

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

Diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Procházková, obor: aplikované pohybové aktivity

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

Olomouc 2021

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Veronika Procházková

Název diplomové práce: Kvalita života seniorů žijících v domácím prostředí

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

Rok obhajoby diplomové práce: 2021

Abstrakt:

Diplomová práce je zaměřená na zjištění kvality života seniorů, jejich postojů ke stáří a stárnutí a vlivu koronaviru na seniory. K dosažení výsledků byly využity české verze standardizovaných dotazníků – WHOQOL-BREF a AAQ. Dále jsme použili anketu vlastní konstrukce. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 40 seniorů (20 seniorů Klub seniorů Věrovany a 20 seniorů Klub Kokory).

Dle dotazníku WHOQOL-BREF dosahují senioři nejvyššího skóre v doméně sociální vztahy a nejméně v doméně fyzické zdraví. V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali s oblastí psychologický růst. Domény fyzické změny a psychosociální ztráty měly téměř stejné skóry. Statisticky významné rozdíly byly nalezeny u proměnných četnost pohybové aktivity před koronavirem a v době koronaviru, subjektivního vnímání zdravotního stavu, subjektivního vyjádření kvality života a negativního vlivu koronaviru na psychiku seniorů.

Dle Spearmanovy korelace našeho výzkumného souboru jsme našli korelaci mezi celým souborem WHOQOL-BREF k celému souboru AAQ (0,520747 na hladině ($p \leq 0,05$)).

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

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographic identification

Author`s first name and surname: Bc. Veronika Procházková

Title of thesis: Quality of life of seniors living in a home environment

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová Ph.D.

Abstract:

The thesis focuses on aimed at determining the quality of life of seniors, their attitudes towards old age and aging, and the influence of coronavirus on the elderly. Czech versions of standardized questionnaires – WHOQOL-BREF and AAQ – were used to achieve results. We also used a survey of our own design. A total of 40 seniors (20 seniors Věrovany Seniors Club and 20 seniors Club Kokory) participated in the research survey.

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, seniors score highest in the social relations domain and at least in the physical health domain. In the AAQ questionnaire, seniors most identified with the area of psychological growth. The domains of physical change and psychosocial loss had almost the same scores. Statistically significant differences were found in variables of the frequency of physical activity before coronavirus and at the time of coronavirus, subjective perception of health status, subjective expression of quality of life and negative effect of coronavirus on the psyche of the elderly.

According to Spearman's correlation of our research file, we found a correlation between the entire WHOQOL-BREF file and the entire AAQ file (0.520747 on the surface ($p \leq 0.05$)).

Keywords: AAQ, coronavirus, quality of life, physical activity, senior, aging, old age, WHOQOL-BREF

I agree to borrow the thesis within the library services.

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

V Olomouci dne

.....

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

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD	8
1 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ	9
1. 1 STÁŘÍ.....	9
1.2 PERIODIZACE STÁŘÍ	10
1.2.1 Chronologické stáří	10
1.2.2 Biologické stáří	11
1.2.3 Sociální stáří	12
1.2.4 Psychologické stáří	12
1.3 STÁRNUTÍ.....	14
1.3.1 Postoje ke stáří a stárnutí	15
1.3.2 Změny ve stáří.....	16
Tělesné změny	16
Psychické změny	17
Sociální změny	17
1.4 SENIOR	18
1.4.1 Potřeby seniorů.....	19
Fyziologické potřeby	19
Potřeba bezpečí a jistoty.....	19
Potřeba uznání, úcty.....	20
Potřeba seberealizace.....	20
1.5 SOBĚSTAČNOST	21
Vyhláška 218/2016 (Zákon č. 109/2006 Sb., změna zákonů v souvislosti s přijetím z. o sociálních službách).	21
1.6 SENIOR A RODINA	23
1.6.1 Ageismus	24
1.7 COVID- 19.....	26
1.7.1 Covid – 19 a senioři.....	26
1.8 POHYBOVÁ AKTIVITA	27
1.8.1 Intenzita PA	28

1.8.2 PA seniorů.....	29
1.8.3 Relaxace	31
1.8.4 Vhodné pohybové aktivity pro seniory.....	31
1.9 KVALITA ŽIVOTA.....	34
1.9.1 Kvalita života seniorů.....	35
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
3 METODIKA	37
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
3.2 Průběh a organizace výzkumu	40
3.3 Použité metody.....	40
3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků	41
3.4.1 Dotazník WHOQOL-BREF	41
3.4.2 Dotazník AAQ.....	43
3.4.4 Anketa vlastní konstrukce.....	45
3.5 Statistické zpracování dat.....	45
4 VÝSLEDKY.....	46
4.1 Kvalita života u celého souboru respondentů dle dotazníku WHOQOL-BREF.....	46
4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života	47
4.3 Anketa vlastní konstrukce – pandemie koronaviru	57
4.4 Postoj ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ.....	60
4.5 Vybrané proměnné a jejich vliv na stáří a stárnutí.....	61
4.6 Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ.....	72
5 DISKUZE	74
6 ZÁVĚRY	77
7 SOUHRN.....	79
8 SUMMARY	80
9 REFERENČNÍ SEZNAM	81
10 PŘÍLOHY	88

ÚVOD

Téma mé diplomové práce je „Kvalita života seniorů žijící v domácím prostředí“. K výběru tohoto tématu mě dovedla má bakalářská práce na téma „Kvalita života seniorů v domovech seniorů“, jelikož jsem chtěla nahlédnout na případné rozdíly, jak kvalitu života vidí naopak senioři, kteří žijí v domácím prostředí.

Každý stárneme, a je potřeba o sebe více dbát a žít co nejaktivněji, jak jen to jde. Právě kvalita života, i když je velmi subjektivní, hraje důležitou roli ve stáří a v postojích seniorů. Proto by naší snahou mělo být změnit podmínky pro kvalitní život seniorů a tím také změnit jejich postoj ke stáří k lepšímu. Všichni máme své potřeby a u seniorů se to nijak neliší. Aby se i nadále mohli věnovat svým aktivitám, je důležité jejich fyzické a psychické zdraví, ne pouze absence nemoci.

Velká změna nastává odchodem do penze, kdy se mění ekonomická situace seniorů a přicházejí o pravidelný kontakt se svými spolupracovníky. Najednou mají mnohem více času, než kdy dříve a je podstatné jej náležitě využít. Zde se jako ideální volba jeví navštěvování klubů pro seniory. Kluby zprostředkovávají kontakt s dalšími seniory, umožňují výlety a zážitky a působí pozitivně na psychiku seniorů.

Záleží na každém z nás, jak se se stářím vyrovná a jaké si ho udělá. Stárnutí se bohužel nedá „přeskočit“, musí se přijmout se vším všudy a využít možnosti, které nabízí.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu svého života, jaké mají postoje ke stáří a stárnutí a jak moc je ovlivnila pandemie koronaviru. Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Výzkumu se účastnilo celkem 40 seniorů, kteří navštěvují klub pro seniory (20 seniorů Klub Věrovany, 20 seniorů Klub Kokory). Z toho bylo 21 žen a 19 mužů.

I přes pandemii koronaviru jsem se dozvěděla mnoho nového o klubech seniorů a bylo to pro mě příjemné zpestření.

1 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ

1.1 STÁŘÍ

Všichni prakticky stárneme od okamžiku, kdy dospějeme. Největší úbytek sil nastává v období odchodu do důchodu. Náhle toho již zvládneme mnohem méně než dřív. I když se jedná o naprosto přirozený proces, ne každý se s tím vyrovná.

Stáří je poslední etapa života. Součástí stáří je také nadhled, moudrost a pozvolné snížení energie. Velmi důležité je v tomto období přijmout pozitivní hodnocení dosavadního života a akceptovat jej. Důležité je poučit se z chyb, ale i z našich úspěchů (Vágnerová, 2007). Pokud chceme stáří kolem nás a v nás pochopit, musíme se otevřít problematice stáří (Haškovcová, 2010).

Pichauda (1998) uvádí, že stáří je období, kdy se mění způsob života. Člověk z produktivního věku přechází do období stárnutí a stáří. Uvědomění přichází tehdy, když se narodí vnoučata a při odchodu do důchodu. Dochází ke zhoršení zdravotního stavu, zpomalování životního tempa a úbytku sil.

Z biologického hlediska je stáří spojováno s postupným omezováním pracovních schopností vlivem funkčních a anatomických změn. Tyto změny postihují bez výjimky všechny, avšak u každé osoby jsou individuální. Jsou podmíněny geneticky, ovšem také záleží na kvalitě a způsobu života. K těmto změnám dochází již kolem 30. roku života – snižují se tělesné funkce organismu. Patří zde shrbení postavy, zpomalení pohybu a reakcí, snížená odolnost vůči infekcím, zpomalení hojení ran apod. Biologické změny se mohou projevit v různých obdobích a na různých částech těla (Šimíčková & Čížková, 2005).

Kalvach (2004) poukazuje na sociální stáří, které se vyznačuje odchodem do důchodu a nese s sebou řadu sociálních změn, které se týkají zejména ekonomického zajištění, životního stylu a změn sociálních rolí a potřeb. O stáří tedy můžeme říct, že je vlastně sociální událostí a můžeme hovořit o sociální periodizaci, která rozděluje stáří do dvou období – třetí věk (postproduktivní) a čtvrtý věk (fáze závislosti).

Každý z nás prožívá stáří svým osobitým způsobem. Setkáváme se s různými modely přijetí života stárnoucích lidí. Velkou měrou k přijetí a postoji vůči stáří přispívá osobnost člověka, temperament a míra adaptability jedince (Holmerová, Jurášková, & Zikmundová, 2007).

1.2 PERIODIZACE STÁŘÍ

1.2.1 Chronologické stáří

Periodizace stáří je velmi individuální. Existuje mnoho názorů, jak můžeme stáří dělit. Mezinárodně uznávané je dělení dle Světové zdravotnické organizace (dále WHO).

Dělení stáří dle WHO

- a) Rané stáří: 60–75 let
- b) Vlastní stáří: 75–90 let
- c) Dlouhověkost: 90 a více let

V poslední době se častěji uplatňují následující dělení (Mühlpachr, 2004):

- a) Mladí senioři: 65–74 let
- b) Staří senioři: 75–84 let
- c) Velmi staří senioři: 85 let a více

Rané stáří je období odchodu do důchodu, vyznačuje se spoustou volného času pro sebe, pro své blízké a na koníčky, na které dříve nezbýval čas. Naopak pro někoho, může odchod do důchodu znamenat ztrátu profesní role a pocit méněcennosti. V tomto věku se začínají objevovat nemoci, začíná ubývat sil a mnozí přicházejí o své blízké. Velmi důležitou roli hraje rodina, protože život dětí a vnoučat přináší pocit uspokojení a potřeby citové jistoty (Vágnerová, 2000).

Vlastní stáří nese s sebou řadu problémů, které mohou být pro starého člověka těžko zvládnutelné. Senioři bývají ohroženi vyšším výskytem chorob, častějšími komplikacemi, ztrátou soběstačnosti, osamělostí, horší prognózou, ale také segregováním ze společnosti či podceňováním. Právě zde je velmi důležitá péče dětí o své rodiče (Marek, Kalvach & Sucharda, 2001).

Dlouhověkost, dle WHO jsou za dlouhověké považovány osoby starší 90 let. Lidé s dlouhověkostí tvoří pouze malé procento v populaci, ale díky zvyšování kvality života a zdravotnické péči, jejich počet neustále roste. Dožití se tak vysokého věku je především ovlivněno dědičností a životním stylem (Mühlpachr, 2009).

1.2.2 Biologické stáří

Biologické stárnutí probíhá individuálně u každého jedince, je určeno životním stylem a genetickými dispozicemi. Biologické stáří úzce souvisí s pojmem biologický věk, což je označení celkového stavu lidského organismu. Tímto pojmem označujeme veškeré vývojové změny organismu člověka, které probíhají na organické úrovni. Elementárně přináší změny struktury (morfologie), následně změny funkcí (zpomalování a úbytek) (Jarošová, 2006).

Dle Gregora (1990) jsou základními fyzickými změnami ve stáří opotřebování organismu, pokles biologických adaptačních mechanismů a zpomalení metabolismu. Biologické stáří se týká konkrétní míry zhoršujících se změn, např. atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů, pokles zdatnosti těla. Stanovit biologické stáří je velmi obtížné, lze jej stanovit pomocí použití hodnocení funkčního stavu jedince k určité aktivitě či zdravotnickému výkonu.

Přesné příčiny stárnutí a stáří nejsou stále přesně vysvětleny. Mühlpachr (2009) se ztotožňuje s dvěma přístupy.

1) Epidemiologický přístup

- Stárnutí a umírání jsou děje nahodilé, vykazují značnou variabilitu a jsou podmíněny chorobnými vlivy ať už vnějšími nebo vnitřními
- Přirozená smrt stářím neexistuje, pouze smrt jako nehoda
- Člověk se může dožít dlouhověkosti, ale potřebuje k tomu optimální podmínky na žití

2) Gerontologický přístup

- Stárnutí a umírání jsou procesy zákonité
- Kódovány genetickou informací
- Přirozená smrt stářím neexistuje (v optimálních podmínkách se život neprodlouží) (Mühlpachr, 2009).

1.2.3 Sociální stáří

Sociální stáří je období několika sociálních změn či splnění určitého kritéria – nejčastěji odchod do důchodu (Kalvach, 1997).

Sociální stáří je provázeno několika změnami. Patří sem zejména odchod z aktivního pracovního života do důchodu. Tento přechod může člověka výrazně ovlivnit, neboť je spojen s určitými změnami prožívání. S odchodem člověka do důchodu se mění jeho sociální role. Naopak končí role pracovní, dochází ke změnám v rodinných rolích – nová role prarodiče. S ukončením profese se také snižuje autorita a společenské postavení. Seniori bývají společností akceptováni jako méně cenní a méně hodnotní (Jarošová, 2006).

Venglářová (2007) definuje aspekty stáří (fyzické, psychické, sociální) jako propojené systémy. Mezi sociální aspekty řadí:

- Odchod do důchodu
- Stěhování
- Osamělost
- Změna životního stylu
- Finanční potíže
- Ztráty blízkých osob

Společenská opatření vzhledem k seniorům by měla být komplexní a individualizovaně cílená, vycházet z přání, a hlavně potřeb seniorů (Mühlpachr, 2009).

1.2.4 Psychologické stáří

Duševní vývoj ve stáří závisí na tom, jak se s touto skutečností dokáže stárnoucí člověk vyrovnat. Postupně dochází k úbytku řady duševních funkcí, tyto úbytky vznikají biologicky přirozenými změnami. Omezují se funkční kapacita organismu, tím pádem se zhoršuje vnímání, motorika, dochází ke zpomalení duševních pochodů a k celkovému snížení životní síly (Klevertová & Drabalová, 2008).

Křivohlavý (2002) hodnotí psychické funkce v průběhu stárnutí. Dělí je na změny kognitivní a na ty, které se týkají jednotlivých dílčích funkcí.

Změny v dílčích psychických funkcích v průběhu stárnutí dělí na:

- Změny v oblasti vidění (nejčastějším příznakem stárnutí jsou změny zrakové ostrosti související se ztrátou pružnosti čočky)
- Změny ve vnímání akustických podnětů (snižuje se citlivost k vyšším frekvencím zvukového spektra)
- Změny ve vnímání chuťových podnětů (cca do 70 let je vnímání chuti relativně stálé, poté dochází k relativnímu snížení práhu percepce chutí na slané a sladké podněty)
- Změny v oblasti vnímání vůní a pachů
- Řeč (latence odpovědi → doba, která uplyne od chvíle, kdy dozní otázka po odpověď, ve stáří se prodlužuje)
- Spánek (nejčastěji probouzení v průběhu spánku)

Psychika starého člověka se odvíjí od souboru vlivů, které vznikaly a působily na člověka již v dětství a po celý život se utvářely a vzájemně na sebe působily. Osobnost člověka ovlivňují všechny tyto životní zkušenosti a vlivy (Haškovcová, 1990).

1.3 STÁRNUTÍ

Stárnutí je přirozený proces v životě každého z nás. Je vázáno s biologickými, psychologickými a ekonomickými změnami. Každý z nás stárne jiným způsobem. Způsobem života a prostředím, ve kterém žijeme lze ovlivnit základní mechanismy stárnutí. Naše stáří je zrcadlením celého našeho života (Poledníková, 2006).

Stárnutí není záležitost pouze sto a více letých lidí, jedná se o něco, co se táhne celým životem. „Stárnutí není chorobnou změnou, ale normálním, biologickým pochodem, který probíhá v nezadržitelném toku vývoje“ (Křivohlavý, 2011, p. 144.).

Stárneme již v momentě narození. V prenatálním období se tomu říká vývoj plodu. Novorozenec se stále vyvíjí, ale také začíná stárnout. Stárnutí je přirozené pro každého člověka, pro každého člověka je to individuální proces, při kterém jsou ohroženy orgány, funkce těla i psychika jednotlivce. U každého nastupuje proces stárnutí odlišně, v jiném věku a má i odlišný průběh. Jak již bylo řečeno, stáří je ovlivňováno mnoha faktory (Dienstbier, 2009).

Dle Tvaroha (1983) je proces stárnutí pochod, který je zakončený přirozenou smrtí, které předchází úbytek sil a postupné zpomalení až uhasnutí životních pochodů. Bohužel jen velice málo lidí umírá přirozenou smrtí, většinou příčinou úmrtí je nemoc nebo úraz. Každý člověk je jiný, a proto je i stárnutí u každé osoby jiné a zcela individuální. Stárnutí probíhá celý život, starým člověkem se tedy nestaneme ze dne na den.

Stárnutí nejspíše urychlují nemoci v dětství, tak i nemoci v pozdějším věku. Značně k tomu přispívá i špatná životospráva, nezdravá výživa, kouření, nadužívání alkoholu a životní zátěže (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Proces stárnutí je geneticky naprogramován, ovšem jeho vývoj lze ovlivnit vnějšími faktory. Dalším rysem stárnutí je, že jeho průběh nelze zastavit. Změny, které vznikají důsledkem stáří nejdou zvrátit. Jisté orgány, tkáně a funkce podléhají stárnutí rychleji, jiné naopak pomaleji. Stárnutí je vylíčeno jako komplikovaný celek dějů, u kterého dochází k vzájemnému prolínání a podmiňování na celulární, sub celulární, molekulární, orgánové a kompletní úrovni (Otová & Kalvach, 2004).

1.3.1 Postoje ke stáří a stárnutí

Bužgová a Klechová (2011) uvádějí, že pozitivní postoje seniorů ke stáří a stárnutí mohou mít vliv na příznivou adaptaci na stáří a zvyšovat celkovou životní spokojenost seniorů. Postoje na stáří a jeho prožívání jsou zcela individuální a závisí na mnoha faktorech.

Genetické predispozice a fyzické zdraví přispívá k úspěšnému stárnutí. Naopak faktory jako chronické onemocnění či fyzické omezení mohou být těžko ovlivnitelné. Mnoho dalších faktorů lze změnit, zejména faktory psychologické a s nimi související postoje ke zdraví a vlastnímu stárnutí. Subjektivní hodnocení má důležitý dopad na chování seniorů a celkový zdravotní stav (Bryant, 2012).

Každý z nás chce svůj život prožít co nejkvalitněji a senioři nejsou výjimkou. Jedním z nejvýznamnějších faktorů, které vedou k osobní aktivitě zaměřené na naplnění vlastních představ o kvalitním životě jsou právě postoje starších lidí ke stáří (Virgulová & Schedová, 2013).

Postoje ke stárnutí jsou formovány z poznatků o stáří, z vlastních zkušeností, obav, očekávání, emocí, aktivity či z možnosti rozhodování. Postoje ke stáří a stárnutí jsou individuální, vychází ze sociální situace jedince, liší se podle kulturních hodnot a jsou spojeny se změnami stárnutí obyvatelstva a s rozvojem moderní medicíny (Janečková, 2013).

Postoje ke stáří a stárnutí rekapituluji myšlenky, pocity a vzpomínky každého člověka. Vychází z vlastních zkušeností a důležitých životních událostí, ale mohou být také utvářeny na základě pozorování jiných starších lidí, kdy můžeme sledovat, že fyzické změny jsou neoddelitelnou součástí stárnutí (Low, Molzahn & Schopfloch, 2013).

Zaujímání postojů ke stáří a stárnutí je značně rozmanité. Existují mnoho odlišných způsobů a projevů v chování, přístupu a životním stylu jedince. Mezi důvody, proč se zdá stáří být nešťastným je, že nás stáří odvádí od veřejné činnosti, oslabuje naše tělo, bere nám tělesné radosti a rozkoše a je to poslední fáze před smrtí (Malíková, 2011).

Hlavní determinanty ovlivňující postoje ke stáří (Venglářová, 2007):

- Prostředí
- Typ osobnosti
- Výchova
- Vzdělání

- Kultura a společenské vlivy
- Rodina
- Zdravotní stav
- Emoční inteligence
- Celková situace (ekonomické možnosti)
- Vrozené predispozice

1.3.2 Změny ve stáří

Stáří není žádná choroba, ale doprovází jej často zdravotní a funkční komplikace. S věkem dochází k postupnému snížení samostatnosti a roste míra závislosti na druhých. Stáří je spojeno s výraznými změnami dosavadního způsobu života (Ondrušová, 2009).

Tabulka 1

Změny ve stáří (Vengléřová, 2007)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování si nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráty blízkých lidí
Degenerativní změny smyslů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční potíže
Změny v trávicím systému	Změny vnímání	
Změny vylučování moči	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

Tělesné změny

Stárnutí probíhá individuálně a z toho důvodu jsou rozdíly mezi jednotlivými seniory výraznější než rozdíly mezi mladšími jednotlivci. Časová manifestace, kompletnost a rozsah vyjádření tělesných projevů stáří jsou velmi osobité. Výrazně působí fylogenetické vlivy, protože po dlouhou dobu dochází u nových generací ke stárnutí v lepší tělesné formě, v lepším zdravotním stavu i sociálně cílevědoměji oproti starší generaci. Ontogenetický vývoj v rámci změn neprobíhá rovnoměrně. Obecně hovoříme o

fenotypických změnách v průběhu stárnutí, mezi které patří změny tělesné výšky, tělesné hmotnosti, změny na buněčné a tkáňové úrovni, orgánové změny. Změny výrazu obličeje, změny tělesného povrchu, změny postoje a chůze, sarkopenie, změny vnitřního prostředí, involuční změny smyslového vnímání (sluchu, zraku, hmatu, čichu a chuti). Stáří je také doprovázeno poruchou termoregulace. Seniori, kteří jsou nepohybliví mají sníženou produkci tepla. Postupně dochází ke zpomalení reakce kožních cév, zvyšují se ztráty tepla v chladném prostředí, a naopak v teplém prostředí je ztížen únik tepla. Seniori mají také sníženou schopnost pocení, proto je u seniorů zvýšené riziko podchlazení nebo přehřátí. Až u 20 % seniorů může při infekčním onemocnění chybět horečka, což je způsobeno změnami termoregulace (Kalvach, 2004).

Psychické změny

Stárnutí je spojováno s poklesem duševních funkcí. Všeobecně můžeme říct, že ve stáří dochází ke zhoršení vnímání a krátkodobé paměti, naopak dlouhodobá paměť bývá zachována. Snižuje se také schopnost učení a myšlení, klesá odolnost vůči zátěžovým situacím. Zhoršení všech funkcí mají za následek biologické involuční procesy. Biologické faktory a sociální činitele ovlivňují psychický vývoj. Sociálními faktory myslíme např. změny postavení ve společnosti, ztrátu určitých sociálních rolí, redukci sociálních kontaktů a zvýšenou závislost na druhých lidech. Seniori mají značně sníženou adaptabilitu. U jedince, u kterého nejsou výrazné poruchy zdraví se lépe adaptuje na stáří. Na proces stárnutí a individuální zvláštnosti působí činnost, kterým se jedinec v průběhu svého života věnoval (Holásková, 2005).

Sociální změny

Seniori jsou obvykle velmi zranitelní, což může navodit pocity méněcennosti a nejistoty. Staří lidé často pocítují, že jsou neužiteční a cítí se být přítěží pro rodinu. Zásluhou toho mohou vznikat stařecké neurózy a psychózy. Varování před výskytem sebevražd u seniorů. Velmi důležité je, aby se senior přizpůsobil změnám, které přichází se stářím. K těmto změnám patří odchod do důchodu, změna ekonomického zajištění, změna bydliště nebo smrt životního partnera. Společnost musí stáří akceptovat jako přirozenou součást života každého z nás, protože seniori jsou její nedílnou součástí (Ondrušová, 2009).

1.4 SENIOR

Haškovcová (2012) hovoří o senioru jako o starším člověku, někdy také jako o nejstarším v lidské společnosti, kterého si lidé cení.

Nelze vymezit „typického seniora“, neboť seniorská populace je velmi různorodá. Senioři se liší v mnoha aspektech. Patří zde věk, zdravotní stav, ekonomické a sociální prostředí, způsob života, vzdělání, hodnoty, zkušenosti v oblasti práce a očekávání od života. Na seniory bychom měli nahlížet jako na osoby funkčně znevýhodněné, se zhoršenými schopnostmi, a to zejména v oblasti zdraví. Avšak bychom na ně neměli nahlížet jako na osoby postproduktivní, jejichž schopnosti se nezlepšují a jsou závislé na pomoci druhých lidí (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012).

Pojem senior se nemusí pojít pouze k věku, ale může vyjadřovat velmi váženou funkci bez ohledu na věk. Můžeme říct, že senior je pouze občan narozený dříve (Pacovský, 1990).

Stuart-Hamilton (1999) poukazuje na to, že můžeme vidět například sedmdesátileté seniory, kteří spadají do stereotypního vnímání starého člověka – vrásky na obličeji, šedé vlasy apod. Ovšem jsou také staří lidé, kteří tyto znaky nemají, tím pádem vypadají mladší, než ve skutečnosti jsou. Máme také jedince, jejichž vzhled je starší než jejich skutečný věk, můžeme tedy hovořit o tom, že „předčasně zestárlí“.

Obecně můžeme tvrdit, že seniorská populace je heterogenní, s převahou ovdovělých žen. Senioři jsou v nevýhodě oproti mladším generacím, disponující značným sociálním kapitálem, který je často podceňovaný, vyžadující důsledný osobní přístup a podporu ke svébytnosti a smysluplnosti (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012).

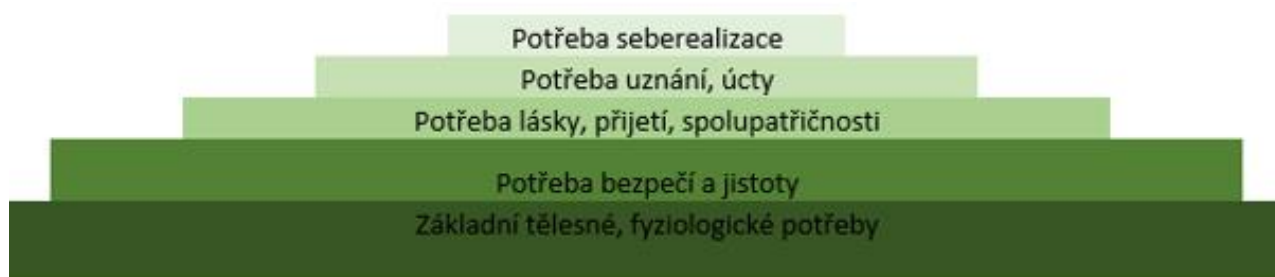
Pojem senior byl přijat z následujících důvodů (Čornaničová, 1998):

- Neexistuje jiné, všeobecné a emočně nezabarvené označení pro člověka v období sénia
- Navazuje na koncept sénium
- Je pozitivně přijat těmi, na které se vztahuje
- Přehledné, lehce se skloňuje a snadno se z něj tvoří odvozeniny

1.4.1 Potřeby seniorů

V naší společnosti existuje řada mýtů o stáří. Jeden z nich platí právě o potřebách seniorů. Jedna část společnosti předpokládá, že stáří má nějaké speciální potřeby, které ostatní lidé nemají. Druhá část společnosti omezuje potřeby stáří na úroveň základního fyziologického a materiálního zajištění (Nešporová, 2008).

Abraham H. Maslow se zabýval lidskými potřebami a hierarchicky je seřadil. Seřadil je od nejzákladnějších, tedy biologických potřeb přes psychosociální až po potřeby růstu a rozvoje (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012).



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (Maslow, 2013)

Fyziologické potřeby

Do fyziologických potřeb zahrnujeme potřeby nutné k přežití. Jde zejména o potřebu spánku, přijímání potravy, potřeba pohybu apod. Aby nedocházelo k tomu, že se tyto potřeby stanou dominantními, člověk se je snaží uspokojit. Pokud se tak ovšem stane, pak tyto potřeby ovlivňují chování a jednání jedince (Trachtová, Fojtová & Mastiliaková, 2001).

Potřeba bezpečí a jistoty

Tato potřeba nám slouží k vyrovnání hrozeb a nebezpečí, které hrozí. Jedná se o potřebu důvěřovat, mít zázemí a člověka na kterého se můžeme spolehnout. Dále o oproštění se z pocitu strachu a úzkosti a potřebu ekonomických jistot. Lidé, kteří nemají ve svém životě řád a pořádek se tyto potřeby stávají první v pořadí (Trachtová, Fojtová & Mastiliaková, 2001).

Potřeba lásky, přijetí, spolupatřičnosti

Třetí úroveň vstupuje do popředí zejména v čase, kdy se jedinec cítí opuštěný, například kvůli ztrátě životního partnera. Tato potřeba vychází z potřeby milovat a být milován, jedná se tedy o vybudované sociální a společenské vztahy a jaké v nich nacházíme uspokojení spolupatřičnosti (Sýkorová,2007).

Potřeba uznání, úcty

Potřeba sebeúcty a hodnocení sebe sama. Každý člověk touží po nějakém výkonu, důvěře ostatních lidí a pravomocích, ale také nechce být závislý na tom, co si o něm myslí jiní lidé. Na druhé straně je to potřeba, mít postavení ve společnosti a mít někdo si nás bude vážit. Hlavně se objevuje při nedostatku důvěry a snahou jedince je potom získat tyto potřeba zpátky (Trachtová, Fojtová & Mastiliaková, 2001).

Potřeba seberealizace

Potřeba jedince uskutečnit své představy, čím se chce stát a co zamýšlí (Trachtová, Fojtová & Mastiliaková, 2001).

1.5 SOBĚSTAČNOST

Schopnost být fyzicky, psychicky, finančně a emocionálně nezávislý. Soběstačný je člověk tehdy, pokud nemá podstatné omezení psychických nebo fyzických funkcí, zvládá potřebné činnosti denního života v prostředí, ve kterém žije, bez pomoci či asistence druhých osob. Soběstačnost klesá s přibývajícím věkem, a to v jedné nebo více složkách. Soběstačnost nám poskytuje možnost žít samostatně a vyrovnávat se se životem okolo nás. Závisí na zdravotním stavu jedince a často je ovlivňována onemocněním. Jedinci se sníženou soběstačností jsou ohroženi podvýživou, pády, úrazy nebo také jevy jako je okradení (Haškovcová, 2012).

Dle Topinkové (2005) může být soběstačnost zhoršena také z důvodu špatných bytových podmínek, nedostatku financí nebo neochoty rodiny postarat se o seniora. Právě proto by zdraví senioři měli aspirovat o co největší praktickou soběstačnost. Většina lidí chce do konce života žít ve svém přirozeném prostředí, které hraje v životě člověka důležitou roli. Závislost na pomoci vnímají senioři často jako mnohem horší věc než nemoc, která jejich závislost způsobila. Rodina nebo příbuzní jsou nejčastěji zdrojem pomoci. Senioři se často cítí být „na obtíž“ svým příbuzným nebo naopak se nechají až příliš moc „opečovávat“. Je velmi důležité u seniora včas odhalit neschopnost zvládat své základní životní potřeby, aby se situace mohla zavčas řešit a mohla být nabídnuta účinná pomoc a podpora.

Vyhláška 218/2016 (Zákon č. 109/2006 Sb., změna zákonů v souvislosti s přijetím z. o sociálních službách).

Za schopnost zvládat základní životní potřeby se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat:

1. Mobilita → vstávání a usedání, stoj, zaujímat a měnit polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem alespoň 200 m, otevírat a zavírat dveře, chůze po schodech, nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků
2. Orientace → poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se osobou, časem a místem, orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat
3. Komunikace → vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí, chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv, vytvářet rukou psanou krátkou zprávu, používat běžné komunikační prostředky

4. Stravování → vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nalít nápoj, rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat je, najíst se a napít, dodržet stanovený dietní režim
5. Oblékání a obouvání → vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, rozeznat rub a líc a správně je vrstvit, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením
6. Tělesná hygiena → použít hygienické zařízení, dodržovat tělesnou hygienu, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se
7. Výkon fyziologické potřeby → včas používat WC, zaujmout vhodnou polohu, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky
8. Péče o zdraví → dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy, rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc
9. Osobní aktivity → navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami, plánovat a uspořádat osobní aktivity, stanovit si a dodržet denní program
10. Péče o domácnost → nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení, udržovat pořádek (Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů 218/2016 Sb.).

1.6 SENIOR A RODINA

Rodina má mnoho podob, jak ji lze definovat. Shodneme se na tom, že se jedná o společenství osob, které jsou spjaty manželstvím nebo pokrevním příbuzenstvím. Zpravidla je rodina tvořena rodiči a jejich dětmi. Plní funkci reprodukční, socializační, ekonomickou, výchovnou a emocionální. Máme tzv. malé rodiny, které jsou tvořeny rodiči a dětmi a tzv. velké rodiny, kterou charakterizují tři, čtyř nebo pětigenerační společenství pokrevních příbuzných. Pouto krve je určující, můžeme dále přiřadit společné bydliště a společnou práci v rámci rodiny (Haškovcová, 2010).

V současném modelu rodiny se promítají změny zejména v oblasti ekonomické, společenské a kulturní. Dochází k velkým změnám ve vztazích mezi starší a mladší generací. Jen výjimečně se vyskytuje soužití více generací nebo soužití manželského páru s některým z rodičů. Objevují se převážně oddělené bydlení jednotlivých generací, což naznačuje, že pomoc dětí, vnuků, snach či zeťů bude spíše spočívat v občasné docházení za seniorem. V české společnosti je velmi silná paternalistická tendence, kdy se očekává, že péči o seniory bude zajišťovat stát. Na druhou stranu senioři nepřenesají odpovědnost za kvalitní stáří na stát, ani na rodinu, naopak zdůrazňují svoji osobní nezávislost a samostatnost. Pomoc od druhých lidí připouští až tehdy, pokud nebude vyhnutí (Vidovičová & Rabušic, 2003).

Vztahy mezi seniory a jejich dospělými dětmi jsou značně individuální. Proto jde velmi obtížné zobecnit, nakolik jsou harmonické nebo konfliktní. Existuje ovšem spousta faktorů, které regulují normy těchto vztahů. Nejvýznamnější norma mezigeneračních vztahů je mezigenerační solidarita, která za poslední desetiletí prošla významnou proměnou. Úroveň a kvalita rodinných vztahů je závislá právě na tom, do jaké míry děti pocítují odpovědnost vůči rodičům, a naopak také jakou odpovědnost pocítují rodiče vůči svým dětem (Petrová & Kafková, 2010).

Přítomnost seniorů v rodině je nenahraditelná, protože i senioři zastávají důležité funkce a role v rodině. Jejich úkolem je předávání vlastních zkušeností a odkazu dalším generacím. Hrají také klíčovou roli ve vztahu k vnoučatům, a to hlavně při jejich výchově. Naplňování těchto rolí je prospěšné pro celou rodinu, protože podporuje vědomí smysluplnosti, upevňuje vztahy a sounáležitost celé rodiny (Čeledová, Kalvach & Čevela, 2016).

1.6.1 Ageismus

Termín ageismus se začal používat v USA v 60. letech. Znamená diskriminaci na základě věku a negativní představy o seniorech. Vznikají představy, že staří lidé/ senioři již nemají společnosti co nabídnout a představují pouze ekonomickou zátěž. K tomu značně přispívá i současná společnost, kdy jsou upřednostňováni mladí a zdraví lidé. Rozpad rodinných vazeb přispívá k prohlubování názorových rozdílů generací na různé aspekty života (Vidovičová, 2008).

V evropské společnosti je markantně rozšířena diskriminace lidí z důvodu vyššího věku. Zdrojem ageismu jsou mimo jiné věkové segregace a jako prevence je věková inkluze (Dvořáčková, 2014).

Pokud by věk ve společnosti nebyl tak důležitý, tak by ageismus neexistoval. Hlavním problémem ovšem není společnost, ale institucionální nastavení, která i v prosperující době mohou systematicky omezovat životy a potenciál svých členů. Jedním z příkladů je odchod do penze, kdy institucionalizace důchodů jen prohlubuje myšlenku, že v určitém věku klesá ekonomická produktivita a sociální hodnota jedince. Důležitým zdrojem je věkový/ generační konflikt, který vychází z toho, že se proti sobě staví generace do sociálních systémů přispívající, a naopak generace ze sociálních zdrojů čerpající (Vidovičová, 2008).

Zdroje ageismu:

Strach ze smrti

Na smrt se nahlíží jako na fázi mimo lidský životní cyklus. Smrt a stáří je často chápáno jako synonymum. Smrt není viděna jako nevyhnutelná a přirozená součást lidského života, naopak předstíráme, že smrt neexistuje, ignorujeme ji (Tošnerová, 2002).

Důraz na mládí a fyzickou krásu

Staří lidé jsou většinou zobrazováni negativně (Tošnerová, 2002).

Produktivita

Stáří je chápáno jako neproduktivní období, stejně jako dětství a středí věk je viděn jako nesoucí zátěž o tyto dvě skupiny. Ovšem děti jsou chápány jako investice, na rozdíl od seniorů, kteří jsou chápáni jako finanční dluh či závazek (Tošnerová, 2002).

Skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu

Diskriminace stáří má mnoho podob. Patří zde stěhování do segregovaného obydlí, alkoholismus nebo zneužívání psychotropních látek. Naopak senior může být vůči

diskriminaci aktivní, kdy pozná pokus o jeho vyloučení ze společnosti a brání se (Malíková, 2011).

Opatření ke snížení ageismu

Každý si v první řadě musí uvědomit, že senior automaticky nepatří do pobytových zařízení, neboť jejich místo je doma. K tomu je zapotřebí, aby byla vybudována kvalitní síť terénních a ambulantních služeb, pokud by rodina seniora v domácím prostředí potřebovala pomoc (Malíková, 2011).

Doporučuje se podpořit seniora v rodině a samotnou rodinu motivovat k péči o seniora. Je nezbytné seniora podporovat v aktivním způsobu života a účasti na zájmových činnostech. V neposlední řadě také podpořit samostatnost seniorů (Malíková, 2011).

1.7 COVID- 19

Covid -19 je vysoce infekční onemocnění, které je způsobeno koronavirem SARS-CoV-2. V čínském Wu-chanu v prosinci 2019 byl identifikován první případ nákazy. Od té doby se virus rozšířil po celém světě, což způsobilo přetrvávající pandemii.

Virus, který způsobuje covid-19 se šíří hlavně vzdušným přenosem, tehdy když je infikovaná osoba v blízkém kontaktu s jinou osobou. Malé kapénky a aerosoly obsahující virus se mohou šířit z nosu a úst infikované osoby při dýchání, kašlání, kýchání, zpěvu a mluvení. Ostatní lidé jsou nakaženi, když se virus dostane do jejich úst, nosu nebo očí. Virus se může šířit až dva dny předtím, než infikované osoby projeví příznaky, a od jedinců, kteří nepocítují žádné příznaky. Lidé zůstávají infekční po dobu až čtrnácti dnů.

Pro diagnózu onemocnění byly vyvinuty různé testovací metody. Standardní je PCR test, výtěrem z nosohltanu. Mezi preventivní opatření patří fyzický a společenský odstup, umístění do karantény, větrání vnitřních prostor, zakrývání úst a nosu při kašli a kýchání, mytí rukou, nošení respirátorů na veřejnosti. Bylo vyvinuto několik vakcín a země zahájily masové očkovací kampaně a očkování (Chen, Zhou, Dong, Gong & Han, 2020).

1.7.1 Covid – 19 a senioři

Na jednu stranu měla pandemie koronaviru vzhledem k seniorům i svá pozitiva. Mnoho lidí si uvědomilo, že mají své prarodiče a začali se o ně více zajímat. I společnost si díky pandemii uvědomila problémy, se kterými se musejí senioři potýkat, ať už je to nedostatek financí či zdravotní problémy. Vzrostl i počet dobrovolníků, avšak mnoho z nich se k seniorům vůbec nedostalo. Problém nastal v absence internetu, kdy se mnoho seniorů o možnosti pomoci ani nedověděli. Do budoucna je proto velmi důležité zvyšovat u seniorů gramotnost v online světě.

Na druhou stranu s pandemií přišlo omezení seniorů ve všech oblastech – bezpečí, svobody, sociální, fyziologické a seberealizace. Nejvíce je poznamenána oblast sociální, senioři jsou mimo kontakt s okolním světem, protože jejich rodiny se bojí za nimi chodit na návštěvy, aby předešli nákaze. Proto je velmi důležité udržovat alespoň telefonický kontakt. Pro seniory je zřízena i linka v případě potřeby, kdy jsou propojování s dobrovolníky, aby si mohli popovídat či s psychology, pokud potřebují odbornější pomoc.

Pro seniory je velmi důležité udělat si plán dne a určit si cíle. Bezpečí a jistotu nám totiž dodává systém, když si nastavíme, jak náš den bude probíhat, tak víme, co nás čeká.

Doporučuje se udělat si řád a určit body, na které se poté budeme moci těšit. Zkrátka potřeby všech seniorů jsou stejné jako potřeby všech lidí (Procházková, 2020).

1.8 POHYBOVÁ AKTIVITA

Dle WHO (2007) je pohybová aktivita výdej energie, k čemuž dochází při pohybu těla a je vyprodukováno kosterním svalstvem. Jde o prvky každodenní PA, například chůze, jízda na kole, ruční práce, plavání, rekreační turistika, lyžování, tanec, sport a práce na zahradě. Všechny tyto aktivity mají pozitivní vliv na zdraví a pomáhají udržovat tělesnou kondici.

Pohybová aktivita (dále PA) je velmi důležitá, a to ať se jedná o sportovní aktivity nebo každodenní činnosti, které vykonáváme. Má velice příznivé účinky v oblasti zdraví. PA udržuje kosti zdravé, působí na dýchací a srdeční cévní soustavu, udržuje sílu a výkonnost svalů, které drží kosterní aparát ve správném postavení. Udržuje tělesnou hmotnost a harmonii psychického stavu (Marková, 2012).

Tělesná aktivita a pohyb jsou podstatnou součástí života člověka v každém věku. Pohyb je základem a podmínkou přežití, soběstačnosti, samostatnosti, udržení psychické a sociální aktivity, podpory sociální integrace, snížení pocitu osamělosti, zdroj naplnění osobních zájmů a také rozvíjí fyzickou kondici, prevencí mnoha onemocnění, stimuluje nervový systém, zpomaluje proces stárnutí, zlepšuje látkové přeměny, odstraňuje nepříznivé psychické stavy a posiluje obranyschopnost organismu. Zmíněné charakteristiky pohybu se mnohdy stávají i hlavními motivy seniorů, které vedou k pravidelné PA, která má příznivý vliv na organismus a podporuje fyzické a psychické zdraví. Všechny tyto výhody přispívají k prodloužení tvořivé pracovní aktivity a vyobrazují aktivní stáří jedince (Baisová & Kružliak, 2014).

Kalvach (2004) rozděluje PA podle činností v každodenním životě:

- Činnosti všedního dne (uklizení, nakupování, vaření)
- Pracovní činnosti (zahradničení, péče o domácího mazlíčka)
- Péče o sebe (hygiena, oblékání, rehabilitace)
- Činnosti volného času (hra, výlety, procházky, sport)
- Rozvoj a vzdělání (četba, kurzy, řešení problémů, diskuse)

Dle Kalmana, Hamříka a Pavelky (2009) PA zahrnuje tyto aktivity:

- Aktivní sport
- Tělesná výchova
- Aktivní hra
- Sport
- Tanec
- Aktivní domácí práce
- Tělocvičná rekreace

Pohybová aktivita je určena několika faktory a je velmi důležité na ně brát zřetel. S pohybovou aktivitou je důležité začít v raném věku dětí, aby si osvojily návyky aktivního životního stylu. Je potřeba pochopit důležitost druhu, trvání, frekvence a intenzity pohybové aktivity (Kudláček & Frömel, 2012).

1.8.1 Intenzita PA

Velikost srdeční frekvence používáme jako ukazatel velikosti intenzity zatížení. Je-li pohybová aktivita prováděna nízkou intenzitou, pak srdeční frekvence bude relativně nízká (120 tepů/min). Při zvyšování intenzity pohybové aktivity může srdeční frekvence dosáhnout až 200 tepů/min (Perič, 2012).

Tabulka 2

Klasifikace intenzity PA podle srdeční frekvence (Sigmund & Sigmundová, 2015)

Úroveň PA (intenzita)	Maximální srdeční frekvence (%)
Velmi mírná	<30
Mírná	30-49
Střední	50-69
Vysoká	70-89
Velmi vysoká	≥ 90
Maximální	100

Pro určení intenzity pohybové aktivity používáme jednotku MET. MET představuje násobek klidového metabolismu, je to cca jedna kilokalorie na jeden kilogram tělesné hmotnosti za jednu hodinu. Vysoká intenzita pohybové aktivity – běh se projevuje vysokou intenzitou dýchání, pocení a zvýšení srdeční frekvence. Energetický výdej se zvyšuje alespoň 6krát nad úroveň klidového metabolismu. Střední intenzita pohybové

aktivity – rychlá chůze, je energetický výdej 3 METs, srdeční frekvence je zrychlená (Frömel, Novosad & Svozil, 1999).

Tabulka 3

Pásma intenzity zatížení (Strath et al., 2013)

Pásma intenzity zatížení	Hodnota v MET
Sedavé	≤ 1,5
Mírná intenzita	1,6-2,9
Střední intenzita	3,0-4,9
Vysoká intenzita	5,0-6,9
Velmi intenzivní	≥ 7,0

1.8.2 PA seniorů

Senioři, kteří vykonávají pohybovou aktivitu, si ji jen musí mírně upravit vzhledem ke svému věku, ale nijak se neliší od pohybových aktivit, kterou vykonávají mladší jedinci. Většina lidí má představu, že jakmile dojde k naplnění seniorského věku, tak se usadí do křesla a začnou plést. Ovšem s moderními technologiemi se mění prožitek volného času jak u seniorů, tak i u mladší generace. Stále více seniorů jsou pracující, studují univerzity třetího věku, sportují a cestují. Také vznikají aktivity určené pouze pro seniory, mezi které patří například senior fitcentra či umělecké kroužky. Dnes mají senioři možnost aktivně stárnout a rozvíjet svou osobnost. Záleží pouze na nich, jak svůj volný čas využijí (Štilec, 2004).

Pohybovou aktivitu může provozovat většina starších osob, aniž by museli nejdříve zhodnotit svůj zdravotní stav. Senioři, kteří trpí nemocemi oběhového systému, plic a pohybového ústrojí by měli navštívit lékaře. Doporučení lékaře je nutné ke stanovení druhu, míry fyzické zátěže a výši, v jaké se může pohybovat tepová frekvence cvičícího seniora a kdy je potřeba s cvičením přestat. Prováděné pohybové aktivity je vhodné během dne střídat, například jízda na kole, plavání v rehabilitačním bazénu a cvičení zlepšující obecně kondici. Díky střídání cviků se zabráňuje nudě, jelikož zapojují různé svalové skupiny a předchází se také přetížení pohybového ústrojí (Roslawski, 2005).

V pozdějším věku je zkrátka pohybová aktivita důležitá, jelikož můžeme předcházet různým problémům, které mohou nastat. Pohybová aktivita ovlivňuje zdraví, preventivně působí proti přejídání, kouření a pomáhá zvládat stresové situace (Kohout & Mítáš, 2014).

Druhy cvičení dle Roslawského (2005):

- Ranní rozcvička
- Uvolňující cviky
- Dechová cvičení
- Cvičení zvyšující obratnost

Ranní rozcvička

Úkolem 10 -15minutové rozcvičky je probudit veškeré tělesné funkce a ulehčit přechod od spánku k denním aktivitám. Seniorům se nedoporučuje bezprostředně po probuzení rychlý přechod z pozice vleže do pozice ve stoje, kvůli možným závratím a mdlobám. Nejdříve je vhodně zařadit protahovací pohyby vleže, pohyby v kloubech a obracení se z boku na bok. Dále pokračovat vsedě na posteli – pohyby končetin a páteře (kroužení hlavou, předklony a úklony). Nakonec je vhodná chůze po pokoji, kdy kroužíme horními končetinami a provádíme uvolňující cviky a dechová cvičení.

Uvolňující cviky

Uvolňující cviky způsobují snížení svalového napětí a je vhodné je zařadit před zahájením cvičení a po skončení cvičení.

Dechová cvičení

Dechové cvičení zvyšují ventilaci plic, zlepšují funkčnost dýchacího ústrojí a podporují výměnu kyslíku mezi atmosférickým vzduchem a krví, což je důležité hlavně pro jedince, kteří se málo pohybují. Naučit se správně dýchat se neobejde bez nacvičování, a to vsedě nebo vleže na zádech, začít hlubokým výdechem, za kterým následuje nádech se současným vypouknutím břicha a poté výdech ústy se současným zatahováním břicha. Po výdechu je pauza cca 3 sekundy.

Cvičení zvyšující obratnost

Tyto cviky jsou pro seniory velmi důležité, neboť jejich smyslem je udržení a zvyšování tělesné obratnosti a výkonnosti, síly, pevnosti svalstva a koordinace pohybů. Provádějí se individuálně či skupinově. Doba trvání je cca 30 minut, intenzita by měla postupně narůstat až do dosažení maximálního přípustného zatížení, a to v polovině cvičení, poté intenzita postupně klesá až do samotného závěru cvičení. Cvičení dělíme na úvod (5 min.), hlavní část (20 min.) a závěr (5 min.).

1.8.3 Relaxace

Relaxace je stav, kdy se v těle uvolňuje svalové napětí, je součástí psychohygieny. Existuje velké množství různých způsobů relaxace. Díky relaxaci můžeme nabrat nové síly, zregenerovat tělo a duši, zbavit se aktuálních problémů, a právě proto by měla být součástí každého z nás. Při relaxaci provádí jedinec obvyklé činnosti, které mu jsou příjemné a baví ho, tak se zbavuje stresu a únavy. Díky relaxaci je možné předejít mnoha zdravotním komplikacím a problémům (Křivohlavý, 2012).

Batůňková (2010) popisuje obecné antistresové techniky, mezi které patří: nácvik klidného hlubokého dýchání, meditace, relaxační techniky, jóga a aktivní cvičení.

1.8.4 Vhodné pohybové aktivity pro seniory

Chůze

Chůze je běžný, přirozený pohyb každého člověka. Pomocí chůze se lidé mohou přemísťovat z místa na místo, napomáhá k rozproudění krevního systému a působí pozitivně na funkci srdce. Bohužel chůze byla v běžného života vytlačena a nahrazena dopravními prostředky, bez kterých si většina nedokáže svůj život už ani představit. Ovšem chůze patří mezi nejvhodnější a nejekonomičtější pohybovou aktivitu. K chůzi nepotřebujeme žádné speciální pomůcky, ani oblečení a lze ji provozovat prakticky kdekoli. Chůze má dokonce antidepresivní účinky a odbourává stres. Lidé, kteří chodí na pravidelné procházky jsou potom odolnější vůči stresu a mají více energie k pracovní výkonnosti (Bočková, Hastrmanová & Havrdová, 2011).

Tabulka 4

Počet kroků za den (Tudor-Locke & Bassetta, 2004).

Způsob života	Kroky/ den
Sedavý způsob	méně než 4 999
Málo aktivní	5 000 - 7 499
Částečně aktivní	7 500 - 9 999
Aktivní	nad 10 000
Vysoce aktivní	více než 12 500

Nordic walking

Nordic walking (severská chůze) je chůze, s pomocí dvou holí. Speciální hole jsou vyráběny přímo pro tuto pohybovou aktivitu. S pomocí holí dochází při chůze k zapojení větší části těla, a to hlavně horní poloviny těla. Díky holím dochází ke snižování zátěži kloubů a kolen, jedinec pocítuje částečné odlehčení. Pro seniory je to vhodná pohybová aktivita právě díky holím, které napomáhají k opoře celého těla. Nordic walking podporuje setkávání s přáteli, navazování nových kontaktů a sociální komunikaci. Nordic walking je finančně nenáročná aktivita a umožňuje pohyb na čerstvém vzduchu (Škopek, 2010).

Tanec

Tanec s sebou přináší prožitek společenské události. Tanec je obohacen hudebním doprovodem. Prolínají se žánry od klasické hudby, přes moderní hudbu až po samotné bubny. Záleží na každém, jaký hudební styl si vybere. Tanec může být zcela spontánní, tak jak to jedinec zrovna cítí nebo může být opakován po cvičiteli. Důležité je při tanci vnímat rytmus, pak dochází k podvědomé inervaci určitých svalových skupin s tendencí provést daný pohyb v souladu s rytmem. Tanec povzbuzuje tvořivost, improvizaci a uvolňuje psychické napětí (Bočková, Hastrmanová & Havrdová, 2011).

Stacionární kola

Cvičení na stacionárních kolech podporuje rozvoj kardiovaskulárního systému, napomáhá k zachování pohybové obratnosti a šetří klouby seniorů. Díky velké stabilitě stacionárního kola se snižuje riziko pádu a s tím spojené zlomeniny končetin. Cvičení na stacionárním kole je vhodné zařadit v dopoledních hodinách, neboť zajišťují aerobní zátěž. Ideální doba jízdy je 45 minut (Dýrová & Lepková, 2008).

Turistika

Díky turistice můžou senioři poznávat nová a zajímavá místa. Velká výhoda turistiky je pobyt na čerstvém vzduchu v přírodě a posílení sociálních kontaktů (Bočková, Hastrmanová & Havrdová, 2011).

Plavání

Plavání je jedna z nejvhodnějších aktivit pro seniory, neboť při plavání dochází k rovnoměrné zátěži celého těla. Ve vodě jsou šetřeny klouby, voda nadnáší a nedochází k velkému zatěžování seniora. Plavání je dobré k posílení svalstva v oblasti ramen, paží, zad, nohou a pozitivně přispívá ke správné funkci srdce a plic (Bočková, Hastrmanová & Havrdová, 2011).

Jóga

Jóga usiluje o vnitřní harmonii těla i duše. Jóga je aktivita vhodná pro všechny věkové kategorie a je možné začít kdykoli. Pomáhá posilovat a protahovat svalstvo, dochází také k uvolnění stresu a napětí. Pro seniory je velmi důležitá technika správného dýchání, a právě proto se jóga doporučuje seniorům v souladu se správným dechovým cvičením a meditací. Meditace se doporučují provádět každý den, protože pomáhají v orientaci na svou vlastní osobu a snižuje strach z osamění (Bočková, Hastrmanová & Havrdová, 2011).

Tai-chi

Tai-chi je bojové umění, které je velmi šetrné k pohybovému aparátu. Je to velmi vhodná aktivita právě pro seniory, protože zlepšuje rovnováhu a posiluje kognitivní funkce a zároveň snižuje riziko pádu. Tai-chi také snižuje stres, úzkost a zmírňuje bolesti kloubů. Díky tai-chi jsou jedinci energičtější a zlepšuje se kvalita spánku (Sipe, 2017).

1.9 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života zjednodušeně značí pocit životního štěstí. Mezi základní znaky patří osobní soběstačnost, pohyblivost, seberealizace a duševní harmonie (životní spokojenost x nespokojenost), životní úroveň a podpora sociálního okolí. Prvky, které zvyšují kvalitu života jsou zcela individuální, neboť i samotnou kvalitu života si každý z nás představuje odlišně (Hartl & Hartlová, 2009).

Můžeme identifikovat dvě roviny kvality života. Rovina subjektivní (osobní spokojenost) a rovina objektivní (životní podmínky). Neexistuje pouze jedna definice kvality života, ale můžeme říct, že pojem je interdisciplinární a multidimenzionální a těžce uchopitelný. Lze zde zařadit koncept materiální, psychické pojetí, koncepci kulturně antropologickou, pojetí morální, sociologické a medicínské (Ludíková, 2013).

Křížová (2002) poukazuje na to, že odborná veřejnost shrnuje kvalitu života ve třech oblastech: fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince. Kvalitu života lze chápat i jako výsledek mnoha faktorů, jenž na nás působí. Jsou to faktory ekonomické, sociální, zdravotní a enviromentální.

Dle WHO je kvalita života to, jak daný jedinec vnímá svou pozici v životě vzhledem ke kulturnímu a hodnotovému systému, ve kterém žije. Řadí se zde i jedincův psychický stav, somatické zdraví, sociální vztahy a úroveň soběstačnosti. Kvalita života neznamena pohodu, zdravotní nebo psychický stav. Je to zcela subjektivní stav jedince, který se odehrává v kontextu s kulturou, sociálním a enviromentálním prostředím (Čevela & Čevelová, 2010).

Kvalita života dle WHO:

- Fyzické zdraví (bolest, spánek, vyčerpanost)
- Stupeň samostatnosti (fyzická aktivita, pracovní činnost, závislost na lécích)
- Společenské poměry (vztahy, podpora)
- Prostředí (finance, cestování, jistota, nezávislost)
- Spiritualita (náboženství) (Dvořáčková & Hrozenká, 2013).

1.9.1 Kvalita života seniorů

Na kvalitě života jedince se podepisuje především to, jak prožíval svůj život, zdravotní stav a fyzickou a psychickou výkonnost. Záleží také na věku, pohlaví, rodinné situaci a životní úrovni. Kritérium kvality života seniorů je různorodost fyziologických, psychických a sociálních potřeb a eventualita jejich uspokojování (Mühlpachr, 2004).

Čevela, Kalvach a Čevelová (2012) dodávají, že rozhodujícím faktorem pro kvalitu života ve stáří je mobilita, kognitivní schopnosti, výchova a vzdělání, majetkové poměry, osobnostní charakteristiky, rodina, a účelná nabídka zdravotnických, sociálních, psychoterapeutických a spirituálních služeb.

Pro kvalitní život ve stáří je důležité vytvořit si program pro volný čas. Mezi takový program se řadí udržování a navazování nových kontaktů, společná setkávání seniorů a prohlubování mezigeneračních vztahů. Pro úspěšné stárnutí je potřeba udržovat rovnováhu mezi odpočinkem a aktivitou. Aktivizace seniorů spočívá v hledání motivace, krátkodobých a dlouhodobých cílů a posilování sebeúcty. Všechny tyto aktivity (sociální, psychické, fyzické) dávají životu smysl a naplňují ho (Langmeier & Krejčířová, 1998).

Starší lidé většinou hodnotí kvalitu svého života pozitivně na základě sociálních kontaktů, závislosti, zdraví a hmotných poměrů. Důležitou roli také hraje adaptace a odolnost. S ohledem na kvalitu života ve stáří je potřeba zmínit dva hlavní faktory, a to demence a deprese (Netuveli & Blane, 2008).

Zajistit kvalitu života seniorům je relativně obtížné, protože je tato veličina ovlivněna aktuálním emocionálním a funkčním stavem. Kvalita života ve stáří vyjadřuje životní preference s úrovní saturace podstatných hodnot. Při zajištění kvality života seniorů se zaměřujeme zejména na orientaci daného jedince a hodnocení smysluplnosti jeho života (Beksová, 2013).

Kvalitu života seniorů ovlivňuje mnoho faktorů (Dvořáčková, 2012):

- Fyzický stav
- Funkční zdatnost
- Psychický a duševní stav
- Spokojenost s léčbou
- Sociální vztahy
- Prostředí

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem empirické části diplomové práce je hodnocení kvality života u osob v seniorském věku, zjišťování jejich postojů ke stáří a stárnutí a dopad koronaviru na kvalitu života seniorů. Pro zjišťování kvality života byl zvolen standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Postoje ke stáří a stárnutí byly zjišťovány pomocí standardizovaného dotazníku AAQ (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Výzkum byl dále doplněn anketou vlastní konstrukce pro zjištění věku, pohlaví, bydlení, dosaženého vzdělání a finanční situace respondentů. Byly přidány otázky, které se týkají pohybové aktivity, kdy coronavirus neovlivňoval respondenty a otázky, kdy coronavirus ovlivňoval respondenty.

Cílem mé diplomové práce je:

1. zjistit, jak hodnotí senioři kvalitu svého života
2. zjistit, postoj ke stáří a stárnutí u respondentů
3. zjistit, jak pandemie koronaviru ovlivňuje seniory

Dle stanovených cílů mé diplomové práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň kvality života seniorů dle dotazníku WHOQOL-BREF u zvolených seniorů?
2. Ovlivňují vybrané proměnné výsledky hodnocení kvality života u zvolených seniorů?
3. Jaké jsou postoje ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ u zvolených seniorů?
4. Ovlivňují vybrané proměnné postoje ke stáří a stárnutí?
5. Ovlivňuje pandemie koronaviru kvalitu života seniorů?

3 METODIKA

Pro získání výsledků byla využita forma kvantitativního typu výzkumu u seniorů žijících v domácím prostředí. Pro zjištění kvality života seniorů byl uplatněn dotazník WHOQOL-BREF, jenž je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. WHOQOL – BREF byl vytvořen pracovní skupinou WHOQOL podle analýzy dat z 20 výzkumných center na celém světě. Následně byl použit dotazník AAQ pro zjištění postoje seniorů ke stáří a stárnutí. Projekt výzkumné práce s názvem Hodnocení kvality života seniorů schválila etická komise FTK UP pod jednacím číslem 71/2017, ze dne 27.11. 2017.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Data byla sesbírána u 40 seniorů, žijících v domácím prostředí. Dvacet seniorů navštěvuje klub pro seniory Kokory a dvacet seniorů navštěvuje klub pro seniory Věrovany. Kritérium pro výběr respondentů byl věk 60 let a více a účast v klubu pro seniory. Charakteristika výzkumného souboru je popsána v tabulce 5.

Tabulka 5

Charakteristika výzkumného souboru v četnosti (n=40)

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru	n	Pohlaví	
			ženy	muži
Věk	rané stáří: 60–70 let	27	14	13
	vlastní stáří: 75–89 let	13	7	6
Pohlaví	muž	19		
	žena	21		
Vzdělání	základní	6	5	1
	střední bez maturity	13	6	7
	střední s maturitou	20	10	10
	vysokoškolské	1	0	1
Rodina	ano	24	12	12
	ne	16	9	7
Finanční situace	výrazně podprůměrné	0	0	0
	mírně podprůměrné	6	2	4
	průměrné	29	17	12
	mírně nadprůměrné	5	2	3
	výrazně nadprůměrné	0	0	0
Zvíře	ano	16	8	8
	ne	24	13	11
PA před koronavirem	ano 1x/týdně	11	8	3
	ano 2x/týdně	14	8	6
	ano 3x/týdně	3	1	2
	ne	12	4	8
PA v době koronaviru	ano 1x/týdně	12	5	7
	ano 2x/týdně	5	3	2
	ano 3x/týdně	2	0	2
	ne	21	13	8
Kouření	ano	2	0	2
	ne	38	21	17

Tabulka 5

Charakteristika výzkumného souboru v četnosti (n=40) – pokračování

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru	n	Pohlaví	
			ženy	muži
Zdravotní stav	velmi spokojený/á	1	0	1
	spíše spokojený/á	10	7	3
	ani spokojený/á – ani nespokojený/á	20	10	10
	spíše nespokojený/á	8	4	4
	úplně nespokojený/á	1	0	1
Kvalita života	velmi dobrá	1	0	1
	dobrá	23	14	9
	ani dobrá ani slabá	11	6	5
	slabá	4	0	4
	velmi slabá	1	1	0

Poznámka. n = základní soubor

3.2 Průběh a organizace výzkumu

Můj výzkum byl zaměřen na seniory žijící v domácím prostředí, kteří navštěvují klub pro seniory.

Jako první jsem si vybrala klub důchodců Věrovany, jelikož jej navštěvuje můj strýc s přítelkyní. Tento klub spadá do Sdružení obcí mikroregionu Království v Olomouckém kraji, dále zde patří obce: Blatec, Brodek u Přerova, Citov, Čelechovice, Dub nad Moravou, Grygov, Charváty, Kožušany-Tážaly, Krčmaň, Majetín, Suchonice, Velký Týnec a Věrovany. Srazy se zde uskutečňují na Obecním úřadě Věrovany, pokud se jedná o větší akci, tak se scházejí na hřišti či ve společenském domě. Zde se konají i oslavy narozenin jednotlivých členů a přednášky, například jelikož můj strýc včelaří, tak na toto téma zde pro zájemce pořádá přednášky. Pořádají také zájezdy na různá místa ČR, například Prečerpávací vodní elektrárna Dlouhé stráně, Zámek v Hradci nad Moravicí a Kroměříž flória. O těchto zájezdech vždy informuje kraj a mohou se účastnit i lidé se zdravotním postižením. Bohužel v době koronaviru je chod klubu pozastaven a jak strýc říká: „Všichni se dobře známe a už se těšíme až se opět všichni shledáme.“

Jako další jsem si vybrala klub pro seniory Kokory, protože zde působila má kamarádka a mohla mi zprostředkovat roznesení dotazníků seniorům. I zde se pořádají zajímavé akce, například Loučení s létem anebo Hody Kokory.

Každý senior z mého výzkumu dostal vytištěné všechny dotazníky a krátký text o tom, o co se jedná a jak má postupovat. Jednotliví senioři si mezi sebou dotazníky rozdali, jelikož většinou všichni bydlí kousek od sebe. Kvůli korona-virové pandemii jsem seniory nemohla navštívit sama a jsem velmi ráda, že se to podařilo alespoň touto cestou.

Poté jsem všechny vyplněné dotazníky přeprovedla a zapsala do tabulky v Microsoft Office Excel 2016 a data mohla být zalána ke statistickému zpracování.

3.3 Použité metody

Ve své diplomové práci jsem zvolila formu výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Pomocí české verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF jsem zkoumala kvalitu života seniorů, a to ve čtyřech oblastech (fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání a prostředí). Postoje ke stáří a stárnutí u seniorů jsem zjišťovala pomocí standardizovaného dotazníku AAQ, který zahrnuje domény psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst. Tyto dotazníky jsem poté doplnila anketou vlastní konstrukce (příloha 5).

3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků

3.4.1 Dotazník WHOQOL-BREF

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 a skládá se z 24 položek, které jsou sdruženy do čtyř oblastí:

- 1) Fyzické změny
- 2) Prožívání
- 3) Sociální vztahy
- 4) Prostředí

Dotazník WHOQOL-BREF představuje výběr 24 položek plus dvě samostatné položky, které hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Délka vyplnění dotazníku je 10 až 15 minut a účastníci výzkumu mohou skórovat na škále od 4 do 20 bodů (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Tabulka 6

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	
	q5 potěšení ze života	
Prožívání	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 Dotazník AAQ

Standardizovaný dotazník AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire) hodnotí postoje ke stáří a stárnutí u vybraných probandů. Byla vytvořena konečná verze, která obsahuje 24 položek. Položky jsou sjednoceny ve třech doménách.

- 1) Doména psychosociální ztráty
- 2) Doména fyzické změny
- 3) Doména psychologický růst

Doména psychosociální ztráty zahrnuje prožitky samoty, sociální vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti. Doména fyzické změny se týká fyzického zdraví, kondice, cvičení a celkové reflexe stárnutí. Doména psychologický růst naopak zahrnuje kladné zkušenosti (moudrost/zralost), týká se zejména pozitivního vztahu k sobě a k okolnímu světu. Hodnoty hrubého skóru v AAQ jsou 8 až 40 a čím vyšší skóre, tím se senioři více ztotožňují s otázkami v jednotlivých doménách (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Tabulka 7

Přehled položek a dimenzí dotazníku AAQ (Dragomirecká, 2007).

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
	aaq34	cítím se vyřazený
Fyzické změny	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 neomezují
	aaq36	zdravotní stav je dobrý
	aaq37	udržuji se aktivní
Psychologický růst	aaq2	lepší vyrovnávání 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

3.4.4 Anketa vlastní konstrukce

Anketa vlastní konstrukce (příloha 5) zjišťuje základní informace o dotazovaných účastnících. Patří zde otázky o věku, pohlaví, vzdělání, rodiny, financí, přítomnosti zvířete, frekvenci PA a otázky přidány vzhledem k pandemické situaci koronaviru.

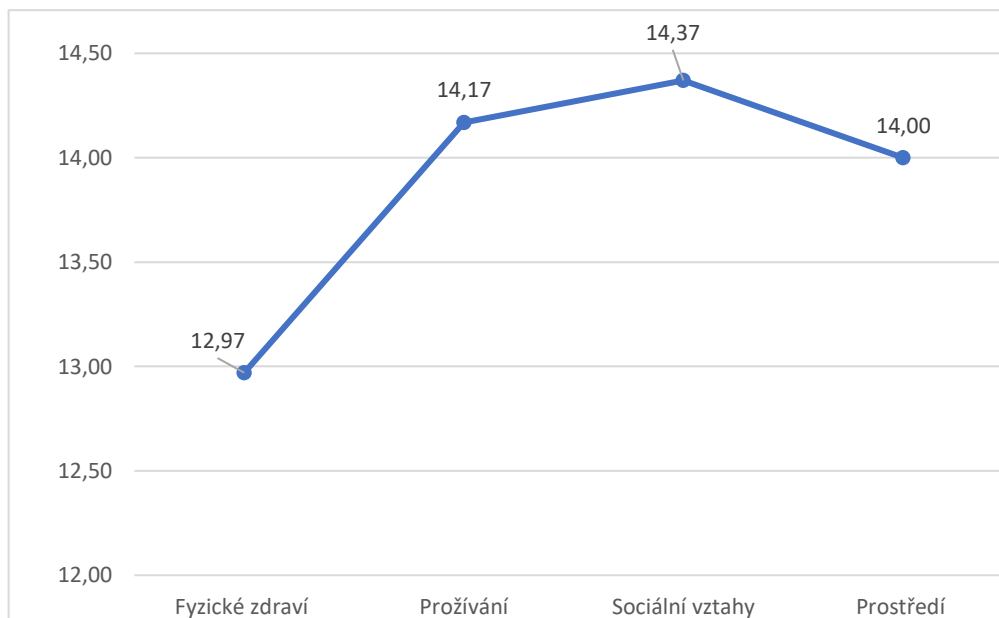
Následně zde budou vybrány některé proměnné, kde budeme zjišťovat, jestli mají vliv na výsledky šetření v rámci dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ.

3.5 Statistické zpracování dat

Pro statistické zpracování dat byl využit statistický program Statistica a všechny sesbíraná data byly vloženy do tabulky Microsoft Office Excel 2016. Pro určení statistické významnosti byl využit Mann-Whitneyův U test a Kruskal-Wallisův ANOVA test ($p \leq 0,05$). Nakonec byla použita Spearmanova korelace ($p \leq 0,05$) pro zjištění vztahu mezi dotazníky. Data byla zpracována RNDr. Milanem Elfmarkem z katedry přírodních věd v kinantropologii FTK UP v Olomouci.

4 VÝSLEDKY

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

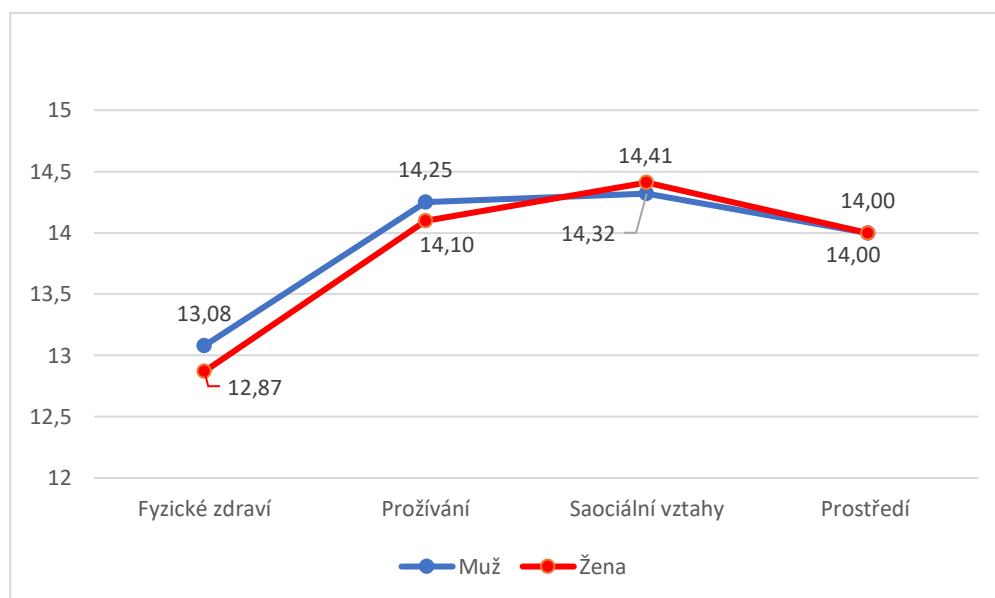


Obrázek 2 Hodnocení kvality života u všech respondentů dle WHOQOL-BREF

V grafu můžeme pozorovat, že výsledky celého souboru respondentů se v jednotlivých doménách pohybují mezi 12,97 až 14,37 bodů. Senioři hodnotí kvalitu života obdobně v kategoriích prožívání, sociální vztahy a prostředí. Nejvyšší hodnocení kvality života nalezneme v doméně sociální vztahy (14,37) a nejnižší hodnocení nalezneme v doméně fyzické změny (12,97). Doména fyzické zdraví dle normy (viz příloha 2) je mírně snižena, domény prožívání, sociální vztahy a prostředí se pohybují dle normy v průměru.

4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života

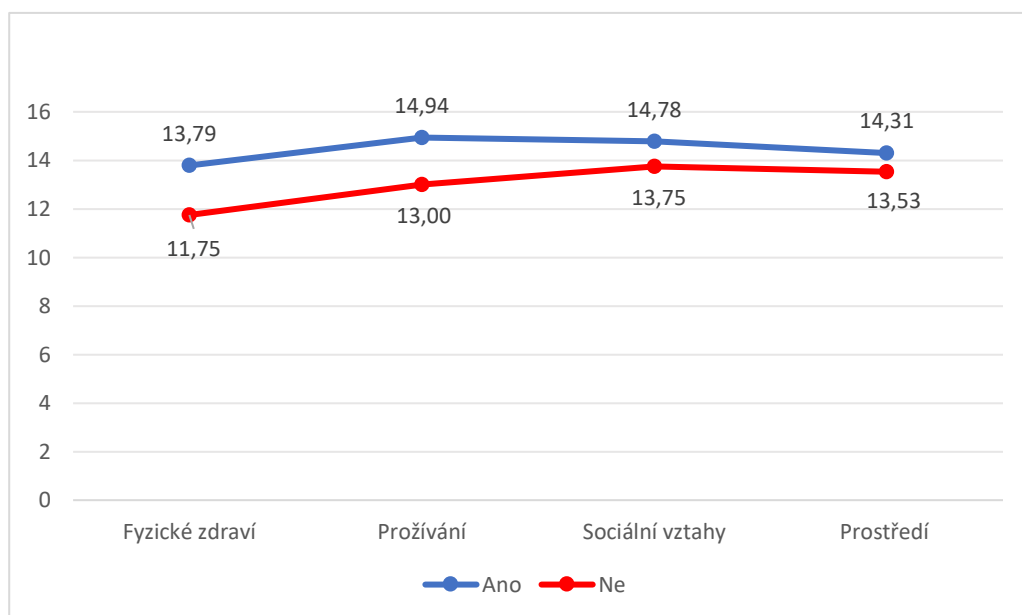
a) Ovlivňuje pohlaví výsledky hodnocení kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 3 Hodnocení kvality života dle pohlaví

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla ve výzkumném souboru rozděleného dle pohlaví nalezena žádná statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi muži ($n=19$) a ženami ($n=21$) v žádné doméně. Pohlaví tudíž nemá v našem souboru vliv na kvalitu života. U obou pohlaví je nejvýše hodnocena kvalita života v doméně sociální vztahy.

b) Ovlivňuje soužití v domácnosti s jinou osobou kvalitu života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 4 Hodnocení kvality života dle rodiny

Seniorů jsem se dotazovali, zda žijí v domácnosti s jinou osobou (osobami). Celkem 24 (60 %) seniorů odpovědělo, že ano a 16 (40 %) seniorů, že ne. Podle Mann-Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost v DOM 1 (fyzické zdraví), DOM 2 (prožívání) a v celém souboru WHOQOL-BREF.

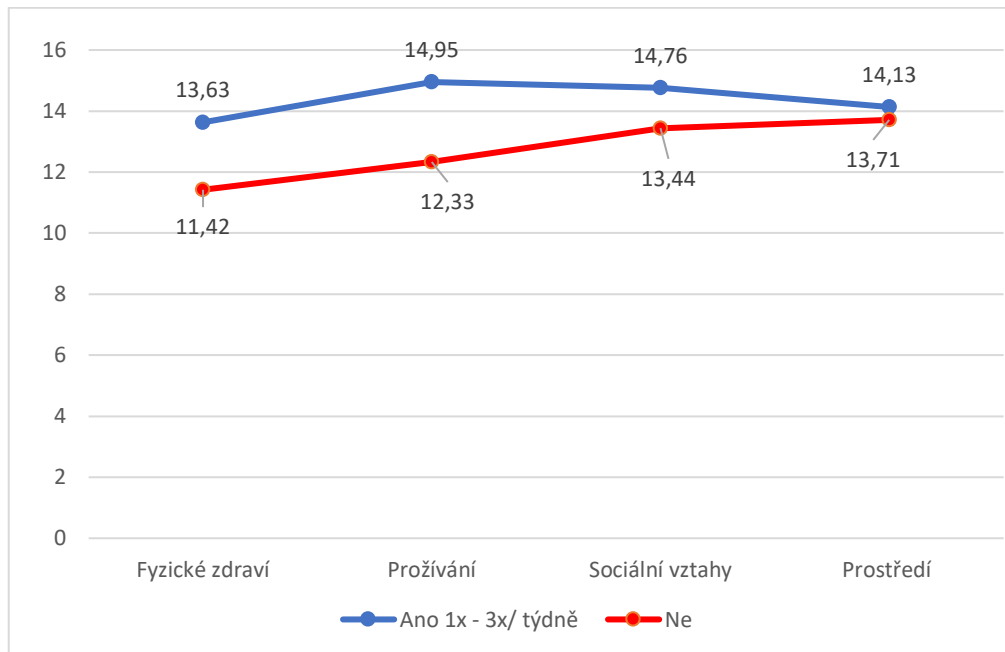
Tabulka 8

Statistická významnost v doméně 1 (fyzické zdraví), v doméně 2 (prožívání) a u celého souboru z hlediska kvality života dle rodiny

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Rodina Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
DOM1	573,50	246,50	110,50	2,24	0,02	2,24	0,02
DOM2	577,00	243,00	107,00	2,33	0,01	2,34	0,01
DOM3	544,50	275,50	139,50	1,44	0,15	1,47	0,14
DOM4	553,00	267,00	131,00	1,67	0,09	1,68	0,09
CELBREF	571,50	248,50	112,50	2,18	0,02	2,18	0,03

Poznámka. p= hladina významnosti; DOM 1 (fyzické změny), DOM 2 (prožívání), DOM 3(sociální vztahy), DOM 4 (prostředí) a CELBREF (celý soubor WHOQOL-BREF); červená barva = statisticky významný rozdíl

c) Ovlivňuje provádění pohybové aktivity před koronavirem výsledky života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 5 Hodnocení kvality života dle četnosti provozované pohybové aktivity před koronavirem

V anketě vlastní konstrukce jsem se dotazoval respondentů na dobu, kde je ještě neovlivňoval coronavirus, zda cvičí/sportují v délce 45 minut a kolikrát týdně nebo zda necvičí vůbec. Celkem 28 (70 %) seniorů odpovědělo, že provozují PA a 12 (30 %) seniorů, že neprovozují PA.

Podle Mann-Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost v DOM 1 (fyzické zdraví), v DOM 2 (prožívání) a v celém souboru WHOQOL-BREF.

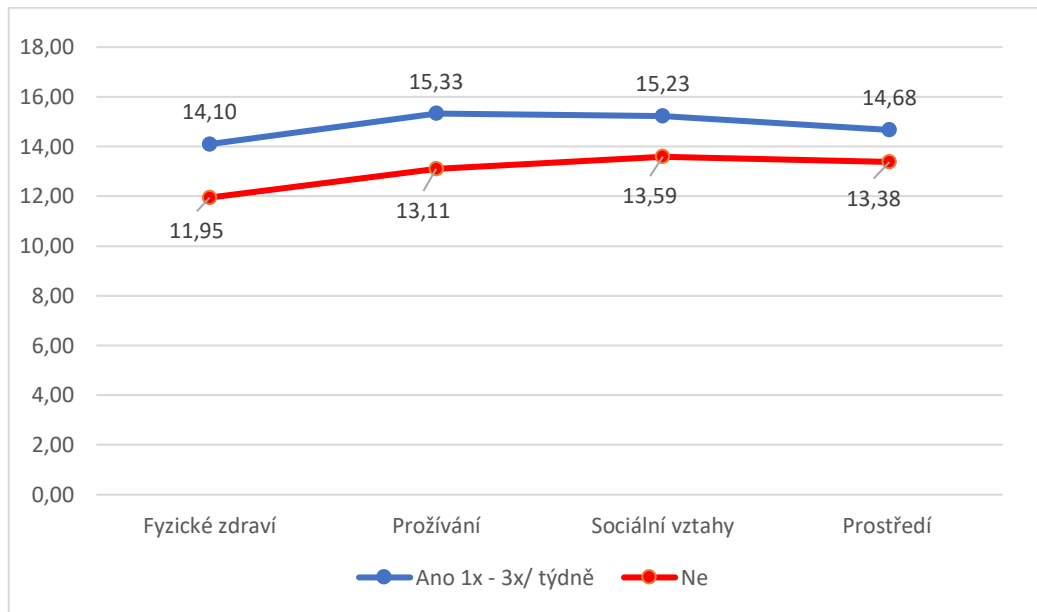
Tabulka 9

Statistická významnost v doméně 1 (fyzické zdraví), v doméně 2 (prožívání) a u celého souboru WHOQOL-BREF z hlediska četnosti pohybové aktivity před koronavirem

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. PA frekvence Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
DOM1	663,00	157,00	79,00	2,61	0,01	2,62	0,01
DOM2	676,00	144,00	66,00	2,99	0,00	3,01	0,00
DOM3	633,00	187,00	109,00	1,73	0,08	1,77	0,08
DOM4	604,00	216,00	138,00	0,87	0,38	0,87	0,38
CELBREF	677,00	143,00	65,00	3,02	0,00	3,03	0,00

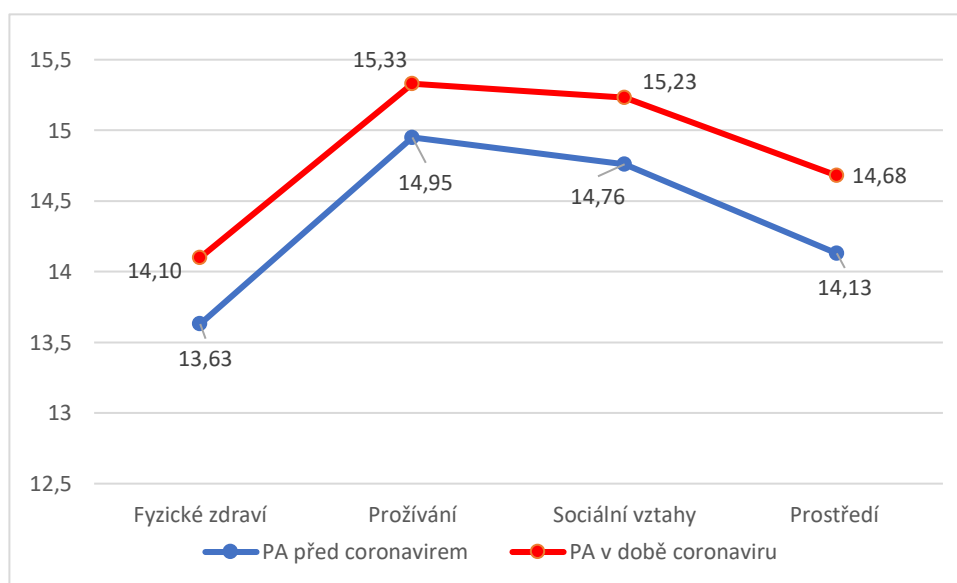
Poznámka. p= hladina významnosti; DOM 1 (fyzické změny), DOM 2 (prožívání), DOM 3(sociální vztahy), DOM 4 (prostředí) a CELBREF (celý soubor WHOQOL-BREF); červená barva = statisticky významný rozdíl

d) Ovlivňuje provozování pohybové aktivity v době koronaviru výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 6 Hodnocení kvality života dle četnosti provozované pohybové aktivity v době koronaviru

Do ankety vlastní konstrukce jsme zařadili i otázky, které se týkají provozování pohybové aktivity v době koronaviru. Celkem 19 seniorů odpovědělo, že provozují PA alespoň 1x/týdně a 21 seniorů neprovozují žádnou PA. Z toho vyplývá, že coronavirus má negativní vliv na PA seniorů.



Obrázek 7 Negativní vliv koronaviru na PA seniorů v grafu

Podle Mann-Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost ve všech doménách dotazníku (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a v celém souboru WHOQOL-BREF.

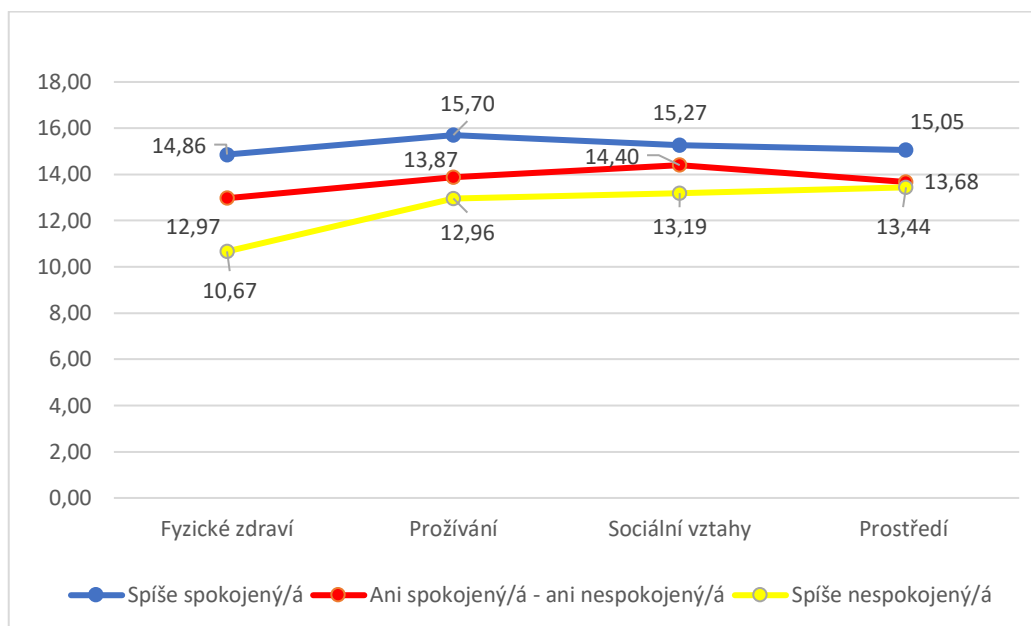
Tabulka 10

Statistická významnost v doméně 1 (fyzické zdraví), v doméně 2 (prožívání), v doméně 3 (sociální vztahy), v doméně 4 (prostředí) a u celého souboru WHOQOL-BREF z hlediska četnosti pohybové aktivity v době koronaviru

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Covid frekvence Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
DOM1	485,00	335,00	104,00	2,57	0,01	2,59	0,00
DOM2	481,50	338,50	107,50	2,48	0,01	2,49	0,01
DOM3	472,50	347,50	116,50	2,23	0,03	2,29	0,02
DOM4	484,00	336,00	105,00	2,54	0,01	2,56	0,01
CELBREF	502,00	318,00	87,00	3,03	0,00	3,03	0,00

Poznámka. p= hladina významnosti; DOM 1 (fyzické změny), DOM 2 (prožívání), DOM 3(sociální vztahy), DOM 4 (prostředí) a CELBREF (celý soubor WHOQOL-BREF); červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o vlastním zdravotním stavu výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 8 Hodnocení kvality života dle subjektivního vyjádření o vlastním zdravotním stavu

V anketě vlastní konstrukce jsme se dotazovali seniorů, jak jsou spokojeni se svým zdravotním stavem. Na výběr měli z pěti odpovědí (velmi spokojený/á, spíše spokojený/á, ani spokojený/á-ani nespokojený/á, spíše nespokojený/á a úplně nespokojený/á). Odpovědi seniorů jsme poté pro statistické zpracování upravili na: spíše spokojený/á–11 (27,5 %), ani spokojený/á – ani nespokojený/á–20 (50 %) a spíše nespokojený/á–9 (22,5 %).

Dle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) u proměnné zdravotní stav ukázala v DOM 1 (fyzické zdraví) a v celém souboru WHOQOL-BREF.

Tabulka 11

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

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1			
Závislá: DOM1			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav			
Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 12,18877$ $p = ,0023$			
	1	3	4
1		0,157119	0,001540
3	0,157119		0,113830
4	0,001540	0,113830	

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

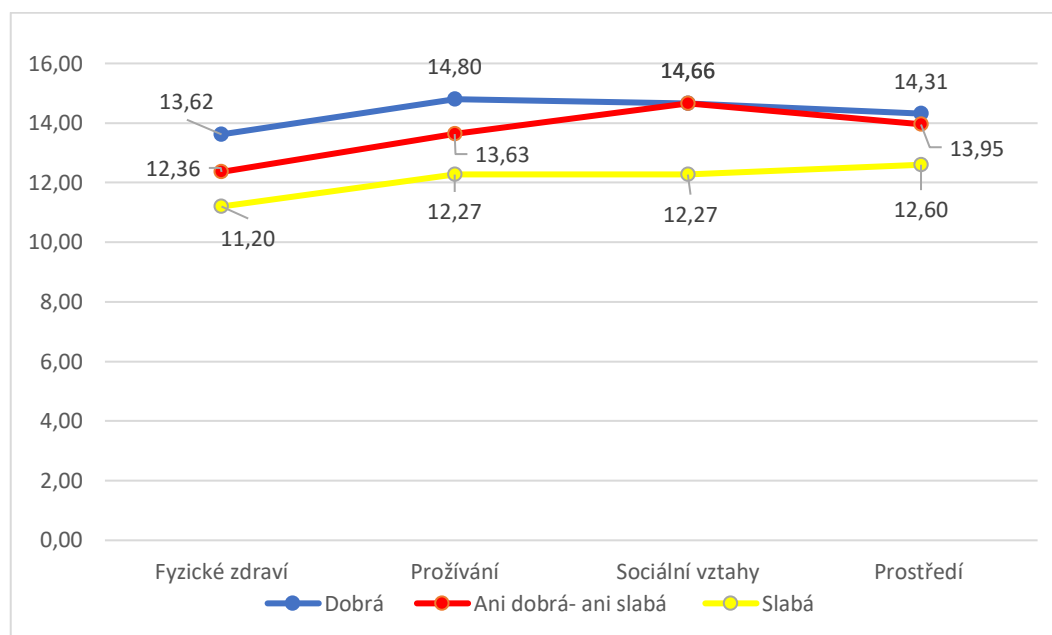
Tabulka 12

Statistická významnost v celém WHOQOL-BREF

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELBREF			
Závislá: CELBREF			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav			
Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 8,198802$ $p = ,0166$			
	1	3	4
1		0,156930	0,014445
3	0,156930		0,538781
4	0,014445	0,538781	

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

f) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o kvalitě života výsledky kvality života seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 9 Hodnocení kvality života dle subjektivního vyjádření o kvalitě života

Seniorů jsme se ptali, jak hodnotí kvalitu svého života, zda velmi dobrá, dobrá, ani dobrá – ani slabá, slabá a velmi slabá. Pouze jeden senior hodnotil kvalitu svého života jako velmi slabou a jeden senior jako velmi dobrou, proto jsme pro naši statistiku spojili dohromady odpovědi velmi dobrá a dobrá – 24 (60 %) ani dobrá – ani slabá – 11 (27,5 %) a odpovědi slabá a velmi slabá – 5 (12,5 %).

Podle Mann Whitneyova U testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) prokázala v celém souboru WHOQOL-BREF.

Tabulka 13

Statistická významnost v celém souboru WHOQOL-BREF

Závislá: CELBREF		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELBREF Nezávislá (grupovací) proměnná: Kvalita života Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 6,688752$ $p = ,0353$		
		1	3	4
1			1,000000	0,029117
3		1,000000		0,153271
4		0,029117	0,153271	

Poznámka. H= hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = dobrá; 3 = ani dobrá – ani slabá; 4 = slabá; červená barva = statisticky významný rozdíl

4.3 Anketa vlastní konstrukce – pandemie koronaviru

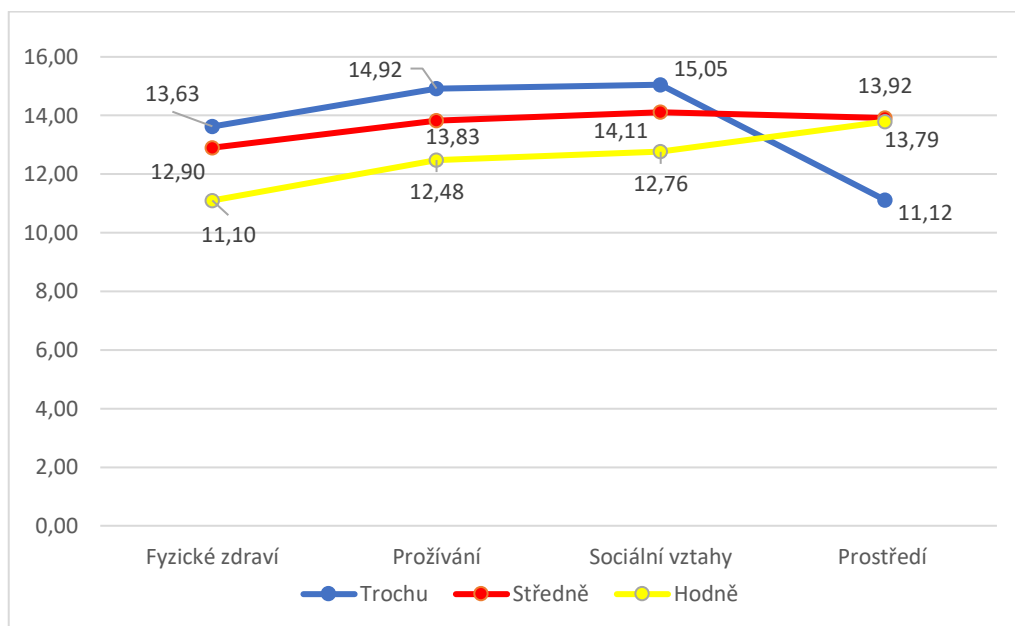
Do ankety vlastní konstrukce jsme na základně aktuální situace ohledně pandemie koronaviru zařadili otázky, jak seniory ovlivňuje coronavirus. Otázek bylo celkem devět a senioři měli na výběr z několika odpovědí (viz tabulka 14).

Tabulka 14

Charakteristika výzkumného souboru v četnosti (n=40)

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru	Pohlaví			
		n	ženy	muži	%
Coronavirus – negativní vliv psychika	vůbec ne	7	3	4	17%
	trochu	14	10	4	35%
	středně	12	5	7	30%
	hodně	5	3	2	13%
	maximálně	2	1	1	17%
Coronavirus – omezené setkávání	vůbec ne	3	2	1	7%
	trochu	10	6	4	25%
	středně	14	6	8	35%
	hodně	7	5	2	18%
	maximálně	6	2	4	15%
Coronavirus – vliv na vztahy	vůbec ne	15	8	7	37%
	trochu	15	4	11	37%
	středně	4	2	2	10%
	hodně	5	5	0	13%
	maximálně	1	1	0	3%
Coronavirus – častější hádky	vůbec ne	26	14	12	65%
	trochu	10	4	6	25%
	středně	3	3	0	7%
	hodně	1	0	1	3%
	maximálně	0	0	0	0%
Coronavirus – negativní vliv na PA	vůbec ne	10	7	3	25%
	trochu	11	3	8	27%
	středně	16	9	7	40%
	hodně	2	1	1	5%
	maximálně	1	1	0	3%
Coronavirus – negativní vliv na zdraví	vůbec ne	12	8	4	30%
	trochu	18	8	10	45%
	středně	7	4	3	17%
	hodně	3	1	2	8%
	maximálně	0	0	0	0%
Coronavirus – procházky	vůbec ne	2	1	1	5%
	trochu	16	11	5	40%
	středně	14	3	11	35%
	hodně	6	5	1	15%
	maximálně	2	1	1	5%
Coronavirus – nová aktivita	ano	13	7	6	32%
	ne	27	14	13	68%
Coronavirus – využívání internetu	ano	11	4	7	27%
	ne	6	3	3	15%
	už jsem to uměl/a	20	13	7	50%
	nechci využívat	3	1	2	8%

g) Ovlivňuje negativně coronavirus psychiku seniorů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 10 Hodnocení kvality života dle negativního vlivu koronaviru na psychiku

V anketě vlastní konstrukce jsme zařadili otázku, zda má coronavirus negativní vliv na psychiku seniorů. Celkem 21 (52,5 %) seniorů odpovědělo, že jen trochu, 12 (30 %) seniorů, že středně a 7 (17,5 %) seniorů odpovědělo, že coronavirus má negativní vliv na jejich psychiku.

Dle Kruskal – Wallisova ANOVA testu je statistická významnost ($p \leq 0,05$) v DOM 2 (prožívání), v DOM 3 (sociální vztahy) a v celém souboru WHOQOL-BREF.

Tabulka 15

Statistická významnost v doméně 2 (prožívání) z hlediska negativního vlivu koronaviru na psychiku

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM 2				
Nezávislá (grupovací) proměnná: Kovid psychika				
Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 6,416512$ $p = ,0404$				
	1	3	5	
1		0,634512	0,041224	
3	0,634512		0,570182	
5	0,041224	0,570182		

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = trochu; 3 = středně; 5 = hodně; červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 16

Statistická významnost v doméně 3 (sociální vztahy) z hlediska negativního vlivu koronaviru na psychiku

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM 3			
Závislá: DOM 3			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Kovid psychika			
Kruskal-Wallisův Test: H (2, N = 40) = 6,818388 p= ,0331			
	1	3	5
1		0,715088	0,036156
3	0,715088		0,478503
5	0,036156	0,478503	

Poznámka. H= hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = trochu; 3 = středně; 5= hodně; červená barva = statisticky významný rozdíl

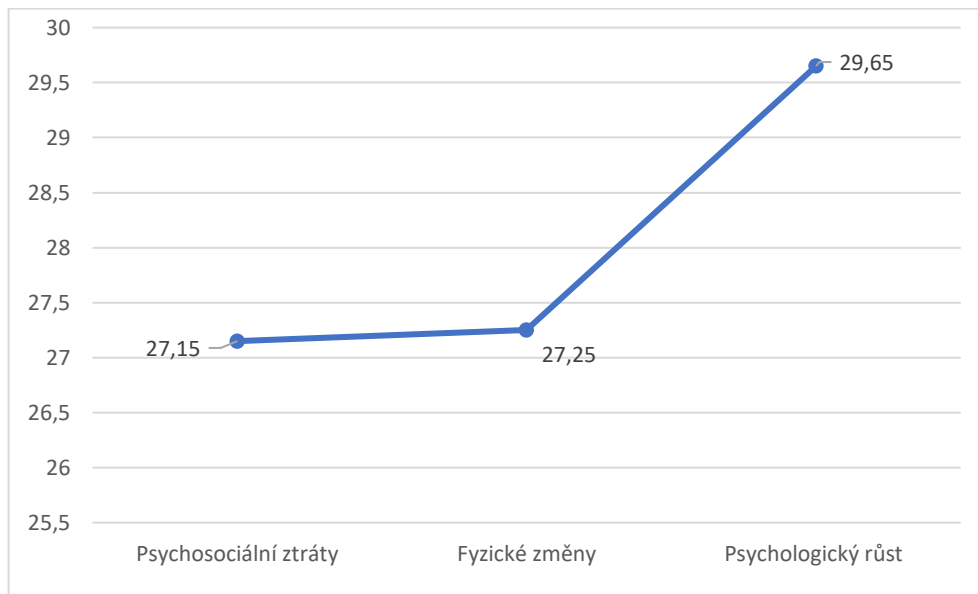
Tabulka 17

Statistická významnost v celém souboru WHOQOL-BREF

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELBREF			
Závislá:			
CELBREF			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Kovid psychika			
Kruskal-Wallisův Test: H (2, N = 40) = 6,988003 p= ,0304			
	1	3	5
1		0,415340	0,033835
3	0,415340		0,692765
5	0,033835	0,692765	

Poznámka. H= hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = trochu; 3 = středně; 5= hodně; červená barva = statisticky významný rozdíl

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

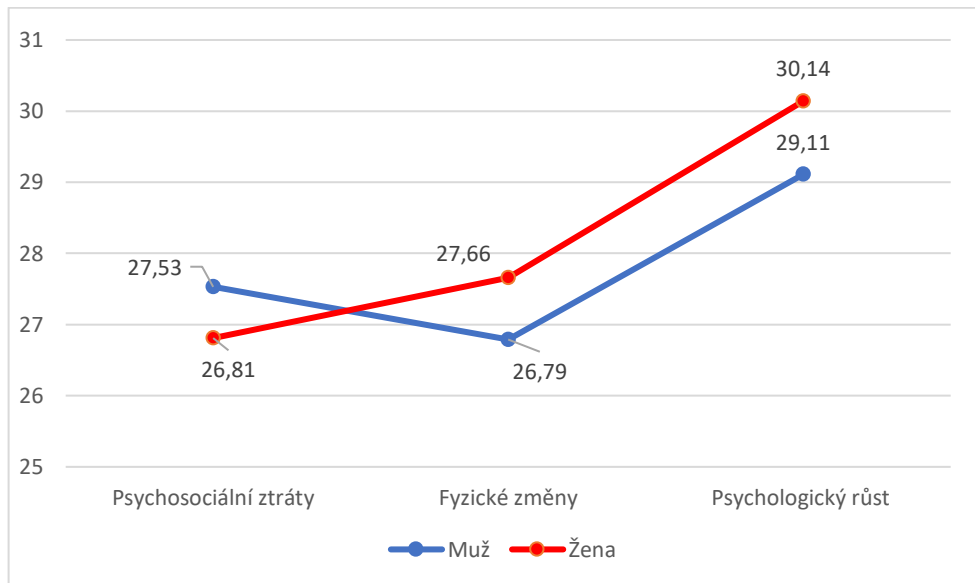


Obrázek 11 Postoje ke stárnutí a stáří u celého souboru respondentů dle dotazníku AAQ

Z grafu vyplývá, že se senioři nejvíce ztotožňovali s postoji v doméně psychologický růst, s hodnotou skóre 29,65, která zahrnuje otázky související s kladnými zkušenostmi, kladného vztahu k sobě samým a okolnímu světu. V doméně fyzické změny, s hodnotou skóre 27,25 můžeme pozorovat, jak se senioři staví ke své fyzické kondici, zdraví, PA a relaxaci. Podobné skóre dosahovali senioři v doméně psychosociální ztráty s hodnotou 27,15 (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

4.5 Vybrané proměnné a jejich vliv na stáří a stárnutí

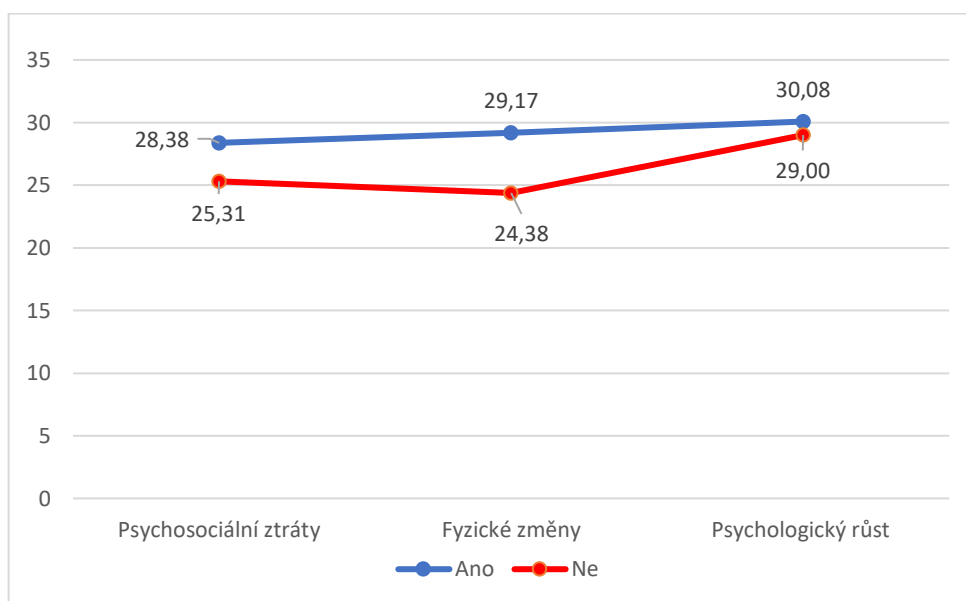
a) Ovlivňuje pohlaví výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 12 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle pohlaví

Dle Mann-Whitneyova U Testu nebyla v našem souboru u proměnné pohlaví nalezena žádná statistická významnost ($p \leq 0,05$) mezi muži ($n = 19$) a ženami ($n = 21$). Z výzkumu vyplývá, že pohlaví nemá vliv na postoj seniorů ke stáří a stárnutí.

b) Ovlivňuje soužití v domácnosti s jinou osobou výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 13 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle rodiny

V anketě vlastní konstrukce jsme se dotazovali seniorů, zda žijí v domácnosti s další osobou/osobami. Dle našich výsledků celkem 24 (60 %) seniorů žije v domácnosti s další osobou a 16 (40 %) seniorů žijí sami.

Podle Mann-Whitneyova U Testu byla v našem souboru prokázána statistická významnost ($p \leq 0,05$) v doméně fyzické změny a v celkovém skóre dotazníku AAQ.

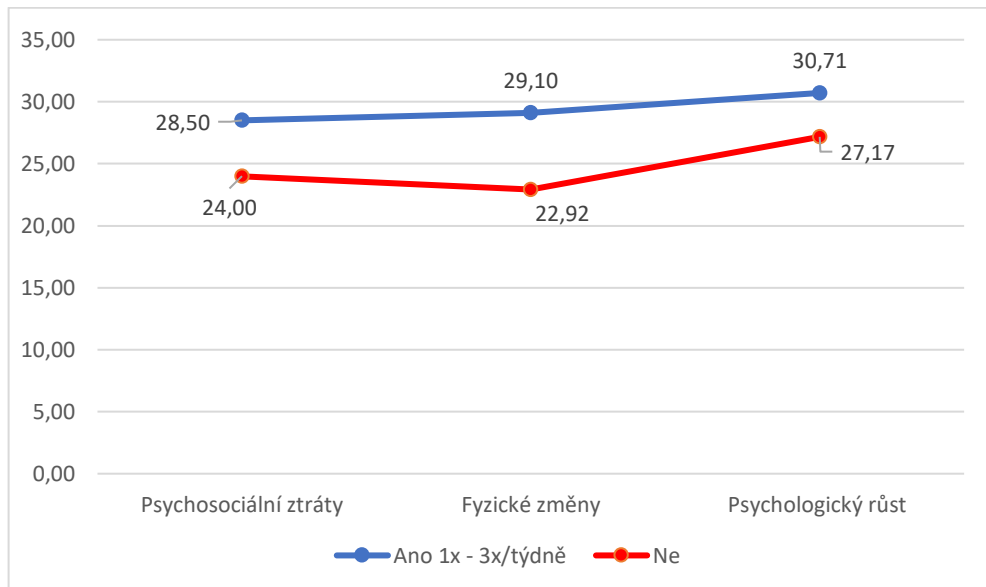
Tabulka 18

Statistická významnost v doméně fyzické změny a v celém dotazníku AAQ z hlediska postojů ke stáří a stárnutí

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Rodina Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
PSZTRAT	559,50	260,50	124,50	1,85	0,06	1,86	0,06
FYZZMEN	615,50	204,50	68,50	3,40	0,00	3,41	0,00
PRUST	526,00	294,00	158,00	0,92	0,36	0,93	0,353
CELAQ	583,00	237,00	101,00	2,50	0,01	2,50	0,01

Poznámka. p = hladina významnosti; PSZTRAT = psychosociální ztráty; FYZZMEN = fyzické změny; PRUST = psychologický růst; červená barva = statisticky významný rozdíl

c) Ovlivňují pohybové aktivity provozované před koronavirem výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 14 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle četnosti provozované pohybové aktivity před koronavirem

V anketě vlastní konstrukce jsme se dotazovali seniorů, na dobu před pandemií koronaviru, zda cvičí/ sportují v délce 45 minut a kolikrát týdně nebo necvičí vůbec. Ze čtyřiceti dotazovaných seniorů 28 (70 %) seniorů provozuje PA a 12 (30 %) seniorů neprovozuje PA.

Podle Mann-Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost ($p \leq 0,05$) ve všech doménách (psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst) a v celém souboru AAQ.

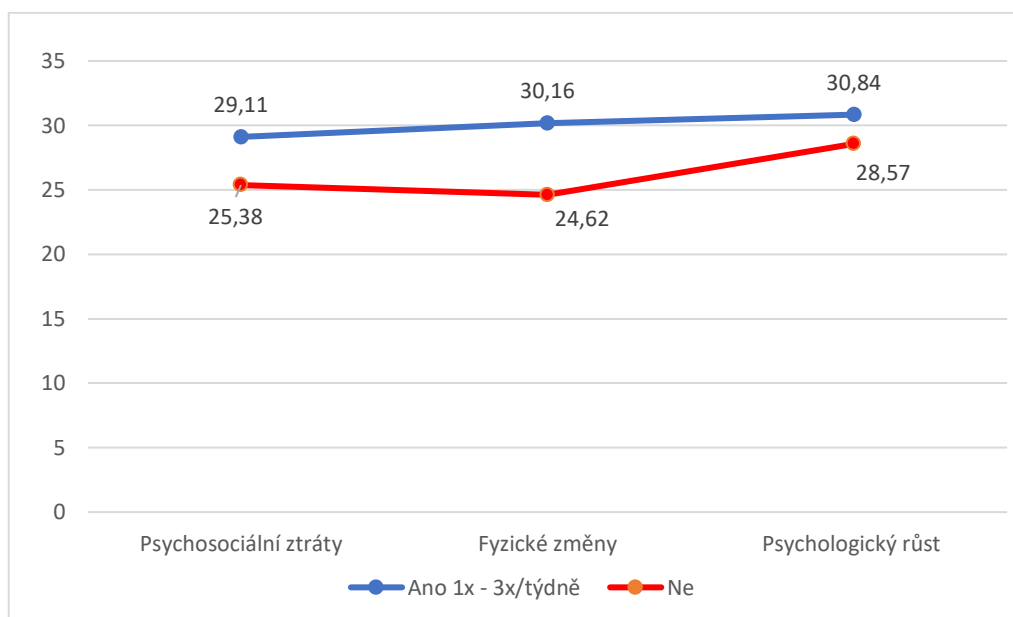
Tabulka 19

Statistická významnost v doméně psychosociální ztráty, v doméně fyzické změny, v doméně psychologický růst a v celém souboru AAQ

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. PA frekvence Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
PSZTRAT	662,00	158,00	80,00	2,58	0,00	2,59	0,00
FYZZMEN	712,00	108,00	30,00	4,06	0,00	4,08	0,00
PRUST	671,50	148,50	70,50	2,86	0,00	2,89	0,00
CELAAQ	696,00	124,00	46,00	3,59	0,00	3,59	0,00

Poznámka. Poznámka. p = hladina významnosti; PSZTRAT = psychosociální ztráty; FYZZMEN = fyzické změny; PRUST = psychologický růst; CELAAQ = celý soubor; červená barva = statisticky významný rozdíl

d) Ovlivňují pohybové aktivity provozované v době koronaviru výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 15 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle četnosti provozované pohybové aktivity v době koronaviru

Podle Mann-Whitneyova U Testu se prokázala statistická významnost ($p \leq 0,05$) ve všech doménách (psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst) a celém souboru AAQ.

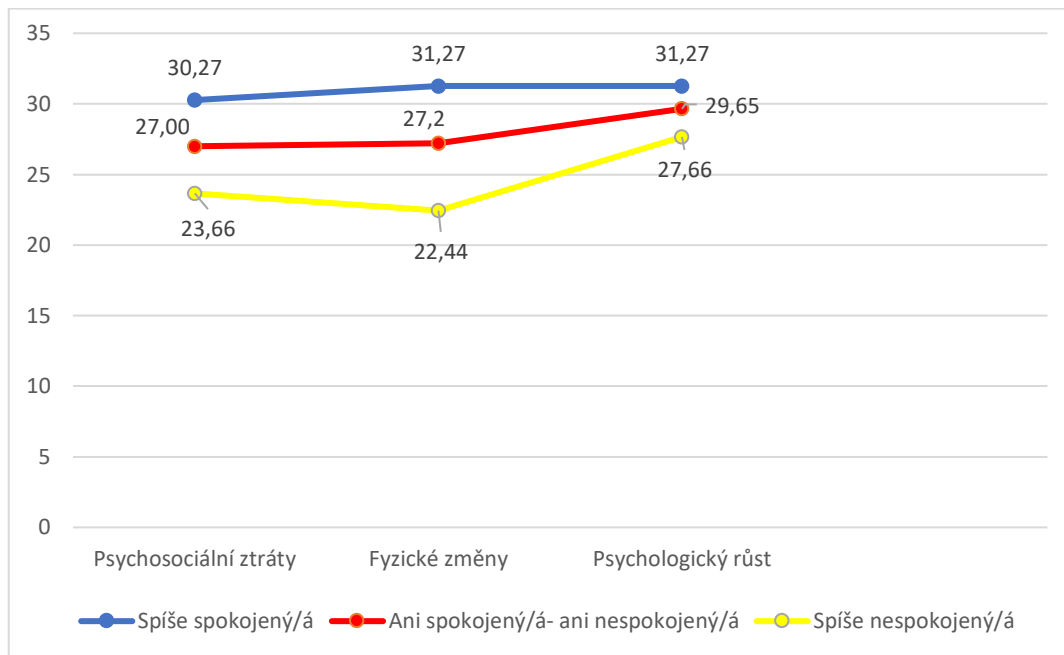
Tabulka 20

Statistická významnost v doméně psychosociální ztráty, v doméně fyzické změny, v doméně psychologický růst a v celém souboru AAQ

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Kovid frekvence Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
PSZTRAT	469,00	351,00	120,00	2,14	0,03	2,15	0,03
FYZZMEN	521,00	299,00	68,00	3,55	0,00	3,56	0,00
PRUST	470,50	349,50	118,50	2,18	0,03	2,20	0,03
CELAAQ	499,50	320,50	89,50	2,97	0,00	2,97	0,00

Poznámka. Poznámka. p = hladina významnosti; PSZTRAT = psychosociální ztráty; FYZZMEN = fyzické změny; PRUST = psychologický růst; CELAAQ = celý soubor; červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o zdravotním stavu výsledky dotazníku dle AAQ?



Obrázek 16 Hodnocení postojů ke stáří a stárnutí dle subjektivního vyjádření o zdravotním stavu

V anketě vlastní konstrukce jsme se dotazovali seniorů, jak jsou spokojeni se svým zdravotním stavem. Následně jsme odpovědi seniorů pro statistické zpracování upravily takto: spíše spokojený/á–11 seniorů (27,5 %) ani spokojený/á – ani nespokojený/á–20 seniorů (50 %) a spíše nespokojený/á–9 seniorů (22,5 %).

Dle Kruskal – Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ($p \leq 0,05$) objevila ve všech doménách (psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst) a v celém souboru AAQ.

Tabulka 21

Statistická významnost v doméně psychosociální ztráty

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT			
Závislá: PSZTRAT	Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav		
	Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 8,526593$ $p = ,0141$		
	1	3	4
1		0,450242	0,011062
3	0,4550242		0,170119
4	0,011062	0,170119	

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

Tabulka 22

Statistická významnost v doméně fyzické změny

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN			
Závislá: FYZZMEN	Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav		
	Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 16,91504$ $p = ,0002$		
	1	3	4
1		0,036727	0,000136
3	0,036727		0,078435
4	0,000136	0,078435	

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

Tabulka 23

Statistická významnost v doméně psychologický růst

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PRUST			
Závislá: PRUST	Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav		
	Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 8,933886$ $p = ,0115$		
	1	3	4
1		0,293960	0,009073
3	0,293960		0,228703
4	0,009073	0,228703	

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

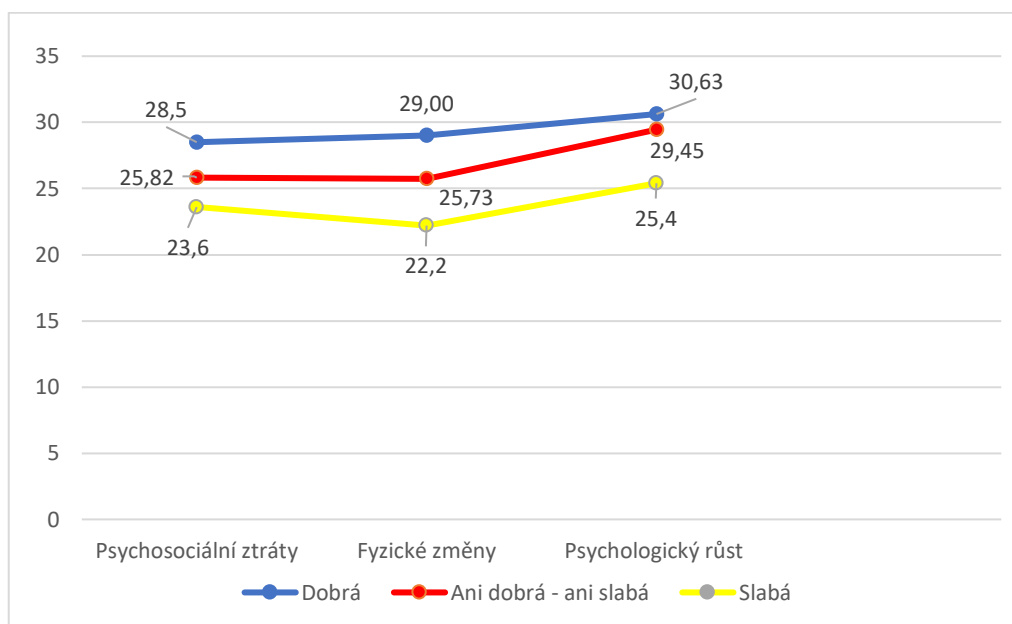
Tabulka 24

Statistická významnost v celé AAQ

Závislá: CELAAQ		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELAAQ		
		Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav		
		Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 18,05996$ $p = ,0001$		
		1	3	4
1			0,052486	0,000067
3		0,052486		0,034557
4		0,000067	0,034557	

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

f) Ovlivňuje subjektivní vyjádření o kvalitě života výsledky kvality života seniorů dle dotazníku AAQ?



Obrázek 17 Hodnocení kvality života dle subjektivního vyjádření o kvalitě života

V anketě vlastní konstrukce jsme se dotazovali, jak senioři hodnotí kvalitu svého života. Ze čtyřiceti seniorů hodnotí 24 z nich kvalitu života jako dobrou, 11 jako ani dobrou – ani slabou a 5 seniorů hodnotí kvalitu života jako slabou.

Dle Kruskal – Wallisova ANOVA Testu je významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v hodnocení dotazníku AAQ v celkovém skóre, v doméně fyzické změny a v doméně psychologický růst.

Tabulka 25

Statistická významnost v doméně fyzické změny

		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN		
Závislá:		Nezávislá (grupovací) proměnná: Kvalita života		
FYZZMEN		Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 10,74843$ $p = ,0046$		
		1	3	4
1			0,153465	0,008115
3		0,153465		0,469217
4		0,008115	0,469217	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = dobrá; 3 = ani dobrá – ani slabá; 4 = slabá; červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 26

Statistická významnost v doméně psychologický růst

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PRUST			
Závislá: PRUST	Nezávislá (grupovací) proměnná: Kvalita života		
	Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 9,634817$ $p = ,0081$		
	1	3	4
1		0,766834	0,006895
3	0,766834		0,132889
4	0,006895	0,132889	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = dobrá; 3 = ani dobrá – ani slabá; 4 = slabá; červená barva = statisticky významný rozdíl

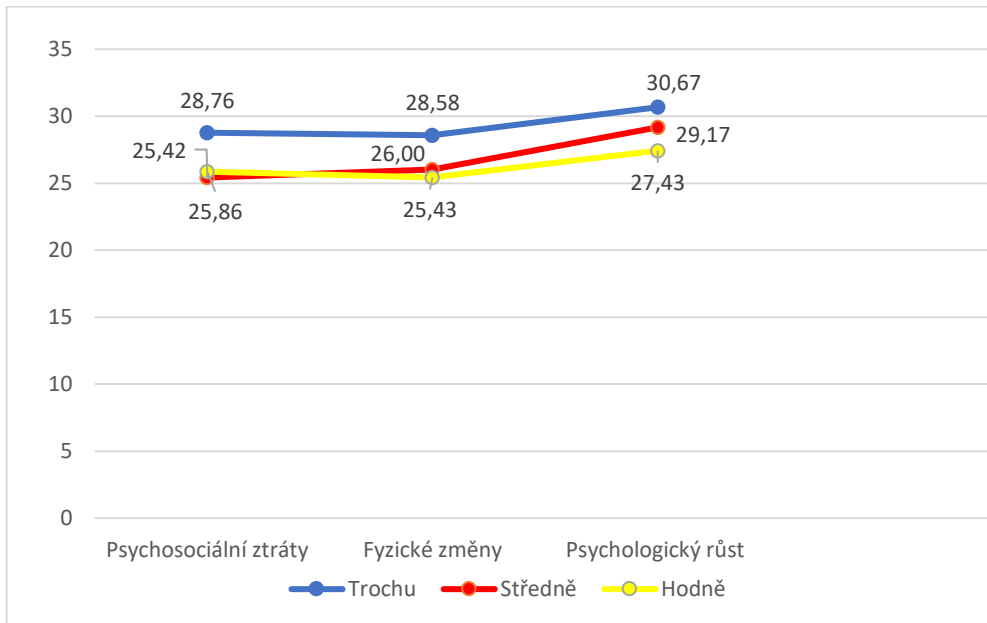
Tabulka 27

Statistická významnost v celé AAQ

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); CELAAQ			
Závislá: CELAAQ	Nezávislá (grupovací) proměnná: Kvalita života		
	Kruskal-Wallisův Test: $H(2, N = 40) = 11,22318$ $p = ,0037$		
	1	3	4
1		0,251644	0,004321
3	0,251644		0,246982
4	0,004321	0,246982	

Poznámka. H = hypotéza; N = základní soubor; p = hladina významnosti; 1 = dobrá; 3 = ani dobrá – ani slabá; 4 = slabá; červená barva = statisticky významný rozdíl

g) Ovlivňuje negativně coronavirus psychiku seniorů dle AAQ?



Obrázek 18 Hodnocení kvality života dle negativního vlivu koronaviru na psychiku

Dle našich výsledků jsme zjistili, že ze čtyřiceti seniorů má coronavirus negativní vliv na psychiku u 21 (52,5 %) seniorů trochu, negativní vliv u 12 (30 %) seniorů středně a u 7 (17,5 %) seniorů hodně.

Dle Kruskal – Wallisova ANOVA Testu se neprokázal významný statistický rozdíl ($p \leq 0,05$) v žádné z domén.

4.6 Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ

Pomocí Spearmanovy korelace jsme zjistili vzájemný vztah mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ. Korelace znamená vzájemný vztah mezi dvěma jevy, veličinami a procesy. Pokud se jedna s nich změní, mění se korelativně i druhá a naopak. V našem souboru respondentů jsme popsali výsledky s využitím neparametrické korelace pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

Podle Spearmanovy korelace u našeho výzkumného souboru nalezneme korelaci mezi celým souborem WHOQOL-BREF k celému souboru AAQ (0,520747 na hladině ($p \leq 0,05$)).

Tabulka 28

Spearmanovy korelace jednotlivých domén

Proměnná	Spearmanovy korelace						
	Označ. korelace jsou významné na hl. $p < ,05000$						
	PSZTRAT	FYZZMEN	PRUST	CELAAQ	DOM1	DOM2	DOM3
PSZTRAT	1,000000	0,454601	0,273855	0,844937	0,51997	0,27092	0,368571
FYZZMEN	0,454601	1,000000	0,531314	0,768787	0,60152	0,61437	0,48516
PRUST	0,273855	0,531314	1,000000	0,616707	0,25713	0,39825	0,272473
CELAAQ	0,844937	0,768787	0,616707	1,000000	0,6063	0,43642	0,460826
DOM 1	0,519974	0,601515	0,257125	0,606301	1,000000	0,55641	0,567624
DOM 2	0,270924	0,614365	0,398253	0,436419	0,55641	1,000000	0,812852
DOM 3	0,368571	0,485160	0,272473	0,460826	0,56762	0,81285	1,000000
DOM 4	-0,07679	0,413691	0,429659	0,178031	0,1955	0,42307	0,327529
CELBREF	0,33866	0,651549	0,440355	0,520747	0,70347	0,91992	0,870950

Tabulka 29

Spearmanovy korelace jednotlivých domén – pokračování

Proměnná	Spearmanovy korelace Označené korelace jsou významné na hl. p <,05000	
	DOM4	CELBREF
PSZTRAT	-0,076788	0,338660
FYZZMEN	0,413691	0,651549
PRUST	0,429659	0,443055
CELAAQ	0,178031	0,520747
DOM 1	0,195502	0,703467
DOM 2	0,423067	0,919922
DOM 3	0,327529	0,870950
DOM 4	1,000000	0,548799
CELBREF	0,548799	1,000000

Poznámka. N = základní soubor; p = hladina významnosti; PSZTRAT = psychosociální ztráty; FYZZMEN = fyzické změny; PRUST = psychologický růst; CELAAQ = všechny domény dotazníku AAQ; DOM 1 = fyzické zdraví; DOM 2 = prožívání; DOM 3 = sociální vztahy; DOM 4 = prostředí; CELBREF = všechny domény dotazníku WHOQOL-BREF; červená barva = statisticky významný rozdíl

5 DISKUZE

V této kapitole diplomové práce předkládám diskuzi k výzkumným otázkám a cílům. Teoretická část definuje aspekty stáří a stárnutí, postoje seniorů ke stáří, kvalitu života, pohybovou aktivitu seniorů a aspekty, které ji zvyšují. Pomocí dotazníku WHOQOL-BREF, který je rozdělen do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) jsme zjišťovali kvalitu života seniorů. Prostřednictvím dotazníku AAQ, který zahrnuje tři domény (psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst) jsme zjišťovali postoje ke stáří a stárnutí.

Vyhodnocením dat získaných pomocí dotazníkového šetření WHOQOL-BREF bylo zjištěno, že senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy. Následuje doména prožívání, prostředí a nejnižší skóre v doméně fyzické zdraví. Dle populační normy (viz příloha 2) dosahují domény prožívání, sociální vztahy a prostředí průměrných hodnot, pouze doména fyzické zdraví je mírně snižena.

Nejvyšší skóre u obou pohlaví bylo zjištěno v doméně sociální vztahy. Naopak v mé bakalářské práci se seniory žijícími v domově seniorů (Procházková, 2019) dosahují senioři nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí. Choi et. al. (2017) zjišťoval kvalitu života a úspěšné stárnutí u starších dospělých v Jižní Koreji. Údaje byly shromážděny od srpna do listopadu 2013 od 212 respondentů. Účastníci ve věku 65 a více let museli vyplnit dotazníky, které hodnotí fyzickou aktivitu, kvalitu života a úspěšné stárnutí. Z výzkumu bylo zjištěno, že fyzická aktivita a kvalita života jsou významně spojeny s úspěšným stárnutím a je nezbytný rozvoj efektivního cvičebního programu pro starší dospělé. Chruściel et. al (2018) zjišťoval kvalitu života u 588 respondentů žijících v Polsku. Zde se objevuje nejvyšší skóre v doméně sociální vztahy.

V našem výzkumném šetření jsme zjistili statistickou významnost u proměnné subjektivní vnímání zdravotního stavu, kvality života, negativního vlivu koronaviru na psychiku, četnost provozování pohybové aktivity před koronavirem a v době koronaviru.

Trentini et. el. (2012) zkoumal kvalitu života seniorů z aspektu subjektivního vnímání zdravotního stavu. Senioři se museli označit buď za zdravé nebo nezdravé. K porovnání kvality života byl použit dotazník WHOQOL-100. Z výzkumu plyne, že senioři, kteří se označili za zdravé mají vyšší kvalitu života a v porovnání celkové kvality života byla nalezena statistická významnost mezi zdravými a nezdravými seniory.

Statisticky významný rozdíl u četnosti pohybové aktivity před koronavirem byl nalezen v doméně 1 (fyzické zdraví), v doméně 2 (prožívání) a v celém WHOQOL-BREF. Poté v době koronaviru byl nalezen statisticky významný rozdíl u četnosti pohybové aktivity ve všech doménách dotazníku (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a v celém WHOQOL-BREF. Marquet et. al. (2020) zkoumá výhody navštěvování klubů/ seniorských center pro seniory u 227 seniorů žijících v Barceloně. Zjistilo se, že senioři, kteří navštěvovali kluby/centra pravidelně mají významně více fyzické aktivity než senioři bez návštěvy. Z toho vyplývá, že v době koronaviru a uzavření všech klubů pro seniory klesá i jejich pohybová aktivita, jak lze pozorovat i v našem výzkumu. Krezpot (2015) ovšem ve svém výzkumu (n= 131) z Polska uvádí, že úroveň vykonané pohybové aktivity nemá na kvalitu života seniorů vliv.

V dotazníkovém šetření AAQ bylo zjištěno, že se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou psychologický růst (29,65), dále s doménou fyzické změny (27,25) a nejnižší v doméně psychosociální ztráty (27,15). Celý soubor se dle intervalu normy pohybuje v horní hranici (viz příloha 1). Statistická významnost se objevila u proměnné subjektivní vyjádření zdravotního stavu a kvality života, četnosti pohybové aktivity před koronavirem a v době koronaviru a v hodnocení postojů dle soužití s další osobou. Procházková (2019) uvádí, že se senioři také nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst. Paiva et. al. (2016) předkládá, že u jeho výzkumného souboru lze ověřit, že klíčovým faktorem, který nejvíce přispěl k nejnižším bodům skóre ve všech doménách a aspektech kvality života je negativní vnímání zdraví seniorů.

Vliv rodinného stavu na postoje stáří a stárnutí seniorů byla zjištěna statistická významnost v doméně fyzické změny a v celém souboru AAQ. Z našeho výzkumu vyplývá, že 60 % seniorů žije v domácnosti s další osobou a 40 % seniorů žijí sami.

Statistická významnost u proměnné četnost pohybové aktivity před koronavirem se prokázala ve všech doménách dotazníku AAQ a v celém souboru AAQ, stejně tak se prokázala statistická významnost u proměnné četnost pohybové aktivity v době koronaviru. V procentuálním vyjádření tedy 70 % seniorů vykonávalo pohybovou aktivitu před koronavirem 1x – 3x/týdně a pouze 30 % seniorů nevykonávalo pohybovou aktivitu. Ve výsledcích u proměnné provozování pohybové aktivity v době koronaviru, vykonává pohybovou aktivitu 47,5 % seniorů a 52,5 % seniorů nevykonává žádnou pohybovou aktivitu. Dle našich výsledků je patrné, že pandemie koronaviru má negativní vliv na pohybovou aktivitu seniorů. Slawińska et. al. (2013) ve svém výzkumu v Polsku s 259 respondenty se zaměřil na vztah mezi kvalitou života a pohybovými aktivitami.

Výsledkem jeho šetření je, že u seniorů tělesná zdatnost hraje větší roli při sebehodnocení kvality života. Zdravotní stav tedy může vést k horšímu očekávání fyzických změn ve stáří (Furstenberg, 2002).

Marquet et. al. (2016) zkoumal spolehlivost a platnost dotazníků AAQ. Účastnilo se celkem 238 seniorů z Belgie. Výsledky ukázaly, že čím více mají senioři pozitivní přístup ke stárnutí, tím mladší se cítí ve srovnání s jejich kalendářním věkem a jsou více spokojeni se svým subjektivním mentálním a fyzickým zdravím.

Výsledky našeho souboru nelze generalizovat, jelikož je malý, ale je součástí většího souboru dat. Následně budou data využita k hodnocení míry provozování pohybové aktivity při pandemii koronaviru a jejího vlivu na hodnocení kvality života.

6 ZÁVĚRY

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu svého života a jaké zaujímají postoje ke stáří a stárnutí. Byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Jaká je úroveň kvality života seniorů dle dotazníku WHOQOL-BREF u zvolených seniorů?

V hodnocení kvality života celého souboru mají senioři nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy (14,37). Následuje doména prožívání (14,17), doména prostředí (14,00) a nejnižší kvalitu života dosahují v doméně fyzické zdraví (12,97). Dle populační normy (viz příloha 2) dosahují domény prožívání, sociální vztahy a prostředí průměrných hodnot, pouze doména fyzické zdraví je mírně snižena.

Ovlivňují vybrané proměnné výsledky hodnocení kvality života u zvolených seniorů?

Statisticky významný rozdíl na hladině významnosti ($p \leq 0,05$) v rámci hodnocení kvality života nalézáme u proměnné četnost pohybové aktivity před pandemií koronaviru a četnost pohybové aktivity v době koronaviru, subjektivního vyjádření zdravotního stavu, kvality života a soužití s jinou osobou.

V doménách fyzické zdraví a prožívání plus v celém souboru WHOQOL-BREF se statistická významnost ($p \leq 0,05$) ukázala v četnosti pohybové aktivity před koronavirem mezi seniory, kteří provozují pohybovou aktivitu a mezi seniory, kteří neprovozují žádnou pohybovou aktivitu. Statistická významnost ($p \leq 0,05$) u proměnné četnost pohybové aktivity v době koronaviru se prokázala ve všech doménách (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a v celém WHOQOL-BREF. Hodnocení kvality života dle subjektivního hodnocení zdravotního stavu ukázalo statisticky významné ($p \leq 0,05$) v doméně fyzické zdraví a v celém dotazníku WHOQOL-BREF. Hodnocení subjektivního vyjádření kvality života se ukázalo statisticky významné ($p \leq 0,05$) v celém dotazníku WHOQOL-BREF. Hodnocení negativního vlivu koronaviru na psychiku seniorů se ukázalo statisticky významné ($p \leq 0,05$) v doménách prožívání a sociální vztahy plus v celém dotazníku WHOQOL-BREF. Výsledky hodnocení kvality dle pohlaví a soužití s další osobou se neukázaly jako statisticky významné ($p \leq 0,05$). Dle pohlaví dosahovali ženy ($n = 21$) i muži ($n = 19$) nejvyššího skóre v doméně sociální vztahy.

Jaké jsou postoje ke stáří a stárnutí dle dotazníku AAQ u zvolených seniorů?

V hodnocení postojů ke stáří a stárnutí se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou psychologický růst (29,65), dále s doménou fyzické změny (27,25) a s doménou psychosociální ztráty (27,15). Dle intervalu normy (viz příloha 1) dosahují všechny domény horní hranice (Dragomirecká, 2007).

Ovlivňují vybrané proměnné postoje ke stáří a stárnutí?

Statisticky významný rozdíl na hladině významnosti ($p \leq 0,05$) v rámci hodnocení postoje ke stáří a stárnutí nalézáme u proměnné četnost pohybové aktivity před pandemií koronaviru a v době koronaviru, subjektivního vyjádření zdravotního stavu a kvality života.

Statisticky významný rozdíl ($p \leq 0,05$) se ukázal ve všech doménách (psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst) plus v celém dotazníku AAQ u proměnné četnost pohybové aktivity před pandemií koronaviru a v době koronaviru. Další statistická významnost ($p \leq 0,05$) z hlediska subjektivního vyjádření o zdravotním stavu se projevila opět ve všech doménách a v celém dotazníku AAQ. V doménách fyzické zdraví a psychosociální růst se statistická významnost ($p \leq 0,05$) ukázala u proměnné kvalita života.

Ovlivňuje pandemie koronaviru kvalitu života seniorů?

Do ankety vlastní konstrukce jsme zahrnuli i otázky, jak seniory ovlivňuje coronavirus. Statisticky významný rozdíl ($p \leq 0,05$) se ukázal u proměnné četnost pohybové aktivity v době koronaviru, kde z výsledků vyplývá, že senioři o 22,5 % provozují méně pohybovou aktivitu než v době před koronavirem a o 22,5 % více seniorů neprovozuje žádnou pohybovou aktivitu v době koronaviru. Také se ukázalo, že coronavirus má negativní vliv na psychiku u 47,5 % seniorů.

7 SOUHRN

Cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života seniorů, jejich postoje ke stáří a stárnutí a jak seniory ovlivnila pandemie koronaviru. Teoretická část definuje aspekty stárnutí a stáří, postoje a lidské potřeby, zdraví, periodizaci stáří, kvalitu života, změny ve stáří, pohybovou aktivitu seniorů a vliv koronaviru. Praktická část potom vymezuje cíle a výzkumné otázky.

Pro zjištění kvality života seniorů byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, což je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100 a hodnotí kvalitu života ve čtyřech doménách – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí. Pro zjištění postojů ke stáří a stárnutí byl použit dotazník AAQ, který hodnotí postoje ke stáří a stárnutí ve třech doménách – psychosociální ztráty, fyzické změny, psychologický růst.

Našeho výzkumného šetření se účastnilo celkem 40 seniorů (20 seniorů z klubu Věrovany a 20 seniorů z klubu Kokory). Z toho bylo 21 žen a 19 mužů. Kritériem pro výběr respondentů bylo navštěvování klubu pro seniory. Výsledky dotazníků byly porovnány s proměnnými z ankety vlastní konstrukce.

Dle dotazníku WHOQOL-BREF mají senioři výzkumného souboru nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy a nejnižší v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti byly nalezeny u proměnných četnost pohybové aktivity před koronavirem a v době koronaviru, subjektivní hodnocení zdravotního stavu, subjektivní vyjádření kvality života a u negativního vlivu koronaviru na psychiku seniorů. V dotazníku AAQ se senioři nejvíce ztotožňovali v oblasti psychologický růst a nejméně v oblasti psychosociální ztráty. Statistické významnosti byly nalezeny u četnosti pohybové aktivity před koronavirem a v době koronaviru, subjektivního hodnocení zdravotního stavu a subjektivní vyjádření kvality života.

Pomocí Spearmanovy korelace jsme zkoumali vzájemný vztah mezi postoji (dle dotazníku AAQ) a kvalitou života (dle dotazníku WHOQOL-BREF). Dle Spearmanovy korelace našeho výzkumného souboru nalezneme korelaci mezi celým souborem WHOQOL-BREF k celému souboru AAQ (0,520747 na hladině ($p \leq 0,05$)).

8 SUMMARY

The aim of the thesis was to find out the quality of life of seniors, their attitudes towards old age and aging, and how the coronavirus pandemic affected the elderly. The theoretical part defines aspects of aging and old age, attitudes and human needs, health, periodization of old age, quality of life, changes in old age, physical activity of seniors and influence of coronavirus. The practical part then defines objectives and research issues.

To determine the quality of life of seniors, a standardized WHOQOL-BREF questionnaire was used, which is an abbreviated version of the WHOQOL-100 questionnaire and evaluates quality of life in four domains – physical health, experience, social relations, environment. To identify attitudes towards old age and aging, an AAQ questionnaire was used to assess attitudes towards old age and aging in three domains – psychosocial loss, physical changes, psychological growth.

A total of 40 seniors (20 seniors from the Věrovany Club and 20 seniors from the Kokory Club) participated in our research survey. Of these, 21 were women and 19 were men. The criterion for selecting respondents was to visit a club for seniors. The results of the questionnaires were compared with variables from the survey of their own construction.

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, seniors of the research group have the highest quality of life in the social relations domain and the lowest in the physical health domain. Statistical significance was found in variables of the frequency of physical activity before coronavirus and at the time of coronavirus, subjective health assessment, subjective expression of quality of life and in the negative effect of coronavirus on the psyche of the elderly. In the AAQ questionnaire, seniors identified the most in the field of psychological growth and at least in the field of psychosocial loss. Statistical significance was found in the frequency of physical activity before coronavirus and at the time of coronavirus, subjective health assessment and subjective expression of quality of life.

Using Spearman's correlation, we examined the relationship between attitudes (according to the AAQ questionnaire) and quality of life (according to the WHOQOL-BREF questionnaire). According to Spearman's correlation of our research file, we find a correlation between the entire WHOQOL-BREF file and the entire AAQ file (0.520747 on the surface ($p \leq 0.05$)).

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Baisová, K., & Kružliak, M. (2014). *Pohybové aktivity pro seniory*. Vyšší odborná škola a střední průmyslová škola Volyně.
- Bartůňková, S. (2010) *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Bočková, L., Hastrmanová, Š., & Havrdová, E. (2011). *50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Praha: Respekt institut.
- Bryant, C., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2012). The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*, 24 (10), 1674-1683. doi: 10.1017/S1041410212000774
- Bužgová, R., & Klechová, H. (2011). Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař*, 91(7), 396–401.
- Čeledová, L., Kalvach, Z., & Čevela, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova.
- Čevela, R., & Čeledová, L. (2010). *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čornaničová, R. (1998). *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského.
- Dienstbier, Z. (2009). *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix.
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.

- 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.
- Dvořáčková, D. & Hrozenská, M. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořáčková, D. (2014). *Specifické faktory ovlivňující sociální exkluzi seniorů žijících v domácím prostředí. Otázky Sociální Politiky: Teorie A Praxe*. Praha: Grada.
- Dýrová, J., & Lepková, H. (2008). *Kardiofitness: vytrvalostní aktivity v každém věku*. Praha: Grada.
- Frömel, K., Novosad, J., & Svozil, Z. (1999). *Pohybová aktivita a sportovní zájmy mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Furstenberg A. L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International journal of aging & human development*, 55(1), 1–24. <https://doi.org/10.2190/3H62-78VR-6D9D-PLMH>
- Gregor, O. (1990). *Stárnout to je kumšt*. Praha: Olympia.
- Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén.
- Holásková, K. (2005). *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc.
- Holmerová, I., Jurášková, B., & Zikmundová, K. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gerontologické centrum.
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., Yu, T., Zhang, X., & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet (London, England)*, 395(10223), 507–513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

- Choi, M., Lee, M., Lee, M. J., & Jung, D. (2017). Physical activity, quality of life and successful ageing among community-dwelling older adults. *International nursing review*, 64(3), 396–404. <https://doi.org/10.1111/inr.12397>
- Chruściel, P., Szczekała, K. M., Derewiecki, T., Jakubowska, K., Nalepa, D., Czekirda, M. E., Mianowana, V., & 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: AAEM*, 25(3), 532–538. <https://doi.org/10.26444/aaem/93501>
- Janecková, H., Dragomirecká, E., Holmerová, I., & Vanková, 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. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3774>
- Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE Institut.
- Kalvach, Z. (2004). *Tělesné projevy stáří*. Praha: Grada.
- Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., & Sucharda, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Klevetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Kohout, M., & Mitáš, J. (2014). *Vliv podmínek prostředí na pohybovou aktivitu obyvatel Olomouce a přilehlých obcí*. Olomouc: Univerzita Tělesné Kultury.
- Krzepota, J., Biernat, E., & Florkiewicz, B. (2015). The Relationship between Levels of Physical Activity and Quality of Life among Students of the University of the Third Age. *Central European journal of public health*, 23(4), 335–339. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4136>

- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Křížová, E. (2002). *Sociologické podmínky kvality života*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví.
- Kudláček, M., & Frömel, K. (2012). *Sportovní preference a pohybová aktivita studentek a studentů středních škol*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- 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*, 146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146>
- Ludíková, L. (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Vydavatelství UP v Olomouci.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada publishing.
- Marek, J., Kalvach, Z., & Sucharda, P. (2001). *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton.
- Marková, M. (2012). *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Marquet, M., Missotten, P., Schroyen, S., van Sambeek, I., van den Akker, M., Van Den Broeke, C., Buntinx, F., & 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>

- Marquet, O., Maciejewska, M., Delclòs-Alió, X., Vich, G., Schipperijn, J., & Miralles-Guasch, C. (2020). Physical activity benefits of attending a senior center depend largely on age and gender: a study using GPS and accelerometry data. *BMC geriatrics*, 20(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01527-6>
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Mühlpachr, P. (2009). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Nešporová, O. (2008). *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Ondrušová, J. (2009). *Měření kvality života u seniorů*. Česká geriatrická revue.
- Otová, B., & Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
- Perič, T. (2012). *Sportovní příprava dětí*. Praha: Grada.
- Petrová – Kafková, M. (2010). *Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti*. Sociální studia – České hodnotové proměny.
- Pichuad, C., & Thareauová, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
- Poledníková, L. (2006). *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta.
- Procházková, K. (2020). *Seniori v korona virové době. Pandemie měla i svá pozitiva*. Roklen 24.
- Procházková, V. (2019). *Kvalita života seniorů v domovech seniorů*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Roslawski, A. (2005). *Jak zůstat fit i ve stáří*. Brno: Computer Press.
- Sigmundová, D., & Sigmund, E. (2015). *Trendy v pohybovém chování českých dětí a adolescentů*. Olomouc, Univerzita Palackého.
- Sipe, C. (2017). Tai Chi: The Perfect Balance for Aging Adults. Retrieved 7. 4. 2021 from World Wide Web <https://www.ideafit.com/personal-training/tai-chi-the-perfect-balance-for-aging-adults/>

- Sławińska, T., Posłuszny, P., & Rožek, 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>
- Strath, S. J., Kaminsky, L. A., Ainsworth, B. E., Ekelund, U., Freedson, P. S., Gary, R. A., Richardson, C. R., Smith, D. T., Swartz, A. M., & American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health and Cardiovascular, Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology, and Council (2013). Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(20), 2259–2279. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000435708.67487.da>
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Svatošová, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada.
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří, kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon.
- Šamánková, M. (2011). *Definice a dělení lidských potřeb, standardy v naplnění potřeb, bariéry v procesu naplnění lidských potřeb*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Šimíčková, J. (2005). *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: UP.
- Škopek, M. (2010). *Nordic walking*. Praha: Grada.
- Štilec, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál.
- Topinková E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén
- Tošnerová, T. (2002). *Ageismus – průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha a FNKV Praha 10.
- Trachtová, E., Fojtová, G., & Mastiliaková, D. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

- Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., da Silva, L., Hirakata, V., & Fleck, M. (2012). Subjective perception of health in elderly inpatients. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, 47(4), 279–286. <https://doi.org/10.1080/00207594.2011.626046>
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R., Jr (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 34(1), 1–8. <https://doi.org/10.2165/00007256-200434010-00001>
- Tvaroh, F. (1983). *Všichni stárneme*. Praha: Avicenum.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Vengléřová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Vidovičová, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vidovičová, L., & Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí z pohledu české veřejnosti*. Praha: VÚPSV.
- World Health Organization. (2007). *Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: A Guide for Population – Based Approaches to Increasing Levels of Physical Activity*. Geneva: Autor.
- Zákon č. 108/2006 Sb., *O sociálních službách* [online], MPSV, 20.1. 2010.

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 Intervaly populačních norem domén AAQ

Příloha 2 Intervaly populačních norem dotazníku WHOQOL-BREF

Příloha 3 Charakteristika výzkumného souboru v četnosti – coronavirus

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

Intervaly populačních norem domén AAQ

Domény		Rozšířený	Interval NORMY			Rozšířený
		nižší míra souhlasu	spodní hranice	průměr	horní hranice	vyšší míra souhlasu
PSZTRAT	psychosociální ztráty	19,8	22,7	25,58	28,5	31,4
FYZZMEN	fyzické změny	18,4	21,1	23,83	26,6	29,3
PRUST	psychologický růst	22,1	24,1	26,17	28,2	30,3

Příloha 2

Intervaly populačních norem dotazníku WHOQOL-BREF

	Mírně snížená kvalita	Interval normy-spodní hranice	Interval normy–průměr	Interval normy–horní hranice	Mírně zvýšená kvalita
DOM 1	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1
DOM 2	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2
DOM 3	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9
DOM 4	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4

Příloha 3

Proměnné	Charakteristika výzkumného souboru		Pohlaví	
		n	ženy	muži
Coronavirus – negativní vliv psychika	vůbec ne	7	3	4
	trochu	14	10	4
	středně	12	5	7
	hodně	5	3	2
	maximálně	2	1	1
Coronavirus – omezené setkávání	vůbec ne	3	2	1
	trochu	10	6	4
	středně	14	6	8
	hodně	7	5	2
	maximálně	6	2	4
Coronavirus – vliv na vztahy	vůbec ne	15	8	7
	trochu	15	4	11
	středně	4	2	2
	hodně	5	5	0
	maximálně	1	1	0
Coronavirus – častější hádky	vůbec ne	26	14	12
	trochu	10	4	6
	středně	3	3	0
	hodně	1	0	1
	maximálně	0	0	0
Coronavirus – negativní vliv na PA	vůbec ne	10	7	3
	trochu	11	3	8
	středně	16	9	7
	hodně	2	1	1
	maximálně	1	1	0
Coronavirus – negativní vliv na zdraví	vůbec ne	12	8	4
	trochu	18	8	10
	středně	7	4	3
	hodně	3	1	2
	maximálně	0	0	0
Coronavirus – procházky	vůbec ne	2	1	1
	trochu	16	11	5
	středně	14	3	11
	hodně	6	5	1
	maximálně	2	1	1
Coronavirus – nová aktivita	ano	13	7	6
	ne	27	14	13
Coronavirus – využívání internetu	ano	11	4	7
	ne	6	3	3
	už jsem to uměl/a	20	13	7
	nechci využívat	3	1	2

Informovaný souhlas

Studie: Hodnocení kvality života u 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

Příloha 5

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

Žijete v domácnosti s jinou osobou (osobami)?

ANO NE

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 nějaké zvíře (domácího mazlíčka)?

ANO – Jaké? _____
 NE

Při odpovídání na další otázky si vzpomeňte na dobu, kdy Vás neovlivňoval koronavirus.

Cvičíte/sportujete v délce trvání 45 min a více za den?

ANO

a) Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 45 minut?

➤ kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát

➤ **Jaké cvičení?** _____

b) Cvičím/sportuji sám doma či v přírodě (doba trvání aktivity 45 min a více)?

➤ kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát

➤ **Co děláte?** _____

NE

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

Odpovídejte na otázky teď v této situaci, v období koronaviru.

Cvičíte/sportujete v délce trvání 45 min a více za den?

ANO

c) Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 45 minut?

➤ kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát

➤ **Jaké cvičení?** _____

d) Cvičím/sportuji sám doma či v přírodě (doba trvání aktivity 45 min a více)?

➤ kolikrát týdně: 1krát 2krát 3krát

➤ **Co děláte?** _____

NE

➤ **Důvod?** nedostatek příležitostí

zdravotní stav

jiné: _____

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

Následující otázky zjišťují, jak Vás ovlivňuje „koronavirus“.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Má koronavirus negativní vliv na Vaši psychiku?	1	2	3	4	5
Omezuje Vás koronavirus v setkávání s rodinou a přáteli?	1	2	3	4	5
Má koronavirus vliv na Vaše partnerství nebo přátelství?	1	2	3	4	5
Hádáte se více s rodinou nebo přáteli kvůli koronavirové situaci?	1	2	3	4	5
Má koronavirus negativní vliv na Vaši pohybovou aktivitu?	1	2	3	4	5
Má koronavirus vliv na Váš zdravotní stav?	1	2	3	4	5
Chodíte do přírody na procházky?	1	2	3	4	5

Našli jste si nějakou jinou aktivitu na vyplnění volného času v době koronaviru?

- ano našli, jakou?
- ne nenašli

Naučili jste se díky koronavirové době používat/využívat počítač či mobil?

- ano naučili
- ne nenačili
- už jsem to uměl/a
- nechci ho využívat nebo se to učit

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

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

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

3. Stáří je čas samoty.

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

4. Moudrost přichází s věkem.

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

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

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

6. Stáří je čas depresí.

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

7. Cvičení je důležité v každém věku.

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

Následující otázky zjišťují, **nakolik** pro Vás níže uvedené výroky **platí**. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod 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.