

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

SENIOŘI – KVALITA ŽIVOTA A POSTOJE KE STÁŘÍ A STÁRNUTÍ
Bakalářská práce

Autor: Romana Koblovská, Aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2019

Jméno a příjmení: Romana Koblůvská

Název bakalářské práce: Seniori – kvalita života a postoje ke stáří a stárnutí

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby bakalářské práce: 2019

Abstrakt:

Bakalářská práce popisuje problematiku seniorské populace. Cílem práce bylo zjistit, jak seniori hodnotí kvalitu svého života a jaký postoj ke stáří a stárnutí zaujímají. Pro dosažení výsledků byly použity české verze standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ. Byly doplněny otázky, týkající se pohybové aktivity seniorů. Zde se měli dotazovaní vyjádřit, zda sportují pravidelně a jaká omezení jim v pohybové aktivitě brání.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 83 respondentů, z toho 33 seniorů žijících v domově pro seniory (Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice a Domov sv. Norberta Olomouc – Svatý Kopeček) a skupina 50 respondentů žijících v domácím prostředí. Výsledky dotazníků byly porovnány z různých hledisek (věk, pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, rodinný stav, zájmy, zdravotní stav, subjektivní vnímání kvality života).

Dle dotazníku WHOQOL-BREF seniori hodnotí nejvýše kvalitu života v doméně sociální vztahy a nejnižší v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti byly nalezeny u proměnných finanční situace a zdravotní stav. V dotazníku AAQ se respondenti nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst a nejméně v doméně psychosociální ztráty. Statisticky významné rozdíly se ukázaly mezi věkem, finanční situací a zdravotním stavem. Dle Spearmanovy korelace se v našem výzkumném souboru ukázaly korelace u 15 vztahů mezi doménami dotazníku AAQ a dotazníku WHOQOL-BREF z 20 možných.

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

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovnických služeb.

Autor's first name and surname: Romana Koblůvsk

Title of bachelor's thesis: Seniors – quality of life and attitudes to old age and aging

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannov, Ph.D.

The year of presentation: 2019

Abstract:

This bachelor thesis describes the topic of senior population. The aim of this work was to find out how seniors evaluate their quality of life and what attitude they hold about aging and old age. Czech versions of the standardized WHOQOL-BREF and AAQ questionnaires were used to achieve these results. Questions related to physical activity of seniors were added. In these added questions, the interviewees were asked whether they exercise regularly and what limitations hinder their physical activity.

A total of 83 respondents participated in the questionnaire, including 33 seniors living in a retirement home (Dm pokojného str sv. Anny Velk Bystřice a Domov sv. Norberta Olomouc – Svat Kopeek) and a group of 50 respondents living in a home environments. The results of the questionnaires were compared from various perspectives (age, gender, way of living, education, marital status, interests, health status, subjective perception of quality of life).

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, senior citizens evaluate the quality of life in the domain of social relations as highest and the domain of physical health as lowest. Statistical significance was found in financial and health variables. In the AAQ questionnaire, respondents most identified with questions in the psychological growth domain and least in the domain of psychosocial loss. Significant variables were found among age, financial situation and health status. According to Spearman's correlation, out of 20 possible domains between AAQ questionnaire and WHOQOL-BREF questionnaire the correlations of 15 relationships was found.

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

I agree to lend my bachelor thesis to library services.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou 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 17. 4. 2019

Velmi děkuji Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při vypracování bakalářské práce, za její vstřícnost, trpělivost a ochotu.

Také bych chtěla poděkovat personálu Domu pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice a Domova sv. Norberta Olomouc – Svatý Kopeček za umožnění provedení dotazníkové šetření a všem respondentům, kteří byli ochotni se se mnou podělit o své názory a pocity.

OBSAH

ÚVOD	8
1 Přehled poznatků.....	10
1.1 Stáří a stárnutí.....	10
1.2 Stárnutí.....	10
1.2.1 Zdravotní aspekty stárnutí.....	10
1.2.2 Teorie stárnutí	11
1.3 Stáří a jeho periodizace.....	12
1.3.1 Kalendářní stáří	12
1.3.2 Biologické stáří	13
1.3.3 Psychické stáří.....	14
1.3.4 Sociální stáří.....	14
1.4 Změny ve stáří	15
1.5 Postoje ke stáří.....	16
1.5.1 Zjišťování postojů ke stáří a stárnutí.....	18
1.6 Rizikové a pozitivní faktory ve stáří.....	19
1.7 Stáří a lidské potřeby	19
1.7.1 Teorie lidských potřeb.....	20
1.8 Aktivní stárnutí a stáří	21
1.8.1 Možnosti aktivního stárnutí.....	22
1.9 Volný čas	23
1.10 Volnočasové aktivity seniorů	23
1.10.1 Kulturní aktivity	24
1.10.2 Vzdělávací aktivity.....	24
1.10.3 Sociální aktivity.....	25
1.10.4 Rekreační a cestovatelské aktivity	25
1.10.5 Hobby a manuální aktivity	25
1.10.6 Pohybové aktivity.....	25
1.10.6.1 Pohybové aktivity seniorů.....	26
1.11 Péče o seniory	27
1.11.1 Rodinná péče	28
1.11.2 Zdravotní péče.....	28
1.11.3 Sociální péče	29
1.11.3.1 Příspěvek na péči	30
1.11.3.2 Zařízení sociálních služeb.....	30

1.11.3.3	Služby sociální péče.....	31
1.12	Kvalita života.....	32
1.12.1	Kvalita života seniorů.....	33
1.12.2	Zjišťování kvality života u seniorů	34
1.12.2.1	WHOQOL-100	36
1.12.2.2	WHOQOL-BREF	36
1.12.2.3	WHOQOL-OLD	36
1.12.2.4	SQUALA	37
2	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
3	METODIKA	39
3.1	Charakteristika výzkumného souboru	39
3.2	Průběh a organizace výzkumu	41
3.3	Použité metody	41
3.4	Administrace a vyhodnocení dotazníků	42
3.4.1	WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment) ..	42
3.4.2	AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire)	43
3.4.3	Anketa vlastní konstrukce	44
3.5	Statistické zpracování dat	44
4	VÝSLEDKY	45
4.1	Kvalita života u celého souboru respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF	45
4.2	Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života.....	46
4.3	Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ.....	56
4.4	Vybrané základní proměnné a jejich vliv na postoj ke stárnutí a stáří	57
4.5	Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ	64
5	DISKUZE	65
6	ZÁVĚRY	69
7	SOUHRN	71
8	SUMMARY	72
9	REFERENČNÍ SEZNAM	73
10	PŘÍLOHY	77

ÚVOD

Člověk se narodí a od tohoto okamžiku, který je spojen s nadšením a radostí okolí, začíná stárnout. Prožije si několik různých životních etap. Přes období dětství, dospívání a dospělosti se pomalu, ale jistě, dostane do období stáří. Každá životní etapa má svůj význam, přináší radostné i bolestivé okamžiky, na které se dopředu nemůžeme připravit. Ale je na každém z nás, jakým způsobem svůj život prožijeme a na to stárnutí a stáří se připravíme.

V současné době je známý fakt, že naše populace stárne a počet osob v seniorském věku stoupá. Jaké jsou příčiny? Určitě je to nižší porodnost, počet narozených dětí klesá a období „Husákových dětí“, které se mne osobně dotýká, se již asi nevrátí. Pak je to jistě lepší zdravotní péče, která lidem prodlužuje život již od středních let. V neposlední řadě bych ještě dodala, že také lidé na sebe začínají více dbát, dodržují správnou životosprávu, snaží se cvičit a žít aktivním životem. To vše souvisí s úrovní kvality života jedince.

V mé bakalářské práci se zabývám tématem hodnocení kvality života osob v seniorském věku a jejich postoji ke stárnutí a stáří. Tato témata jsou v naší společnosti stále aktuální a dotýkají se nejen starších jedinců, ale i jejich okolí. Každý senior hodnotí svou životní situaci subjektivně. Hodnocení ovlivňuje jeho osobní spokojenost a podmínky pro život, které má.

V první části práce jsem shrnula teoretické poznatky k danému tématu. Definuji pojmy stáří, stárnutí, kvalita života, lidské potřeby a postoje. Dále se zabývám změnami, ke kterým v období stárnutí dochází, jaké jsou potřeby ve stáří a systémem péče o seniory v České republice. Popisuji koncept aktivního stárnutí s jeho možnostmi, vhodnost pohybových aktivit a způsoby trávení volného času.

V druhé části jsou pak výsledky dotazníkového šetření, pro které jsem použila dotazník hodnocení kvality života WHOQOL-BREF a dotazník vyjadřující postoje ke stáří a stárnutí AAQ. Z celkového počtu 83 respondentů bylo 50 seniorů žijících ve vlastních domácnostech a 33 seniorů žijících v zařízení pro seniory. Šetření proběhlo ve dvou domovech pro seniory v Olomouci a blízkém okolí. V obou jsem byla velmi spokojena s přijetím ze strany vedení domova, sestřiček i sociální pracovnice, které se mi snažily vyjít vstříc a byly mi při vyplňování dotazníků nápomocny. Přínosné pro mne osobně bylo setkání s klienty, kteří byli příjemní a snažili se na položené otázky poctivě odpovídat. Často jsem se dozvěděla i informace, které s dotazníkovým šetřením nesouvisely, a odnesla jsem si několik dobrých rad do života. Dovoluji si tvrdit, že moje návštěva byla pro klienty příjemným zpestřením a vyplněním jejich volného času.

Připravit se na stáří asi není pro každého člověka jednoduché. Někteří lidé se nesmíří s pomyslením, že se o nich mluví jako o seniorech. A když je pak v tramvaji někdo pustí sednout, berou to jako urážku. Měli bychom se s přibývajícím věkem na tuto skutečnost pokusit připravit, hlavně se s ní smířit. A až nám stáří zaťuká na dveře se slovy „Já jsem tvé stáří, pozvi mě dál“, být schopni ty dveře otevřít a bez obav je přijmout.

1 PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 Stáří a stárnutí

Stárnutí je jednou ze životních etap člověka. Proces stárnutí v podstatě začíná hned po narození a plynule pokračuje až do smrti. Je nedílnou součástí lidského života a má své zákonitosti, které ovlivňují kvalitu a způsob života (Wernerová & Zvoníková, 2016).

Celkově naše populace stárne a lidé se dožívají vyššího věku. Na této situaci se podílí nižší porodnost, vyšší úroveň zdravotnické péče a tím daný pokles úmrtnosti. Dochází ke zvyšování počtu seniorů v populaci.

Věda, která se zabývá stárnutím a stářím se nazývá gerontologie, a její začátky sahají až do starověku. Své představy o stáří měli již staří Řekové. Aristoteles a Seneca např. pokládali stáří za nevyléčitelnou chorobu. Galén naopak na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je pochod fyziologický, přirozený a je nutné jej odlišit o patologických procesů (Jedlička, 1991).

1.2 Stárnutí

Podle Čevely (2012) je stárnutí souhrn zánikových změn morfologických a funkčních nastupujících postupně, s individuální variabilitou. Pro jednice představuje stárnutí proces, který ho ovlivňuje po stránce biologické, psychické, sociální i duševní.

Biologické změny zahrnují tělesné změny organismu (pokles funkcí orgánů, úbytek svalové a kostní hmoty, zhoršování smyslů, hormonální změny apod.). Po psychické stránce dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, změně kognitivních funkcí a důležitá je i emoční složka. Sociální dimenze zahrnuje vztahy mezi jedincem a společností a jeho postoje k okolí (Ondrušová, 2011).

Ve stáří probíhají změny chorobné – projevy a důsledky chorob, úrazů i adaptací na ně. Dochází k poklesu odolnosti proti zátěži, stresům, klesá výkonnost a zdatnost, snižuje se potenciál zdraví. Stárnoucí jedinec je v nevýhodě v porovnání s mladšími osobami. Stárnutí je individuální, každého jedince se dotýká jinak, jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně.

1.2.1 Zdravotní aspekty stárnutí

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví více než nepřítomnost nemoci. Definuje jej jako „stav úplné tělesné, duševní a spol. pohody (well-being), ne tedy jako nepřítomnost nemoci“ (Maříková, Petrušek, & Vodáková, 1996, 1435).

S věkem se mění spektrum nemocí, které člověka mohou postihnout. Máme choroby, které jsou pro stáří typické, jako jsou ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, osteoporóza, artróza, katarakta apod. Také průběh nemoci je jiný než u mladšího jedince. Onemocnění se stávají chronická, je zde sklon k polymorbiditě nebo má nemoc jiný průběh, než je běžné. Zdravotní potíže se u seniorů vyskytují opakovaně, často a bez vazby na určité onemocnění. Tak vznikl koncept geriatrických syndromů (Ondrušová, 2011).

Kalvach et al. (2008) uvádějí, že specifické geriatrické syndromy se vyskytují v oblasti:

- somatické – hypomobilita, dekonidice a svalová slabost, instabilita s pády a úrazy, imobilita, inkontinence, poruchy příjmu potravy, poruchy termoregulace
- psychické – demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace
- sociální – ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání seniorů, dysfunkce rodiny

1.2.2 Teorie stárnutí

Podle Čevely et al. (2012) můžeme teorie stárnutí rozdělit do dvou hlavních skupin:

- teorie stochastické, které předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné, že s věkem přibývá opotřebování, poškození, poruch, chyb, selhání buněčného řízení (teorie opotřebování, náhodných změn)
- teorie nestochastické – předpokládají, že stárnutí je především geneticky předurčeno (teorie naprogramování)

Jedlička (1991) dělí teorie stárnutí následovně:

- teorie genetická – vychází z poznatků ověřených statistickými údaji, že dožijí-li se rodiče vyššího věku, pak je pravděpodobné, že se dožijí vyššího věku i děti. Předpokládá, že primárním základem určení věku je molekulární genetický materiál.
- teorie mutační – považuje stárnutí za výsledek somatických mutací, především spontánních mutací, mutací způsobených ionizujícím zářením a mutacím vyvolaných jinými neurčenými faktory
- teorie omylů – nahromadění metabolických odchylek od normálu, které se objevují především v syntéze bílkovin
- teorie autoimunní – tvrdí, že k zániku buňky a tím k projevům stárnutí dochází na podkladě autoimunních procesů
- teorie příčných vazeb – dochází k nárůstu zkřížení dvou biologicky významných makromolekulových řetězců (nukleových kyselin a bílkovin)

- teorie volných radikálů – volné radikály představují vysoce aktivní látky, které vstupují velmi rychle do reakcí s biologicky významnými látkami, mění jejich biologické složení i funkci a tím dochází k projevům stárnutí organismu

1.3 Stáří a jeho periodizace

Stáří je životní fáze člověka, která je ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je ostře vymezená smrtí. Spodní věková hranice je nejasná, protože jevy a procesy, které stáří tvoří, vstupují do života člověka postupně (Sak & Kolesárová, 2012).

Lidé často představu vlastního stáří odmítají, nepřemýšlejí o sobě jako o starých. Rozhodující pro ně není věk, ale zdravotní stav (Sýkorová, 2007).

V tomto období se výrazně mění dosavadní způsob života člověka. Dochází k osamostatnění dospělých dětí a narození vnoučat. Další mezník je odchod do penze a s ním spojená i zhoršená ekonomická situace. Dále může dojít k úmrtí partnera nebo vrstevníků. To vše vede k psychickým problémům (Dvořáčková, 2012).

Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Období stáří trvá 30 – 40 let a bude tedy stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Měli bychom jí tedy věnovat pozornost a zájem, nejen ze strany seniorů, ale i ze strany pomáhajících profesí či sociální a zdravotní politiky státu (Klevetová & Dlabalová, 2008).

1.3.1 Kalendářní stáří

Nejdůležitější ukazatel, který nám určuje stáří člověka, je kalendářní věk. Ten je jednoznačně vymežitelný, ale nevypovídá nic o biologických, psychických a sociálních změnách, které se na stárnutí člověka významně podílejí.

Světová zdravotnické organizace (WHO) klasifikuje vyšší věk takto:

60 – 74 let - rané stáří (počínající stáří)

75 – 89 let - vlastní stáří (senium)

90 a více let - období dlouhověkosti

Zvoníková (2015) píše, že podle geriatrů i demografů lze dělit stáří následovně:

65 – 74 let - časné stáří

75 – 89 let - vlastní stáří (senium)

90 let a výše - dlouhověkost

Podle Čevely et al. (2012) můžeme stáří dělit i takto:

60/65 – 74 let - počínající stáří (mladí senioři, young old)

75 – 84/89 let - vlastní stáří (staří senioři, old-old)

85/90 a více let - dlouhověkost (velmi staří senioři, oldest old, very old-old)

Německý psycholog Erik Erikson, zabývající se vývojovou psychologií, dělí vývoj osobnosti podle faktorů, které ovlivňují vývoj člověka. Jsou to faktory biologické, kulturní, společenské a kulturní. V každé životní etapě dochází k rozvoji určité lidské ctnosti. Etapy lidského života dělí následovně:

- I. stádium - kojenecké období, 0 – 1 rok
- II. stádium - rané dětství, 1 – 3 roky
- III. stádium - věk hry, 3 – 6 let
- IV. stádium – školní věk 6 – 12 let
- V. stádium – adolescence, 12 – 20 let
- VI. stádium – mladá dospělosti, 20 – 25 let
- VII. stádium – dospělost 25 – 50 let
- VIII. stádium – stáří, 50 let a více – člověk se ohlíží za svým životem a bilancuje, čeho dosáhl. Měl by přijmout svůj vlastní život a zaujmout k němu pozitivní postoj. Dosahuje pocitu dokončenosti a tím dosáhne integrity. Ctností tohoto období je moudrost (Erikson, 2015).

1.3.2 Biologické stáří

Biologické stáří je souhrn nevratných biologických změn a genetických dispozic, které ovlivňují zvýšené riziko nemocí, funkční deficitů, úmrtí, případně i maximální čas zbývající do přirozené smrti člověka.

Biologické stáří a biologický věk jsou důsledkem geneticky řízeného programu biologického stárnutí a celoživotního působení zevního prostředí, způsobem života jednotlivce, jeho zdatnosti, celkovému stavu organismu, což nemusí vždy odpovídat kalendářnímu věku (Wernerová & Zvoníková, 2016).

Ve stáří dochází k tělesným změnám. Tělesná výška se s věkem snižuje, naopak hmotnost stoupá. Ubývá svalové hmoty a síly. Mění se smyslové vnímání, lidé hůře vidí, slyší, mění se jim chuť i čich. U mužů dochází ke snížení sexuální aktivity a také se zvyšuje doba reakce na zvukové a zrakové podněty.

1.3.3 Psychické stáří

Psychické změny ve stáří lze shrnout jako postupnou proměnu kognitivních funkcí, jejichž zhoršení nebývá rovnoměrné. Při stárnutí získávají na intenzitě osobnostní rozdíly, klesá schopnost adaptace a snižuje se zájem o okolí (Ondrušová, 2011).

Pro stáří je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na biologické úrovni. Úbytek nastává pozvolna, v některých složkách již od středního věku dospělosti.

Podle Dvořáčkové (2012) bývá stárnutí spojeno se změnou osobnosti. U seniorů se projevují negativní vlastnosti.

Jedlička (1991) uvádí charakteristický obraz psychiky seniorů:

- psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy
- psychické změny vzestupné povahy - zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti
- psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba

Pro seniory je velmi důležitá duševní pohoda, která vyjadřuje, do jaké míry jedinec úspěšně komunikuje s okolím a jak vnímá svůj život. Může být i důležitým faktorem prevence duševního onemocnění. Ondrušová (2011) formuluje tato jednoduchá doporučení pro zlepšení duševní pohody:

- být v kontaktu s lidmi – s rodinou, přáteli, sousedy; v práci, doma, v komunitě
- být aktivní – najít fyzickou aktivitu, která vyhovuje konkrétnímu jedinci
- být zvědavý – vnímat krásu, svět kolem sebe, vychutnat si hezké chvíle
- stále se učit – zkoušet něco nového, čerpat potěšení z nově naučených věcí
- dávat – pomáhat, děkovat, usmívat se, vypadat dobře nejen ve společnosti, ale i doma

1.3.4 Sociální stáří

Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických událostí pokročilého věku. Mezi tyto události patří odchod do důchodu a s tím možný pokles životní úrovně, nezaměstnanost, odchod dětí, ztráta partnera, zastarávání znalostí, ztráta perspektiv (Čevela et al., 2012).

Jako počátek sociálního stáří je považován odchod do starobního důchodu. Každý člověk ovšem stárne jinak a vznikají velké individuální rozdíly. Pro mladé seniory je důležitá problematika penzionování, náplň volného času a seberealizace. Pro starší seniory je to období osamělosti, přítomnosti nemocí a s tím spojená ztráta soběstačnosti a vznik závislosti na pomoci druhých osob (Ondrušová, 2011).

Zralý člověk by měl být vyrovnaný se svou minulostí a přítomností, ale i mít realistický výhled do budoucnosti. Mnoho lidí je však na stáří nepřipraveno. Mezi seniory jsou rozdíly v plánování budoucnosti, na které poukazuje Křivohlavý (2002). Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti na rozdíl od seniorů, kteří žijí v domovech důchodců. Ti často upadají do letargie a nezájmu.

1.4 Změny ve stáří

Při sledování změn v průběhu chronologického stárnutí se ukázalo, že některé změny probíhají rychle a některé pozvolna. Mezi ty nejvýraznější patří:

- sexuální aktivita mužů
- rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty
- vitální kapacita
- srdeční kapacita
- svalová síla
- váha mozku
- bazální metabolismus
- rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny (Křivohlavý, 2002).

Wernerová a Zvoníková (2016) popisují čtyři oblasti, ve kterých se ve stáří odehrávají změny:

- tělesné změny – jsou projevem „biologického stárnutí“, začínají se projevovat individuálně – v jiném čase, v jiném rozsahu a jinou rychlostí. Záleží na životním stylu člověka, dědičnosti, prodělaných nemocech a chronických onemocněních. Patří sem změna vzhledu, úbytek svalové hmoty, snižování výkonnosti, oslabení tělesných funkcí, atrofie tkání, změna termoregulace, změny na kloubech, zažívacím traktu a další
- duševní změny – zde existují velké rozdíly mezi jednotlivci, které závisí na biologických a sociokulturních vlivech. Změny se týkají vnímání, pozornosti, paměti myšlení a změn osobnosti. Objevuje se nedůvěřivost, nízká sebedůvěra, emoční labilita,

obtíženo osvojování nových věcí, zhoršení úsudku. Přibývá duševních poruch, zejména depresí a dochází k nárůstu demence.

- smyslové změny – dochází ke zhoršení smyslového vnímání, které se projevuje zhoršením zrakového a sluchového vnímání, a tím může být narušena i samotná komunikace.
- sociální změny – mezi tyto změny patří odchod do důchodu, změna ekonomické situace, změny životního stylu, omezení sociálních aktivit, strach z osamělosti, úmrtí partnera. K sociálním rizikům patří i chudoba, izolovanost, zanedbávání a týrání.

1.5 Postoje ke stáří

V sociologickém slovníku je postoj definován jako „relativně ustálený sklon jedince chovat se v určité situaci určitým způsobem, příp. reagovat pozitivně nebo negativně na podněty s takovou situací spjaté“ (Maříková et al., 1996, 812).

Klevetová a Dlabalová (2008) zdůrazňují, že v každém věku je důležité udržovat sociální vazby a získávat nová přátelství. Někteří však dávají přednost soukromí a uzavírají se do vlastního světa. Okolí by toto jejich rozhodnutí mělo respektovat. Osobnost seniora je utvářena celým jeho předchozím vývojem. Je známo pět vyrovnávacích strategií o zvládnání vlastního stáří:

- konstruktivní strategie – senior se dokáže vyrovnat s omezeními, které stáří přináší. Snaží se být aktivní, je tolerantní, navazuje kontakty, má smysl pro humor, akceptuje svá omezení a je schopen přizpůsobit se změnám.
- strategie závislosti – jedinec je více pasivní, spoléhá na pomoc druhých a nechce se rozhodovat sám. Je pod vlivem partnera, má rád soukromí, odpočinek, neví, co je pro něj lepší. Je snadno ovlivnitelný, což pro něj může být i destruktivní.
- strategie obranná – člověk odmítá přijmout změny ve stáří. Snaží se svou soběstačnost dokázat přehnanou aktivitou a odmítá pomoc druhých. Na svých zvyklostech nechce nic měnit, bývá konfliktní.
- strategie hostility – senior je nepřátelský vůči lidem i vůči sobě samému. Je obětí svého života, chce být litován. Často bývá agresivní, stále si na něco stěžuje a vyhledává konflikty. Nerozumí si s mladými lidmi.
- strategie sebenenávisti – tento typ člověka obrací svou nenávist a zlobu proti sobě. Je sebekritický, trpí pocitem osamělosti, život hodnotí kriticky, netouží nic dělat. U těchto jedinců je těžké najít pozitivní přístup.

Vavříková (2013) popisuje pět typů osobnosti, které se od sebe liší stanovenými cíli a vnímáním své vlastní osobnosti, ale i svým postojem a přijetím odpovědnosti za vlastní život a zvládnání vlastního stáří. Tyto osobnostní typy odpovídají výše uvedeným strategiím. Jde o:

- zralý, čínorodý typ – pro tento osobnostní typ je typická vysoká úroveň sociálního přizpůsobení i tolerance
- závislý typ - směřuje více k pasivitě a závislosti než k aktivitě a soběstačnosti
- obranný typ – většinou lidé, kteří v minulosti byli profesionálně a společensky velmi úspěšní, jsou soběstační a jsou na svou soběstačnost patřičně hrdí, odmítají cizí pomoc, chtějí být nezávislí
- nepřátelský typ - vzhledem ke své nesnášenlivosti se často stahují do ústraní a jsou tak nejvíce ohroženi sociální izolací
- sebenenávisťný typ – lidé, kteří své stáří nenávidějí a považují toto období svého života za neúčinné a nezajímavé, což s sebou nese pocit osamělosti a zbytečnosti

V západním světě se stáří nechápe jako období moudrosti a zralosti, ale jako určitý úpadek a postupná ztráta schopností a chřadnutí. Individuální zkušenosti lidí se stárnutím jsou však mnohdy viděny pozitivně. Dokazuje to, že postoje ke stáří a jeho prožívání jsou velmi individuální a závisí na mnoha okolnostech. Důležitou roli hraje i to, zda se lidé během svého života dokázali vyrovnávat s náročnými situacemi, kterými museli projít. Jako jedna z možností vyrovnat se s projevy stárnutí, je pomoci člověku tento fakt přijmout. Z tohoto důvodu se téma postojů ke stáří stalo předmětem výzkumů (Bužgová & Klechová, 2011).

Janečková, Dragomirecká a Jirkovská (2017) ve svém výzkumu porovnávaly postoje ke stáří u seniorů žijících v domovech pro penzióny a jejich pečovateli. Seniori žijící v domovech pro seniory poukazují na fakt, že je potřeba se ve stáří udržovat co nejaktivněji. Nepopírají, že se cítí opravdu staří, větší důraz kladou na zdravotní stav a problémy s ním spojené. Postoje pečovatelů ke stáří byly zhodnoceny jako pozitivnější než postoje seniorů. Obě skupiny respondentů se nejvíce ztotožňovaly s otázkami fyzické aktivity, moudrosti, schopnosti vyrovnat se se životem a předáváním zkušeností mladší generaci.

Podle Warmoth, Tarrant, Abraham a Lang (2016) mnozí starší lidé vnímají stárnutí negativně, hlavně ve spojitosti se zhoršením vlastního zdravotního stavu.

1.5.1 Zjišťování postojů ke stáří a stárnutí

Ke zjišťování postojů ke stáří a stárnutí se užívá standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire), který obsahuje 24 položek hodnotících postoje člověka ve třech doménách:

- psychosociální ztráty – prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti
- fyzické změny – fyzické zdraví, kondice, cvičení, celková reflexe stárnutí
- psychologický růst – kladné zkušenosti, které můžeme označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkající se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Marquet, Missotten, et al. (2016) ve své studii chtěli ověřit francouzskou verzi dotazníku AAQ. Zkoumali postoje ke stáří a stárnutí u 238 belgických dospělých starších 60 let. Většinu respondentů tvořily ženy (66,4%) a 79,2% žilo ve vlastních domech. Účastníci výzkumu poskytly informace o demografii, vnímání svého psychického a fyzického zdraví, kvalitě života (prostřednictvím dotazníku WHOQOL-OLD). Získaná data podpořila platnost francouzské verze dotazníku AAQ pro hodnocení postojů k vlastnímu stárnutí starších lidí.

S neustále se prodlužující délkou života lidí na celém světě je nutné získávat znalosti o tom, jak starší lidé sledují své vlastní stárnutí, s ohledem na své zdraví. Low, Molzahn a Schopflocher (2013) ve své studii využili dotazník AAQ ke zjištění postojů ke stáří a stárnutí v oblasti fyzických změn, psychosociálních ztrát a psychologického růstu. Jednalo se o sekundární analýzu získaných dat z 20 zemí (včetně České republiky). Výzkumný soubor tvořilo 4 593 dospělých, jejichž průměrný věk byl 72 let (v rozmezí 60 – 100 let), 42,8% souboru byly ženy. Byly nalezeny korelace mezi všemi třemi doménami dotazníku AAQ a oblastí fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prožívání, a také k celkové kvalitě života. Autoři tvrdí, že pochopení těchto vazeb může odborníkům a politikům pomoci zvážit strategie pro zlepšení kvality života starších osob.

Dotazník AAQ byl také využit při zjišťování postojů ke stáří a stárnutí starších tureckých dospělých. Šlo o soubor 120 osob starších 65 let žijících v pečovatelských domech. Výsledky ukázaly, že mezi postoji ke stárnutí a kvalitou života existuje významný vztah. Kvalita života se zjišťovala dotazníkem WHOQOL-OLD. Nejvýznamnější vztah byl nalezen mezi doménou psychologický růst (AAQ) a smyslovým vnímáním (WHOQOL-OLD). Bylo také zjištěno, že pohlaví neovlivňuje kvalitu života, ale významnou proměnnou je v této studii štěstí (Top & Dikmetaş, 2015).

1.6 Rizikové a pozitivní faktory ve stáří

Stáří není nemoc, ale mnoho starších lidí má zdravotní problémy, které mohou vést až ke ztrátě samostatnosti a vzniku závislosti na druhých osobách. Se zvyšujícím se věkem, klesá počet samostatných osob. Ondrušová (2011) mezi rizikové faktory v životě seniora řadí:

- nesoběstačnost (fyzická, psychická, sociální a hmotná)
- odchod do důchodu
- ztráta životního partnera
- osamělost
- odchod do ústavního zařízení

Mezi stránky osobnosti člověka, které se mohou ve stáří zlepšovat a činit život bohatším je vděčnost, rozvážnost, moudrost, realistické sebepojetí, životní spokojenost, spirituálnost, hledání smyslu života, předávání kulturního dědictví.

Specifickou pozitivní stránkou osobnosti některých seniorů je humor. Ten pomáhá tlumit negativní změny, které přicházejí se stářím, a posiluje pozitivní změny, které se v život starých lidí objevují (Mareš, 2015).

1.7 Stáří a lidské potřeby

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je to něco, co živá bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj.“ (Jarošová, 2006, 32).

Sociologický slovník uvádí, že pojem „potřeby je velmi nejednoznačný“.

Potřeby - velmi nejednoznačně definovaný pojem, který označuje stav, kdy se organismu, jedinci nebo skupině něčeho nedostává, a to objektivně (strádá skutečným nedostatkem něčeho), nebo subjektivně (domnívá se, že se nedostává něčeho, na co má nárok, nebo něčeho, o čem se domnívá, že na to má nárok).“ (Maříková et al., 1996, 816).

Pro lidské potřeby existuje nejrůznější množství dělení. Podle důležitosti pro zachování života dělíme lidské potřeby na nižší (primární, biogenní, fyziologické, viscerogenní) a vyšší (sekundární, psychogenní, sociogenní, psychologické). Z holistického přístupu je možný způsob dělení na:

- biologické potřeby – vše, čeho si žádá naše tělo (potrava a tekutiny, spánek, dýchání, vylučování, odpočinek, pohyb)
- psychologické potřeby – potřeba bezpečí, jistoty, respektování lidské důstojnosti, touha po důvěře

- sociální potřeby – osobní kontakt s druhými lidmi, komunikace, láska
- duchovní potřeby – potřeba smyslu života, potřeba odpouštění (Příbyl, 2015).

Senioři potřebují uspokojovat své potřeby stejně jako kdokoliv jiný. Velmi často ale bývají odkázáni na pomoc okolí. Mezi hlavní potřeby seniorů patří pocit jistoty a bezpečí, důvěra, stabilita, jistota a spolehlivost (Dvořáčková, 2012).

Zvláštní postavení mezi lidskými potřebami seniorů má jejich sexualita a intimní vztahy. Je vnímána jako společenské tabu. Ve společnosti přetrvává názor, že sexuální aktivita v určitém věku končí, ale pro mnoho seniorů zůstává důležitým a naplňujícím aspektem života. Ne všichni jsou však na tom stejně. V době, kdy odrostlé děti odcházejí z domova, dochází u mnoha stárnoucích párů ke zvyšování citové závislosti, partneři mají více volnosti a více času na sebe a své potřeby (Dvořáčková, 2012). Naopak v mnoha případech se z různých důvodů objevuje sexuální apetence (např. hormonální pokles, nuda v partnerském životě, obava ze selhání, ztráta partnera apod.).

Podle Čevely et al. (2012) mají sexuální život a intimitu výrazně omezeni lidé, kteří žijí dlouhodobě v sociálních a zdravotnických institucích. Je zde zásadní přístup personálu k sexualitě klientů. Minimálně by se v pobytových zařízeních mělo dbát na dostatek soukromí.

1.7.1 Teorie lidských potřeb

Nejnámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil americký psycholog a představitel humanistické psychologie Abraham Harold Maslow. Jde o motivační teorii, která je založena na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují. Maslow základní potřeby sestavil do pyramidy, od potřeb nejnižších po nejvyšší.



Obrázek 1. Maslowova pyramida potřeb

Potřeby se během života mění. Jiné potřeby mají malé děti, jiné dospělí jedinci a jiné senioři. U starších osob dochází ke změnám životních potřeb. Tyto změny jsou spojovány s životní situací seniora a jeho zdravotním stavem. Již mu tolik nezáleží na potřebě seberealizace či úcty, ale stává se pro něj důležitá otázka biologických a tělesných potřeb a také potřeba bezpečí a jistoty.

Jedním z dalších psychologů, který se zabýval lidskými potřebami, je Henry Alexander Murray, který dělí lidské potřeby do dvou hlavních skupin:

- viscerogenní (primární) – potřeby vrozené, které jsou utvářeny fyziologickými procesy. Jedná se o potřeby nedostatku (kyslík, potrava, tekutiny), přebytku (sekrece, urinance, defekace), obrany a úniku (škodliviny, anomálie, bolest).
- psychogenní (sekundární) – potřeby získané, které se odehrávají převážně na nevědomé úrovni a jsou zakotveny v psychickém, povahovém založení, tvoří podstatu osobnosti. Jsou spojené s neživými předměty (zisk, uchovávání, vytváření, udržování) (Příbyl, 2015).

1.8 Aktivní stárnutí a stáří

Tento pojem byl koncem devadesátých let 20. století definován Světovou zdravotnickou organizací a označuje progresivní přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na principu solidarity, respektu k individualitě a jedinečnosti. Má za cíl zajistit vysokou kvalitu života i v pozdním věku, zapojení starších lidí do společnosti, kontakt s okolním světem (Janiš & Skopalová, 2016).

Snaha vytvářet tyto strategie souvisí s politickými a ekonomickými podmínkami. Společnost sama stárne a měla by poskytnout příležitost seniorům, kteří chtějí žít aktivně a pracovat. Důležitý je i aktivní přístup samotného seniora. Aktivní životní styl by si měl člověk vytvářet již od mládí (Hátlová, Fleischmann, & Chytrý, 2017).

Marhánková (2014) uvádí, že koncept aktivního stárnutí bezesporu přináší zásadní a vítanou změnu do způsobů, jakými bylo tradičně o stárnutí a roli seniorů a senierek ve společnosti uvažováno.

V České republice v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí byly vytvořeny národní programy, jejichž cílem je zajištění kvalitního a důstojného stárnutí. Jde o tzv. národní programy, které jsou pětileté a vždy se zabývají podrobněji určitými prioritami. Mezi tyto programy patří:

- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012

- Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017

Tyto programy obsahovaly následující základní priority:

- celoživotní učení
- zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění
- dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce
- kvalitní prostředí pro život seniorů
- zdravé stárnutí
- péče o nejstarší seniory (MPSV ČR, 2013).

Podle Vidovičové a Petrové Kafkové (2012) je aktivní stárnutí častější u seniorů žijících v domech, které jako typ bydlení poskytují více možností pro venkovní aktivity. Frekventovanější je také u těch seniorů, kteří mají možnost tyto aktivity podnikat s někým nebo pro někoho, pokud svoji domácnost sdílí s jinými osobami. Tito jedinci se více zapojují do produktivních a volnočasových aktivit.

1.8.1 Možnosti aktivního stárnutí

Jednou z možností aktivního stárnutí je dobrovolnictví seniorů. Dobrovolnictví je chápáno jako projev aktivního občanství a celosvětově je vnímáno jako velmi významná aktivita. Podpora dobrovolnictví seniorů je důležitou součástí aktivního stárnutí, starší lidé mohou uplatnit své životní a pracovní zkušenosti ve prospěch společnosti. Z jejich pohledu pak dobrovolnictví může být zdrojem sociálních kontaktů, jejich potřebnosti a kompetence i po odchodu z trhu práce. Dalším významným aspektem je, že jedinci působící jako dobrovolníci jsou celkově spokojenější. V České republice jsou nejčastější dobrovolnické práce ve sportu a zábavě, dále pak ve vzdělávacích, uměleckých a hudebních aktivitách a práci s mládeží. Dobrovolníci z řad seniorů se nijak výrazněji neodlišují od mladších dobrovolníků a míra dobrovolnictví s věkem neklesá (Kafková, 2012).

Další možností aktivního stárnutí může být prarodičovská role. Na jednu stranu je zde názor, že ideály aktivního stárnutí nemusí být slučitelné s rozsáhlým poskytováním péče o vnoučata. Vidovičová, Galčanová a Petrová Kafková (2015) naopak ve své práci potvrzují, že prarodičovství má své místo v diskurzu aktivního stárnutí. Role prarodiče je velmi obsáhlá, naplňovaná, realizovaná a vykonávaná širokou škálou aktivit, které do aktivního stárnutí patří (návštěva divadel, výlety, mezigenerační vztahy budované skrze sdílení u společného jídla, výletů apod.).

Pro seniory se také nabízí možnost navštěvovat centra pro seniory. Ty nabízejí možnost aktivního životního přístupu. Marhánková (2013) mapuje diskurz aktivního stárnutí prostřednictvím tříleté etnografické studie center, které nabízejí volnočasové aktivity pro seniory. Prostředí center ukazuje, že životní styl lidí, jež je navštěvují, je úzce svázán s jejich životní situací a sociálními charakteristikami. Mezi ně patří socioekonomický status, gender i vlastní zdravotní stav seniorů a fyzické a mentální schopnosti. V centrech se snaží o zlepšení života a zdraví seniorů. Stáří pasivní, nezvládnutí a bez zřejmé náplně se stává rizikem nejen pro jednotlivce, ale i pro společnost.

1.9 Volný čas

Volný čas můžeme v podstatě definovat jako dobu, ve které jedinec nemá žádné povinnosti vůči sobě či okolí. V tomto období se věnuje činnostem, které ho baví a přinášejí mu pocit radosti a uspokojení.

Ve Velkém sociologickém slovníku (Maříková et al., 1996, 156) je volný čas definován jako „čas, v němž člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků plynoucích ze společenské dělby práce nebo z nutnosti zachování svého biofyzilogického či rodinného systému“. Vědci se v zásadě shodují na třech funkcích volného času, které zároveň mohou sloužit i jako hierarchizační měřítko hodnoty jeho využití: člověk ve volném čase jednak odpočívá, jednak vyhledává zábavu a věnuje se jí a konečně zde také rozvíjí svou vlastní osobnost.

Aby byl čas považován za volný, musí být současně splněny čtyři podmínky:

- jedinec nemá vůči ničemu a nikomu žádné povinnosti
- prováděná činnost je výsledkem svobodného výběru
- činnost přináší uspokojení
- v dané kultuře je prováděná činnost považována za činnost ve volném čase. Zda se jedná o činnost ve volném čase je dáno nikoliv činností samou, ale tím, kdo ji vykonává (Slepičková, 2005).

1.10 Volnočasové aktivity seniorů

Významnou součástí aktivního životního stylu a aktivního stárnutí je vyplnění volného času různými aktivitami. Zvláště pro seniory, kteří již nejsou zaměstnaní, je velmi důležité, vyplnit volný čas, který jim po odchodu do důchodu vznikl.

Volnočasové aktivity jedince se proměňují v průběhu celého života. Výrazným mezníkem bývá dosažení seniorského věku, odchod do starobního důchodu a také

nepokračování v ekonomické aktivitě. Ideální by bylo pokračovat ve stávajících aktivitách. Pokud to nejde, pak je podstatné, aby byl senior ochotný vybrat si aktivity nové (Janiš & Skopalová, 2016).

Činnosti, které mohou senioři ve svém volném čase vykonávat, tvoří široký okruh. Dufková, Urban a Dubský (2008) mezi ně řadí aktivity sportovní, kulturní, vzdělávací, sociální, veřejné, rekreační a cestovatelské, hobby a manuální aktivity.

1.10.1 Kulturní aktivity

Oblast kulturních aktivit můžeme rozdělit na dvě skupiny. Jedna z nich jsou činnosti, které člověka kulturně obohacují a jejichž prostřednictvím přijímá kulturní hodnoty. Mezi tyto aktivity patří návštěva divadla, kina, koncertů a dalších kulturních akcí, ale také poslech rozhlasu či sledování televize.

Druhou skupinu tvoří činnosti, na kterých se člověk sám aktivně podílí, sám je vytváří. Mezi tyto aktivity bychom mohli zařadit různé kreativní činnosti jako například malba, tvorba dekorativních předmětů nebo tvorba hudby (Janiš & Skopalová, 2016).

1.10.2 Vzdělávací aktivity

Výchovou a vzděláváním seniorů se zabývá pedagogická disciplína gerontagogika. Vzdělávání je pro seniory důležité v tom, že zvyšuje kvalitu jejich života a také pomáhá zachovávat jejich intelekt. Najdeme ale také překážky, které jim v tom mohou zabránit. Většinou to souvisí s jejich věkem a zdravím, učení nových věcí jim zabere více času, dochází k nepochopení vysvětlované látky a významným faktorem je i stupeň aktivity a síla motivace (Janiš & Skopalová, 2016).

V současné době mají senioři dostatečnou nabídku vzdělávacích aktivit. Ty jsou nabízeny prostřednictvím vzdělávacích institucí, zájmových kroužků, klubu seniorů, ale také jako internetové kurzy apod. Jedná se především o vzdělávání v oblasti počítačových technologií a cizích jazyků, dále jsou to např. různé výtvarné a rukodělné kurzy, kurzy fotografování nebo i tréninky paměti a mozku. Nejznámější institucionální vzdělávací aktivitou pro seniory je Univerzita třetího věku. V rámci klubů pro seniory jde spíše o besedy, přednášky či exkurze. Vzdělávací aktivity nabízejí svým obyvatelům i samotné penziony pro seniory, kdy lektori docházejí za účastníky do domova.

1.10.3 Sociální aktivity

Sociální aktivity se vyznačují především navazováním sociálních vztahů, udržováním kontaktů, setkávání se s přáteli, rodinou a s lidmi ze svého okolí. Pro seniory je velmi důležité, zůstat v kontaktu se svým okolím, zapojit se do společenského života. V případě, že starší člověk tuto možnost nemá, vzniká pocit osamělosti, který může vést až k depresím.

1.10.4 Rekreační a cestovatelské aktivity

Aktivní rekreace je důležitou součástí životního stylu obyvatelstva. Tyto aktivity mají blízko ke sportovním aktivitám. Nejvýznamnější část těchto aktivit tvoří turismus. V současné době existují cestovní kanceláře, či internetové servery, které nabízí programy a pobyty přímo pro seniorskou populaci. Senioři si mohou vybrat od pobytů turistických a horských, lázeňských a wellness pobytů až po zahraniční zájezdy. Jednotlivé pobyty bývají i tematicky zaměřené, např. Mikuláš na horách, sáňkujte se svými vnuky či senioři na běžkách (Štěrbová, 2010).

Janiš a Skopalová (2016) do této skupiny aktivit řadí i zahrádkaření, houbaření, chalupaření a chataření, kutilství a cestování, které je spojeno s odpočinkem a získáváním nových poznatků. Nepatří sem pracovní, obchodní nebo studijní cesty.

1.10.5 Hobby a manuální aktivity

Označením hobby nebo koníček jsou nazývány činnosti, kterými se lidé zabývají ze zájmu či záliby ve svém volném čase. Neslouží k obživě, ale k potěšení. Jde o specifický zájem, k němuž má jedinec často i citový vztah. Koníčky často souvisí s manuální činností, může to být např. vyšívání, pletení, šití nebo modelářství, včelařství či rybaření.

Dále sem patří sběratelská činnost, mezi nejznámější patří filatelie, sbírání pivních tácků, porcelánu, modelů autíček, zbraní. Často jsou to i velmi cenné předměty a potom jde o velmi hodnotné sbírky. Tato činnost přispívá i ke společenskému setkávání a kontaktům v rámci výměny a sbírání předmětů.

1.10.6 Pohybové aktivity

Pohyb je základním projevem života. Má rozhodující vliv na uspořádání struktury pohybového aparátu a pohybovým podnětem provokujeme jednotlivé orgány k činnosti (Matouš, Matoušová, Kalavach, & Radvanský, 2002).

Pohybová aktivita je jakákoliv aktivita produkovaná kosterním svalstvem a zvyšující tepovou a dechovou frekvenci (Hodaň & Dohnal, 2008).

Pohybová aktivita má pro jedince velký význam, protože pohyb patří mezi nejzákladnější potřeby lidského organismu. Pokud má jedinec nedostatek pohybu, nedochází k dostatečné stimulaci základních fyziologických procesů a to se může projevit různými poruchami a nemocemi. Jde zejména o tyto rizikové faktory - nadváha, vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol a cukrovka. Největším přínosem pohybové aktivity je zlepšení kondice a prodloužení aktivní délky života (Pelikán & Charvát, 2011).

Mezi pohybové aktivity bychom mohli zařadit činnosti jako je tělesná výchova, aktivní hra, aktivní domácí práce, tanec, tělocvičnou aktivitu či sport.

1.10.6.1 Pohybové aktivity seniorů

Pohybové volnočasové aktivity jsou pro seniory velmi důležité. Mají význam pro udržení tělesné zdatnosti, která ve vyšším věku umožňuje zvládnání každodenní zátěže bez větších problémů. Udržují seniory v kondici, pozitivně působí na svalový a pohybový aparát těla. Dávají seniorovi pocit soběstačnosti.

Senioři mají na pohybové aktivity dostatek času, ale ve cvičení jim brání různé překážky. Může to být zdravotní stav, únava, překonání starých návyků, složitost a náročnost cviků a také strach z úrazu (Pelikán & Charvát, 2011).

Podle Dobeše, Vyroubala, Hrabského a Kosatíka (2012) mezi nejvýznamnější bariéry, které brání seniorům v pohybových aktivitách, jsou:

- osobní faktory
 - fyzické – zdraví, nemoc, zdatnost
 - psychické – očekávání kladného prožitku, který se nedostaví, necítí se být sportovcem, je jim dobře i bez sportu, pohodlnost
- faktory blízkého okolí
 - sociální – nechápe ho okolí, je mu to vytýkáno, je zesměšňován
 - ekologické – špatná doprava, časově náročné zaměstnání

Pohybové aktivity pozitivně ovlivňují život seniora ve třech oblastech:

- tělesná oblast – zlepšení zdravotního stavu, schopnost koordinace, snížení rizika úrazu. Posilování svalů ovlivňuje kosterní soustavu a uvolňuje od bolesti.
- psychická oblast – zlepšují se schopnost, redukuje se strach a stres, snížení rozkladu jemné a hrubé motoriky, pozitivní vliv na hodnoty každého člověka

- sociální oblast – programy v skupinách zlepšují kulturní a sociální vztahy, mohou se zde uzavírat nová přátelství, zlepšuje se vztah mezi generacemi, předchází se uchýlení do izolace (Janiš & Skopalová, 2016).

Aby měly pohybové aktivity na seniory pozitivní dopad, musíme proto vybrat vhodné pohybové činnosti. Tento výběr záleží na:

- zdravotním stavu
- věku
- pohlaví
- pohybových zkušenostech a výkonnosti organismu (Matouš et al., 2002).

Mezi nevhodné aktivity patří ty s vysokou intenzitou zátěže, která neodpovídá možnostem jedince. Dále jsou to prvky cvičení, která bývají do programu zařazena bez předchozí přípravy. Činnosti, které směřují ke zvyšování síly nebo posilovací cvičení, při kterých se překonávají vysoké odpory a výdrže. Skoky a dopady vedou často k úrazům. Náročná koordináční cvičení a akrobatické výkony zatěžují nervový systém a mohou být zdrojem stresu a nervové únavy (Matouš et al., 2002).

Systematická pohybová aktivita se významně podílí na zpomalení procesu stárnutí a prodloužení období fyzické zdatnosti a výkonnosti. Pohybový aparát seniorů vyžaduje cvičení, která jsou zaměřena na udržování pohyblivosti kloubů, cvičení na správné držení těla a zmírnění svalových dysbalancí. Mezi doporučené aktivity patří chůze, plavání, jízda na kole, pěší turistika, jóga, cvičení s pomůckami a přiměřené posilování, cvičení na zlepšení stavu páteře a rovnováhy (Hudáková, 2018).

Klevetová a Dlabalová (2008) popisují další pohybové aktivity jako je cvičení s hudbou, cvičení chodidel, dechová cvičení, cvičení v sedu a lehu. V současné době je velmi oblíbená také jóga a to i u velmi starých jedinců. Doporučují se i relaxační cvičení, která přispívají i k duševní pohodě.

Podle Hátlové et al. (2017) organizovaná činnost a pohybová aktivita u žen podporuje pozitivní interpersonální vazby. U mužů se pohybová aktivita jeví jako činnost relaxační, která je schopna snížit míru neuroticismu.

1.11 Péče o seniory

Mezi hlavní cíle soudobé péče o seniory patří zachování jejich autonomie, soběstačnosti a sebeobslužnosti, a to v jejich přirozeném prostředí. Odhaduje se, že asi 80% osob starších 65

let je soběstačných, 13% potřebuje pomoc s chodem domácnosti, 5% vyžaduje domácí péči ve větším rozsahu a pouze u 3% je nutná péče ústavní (Příbyl, 2015).

Problematika péče o dlouhodobě nemocné a nemohoucí seniory se dostává do centra zájmů nejen zdravotníků a sociálních pracovníků, ale i sociálních věd. Ty se zabývají důležitým společenským problémem, v němž role pečující rodiny vystupuje do popředí jako zásadní téma péče o tyto jedince (Janečková et al., 2017).

1.11.1 Rodinná péče

V české společnosti je tradiční pojetí péče o nesoběstačné členy rodiny, a to takové, že o potřeby těchto osob se v první řadě postará rodina. Sociální služby bývají využívány až ve chvíli, kdy rodina péči o takového člena rodiny sama nezvládá (Svobodová, 2006).

Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot starého člověka a setrvání v péči své rodiny, je považováno za optimální způsob péče o seniory. V současné době však mladé rodiny nežijí se svými rodiči ve společné domácnosti, a také moderní trend vícegenerační soužití nepodporuje (Jarošová, 2006).

Podle Dvořáčkové (2012) představuje rodina pro každého člověka zázemí a jistotu. Senioři velmi oceňují dobré rodinné vztahy. Dobře fungující rodina může starému člověku zajistit psychickou, fyzickou i hmotnou pomoc a rozvíjet jeho aktivity. Naopak soužití se seniory zprostředkovává mladším generacím nezažitě zkušenosti a napomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi.

Samotné rozhodnutí pečovat o nesoběstačného člena rodiny je významným okamžikem v životě rodiny. Dojde ke změně chodu rodiny a jejich zvyklostí, zvláště pokud senior žil doposud ve svém bytě. Je nutné si zjistit potřebné informace a přehodnotit stávající životní styl. Na péči o nesoběstačného člena rodiny by se měl podílet každý její člen (Příbyl, 2015).

Sýkorová (1996) upozorňuje na nejčastější bariéry v péči o přestárlé rodinné příslušníky: geografická vzdálenost bydliště, povinnosti ke členům vlastní rodiny, pracovní povinnosti, nekvalitní vztahy mezi rodiči a dospělými dětmi, nedostatečné kompetence dítěte péči poskytnout.

1.11.2 Zdravotní péče

Podle Čevely, Čeledové, Kalvacha, Holčíka, a Kubů (2014) je úroveň zdraví lidí v České republice horší, než by mohla být. Nedaří se jim vysvětlit, že jejich vlastní podíl péče o své zdraví je velmi důležitý a mohou své zdraví podstatně ovlivnit.

Základní (primární) zdravotní péči seniorům poskytuje praktický lékař pro dospělé. V péči o seniory by měl spolupracovat s rodinou i s ostatními složkami primární péče, jako je např. domácí ošetrovatelská péče a jiné neziskové organizace. Domácí ošetrovatelská péče je hrazena z prostředků zdravotního pojištění a je poskytována na základě doporučení praktického lékaře. Tuto péči zajišťují různé agentury (charitativní, městské, soukromé či státní), ale je nezbytná i spolupráce rodiny. Mezi typické úkony domácí péče patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, fyzioterapie a poskytování poradenství. Rodiny také využívají možnost zapůjčení ošetrovatelských, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (Dvořáčková, 2012).

Zdravotní péči v České republice vymezuje zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Zdravotní péčí se rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem:

- předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu
- udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu
- udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení
- pomoci při reprodukci a porodu
- posuzování zdravotního stavu (MZ ČR, 2011).

Druhy zdravotní péče se dělí podle časové naléhavosti na péči neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou. Podle účelu jejího poskytnutí se péče dělí na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, ošetrovatelskou, paliativní, lékárenskou a klinickofarmaceutickou (Čevela et al., 2014).

1.11.3 Sociální péče

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je v maximální možné míře začlenit do společnosti. Jejich prostřednictvím je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při chodu domácnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Podporují rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele v jeho vlastním prostředí, zachování jeho životního stylu a snížení sociálních a zdravotních rizik (Dvořáčková, 2012).

Podmínky poskytování podpory a pomoci fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci upravuje v České republice Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Podle něj má každá osoba nárok na bezplatné poskytnutí sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní.

1.11.3.1 Příspěvek na péči

Osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby se poskytuje příspěvek na péči. Na tento příspěvek mají nárok osoby starší jednoho roku, pokud splňují podmínky pro získání tohoto příspěvku. Výše příspěvku se pohybuje od 880,- Kč do 13 200,- Kč dle stupně závislosti. Při posuzování se hodnotí schopnosti zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita
- orientace
- komunikace
- stravování
- oblékání a obouvání
- tělesná hygiena
- výkon fyziologické potřeby
- péče o zdraví
- osobní aktivity
- péče o domácnost (MPSV ČR, 2006).

1.11.3.2 Zařízení sociálních služeb

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- azylové domy
- domy na půl cesty
- zařízení pro krizovou pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny
- terapeutické komunity
- sociální poradny

- sociálně terapeutické dílny
- centra sociálně rehabilitačních služeb
- pracoviště rané péče
- intervenční centra
- zařízení následné péče (MPSV ČR, 2006).

1.11.3.3 Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Mezi tyto služby patří:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- tísňová péče
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (MPSV ČR, 2006).

Pečovatelská služba (§40)

je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje v domácnostech nebo v zařízeních sociálních služeb. Obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (MPSV ČR, 2006).

Domovy pro seniory (§49)

poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti, které tato služba poskytuje, patří:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MPSV ČR, 2006).

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§66)

jsou ambulantní nebo terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením a obsahují tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (MPSV ČR, 2006).

1.12 Kvalita života

Pojem kvalita života je v současné době často používaný, ale dosud nemáme jeho jednoznačnou definici. Jinak význam tohoto pojmu chápe laická veřejnost, jinak odborná. Původně nebyl vědeckým pojmem, i když byl zmiňován v několika ekonomických pracích. Do podvědomí veřejnosti vstoupil až v 60. letech 20. století jako metaforický výraz, který použil

tehdejší americký prezident Johnson a shrnoval sociálně-politické cíle administrativy USA (Mareš, 2014).

Dragomirecká a Bartoňová (2006) vyjadřují názor, že kvalita života je jedním z nejčastěji používaných pojmů současné medicíny. Zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů. V současné době, kdy je charakteristické prodloužení délky života, nad nemocemi infekčními převažují nemoci chronické a dlouhodobé, se za hlavní cíl medicíny nepovažuje zdraví nebo prodloužení života, ale zachování nebo zlepšení kvality života.

Dle Heřmanové (2012) se tento pojem stal běžnou součástí slovníku současné populace. Jde o sousloví, které si přivlastnila řada vědních disciplín. Pojem kvalita života je interdisciplinární, multidimenzionální, ale i kontroverzní a těžko uchopitelný.

Kvalita života je spojována s jedincem, jeho potřebami, požadavky, prostředím ve kterém žije. Můžeme ji chápat jako výsledek spojení sociálních, zdravotních, ekonomických i environmentálních faktorů. Zahrnuje otázky smyslu života, pocit vlastní užitečnosti i hodnocení vlastní spokojenosti. Kvalita života zahrnuje oblast materiální, duchovní, společenskou a individuální (Dvořáčková, 2012).

Veenhoven (2000) ve své „teorii čtyř kvalit“ považuje kromě ekologických, sociálních, ekonomických a kulturních podmínek kvality života za důležité také fyzické a duševní zdraví, užitečnost člověka pro jeho okolí, jeho morální vývoj, subjektivní pohodu, spokojenost, štěstí a pocit smysluplnosti. Vymezuje čtyři základní kvality života:

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

1.12.1 Kvalita života seniorů

Ve stáří je kvalita života podmíněna několika faktory, jako jsou geny, vznik a průběh nemocí, které u člověka vedou k omezením nebo projevům předčasného nebo urychleného stárnutí až ke smrti. Jde o soubor individuálních vlivů a podmínek, které označujeme jako životní styl a životní podmínky, ale také o působení sociálně psychologických vlivů – životní a pracovní pohody, životní jistoty, vztahů apod. (Zvoníková, 2012). Wernerová a Zvoníková (2016) doplňují, že záleží na subjektivním zhodnocení situace seniorem, na jeho schopnosti sebeobsluhy, mobility, schopnosti rozhodovat a orientovat se, a tak ovlivňovat chod svého vlastního života.

Souza, Carvalho a Ferreira (2018) tvrdí, že úspěšné a spokojené stáří vyplývá z kvality života a pohody, kterou si člověk buduje ve všech stádiích stárnutí. Uvádí, že kvalitu života seniorů ovlivňuje věk, pohlaví a nebezpečí pádu, který by mohl vést ke zdravotním komplikacím. Dále mohou ovlivnit kvalitu života seniorů i psychická onemocnění, zejména deprese, které patří k vážným zdravotním problémům moderní společnosti (Trajkov et al., 2018).

Řada seniorů ovšem nepovažuje vyšší věk, přítomnost nemoci či zdravotního postižení jako příčinu zhoršené nebo nedostatečné kvality života. Kvalita života je záležitost individuální a každý jedinec ji vnímá svým vlastním způsobem (Zvoníková, 2015).

K lepší kvalitě života přispívá i zdravý životní styl, aktivní trávení volného času a pohybová aktivita. Mokrá a Wittmannová (2016) uvádějí, že pohybové aktivity u seniorů napomáhají zvládnání každodenních činností a ke zlepšování tělesné zdatnosti. Hátlová, Fleischmann a Chytrý (2017) se domnívají, že aktivní činnost podporuje dobré vztahy k druhým lidem, což je v případě starších osob velmi důležité. Dle Vidovičové a Petrové Kafkové (2012) se zdají být aktivnější lidé, kteří jsou vzdělanější, subjektivně bohatší s pozitivním náhledem na současnost. Zavázalová (2001) naopak tvrdí, že úspěšného a spokojeného stáří může dosáhnout každý senior, ať už je aktivní či nikoliv. Důležitý je především jeho vnitřní postoj k vlastnímu životu.

Podle Ondrušové (2011) je zřejmé, že předpoklady kvalitního života ve stáří jsou dány celou řadou vnějších i vnitřních faktorů. Rozhodujícím faktorem je pak zdraví, dále schopnost sebeobsluhy, mobilita, rodinný život, ztráta životního partnera, osamělost a pocit bezpečí.

Podstatným znakem hodnocení kvality života seniorů však zůstává jejich spokojenost s vlastním životem (Hudáková, Eliášová, Magurová, Majerníková, & Obročníková, 2017).

1.12.2 Zjišťování kvality života u seniorů

Zjišťování kvality života je prováděno ze tří perspektiv:

- objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí
- subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
- subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Křivohlavý (2002) dělí metody měření kvality života na tři skupiny:

- metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba
- metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba

- metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

Vařurová a Mühlpachr (2005) dělí nástroje měření podle objektivnosti na:

- objektivní metody měření kvality života:
 - APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation systém) – hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu
 - The Karnofsky Performance Scale – vytvořen pro hodocení paliativní léčby u pacientů s rakovinou plic
 - VAS (Visual Analogue Scale) – vizuální škálování celkového stavu pacienta
 - ILF (Index kvality života)
 - QL (Spitzer Quality of Life Index) – pro zjištění zdravotního stavu a kvality života u pacientů s rakovinou před a po ukončení terapie
 - subjektivní metody měření kvality života:
 - SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) – diagnostikování kvality života
 - SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting) – individualizované měření kvality života
 - LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) – strukturovaný sebesuzující rozhovor
 - LQoLP-EU (Lancashire Quality of Life Profile – European Version) – verze pro Evropu
 - Dotazník SQUALA
 - smíšené metody:
 - MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)
 - LSS (Life Satisfactory Scale) – škála životního uspokojení
- Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví (HRQOL):
- WHOQOL-100
 - WHOQOL-BREF
 - MOS Core Measures – měření kvality života vztahované ke zdraví
 - Dotazník SF-36 (Short-Form Health Survey) – sebesuzující nástroj hodnotící zdraví vnímané pacientem
 - The EuroQoL – EQ-5D – měření výsledků zdravotní péče
 - Dotazník QLS-100 (Quality of Life Self-Assessment) – upevnění vztahu pacient-lékař
 - SIP (The Sickness Impact Profile) – měří dopad nemoci na chování

- NHP (Nottingham Health Profile) – laické hodnocení zdraví (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Nejčastější formou zjišťování kvality života u osob v seniorském věku je použití dotazníků a strukturovaných rozhovorů. Všeobecné (generické) dotazníky se užívají pro jakýkoliv soubor pacientů nebo zdravé populace. Speciální dotazníky jsou určeny pro pacienty s určitými potížemi. Měřením kvality života se v České republice od poloviny 90. let zabývá Psychiatrické centrum v Praze (Ondrušová, 2011).

1.12.2.1 WHOQOL-100

WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) je dotazník zaměřený na měření kvality života, který vyvinula Světová zdravotnická organizace. Podnět k vytvoření tohoto dotazníku zaměřeného na měření kvality života dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. Později byla sestavena pracovní skupina WHOQOL, kterou tvořili zástupci 15 výzkumných center z celého světa a která se zabývala tvorbou dotazníku kvality života. Dotazník WHOQOL-100 sestává ze 100 položek, které zahrnují 24 aspektů života sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života. Dotazník je určen pro populaci do 65 let, jeho vyplnění trvá 20 – 30 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

1.12.2.2 WHOQOL-BREF

Pro potřeby klinické praxe byla vytvořena zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100, která obsahuje 26 položek. Výsledky dotazníku jsou rozděleny do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím). Dotazník je určen pro populaci do 65 let, jeho vyplnění trvá 5 – 10 minut, administrace formou rozhovoru 15 – 20 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

1.12.2.3 WHOQOL-OLD

Pro zkoumání kvality života ve vyšším věku doporučují autoři české verze k dotazníku WHOQOL-BREF použít ještě speciální modul pro vyšší věk WHOQOL-OLD. V tomto dotazníku je hodnoceno šest oblastí, které vymezují aspekty kvality života a jsou důležité pro osoby vyššího věku: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, postoj ke smrti a umírání, intimita (Dvořáčková & Kajanová, 2012).

1.12.2.4 SQUALA

Standardizovaný dotazník SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) byl sestaven v roce 1992 a původně byl určen pro posuzování kvality života osob s duševními potížemi. V současnosti se používá k hodnocení kvality života u širokého spektra možných cílových skupin, zvláště u lidí s nejrůznějšími zdravotními diagnózami. Zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci, a hodnotí, nakolik je člověk spokojen nebo nespokojen s oblastmi života, které sám považuje za důležité (Dragomirecká et al., 2006).

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ve své bakalářské práci se zabývám hodnocením kvality života osob v seniorském věku a zjišťováním jejich postojů ke stáří a stárnutí. Pro zjišťování kvality života respondentů byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Postoje ke stáří a stárnutí byly zjišťovány prostřednictvím standardizovaného dotazníku AAQ (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Šetření bylo doplněno o anketu vlastní konstrukce s otázkami, které zjišťovaly informace o věku, pohlaví, rodinném stavu, finanční situaci, bydlení a místě bydliště, vzdělání a zaměstnání respondentů. Dále jsem se dotazovala na frekvenci jejich pohybových a společenských aktivit, zda mají k dispozici kolo, auto, chatu, chovají nějaké zvíře. Také se měli vyjádřit ke svému zdravotnímu stavu a kvalitě života.

Cílem mé bakalářské práce je:

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

Pro splnění výše uvedených cílů bakalářské práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň kvality života seniorů dle dotazníku WHOQOL-BREF u celého souboru respondentů?
2. Ovlivňují vybrané proměnné výsledky kvality života seniorů?
3. Jaké jsou postoje seniorů ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ u celého souboru respondentů?
4. Ovlivňují vybrané proměnné postoje seniorů ke stáří a stárnutí?

3 METODIKA

Pro dosažení výsledků výzkumného šetření bylo využito formy kvantitativního typu výzkumu u respondentů žijících v domácím prostředí a v sociálním zařízení. Pro zjištění kvality života seniorů byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Dále byl použit dotazník AAQ, který zjišťuje postoje seniorů ke stáří a stárnutí. Projekt výzkumné práce s názvem Hodnocení kvality života seniorů byl schválen EK FTK UP pod jednacím číslem 71/2017 dne 27. 11. 2017.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 83 respondentů. Jednu část souboru tvořila skupina respondentů žijících v domově pro seniory (n = 33), druhou částí je skupina seniorů žijících v domácím prostředí (n = 50). Kritériem pro výběr respondentů byl věk 60 let a více. Charakteristika výzkumného souboru je popsána v tabulce 1.

Tabulka 1.

Charakteristika výzkumného souboru v četnosti a procentech (n = 83)

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru	n	Pohlaví		%
			ženy	muži	
Věk	rané stáří: 60 – 74 let	40	21	19	48
	vlastní stáří: 75 – 89 let	32	24	8	39
	dlohověkost: 90 let a více	11	10	1	13
Pohlaví	muž	28			34
	žena	55			66
Bydlení	v zařízení	33	28	5	40
	doma	50	23	27	60
Vzdělání	základní	12	11	1	15
	střední bez maturity	35	20	15	42
	střední s maturitou	25	18	7	30
	vysokoškolské	11	6	5	13
Rodinný stav	svobodný/á	10	8	2	12
	rozvedený/á	8	6	2	10
	ženatý/vdaná, s druhem	34	15	19	41
	vdovec/vdova	31	26	5	37

Tabulka 1.

Charakteristika výzkumného souboru v četnosti a procentech (n = 83) – pokračování

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru	n	Pohlaví		%
			ženy	muži	
Zaměstnání	v řádném pracovním poměru	3	2	1	4
	nepracuji, pobírám důchod	74	52	22	89
	stále pracuji a pobírám důchod	6	1	5	7
	zaměstnaný na částečný úvazek	0	0	0	0
Místo bydliště	velké město	27	16	11	33
	středně velké město	19	12	7	23
	menší město	26	20	6	31
	malá obec/vesnice	11	7	4	13
Finanční situace	výrazně podprůměrné	2	2	0	2
	mírně podprůměrné	10	7	3	12
	průměrné	61	42	19	74
	mírně nadprůměrné	10	4	6	12
	výrazně nadprůměrné	0	0	0	0
Kolo	ano	33	16	17	40
	ne	50	39	11	60
Auto	ano	32	14	18	39
	ne	51	41	10	61
Chata/chalupa	ano	9	5	4	11
	ne	74	50	24	89
Zvíře	ano	21	11	10	25
	ne	62	44	18	75
Pohybové aktivity organizované	ano	38	29	9	46
	ne	45	26	19	54
Společenské akce	ano	38	31	7	46
	ne	45	24	21	54
Kouření	ano	6	5	1	7
	ne	77	50	27	93
Zdravotní stav	velmi spokojený/á	4	4	0	5
	spíše spokojený/á	36	23	13	43
	ani spokojený/á - ani nespokojený/á	24	16	8	29
	spíše nespokojený/á	17	10	7	21
	úplně nespokojený	2	2	0	2
Kvalita života	velmi dobrá	10	7	3	12
	dobrá	49	31	18	59
	ani dobrá - ani slabá	18	15	3	22
	slabá	6	2	4	7
	velmi slabá	0	0	0	0

Poznámka. n = základní soubor; % = procenta

3.2 Průběh a organizace výzkumu

První část respondentů tvoří senioři žijící v penziencech pro seniory. Pro svůj výzkum jsem zvolila dvě zařízení – Domov sv. Norberta v Olomouci na Svatém Kopečku a Dům pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici. Nejprve jsem zkontaktovala vedoucí zdravotní péče a jejich prostřednictvím jsem zaslala žádost o provedení šetření na vedoucí domova (příloha 1, příloha 2). Po jejich souhlasu jsem si domluvila osobní schůzky. V Domově sv. Norberta jsme dotazníky vyplňovali kolektivně v rámci společného programu obyvatelů. Předčítala jsem otázky a respondenti kroužkovali odpovědi ve svých dotaznících. V Domě pokojného stáří sv. Anny jsem navštěvovala jednotlivé respondenty na jejich pokojích, předčítala jsem otázky a kroužkovala odpovědi sama. Druhá část respondentů jsou lidé žijící v domácím prostředí. Tito byli osloveni mnou osobně nebo prostřednictvím členů mé rodiny či přátel.

Každý respondent byl seznámen s důvodem výzkumného šetření, osobně nebo prostřednictvím přiložené informace (příloha 3). Pokud s účastí ve výzkumu souhlasil, podepsal informovaný souhlas o anonymitě výzkumného šetření (příloha 4). Následovalo vyplnění ankety vlastní konstrukce (příloha 5), dotazník kvality života WHOQOL-BREF (příloha 6) a dotazník zjišťování postojů ke stáří a stárnutí AAQ (příloha 7). Některé otázky respondenty pobavily, u některých déle přemýšleli nebo si je spojovali se svým osobním příběhem.

Vyplněné dotazníky jsem zkontrolovala, roztřídila a následovalo zapisování získaných dat do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2016. Data byla následovně zaslána ke statistickému zpracování (viz kapitola 3.5).

3.3 Použité metody

Pro svůj výzkum jsem si vybrala metodu dotazníkového šetření. Pro zjišťování kvality života seniorů byla zvolena česká verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Tímto dotazníkem proběhlo hodnocení kvality života v oblastech fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pro zjištění postojů seniorů ke stáří a stárnutí v doménách psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst byl použit standardizovaný dotazník AAQ.

3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků

3.4.1 WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment)

WHOQOL-BREF je standardizovaný dotazník, který byl vytvořen jako zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100 pro potřeby klinické praxe. Tento dotazník (příloha 6) zahrnuje čtyři domény: fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2), sociální vztahy (DOM3) a prostředí (DOM4), které obsahují 24 otázek. Dále jsou zde dvě samostatné otázky, hodnotící celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje od minima 4 do maxima 20, vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života. Dotazník vyplňuje sám respondent nebo může být předložen formou rozhovoru. Pokud respondent vyplňuje dotazník sám, vyplnění trvá 5 – 10 minut, administrace formou rozhovoru trvá přibližně 15 – 20 minut (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Tabulka 2

Přehled domén a položek dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006)

domény		položky	
fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity	
	q4	závislost na lékařské péči	
	q10	energie a únava	
	q15	pohyblivost	
	q16	spánek	
	q17	každodenní činnosti	
	q18	pracovní výkonnost	
	q18	pracovní výkonnost	
prožívání	q5	potěšení ze života	
	q6	smysl života	
	q7	soustředění	
	q11	přijetí tělesného vzhledu	
	q19	spokojenost se sebou	
	q26	negativní pocity	
sociální vztahy	q20	osobní vztahy	
	q21	sexuální život	
	q22	podpora přátel	
prostředí	q8	osobní bezpečí	
	q9	životní prostředí	
	q12	finanční situace	
	q13	přístup k informacím	
	q14	záliby	
	q23	prostředí v okolí bydliště	
	q24	dostupnost zdravotní péče	
	q25	doprava	
	2 samostatné položky	Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

3.4.2 AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire)

Standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace AAQ (příloha 7) hodnotí postoje ke stáří a stárnutí. Obsahuje 24 položek hodnotících postoje člověka ve třech doménách:

- doména psychosociální ztráty (PSZTRAT) obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti
- doména fyzické změny (FYZZMEN) se týká fyzického zdraví, kondice, cvičení a celkové reflexe stárnutí
- doména psychologický růst (PRUST) zahrnuje kladné zkušenosti, které můžeme označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkající se především pozitivního vztahu k sobě a okolnímu světu (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Hodnoty hrubého skóru se pohybují v rozmezí 8 – 40, čím vyšší je skóre, tím více se respondenti ztotožňují s otázkami v jednotlivých doménách dotazníku.

Tabulka 3

Přehled položek a dimenzí dotazníku AAQ ((Dragomirecká & Prajsová, 2009)

domény		položky
psychosociální ztráty	aaq7	stáří je čas samoty
	aaq10	stáří je čas depresí
	aaq14	je obtížné hovořit o pocitech
	aaq17	stáří je období ztrát
	aaq21	ztráta fyzické soběstačnosti
	aaq24	je obtížné najít si přátele
	aaq32	nejsem začleněný do společnosti
fyzické změny	aaq34	cítím se vyřazený
	aaq12	cvičení je důležité
	aaq13	stárnutí je snazší
	aaq16	necítím se starý
	aaq19	identita není dána věkem
	aaq20	mám dost energie
	aaq22	fyzické problémy mě neomezuji
	aaq36	zdravotní stav je dobrý
	aaq37	udržuji se aktivní
	aaq30	můj život má význam
	aaq33	příklad mladým lidem

Tabulka 3

Přehled položek a dimenzí dotazníku AAQ ((Dragomirecká & Prajsová, 2009) - pokračování

domény		položky
psychologický růst	aaq2	lepší vyrovnání se životem
	aaq4	je výsadou dožít se vyššího věku
	aaq8	moudrost přichází s věkem
	aaq9	stáří přináší příjemné věci
	aaq15	jsem vůči sobě tolerantnější
	aaq25	předávání zkušeností
	aaq30	můj život má význam
	aaq33	příklad mladým lidem

3.4.3 Anketa vlastní konstrukce

Anketa vlastní konstrukce (příloha 5) zjišťuje základní informace o respondentech výzkumného souboru. Jedná se o věk, pohlaví, způsob bydlení, dosažené vzdělání, rodinný stav, zaměstnání, velikost místa bydliště, finanční situace, možnost užívání kola, auta, chaty/chalupy, zda mají zvíře, frekvence pohybových a společenských aktivit, kouření, kvalitu života a zdravotní stav.

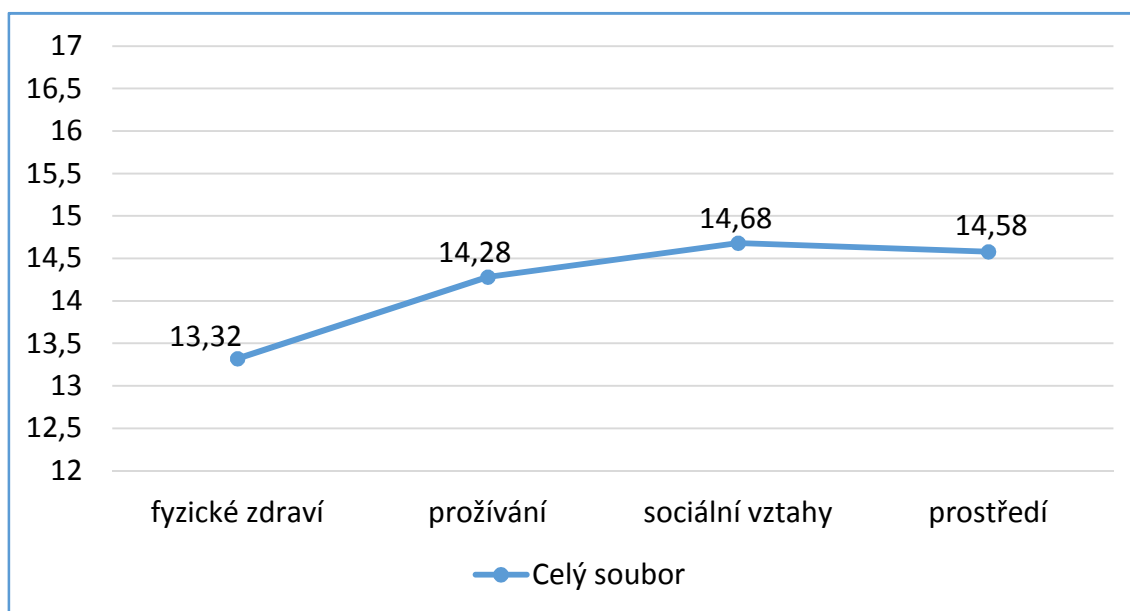
Z tohoto dotazníku budou vybrány některé proměnné, u nichž budeme zjišťovat, zda mají vliv na výsledky šetření v rámci dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ.

3.5 Statistické zpracování dat

Pro statistické zpracování dat byl použit statistický program Statistica. Získaná data byla vložena do tabulky Microsoft Office Excel 2016. Pro určování statistické významnosti byl využit Mann-Whitneyův U test a Kruskal-Wallisův ANOVA test ($p \leq 0,05$). Pro zjištění vztahu mezi doménami jednotlivých dotazníků (WHOQOL-BREF a AAQ) byla použita Spearmanova korelace ($p \leq 0,05$).

4 VÝSLEDKY

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

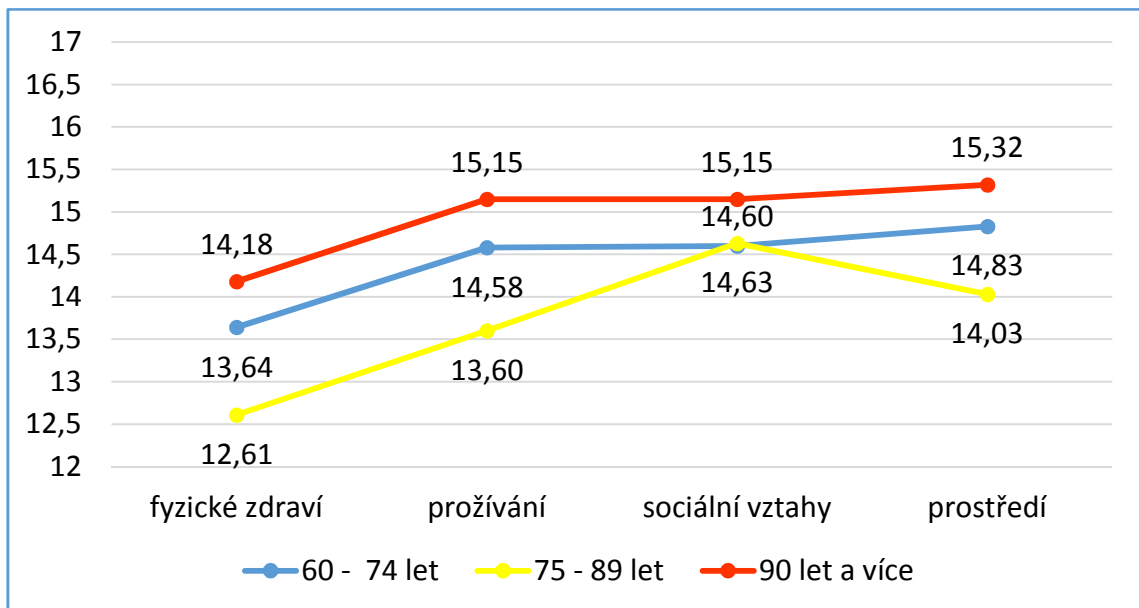


Obrázek 2. Hodnocení kvality života u všech respondentů dle WHOQOL-BREF

Z grafu vyplývá, že senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy (14,68). Respondenti žijící v zařízeních pro seniory i respondenti žijící v domácím prostředí jsou spokojeni se svými osobními vztahy, podporou své rodiny a přátel i sexuálním životem. Nejnižší kvalitu života hodnotí senioři v doméně fyzické zdraví (13,32).

4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života

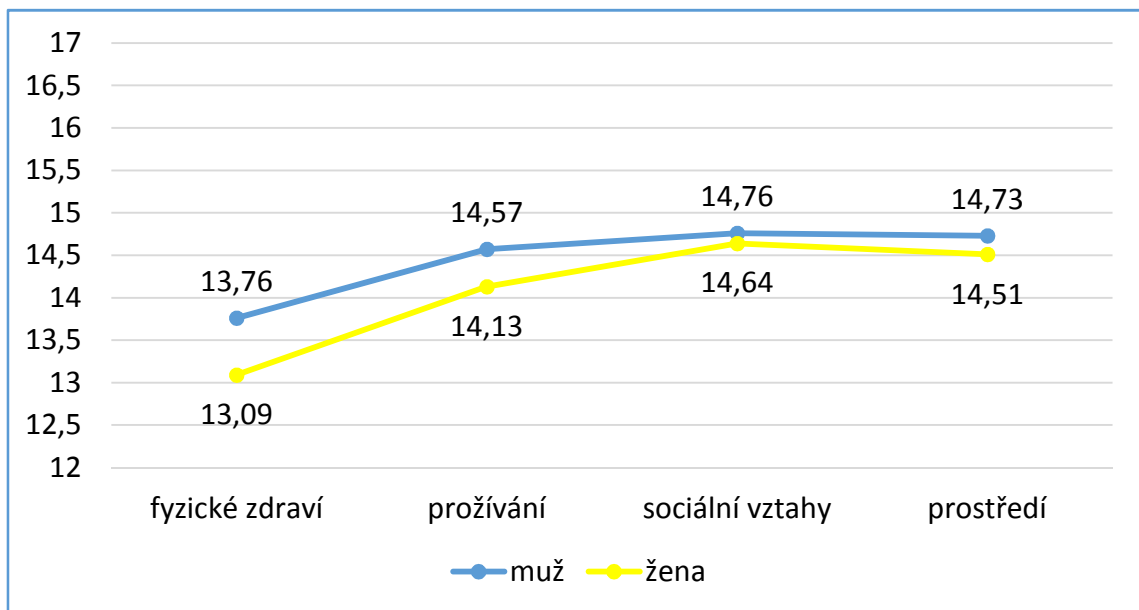
a) Ovlivňuje věk výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 3. Hodnocení kvality života dle věku (WHOQOL-BREF)

Respondenty jsme podle věku rozdělili do tří skupin. První skupinu tvořili senioři ve věku 60 – 74 let ($n = 40$), další skupina byla ve věku 75 – 89 let ($n = 32$) a poslední skupina byli senioři starší 90 let ($n = 11$). Při tomto rozdělení hodnoceného souboru respondentů nebyla dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu ($p \leq 0,05$) nalezena statistická významnost v žádné doméně. V našem souboru tedy nemá věk vliv na hodnocení kvality života.

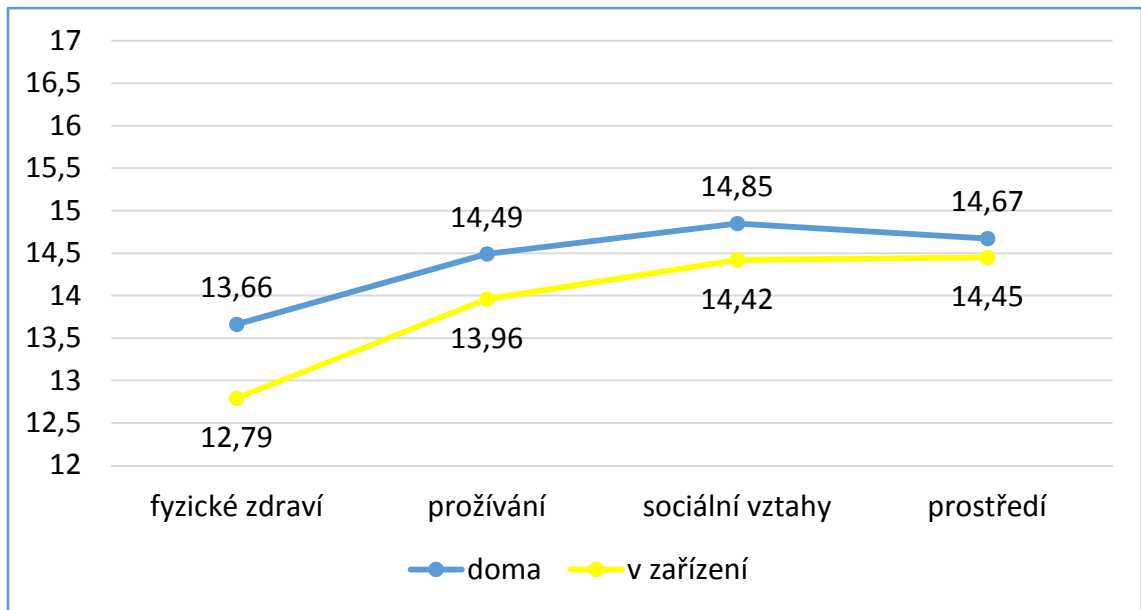
b) Ovlivňuje pohlaví výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 4. Hodnocení kvality života dle pohlaví

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem výzkumném souboru u proměnné pohlaví nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi muži ($n = 28$) a ženami ($n = 55$) v žádné z domén. V našem výzkumném souboru tedy nemá pohlaví vliv na hodnocení kvality života. U obou pohlaví je nejvýše hodnocena kvalita života v doméně sociální vztahy.

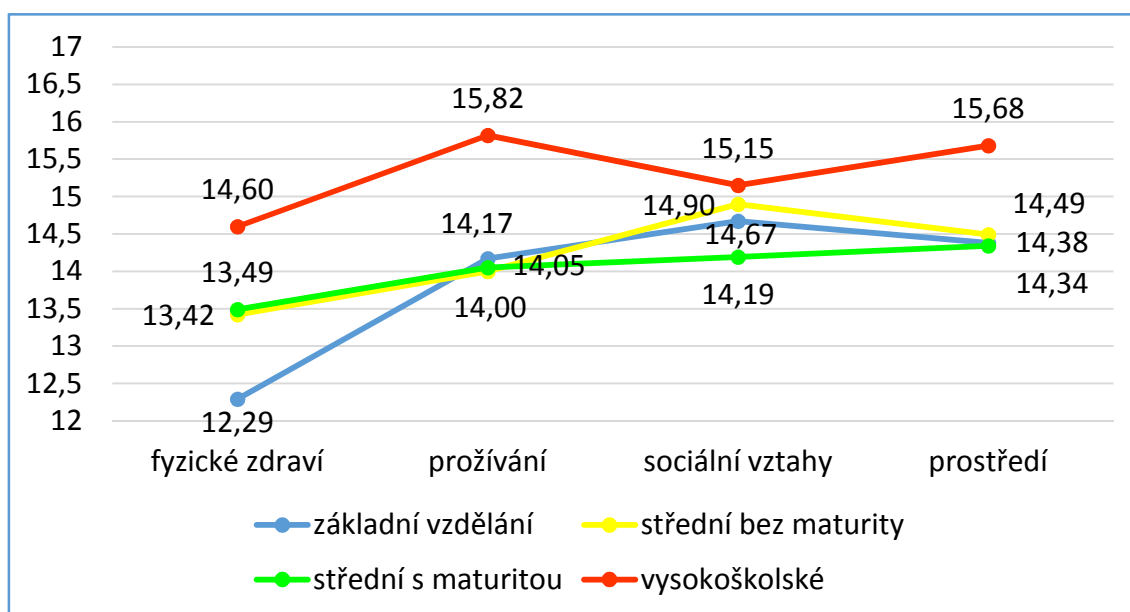
c) Ovlivňuje způsob bydlení výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 5. Hodnocení kvality života dle způsobu bydlení (WHOQOL-BREF)

Dle Mann-Whitneyova U Testu se v našem výzkumném souboru neprokázala u proměnné způsob bydlení statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné z domén dotazníku. Obě skupiny, senioři žijící v zařízení ($n = 33$) i senioři žijící v domácím prostředí ($n = 50$) hodnotí kvalitu života nejvýše v doméně sociálních vztahů.

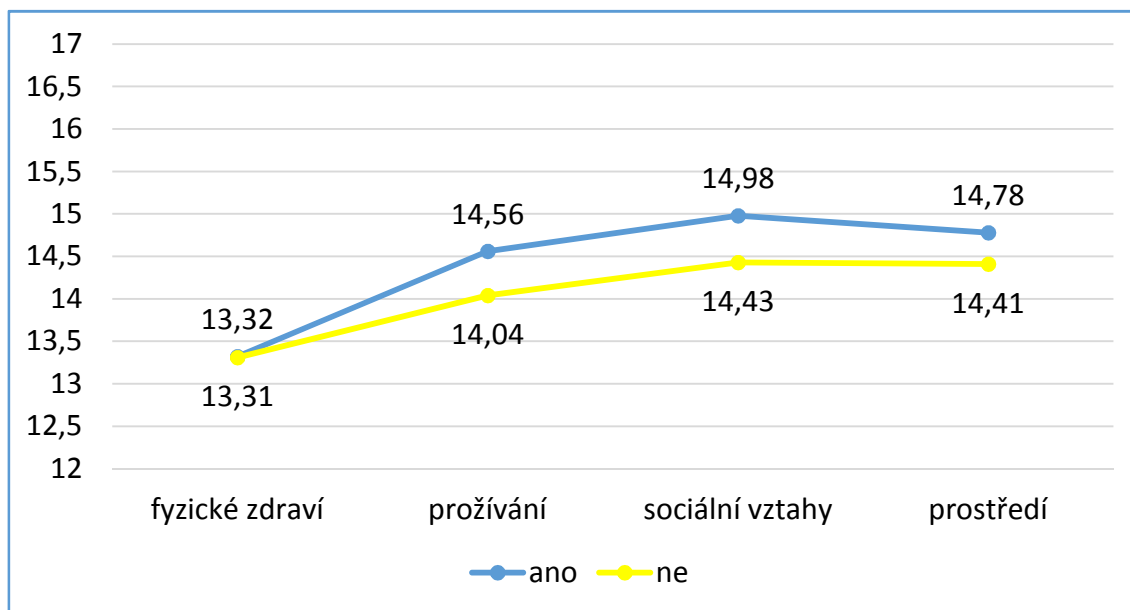
d) Ovlivňuje vzdělání výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 6. Hodnocení kvality života dle vzdělání (WHOQOL-BREF)

Další proměnnou, podle které jsme hodnotili kvalitu života seniorů, bylo dosažené vzdělání. Byly vytvořeny čtyři skupiny. První skupina obsahovala respondenty se základním vzděláním ($n = 12$), další se středním bez maturity ($n = 35$), střední s maturitou ($n = 25$) a vysokoškolské vzdělání ($n = 11$). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné vzdělání neprokázala v žádné z domén. Získané vzdělání tedy nemá na hodnocení kvality života našich dotazovaných vliv.

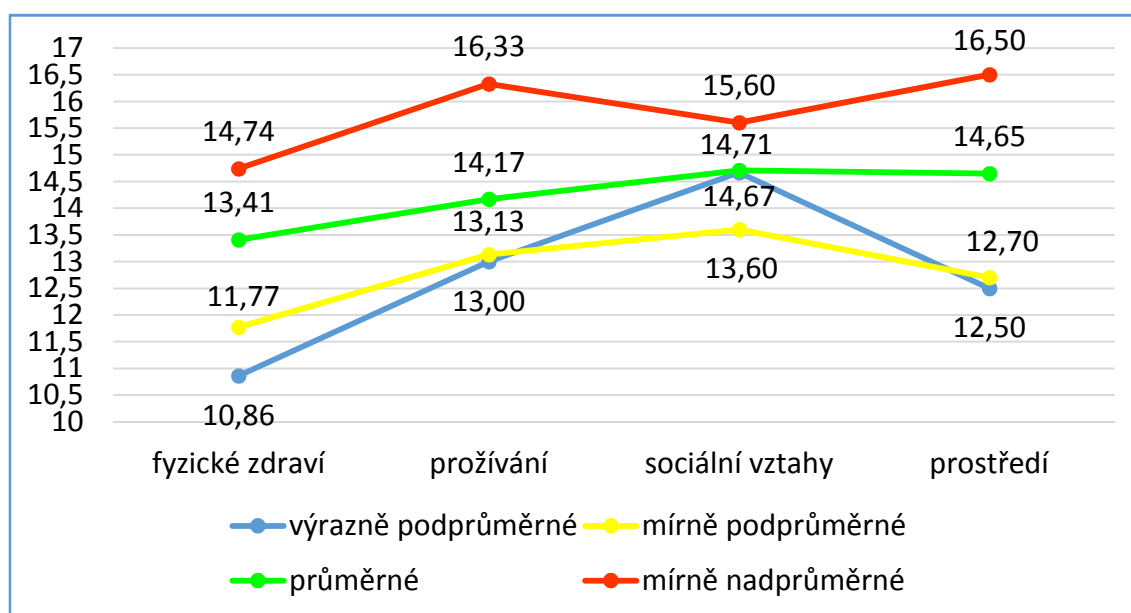
e) Ovlivňuje provozování pohybové aktivity výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 7. Hodnocení kvality života dle pohybové aktivity (WHOQOL-BREF)

Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) v našem výzkumném souboru v proměnné pohybové aktivity neprokázala v žádné z domén. Provozování pohybových aktivit u respondentů našeho souboru nemá vliv na hodnocení kvality jejich života. V anketě osobní konstrukce se senioři mohli vyjádřit k frekvenci provádění pohybových aktivit, svým možnostem a omezením. Z celkového počtu 33 seniorů bydlících v zařízení se pravidelně organizované pohybové aktivitě 1 – 3x týdně věnuje 30% seniorů, 70% jsou necvičící. U seniorů žijících doma ($n = 50$) cvičí 24% a 76% osob je necvičících. Mezi organizované pohybové aktivity senioři žijící v zařízení zařadili rehabilitační cvičení a společná cvičení v domově, senioři žijící v domácím prostředí volí jógu, tai-chi, fotbal nebo cvičení pro seniory. Neorganizované pohybové aktivity s frekvencí 1 – 3x týdně provádí 27% seniorů bydlících v zařízení, 73% necvičí. U seniorů žijících v domácím prostředí je to 40% necvičících a 60% cvičících. U neorganizované pohybové aktivity pak senioři bydlící v zařízení volí jógu, cvičení nohou, cvičení na pedálovém trenažéru, cvičení na páteř, cvičení na protahování a posilování. Senioři žijící doma preferují chůzi, jízdu na kole, cvičení s míčem, gymnastiku, rozcvičky, cvičení na páteř a prostrná cvičení. Jako důvody k neprovozování pohybové aktivity v celém zkoumaném souboru ($n = 83$), senioři uvedli špatný zdravotní stav (32%), nedostatek příležitostí (10%), jiné důvody např. že necítí potřebu cvičit, nemají dostatek vůle (10%) a 48% respondentů své důvody neuvědomilo.

f) Ovlivňuje finanční situace výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 8. Hodnocení kvality života dle finanční situace (WHOQOL-BREF)

Seniorům bylo nabídnuto pět variant hodnocení jejich finanční situace. Mohli si vybrat z těchto možností: výrazně podprůměrná, mírně podprůměrná, průměrná, mírně nadprůměrná a výrazně nadprůměrná. Nejčastěji senioři hodnotili svou situaci jako průměrnou ($n = 61$). Stejný počet respondentů se shodl při hodnocení mírně podprůměrná ($n = 10$) a mírně nadprůměrná ($n = 10$). Výrazně podprůměrně hodnotili svou situaci 2 respondenti a výrazně nadprůměrně žádný. Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) u proměnné finanční situace ukázala ve třech doménách. V doméně fyzické zdraví (DOM1) se statistická významnost ukázala mezi seniory, jejichž finanční situace je mírně podprůměrná (11,77) a mírně nadprůměrná (14,74) (Tabulka 4). V doméně prožívání (DOM2) je statistická významnost mezi seniory, jejichž finanční situace je mírně podprůměrná (13,13) a mírně nadprůměrná (16,33) a mezi seniory, jejichž situace je průměrná (14,17) a mírně nadprůměrná (16,33) (Tabulka 5). V doméně prostředí (DOM4) je statistická významnost mezi skupinami seniorů s mírně podprůměrnou (12,70), průměrnou (14,65) a mírně nadprůměrnou (16,50) finanční situací (Tabulka 6).

Tabulka 4

Statistická významnost v doméně 1 (fyzické zdraví) z hlediska finanční situace

Závislá: DOM1	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1 Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 81) = 6,851500$ $p = ,0325$		
	2	3	4
	R:25,950	R:41,467	R:53,200
2		0,159612	0,028796
3	0,159612		0,431415
4	0,028796	0,431415	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = mírně podprůměrné; 3 = průměrné; 4 = mírně nadprůměrné; červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 5

Statistická významnost v doméně 2 (prožívání) z hlediska finanční situace

Závislá: DOM2	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM2 Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 81) = 10,17087$ $p = ,0062$		
	2	3	4
	R:30,350	R:39,361	R:61,650
2		0,784792	0,008793
3	0,784795		0,016459
4	0,008793	0,016459	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = mírně podprůměrné; 3 = průměrné; 4 = mírně nadprůměrné; červená barva = statisticky významný rozdíl

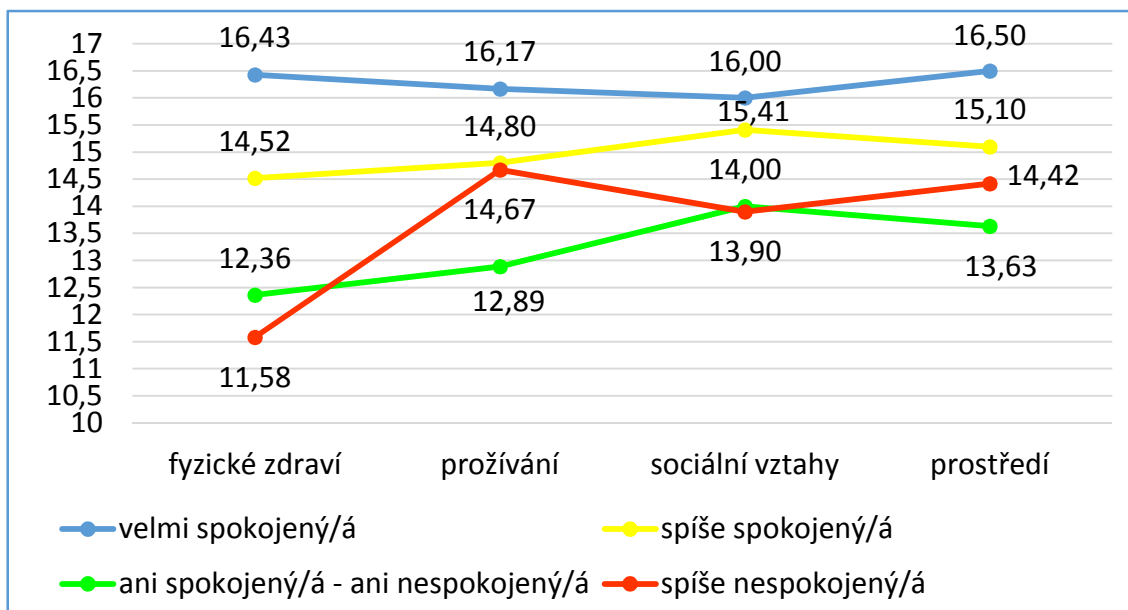
Tabulka 6

Statistická významnost v doméně 4 (prostředí) z hlediska finanční situace

Závislá: DOM4	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4 Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 81) = 19,60482$ $p = ,0001$		
	2	3	4
	R:17,100	R:41,238	R:63,450
2		0,007908	0,000032
3	0,007908		0,016952
4	0,000032	0,016952	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = mírně podprůměrné; 3 = průměrné; 4 = mírně nadprůměrné; červená barva = statisticky významný rozdíl

g) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu výsledky kvality života WHOQOL-BREF?



Obrázek 9. Hodnocení kvality života dle subjektivního vyjádření o vlastním zdraví (WHOQOL-BREF)

Respondenti se mohli subjektivně vyjádřit k vlastnímu zdravotnímu stavu. Pro hodnocení jim byly nabídnuty tyto možnosti – velmi spokojený/a (n = 4), spíše spokojený/á (n = 36), ani spokojený/á – ani nespokojený/á (n = 24), spíše nespokojený/á (17) a úplně nespokojený (2). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) ve všech doménách dotazníku. V doméně fyzické zdraví (DOM1) je statistická významnost mezi seniory hodnotící své zdraví jako velmi spokojený/á (16,43) a spíše nespokojený/á (11,58) a mezi skupinami spíše spokojený/á (14,52) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (12,36). V doméně prožívání (DOM2) byla nalezena statistická významnost mezi seniory hodnotící svůj zdravotní stav jako spíše spokojený/á (14,80) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (12,89). V doméně sociální vztahy (DOM3) je statistická významnost mezi seniory hodnotící svůj zdravotní stav jako spíše spokojený/á (15,41) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (14,00). V doméně prostředí je statistická významnost mezi skupinami seniorů hodnotící svůj stav jako spíše spokojený/á (15,10) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (13,63). 43% respondentů hodnotí svůj zdravotní stav jako spíše spokojený/á (Tabulka 1), a tato skutečnost se objevila ve všech čtyřech doménách dotazníku. Můžeme usuzovat, že pokud je člověk se svým zdravotním stavem spokojen, promítne se to i do kvality jeho života, se kterou je více spokojen.

Tabulka 7

Statistická významnost v doméně 1 (fyzické zdraví) z hlediska zdravotního stavu

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1				
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav				
Závislá: DOM1 Kruskal-Wallisův Test: $H(3, N = 83) = 27,26233$ $p = ,0000$				
	1	2	3	4
	R:64,750	R:54,611	R:33,688	R:23,816
1		1,000000	0,102144	0,012130
2	1,000000		0,005925	0,000040
3	0,102144	0,005925		1,000000
4	0,012130	0,000040	1,000000	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = velmi spokojený/á; 2 = spíše spokojený/á; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený/á; červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 8

Statistická významnost v doméně 2 (prožívání) z hlediska zdravotního stavu

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM2				
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav				
Závislá: DOM2 Kruskal-Wallisův Test: $H(3, N = 83) = 12,00279$ $p = ,0074$				
	1	2	3	4
	R:57,875	R:48,042	R:28,375	R:44,421
1		1,000000	0,140650	1,000000
2	1,000000		0,011763	1,000000
3	0,140650	0,011763		0,181023
4	1,000000	1,000000	0,181023	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = velmi spokojený/á; 2 = spíše spokojený/á; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený/á; červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 9

Statistická významnost v doméně 3 (sociální vztahy) z hlediska zdravotního stavu

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM3				
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav				
Závislá: DOM3 Kruskal-Wallisův Test: $H(3, N = 83) = 11,22836$ $p = ,0106$				
	1	2	3	4
	R:58,250	R:49,958	R:32,792	R:35,132
1		1,000000	0,303015	0,487516
2	1,000000		0,041282	0,180393
3	0,303015	0,041282		1,000000
4	0,487516	0,180393	1,000000	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = velmi spokojený/á; 2 = spíše spokojený/á; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený/á; červená barva = statisticky významný rozdíl

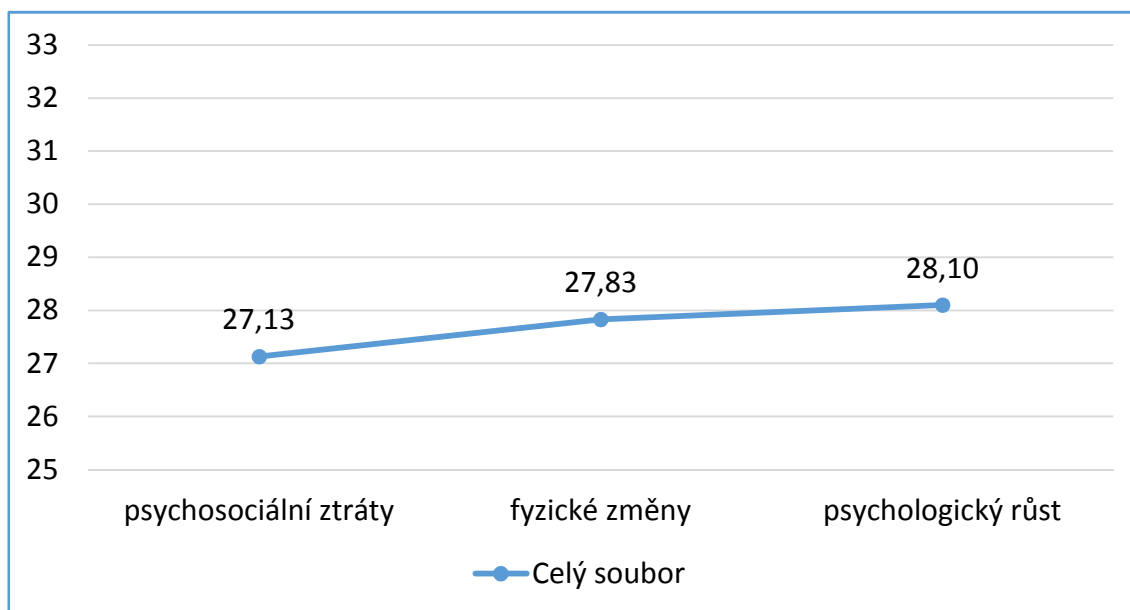
Tabulka 10

Statistická významnost v doméně 4 (prostředí) z hlediska zdravotního stavu

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4				
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav				
Kruskal-Wallisův Test: $H(3, N = 83) = 11,22836$ $p = ,0106$				
Závislá: DOM4	1	2	3	4
	R:60,125	R:50,403	R:28,271	R:39,605
1		1,000000	0,086429	0,730477
2	1,000000		0,002961	0,685014
3	0,086429	0,002961		0,754174
4	0,730477	0,685014	0,754174	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = velmi spokojený/á; 2 = spíše spokojený/á; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený/á; červená barva = statisticky významný rozdíl

4.3 Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ

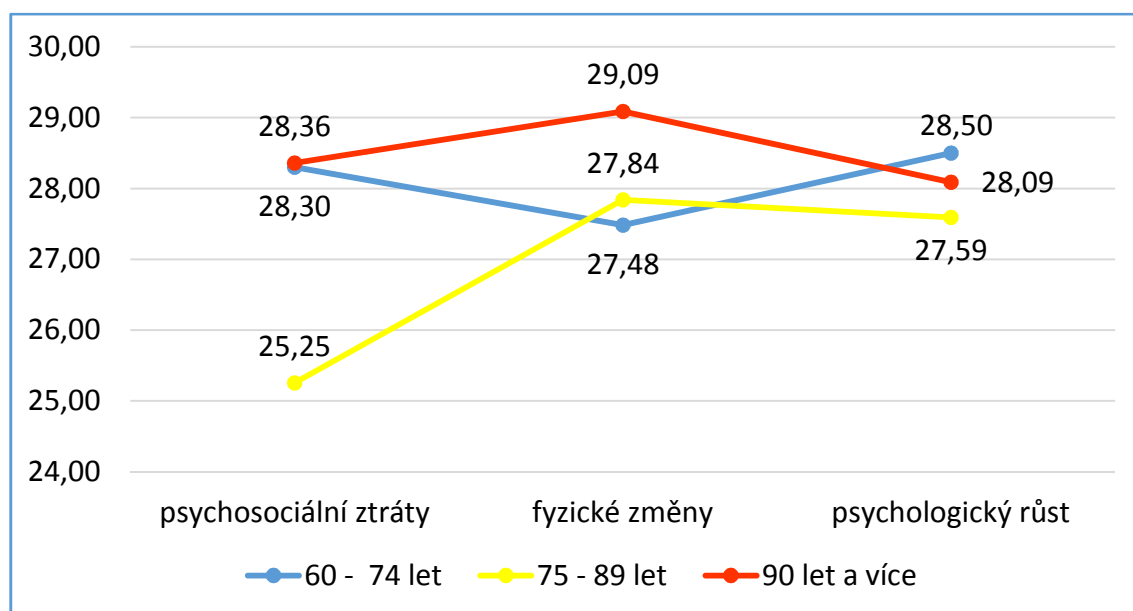


Obrázek 10. Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ

Vyjádření respondentů našeho výzkumného souboru k otázkám postoje ke stárnutí a stáří je velmi vyrovnané. Mezi skóry jednotlivých domén není podstatný rozdíl. Hodnotící rozmezí skóre je 8 – 40, čím vyšší je jeho hodnota, tím více se respondenti ztotožňují s otázkami v jednotlivých doménách a mají kladnější postoj ke stáří a stárnutí. Podle grafu (Obrázek 10) se respondenti našeho výzkumného souboru nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst (RUST) s hodnotou skóre 28,10. Znamená to, že se respondenti nejvíce ztotožňovali s otázkami souvisejícími s kladnými zkušenostmi, které můžeme označit jako „moudrost“ nebo „zralost“ a především kladného vztahu k sobě samým a okolnímu světu. Doména fyzické změny (FYZZMEN) s hodnotou skóre 27,83 nám ukazuje, jak se senioři staví k otázkám hodnotící jejich fyzické zdraví, kondici, cvičení a celkovou reflexi stárnutí. Nejnižší skóre 27,13 jsme zaznamenali v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT), která nám ukazuje, jak se respondenti ztotožňují s otázkami hodnotící jejich prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se do sebe či postupnou ztrátu fyzické soběstačnosti (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

4.4 Vybrané základní proměnné a jejich vliv na postoj ke stárnutí a stáří

a) Ovlivňuje věk výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 11. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle věku

Respondenty jsme podle věku rozdělili do tří skupin. První skupinu tvořili senioři ve věku 60 – 74 let ($n = 40$), další skupina byla ve věku 75 – 89 let ($n = 32$) a poslední skupina byli senioři starší 90 let ($n = 11$). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu je významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) mezi seniory ve věku 75 – 89 let a 90 a více let (Tabulka 11). Senioři ve věku 90 let a více se s otázkami týkající se psychosociálních ztrát ztotožňují lépe (28,36) než senioři ve věkové kategorii 75 – 89 let (25,25).

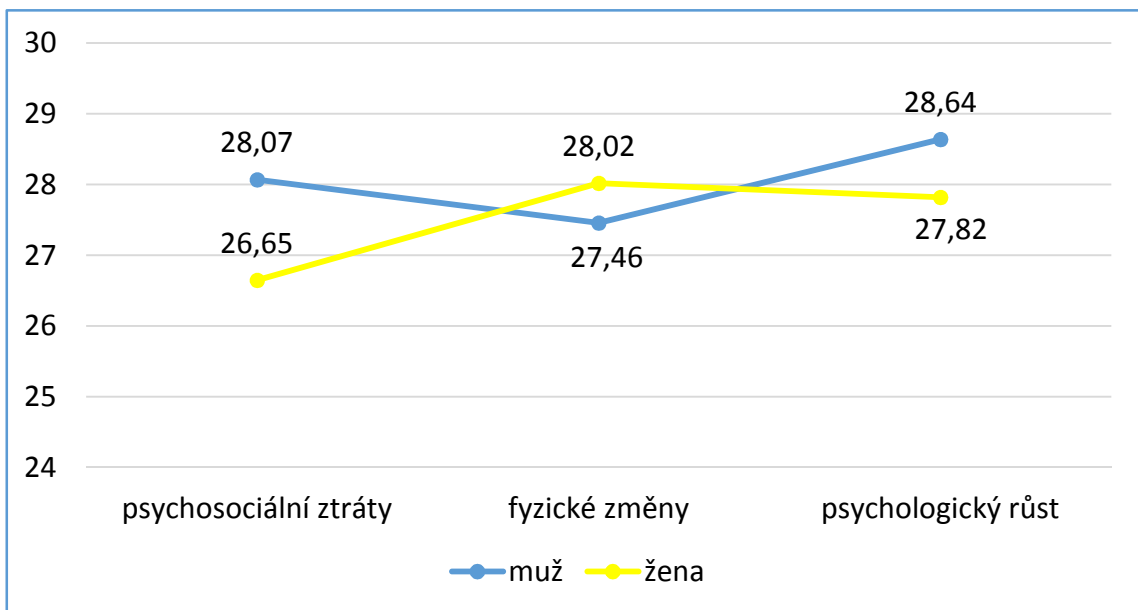
Tabulka 11

Statistická významnost v doméně PSZTRAT (psychologické ztráty) z hlediska věku

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk Závislá: PSZTRAT Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 83) = 7,558931$ $p = ,0,228$			
	1	2	3
	R:47,288	R:32,875	R:49,318
1		0,035097	1,000000
2	0,035097		0,152887
3	1,000000	0,152887	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = 60 – 74 let; 2 = 75 – 89 let; 3 = 90 let a více; červená barva = statisticky významný rozdíl

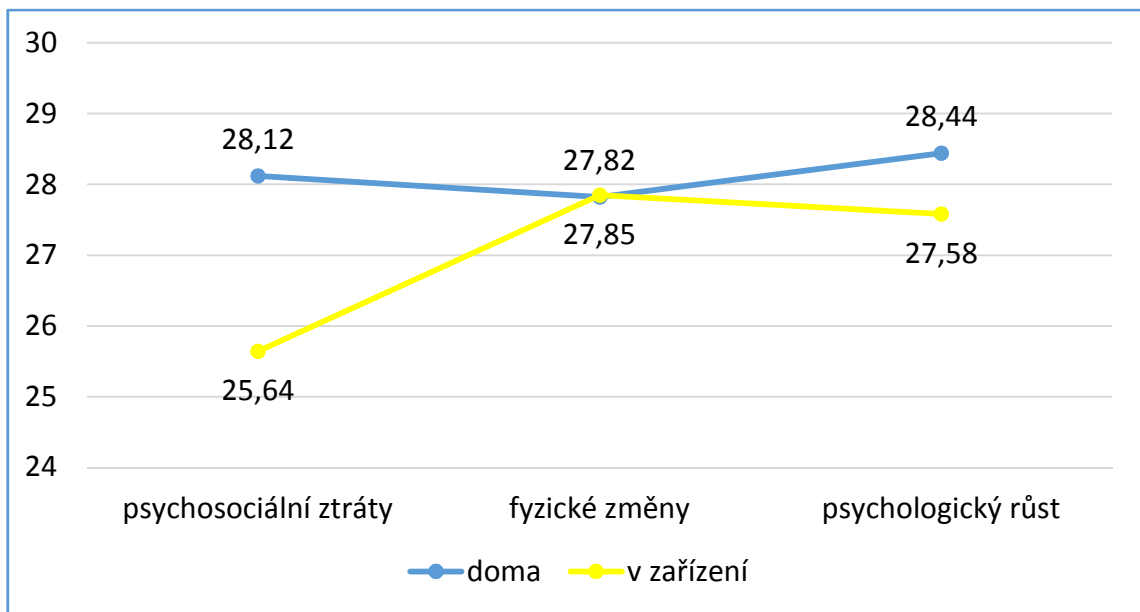
b) Ovlivňuje pohlaví výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 12. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle pohlaví

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem výzkumném souboru u proměnné pohlaví nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi muži ($n = 28$) a ženami ($n = 55$) v žádné z domén. V našem výzkumném souboru tedy nemá pohlaví vliv na postojích seniorů ke stáří a stárnutí. Muži hodnotí postoje ke stáří a stárnutí lépe než ženy v doméně psychosociálních ztrát a psychologického růstu. Senioři se, bez rozdílu pohlaví, nejlépe ztotožňují s otázkami v doméně psychologický růst.

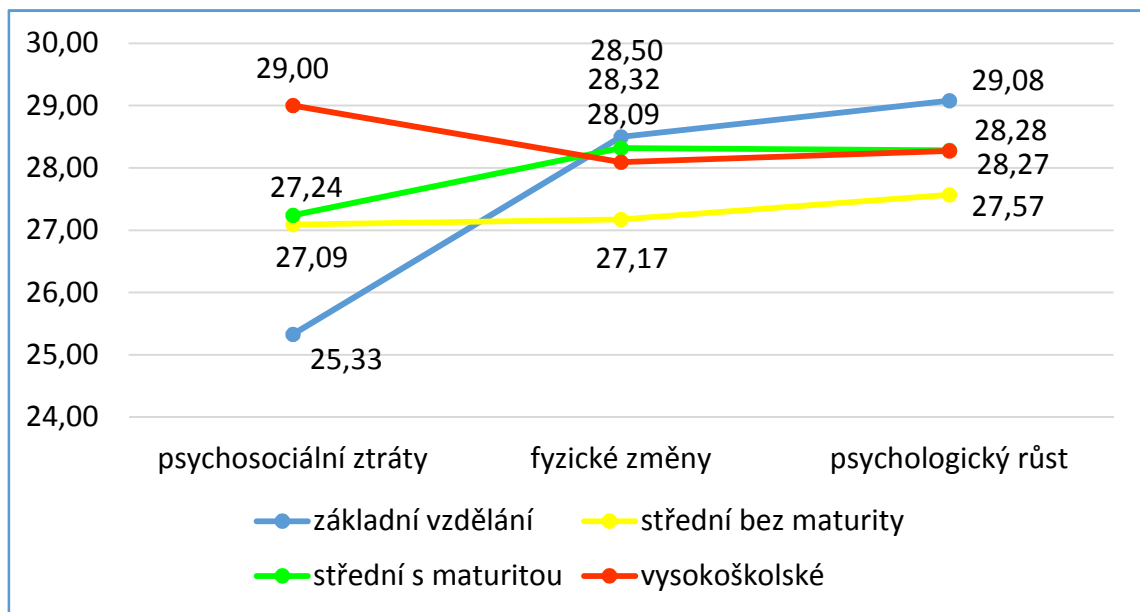
c) Ovlivňuje způsob bydlení výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 13. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle způsobu bydlení

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem výzkumném souboru u proměnné způsob bydlení nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné z domén. V našem výzkumném souboru tedy nemá vliv, zda senioři bydlí v zařízení ($n = 33$) nebo v domácím prostředí ($n = 50$) na jejich postojích ke stáří a stárnutí. V doméně fyzické změny je hodnota téměř stejná.

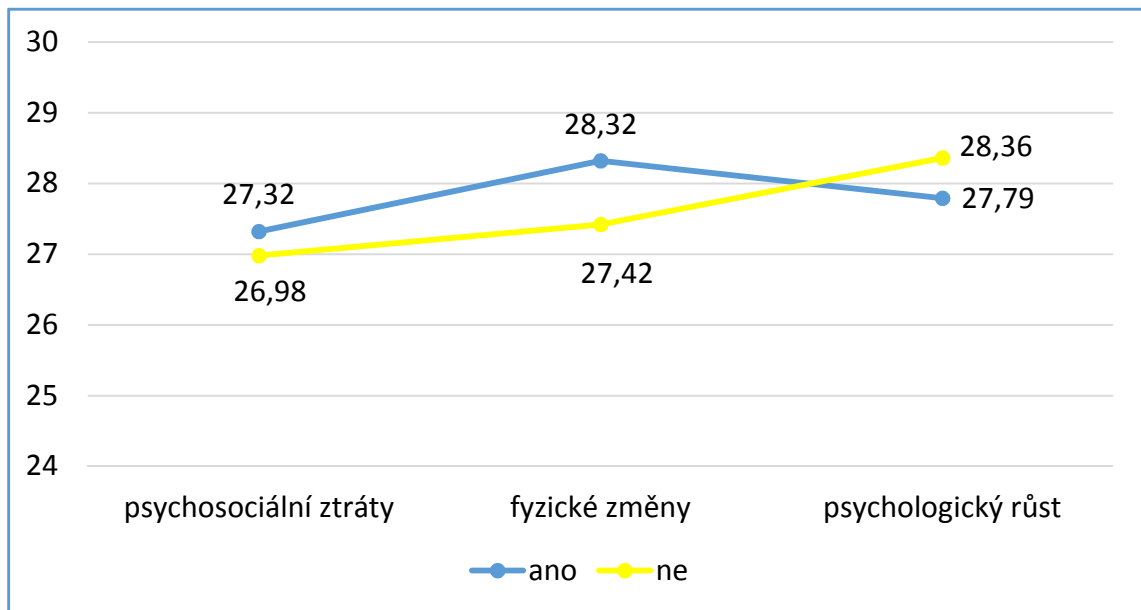
d) Ovlivňuje získané vzdělání výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 14. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle dosaženého vzdělání

Další proměnnou, podle které jsme hodnotili kvalitu života seniorů, bylo dosažené vzdělání. Byly vytvořeny čtyři skupiny. První skupina obsahovala respondenty se základním vzděláním ($n = 12$), další se středním bez maturity ($n = 35$), střední s maturitou ($n = 25$) a vysokoškolské vzděláním ($n = 11$). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu nebyla v našem výzkumném souboru u proměnné vzdělání nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné z domén. Postoje ke stáří a stárnutí nejsou ovlivněny dosaženým vzděláním. V doméně psychosociální ztráty se s otázkami dotazníku ztotožňují nejvíce lidé s vysokoškolským vzděláním (29,00), naopak nejméně senioři se získaným základním vzděláním (25,33).

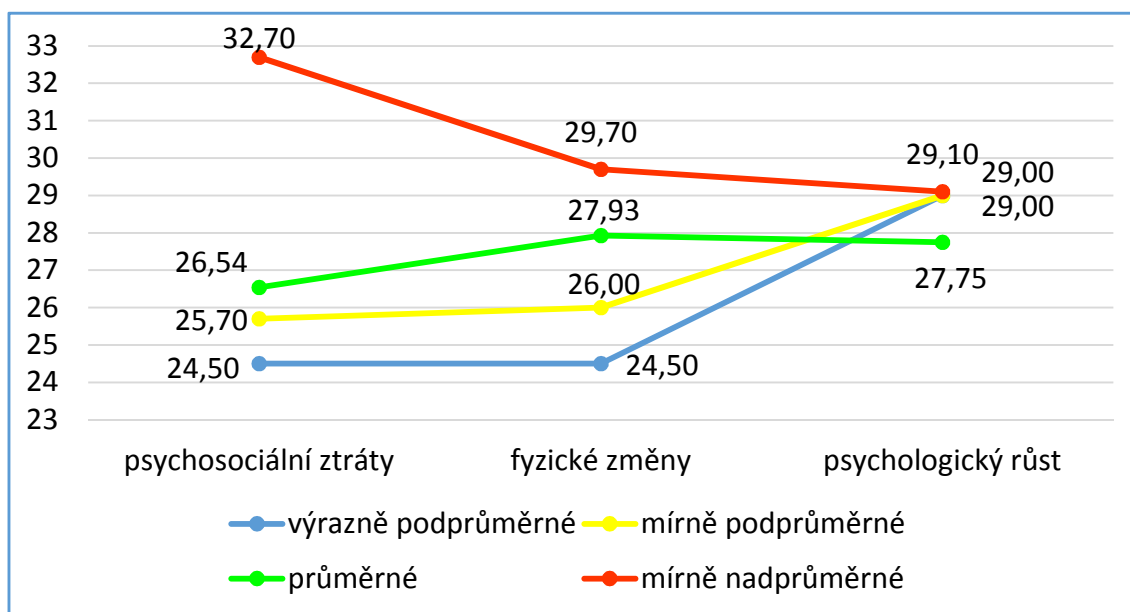
e) Ovlivňuje provozování pohybové aktivity výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 15. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle pohybové aktivity

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem výzkumném souboru u proměnné pohybová aktivita nalezena statistická významnost ($p \leq 0,05$) v žádné z domén. V našem výzkumném souboru tedy nemá vliv, zda jsou senioři aktivní a provozují pohybové aktivity či nikoliv. Respondenti, kteří provozují pohybovou aktivitu, mají nejvyšší skóre v doméně fyzické změny než ti, kteří nesportují. Nejvyšší skóre bylo naměřeno v doméně psychologický růst u seniorů, kteří pohybovou aktivitu neprovozují.

f) Ovlivňuje finanční situace výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 16. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří dle finanční situace

Hodnocení postojů seniorů ke stáří a stárnutí bylo také provedeno z hlediska jejich finanční situace, kterou mohli ohodnotit jednou z těchto možností: výrazně podprůměrná, mírně podprůměrná, průměrná, mírně nadprůměrná a výrazně nadprůměrná. Nejčastěji senioři hodnotili svou situaci jako průměrnou ($n = 61$). Stejný počet respondentů se shodl při hodnocení mírně podprůměrná ($n = 10$) a mírně nadprůměrná ($n = 10$). Výrazně podprůměrně hodnotili svou situaci 2 respondenti a výrazně nadprůměrně žádný. Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu je významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) mezi seniory, kteří hodnotí svou finanční situaci jako mírně podprůměrnou (25,70) a mírně nadprůměrnou (32,70) a také mezi seniory, kteří hodnotí svou finanční situaci jako průměrnou (26,54) a mírně nadprůměrnou (32,70) (Tabulka 12).

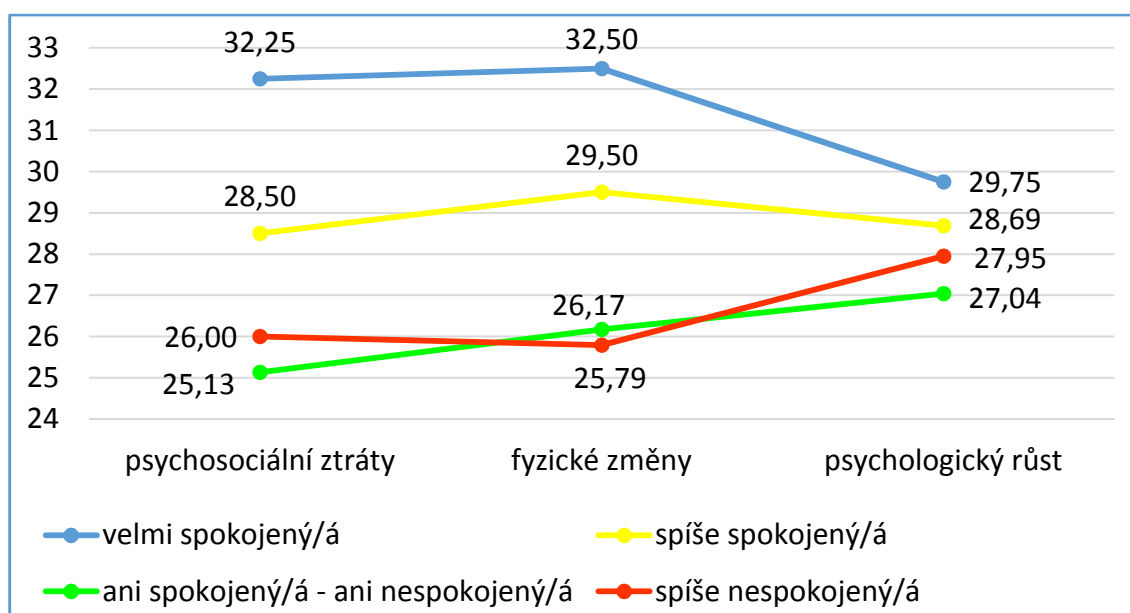
Tabulka 12

Statistická významnost v doméně PSZTRAT (psychosociální ztráty) z hlediska finanční situace

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT				
Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance				
Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 81) = 9,279442$ $p = ,0097$				
Závislá: PSZTRAT	2	3	4	
	R:33,700	R:38,803	R:61,700	
2		1,000000	0,023356	
3	1,000000		0,013006	
4	0,023356	0,013006		

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 2 = mírně podprůměrné; 3 = průměrné; 4 = mírně nadprůměrné; červená barva = statisticky významný rozdíl

g) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o zdravotním stavu výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 17. Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle subjektivního vyjádření o zdravotním stavu

Respondenti se mohli subjektivně vyjádřit k vlastnímu zdravotnímu stavu. Pro hodnocení jim byly nabídnuty tyto možnosti – velmi spokojený/a (n = 4), spíše spokojený/á (n = 36), ani spokojený/á – ani nespokojený/á (n = 24), spíše nespokojený/á (17) a úplně nespokojený (2). Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu je významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v doméně fyzické změny (FYZZMEN) mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem velmi spokojeni (32,50), spíše spokojeni (29,50), ani spokojeni/ani nespokojeni (26,17) a spíše nespokojeni (25,79) (Tabulka 13).

Tabulka 13

Statistická významnost v doméně FYZZMEN (fyzické změny) z hlediska zdravotního stavu

Závislá: FYZZMEN	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav Kruskal-Wallisův Test: $H(3, N = 83) = 23,2092$ $p = ,0000$			
	1	2	3	4
	R:66,87	R:53,472	R:30,833	R:29,132
1		1,000000	0,033770	0,026530
2	1,000000		0,002191	0,002215
3	0,033770	0,002191		1,000000
4	0,026530	0,002215	1,000000	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = velmi spokojený/á; 2 = spíše spokojený/á; 3 = ani spokojený/á – ani nespokojený/á; 4 = spíše nespokojený/á; červená barva = statisticky významný rozdíl

4.5 Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ jsme použili Spearmanovy korelace. Korelace je vzájemný vztah, souvislost mezi dvěma jevy, proměnnými, veličinami (Maříková et al., 1996). Pokud se jedna z nich mění, mění se korelativně i druhá a naopak. Pokud se mezi dvěma procesy ukáže korelace, je pravděpodobné, že na sobě závisejí. V textu jsou popsány výsledky z využití neparametrické korelace pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

Dle Spearmanovy korelace u našeho výzkumného souboru to platí mezi všemi doménami, s výjimkou pěti vztahů a to mezi:

PRUST (psychologický růst) a PSZTRAT (psychosociální ztráty) v dotazníku AAQ

PRUST (psychologický růst) AAQ a DOM1 (fyzické zdraví) WHOQOL-BREF

PRUST (psychologický růst) AAQ a DOM2 (prožívání) WHOQOL-BREF

PRUST (psychologický růst) AAQ a DOM3 (sociální vztahy) WHOQOL-BREF

PRUST (psychologický růst) AAQ a DOM4 (prostředí) WHOQOL-BREF

V dotazníku WHOQOL-BREF je nejvyšší korelace (0,71) mezi doménami DOM2 (prožívání) a DOM4 (prostředí). U dotazníku AAQ je nejvyšší korelace (0,36) mezi doménami PSZTRAT (psychosociální ztráty) a FYZZMEN (fyzické změny). Výsledky jednotlivých domén můžeme vidět v tabulce 14.

Tabulka 14 Spearmanovy korelace jednotlivých domén

Proměnná	Spearmanovy korelace						
	Označené korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$						
	PSZTRAT	FYZZMEN	PRUST	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4
PSZTRAT	1,000000	0,362978	0,195620	0,400955	0,594168	0,407089	0,477034
FYZZMEN	0,362978	1,000000	0,336491	0,431170	0,442199	0,514075	0,376657
PRUST	0,195620	0,336491	1,000000	0,010796	0,110501	0,050273	-0,094360
DOM1	0,400955	0,431170	0,010796	1,000000	0,561398	0,502689	0,560446
DOM2	0,594168	0,442199	0,110501	0,561398	1,000000	0,575994	0,705096
DOM3	0,407089	0,514075	0,050273	0,502689	0,575994	1,000000	0,517981
DOM4	0,477034	0,376657	-0,094360	0,560446	0,705096	0,517981	1,000000

Poznámka. N = základní soubor; p = hladina významnosti; PSZTRAT = psychosociální ztráty; FYZZMEN = fyzické změny; PRUST = psychologický růst; CELAAQ = všechny domény dotazníku AAQ; DOM1 = fyzické zdraví; DOM2 = prožívání; DOM3 = sociální vztahy; DOM4 = prostředí; CELBREF = všechny domény dotazníku WHOQOL-BREF; červená barva = statisticky významný rozdíl

5 DISKUZE

V bakalářské práci se zaměřujeme na zjištění kvality života seniorů a jejich postoje ke stáří a stárnutí. Pro zjištění kvality života seniorů jsme využili dotazník WHOQOL-BREF. Domény tohoto dotazníku jsou rozděleny na oblast fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Postoje ke stáří a stárnutí jsme hodnotili prostřednictvím dotazníku AAQ, jehož domény se dělí do oblasti psychosociálních ztrát, fyzických změn a psychologického růstu.

Vyhodnocením dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření WHOQOL-BREF bylo zjištěno, že senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy. Následuje doména prostředí, prožívání a nejnižší kvalita života je v doméně fyzické zdraví.

Z hlediska věku hodnotí v našem souboru nejlépe kvalitu života senioři ve věku 90 let a více ($n = 11$) ve všech doménách dotazníku. Můžeme se domnívat, že lidé v tomto vyšším věku jsou již se svým stářím vyrovnáni. Neřeší problematiku mladších seniorů spojenou s odchodem do důchodu, jsou smířeni se svým zdravotním stavem, což potvrzuje i hodnocení v doméně fyzické zdraví. Nejnižší kvalitu života hodnotí senioři věkového rozmezí 75 – 89 let ($n = 32$), vůbec nejnižší skóre je v doméně fyzické zdraví. Statistická významnost však nebyla nalezena v žádné z jeho domén. Číslo studie Chruściela et al. (2018) hodnotí kvalitu života skupiny 588 polských seniorů. Zde nalézáme nejvyšší skóre v doméně sociální vztahy u respondentů ve věku 60 – 74 let. Uvádí však, že mezi věkovými skupinami nejsou statisticky významné rozdíly, stejně jako u našeho souboru. Další polská studie hodnotící kvalitu života zaznamenává nejvyšší hodnocení kvality života ve všech analyzovaných doménách u osob starších 75 let (Talarska et al., 2018).

Kvalitu života hodnotili muži nepatrně lépe než ženy a to ve všech doménách dotazníku. Nejvyšší skóre bylo zjištěno u respondentů obou pohlaví v doméně sociální vztahy. Cruz, Polanczyk, Camey, Hoffmann a Fleck (2011) zjišťovali kvalitu života u 751 respondentů v Brazílii. V testovaném souboru bylo zastoupeno 38% mužů a 62% žen, a u mužského pohlaví ve srovnání s ženským byly vyšší hodnoty téměř ve všech doménách. Podle studie Simeão et al. (2018), která zkoumala kvalitu života u 48 seniorů (21 mužů a 27 žen) je vyšší kvalita života opět u mužů. Jako důvod uvádí, že je to způsobeno odlišným chápáním stáří mezi pohlavími. Muži chápou stáří jako univerzální fenomén, ženy mají ze stárnutí větší obavy, chápou ho jako něco negativního, spojeného s omezeními, závislostí a strachem.

Slovenská studie od Dimunové, Veselské Dankulincové a Stropkaiové (2013) hodnotí kvalitu života seniorů žijících v zařízení a v domácím prostředí. Sledovaný soubor tvořilo 100

respondentů (50 žijících v domácím prostředí, 50 žijících v zařízení) a výsledkem bylo tvrzení, že kvalita života seniorů žijících v zařízení je stejná nebo i lepší jako kvalita života seniorů žijících v domácím prostředí. Mann-Whitneyův test potvrdil signifikantní vztah v doméně sociální vztahy. Cílem studie Simeão et al. (2018) bylo porovnání kvality života seniorů žijících v pečovatelských domovech a seniorů, kteří žijí v domácím prostředí, ale pravidelně navštěvují denní centrum. Studie se účastnilo 48 subjektů (27 seniorů žijících v pečovatelských domech, a 21 seniorů žijících doma). Bylo zjištěno, že ženy žijící v pečovatelských domech mají nižší skóre ve všech doménách v porovnání s ženami navštěvujícími denní centrum. U mužů, kteří žijí v pečovatelských domech, jsou vyšší skóre v doménách fyzické zdraví a prostředí, v doméně prožívání a sociální vztahy jsou skóre nižší. V našem souboru jsme porovnávali také skupinu seniorů žijících v zařízení a domácím prostředí. Statistická významnost však nebyla nalezena u žádné z domén. U obou skupin bylo zjištěno nejvyšší skóre v doméně sociální vztahy, což naznačuje, že různý způsob bydlení nemá vliv na osobní vztahy. Seniori neztrácejí kontakt s rodinou a mají své přátele, i když bydlí v penzionech pro seniory.

V našem šetření jsme zjistili statistickou významnost u proměnné subjektivní vnímání zdravotního stavu, a to ve všech doménách dotazníku. Nejvyšší skóre má ve všech doménách skupina respondentů, která je se svým zdravotním stavem velmi spokojena. Nejnižší skóre jsme zaznamenali v doméně fyzického zdraví u skupiny respondentů, kteří uvádějí, že jsou se svým zdravotním stavem spíše nespokojeni. Z celkového počtu 83 respondentů hodnotí 43% dotazovaných, že jsou se svým zdravotním stavem spíše spokojeni. Paiva, Pegorari, Nascimento a Santos (2016) ve své studii tvrdí, že u jejich výzkumného souboru si můžeme ověřit, že nejvýraznějším faktorem, který nejvíce přispěl k nejnižším bodům skóre ve všech oblastech a aspektech kvality života je negativní vnímání zdraví. Talarska et al. (2018) ve svém výzkumu hodnotícím kvalitu života zjistila nejvyšší skóre v doménách prožívání a prostředí, průměrné skóre v oblasti sociálních vztahů a nejnižší skóre v oblasti fyzické zdraví. Musalek a Kirchengast (2017) ve svém pozorování u 63 respondentů došli k výsledku, že u kvality života spojené se zdravím, muži vykazují vyšší skóre ve fyzické a psychické oblasti, zatímco ženy vykazují vyšší skóre v oblasti sociálních vztahů a prostředí. Rozdíly pohlaví v kvalitě života související se zdravím však nebyly statisticky významné.

Polský výzkum u 259 respondentů, ve kterém se zaměřili na vztah mezi kvalitou života a pohybovými aktivitami, zjistili, že u seniorů hraje tělesná zdatnost větší roli při sebehodnocení kvality života u žen než mužů (Sławińska, Posłuszny, & Rožek, 2013). Výsledky studie Trajkov et al. (2018) naznačují, že osoby, které se účastní fyzické aktivity po dobu 60 minut nebo dvakrát týdně, mají lepší kvalitu života než osoby bez fyzické aktivity. Nejzřetelnější rozdíly

jsou v oblasti zdraví a psychické pohody, stejně jako v oblasti sociálních vztahů a participace a volného času, aktivit a náboženství. V našem výzkumném souboru se dle Mann-Whitneyova U Testu statistická významnost ($p \leq 0,05$) proměnné pohybové aktivity neprokázala v žádné z domén.

Janečková, Dragomirecká, Holmerová a Vaňková (2013) zjišťovali prostřednictvím dotazníku AAQ postoje ke stáří a stárnutí u seniorů žijících v zařízeních. V jejich souboru participovalo 364 respondentů. Dílčí skóre AAQ (psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst) byly významně ovlivněny pohlavím, věkem, omezením aktivit, vlastními dětmi, depresí, subjektivním vnímáním zdravotního stavu a kvalitou života. Pozitivně byly hodnoceny otázky fyzické aktivity, moudrosti, lepší schopnosti vyrovnat se se životem a kontaktování mladší generace. V našem souboru nebyla nalezena statistická významnost u proměnné způsob bydlení v žádné z domén dotazníku a nemá tedy vliv na jejich postoje ke stáří a stárnutí, zda bydlí v zařízení nebo v domácím prostředí. V doméně fyzické změny je hodnota obou skupin téměř stejná.

Zjišťováním postojů seniorů ke stáří se ve své studii zabývaly Bužgová a Klechová (2011). Jejich soubor tvořilo 151 seniorů z okresu Bruntál, 60% respondentů byly ženy, 77% dotazovaných žije v domácím prostředí, 23% dotazovaných v domově pro seniory. V doméně psychosociální ztráty senioři nejhůře hodnotili možnost „navazovat nová přátelství“ (3,11), naopak pozitivně hodnotili „začlenění do společnosti“ (3,55). V doméně fyzické změny byla nejhůře hodnocena položka „stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a“ (2,70) a nejvíce se ztotožňovali s názorem, že „cvičení je důležité v každém věku“ (3,93). V doméně psychologického růstu byla pozitivně hodnocena položka „věřím, že můj život má význam“ (3,68), naopak nejhůře položka „tolerování sebe sama“ (2,71). Senioři žijící v zařízení hodnotili negativněji své postoje v doméně psychosociální ztráty (prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti) než senioři žijící doma. Také se zvyšujícím se věkem byly postoje seniorů více negativní, což se neshoduje s výsledkem našeho šetření. V našem výzkumném souboru byl dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu nalezen významný statistický rozdíl v doméně psychosociální ztráty mezi seniory ve věku 75 – 89 let a seniory ve věku 90 a více let. Pozitivněji se s otázkami týkajícími se psychosociálních ztrát ztotožňují senioři ve věku 90 a více let (28,36) a také je v jejich věkové skupině nejvyšší skóre v oblasti fyzických změn (29,90).

Marquet et al. (2016) ve své studii zkoumali u 238 belgických seniorů spolehlivost a platnost francouzské verze dotazníku AAQ. Účastníci byli ve věku 60 - 98 let, větší zastoupení měly ženy (66,4%) a téměř 80% respondentů bydlelo ve vlastních domech. Celkové skóre

ukázalo, že čím více mají lidé pozitivní přístup ke stárnutí, tím mladší se cítili ve srovnání s jejich chronologickým věkem. Podobně lidé s pozitivnějšími postoji k vlastnímu stárnutí uvedli větší spokojenost se subjektivním mentálním a fyzickým zdravím. Ti, kteří uvedli, že nejsou v depresi, měli také více pozitivních postojů vůči svému vlastnímu stárnutí. Zjistili také, že čím více lidí vnímá stárnutí jako čas moudrosti a zisku (psychologický růst), tím více jsou spokojeni s minulými i budoucími zkušenostmi. V našem souboru se respondenti nejvíce ztotožňovali (28,10) s otázkami souvisejícími s kladnými zkušenostmi a především kladného vztahu k sobě samým a okolnímu světu (psychologický růst). Střední skóre (27,83) jsme zaznamenali v oblasti fyzických změn. Nejnižší skóre (27,13), které nám ukazuje, jak se respondenti ztotožňují s otázkami hodnotící prožitky samoty a sociálního vyloučení, se prokázalo v doméně psychosociální ztráty. Rozdíly mezi jednotlivými doménami jsou však minimální. Domníváme se, že je to menším počtem respondentů v našem výzkumném souboru. Chtěli bychom spojit výsledky několika dalších šetření (Mokrá, 2016), které probíhaly na našem pracovišti a zabývaly se touto tematikou (Hřebačková, 2017). Vytvořením většího výzkumného souboru bychom naše výsledky mohli lépe porovnat s obdobnými studiemi.

6 ZÁVĚRY

Bakalářská práce měla zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu svého života a jaké jsou jejich postoje k stáří a stárnutí. Pro zjištění kvality života jsme využili standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Výsledky dotazníku jsou rozděleny do čtyř domén – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí a je doplněn o dvě samostatné položky hodnotící kvalitu života a spokojenost se zdravím. Pro zjištění postojů ke stárnutí a stáří jsme využili dotazník AAQ (Dragomirecká & Prajsová, 2009), hodnotící postoje ve třech doménách – psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst. Dotazníky byly doplněny anketou vlastní konstrukce, kterou jsme zjišťovali základní informace o respondentech. Tyto informace byly použity jako proměnné, u kterých jsme zjišťovali, zda mají vliv na výsledky jednotlivých dotazníků.

Výzkumu se zúčastnilo 83 respondentů (28 mužů, 55 žen) ve věku od 60 let, horní věková hranice nebyla omezena. První část výzkumu ($n = 33$, 28 žen, 5 mužů) byla provedena ve dvou zařízeních pro seniory (Domov Velká Bystřice, Domov Svatý Kopeček), druhá část výzkumu ($n = 50$, 23 žen, 27 mužů) byla provedena u seniorů žijících v domácím prostředí.

V hodnocení kvality života celého výzkumného souboru mají respondenti nejvyšší skóre v doménách sociální vztahy (14,68), prostředí (14,58), prožívání (14,28) a nejnižší skóre je v doméně fyzické zdraví (13,32). Statistickou významnost ($p \leq 0,05$) v hodnocení kvality života nacházíme u proměnné finanční situace. V doméně fyzické zdraví se statistická významnost ukázala mezi seniory, jejichž finanční situace je mírně podprůměrná (11,77) a mírně nadprůměrná (14,74). V doméně prožívání je statistická významnost mezi seniory, jejichž finanční situace je mírně podprůměrná (13,13) a mírně nadprůměrná (16,33) a mezi seniory, jejichž situace je průměrná (14,17) a mírně nadprůměrná (16,33). V doméně prostředí je statistická významnost mezi skupinami seniorů s mírně podprůměrnou (12,70), průměrnou (14,65) a mírně nadprůměrnou (16,50) finanční situací. Hodnocení kvality života dle subjektivního hodnocení zdravotního stavu ukázalo statisticky významné rozdíly ($p \leq 0,05$) ve všech doménách dotazníku. V doméně fyzické zdraví je statistická významnost mezi seniory hodnotící své zdraví jako velmi spokojený/á (16,43) a spíše nespokojený/á (11,58) a mezi skupinami spíše spokojený/á (14,52) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (12,36). V doméně prožívání byla nalezena statistická významnost mezi seniory hodnotící svůj zdravotní stav jako spíše spokojený/á (14,80) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (12,89). V doméně sociální vztahy je statistická významnost mezi seniory hodnotící svůj zdravotní stav jako spíše spokojený/á (15,41) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (14,00). V doméně prostředí je

statistická významnost mezi skupinami seniorů hodnotící svůj stav jako spíše spokojený/á (15,10) a ani spokojený/á – ani nespokojený/á (13,63). Výsledky hodnocení kvality dle věku, pohlaví, způsobu bydlení, dosaženého vzdělání a provozování pohybových aktivit se neukázaly jako statisticky významné ($p \leq 0,05$).

V hodnocení postojů ke stáří se senioři nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst (28,10), následovala doména fyzické změny (27,83) a nejméně v doméně psychosociální ztráty (27,13). Statistická významnost ($p \leq 0,05$) z hlediska věku byla nalezena v doméně psychosociální ztráty mezi seniory ve věku 75 – 89 let a seniory ve věku 90 let a více. Senioři ve věku 90 let a více se s otázkami, týkající se psychosociálních ztrát ztotožňují lépe. Další statistická významnost ($p \leq 0,05$) byla nalezena v doméně psychosociální ztráty mezi seniory hodnotící svou finanční situaci jako mírně podprůměrnou (25,70) a mírně nadprůměrnou (32,70) a také mezi seniory, kteří hodnotí svou finanční situaci jako průměrnou (26,54) a mírně nadprůměrnou (32,70). Z hlediska subjektivního vnímání zdraví se projevila statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doméně fyzické změny mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem velmi spokojeni (32,50), spíše spokojeni (29,5), ani spokojeni/ani nespokojeni (26,17) a spíše nespokojeni (25,79). U ostatních proměnných statistická významnost nebyla nalezena.

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi jednotlivými doménami obou dotazníků jsme použili Spearmanovy korelace. Výsledky našeho výzkumného souboru ukázaly korelace mezi všemi doménami s výjimkou pěti vztahů. V dotazníku AAQ je to vztah mezi doménou psychologický růst a psychosociální ztráty. Další výjimka je doména psychologický růst (AAQ), která nekoreluje se všemi čtyřmi doménami dotazníku WHOQOL-BREF. Na základě těchto výsledků můžeme potvrdit, že existuje vztah mezi kvalitou života seniorů a jejich postoji ke stáří a stárnutí.

7 SOUHRN

Bakalářská práce měla zjistit kvalitu života seniorů a jejich postoje ke stáří a stárnutí. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vymezeny aspekty stáří a stárnutí, možnosti aktivního stárnutí, volnočasové a pohybové aktivity seniorů, postoje seniorů a společnosti ke stáří. Je zde popsán systém péče o seniory v České republice a informace o domovech pro seniory, kde bylo prováděno dotazníkové šetření. Praktická část vymezuje výzkumné cíle a otázky. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu svého života a jaké jsou jejich postoje ke stáří a stárnutí.

Pro zjištění kvality života seniorů byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který byl vytvořen jako zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100 pro potřeby klinické praxe. Tento dotazník hodnotí kvalitu života v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí a je doplněn o dvě položky hodnotící subjektivní kvalitu života a spokojenost se zdravím. Ke zjištění postojů ke stáří a stárnutí byl použit standardizovaný dotazník AAQ, hodnotící postoje člověka v doménách psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst.

Výzkumného šetření se účastnilo 83 seniorů (33 žijících v domovech pro seniory a 50 žijících v domácím prostředí), z toho bylo 28 mužů a 33 žen. Kritériem pro výběr respondentů byl věk 60 let a více. Výsledky dotazníků byly porovnány s různými proměnnými, které byly vybrány z ankety vlastní konstrukce (věk, pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, pohybová aktivita, finanční situace a zdravotní stav).

Dle dotazníku WHOQOL-BREF mají respondenti našeho výzkumného souboru nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy, následují sestupně domény prostředí, prožívání a nejnižší skóre je v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti byly nalezeny u proměnných finanční situace a subjektivní hodnocení zdravotního stavu. V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst, následovala doména fyzické změny a nakonec psychosociální ztráty. Statistické významnosti byly nalezeny mezi věkem, finanční situací a subjektivním hodnocením zdravotního stavu. Vztah mezi postoji ke stáří a stárnutí (dotazník AAQ) a kvalitou života (dotazník WHOQOL-BREF) nekoreluje mezi doménami psychologický růst a psychosociální ztráty a psychologický růst a všemi doménami WHOQOL-BREF (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí).

8 SUMMARY

This bachelor thesis aim was to find out the quality of life in seniors and their attitudes towards old age and aging. It is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part defines aspects of old age and aging, possibilities of aging while active, leisure and physical activity of seniors, attitudes of seniors and society to old age. The practical part defines research goals and questions. The main objective of this work was to find out how seniors evaluate their quality of life and what their attitudes towards old age and aging are.

The standardized WHOQOL-BREF questionnaire, which was created as a shortened version of the WHOQOL-100 questionnaire for clinical practice, was used to determine the quality of life of seniors. This questionnaire evaluates the quality of life in domains of physical health, experiences, social relations and the environment, complemented by two items assessing subjective quality of life and overall satisfaction with health. To identify attitudes to old age and aging, a standardized AAQ questionnaire was used to assess personal attitudes in psychosocial loss, physical change, and psychological growth.

83 seniors (33 living in homes for the elderly and 50 living in the home environment) participated in the research, of which 28 were men and 33 were women. The criterion for selecting respondents was the age of 60 and over. Results were compared with different variables, which were selected from the survey of own design (age, gender, way of living, education, physical activity, financial situation and health status).

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, respondents in our research group have the highest quality of life in the social relationship domain, following the descending domains of the environment, experience, and the lowest score in the physical health domain. Statistical significance was found in variables of financial situation and subjective assessment of health status. In the AAQ questionnaire, the elderly most identified with questions in the psychological growth domain, followed by the domain of physical change and ultimately psychosocial loss. Statistical significance was found between age, financial situation, and subjective health assessment. The relationship between old age and aging (AAQ questionnaire) and quality of life (WHOQOL-BREF) does not correlate between domains of psychological growth and psychosocial loss and psychological growth and all other WHOQOL-BREF domains (physical health, experience, social relationships, environment).

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Bužgová, R., & Klechová, H. (2011). Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický Lékař*, 91(7), 396–401.
- Čevela, R., Čeledová, L., Kalvach, Z., Holčík, J., & Kubů, P. (2014). *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Chruściel, P., Szczekala, K., Derewiecki, T., Jakubowska, K., Nalepa, D., Czekirda, M., ... Czarkowska, M. (2018). Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas – a cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 532–538. <https://doi.org/10.26444/aaem/93501>
- Cruz, L. N., Polanczyk, C. A., Camey, S. A., Hoffmann, J. F., & Fleck, M. P. (2011). Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Quality of Life Research*, 20(7), 1123–1129. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9845-3>
- Dimunová, L., Veselská Dankulincová, Z., & Stropkaiová, S. (2013). Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. *Ošetrovatel'stvo*, 3(1), 19–24.
- Dobeš, J., Vyroubal, P., Hrabský, D., & Kosatík, T. (2012). Stáří a pohybová aktivita. Retrieved 6. 2. 2019 from World Wide Web <http://www.vemeste.cz/2012/04/stari-a-pohybova-aktivita/>
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, J., Papežová, H., Kožnarová, R., & Šrámková, T. (2006). *SQUALA Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomirecká, E., & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dufková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dvořáčková, D., & Kajanová, A. (2012). Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku QHOQOL-OLD - smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*, 14(3), 331–339.
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokočený*. Praha: Portál.
- Hátlová, B., Fleischmann, O., & Chytrý, V. (2017). Osobnost a aktivní životní styl seniorů ve věku 65-75 let. *Psychologie a Její Kontexty*, 8(1), 41–53.
- Heřmanová, E. (2012). Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu.

- Sociológia*, 44(4), 407–425.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hřebačková, R. (2017). *Kvalita života seniorů a postoje ke stárnutí a stáří*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Hudáková, A., Eliášová, A., Magurová, D., Majerníková, L., & Obročníková, A. (2017). Diferenciácie vo vnímaní kvality života u seniorov. *Praktický Lékař*, 97(4), 168–173.
- Hudáková, Z. (2018). *Pohybová aktivita a životný štýl vo vyššom veku*. Břeclav: Sovenio s.r.o.
- Janečková, H., Dragomirecká, E., Holmerová, I., & Vaňková, H. (2013). The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. *Central European Journal of Public Health*, 21(2), 63–71.
- Janečková, H., Dragomirecká, E., & Jirkovská, B. (2017). Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. *Sociální Práce/Sociálna Práca*, 17(6), 42–59.
- Janiš, K., & Skopalová, J. (2016). *Volný čas seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Kafková, M. P. (2012). Dobrovolnictví seniorů jako součást aktivního stárnutí. *Sociológia*, 44(2), 212–232.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., & Weber, P. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (Grada Publ). Praha.
- Klevetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Low, G., Molzahn, A. E., & Schopflocher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11>
- Mareš, J. (2014). Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický Lékař*, 94(1), 22–31.
- Mareš, J. (2015). Pozitivní aspekty stáří: senioři a humor. *Časopis Lékařů Českých*, 154(2), 66–71.
- Marhánková, J. H. (2013). *Aktivita jako projekt*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Marhánková, J. H. (2014). Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí? *Sociální Studia*, 3, 13–29.
- Maříková, H., Petrušek, M., & Vodáková, A. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Marquet, M., Missotten, P., Schroyen, S., Sambeek, I. van, Akker, M. van den, Broeke, C. Van Den, ... Adam, S. (2016). A Validation of the French Version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): Factor Structure, Reliability and Validity. *Psychologica*

- Belgica*, 56(2), 80–100. <https://doi.org/10.5334/pb.301>
- Matouš, M., Matoušová, M., Kalavach, Z., & Radvanský, J. (2002). *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mokrá, S. (2016). *Vliv pravidelné pohybové aktivity na kvalitu života seniorů*. Diplomová práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Mokrá, S., & Wittmannová, J. (2016). Monitorování ukazatelů tělesné zdatnosti u pravidelně cvičících seniorů. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi*, 7(2), 53–61.
- MPSV ČR. (2006). Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Retrieved 15. 12. 2018 from World Wide Web [Rwww.zakonyprolidi_cs_2006_108_v20190101](http://www.zakonyprolidi_cs_2006_108_v20190101)
- MPSV ČR. (2013). Národní program přípravy na stárnutí. Retrieved 16. 2. 2019 from World Wide Web <https://www.mpsv.cz/cs/5045>
- Musalek, C., & Kirchengast, S. (2017). Grip Strength as an Indicator of Health-Related Quality of Life in Old Age—A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1447. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121447>
- MZ ČR. (2011). Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Retrieved 15. 12. 2018 from World Wide Web <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Nakladatelství Karolinum.
- Paiva, M. H. P. de, Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Santos, Á. da S. (2016). Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3347–3356. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015>
- Pelikán, Š., & Charvát, P. (2011). Senioři a pohybová aktivita. Retrieved 6. 2. 2019 from World Wide Web <http://www.vemeste.cz/2011/05/seniori-a-pohybova-aktivita/>
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.
- Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Simeão, S. F. de A. P., Martins, G. A. de L., Gatti, M. A. N., Conti, M. H. S. De, Vitta, A. De, & Marta, S. N. (2018). Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day Center. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3923–3934. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016>
- Sławińska, T., Pośluszny, P., & Rożek, K. (2013). The Relationship Between Physical Fitness and Quality of Life in Adults and the Elderly. *Human Movement*, 14(3). <https://doi.org/10.2478/humo-2013-0023>
- Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas*. Praha: Karolinum.
- Souza, L. N. N. de, Carvalho, P. H. B. de, & Ferreira, M. E. C. (2018). Quality of life and subjective well-being of physically active elderly people: a systematic review. *Journal of Physical Education and Sport*, 18(3), 1615–1623.
- Štěrbová, L. (2010). Senioři cestují víc než dřív, cestovky pro ně připravují speciální zájezdy. Retrieved 10. 3. 2019 from World Wide Web <https://www.novinky.cz/cestovani/cestovani-po-cesku/215502-seniori-cestuji-vic-nez-driv-cestovky-pro-ne-pripravuji-specialni-zajezdy.html>

- Svobodová, K. (2006). Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory. Retrieved 6. 12. 2018 from World Wide Web
http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=340&PHPSESSID=f3c05ed07d6861ce57b669833218285
- Sýkorová, D. (1996). *Prázdné hnízdo - šance nebo břemeno?* Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. *Medical Science Monitor, 24*, 1604–1613. <https://doi.org/10.12659/MSM.907032>
- Top, M., & Dikmetaş, E. (2015). Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations, 18*(2), 288–300. <https://doi.org/10.1111/hex.12032>
- Trajkov, M., Eminovic, F., Radovanovic, S., Dopsaj, M., Pavlovic, D., & Kljajic, D. (2018). Quality of life and depression in elderly persons engaged in physical activities. *Vojnosanitetski Pregled, 75*(2), 177–184. <https://doi.org/10.2298/VSP160329336T>
- Vad'urová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Vavříková, H. (2013). Osobnost a přijetí stáří. Retrieved 14. 1. 2019 from World Wide Web
<https://www.sensen.cz/clanky/2013/osobnost-a-prijeti-stari>
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies, 1*(1), 1–39. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>
- Vidovičová, L., Galčanová, L., & Petrová Kafková, M. (2015). Význam a obsah prarodičovské role u mladých českých seniorů a seniorek. *Sociologický Časopis, 51*(5), 761–782.
- Vidovičová, L., & Petrová Kafková, M. (2012). Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života. *Sociologický Časopis, 48*(5), 939–963.
- Warmoth, K., Tarrant, M., Abraham, C., & Lang, I. A. (2016). Older adults' perceptions of ageing and their health and functioning: a systematic review of observational studies. *Psychology, Health & Medicine, 21*(5), 531–550. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1096946>
- Wernerová, J., & Zvoníková, A. (2016). Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revizní a Posudkové Lékařství, 19*(2), 68–73.
- Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Zvoníková, A. (2012). Senioři - kvalita života, zdravotní péče a sociální zabezpečení. *Revizní a Posudkové Lékařství, 15*(2), 80–84.
- Zvoníková, A. (2015). Stárnutí populace a disability. *Revizní a Posudkové Lékařství, 18*(3/4), 78–80.

10 PŘÍLOHY

- Příloha 1 Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice
- Příloha 2 Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci Domov sv. Norberta Olomouc – Svatý Kopeček
- Příloha 3 Informace k výzkumnému šetření
- Příloha 4 Informovaný souhlas
- Příloha 5 Anketa vlastní konstrukce
- Příloha 6 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF
- Příloha 7 Dotazník postojů ke stárnutí a stáří AAQ

Příloha 1

Vážený pan
Mgr. Zdeněk Lakomý
ředitel
Dům pokojného stáří sv. Anny
Týnecká 10
783 53 Velká Bystřice

V Olomouci 19. 11. 2018

Věc:

Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci

Vážený pane řediteli,

chtěli bychom Vás požádat o možnost uskutečnit dotazníkového šetření v rámci zpracování bakalářské práce. Studentka 3. ročníku Romana Koblovská by se ve své práci chtěla zabývat hodnocením kvality života uživatelů Vašeho domova seniorů.

Poskytnuté informace využije pouze pro svou bakalářskou práci. Studentka se potřebuje spojit s uživateli Vaší služby a ty požádá o vyplnění dotazníků. Klienti se sami rozhodnou, na základě dobrovolnosti, zda se šetření zúčastní či nikoliv. Informace budou prezentovány v práci bez osobních dat.

Studentka potřebuje ke své práci Vaš souhlas s pohybem po domově seniorů a šetřením.

Za umožnění šetření předem děkujeme.

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Katedra aplikovaných
pohybových aktivit
třída Míru 117 | 771 11 Olomouc

Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
vedoucí práce
Katedra APA, Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci



Příloha 2

Vážená paní
Ivana Povalilová
Vedoucí Domova sv. Norberta
Náměstí Sadové 152/39
779 00 Olomouc – Svatý Kopeček

V Olomouci 19. 11. 2018

Věc:

Žádost o umožnění provedení šetření pro bakalářskou práci

Vážení,

chtěli bychom požádat o možnost uskutečnit dotazníkové šetření v rámci zpracování bakalářské práce. Studentka 3. ročníku Romana Koblovská by se ve své práci chtěla zabývat hodnocením kvality života uživatelů Vašeho domova seniorů.

Poskytnuté informace využije pouze pro svou bakalářskou práci. Studentka se potřebuje spojit s uživateli Vaší služby a ty požádá o vyplnění dotazníků. Klienti se sami rozhodnou, na základě dobrovolnosti, zda se šetření zúčastní či nikoliv. Informace budou prezentovány v práci bez osobních dat.

Studentka potřebuje ke své práci Váš souhlas s pohybem po domově seniorů a šetřením.

Za umožnění šetření předem děkujeme.

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury
Katedra aplikovaných
pohybových aktivit
třída Míru 117 | 777 11 Olomouc

Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

vedoucí práce

Katedra APA, Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci



Příloha 3

Dobrý den,

jmenuji se Romana Koblovská a studuji 3. ročník oboru Aplikované pohybové aktivity na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na hodnocení kvality života osob v seniorském věku a jejich vztah k pohybovým aktivitám.

Chtěla jsem Vás požádat o spolupráci a vyplnění dotazníků v příložené složce, která obsahuje následující:

1. **Informovaný souhlas** – kde vyjadřujete souhlas s účastí na výzkumu
2. Úvodní část **výzkumného šetření** – obecné informace
3. **Dotazník kvality života WHOQOL – BREF** – dotazník zjišťuje Vaše vnímání kvality života v posledních dvou týdnech
4. **Dotazník kvality života AAQ** – dotazník zjišťuje, jaký je Váš postoj ke stáří na základě celkových životních zkušeností

Děkuji předem za spolupráci



Romana Koblovská

V Olomouci 1. 12. 2018

Informovaný souhlas

Studie: Hodnocení kvality života osob v seniorském věku
(pracovní název)

Jméno: _____

Datum narození: _____

Účastník/účastnice 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 mne 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 uschována 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 mou 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 této studie.

Datum: _____

Datum: _____

Podpis účastníka / účastnice

Podpis osoby pověřené touto studií

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOPLŇTE ČI ZAŠKRTNĚNTE

Věk: _____

Pohlaví: MUŽ ŽENA

Způsob bydlení: V ZAŘÍZENÍ 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
➤ kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát a víc
➤ **Co děláte?** _____

- NE
➤ **Důvod?** nedostatek příležitostí
 zdravotní stav
 jiné: _____

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

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 jako 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	nespokojena/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 mohla fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5.	Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6.	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7.	Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8.	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9.	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
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 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

		velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
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 spokojena/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

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 1	trochu platí 2	středně platí 3	hodně platí 4	maximálně platí 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 č. 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 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

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

3. Stáří je čas samoty.

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

4. Moudrost přichází s věkem.

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

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

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

6. Stáří je čas depresí.

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

7. Cvičení je důležité v každém věku.

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

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

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

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

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

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

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

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

11. Necítím se starý/á.

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

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

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

19. Věřím, že můj život má význam.

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

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

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

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

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

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

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

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

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

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

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

Děkujeme za spolupráci.