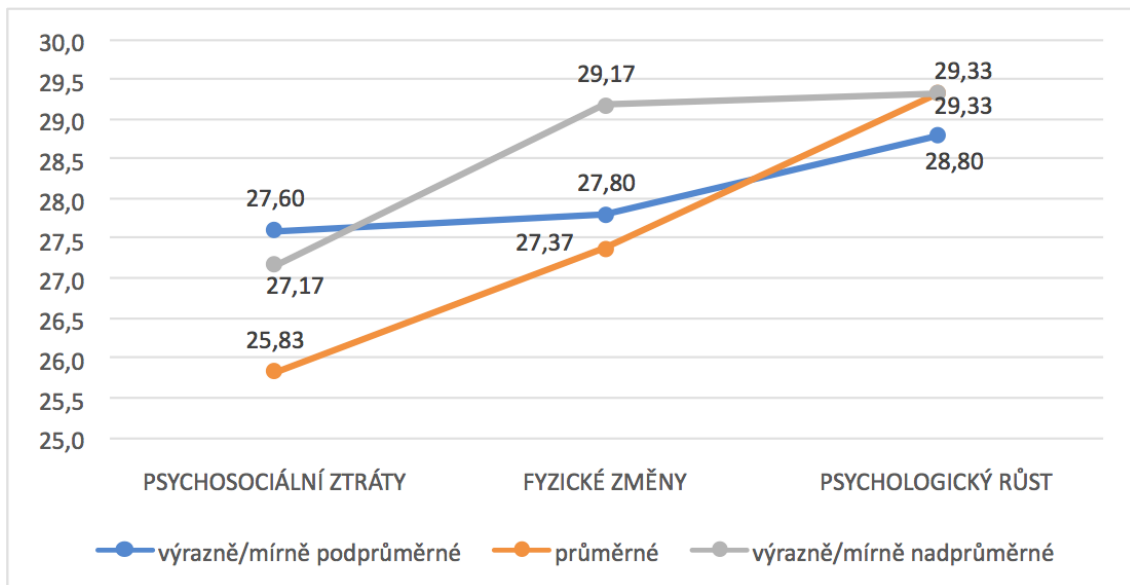
Graf 15. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle rodinného stavu



Hodnocení na základě dělení seniorů do čtyř skupin podle rodinného stavu. U grafu 15, který je hodnocen podle Kruskal-Wallis ANOVA testu, jsou statisticky nevýznamné rozdíly ($p \leq 0,05$) ve všech zkoumaných doménách. Nejvyšší skóre (31,00) v psychologickém růstu a nejnižší skóre (23,00) v psychosociálních ztrátách bylo zaznamenáno u svobodný/á. Fyzické změny nevykazují větší rozdíly mezi skupinami. Psychosociální ztráty mají nejlepší skóre (27,69) u rozvedený/á.

e) Ovlivňují finance postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

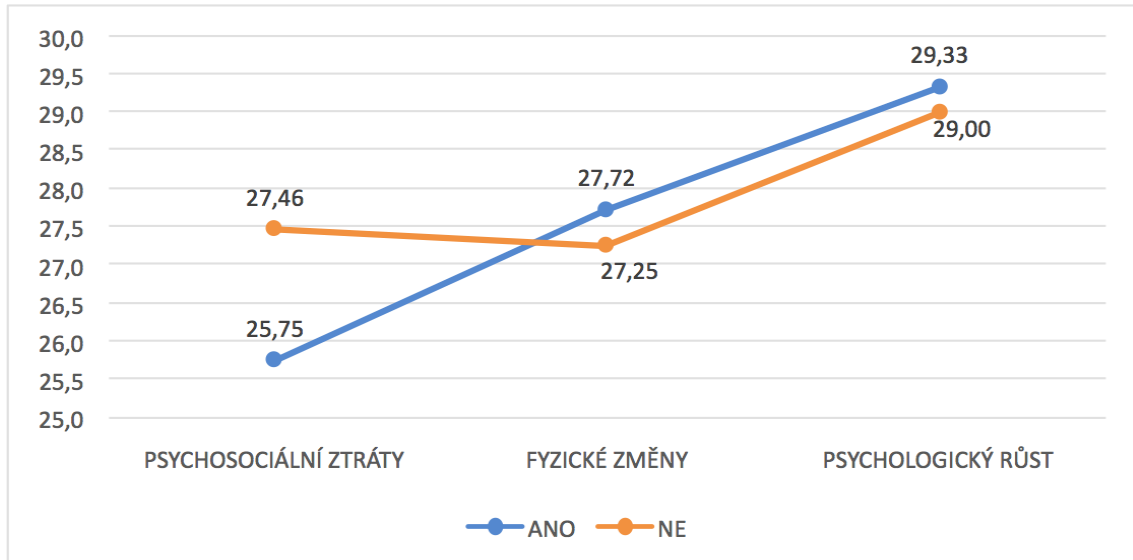
Graf 16. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle financí



U grafu 16, který hodnotíme podle Kruskal-Wallis ANOVA testu, je statisticky nevýznamný rozdíl ($p < 0,05$). Nejvyšší hodnoty nabízí doména psychologický růst, kde se lidé s průměrným finančním zdrojem (29,33) a výrazně / mírně nadprůměrnými finančními zdroji (29,33) shodují v hodnotách. Nejnižší skóre (25,83) vykazuje doména psychosociální ztráty.

f) Ovlivňuje cvičení (provozování pohybových aktivit) postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

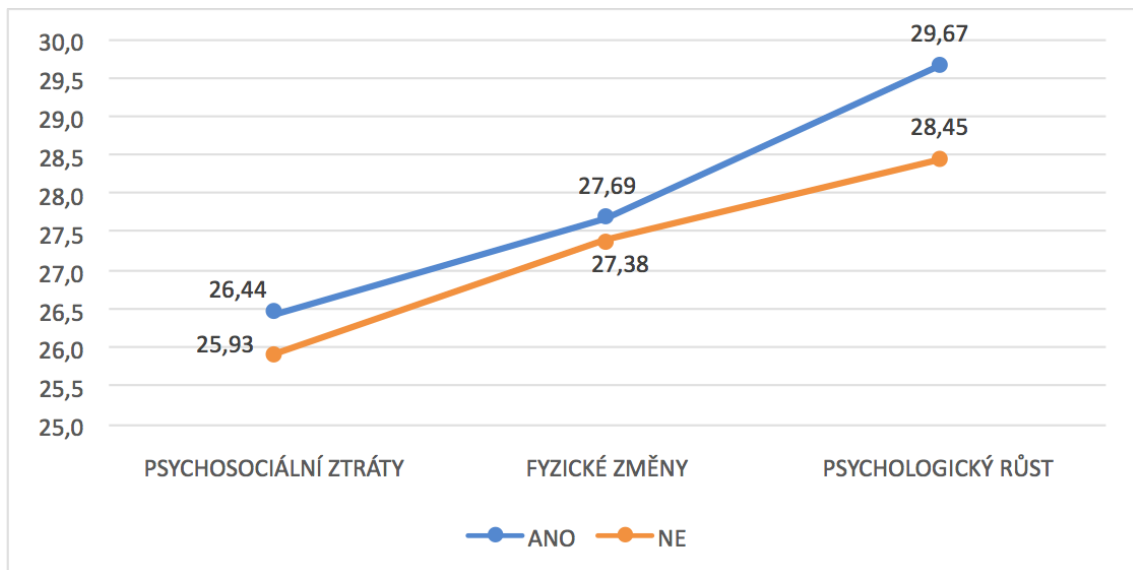
Graf 17. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle cvičení (provozování pohybových aktivit)



Podle Mann-Whitneyho U testu v souboru nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ($p \leq 0,05$), který by poukazoval na větší významnost postojů ke stárnutí a stáří podle cvičení (provozování pohybových aktivit). Nejvyšší bod byl zjištěn u možnosti „ano“ (29,33) v doméně psychologického růstu s možností „ne“ (29,00) v té samé doméně. Nejnižší bod je u možnosti „ano“ (25,75) v doméně psychosociální ztráty, „ne“ má hodnotu (27,46) (Graf 17).

g) Ovlivňují společenské akce postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

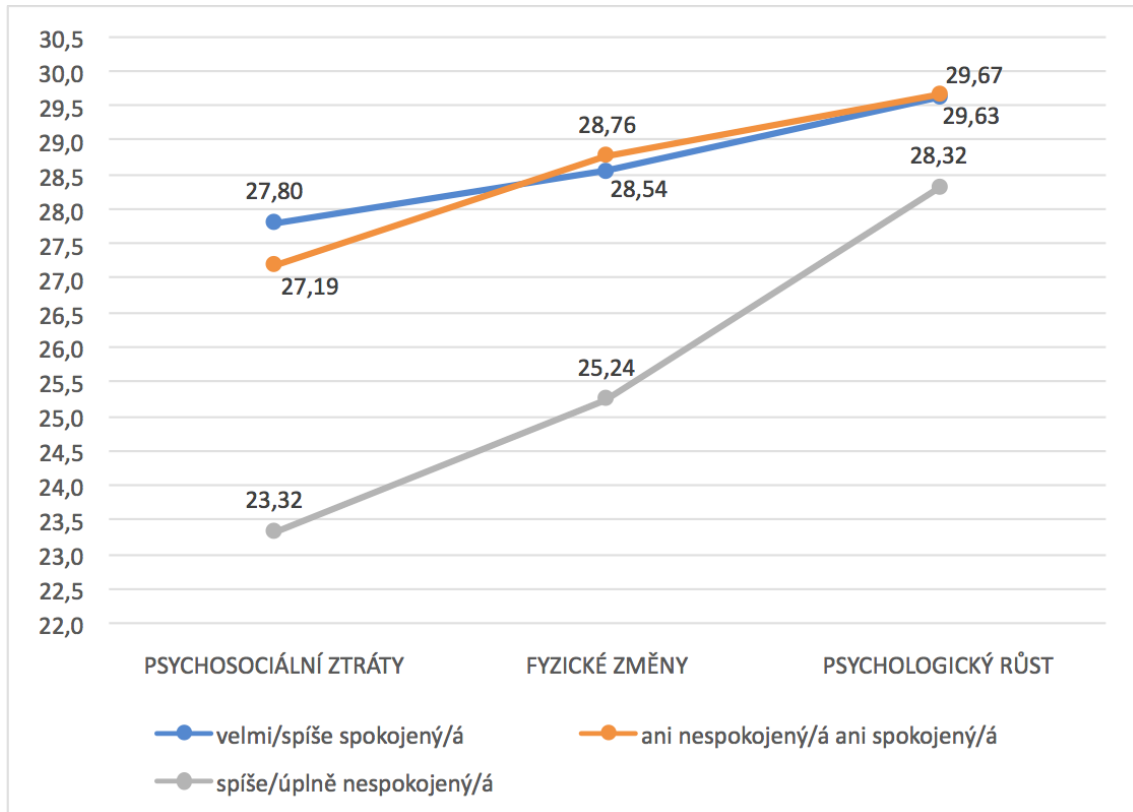
Graf 18. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle společenských akcí



Zde uvedený Graf 18 představuje na základě Mann-Whitney U testu, že společenské akce mají k postoji stárnutí a stáří statistickou významnost ($p \leq 0,05$) v doméně psychologického růstu. Nejvyšší hodnota u možnosti „ano“ byla naměřena (29,67). Nejnižší skóre je u „ne“ (25,93). Senioři se tedy shodují, že společenské akce mají význam v oblasti kvalitnějšího stárnutí a stáří.

h) Ovlivňuje spokojenost zdravotního stavu postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

Graf 19. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle spokojenosti se zdravotním stavem



Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doménách psychosociální ztráty a fyzické změny. Mezi skupinami *velmi / spíše spokojený* (27,80) a *spíše / úplně nespokojený* (23,32) je v doméně psychosociální ztráty bod (27,19) *ani nespokojený/á ani spokojený/á*, který je velmi blízko pod bodem *velmi / spíše spokojený*. Fyzické změny zahrnují skóre *ani nespokojený/á ani spokojený/á* v nejvyšších hodnotách (28,76) a v nízkých hodnotách (25,24) u *spíše / úplně nespokojený/á*. Doména psychologický růst dosahuje až k hodnotám (29,67) u *ani nespokojený/á ani spokojený/á* (Graf 19).

Tabulka 16. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); PSZTRAT

Nezávislá (grupovací) proměnná: *zdrav. stav*

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 18,02472$ $p = 0,0001$

PSZTRAT	1 R: 50,500	2 R: 41,310	3 R: 27,440
1		1,000000	0,000141
2	1,000000		0,005946
3	0,000141	0,005946	

Tabulka 17. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); FYZZMEN

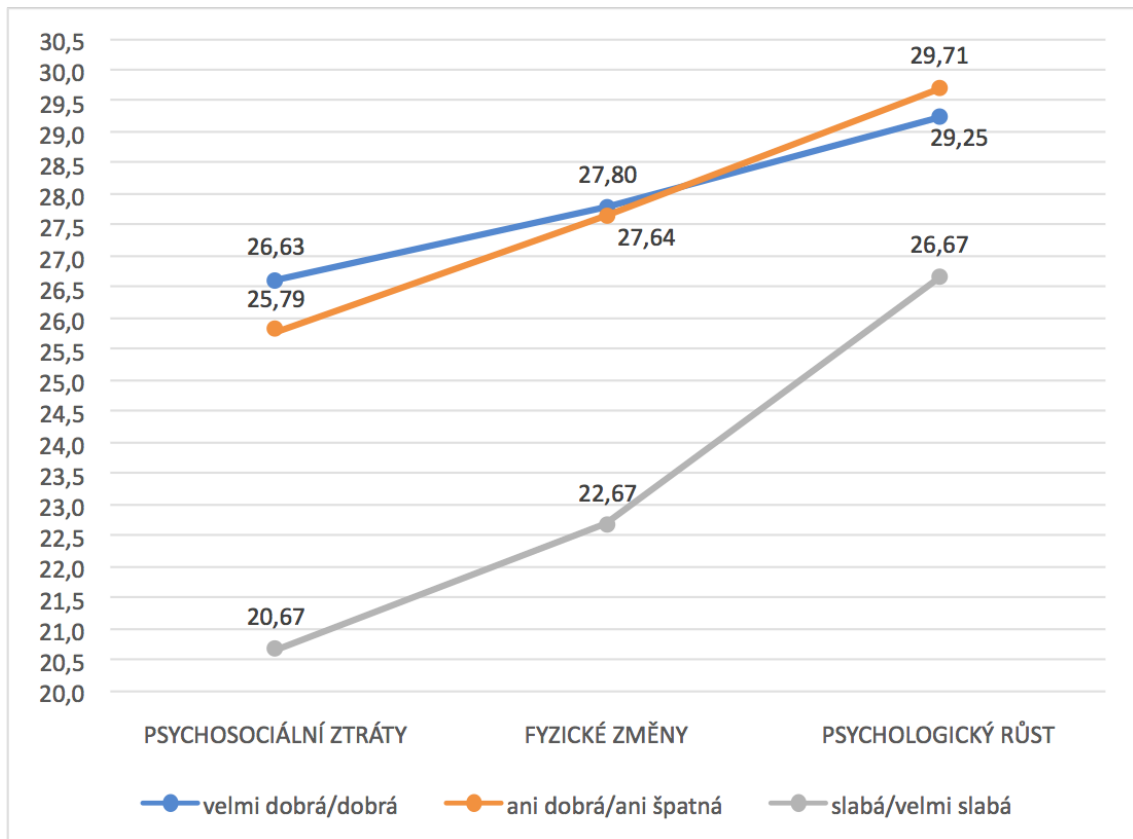
Nezávislá (grupovací) proměnná: *zdrav. stav*

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 17,86530$ $p = 0,0001$

FYZZMEN	1 R: 46,771	2 R: 50,738	3 R: 24,740
1		1,000000	0,001046
2	1,000000		0,000567
3	0,001046	0,000567	

i) Ovlivňuje kvalita života postoje respondentů ke stárnutí a stáří?

Graf 20. Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle kvality života



Podle Kruskal-Wallis ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doménách psychosociální ztráty a fyzické zdraví. Nejvyšší hodnota v psychosociálních ztrátách je (26,63) u *velmi dobrá / dobrá*. Na její spodní hranici je skóre (20,67) *slabá / velmi slabá*. Nejvyšší hodnota grafu je (29,71) v psychologickém růstu *ani dobrá / ani špatná*, její spodní hranici opět zaujímá *slabá / velmi slabá* (26,67). Fyzické změny mají nejvyšší skóre (27,80) *velmi dobrá / dobrá*, na spodní hranici (22,67) se nachází *slabá / velmi slabá*.

Pozn:

- Velmi dobrá / dobrá (n = 64) respondentů;
- Ani dobrá / ani špatná (n = 14) respondentů;
- Slabá / velmi slabá (n = 3) respondenti.

Tabulka 18. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); PSZTRAT

Nezávislá (grupovací) proměnná: kval. života

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 6,651550$ $p = 0,0359$

PSZTRAT	1 R: 43,305	2 R: 37,393	3 R: 8,6667
1		1,000000	0,038071
2	1,000000		0,164878
3	0,038071	0,164878	

Tabulka 19. Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustranně); FYZZMEN

Nezávislá (grupovací) proměnná: kval. života

Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 81) = 5,843617$ $p = 0,0538$

FYZZMEN	1 R: 42,344	2 R: 41,714	3 R: 9,0000
1		1,000000	0,049291
2	1,000000		0,086526
3	0,049291	0,086526	

4.5 Vztah dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ mezi jednotlivými doménami

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi jednotlivými doménami byly použity Spearmanovy korelace. Korelace znamená vzájemný vztah mezi dvěma procesy nebo veličinami. Pokud se jedna z nich mění, mění se korelativně druhá, a naopak. Přehled dvojic proměnných a výčtu možností viz Tabulka 20 níže.

Tabulka 20. Spearmanovy korelace jednotlivých domén

Dvojice proměnných	Počet respondentů N	Spearmanova korelace R	t (N-2)	p-hodnoty
PSZTRAZ & DOM 1	81	0,519553	5,404586	0,000001
PSZTRAZ & DOM 2	81	0,486073	4,946315	0,000004
PSZTRAZ & DOM 3	81	0,220626	2,010504	0,047790
PSZTRAZ & DOM 4	81	0,200095	1,815191	0,073290
PSZTRAZ & CELBREF	81	0,557417	5,967525	0,000000
FYZZMEN & DOM 1	81	0,578088	6,296962	0,000000
FYZZMEN & DOM 2	81	0,499700	5,127500	0,000002
FYZZMEN & DOM 3	81	0,143102	1,285143	0,202497
FYZZMEN & DOM 4	81	0,123763	1,108555	0,270986
FYZZMEN & CELBREF	81	0,559751	6,003876	0,000000
PRUST & DOM 1	81	0,216431	1,970381	0,052298
PRUST & DOM 2	81	0,432044	4,258000	0,000056
PRUST & DOM 3	81	0,082802	0,738495	0,462402
PRUST & DOM 4	81	0,256599	2,359713	0,020758
PRUST & CELBREF	81	0,363606	3,469260	0,000848
CELAAQ & DOM 1	81	0,634684	7,299946	0,000000
CELAAQ & DOM 2	81	0,631471	7,238382	0,000000
CELAAQ & DOM 3	81	0,201066	1,824372	0,071877
CELAAQ & DOM 4	81	0,205102	1,862585	0,066238
CELAAQ & CELBREF	81	0,667575	7,969379	0,000000

Poznámka: Označené korelace jsou významné na hl. $p < 0,05$

5 Diskuze

Diplomová práce se věnuje zkoumání kvality života a postojům ke stárnutí a stáří seniorů. Ke stanovení kvality života seniorů byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, jehož data zobrazená pomocí grafů vizuálně ukazují mocnost čtyř domén a dvou samostatných položek. Doména 1 představuje fyzické zdraví, které zahrnuje každodenní fyzické činnosti s vlivem na organismus člověka. Doména 2 je prožívání, pojímá emocionální stránku člověka. Doména 3 sociální vztahy se zaměřuje na vztahy člověka na různých úrovních. Doména 4 prostředí hodnotí situace, které jedince obklopují, včetně jeho potřeb a zajištění. Poslední částí dotazníku jsou dvě samostatné položky, kvalita života a spokojenost se zdravím. Pro komplexnější analýzu respondentů byl aplikován také standardizovaný dotazník AAQ, který je rozdělen na oblast psychosociálních ztrát, fyzických změn a psychologického růstu. Psychosociální ztráty se zabývají vyrovnáváním se se stářím v sociální oblasti. Fyzické změny sledují přijetí fyzických změn člověka při stárnutí. Psychologický růst zkoumá přístup k sobě samému ve stáří.

Na základě zjištěných dat jsou v této diplomové práci předloženy výsledky celého souboru dotazníku WHOQOL-BREF. Šetření ukázalo, že senioři na Orlickoústecku mají v doméně prostředí (15,58) nejvyšší kvalitu života. Z toho vyplývá, že senioři žijící doma nebo v některém ze zařízení jsou relativně spokojeni v prostředí, kde žijí. Jedním z faktů může být například dobrá dostupnost zdravotní péče, zajištěná doprava: veřejná, osobní, osobní neohroženost v okolí nebo životní prostředí. Nejnižší kvalita života respondentů byla zaznamenána v doméně fyzické zdraví (13,47). Lze konstatovat, že tento fakt je s přibývajícím věkem přirozený. Ubývá energie a pohyblivosti, každodenní situace přinášejí únavu, klesá pracovní výkon. Doména prožívání (14,12) a doména sociálních vztahů (14,40) mají zanedbatelný statistický rozdíl. Postoje respondentů ke stárnutí a stáří u celého souboru podle dotazníku AAQ vyznačuje na grafu téměř lineární křivka. Nejvyšší hodnotu zaujímá doména psychologický růst (29,23). To značí, že lidé přistupují ke stáří otevřeně a přijímají jej s nadhledem a určitou životní „moudrostí“. Nejnižší skóre mají v tomto souboru psychosociální ztráty (26,26). Dá se říci, že dochází k vyrovnávání se s mírnou nebo větší izolací od společnosti. V doméně fyzické

změny s hodnotou (27,58) ukazuje linie grafu určitý nadhled jedinců nad přicházejícími fyzickými změnami spojenými se stářím.

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi oběma dotazníky byla použita Spearmanova korelace. Celý soubor dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ vykazuje červené hodnoty. Je dáno $p \leq 0,05$. Bylo zjištěno, že Spearmanova korelace má hodnotu $R=0,667575$ a p -hodnota je $0,000000$, viz Tabulka 20. Podle Spearmanovy korelace se ve výzkumném souboru ukázaly korelace u 13 vztahů mezi doménami dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku AAQ z 20 možných.

V šetření provedeném v rámci této diplomové práce byla zjištěna statistická významnost u mnoha proměnných. Byly vybrány následující proměnné. Z Grafu 2 Hodnocení kvality života seniorů podle věku byla zjištěna statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doméně 1 fyzické zdraví a doméně 2 prožívání, a to mezi skupinou seniorů (65–74let) a skupinou (75–89let). Je zde patrné, že v tomto případě věk ovlivňuje kvalitu života seniorů.

Graf 19 Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle spokojenosti se zdravotním stavem ukazuje vztah domény psychosociální ztráty mezi spíše / úplně nespokojený/á a velmi / spíše spokojený/á. Je mezi nimi statisticky významný rozdíl. Dále je vidět statistická významnost v doméně fyzické změny, a to mezi ani nespokojený/á ani spokojený/á a spíše / úplně nespokojený/á. Podle Spearmanovy korelace spolu doména 2 s doménou psychosociální ztráty korelují, tedy jsou ve vzájemné závislosti. Lidé (65–74 let) jsou velmi / spíše spokojeni se svým zdravotním stavem oproti skupině seniorů ve věku (75–89 let), kteří jsou se svým zdravotním stavem spíše nespokojeni.

Na Grafu 20 Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle kvality života v doméně Psychosociální ztráty je statistická významnost mezi hodnotami slabá / velmi slabá a velmi dobrá / dobrá. Graf 4 Hodnocení kvality života seniorů podle způsobu bydlení říká, že na spodní hranici se nacházejí lidé v domově důchodců a na horní hranici lidé žijící doma. Po sloučení těchto dvou proměnných zjistíme, že lidé v domově důchodců podle průzkumu pociťují slabou / velmi slabou kvalitu života. Na druhé straně lidé žijící doma svůj postoj ke kvalitě života vnímají jako velmi dobrý / dobrý.

Na Grafu 18 Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří podle společenských akcí byla v doméně psychologického růstu nalezena statistická významnost podle Man-Whitney U testu ($p \leq 0,05$). Senioři se tedy shodují, že účast na společenských a kulturních akcích je ovlivňuje v jejich postojích ke stárnutí a stáří. Tato statistická významnost vyšla dle dotazníku AAQ. Oproti tomu v Grafu 8 Hodnocení kvality života seniorů podle společenských akcí se nenašla statistická významnost podle dotazníku WHOQOL-BREF. Čeledová, Kalvach, Čevela (2019) poznamenávají, že „pro seniory je participace na společenských aktivitách důležitá z hlediska navázání nových vztahů, budování si úcty a respektu a pocitu užitečnosti prostřednictvím vlastní seberealizace. Navíc tak dochází k posilování sociální integrace a společenské koheze“ (p. 103).

6 Závěry

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak kvalitu svého života hodnotí senioři a jaký postoj zauímají ke stárnutí a stáří. Nástrojem zjišťování potřebných dat ke zpracování práce byl standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, jehož prostřednictvím byla zkoumána kvalita života. Druhým použitým dotazníkem byl standardizovaný dotazník AAQ. WHOQOL-BREF obsahuje domény fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dotazník AAQ zjišťuje postoje ke stárnutí a stáří.

Podle dotazníku WHOQOL-BREF byly nejnižší hodnoty v doméně fyzické zdraví. Nejvyšší byly naměřeny v doméně prostředí. Statistické významnosti byly nalezeny u těchto vybraných proměnných: věk, způsob bydlení, rodinný stav, finance, spokojenost ohledně zdravotního stavu a kvalita života. Všechny tyto proměnné projevily velký potenciál v kombinaci zjišťování různých proměnných hodnot. U způsobu bydlení s porovnáním kvality života a zdraví se dá předpokládat další množství měrných hodnot.

Druhým dotazníkem byl AAQ. Nejvyšší skóre měla doména psychologický růst a nejnižší hodnotu měla doména psychosociální ztráty. Statistické významnosti byly nalezeny u těchto vybraných proměnných: způsob bydlení, společenské akce, spokojenost ohledně zdravotního stavu a kvalita života. Dotazník AAQ sleduje kombinace dalších měrných hodnot. Dle Spearmanovy korelace se ve výzkumném souboru ukázaly mezi doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ korelace u 13 vztahů z 20 možných.

Přestože statistika může ukazovat stinné stránky života, jeho tíhu a křehkost, má člověk možnost volby. Stoilles (2009) tvrdí, že:

Každý člověk si může v rámci svých genetických a jiných předpokladů „vybrat“, jak bude jeho stáří vypadat, zda bude optimistické a otevřené novým věcem, činné, nebo pasivní, agnostické, nebo plné víry, trpělivé, nebo plné neklidu. Smíření se se stářím je založeno na předpokladu rozhodného člověka odpovědného za svůj život (Gruss, 2009).

7 Souhrn

Diplomová práce se věnuje Kvalitě života a postojům ke stárnutí a stáří seniorů Orlickoústecka. Je složena ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá přehledem poznatků o kvalitě života, pohybové aktivitě a její potencialitě. Popisuje zařízení ve zkoumané oblasti. Praktická část vymezuje cíle a výzkumné otázky.

Hlavním cílem práce bylo:

1. zjistit, jak kvalitu svého života hodnotí senioři;
2. zjistit, jaký postoj zaujímají senioři ke stárnutí a stáří.

Nástrojem výzkumu byly standardizované dotazníky v české verzi, a to WHOQOL-BREF a dotazník AAQ. Dotazníky také obsahovaly anketu vlastní konstrukce, doplněnou otázkou na účast seniorů na kulturních a společenských akcích a případné frekvenci společenských akcí.

Celkem se zúčastnilo 81 respondentů, z toho 20 mužů a 61 žen. Výzkumný soubor byl rozdělen na tři skupiny. Domov důchodců Ústí nad Orlicí s 25 respondenty, Centrum sociální péče v Ústí nad Orlicí také s 25 respondenty. Třetí skupinu tvořili lidé žijící doma na Orlickoústecku v celkovém počtu 31. V kapitole Metodika byl charakterizován výzkumný soubor, průběh a organizace výzkumu, použité metody a zpracování dat. Výsledky z dotazníků byly zkoumány z různých pohledů (věk, pohlaví, způsob bydlení, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, práce/zaměstnání, místo bydlení, finance, kolo, auto, chata/chalupa, cvičení, cvičení počet, společenské akce, akce počet, kouření, zdravotní stav a kvalita života).

Podle dotazníku WHOQOL-BREF byly nejnižší hodnoty v doméně fyzické zdraví. Nejvyšší hodnoty byly naměřeny v doméně prostředí. Z vybraných statisticky významných proměnných byly podrobněji zkoumány tyto: věk a způsob bydlení.

Druhým dotazníkem byl AAQ. Nejvyšší skóre měla doména psychologický růst a nejnižší hodnotu měla doména psychosociální ztráty. Z vybraných statisticky významných proměnných byly podrobněji zkoumány tyto: společenské akce, spokojenost ohledně zdravotního stavu a kvalita života.

Dle Spearmanovy korelace se ve výzkumném souboru ukázaly mezi doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ korelace u 13 vztahů z 20 možných.

8 Summary

This thesis deals with the quality of life and attitudes to aging and old age of seniors in Orlickoústecko region. It consists of two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with an overview of knowledge about quality of life, physical activity and its potential. It describes the facilities in the research area. The practical part defines the goals and research questions.

The main goal of the thesis was:

1. find out how seniors evaluate their quality of life;
2. find out the attitude of seniors towards aging and old age.

The research tool used was standardized questionnaires, namely WHOQOL-BREF and AAQ questionnaire in the Czech versions. The questionnaires also included a survey of the own design of the author, supplemented by questions on the participation of seniors in cultural and social events and the possible frequency of social events.

A total of 81 respondents participated, 20 of which were men and 61 were women. The research group was divided into three groups. Retirement home Ústí nad Orlicí with 25 respondents, Social care center in Ústí nad Orlicí also with 25 respondents. The third group consisted of people living at home in the Orlickoústecko region in the total number of 31. The research group, the course and organization of research, the methods used and the data processing were characterized in the Methodology chapter. The results of the questionnaires were examined from different perspectives (age, gender, way of living, highest educational achieved, marital status, work / employment, place of residence, finance, bicycle, car, cottage, exercise, amount of exercise, social events, number of events, smoking, health and quality of life).

According to the WHOQOL-BREF, the lowest values were measured in the domain of physical health. The highest values were measured in the environment domain. Of the selected statistically significant variables, the following were examined in more detail: age and way of living.

The second questionnaire was AAQ. The domain of psychological growth had the highest score and the domain of psychosocial losses had the lowest

value. Of the selected statistically significant variables, the following were examined in more detail: social events, satisfaction with health and quality of life.

According to Spearman's correlation, in the research set, correlations between the domains of the WHOQOL-BREF and AAQ questionnaires were found in 13 relationships out of 20 possible.

9 Referenční seznam

- Bočková, L., Hastrmanová, Š. & Havrdová, E. (2011). *50+ Aktivně Fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Respekt institut.
- Čeledová, L., Kalvach, Z. & Čevela, R. (2019). *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum.
- Dragomerická, E. & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: příručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomerická, E. & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Psychiatrické centrum Praha.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (1989). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
- Hátlová, B. (2003). *Kinezioterapie Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Karolinum.
- Havel, Z., Hnízdil, J. & kol. (2009). *Rozvoj a diagnostika silových schopností*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta UJEP v Ústí nad Labem.
- Havel, Z., Hnízdil, J. & kol. (2010). *Rozvoj a diagnostika koordinačních a pohyblivostních schopností*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici.
- Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON.
- Holmerová, I., & kol. (2006). Aktivní stárnutí. *Čes.-geriatrická revue* č. 4, 163.
- Hrozenská, M. & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Janiš, K. & Skopalová, J. (2016). *Volný čas seniorů*. Praha: Grada Publishing.

Jeřábek, H. & kol. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: SLON.

Jirásek, I. (2005). *Filosofická kinantropologie: setkání filosofie, těla a pohybu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kalvach, Z. & Onderková, A. (2006). *Stáří Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén.

Klvetová, D. (2017). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.

Kopřivová, J. & Grmela, R. (2015). Psychomotorika v práci se seniory. *Physical Culture / Telesna Kultura, Akademický časopis*. Vol. 38 Issue 2, 25.

Korvas, P. Hrazdira, L., Lepková, H., Tomášková, I., Šopíková, J., Muchová, M., ..., Hanušová, H. (2013). Pilot Project of Health Enhancing Physical Activity Intervention Programmes. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca, Akademický časopis*. Vol. 22 Issue 1, 19.

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

Louka, O. & kol. (2010). *Základy turistiky a sportů v přírodě*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem.

Máček, M., Máčková, J. & Smolíková, L. (2014). Možnosti ovlivnění stavu kostní tkáně ve vyšším věku pohybem. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca, Akademický časopis*. Vol. 23 Issue 4, 235.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.

Město Ústí nad Orlicí (2021). *Sociální a navazující služby pro cílovou skupinu seniorů poskytované na území města Ústí nad Orlicí*. https://www.ustinadorlici.cz/images/dokumenty/komunitni_plan/soc_letak-seniori-2021.pdf

Mokrá, S. & Wittmannová, J. (2016). Monitorování ukazatelů tělesné zdatnosti u pravidelně cvičících seniorů. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, Akademický časopis*. Vol. 7 Issue 2, 53

- Němčíková, M. & Růžičková, D. (2014). Senioři v České asociaci Sport pro všechny. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, Akademický časopis*. Vol. 5 Issue 2, 46.
- Neuman, J. a kol. (2000). *Turistika a sporty v přírodě*. Praha: Portál.
- Pelclová, J., Frömel, K., Bláha, L., Zajac-Gawlak, I. & Tlučáková, L. (2012). Podmínky prostředí a chůze v rámci aktivního transportu a volného času u středoevropských seniorů. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica, Akademický časopis*. Vol. 42 Issue 4, 49.
- Pokorná, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Procházková, E. (2019). *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.
- Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Růžičková, D. (2014). Dny seniorů – Dny zdravého stárnutí. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, Akademický časopis*. Vol. 5 Issue 2, 55.
- Seminář nabídl inspiraci pro aktivní stárnutí. (2018) *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, Akademický časopis*. Vol. 9 Issue 2, 10.
- Slepička, P., Hošek, V. & Hátlová, B. (2009). *Psychologie sportu*. Karolinum.
- Syslová, V. (2014). Zkušenosti lékařky/cvičitelky se cvičením seniorů. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi, Akademický časopis*. Vol. 5 Issue 2, 58.
- Špatenková, N. & Smékalová, L. (2015). *Edukace seniorů Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing.
- Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Galén.
- Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.
- Vaněk, M., Hošek, V., Rychtecký, A. & Slepička, P. (1980). *Psychologie sportu*. Praha: SPN.

Vařeková, J. & Dad'ová, K. (2014). Pohybová aktivita a kognitivní funkce. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca, Akademický časopis*. Vol. 23 Issue 4, 210.

Vysekalová, J. & kol. (2011). *Chování zákazníka*. Praha: Grada Publishing, a.s.

World Health Organisation. (2012). *What is „active ageing“?*.
http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách (2006). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p2>.

Zemánková, M. (1996). *Pohyb nad zlato*. Olomouc: Hanex.

10 Přílohy

Příloha 1

Informovaný souhlas

Studie: Hodnocení kvality života osob v seniorském věku

Jméno:

Datum narození:

Účastník(ce) byl(a) do studie zařazen(a) pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím se svou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.

2. Byl(a) jsem podrobně instruován(a) 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(a) 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(a) 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:

Podpis účastníka(ce):

Podpis osoby pověřené touto studií:

Příloha 2

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOPLŇTE ČI ZAŠKRTNĚTE

Věk:

Pohlaví: MUŽ ŽENA

Způsob bydlení: V ZAŘÍZENÍ DOMA s pečovatelskou službou
 DOMA

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní střední bez maturity
 střední s maturitou vysokoškolské

Rodinný stav:

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

Práce/zaměstnání:

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

Kam zařadíte místo, kde žijete?

- velké město (> 100 000 obyvatel)
- středně velké město (30 000 – 100 000 obyvatel)
- menší město (1 000 - 29 999 obyvatel)
- malá obec/vesnice (< 1 000 obyvatel)

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

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

Máte k dispozici

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

Máte nějaké zvíře (domácího mazlíčka)?

- ANO - **Jaké?**
- NE

Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 30 minut?

- ANO, kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát a víc

Jaké cvičení? _____

- CVÍČÍM (SPORTUJI) SÁM/SAMA: 1krát 2krát 3krát a víc

Co děláte? _____

- NE

Účastníte se organizovaných kulturních nebo společenských akcí?

- ANO – **Kolikrát za měsíc?**

- NE

Kouříte? ANO NE

Jak jste spokojená/ý se svým zdravotním stavem?

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

Jak hodnotíte kvalitu svého života?

- velmi dobrá
- dobrá
- ani dobrá ani slabá
- slabá
- velmi slabá

Příloha 3

Postoje ke stárnutí a stáří (WHO) AAQ - česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte prosím v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých **celkových životních zkušeností**.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí. Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí „hodně“ bojíte, nebo zakroužkovat číslo 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte. Přečtěte si laskavě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

Následující otázky zjišťují, **nakolik souhlasíte** s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovem „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

3. Stáří je čas samoty.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

4. Moudrost přichází s věkem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

6. Stáří je čas depresí.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

7. Cvičení je důležité v každém věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **nakolik** pro Vás níže uvedené výroky **platí**. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovem „maximálně platí“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod „vůbec neplatí“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec neplatí“ a „maximálně platí“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

11. Necítím se starý/á.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

19. Věřím, že můj život má význam.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

Děkujeme vám za spolupráci

**Dotazník kvality života dle Světové zdravotnické
organizace (WHO)**

WHOQOL-BREF (krátká verze)

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

Váš věk:

Jste: MUŽ / ŽENA

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

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

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

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

8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

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

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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5

25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---	---

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

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