

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Sylva Valinčičová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Kvalita života seniorů v závislosti na jejich předchozích
pohybových aktivitách**

Olomouc 2018

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 17. 4. 2018

.....
Valinčičová Sylva

Děkuji PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za ochotu, vstřícnost a cenné rady. Dále děkuji mé rodině a všem mým blízkým za podporu, kterou mi během studia poskytovali.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	7
1.1 Hlavní cíl práce.....	7
1.2 Dílčí cíle.....	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Stáří.....	8
2.1.1 Charakteristika stárnutí a stáří.....	8
2.1.2 Periodizace stáří.....	10
2.1.3 Změny ve stáří.....	11
2.1.3.1 Biologické změny ve stáří.....	11
2.1.3.2 Psychické změny ve stáří.....	13
2.1.3.3 Sociální změny ve stáří.....	14
2.1.3.4 Polymorbidita osob seniorského věku.....	15
2.1.4 Životní styl seniorů.....	17
2.1.4.1 Specifika života seniorů ve městě a na vesnici.....	17
2.1.4.2 Prevence negativních sociálních jevů.....	19
2.1.4.3 Životní styl seniorů v domácím prostředí.....	21
2.1.4.4 Životní styl seniorů v pobytovém zařízení.....	22
2.2 Kvalita života.....	23
2.2.1 Dimenze kvality života.....	24
2.2.2 Měření a hodnocení kvality života.....	25
2.2.3 Kvalita života seniorů.....	28
2.2.4 Kvalita života a pohyb.....	30
2.3 Pohyb a pohybová aktivita.....	31
2.3.1 Pohyb jako determinanta kvality života seniorů.....	32
2.3.2 Pohybová aktivita seniorů.....	33
3 METODIKA PRÁCE	37
3.1 Výzkumné otázky.....	37
3.2 Metodika výzkumu.....	38
3.2.1 Použité výzkumné metody.....	38
3.2.2 Metody použité ke zpracování výzkumných dat.....	39
3.3 Popis výzkumného souboru.....	40

3.4	Průběh výzkumného šetření.....	42
3.5	Případové studie.....	43
3.5.1	Případová studie M1	43
3.5.2	Případová studie M2	44
3.5.3	Případová studie M3	45
3.5.4	Případová studie M4	46
3.5.5	Případová studie M5	47
3.5.6	Případová studie M6	48
3.5.7	Případová studie Ž1	49
3.5.8	Případová studie Ž2	50
3.5.9	Případová studie Ž3	51
3.5.10	Případová studie Ž4	52
3.5.11	Případová studie Ž5	53
3.5.12	Případová studie Ž6	54
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DISKUSE	56
4.1	Vyhodnocení WHOQOL – BREF dotazníku	56
4.1.1	Doména fyzické zdraví	56
4.1.2	Doména prožívání.....	58
4.1.3	Doména sociálních vztahů	59
4.1.4	Doména prostředí.....	60
4.1.5	Celková hodnota kvality života a zdravotního stavu	61
4.2	Diskuze	64
	ZÁVĚR	69
	SOUHRN	71
	SUMMARY	72
	REFERENČNÍ SEZNAM	73
	SEZNAM ZKRATEK	78
	SEZNAM TABULEK.....	79
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SLOVNÍK ODBORNÝCH POJMŮ	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Téma kvalita života seniorů v závislosti na jejich předchozích pohybových aktivitách jsem si vybrala z několika důvodů. Stáří vnímám jako stále aktuálnější téma mnoha oborů, čemuž napovídá i fakt, že senioři tvoří stále se zvyšující část populace. Dle ČSÚ (Českého statistického úřadu) populace České republiky stárne již od konce 80. let 20. století. Stárnutí populace se v posledních letech zrychlilo. Stáří je etapa života, která se úzce dotýká nás všech. Stáří je součástí lidského života a každý z nás se ve svém životě setká se starším člověkem nebo se jím stane. Dalším důvodem je skutečnost, že jsem k seniorům měla vždycky blízko. Fascinovaly mě jejich životní zkušenosti, moudrost, chuť žít a celková radost ze života. Doposud jsem měla zřejmě štěstí, protože jsem potkávala spíše pozitivně smýšlející jedince. Jsem za to nesmírně ráda, jelikož se na své cestě životem nebudu zdráhat vstoupit i do takto krásné a důležité etapy. Posledním důvodem je, že v době mého dospívání byl můj otec již v seniorském věku. Přesto mě vždy vedl k pohybovým aktivitám, které sám aktivně provozoval.

Existuje však bezesporu celá řada jedinců s pesimistickým pohledem na stáří, neznalých možností zlepšení kvality života prostřednictvím pohybových aktivit. Klíčovou myšlenkou této práce je alespoň částečné nasměrování seniorské populace ke zlepšení kvality života prostřednictvím nabídky pohybových aktivit, které preferují jejich vrstevníci.

Proces stárnutí populace s sebou přináší nové otázky a témata zahrnující různorodé aspekty života. Zejména pokrok medicíny, v jehož důsledku je poskytována kvalitnější lékařská péče, vede ke zkvalitňování a prodlužování délky života a vyššímu podílu seniorů v populaci. Stoupají však i počty seniorů závislých na pomoci druhých. Vyšší věk je všeobecně spojen s nemocností. Nutno zmínit, že aktuální zdravotní stav seniora souvisí s jeho životním stylem, ekonomickou situací a v neposlední řadě s přístupem k životu jako takovému. Zvláště pak stav pohybového aparátu z hlediska funkčnosti tvoří jednu z rozhodných podmínek životního stylu starších jedinců (Bunc, Hráský a Skalská, 2014).

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaká je kvalita života seniorů ve vybrané skupině v závislosti na jejich předchozích pohybových aktivitách. Tedy prošetřit, jaký vliv má pohybová aktivita na zdravotní stav seniorů a do jaké míry může ovlivnit kvalitu života jedince.

1.2 Dílčí cíle

- Studium odborné literatury a zpracování výzkumné studie.
- Vymezení teoretických poznatků – stáří, změny ve stáří, životní styl seniorů, kvalita života, pohyb a pohybová aktivita.
- Případové studie vycházející z provedených rozhovorů s respondenty.
- Realizace dotazníku WHOQOL – BREF s respondenty.
- Rozbor a zpracování získaných dat.
- Vypracování závěru.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Stáří

Období stáří u každého jedince probíhá jinak a nutno zmínit, že ne všichni lidé se dostanou až do této etapy života. Stáří s sebou přináší životní moudrost a nadhled, pocit životního naplnění, nicméně dochází i k úbytku sil a postupné proměně osobnosti se sklonem ubírat se k jejímu konci (Vágnerová, 2007).

Na základě postojů a názorů, se kterými se člověk setkává v průběhu svého života jak v rodině, tak i ve společnosti, si každý jedinec utváří svůj vlastní vztah ke stáří. V rámci rodiny si osvojujeme vztah ke stáří a ke starým lidem obecně nápodobou, a to tak, že sledujeme způsob chování mladších jedinců ke starším. V lidské společnosti byl utvořen určitý zvyk, že převážně lidé umírají až ve stáří, čímž došlo k častému spojení dvou faktorů, smrti a vyššího věku. I když nejsme ohroženi probíhající nemocí, častokrát ožije strach z nadcházejícího a také strach ze smrti. Nemoc většinou jedincům připomene, že lidé jsou bytostí smrtelné (Zacharová, 2017).

Stáří není nemoc, ačkoli je provázeno často zvýšeným výskytem nemocí. Z výzkumů i statistik vyplývá, že zdravotní stav seniorské populace se z historického a zejména zdravotního hlediska zlepšuje. Z těchto důvodů je žádoucí aktivně usilovat o zajištění nemocných seniorů, ale zvláště usilovat o neustálé zlepšování života seniorů jak po stránce zdravotní, tak i funkční. V neposlední řadě je na místě aspirace o prevenci závislosti starších osob na druhých (Mühlpachr, 2009).

Stáří je nepochybně považováno za jakousi finální fázi života a stav vyvrcholení individuálního života jedinců, je dopadem společnosti, v níž člověk žije a žil. Mezi stářím a společností existuje souvislost vymezující se dvěma směry. Jednak ovlivňující jedince a jeho stáří a rovněž časové rozmezí, kvalita i obsah této životní fáze má vliv na společnost. Postupné prodlužování délky života významně působí na člověka jako jednotlivce, stejně tak představuje prodlužování střední délky života zpětnovazební potenciál s ohledem na kvalitu života společnosti, na její přeměnu ve společnost dlouhověkou (Sak a Kolesárová, 2012).

2.1.1 Charakteristika stárnutí a stáří

Stárnutí je v obecné rovině považováno za biologický jev, jelikož není možné uvést příklad živého organismu nebo jisté struktury, které by nebyly podřízeny procesu stárnutí. Gerontogeneze, tedy stárnutí, je proces, který probíhá po celý život jedince. Involuční

projevy tohoto procesu začínají být viditelnější ve čtvrtém decenniu, případně na přelomu čtvrtého a pátého decennia (Mühlpachr, 2009).

Zavázalová a kol. (2001) zmiňuje, že stárnutí je chápáno jako proces všeobecný v důsledku stárnutí veškeré populace a současně se jedná o proces individuální, jelikož dochází ke stárnutí konkrétního jedince.

Stárnutí probíhá u každého jedince různým tempem s individuální variabilitou směřující k podobě tzv. fenotypu stáří (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Stáří je výsledkem procesu stárnutí. Lze hovořit o pozdní etapě přirozeně dlouhého života. Daná etapa se zřetelem určité doby i společnosti je charakterizována změnami vzhledu, funkčního stavu, dochází k proměnám v sociálních rolích jedinců a dalším (Čevela a kol., 2014).

Ondrušová (2011) považuje stárnutí za významnou osobnostní zkušenost, se kterou se v životě setká každý člověk. Proces stárnutí postihuje jak rodiče, přátelé a blízké, stejně tak i děti. Stárnutí i stáří je určité životní období, které není možné chápat pouze jako proces degradující, který vede k úbytku sil či k opakovaným ztrátám. Je vhodné na toto období nahlížet také jako na specifickou fázi života, která má svou cenu, jako jakákoli fáze předchozí. Lidé by měli být schopni si osvojit umění stárnout, jelikož smysl života ve stáří a celková kvalita života jedince v tomto období závisí v jisté míře jednak na přístupu a také postojích každého člověka.

Stáří jako jistému fenoménu není možné porozumět bez kontextu celkového cyklu života a veškerých jedincem prožitých životních etap. Podstatným způsobem totiž dochází k ovlivňování kvality života na základě způsobu života v dětství, mládí a také v dospělosti. Stáří jako etapa životní dráhy člověka je vymezeno pomyslnými časovými body. Vrchní mez je jasně vymezena smrtí. Spodní hranice stáří je rozostřená, jelikož procesy a jevy představující stáří vstupují do života jedince postupně, v určitém věku a čase. Z toho vyplývá vysoká míra individualizace a jedinečnosti tohoto procesu. Totožné procesy a jevy u jednotlivých jedinců nastupují sice v ohraničeném věkovém rozsahu, avšak v rozdílném individuálním pořadí (Sak a Kolesárová, 2012).

Janiš a Skopalová (2016) vymezují další na seniora působící klíčové faktory. Autoři uvádějí, že samotné stárnutí i stáří je ovlivněno individuálním pohledem seniora, jeho předchozími životními zkušenostmi z pohledu mezilidských vztahů a také samotného zdravotního stavu jedince. Mezi další hlediska, která mají vliv na stárnutí a stáří, autoři řadí pohled pracovního trhu a vzdělávání.

2.1.2 Periodizace stáří

Stáří je obecně označováno jako pozdní fáze ontogeneze. Jedná se o přirozený proces založený zejména na individualitě. Z tohoto hlediska nelze nástup stáří zcela přesně vymezit. U každého člověka stáří probíhá jinak. Stáří je projevem i důsledkem involučních proměn, které jsou modifikovány dalšími činiteli, jako např. vlivy prostředí, životní podmínky, způsob života jedince, sebehodnocení či psychické i sociální změny v průběhu jeho života. Rozmanitost a individuálnost těchto změn, projevů či příčin, které se vzájemně prolínají, nebo jsou dokonce v rozporu, způsobují obtížnost vymezení a periodizace stáří. Tradičně se rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální (Kalvach a kol., 2004).

Kalendářní stáří je určeno dosažením daného věku, který vyvstává ze sociálních konstruktů, biologického stárnutí a průběhu života. Kalendářní stáří je výhodné z pohledu své jednoznačnosti a jednoduchosti, vyhovuje tak potřebám demografickým. Je lehce stanovitelné, avšak neodpovídá a neváže se na změny involuční ani sociální. Parametry kalendářního stáří se historicky neustále proměňují, zejména v důsledku pokroku medicíny a celkového prodlužování délky života. Vyskytují se určité výjimky jedinců, kteří stárnou rychleji a předčasněji – progerie nebo naopak pomaleji a dožívají se nadprůměrného věku, což označujeme jako dlouhověkost (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Dle patnáctileté periodizace dospělosti odpovídající doporučení gerontologickými experty Světové zdravotnické organizace, jež ve své publikaci zmiňují Čevela, Kalvach a Čeledová (2012), je vyšší věk dělen na:

- 60 – 74 let, takzvané rané stáří,
- 75 – 89 let, takzvané vlastní stáří, senium,
- 90 let a více, takzvaná dlouhověkost.

V dnešní době je však výstižnější dělení, které je hojně využíváno u nás, jak uvádějí Čevela, Kalvach a Čeledová (2012), Mühlpachr (2009) a Kalvach a kol. (2004), a to na:

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

Biologické stáří je období probíhajících involučních změn, mezi něž lze zařadit snížení zdatnosti, změny ve schopnosti adaptace či odolnosti. Zpravidla jsou tyto změny spojovány se změnami vyvolanými nemocemi charakteristickými svou frekvencí ve stáří. Vnější změny vyzorované dle fenotypu stáří je možné specifikovat jako změny

chování, postavy, chůze, barvy vlasů, změny pokožky a přibývání vrásek, chrupu a jiné (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012; Mühlpachr, 2009).

Sociální stáří je období určitého souhrnu změn sociálních. Za tyto změny jsou považovány zvláště změny sociálních rolí, postojů a také charakteristických životních událostí souvisejících s vyšším věkem jedinců. Konkrétně se jedná o penzionování, snížení životní úrovně, ovdovění, nezaměstnatelnost nebo změny ekonomického zajištění. Stáří je z tohoto pohledu vymezeno jako sociální událost, za jejíž počátek je považován odchod do starobního důchodu nebo věk, kdy vzniká nárok na starobní důchod (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012; Mühlpachr, 2009).

2.1.3 Změny ve stáří

U všech lidí se se stoupajícím věkem pojí mnoho v organismu probíhajících změn. U každého jedince se tyto změny projevují jedinečným způsobem. Nutno podotknout, že probíhajícím změnám se nedá vyhnout. Veškeré změny, které jsou projevem postupného stárnutí lidského organismu, jsou ve vzájemném vztahu a oboustranně se ovlivňují. Jednotlivé změny lze rozdělit do třech oblastí, a to na změny biologické neboli tělesné, psychické a sociální změny (Mlýnková, 2011; Venglářová, 2007).

2.1.3.1 Biologické změny ve stáří

Tělesné projevy se vymezují především na orgánových soustavách a jejich orgánech. Zvláště nápadné jsou změny na kůži či pohybovém systému, jelikož jsou viditelné pouhým okem ve srovnání se změnami v orgánových soustavách uložených v útrobach těla. Mlýnková (2011) popisuje jednotlivé involuční změny v soustavách takto:

Kožní ústrojí

Při stárnutí organismu dochází postupem času k vysušování kůže a jejímu následnému svědění, což je způsobeno ztrátou schopnosti kůže zadržovat v buňkách vodu. V oblasti obličeje nebo na horních i dolních končetinách se často objevují stařecké skvrny nahnědlé barvy způsobené shlukováním melanocytů. U některých seniorů se naopak mohou objevit bledší místa na kůži, kdy pigment není vůbec přítomen. Velmi nápadným znakem stáří je tvorba vrásek, kůže ztrácí svou schopnost elasticity v důsledku ubývání elastických vláken. V podkoží dochází k úbytku tukové tkáně, kůže se ztenčuje a mnohdy připomíná křehký pergamenový papír. Změnami prochází také vlasy, chlupy a nehty. Objevuje se šedivění a řidnutí postihující tyto kožní deriváty.

Pohybová soustava

S přibývajícím věkem se zpravidla pojí změna tělesné výšky i konstituce postavy. Vlivem atrofie meziobratlových plotének se výška jedince snižuje. Ochabuje kosterní svalstvo. Důsledkem je neschopnost seniora držet vzpřímený postoj a chůze v mírném předklonu. Kosti seniora chřádnout, ubývá kostních buněk a samotná křehkost buněk navyšuje riziko zlomenin či úrazů. Objevuje se bolestivost kloubů snižující schopnost pohybu.

Kardiovaskulární soustava

Klesá pracovní činnost srdce, dochází ke snížení elasticity srdečních chlopní. Srdce je z toho důvodu schopné přečerpávat malé množství krve. Průtok krve orgány je omezen. Ztráta pružnosti postihuje i cévy, ve spojitosti s postupným hromaděním tuku ve stěnách tepen se mnohdy objevuje hypertenze.

Dýchací soustava

Senioři si povětšinou stěžují, že prožívají těžkosti s popadnutím dechu a zadýchávají se. S přibývajícím věkem se snižuje respirační schopnost plic. V důsledku změn v oblasti hrudníku a mezižeberních svalů se zmenšuje objem plic, dochází k omezení schopnosti nádechu množství vzduchu. Stoupá četnost zánětů dýchacích cest v důsledku klesající čistící schopnosti řasinkového epitelu.

Trávicí soustava

Jak uvádí Mlýnková (2011), trávicí soustava je oproti ostatním zmíněným soustavám postižena nejméně, ačkoli i zde určité změny probíhají. Charakteristickým znakem stáří je opotřebování a následná ztráta zubů. Sliny se tvoří v menší míře, stejně tak trávicí enzymy, což vede ke zpomalení motility trávicí trubice, které se projevuje tím, že trávenina prochází žaludkem a střevy pomaleji a dochází ke vzniku zácpy. Některé seniory postihuje stařecká forma diabetu mellitu způsobená atrofií Langerhansových ostrůvků slinivky břišní.

Pohlavní soustava

Sexuálně aktivní život vede spousta starších jedinců i ve vysokém věku. Rozdílnost mezi pohlavími se objevuje v případě degenerativních změn pohlavních orgánů. U mužů tyto změny probíhají pomaleji, varlata tvoří spermie i v pozdním věku, i když jejich počet v ejakulátu je nižší. Oproti tomu ženy postihují degenerativní změny podstatně dříve, tedy

už v menopauze. Ustává sekrece pohlavních hormonů a nedochází k přirozenému zvlhčování pochvy.

Vylučovací soustava

Mlýnková (2011) uvádí, že stáří s sebou přináší změny i ve vylučovacím systému. S přibývajícím věkem dochází k ochabnutí svalů pánevního dna u žen a u mužů ke zvětšování prostaty. Důsledkem je neschopnost udržet moč. Častá potřeba na močení v nočních hodinách je u seniorů vysvětlována neschopností úplného vyprázdnění močového měchýře a zůstatkem zbytku moči po vymočení v močovém měchýři.

Nervová soustava

Vzruchy v periferním nervovém systému nejsou vedeny adekvátní rychlostí, starší lidé na přijetí a zpracování informace potřebují více času.

Smyslové vnímání

Následkem procesu stárnutí bývá značné postižení sluchu a zraku seniora. Vzhledem k atrofickým změnám probíhajícím na úrovni sluchové dráhy většinu seniorů postihuje zhoršení sluchu. Za možné rizikové faktory mající vliv na zhoršení slyšitelnosti u seniorů autorka považuje práci jedince v hlučném prostředí, případně vliv aterosklerózy či malnutrice. Nedoslýchavost u seniorů iniciuje potíže v komunikaci a často vede k sociální izolaci jedince.

Postižení zraku začíná už ve středním věku. U seniorů se objevuje snížení ostrosti zraku, s čímž souvisí vznik šedého zákalu, dále se snižuje adaptace oka na šero a tmu, negativně je ovlivněna také akomodační schopnost oka. Senioři bývají postiženi také vznikem glaukomu, tedy zeleného zákalu, kdy se jedná o zvýšení nitroočního tlaku.

Veškeré změny postihující seniora v průběhu involučních změn ovlivňují jednak vzhled, ale také jeho chování. S čím dál tím větší tendencí se člověk zajímá hlavně sám o sebe, zaobírá se změněnou funkcí svého organismu, s čímž je úzce spjata změna v oblasti psychiky (Dvořáčková, 2012).

2.1.3.2 Psychické změny ve stáří

Proces stárnutí se zpravidla pojí i se změnami psychickými, které nastávají snad u všech lidí, avšak u každého člověka se projevují rozdílně. Obecně můžeme hovořit o změnách postihujících kognitivní funkce. Dochází tedy ke zhoršení pozornosti, vnímání,

paměti, myšlení a představ. Psychické změny naopak nepostihují slovní zásobu jedince či schopnost vyjadřování myšlenek (Mlýnková, 2011). Nutno zmínit syndrom demence, postihující seniory, který je tímto mírně v rozporu. Syndrom demence vyjma narušení funkcí paměti, myšlení a představ, narušuje i orientaci, schopnost řeči a učení (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009).

Starší osoby jsou zvyklé na stereotyp, mají rády svůj klid, většinou se nerady přizpůsobují novým životním situacím. Autoři v této oblasti zmiňují, že dochází ke zpomalení psychomotorického tempa. Senioři bývají spíše nedůvěřiví vůči svému okolí, trpí nízkou sebedůvěrou, některé postihuje emoční labilita, objevuje se často zhoršení schopnosti úsudku. U některých seniorů se projevuje úzkostlivé jednání a strach z nadcházejícího, tedy zejména strach ze samoty. Senioři se strachují o svůj život, obávají se pádu. Do určité míry lze některé ze zmíněných projevů vyvažovat zvýšenou rozvážností, popř. využitím životních zkušeností. Nutno podotknout, že s přibývajícím věkem se objevují duševní poruchy, seniory mohou zasáhnout i deprese. Známým strašákem je pak demence (Mlýnková, 2011; Wernerová a Zvoníková, 2016).

2.1.3.3 Sociální změny ve stáří

V poslední letech se postoj ke stárnoucí populaci dynamicky vyvíjí, obměňuje a úzce souvisí také se změnami z hlediska společenských rolí starších jedinců. V neposlední řadě je spjat se samotným společenským statutem seniorů (Dvořáčková, 2012).

Stárnutí je ze sociálního pohledu spojeno s odchodem do starobního důchodu. Tato nově nastalá situace v první řadě vede ke změně sociální role staršího člověka. V druhé řadě se jedná o zásadní přechodník v životě člověka, který ho může ovlivňovat jak ve směru pozitivním, tak i negativním. Jedinec přechází z role pracujícího, kdy svou pracovní aktivitou přispíval celé společnosti, do role důchodce. Rolí důchodce naopak jeho přispívání společnosti končí a stává se z něj člověk, který od státu pobírá penzi. Důchodce ztrácí na společenské prestiži, případně i na autoritě, což většina seniorů považuje za nepříjemnou událost v jejich životě (Mlýnková, 2011; Wernerová a Zvoníková, 2016).

Mlýnková (2011) uvádí, že s penzionováním se mění i ekonomické poměry seniora. Velkým zásahem je pro seniory změna související se životním standardem, na který byli dříve zvyklí. V důsledku nízké penze jsou nuceni se omezovat v jídle či ve volnočasových aktivitách, což na ně mnohdy negativně působí. Proto je vhodné se na stáří a odchod do důchodu řádně připravit a nenechat situaci náhodě (cca již od 55. – 60. roku života).

Mnozí senioři se však na penzionování těší a jsou připraveni vstoupit do nové etapy života. Předem vymýšlí a plánují pestré aktivity, na které dosud neměli dostatek času. Naproti tomu existují lidé, kteří si naopak nevědí rady, co s tak velkým množstvím volného času budou dělat.

Období stáří je provázeno také dalšími podstatnými sociálními změnami, které ovlivňují samotnou životní úroveň starších jedinců. Jedná se o možném vzniku nesoběstačnosti, ztrátě autonomie a následné fyzické závislosti na pomoci a péči druhých osob. Mezi sociální rizika lze zařadit chudobu, zanedbávání či přímo fyzické i psychické poškozování seniorů (Wernerová a Zvoníková, 2016).

Ke stáří patří neodmyslitelně smrt. Značným psychickým zásahem do života seniora je ztráta životního partnera. Častokrát se jedná o traumatizující událost, kdy pozůstalý jedinec zažívá pocity samoty, opuštění a prázdnoty. Přestože je pro stárnoucího seniora ztráta velmi bolestivá, většinou se s touto situací dokáže smířit. Naproti tomu někteří senioři nemají dostatek sil se s emocionálně náročnou situací vyrovnat. Nejednou tato náročná situace svým způsobem uspíšila úmrtí pozůstalého jedince. Lidé v seniorském věku jsou nuceni se smířovat také se smrtí svých vrstevníků (Mlýnková, 2011).

2.1.3.4 Polymorbidita osob seniorského věku

Osoby seniorského věku se ve většině případů stávají polymorbidními pacienty. Polymorbidita znamená, že jedince postihuje naráz více chorob. U seniorů se mnohdy vyskytuje deset i více nemocí najednou. Jednotlivé nemoci se vzájemně ovlivňují a často také umocňují. Při léčbě nemocí je pak třeba počítat s tím, že senior bude s ohledem na větší počet vyskytujících se onemocnění nucen užívat větší množství léků. Nutno podotknout, že stoupá výskyt nežádoucích účinků léků, proto je farmakologie ve stáří riskantnější než u jedinců mladších. V důsledku polypragmzie, tedy při podávání více léků současně, dochází rovněž k vzájemnému ovlivňování, případně potencování jednotlivých účinných látek. Z tohoto hlediska by měla být farmakoterapie u starších jedinců zásadně individualizována. Příklad vzniku polymorbidního pacienta lze demonstrovat takto, senior při návštěvě obchodu upadne na náledí a způsobí si zlomeninu krčku dolní končetiny, což vede k jeho následné imobilizaci. Dlouhodobá imobilizace seniora směřuje ke vzniku dekubitů, objevuje se močová inkontinence, na základě které je pacientovi zaveden permanentní močový katetr. Nakonec se stav zkomplikuje urosepsí. Takto vzniklý stav je zcela běžný a vyžaduje mnohdy mezioborový přístup zdravotnických pracovníků, jelikož

svým způsobem převyšuje pomezí jednotlivých medicínských oborů (Klener a kol., 2006; Topinková, 2005).

Topinková (2005) ve své publikaci seřadila nemoci, které starší populaci postihují nejčastěji, takto:

1. Kardiovaskulární nemoci (veškeré formy ICHS, hypertenze).
2. Nemoci aparátu pohybového (osteoporóza, osteoartróza).
3. Onemocnění metabolická (diabetes mellitus 2. typu).
4. Onemocnění respirační a gastrointestinální.

Mezi další závažné a běžné nemoci vyskytující se ve stáří neodmyslitelně patří záněty cest dýchacích, zejména projev pneumonií v terminálním stádiu života, dále záněty močových cest, všední virózy, úrazy, s tím spojené časté zlomeniny femuru, nádorová onemocnění, tromboembolická nemoc jako důsledek imobility seniora, deprese, Alzheimerova nemoc, stařecká nedoslýchavost či šedý zákal (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Medicína v posledních letech přispěla ke zkvalitnění života starších jedinců. Došlo k významnému poklesu v morbiditě a mortalitě seniorské populace. Hlavních kladných výsledků bylo docíleno v prevenci a léčbě aterosklerózy, arteriální hypertenze, srdečního selhání, zlomenin femuru, osteoporózy, osteoartrózy podpěrných kloubů, šedého zákalu a deprese (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Další výzvy, které by mohly zajistit celkové zlepšení zdravotního stavu seniorské populace a zkvalitnit tak důchodový věk jedinců Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) vidí v prevenci a léčbě nádorových onemocnění a především u Alzheimerovy nemoci, osteoartrózy, sarkopenie a s ní spojené sarkopenické obezity (vysvětlení pojmu viz s. 79).

Nutno podotknout, že při vykazování důvodu kontaktu zdravotnických či sociálních služeb s geriatrickými pacienty a při následném statistickém šetření ve zdravotnictví se mnohokrát objevuje značné zkreslení. Ve většině případů jsou uváděny seznamy chorob, ačkoli častým důvodem ústavních pobytů či ošetření v ambulanci bývá stařecká křehkost, multikauzální geriatrické syndromy nebo nežádoucí účinky léků. Z tohoto hlediska ubývá účelnosti prováděných terapeutických a diagnostických postupů, které jsou orientované pouze na choroby, nikoliv však na funkční potíže geriatrického pacienta a na jejich samotné intervenování (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

2.1.4 Životní styl seniorů

Životní styl je termín, jež vymezuje rozsáhlou oblast nejrůznějších aspektů. V dnešní společnosti je tento termín hojně používaný, avšak neexistuje jeho jednotná definice. Životní styl jako pojem je těžké vymezit, jelikož zahrnuje mnohdimenzionální charakter. Životním stylem se zabývá spousta vědních disciplín, lze tedy konstatovat, že hovoříme o multidisciplinární problematice (Dufková, Urban a Dubský, 2008).

Životní styl jedince se vyvíjí v průběhu celého života. Do životního stylu jsou zahrnuty činnosti jedince v jeho volném čase, trávení dovolené, pracovní aktivity, pracovní náplň, také schopnost komunikace s ostatními, styl péče o potomky, s tím související výchova a vzdělávání dětí, vztahy mezi členy rodiny. Životní styl lze vymezit jako hodnotový systém jedince. Tento hodnotový systém je přizpůsobován podmínkám endogenním a exogenním, zobrazuje se v konkrétní společnosti a čase. Ve všech životních fázích člověka se životní styl odehrává a přizpůsobuje určité životní situaci. Jednotlivé životní fáze by měly být v souladu se sociálním postavením člověka, s jeho potřebami i zájmy. Životní styl člověka se také odlišuje z pohledu pohlaví, věku, místa bydliště. Tím je myšleno, že jiný životní styl budou mít jedinci žijící na vesnici a ve městě. Životní styl se u jedinců může odlišovat na základě dosaženého vzdělání a zaměstnání. Rozdílný životní styl se bude vyskytovat u jedinců pracujících na směny a u jedinců pracujících z domova. Životní styl může ovlivňovat také rodinný stav a samozřejmě zdravotní stav člověka, případná odehrávající se nemoc či tělesné postižení. Všechny tyto zmíněné faktory pochopitelně mají na člověka celoživotní vliv a je zřetelná jejich implikace v seniorském věku (Sak a Kolesárová, 2012; Janiš a Skopalová, 2016).

Ve stáří je za správný považován takový styl života, který naplňuje určité požadavky na udržení a zachování zdraví, což je chápáno jako jedno z předních kritérií kvality seniorského životního období. Za hlavní kritérium kvalitně prožitého života ve stáří lze tedy považovat zdraví a také smysluplné naplnění života seniora. Každý jedinec je samozřejmě zodpovědný sám za sebe a je jen na něm, jak svůj život uchopí a prožije (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

2.1.4.1 Specifika života seniorů ve městě a na vesnici

Život seniorské populace na vesnici je různý, jelikož lze pozorovat rozdíly u vesnic, které se nacházejí v blízkosti měst a vesnic ležících dál od civilizace. Na vesnici často bývají omezené služby, což pro seniory mnohdy představuje problém. Jedná se zejména

o dostupnost zdravotních a sociálních služeb, jejichž dosažitelnost bývá na vesnicích nízká. Právě města mají z hlediska přístupnosti služeb významnou výhodu oproti vesnicím. Senior žijící ve městě má zdravotnická či jiná zařízení, oproti seniorovi z vesnice, který musí absolvovat zdlouhavé cesty, ve své podstatě na dosah ruky. Na vesnicích je typické, že pro celou vesnici je většinou jen jeden praktický lékař. V neposlední řadě lze hovořit také o kulturním vyžití seniorů, a to z hlediska návštěvy divadla, případně kina. Přístupnost k těmto kulturním akcím bývá na vesnicích horší, poněvadž jsou situovány spíše do měst. Zejména ve velkých městech je kulturní vyžití pro jedince obrovské. Senior žijící ve městě má možnost navštěvovat již zmíněná divadla, koncerty, knihovny, či si jen tak posedět s vrstevníky v kavárně. Do měst jsou přirozeně soustřeďovány také vzdělávací aktivity pro seniory. Ve výhodě jsou senioři žijící v univerzitních městech, kde jsou pod záštitou univerzit seniorům nabízeny různé vzdělávací kurzy či jiné aktivity. Příkladem mohou být exkurze, které zajišťují univerzity třetího věku (Janiš a Skopalová, 2016). Pod nabídku vzdělávacích aktivit spadají i další instituce, které jsou určeny pro širokou veřejnost, nejen pro seniory. Patří sem muzea, galerie, zámky a hrady, případně také jakékoli kurzy či přednášky, které nejsou vymezeny věkem ani cílovou skupinou. Senioři se tak mohou dostat i mezi jedince věkově mladší a posílit tak mezigenerační vztahy. Z hlediska sociálních služeb jsou opět ve výhodě senioři městští. Sociální služby v podobě služeb pečovatelských, domovů pro seniory, stacionářů či osobní asistence jsou ve městech hojně zajištěny (Haškovcová, 2010; Ondrušová, 2011; Janiš a Skopalová, 2016).

Je všeobecně známo, že lidé žijící na vesnicích se mezi sebou znají. Atmosféra na vesnicích není anonymní a uspěchaná jako ve městech. Pro některé jedince však může být výhodou život ve městech, s tím spojené soukromí a částečná anonymita. Záleží samozřejmě na preferencích každého člověka. Nutno zmínit, že zmíněná anonymita může u mnoha městských seniorů vyvolávat pocity osamělosti či opuštění. Čas si následně krátí procházkami v parku, některé seniorky se vrací k ručním pracím, návštěvou kultury a převážně pak sledují televizní programy (Hojda a kol., 2009).

Velkou roli u seniorů samozřejmě hraje rodina. Na vesnici většinou panuje specifický životní styl vymezující se na pospolitost rodiny. Senioři žijící na vesnici mají mnohdy velkou rodinu, kdy vesnický styl života umožňuje společný život. Ostatní členové domácnosti se starají o své seniory a nedochází tak k umístování starších osob do domovů pro seniory, jak tomu bývá u jedinců žijících ve větších městech. Nutno však zmínit určitý rozpor, neboť ekonomický tlak na střední generaci, jehož jsme v posledních letech svědky, vede ke změnám způsobu života na vesnicích. Krom toho život na vesnicích, které vznikly v rámci

tzv. satelitů, je výrazně odlišný. Tyto lokality se v pracovní době vylidňují. Městský život bývá povětšinou rušný. Rodina na seniora častokrát nemá dostatek času, díky svým zájmům starostem a pracovní vytiženosti. Samozřejmě i pro seniora, který žije ve městě, je jeho rodina důležitá, pokaždé ji však nemá na dosah. Následně dochází k tomu, že senioři odcházejí do domovů pro seniory, případně využívají pečovatelskou službu, která je dostupná po celý den (Haškovcová, 2010).

2.1.4.2 Prevence negativních sociálních jevů

Bohužel i v dnešní době dochází k různým formám zneužívání a násilí na seniorech. Můžeme hovořit o tom, že se jedná o vážný celosvětový problém se stoupající tendencí. Nejdříve dochází ke ztrátě respektu, následuje vědomé či nevědomé zanedbávání seniora, případně se objevuje finanční zneužívání staršího jedince až fyzicky páchané násilí na seniorovi. K násilí i zneužití seniorů může dojít jak na veřejném prostranství, tak i v prostředí domácím. Obzvláště citlivým tématem je pak násilí, ke kterému dochází ve sféře institucionální. Agresoři většinou jednájí z pozice moci, kdy usilují o ovládnutí své oběti. Starší občané jsou častokrát snadnou obětí kriminality. Senioři jsou mnohdy nadmíru důvěřiví a velice lehce agresory ovlivnitelní. Prevence těchto negativně sociálních jevů je často dosti těžká a složitá. Ve většině případů dochází k tomu, že se postižený jedinec stydí, že připustil, aby ho někdo napálil a raději o vzniklé a poškozující situaci mlčí. Senioři, kteří jsou obětí fyzického násilí, pak musí leckdy vyhledat lékařskou pomoc. Lékař má ze zákona povinnost tyto případy hlásit (Haškovcová, 2010; Lorman, 2006).

Značnou roli sehrávají skryté i zjevné podoby ageismu. Senioři se ve všedním civilním životě často stávají objekty různých machinací a ústrků páchaných ze strany různých firem či úředníků (Haškovcová, 2010).

Násilí na seniorech je bohužel pácháno i ze strany rodinných příslušníků. Haškovcová (2010) uvádí, že jde zejména o týrání fyzického, psychického ale i sociálního rázu, objevuje se i obtěžování či zneužívání sexuální. Zmíněné formy násilí agresoři velice často různě kombinují. Vypátrat a dokázat existenci těchto případů je mnohdy těžké. Pro seniory je velmi náročné se po psychické stránce vyrovnat s faktem, že jsou obětí blízké osoby. Ve valné většině jsou pachatelé násilí na seniorech právě jejich děti, případně dospělá vnoučata. Senior si je vědom své závislosti na péči osob blízkých a má strach ze ztráty této pomoci. Existují také časté případy, kdy senioři nesou pomyšlení na to, že selhali jako rodiče a vychovali tyrany, proto raději o svém problému mlčí.

Možná zavedení určitých preventivní opatření těchto negativních sociálních jevů zmiňuje Lorman (2006). Dle autora by měla trvale probíhat osvěta společnosti a neustálé upozorňování veřejnosti, zveřejňování případů páchaného násilí a zneužívání seniorů prostřednictvím médií. Mělo by dojít k rozvoji a větší přístupnosti telefonických služeb pro seniorskou populaci v krizových situacích, samozřejmě se zabezpečením anonymity uživatelů. Dále uvádí potřebu kvalitní kooperace služeb sociálních, policie a sociálních úřadů ve snaze pomoci obětem zneužívání a násilí. V neposlední řadě upozorňuje také na nutnost vždy vyslechnout starší jedince, stejně tak osoby o ně pečující.

O prevenci pojednává výzkumná zpráva z projektu „*Povaha a prevence diskriminace seniorů v ČR*“. Autorky projektu Vidovičová a Gregorová (2008) uvádějí, že prevenci diskriminace seniorů by mohla představovat praktická výpomoc seniorů. Senioři, kteří jsou schopni po fyzické i psychické stránce, by si měli všimnout, zda ještě někdo starší či někdo s mnohem většími potřebami náhodou nepotřebuje pomoc. Případná pomoc je myšlena ve formě donášky nákupu, vzájemné návštěvy seniorů, které by eventuálně mohly zmírnit pocity samoty. Bylo by vhodné, aby do takového typu pomoci byli zapojeni senioři oplývající stále energií, zájmem a chutí do života. Mezi tyto seniory se často řadí jedinci navštěvující univerzitu třetího věku. Právě univerzity třetího věku by mohly zajistit jistou základnu pro setkávání a následné hledání případných problémů a cílené pomoci samotným seniorům. Starší jedinci by si tak mohli vypomáhat vzájemně. Další vhodnou formou prevence ageismu by mohlo být dobrovolnictví, kdy by se senioři sami angažovali v rámci snahy o zlepšení postavení seniorů ve společnosti. Senioři by vypomáhali jako pomocní strážníci u škol nebo by mohli hlídat v muzeích či parcích. Určitou formu angažovanosti seniorů autoři vidí také v založení dobrovolnických rad starších na obecních úřadech. Možné další preventivní opatření by mohlo vést k zajištění práva seniorů na srozumitelné a dostupné informace, čímž je myšleno provedení určitých opatření vedoucích ke zkvalitnění zdravotnického personálu, informačních služeb. Další možností je dosadit na úřady specifické poradce přímo pro seniory. Autoři považují za důležitý zejména důraz na přátelské chování ke starším jedincům, ve smyslu pomoci. Úředníci by se měli snažit seniorům co nejvíc usnadnit jejich návštěvu úřadu. Příkladem může být přímo pomoc s vyhledáním formuláře či informace v tištěné podobě, než pouhé odkazování na internetové zdroje. Nakonec to nejdůležitější, společnost by měla být vedena k úctě a pozitivnímu přístupu ke starším jedincům, jako odraz vděku za jejich službu a přispění společnosti (Vidovičová a Gregorová, 2008).

2.1.4.3 Životní styl seniorů v domácím prostředí

I v dnešní uspěchané době přetrvává snaha společnosti umožnit seniorům setrvat v jejich domácím prostředí, a to za podpory rodinných příslušníků. Snahou společnosti je zřejmě zachovat seniorovi jeho zdravotní stav a soběstačnost a dopomoci tak starému člověku prožívat hodnotný život i ve stáří. Převážná část lidí se nejlépe cítí ve svém domácím prostředí, tedy v rodině. Jedná se o místo, které si lidé budují v průběhu života, místo se kterým mají spjaté vzpomínky, které dobře znají a kde se nachází jejich rodinné zázemí. Přestože děti nežijí se svými rodiči ve společné domácnosti, i tak rodina tvoří přirozený základ pro poskytování péče o seniora. Pro valnou většinu rodin je samozřejmostí, že se o své stárnoucí rodiče starají. V některých případech se senior nastěhuje přímo do rodiny svého již dospělého dítěte. Tato situace má však jak pozitiva, tak negativa. Pro dospělého je mnohdy jednodušší se o svého stárnoucího rodiče postarat ve svém domácím prostředí, než zdlouhavě dojíždět do jeho bytu. V péči o seniora navíc dochází k rozdělení sil mezi všechny členy domácnosti. Senior je v rodinném kruhu a není sám. Naneštěstí se mohou objevit i negativa, která se následně odráží v napjatých situacích v domácnosti. Senior se mnohdy nemusí cítit dobře. Ve své podstatě se nachází v prostředí cizím a ne v prostředí, na které je notoricky zvyklý. Senior si může připadat jako článek, který je v rodině navíc, který je zátěží. To se projevuje zejména v situacích, kdy rodina vlastní menší byt, jehož dispozice neumožňuje zajištění dostatku soukromí pro všechny členy domácnosti. V těchto případech je nutné posoudit pro a proti a najít ideální řešení pro všechny strany (Mlýnková, 2011).

Mezi nejčastější překážky, které se vyskytují při poskytování péče členy rodiny seniorům, patří již uvedené nedostačující bydlení, kdy rodina žije v menším bytě, s čímž souvisí ztráta soukromí. Lidé v produktivní věku si z důvodu pracovní vyčerpání a ekonomických závazků zřídka mohou dovolit setrvat doma a věnovat svému rodiči celodenní a potřebnou péči. Nutno zmínit, že dospělý jedinec má povinnosti vůči vlastní rodině, tím je myšlena péče o děti a domácnost. Obvykle není v silách člověka ve středním věku, aby pečoval o domácnost, chodil do práce a paralelně se staral o stárnoucího rodiče (Mlýnková, 2011).

Existují samozřejmě i jiné formy péče o starší jedince, kteří chtějí setrvat ve svém domácím prostředí. Jeřábek a kol. (2013) zmiňuje také péči na profesionální úrovni, která je poskytována prostřednictvím zpoplatněných služeb a probíhá přímo v domácnosti seniora. Jde o zdravotní a zdravotně-sociální péči poskytovanou v domácím prostředí jedince,

také nazývanou home care. Z anglického překladu tedy domácí péče. Také pomoc pečovatelských služeb, kdy je péče poskytována jedincům se sníženou soběstačností, či lidem chronicky nemocným, zdravotně postiženým i rodinám dětem. Pečovatelská služba napomáhá ve zvládnutí úkonů sebezpeče, nabízí pomoc při osobní hygieně, poskytování stravy či pomoc při jejím zajištění, napomáhá zajistit chod domácnosti. Dále se může jednat o příležitostnou podobu pomoci a péče, kdy příkladem je péče respitní. Respitní péče spočívá v tom, že profesionální pracovníci na určitou dobu nahradí v péči o seniora člena rodiny. Dochází k tomu, že je o seniora postaráno přímo v domácím prostředí, nebo je senior na určitou dobu umístěn do pobytové odlehčovací služby. Pečující člen rodiny si mezitím odpočine a načerpá síly.

2.1.4.4 Životní styl seniorů v pobytovém zařízení

V určitém období života seniora může dojít k takovému zhoršení jeho soběstačnosti, jež znemožňuje, aby žil sám v domácnosti. Pomoc ze strany rodiny není z výše uvedených důvodů dostatečná či zcela chybí, v těchto případech přichází na řadu zařazení seniorů do pobytového zařízení. Jedná se o byty se zvláštním určením, ve kterých jsou poskytovány pečovatelské služby, lze tedy hovořit o domech s pečovatelskou službou (Dvořáčková, 2012).

Mezi vyhledávané institucionální zařízení pro seniory s vysokou mírou závislosti na pomoci jiné fyzické osoby patří domovy pro seniory, které starším jedincům poskytují zázemí, navracejí pocit bezpečí a jistoty. Pomáhají tak seniorům, kteří nejsou schopni řešit svou změněnou zdravotní i sociální situaci v domácím prostředí a sami. Zajišťují komplexní a nepřetržitou pomoc starším jedincům. Mlýnková (2011) o domovech pro seniory hovoří jako o celoročních pobytových službách. Senior v tomto zařízení může žít sám, případně zde může žít se svým partnerem. Spousta seniorů však nemá žádné příbuzné a blízké. Výhodou těchto zařízení je společnost dalších jedinců v seniorského věku, což osamělým seniorům umožňuje navázání nových kontaktů a přátelských vztahů. Navzájem sdílí své pocity, starosti a radosti, jsou neustále v kolektivu a necítí se osamocené. Jak již bylo zmíněno, domovy pro seniory zajišťují péči komplexní, jsou zde podporovány také kulturní akce a aktivity prováděné ve volném čase. Senioři se mohou účastnit řady ergoterapeutických aktivit, příkladem může být čtenářský klub, výtvarný kroužek a případně samotné vzdělávání seniorů.

Janiš a Skopalová (2016) ve své publikaci uvádějí, že vzdělávací nabídka aktivit v domovech pro seniory má zejména charakter přednášek nebo besed, které ovšem netvoří jednotný blok, lze hovořit o organizaci malé univerzity třetího věku, kdy se přednášky pro seniory konají v daných intervalech. Nutno zmínit, že určitým způsobem se tyto malé organizace třetího věku nachází na etické hraně možnosti jejich fungování z toho důvodu, že univerzity třetího věku by měly být provozovány jen na univerzitách. Samozřejmě se senioři mohou účastnit kterékoli jiné zájmové nabídky i mimo domov pro seniory, ve kterém pobývají, jestliže to dovoluje jejich zdravotní stav a finanční prostředky.

Domovy se zvláštním režimem, institucionální zařízení nabízející své služby osobám se sníženou soběstačností, zejména lidem s demencí či jedincům se závislostí na návykových látkách. Režimová opatření jsou přizpůsobena specifickým potřebám jedinců. Služba je zaměřena na poskytování ubytování, stravy a napomáhá ke zvládnutí běžných úkonů sebezpečí. Umožňuje a zprostředkovává kontakt se společností, nabízí sociálně terapeutické metody a činnosti aktivizační. Služba je poskytována za finanční poplatek (Čeledová a kol., 2017).

2.2 Kvalita života

Kvalita života jako pojem nebyla nikdy zmiňována jako pojem vědecký. Do povědomí lidí se začlenila v šedesátých letech 20. století jako jakýsi souhrn sociálně-politických cílů správy USA za prezidenta Johnsona. Pojem kvalita života na úrovni vědecké vniknul do odborné literatury až později (Mareš, 2014).

Jelikož se kvalitou života zabývá mnoho rozdílných oborů, odlišuje se tak i jejich následná definice pojmu. Mezi obory zabývající se kvalitou života bezesporu patří medicína, psychologie, sociologie, ekonomie, politické obory a další. Relativně velké množství definic kvality života, a také řada blízkých existujících pojmů, nepochybně vede k multidimenzionalitě a interdisciplinaritě této problematiky. Za první problematický bod chápání kvality života je považována oborová různorodost, protože je náročné nalézt zastřešující koncept tohoto pojmu. Problémem druhým je, že na základě všech vědních oborů popisujících kvalitu života, její samotné pojetí vyvolává představu souhrnného ukazatele. Dalším, tedy třetím problémem, je fakt, že je vhodné diferencovat dílčí aspekty kvality života. Zpravidla se hovoří o jednotlivých doménách či oblastech kvality života. Na základě odlišnosti oborů, teoretických přístupů a diagnostických metod nevládne soulad v tom, co chápat za podstatnou oblast, kolik těchto oblastí vůbec je, ani jak je pojmenovávat.

Příkladem může být analýza Cumminse (in Mareš, 2014), který ve 32 odborných člancích našel 351 jednotlivých oblastí kvality života. Autor se je snažil uspořádat do konkrétních skupin a došel k sedmi základním kategoriím, jimiž jsou: materiální zabezpečení, zdraví, produktivní výkonnost, mezilidské vztahy, pocit bezpečí, komunita a emoční pohoda (Cummins in Mareš, 2014; Heřmanová, 2012; Mareš, 2014; Vaňurová a Mühlpachr, 2005).

Jednu ze stěžejních definic kvality života vymezila pracovní skupina WHO. Dle WHO je kvalita života chápána jako vlastní vnímání pozice v životě s ohledem na kulturní systém hodnot, ve kterém jedinec žije, a v souladu k jeho cílům, zájmům, životnímu stylu a očekáváním. Ve své podstatě jde o subjektivní vyjádření jedince, které probíhá v určité souvislosti s kulturou a se sociálním a environmentálním kontextem (WHOQOL Group, 1993).

2.2.1 Dimenze kvality života

Koncept kvality života lze chápat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. Odborníci ze všech oborů jsou v současné době zřetelně nakloněni subjektivnímu hodnocení kvality života, které považují za hlavní a pro život člověka určující. K této změně došlo i v medicíně, kde objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho dobu považovány jako nejhodnotnější a nejúčinnější pro volbu následné léčby a pomoci.

Objektivní kvalita života se týká zabezpečení materiálního, sociálně životních podmínek, sociálního statusu a fyzického zdraví. V souhrnu se tedy jedná o ekonomické, sociální, zdravotnické a environmentální podmínky ovlivňující život člověka. Dle Vymětala (2003) je možné kvalitu života vnímat jako míru, v rámci které jedinec využívá možnosti svého života.

Subjektivní kvalita života sleduje, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti s ohledem na jeho hodnotový systém a kulturu. Vymětal (2003) dodává, že konečná spokojenost závisí na osobních cílech jedince, na jeho zájmech a očekáváním.

Subjektivní a objektivní hodnocení kvality života přinášejí odlišná data, což vyplývá z různých výzkumů, které uvádí Libigerová a Müllerová (2001). Obě hodnocení, subjektivní i objektivní, jsou však nenahraditelnou součástí hodnocení celkového.

Mluvíme-li o kvalitě života člověka jako jednotlivce, zaobíráme se z celkové problematiky kvality života pouze její dílčí oblastí. Celou tuto problematiku lze vymezit hierarchicky ve třech odlišných rovinách, a to v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině (Křivohlavý, 2002).

V makro-rovině jsou otázky kvality života koncipovány do velkých společenských celků, například kontinentu či konkrétní země. Lze hovořit o hlubší úvaze ohledně problematiky kvality života. Život je vnímán jako absolutní morální hodnota. Kvalita života vymezená svou problematikou se stává částí celku politických úvah. Patří mezi ně problematika chudoby, hladomoru, terorismu či investice do zdravotnické infrastruktury (Křivohlavý, 2002).

V mezo-rovině se jedná o otázkách kvality života v malých sociálních skupinách, například ve školách, nemocnicích, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, či domech s pečovatelskou službou. Tato sféra nepojednává pouze o respektu k morálním hodnotám v životě člověka, ale také naráží na otázky související se sociálním klimatem, vzájemnými vztahy mezi lidmi. Dále pojednává o otázkách uspokojování a neuspokojování základních potřeb individuálních členů určité společenské skupiny, o existenci sociální opory či otázky existence sdílených hodnot (Křivohlavý, 2002).

Personální rovina je formulována jednoznačněji. Týká se každého člověka a jedná se o individuální subjektivní spokojenost jedince se životem, konkrétněji subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti. Kvalita života je tedy hodnocena v této dimenzi samotným jedincem (Křivohlavý, 2002).

2.2.2 Měření a hodnocení kvality života

Kvalita života a její samotná analýza je velice obtížná. Vyžaduje větší okruh témat a položek, jelikož kvalita života je oblastí široce obsáhlou. Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádějí rozměrnou oblast činitelů kvality života vycházející z konceptu kvality života, kterou člení na:

Vnitřní činitele - sem řadí somatické a psychické faktory, které mohou být ovlivněny nemocí, poruchou či defektem. Jedná se o aspekty, které ovlivňují osobnost jedince. Vnější činitele - sem řadí ekologické, společensko-kulturní, pracovní, ekonomické i materiální technické faktory.

Způsobů měření kvality života populace je hned několik. Závisí jednak na účelu hodnocení, ale také na věkové stupnici (Křivohlavý, 2002). Relativně proslulé jsou dotazníky od Světové zdravotnické organizace World Health Organization Quality of Life Assessment - WHOQOL. Dotazníky byly vytvořeny v 90. letech skupinou zástupců WHOQOL, kterou tvořili jedinci z 15 výzkumných center z celého světa. Jsou považovány za standartní nástroj využívaný k měření kvality života. V základní rovině se jedná o dvě

verze dotazníku. Sebehodnotící dotazník WHOQOL-100, který zahrnuje 100 položek a 6 domén vztahujících se ke kvalitě života. Mezi domény patří fyzické zdraví, prožívání, fyzická nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní potřeby. Dotazník WHOQOL-100 má svou zkrácenou verzi, a to dotazník WHOQOL-BREF. Zkrácená verze dotazníku zahrnuje 26 položek dělených do 4 domén, a to následujících – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (Hudáková a Majerníková, 2013).

Dotazník WHOQOL-BREF, který bude použit na výzkumné účely této diplomové práce má své specifické vyhodnocování, které je uvedené v publikaci autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006). Doména fyzického zdraví obsahuje otázek sedm, doména prožívání zahrnuje otázek šest, doména sociálních vztahů zahrnuje otázky tři a doména prostředí obsahuje otázek osm. Jednotlivé položky jsou v dotazníku různě zpřeházeny. Dotazník obsahuje ještě dvě samostatně stojící otázky, týkající se celkové kvality života a spokojenosti s vlastním zdravím. Dotazníky lze použít po registraci u české pobočky centra WHOQOL. V příloze 3 je objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL, na základě kterého byl zaslán v elektronické podobě dotazník WHOQOL-BREF. Elektronická verze zasláního dotazníku se nachází v příloze 4.

Do popředí při měření kvality života u seniorů vstupují koncepty, jako jsou soběstačnost, nezávislost, schopnost rozhodování, absence bolesti či strádání, zachování smyslových schopností, zachování sociálního podpůrného systému, udržení finanční úrovně, stálý dojem užitečnosti pro druhé, pocíťování šťastného života a jiné (Gurková, 2011). V současné době se u seniorů využívá dotazník WHOQOL-OLD jako samostatný dotazník, nebo v kombinaci s dotazníky již zmíněnými. Dotazník WHOQOL-OLD vznikl v rámci mezinárodního projektu výzkumného šetření v centrech WHO. Tento dotazník je vymezen 6 doménami – tělesnou, psychickou, doménou nezávislosti, prostředí, sociálních vztahů, hodnot duchovních a osobních. K vytvoření české verze dotazníku velmi přispěl výzkumný tým Psychiatrického centra se sídlem v Praze (Dragomirecká a Prajsová, 2009).

Metody měření můžeme rozdělit na tři skupiny: objektivní metody, subjektivní metody a smíšené metody (Křivohlavý, 2002).

Objektivní metody

Objektivní metody jsou postupy měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí osoba druhá. Tato metoda je nejčastěji využívána ve zdravotnictví, kdy hodnotící osobou je např. lékař, který postupuje dle daných kritérií. Mezi známé a používané metody patří

APACHE II, Karnofskyho index, Index kvality života, Spitzer Quality of Life Index nebo Visual Analogue Scale – VAS (Křivohlavý, 2002).

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation systém) je systém, který dokáže hodnotit akutní a chronicky změněný zdravotní stav. Vážnost onemocnění pacienta je možné posuzovat dle toho, jak se jeho zdravotní stav kvantitativně odchyľuje od normy či nikoliv. Výsledek je následně vyjádřen pomocí čísel a v hodnocení se zařazují i údaje o věku a chronickém onemocnění (Křivohlavý, 2002).

Karnofskyho index byl původně vytvořen jako nástroj měření a hodnocení pacientů s rakovinou v paliativní péči. Tvůrci Karnofsky a Berchenal zaměřili tento nástroj na tělesnou dimenzi kvality života. Hodnotu Karnofskyho indexu stanovuje lékař a vyjadřuje tak svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k stanovenému datu. K hodnocení lékař používá procentuální škálu v rozmezí od 0 do 100, kdy index 100 značí u pacienta normální stav a index 0 naopak vyjadřuje, že je jedinec mrtev (Křivohlavý, 2002).

Index kvality života - metoda funguje na principu slovního hodnocení. V rámci této metody jsou předem stanovena kritéria, kupříkladu sebeobslužnost pacienta, sociální opora, zdolávání těžkostí spojených s nemocí, emocionální stav jedince a další. Za výhodu je u metody považován fakt, že na výběru hodnotících kritérií kvality života se podílí jak samotný hodnotitel, tak i zdravotnický personál a psycholog (Křivohlavý, 2002).

Spitzer Quality of Life Index je metoda, která zjišťuje kvalitu života u jedinců nejdříve před a poté po ukončení léčby (Křivohlavý, 2002).

Visual Analogue Scalu – VAS hodnotí celkový stav pacienta. Jedná se o vizuální analogovou škálu, jak už vyplývá z překladu do českého jazyka, využívající dlouhou úsečku, mající dvě označení. Těmito označeními jsou dva extrémy, a to celkový pacientův stav je velice dobrý a celkový pacientův stav je mimořádně špatný (Křivohlavý, 2002).

Jelikož způsob objektivního hodnocení přes veškeré dobré snahy často ukazoval značné odchylky od toho, jak kvalitu života vnímal sám pacient, došlo k hledání i dalších cest hodnocení životní kvality. Přičemž byla objevena cesta subjektivního hodnocení (Křivohlavý, 2002).

Subjektivní metody

Subjektivní metody se zakládají na měření kvality života, kde hodnotitelem je samotná osoba. Jedinec se tak stává hodnotitelem svého osobního života dle vlastních pocitů z prožívání života. Rozšířeným a používaným postupem je koncepce metody SEIQoL, tedy Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, v českém překladu

System individuálního hodnocení kvality života. Zjišťování kvality života vychází z představ dotazované osoby, dle toho co jedinec považuje za důležité a jak je podle něj kvalita života vůbec definována a hodnocena. Pojetí člověka o kvalitě života je zcela respektováno při samotném měření. Princip metody spočívá ve vedení strukturovaného rozhovoru, kdy tazatel zjišťuje důležité aspekty života daného člověka. Každý dotazovaný respondent vymezí pět životních cílů, které považuje v určité situaci za klíčové a následně daným oblastem přikládá míru vlastní spokojenosti. Mezi nejčastěji zmiňované oblasti patří rodina, zdravotní stav, práce, náboženství, finanční zajištění, vzdělání (Křivohlavý, 2002).

Další využívanou metodou je MOS Core Measures, tedy nástroj pro měření kvality života založený na souhrnném konceptuálním modelu. Obsahuje 2 dimenze – fyzické a psychické zdraví. Obsahuje 149 hodnotících položek ohledně pohody (well-being) a fungování (Křivohlavý, 2002).

WHOQOL-100 sebehodnotící dotazník, který obsahuje 100 otázek rozdělených do 6 domén a jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF (Hudáková a Majerníková, 2013).

Smíšené metody

Kombinovaná metoda se zakládá na spojení dvou výše zmíněných metod. Příkladem používané metody je MANSa a LSS. MANSa – Manchester Short Assessment of Quality of Life neboli krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Metoda se specializuje na zjišťování spokojenosti jedinců v oblastech zdravotního stavu, vlastního pojetí osobnosti, sociálních vztahů, rodinných vztahů, životního prostředí, v situacích bezpečí, finanční situaci, v oblasti trávení volného času a v zaměstnání. V souladu s touto metodou je vypracována metodika LSS – Life Satisfaction Scale, tedy Škála životního uspokojení. Tímto způsobem je kvalita života měřitelná tak, že je hodnocena celková spokojenost se životem, ale také spokojenost s několika dopředu přesně stanovenými dimenzemi života (Křivohlavý, 2002).

2.2.3 Kvalita života seniorů

Kvalita života v gerontologii a v geriatrii se řadí mezi význačné a často diskutované ukazatele. Jedním ze základních a klíčových cílů v rámci péče o seniory je získávání maximální možné míry kvality života. Z určitého hlediska je i kritériem specifické kvality ošetrovatelské péče. Kvalita života je vymezena některými zátěžovými situacemi a determinanty souvisejícími s vyšším věkem. Zmíněné determinanty se týkají změn

zdravotního stavu po smíření s nově vzniklým omezením v jejich životě, ztotožnění s novými rolemi, možnostmi a dostupnou sociální oporou (Gurková, 2011).

Šimová (in Hudáková a Majerníková, 2013) zmiňuje, že kvalita života seniorů je závislá na fyzickém stavu, míře závislosti, psychickém fungování se zřetelem v poznávání či adaptaci, na přinášené a přijímané psychické podpoře, na emocionálním prožívání, na duchovním založení jedince, a také na kladném přijetí vlastního stárnutí.

Problematikou kvality života u seniorů se zabývá také Mühlpachr (2017), který prováděl kvalitativní výzkum za využití standardizovaných rozhovorů. Jednalo se o individuální rozhovory prováděné v domácím prostředí, které absolvovaly 4 ženy a 4 muži ve věku 60-89 let. Výzkum byl opíráno o předpoklad, že kvalita života seniorů je ovlivněna mnoha determinanty, zejména individuálními, komunitními a společenskými. Při posuzování kvality života a jeho samotném vnímání ze strany respondentů se jako významné a výslovné ukázaly determinanty zdraví a materiální standard. Zdraví ve spojitosti s materiálním standardem respondenti identifikovali jako možnost samostatného fungování s možnostmi realizace vlastních plánů. Z pohledu seniorů je důležitou součástí kvality jejich života uspokojování životních potřeb a určité materiální zajištění. Kvalita života pro respondenty seniory dále představuje trávení volného času dle vlastních možností, věnování se zájmům a současně možnosti seberealizace. Spojitost v prožívání kvalitního života respondenti viděli také v kontaktu s rodinou a přáteli. Z materiální oblasti však významně převládalo vnímání zhoršené materiální situace při přechodu z pracovně aktivního života do starobního důchodu. Dále senioři uváděli, že na úrovni interpersonální je především podstatná sociální síť kontaktů, čímž měli na mysli sociální kontakty, potřebu asistentů, zvláště pak integraci skrze sociální aktivity, spolupráci a pomoc dobrovolníků. Za problematický je považován přístup společnosti ke starším jedincům, který je mnohdy projevován nedostatkem respektu, infantilizací, neschopností naslouchat jejich úsudku či ageismem. Na úrovni sociální jsou za determinanty považovány komunita, místní prostředí, ve kterém jedinec žije, a také prostředí poskytující seniorům služby. Základním prvkem ovlivňujícím kvalitu života je hodnota a kvalita obydlí, dostupnost a blízkost dopravy, hromadné i soukromé. Je důležité zmínit, že s vyšším věkem nastávají často problémy v komunikaci, a to zvláště s rodinou a přáteli. V neposlední řadě vyvstává otázka špatné informovanosti seniorů o možných rizicích jejich zneužití, zejména domácího násilí. Senioři mnohdy zneužití jejich osoby neoznámí, jelikož bývají na násilníkovi v podstatě závislí. V této souvislosti je hodnocena taktéž zdravotní péče. Kritizován je pak přístup nemocnic ke starším pacientům a nedostatečné množství vyškoleného personálu. Požadavek

společnosti je hlavně zaměřen na vytvoření alternativy k institucionální péči o seniory, a to v souvislosti s pomocí a péčí v rámci komunity.

Také autoři Bowlingová a Gabriel (2007) prováděli výzkumné šetření u vzorku 999 seniorů britské národnosti ve věku 65 let a starších. Ve své studii použili smíšenou metodu, kdy nejdříve zařadili individualizovaný dotazník SEIQOL, který poté doplnili podrobným rozhovorem s 80 respondenty seniory. Rozhovor se nahrával a následně rozebíral. Z výzkumu vyplynula nejčastěji zmiňovaná témata. 81 % seniorů uvádělo jako nejdůležitější oblast sociálních vztahů a blízkých mezilidských vztahů, 60 % respondentů zmiňovalo jako významné sociální aktivity a sociální role, 48 % respondentů uvádělo volnočasové aktivity působící určitému jedinci radost v životě, dále 44 % uvádělo zdraví, 38 % považovalo za významné mít kladný postoj k životu, 37 % respondentů uvádělo potřebu domova a kladných vztahů se sousedy, 33 % zmiňovalo důležitost finančního zajištění a 27 % seniorů zmiňovalo potřebu být samostatní a nezávislí na osobách druhých.

Většinou se v pracích o seniorech můžeme setkávat s odlišnými oblastmi kvality života, a to z toho důvodu, že existují různorodé modely kvality života, ze kterých autoři vycházejí. Rozdílnost v oblastech kvality života je způsobena povahou indikátorů dle vědních oborů a také různými metodickými postupy. V podstatě je možné modely rozdělit do čtyř skupin, a to na psychologické, sociologické, zdravotnické a integrované modely. Zmíněné modely však představují pouze pohled od profesionálů na skutečnost, co dle jejich názoru tvoří samotnou kvalitu života. Velmi významný je ale i pohled ze strany druhé, tudíž pohled neodborný, tedy vnímání kvality života samotnými seniory (Mareš, 2014).

2.2.4 Kvalita života a pohyb

Zvýšená úroveň fyzické aktivity u aktivních a sociálně integrovaných osob starších věkových skupin je spojena s lepší funkcí paměti a přispívá tak ke kvalitnějšímu strávení stáří. Fyzická aktivita se jeví jako jedna z primárních strategií prevence fyziologických a kognitivních onemocnění. Fyzická aktivita ovlivňuje kognici přímo, jelikož dochází k lepšímu prokrvení mozku a zvýšení rychlosti kognitivní funkce. Autoři studie zkoumali právě vliv fyzické aktivity na funkci paměti a samotné ovlivnění kvality života jedinců. Do studie se dobrovolně přihlásilo 149 respondentů, 95 žen a 54 mužů, kteří byli ve věku 60 až 97 let. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin. První skupinu tvořili respondenti vykonávající střední fyzickou činnost více než 300 minut za týden, a druhou skupinu tvořili

senioři méně aktivní. Ve studii byly použity tři druhy nástrojů měření, a to Mini Mental State Examination – MMSE posuzující paměť, dotazník kvality života WHOQOL-OLD a na zjištění úrovně fyzické aktivity International Physical Activity Questionnaire – IPAQ. Mezi oběma skupinami seniorů byly zjištěny významné rozdíly. Fyzicky aktivní senioři se výrazně lišili od méně aktivních seniorů v MMSE (mini mental state exam, v českém překladu krátký test kognitivních funkcí) v položkách souvisejících s pamětí. Pokud se jedná o kvalitu života, skupina fyzicky aktivních seniorů dosáhla vyššího skóre v dotazníku WHOQOL-OLD a bylo zjištěno, že uspokojivá kvalita života je spojena se zdravým životním stylem. Pokud se jedná o subjektivní vnímání kvality života jedince, byla pozitivnější interpretace různých aspektů kvality života zaznamenána u seniorů aktivnějších. Ze studie tedy vyplývá, že k dosažení uspokojivé kvality života ve stáří je nutné zachovat dobře fungující paměť, čímž nám přispívá vhodně zvolená a pravidelná fyzická činnost (Albuquerque a kol., 2016).

Mnohé další výzkumy a studie ukazují, že pravidelná pohybová aktivita má pozitivní účinky na zdraví. Dochází ke snižování úmrtnosti u jedinců s onemocněním diabetes mellitus, u nemocných trpících kardiovaskulárním onemocněním či rakovinou. Fyzická aktivita přispívá k prodlužování délky života a napomáhá udržovat aktivní činnost srdce, mozku a dalších orgánů. Nejenom, že pravidelná pohybová aktivita může prodloužit život jedince, ale může ho také významně zkvalitnit (Lee, 2012; Warburton, 2006).

2.3 Pohyb a pohybová aktivita

Pohybová aktivita je pokládána za přirozenou součást života lidí. Díky pohybu oplývá každý jedinec schopností vnímat své okolí a schopností vnímat změny, které v okolí probíhají. Každý člověk má také možnost tyto změny hodnotit a přemísťovat se v prostoru. Přes své tělo lidé vnímají jednak sami sebe, jednak prostředí, ve kterém se nacházejí. Právě schopnost vnímat a hodnotit stěžejním způsobem působí na prožívání a chování lidí (Hátlová a kol., 2014).

Každý člověk si s přibývajícím věkem začíná uvědomovat určité změny organismu. Na samotném počátku stáří je třeba, aby tito lidé vynaložili velké úsilí ve snaze přizpůsobit se a přijmout změny, které jim život přináší. Podstata dobrého zdraví koreluje mezi dvěma prvky, a to tělesnou a duševní aktivitou. Provozování pravidelného pohybu nejenom prodlužuje život jedince, ale také zásadně zvyšuje jeho kvalitu života (Hátlová a kol., 2014).

Na zachování tělesného i psychického zdraví bezesporu působí pohybová aktivita. Umožňuje zapojení jedince do společnosti a udržuje tak určitou míru sociability jedince, což je ve vyspělé společnosti chápáno jako součást integrace do péče o duševní zdraví. Kromě získávání nových kontaktů a samotné sociability jedince dochází ke zvyšování pocitu sebedůvěry. Senioři získávají nové zkušenosti, radují se z vitální aktivity a z toho, že zapříčinili zlepšení vlastního zdraví a kondice (Hátlová a kol., 2014). Zahraniční studie poskytují průkazné záznamy o tom, že správně prováděná a pravidelná pohybová činnost je preventivní a účinnou strategií proti předčasnému stárnutí a předčasné úmrtnosti (Warburton a kol., 2010). Z výzkumu Gellerta, Ziegelmana a Schwarzera (2012), ale i dalších autorů vyplývá, že senioři mají často určitá očekávání společenských zážitků, které je motivují k fyzické činnosti více, než samotné zlepšení zdravotního stavu z fyzického hlediska (Gellert, Ziegelmann a Schwarzer, 2012; Warburton a kol., 2010).

Pohyb a pohybová aktivita ve spojení se seniorskou populací začíná být v posledních letech stále aktuálnějším tématem. Celá řada zahraničních i českých studií potvrzuje právě pozitivní vliv pohybové aktivity na zdraví stárnoucího člověka. Za vhodné většina studií uvádí propojení aerobního cvičení (zhruba 50 % aktivit) se silovým cvičením (zhruba 30 % aktivit) a obratnostního cvičení (zhruba 20 % aktivit) jak uvádí autorky Dýrová a Lepková (2008).

2.3.1 Pohyb jako determinanta kvality života seniorů

Pohyb jako determinanta kvality života seniorů netvoří životní styl seniorů, avšak ve značné míře se účastní na utváření životního stylu a směřování života jedince. Pohybová aktivita je na území České republiky často spojována s již zakořeněnou tradicí vhodně prováděného cvičení, a to s organizací Sokol (Hátlová a kol., 2014).

Za stěžejní determinanty pohybu jsou považovány morfologické a zdravotní předpoklady. Tím je myšleno množství svalové hmoty ovlivňující sílu, která je potřebná k možné pohybové aktivitě. Z tohoto hlediska je proto nutné při posouzení míry sarkopenie (viz s. 79) hodnotit na jedné straně množství svalové hmoty a na druhé straně výkonnost motorickou či funkční. Tímto posouzením v praxi docházíme k individuálnímu a nejvhodnějšímu výběru pohybové intervence stanovené seniorovi přímo na míru. Možný návrh pohybové aktivity u starších jedinců musí korelovat s momentálním zdravotním stavem, stupněm pohybových dovedností a kondicí svalů potřebných pro danou pohybovou činnost (Bunc, Hráský a Skalská, 2014).

Jednou z významných determinant pohybové aktivity ovlivňující život seniorů je rovněž určité přesvědčení starších jedinců o svých vlastních schopnostech a dovednostech na cestě k úspěšnému zvládnutí aktivity. Vyjma přesvědčení o možném úspěchu při realizaci pohybových aktivit se zde objevují také sociální a kognitivní faktory, kupříkladu jak jedinec vnímá získanou sociální podporu, jaké předpokládá výsledky pojící se k dané aktivitě nebo jak je schopen disponovat se sebeusměrňujícími dovednostmi (Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015).

2.3.2 Pohybová aktivita seniorů

Fialová a Vlastníková (in Mokrý a Wittmannová, 2016) zmiňují, že před samotným rozhodnutím seniora jakou pohybovou aktivitu by rád provozoval, by měl navštívit lékaře specialistu a absolvovat lékařskou prohlídku. Na základě zátěžového vyšetření lékař vyhodnotí určité pohybové limity seniora. Zátěžové vyšetření s přesností určuje úroveň zdatnosti, možnou toleranci zátěže a rovněž napomáhá stanovení bezpečné zátěže.

Aby byla celková pohybová aktivita a její vliv na zdraví jedince v co největší míře efektivní, je dobré k vytrvalostnímu a silovému pohybu zařadit pohybové aktivity orientované na stabilitu. Mezi tyto aktivity patří jóga nebo cvičení na míči. Zařazením těchto aktivit do cvičebního plánu seniora lze předcházet možnému riziku pádu a uplatňovat ve své podstatě preventivní chování v tomto ohledu (Mokrý a Wittmannová, 2016).

Nutno zmínit důležitý faktor související se cvičením, a to dodržování pitného režimu v průběhu pohybové aktivity. Na začátek i na konec každého cvičení je vhodné zařadit protahovací cviky. Důležité je respektovat individualitu stárnoucího organismu a v žádném případě tělo nepřetěžovat, cviky by měl senior provádět dle vlastního rytmu. Intenzitu cvičení zvyšovat velmi pozvolna, stejně tak počty cviků. Je doporučeno dělat mezi jednotlivými sériemi pauzy. Pauzy je doporučeno vkládat za účelem odpočinku těla a v důsledky mírné regenerace těla k dalšímu pohybu. Každý senior by měl být veden tak, aby se sám zaměřoval na své dýchání. Cvičící by měl dýchat zhluboka a jeho pohyb by měl být v souladu s tempem dýchání. Aby byla zajištěna řádná bezpečnost při jakémkoliv aktivním pohybu seniora, je žádoucí sledovat možné projevy a celkový stav cvičenců při provozování aktivity. Při projevu dušnosti, únavy, případně nevolnosti je nutné danou aktivitu ukončit (Klescht, 2010).

Mezi možné aktivity napomáhající udržovat, případně zvyšovat tělesnou zdatnost starších osob, jsou řazeny aerobní aktivity zaměřené na vytrvalost a sílu. Bočková,

Hastrmanová a Havrdová (2011) mezi vhodné aktivity pro seniory řadí jízdu na kole, tanec, plavání, turistiku, jógu, tai-chi, běžkování a rehabilitační nebo zdravotní cvičení.

Chůze

Chůze je všeobecně považována za přirozený a poměrně běžný pohyb každého člověka. Nejenom, že pomocí chůze se mohou lidé přemisťovat z jednoho místa na jiné, napomáhá také vhodným způsobem k rozprouzení krevního systému, tím i lepší funkci srdce. V rámci technického rozmachu byla chůze postupně vytlačena z běžného života lidí a nahrazena dopravními prostředky. V moderní společnosti je transparentní neustálý boj s časem a bez dopravních prostředků si většina jedinců už svůj život ani nedokáže představit. V této souvislosti si však společnost často ani neuvědomuje, že právě chůze patří mezi nejvhodnější a nejekonomičtější pohybovou aktivitu. Při chůzi člověk nepotřebuje žádné zvláštní pomůcky či speciální oblečení a může ji provozovat v podstatě kdekoli a kdykoli (Sovová, Zapletalová a Cypriánová, 2008).

Chůze je doporučována všem bez rozdílu věku, také pro zotavující se pacienty či pro obézní jedince. Dále dle autorek Sovové, Zapletalové a Cypriánové (2008) má chůze antidepresivní účinky a dokonce odbourává stres. Autorky dále uvádějí, že jedinci, kteří provozují pravidelné procházky, jsou odolnější vůči stresu, následně jsou více energičtí a jejich pracovní výkonnost stoupá.

Nordic walking

Jedná se o speciální chůzi, která probíhá za pomoci holí. Speciální hole jsou vyrobeny zejména pro tuto sportovní aktivitu, v českém překladu severskou chůzi. Právě využitím holí při chůzi dochází k zapojení větší části lidského těla, konkrétně horní poloviny těla. Zapojením horních končetin do chůze s pomocí holí zajišťuje částečné odlehčení a dochází ke snižování zátěži kloubů, zejména kolen. Právě speciálně hole slouží a napomáhají k opoře celého těla, což je vhodný element právě u seniorů. Nordic walking umožňuje lidem provozování aktivity s přáteli, případně se mohou lidé vzájemně seznamovat při toulkách přírodou, podporuje tak sociální komunikaci. Jako další výhody jsou zmiňovány pohyb na čerstvém vzduchu v přírodním prostředí a také to, že se jedná o poměrně finančně nenáročnou aktivitu. Důležitá je pouze vhodná sportovní obuv, hole a pohodlné sportovní oblečení (Škopek, 2010).

Stacionární kola

Cvičení za pomoci využití stacionárního kola představuje pohybovou aktivitu, která podporuje rozvoj kardiovaskulárního systému, napomáhá k zachování jisté pohybové obratnosti a zejména šetří klouby seniorů. Z hlediska stability stacionárního kola je důležité zmínit, že riziko pádu a s ním spojené zlomeniny končetin se snižuje na minimální možnou hranici. Stacionární kola zajišťují aerobní zátěž jedince, kdy tuto zátěž je dobré zařadit již v odpoledních hodinách. Celková doba jízdy na stacionárním kole by neměla přesáhnout 45 minut. Jízdu na stacionárním kole je možné zpříjemnit hudebním doprovodem (Dýrová a Lepková, 2008).

Tanec

Tanec je pohybová aktivita, která vyjma samotného pohybu s sebou přináší prožitek společenské události. Tanec bývá obohacen hudebním doprovodem s využitím různých hudebních žánrů od klasické hudby, přes hudbu moderní, až po pouhé bubny. Záleží na samotném jedinci, jaký hudební styl je mu nejbližší. Taneční pohyby mohou být opakovány po cvičiteli nebo může být taneční pohyb zcela individuální, tedy takový, jak ho zrovna jedinec cítí. Při tanci je vnímán rytmus, který je součástí jak lidské bytosti, tak přírody. Při vnímání rytmu dochází k podvědomé inervaci určitých svalových skupin s následnou tendencí k provedení daného pohybu v souladu s rytmem. Tanec podporuje tvořivost, improvizaci, uvolňuje psychické napětí (Bočková, Hastrmanová a Havrdová, 2011; Vymětal in Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Plavání

Za velmi vhodnou pohybovou aktivitu pro seniory je považováno plavání. S jeho pomocí dochází k rovnoměrné zátěži celého těla. Při pohybu ve vodě nedochází k přílišnému zatěžování jedince, klouby jsou šetřeny, jelikož nedochází k silným nárazům, voda nadnáší. Pohyb ve vodním prostředí přispívá k posilování svalstva v oblasti ramen, paží, zad i nohou. Nutno zmínit, že přispívá také ke správné funkci srdce a posiluje funkci plic, celkově tak vede k zlepšení zdatnosti jedince (Bočková, Hastrmanová a Havrdová, 2011).

Turistika

Neboli zájmová činnost, prostřednictvím které jedinec může poznávat zajímavá a nová místa. Za hlavní výhodu turistiky je považován pobyt na čerstvém vzduchu v přírodě.

Bočková, Hastrmanová a Havrdová (2011) dále uvádějí, že provozováním této činnosti ve skupině dochází k posílení sociálních kontaktů seniora.

Jóga

Jóga je směr, metoda či soubor instrukcí usilujících o vnitřní harmonii těla a duše. S cvičením jógy může začít opravdu každý, jedná se o aktivitu, která je vhodná pro všechny věkové kategorie. Napomáhá šetrným způsobem posilovat a protahovat svalstvo. Zároveň provozováním jógy dochází k uvolnění od stresu a napětí. Ve stáří je zvláště důležitá správná technika dýchání, proto je právě jóga doporučována seniorům v souladu se správně prováděnými dechovými cvičeními a meditací. Meditace se doporučují provádět každodenně, pomáhají v orientaci na svou vlastní osobu a snižují pocity strachu z osamění (Bočková, Hastrmanová a Havrdová, 2011; Kubrychtová Bártová a Stuchlík, 2007).

Tai-chi

Je bojové umění, které je šetrné k pohybovému aparátu člověka. Tai-chi je velmi vhodná pohybová aktivita pro starší jedince, jelikož zlepšuje rovnováhu a posiluje kognitivní funkce, čímž ve své podstatě snižuje riziko pádu a zvyšuje celkovou pohodu. Tai-chi je efektivní aktivita umožňující zdokonalit statickou a dynamickou bilanci a snižuje možný strach z pádu běžně se vyskytující u seniorů. Potenciálně tak snižuje prevalenci pádů u starších lidí. Mezi další výhody tai-chi patří snížení stresu, úzkosti, deprese a zmírnění bolesti kloubů. Bylo prokázáno, že lidé cvičící tai-chi, jsou energičtější, zlepšuje se kvalita jejich spánku, dochází ke zvýšení svalové síly, zlepšení flexibility a rovnováhy těla (Sipe, 2017).

3 METODIKA PRÁCE

Jak již bylo uvedeno v kapitole 1, cílem diplomové práce je zjistit, jaká je kvalita života seniorů ve vybrané skupině v závislosti na jejich předchozích pohybových aktivitách. Tedy prošetřit, jaký vliv má pohybová aktivita na zdravotní stav seniorů a do jaké míry může ovlivnit kvalitu života jedince. Danou problematiku jsme konkrétně zaměřili na respondenty se středoškolským a vyšším vzděláním.

3.1 Výzkumné otázky

1. Podílí se pohybová aktivita na zdravotním stavu seniorů a na kvalitě prožitého života seniorů?
2. Ovlivňovalo dříve vykonávané zaměstnání možnost aktivního provádění pohybové aktivity?
3. Má zdravotní stav osob seniorského věku vliv na jejich aktuální pohybovou aktivitu?
4. Jakou pohybovou aktivitu respondenti preferovali v mladším věku a jakou pohybovou aktivitu preferují ve stáří?
5. Jaké benefity přináší seniorům pohybová aktivita?
6. Podílí se pohybová aktivita na subjektivním pocitu spokojenosti s vlastním tělem?

3.2 Metodika výzkumu

3.2.1 Použité výzkumné metody

Pro výzkumné účely byl zvolen **kvalitativní výzkum**, což je forma výzkumného šetření, která je podle Miovského (2006) zaměřena zejména na princip jedinečnosti a neopakovatelnosti, a to v souladu s dynamičností a kontextuálností výzkumného procesu. Kvalitativní přístup využívá pro popis, rozbor a interpretaci kvalitativních metod. Pro potřeby výzkumného šetření s ohledem na kvalitativní přístup byl zvolen jeden z typů výzkumu, tedy **případová studie**. Případová studie je považována za jeden ze stěžejních a rozšířených typů kvalitativního výzkumu. Sedláček (2014) zmiňuje, že v případové studii výzkumník používá všechny dostupné metody sběru dat. Vyjma kvalitativní metody jsou často využívány metody běžně aplikované v kvantitativních výzkumech. V každém situaci totiž výzkumné šetření závisí na stanovené výzkumné otázce a charakteristikách daného případu. Zjištěné výsledky sběru dat získané veškerými metodami je důležité následně interpretovat jako celek. Stejně tak Walterová a Starý (2006) konstatují, že případové studie vesměs využívají smíšený typ výzkumného šetření, v důsledku integrity.

Základním článkem případové studie je případ. Případem neboli předmětem zkoumání je nejčastěji specifická entita, například osoba, sociální skupina, organizace a instituce, komunita či program. Případová studie umožňuje detailní poznání jednoho či více případů, kdy se výzkumník snaží zachytit spletitost případů a popsat jednotlivé vztahy v celistvém pojetí. Výzkum případové studie je složen z jednotlivých kroků, které se vzájemně ovlivňují (Yin in Mareš, 2015; Hendl, 2016).

Hendl (2016) uvádí možné typy případových studií následovně:

Osobní případová studie podrobně zkoumá jednu osobu. Hendl (2016, s. 102-103) uvádí: „*pozornost se věnuje např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události (užívání drog, rozvod).*“ Zabývá se příčinami, determinanty, faktory, případně zkušenostmi, jež jsou s danou událostí v souvislosti.

Studium komunity se zaměřuje na jednu či více komunit ve městě. Provádí rozbor a popis klíčových aspektů života komunity a jejich srovnání.

Studium sociálních skupin zkoumá malé skupiny (rodina) a velké difúzní skupiny (např. zaměstnanecká skupina). Studie se zabývají popisem a analýzou vztahů a činností ve skupině.

Studium organizací a institucí blíže zkoumá firmy, školy a organizace, naplnění programů. Cíleně se zaměřuje na procesy změn a adaptace, na evaluaci, či hledá nejvýhodnější vzorce chování.

Studium programů, událostí, rolí i vztahů zkoumá nějakou událost. Příkladem může být analýza konfliktu rolí či interakce žáka a učitele.

Ke sběru dat bylo zvoleno polostrukturované interview, neboli polostrukturovaný rozhovor, který je dle Miovského (2006) zřejmě nejběžněji používaný. Klady polostrukturovaného rozhovoru autor spatřuje v možném řešení nevýhod, které mnohdy mohou vznikat jak u rozhovoru nestrukturovaného, tak plně strukturovaného. Výzkumník si vytvoří sadu otázek, které jsou pro tazatele závazné. Tazatel má možnost dle situace otázky zaměňovat a upravovat.

V rámci šetření byly stanoveny otázky, které byly následně rozděleny do okruhů. Dle potřeby a situace byly do okruhů v souladu s kontextem rozhovoru včleněny otázky navazující. Pro korektní zpracování a zachování informací byl rozhovor s předchozím svolením respondentů prostřednictvím aplikace diktafon mobilního zařízení Iphone 6s nahráván.

Trvání rozhovoru bylo v rozmezí 20-40 minut. Po navázání kontaktu byli respondenti informováni o cíli a způsobu realizace šetření.

Respondenti byli ujištěni o neposkytnutí citlivých osobních údajů o jejich osobě, osobě třetí. Všichni respondenti podepsali souhlas se zapojením do šetření.

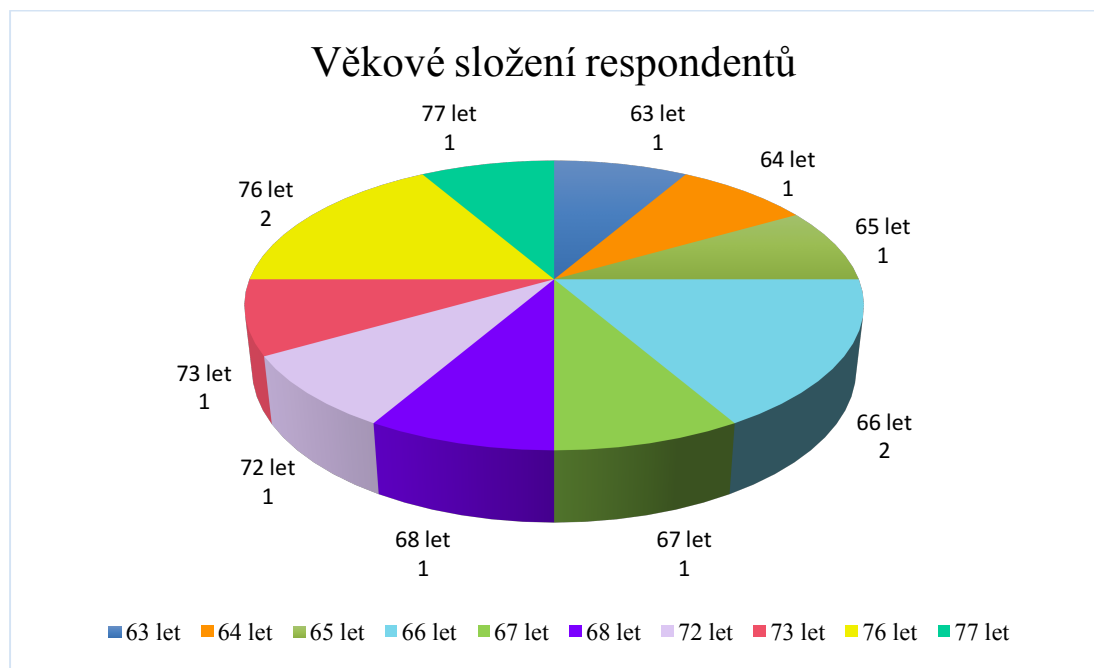
3.2.2 Metody použité ke zpracování výzkumných dat

Výzkumná data byla zpracována v jednotlivých případových studiích. Měřitelné hodnoty byly popsány a seřazeny do grafů a tabulek. Veškeré informace byly vypracovány s využitím programů Microsoft Word a Excel 2016. Pro zpracování bibliografických údajů byla využita norma ISO 690.

3.3 Popis výzkumného souboru

Pro výzkumné šetření byla jako výzkumný vzorek zvolena vybraná skupina senierek navštěvujících Onko klub Slunečnice v Olomouci, dále vytipovaní bývalí zaměstnanci Vojenské nemocnice Olomouc a náhodně vybraní obyvatelé města Olomouce.

V kvalitativním výzkumu je nejběžnější metodou výběru metoda záměrného výběru, dle Miovského (2009). Tato metoda byla ve výzkumném šetření využita. Kritérium účasti byla věková hranice od 63 let. Výzkumného šetření se účastnilo 12 respondentů. Z hlediska genderového složení bylo vybráno 6 mužů a 6 žen.



Graf 1. Věkové složení respondentů (n = 12)

Tabulka 1. Profil skupiny respondentů

Respondent	Věk	Rodinný stav	Počet dětí	Dosažené vzdělání	Zaměstnání dříve	Zaměstnání nyní
Muž M1	67	vdovec	2	vysokoškolské	lékař	starobní důchodce
Muž M2	64	ženatý	1	vysokoškolské	jednatel a majitel společnosti	starobní důchodce
Muž M3	68	vdovec	2	středoškolské	voják z povolání	starobní důchodce
Muž M4	77	ženatý	3	vysokoškolské	vysokoškolský profesor	starobní důchodce
Muž M5	66	ženatý	2	vysokoškolské	voják z povolání	starobní důchodce
Muž M6	63	ženatý	2	vysokoškolské	voják z povolání	starobní důchodce
Žena Ž1	76	vdaná	1	vysokoškolské	odborný asistent	starobní důchodce
Žena Ž2	66	vdaná	2	vysokoškolské	toxikoložka	starobní důchodce
Žena Ž3	65	vdaná	2	vysokoškolské	učitelka střední odborné školy	starobní důchodce
Žena Ž4	73	vdaná	2	středoškolské	farmaceutický laborant	starobní důchodce
Žena Ž5	76	vdaná	2	vysokoškolské	odborný asistent	starobní důchodce
Žena Ž6	72	vdaná	3	vysokoškolské	odborný asistent	starobní důchodce

3.4 Průběh výzkumného šetření

Všem výzkumným studiím předchází určitý ideový výzkumný plán, který je dle Miovského (2009) prvotním konceptem plánovaného výzkumu. Jedná se o určitý návrh zpracovaný na základě myšlenkových podchodů autora výzkumu, co si myslí, že je vhodné zkoumat a také proč. Ideový plán obsahuje následující položky:

- Vymezení výzkumného problému a výzkumné otázky z něj vyplývající,
- zdůvodnění významu a účelu řešit určitý výzkumný problém,
- vymezení teoretického rámce a jeho popis,
- metody získávání dat, popis zamýšleného výzkumného vzorku,
- metody použité pro zpracování a analýzu dat,
- přibližný časový rámec.

Z ideového plánu výzkumu následně vycházel plán technický. Miovský (2009) uvádí, že se ve své podstatě jedná o převedení předešlého záměru do praktické podoby výzkumu.

Po sestavení technického výzkumného plánu byl navázán kontakt s vytipovanou skupinou respondentů. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu jednoho měsíce, konkrétně v lednu roku 2018. K účasti ochotně přistoupilo dvanáct oslovených respondentů. Po vzájemné dohodě byla realizována schůzka. Schůzka se konala v prostorách šatny základní umělecké školy Iši Krejčího, buďto před nebo po cvičení respondentek. Dále v místnostech Klášterního hradiska v Olomouci, k tomu zapůjčených. Po uskutečnění polostrukturovaného rozhovoru byli respondenti požádáni o vyplnění dotazníku WHOQOL-BREF. Dotazník vyplňovali sami nebo jim byly jednotlivé otázky předčítány a tazatelem kroužkovány. O pomoc s přečtením otázek a zakroužkování odpovědí v dotazníku požádali dva respondenti, konkrétně M4 a Ž5. Účel a způsob aplikace dotazníku WHOQOL-BREF je popsán v subkapitole 2.2.2 Měření a hodnocení kvality života. Všechny položky bylo možné ohodnotit z hlediska pětibodové škály, respondenti tak mohli volit od jednoho do pěti bodů. Konečné výsledky jsou pro lepší přehlednost uvedeny v součtech jednotlivých položek dle domén. Následně byly výsledky hrubých skóre srovnány v kapitole 4 Výsledky a diskuze s populačními normami autorek Dragomirecké a Bartoňové, které je uvádějí ve své publikaci WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.

3.5 Případové studie

3.5.1 Případová studie M1

Muž ve věku 67 let, vdovec, bydlí sám ve třípokojovém bytě ve městě. S manželkou vychovali dvě dcery. Má 2 vnoučata, se kterými se aktivně stýká. Vysokoškolák, lékař (otorinolaryngolog) se čtyřmi atestacemi. Nyní je ve starobním důchodu, ale stále aktivně pracuje jako lékař. Po finanční stránce je nadmíru spokojen a na nic si nestěžuje.

Svůj zdravotní stav hodnotí uspokojivě, léčí se na vysoký krevní tlak, který je kompenzovaný, a slabé astma. Respondent měl v minulosti problémy s nosními dutinami, které jsou nyní vyléčené. Je naprosto soběstačný. Spánek hodnotí jako velmi dobrý a nemá žádné problémy s usínáním. Během dne má dostatek energie, ale občas se cítí unavený, a to po vyčerpávající práci, zvláště když má hodně pacientů. Dále se cítí unavený po sportovním výkonu.

Z hlediska životního stylu, konkrétně stravování, se snaží omezovat glycidy, jí čtyřikrát denně. Ráno preferuje vydatné snídaně, aby měl dostatek síly do startu dne. Snaží se preferovat zdravé stravování se zaměřením na kvalitní maso a zeleninu, ale ve své podstatě jí všechno. Ve volnu rád navštěvuje přítelkyni, za kterou dojíždí. Společně spolu chodí plavat.

Pohybové aktivitě se věnuje od mládí, hrával pravidelně volejbal, nikdy však ne na závodní úrovni, ale o to s větším úsilím. S manželkou a dětmi často chodili do hor a jezdili na horském kole. S manželkou běžně jezdili 100 km vzdálenosti. Respondent uvedl svůj rekord na kole, který činí 145 km při Tour de France. S rodinou se snažil provádět i jiné pohybové aktivity. Hojně jezdili lyžovat. Aktivně hrál fotbal, který mu zůstal dodnes. Jezdí stále na kole, horské kolo však vyměnil za elektrokolo, kdy zmiňuje určité ohledy vůči nynější partnerce. Ví, že je pro něj pohybová aktivita velmi prospěšná a pravidelný pohyb ho nadmíru naplňuje jak po psychické, tak fyzické stránce. Pohybové aktivitě se věnuje třikrát týdně, dvakrát týdně hraje fotbal a jednou týdně chodí plavat. Fotbalu i plavání věnuje nejméně hodinu čistého času. Při optimálním počasí jezdí s přítelkyní o víkendech na kole. S vlastním tělem je poměrně spokojen, zmiňuje však, že v mládí na tom byl podstatně lépe. Nemá však pocit, že by zaostával v jakékoliv oblasti, vzhledem k funkčnosti těla se necítí omezen.

3.5.2 Případová studie M2

Muž ve věku 64 let, ženatý. Společně s manželkou bydlí v domě se zahradou kousek od centra města. S manželkou vychovali syna, pravidelně se stýkají, vnoučata zatím nemá. Má vysokoškolské vzdělání se zaměřením na ekonomii, dříve pracoval jako jednatel společnosti, skončil jako ředitel společnosti a majitel s.r.o. Momentálně je ve starobním důchodu. Z hlediska finančního zabezpečení je nadstandardně spokojen a uvádí, že peníze nejsou problém, má se velice dobře.

Subjektivně hodnotí zdravotní stav za poměrně uspokojivý, pociťuje však bolest kloubů, zejména zmiňuje kloub ramenní a klouby ruky. Dále ho trápí bolest zad, léčí se s vyhřezlou ploténkou. Má mírné zažívací obtíže a také mírně zvýšenou glykémii. Je naprosto soběstačný. Spánek hodnotí kladně, spí kolem osmi hodin, s usínáním problém nemá. Energie na běžné činnosti má dostatek a necítí se unavený, pouze při intenzivní pohybové aktivitě.

Respondent jí pravidelně, pětkrát denně menší porce. V poslední době ve větší míře omezuje uzeniny a sladká jídla, preferuje spíše zeleninu a ovoce a nenadýmavou stravu. Rád s manželkou cestuje, zhruba čtyřikrát do roka navštěvují zámořské i horské oblasti. Adaptuje nově dolní patro domu, kam by se chtěli se ženou přesunout, což vyplňuje větší část jeho času. Nyní bydlí v horní patře domu. Respondent uvedl, že se tak rozhodli pro vlastní pohodlí, aby na stáří nemuseli každý den chodit do schodů. Dále uvedl, že má rád společenský život. Pravidelně se schází s přáteli. Stará se o zahradu a dům.

V mladším věku preferoval plavání, nějakou dobu vesloval, ale to jen do útlého věku, zhruba do 17 let. Až ve střední věku začal opět s pohybovou aktivitou, s lyžováním. Respondent M2 uvádí, že práce ho zaměstnávala natolik, že na provádění aktivní pohybové činnosti mnohdy nezbýval čas ani síla. Při práci byl neustále v pohybu, pomáhal i na stavbách svým zaměstnancům. Mezi koníčky spojené s pohybovou aktivitou také zařazuje práci na zahradě, kde každý týden seká trávník a provádí menší opravy okolo domu. Momentálně „propadl“ tai-chi, bojovému sportu, kde se schází s vrstevníky. Zmiňuje, že se jedná spíše o protahovací cviky, což mu vyhovuje a zmírňuje bolest zad. Kladně hodnotí i procvičení kloubů. Lyžování má rád doposud. V létě se zaměřuje na turistiku, preferuje nordic walking. Jelikož má rád přírodu, jezdí na tyto výlety s přáteli, nejčastěji do Alp. Kromě práce na zahradě respondent M2 začal s pravidelnou pohybovou aktivitou až před čtyřmi lety po prodeji firmy a odchodu do důchodu, čímž získal volný čas. K pohybu ho vedla i samotná potřeba pohybové aktivity a protažení těla. Stěžejní motivací

k pravidelnému pohybu byla již zmíněná bolest zad. Do tai-chi chodí dvakrát v týdnu, po dvou hodinách. Každé ráno si navíc doma sám cvičí cviky, které se v tai-chi naučil, tato aktivita trvá zhruba patnáct minut. S vlastním sebeobrazem je srozuměn, do budoucna by chtěl ještě pomocí silového cvičení zpevnit paže. Respondent M2 nepocituje žádnou formu limitů svého těla, cvičení tai-chi mu naopak dopomohlo k provádění pohybových figur, kterých dříve nebyl schopen.

3.5.3 Případová studie M3

Muž ve věku 68 let, vdovec. Žije sám ve dvoupokojovém bytě a má možnost přístupu na společnou zahradu. Manželka mu zemřela před dvěma lety. Vychovali spolu dceru a syna, má také čtyři vnoučata. S rodinou se stýkají. Jeho dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Pracoval jako voják z povolání, konkrétně se zaměřoval na logistiku. Jelikož si nedokázal představit, že by nebyl po odchodu do starobního důchodu pracovně aktivní, pracoval ještě rok na recepci hotelu v Olomouci. Poté musel s prací skončit a starat se o vážně nemocnou manželku. Finanční situaci hodnotí jako dobrou.

Co se týká zdravotního stavu, trápí ho bolest zad. V mládí dělal horského vůdce, dle jeho názoru se však tato činnost projevila na celkovém opotřebením těla a podepsala se na vnímané bolesti zad a opotřebením kloubů. Na druhou stranu svou kondici hodnotí na výbornou, což připisuje právě kondici, kterou nabyl v mladším věku a čerpá z ní dodnes. Ničeho nelituje, vysokohorskou turistiku měl a stále má velmi v oblibě. Spánek hodnotí jako bezproblémový. Je zcela soběstačný a nepotřebuje dopomoc okolí. Přes den má energie dostatek, určitou únavu pocituje až při větší fyzické námaze.

Respondent M3 se snaží preferovat zdravé stravování, stravuje se ve školní jídelně, kterou má v blízkosti bydliště. Vyloženě se však neorientuje pouze na zdravou stravu, rád si dopřeje, na co má zrovna chuť. Ve volném čase se stará o zahradu, nově si našel přítelkyni, se kterou rád tráví čas. Několikrát do roka navštěvuje dceru, která žije s rodinou ve Švýcarsku.

Již od útlého věku měl blízko k pohybu, jeho matka byla správcovou v sokolovně. Na střední škole hrál aktivně fotbal, ten mu vydržel i po vstupu do armády. Právě přes fotbal se dostal k vysokohorské turistice a našel v ní zalíbení. Příroda a především kameny ho dobíjí energií. Občas rekreačně jezdil na kole. Tříkrát za život byl účastníkem spartakiády. Z aktuálních pohybových činností vyzdvihuje jízdu na kole a netají se ani sexuálně aktivním životem. Při jízdě na kole ho nebolí záda. Jezdí většinou třikrát týdně okolo 20 kilometrů,

s cílem rekreační projížďky a kochání se přírodou. Jednou za čtrnáct dní s kamarádem absolvuje cyklistický výlet na delší tratě, přibližně ujedou okolo 80 kilometrů za den. Podle respondenta M3, by se měl člověk neustále udržovat v kondici. Nechce skončit jako starší nerudný člověk pouze sledující televizi, to je jeho největší motivací k pohybu. V sezóně se věnuje práci na zahradě, rád seče trávu a ryje záhonky. Vlastní sebeobraz hodnotí docela kladně. Do budoucna by ještě rád zařadil nějaké pohybové činnosti na zimní období. Za limit svého těla považuje bolest zad, která mu při delším stání občas vystřeluje až do kotníku. V plánu má však řádnou léčbu a následnou rehabilitaci.

3.5.4 Případová studie M4

Muž ve věku 77 let, ženatý, s manželkou bydlí v panelovém třípokojovém bytě v Olomouci. Společně s manželkou vlastní chalupu se zahradou na vesnici, kde tráví léto. S manželkou měl tři děti, dva syny a dceru. Starší syn zemřel na aneurysma aorty. S vnoučaty se pravidelně, téměř denně, společně se ženou stýká. Respondent M4 má vystudovanou vysokou školu se zaměřením matematika a chemie. Pracoval jako vysokoškolský učitel. Od pozice odborného asistenta se před 22 lety vypracoval na profesora. I po odchodu do starobního důchodu nadále pracoval ve školství. Teprve před dvěma lety ukončil svou aktivní pracovní činnost, dnes je emeritním profesorem. Na fakultu však ve svém volném čase stále dochází a vypomáhá. S finančním zajištěním je velmi spokojen, se ženou nejsou nároční, naopak se snaží finančně zabezpečit své děti a vnoučata.

Léčí se s vysokým krevním tlakem, dále ho trápí výrůstky na páteři, které ho omezují v pohybu. Problém má zejména v nervosvalové koordinaci, v důsledku narušení nervu korigujícího bércevní sval. V tomto ohledu musí neustále myslet na svůj problém, který je nucen kompenzovat různými ústupy či kroky dopředu a do boku. Používá hůl jako kompenzační pomůcku. Spánek hodnotí poměrně dobře, mírně ho trápí zbytnění prostaty a s tím spojené nucení na noční močení. V průměru spí asi 8 hodin, s usínáním problémy nemá. Vzhledem k věku má energie dostatek.

S manželkou se stravují doma, snaží se jíst pravidelně a dodržovat pitný režim. Každý den jí teplé obědy i večeře. Jí pravidelně, čtyřikrát denně. Ve volném čase preferuje četbu, rád si hledá nové informace na internetu, které dále využívá k tvorbě seminářů pro fakultu, kde působí. Mezi záliby patří nesporně vnoučata, která s ním a s manželkou tráví léto na chalupě. Ve zbytku roku respondent M4 také pomáhá dceři s vnoučaty a zajišťuje jim odvoz domů.

S pohybem začal již ve studentských letech, hrával basketbal, fotbal, tenis a hokej. Hokej s přáteli hrával za mladých let na přírodním ledě. Další zmíněné sporty aktivně vykonával i při zaměstnání, absolvoval také turnaje mezi katedrami. Během své pedagogické praxe při přednáškách neustále chodil mezi studenty. Chůze byla jeho nejčastější pohybovou aktivitou. V posledních letech chodí s manželkou na procházky s využitím holí. Nordic walking provozují zhruba třikrát do týdne, aktivita trvá asi dvě hodiny čistého času. Hlavním motivem k provádění pohybové aktivity je pro respondenta M4 zdraví. Uvědomuje si důsledek svalové atrofie při absenci pohybové aktivity. S vlastním tělem již spokojen není, hlavně po pohybové stránce. Rád by chodil a sportoval častěji, nemoc a stáří mu to bohužel nedovoluje.

3.5.5 Případová studie M5

Muž ve věku 66 let, ženatý, bydlí v rodinném domě s manželkou a se psem. S manželkou vychovali syna a dceru, vnoučata má čtyři. S vnoučaty se snaží vídat hojně, syn však bydlí daleko, takže návštěvy nejsou časté. S dcerou se stýkají minimálně jednou do týdne a občas s manželkou hlídají nejmladší vnučku. Má vysokoškolské vzdělání se zaměřením na ekonomii. Pracoval jako voják z povolání, po oficiálním odchodu do starobního důchodu nadále pracoval v pozici vedoucího úklidu ve zdravotnickém zařízení. Nyní už nepracuje a jak respondent tvrdí „*užívá si důchodového věku*“. Finanční zabezpečení hodnotí kladně, pobírá maximální vojenskou výsluhu a s její výší je nadmíru spokojen.

Zdravotní stav hodnotí jako poměrně dobrý. Měl výrazné problémy s pohybovým aparátem, konkrétně s klouby. Prodělal boreliózu. Trpí psoriatickou artritidou, se kterou se léčí. Je léčen na podkladě biologické léčby. Se spánkem problémy nemá, spí okolo osmi hodin. Přes den má dostatek energie a necítí se unavený. Energie i únava je dle respondenta úměrná jeho věku.

Respondent nemá vyhraněné stravování, jí všechno, čtyřikrát denně. Volný čas rád tráví s manželkou, společně se občas starají o vnučku. Jelikož mají psa, chodí s ním každý den třikrát, někdy i častěji, na procházky. Rád pracuje na zahradě. Každoročně v období, kdy začínají závody v orientačním běhu, si s rodinou pronajímají penzion a tráví tu společně zhruba týden.

V mládí hrál fotbal, hokej, plaval. V dospělosti, když přišly na svět děti, hledali s manželkou vhodnou sportovní aktivitu pro celou rodinu. V té době začali s orientačním

během. Orientační běh chápe jako aktivitu, která je vhodná k výchově, učí totiž samostatnosti. Člověk musí být schopný umět se rozhodovat. Tato aktivita jim zůstala dodnes, nově se přidala i vnoučata. Respondent se účastní všech orientačních běhů, kterých je asi sedm za sezónu. Motivací ke sportu je zejména udržování tělesného aparátu v pohybu a také proto, že je na pohyb celoživotně zvyklý. Pohyb bere jakou součást života. Sebeobraz hodnotí mírně negativně. S funkčností těla je poměrně spokojen, avšak cítí na sobě přibývající roky.

3.5.6 Případová studie M6

Muž ve věku 63 let, ženatý. Bydlí v panelovém bytě s manželkou, se kterou má dva syny. Vnoučata mají tři a jedno na cestě. Vystudoval vojenskou vysokou školu se strojním zaměřením. Pracoval jako voják z povolání, první část své pracovní kariéry sloužil u bojových jednotek jako průzkumník. Průzkumníkem byl dvanáct let. Následně se odstěhoval do Olomouce a začal pracovat jako technický referent ve zdravotnickém zařízení. Nyní je ve starobním důchodu. S finanční situací je spokojen.

Co se týče zdravotního stavu, prodělal boreliózu, kterou přešel. Borelióza měla na respondenta dopad v podobě trvalých následků, trpí bolestmi malých kloubů. V mládí při fotbale utrpěl poranění páteře, léčil se se spondylolistézou. Má nahrazeny tři bederní obratle. Je zcela soběstačný. Spánek hodnotí kladně, spí v průměru sedm hodin. Únavu pociťuje pouze po větší fyzické námaze.

Stravovací návyky respondenta v produktivní věku byly všelijaké, většinou spíše nezdravé a nepravidelné. Razantní změnu udělal ke konci produktivního věku, když mu bylo 59 let. Snaží se jíst pravidelně, čtyřikrát denně, vyváženou stravu. Hlídá si váhu, aby nezatěžoval vertebrální systém. Volný čas využívá ke hře na kytaru a ke sportovním aktivitám, část svého času věnuje péči o vnoučata. Stará se o svou matku a matku své ženy, proto je ve využití volného času limitován.

Od mala navštěvoval Sokol, k čemuž ho vedla matka. V mládí se věnoval atletice a hrál fotbal. Při příchodu na vojnu se chtěl dostat do střediska vrcholového sportu, což se mu bohužel nepodařilo, protože brali pouze cyklisty a veslaře. Po nástupu na vojnu začal běhat. Po úrazu páteře, tedy po následné léčbě a rehabilitaci, mu bylo doporučeno provádět určité cviky na zpevnění zádového svalstva. Ty provádí dosud. Jedná se o kombinaci prvků strečinku, kalanetiky, tai-chi a jógy ve spojitosti se spirometrickým cvičením. Toto provádí každý den intenzivně minimálně dvacet minut. Momentálně preferuje jízdu na kole, plavání

a nordic walking. Na kole jezdí, když dovolí počasí ve všední dny zpravidla po pochůzkách, a když se potřebuje zrovna někam přemístit. O víkendech nemůže, stará se o svou a manželčinu matku. S kamarádem jezdí na kole i větší okruhy za přírodou, kdy jsou schopni ujet kolem 80 kilometrů. Plavat chodí jedenkrát za čtrnáct dní v průběhu celého roku, zhruba na hodinu. Chůzi s využitím holí aplikuje asi dvakrát do týdne. K pohybové aktivitě je respondent motivován v důsledku zranění páteře. Motivuje ho také příjemný pocit po vykonání pohybové aktivity, pocit, že pro sebe něco udělal. Pohybové činnosti vyhledává také ve spojitosti s trávením času v přírodě a kocháním se panoramaty. V neposlední řadě ho uspokojuje sociální kontakt s přáteli s tímto spojený. Sebeobraz hodnotí jako průměrný, z hlediska funkčnosti těla je spokojen, trápí ho pouze bolest zmíněných malých kloubů.

3.5.7 Případová studie Ž1

Žena ve věku 76 let, vdaná, s manželem bydlí v třípokojovém bytě. Společně vychovali dceru. Mají dvě vnučky, nepřetržitě se stýkají. Vzdělání má vysokoškolské, má doktorát z filozofie. Pracovala jako odborná asistentka na vysoké škole, nyní je ve starobním důchodu. Finanční situaci hodnotí jako průměrnou „*mohlo by být lépe*“.

Co se týká zdravotního stavu, prodělala rakovinu prsu. Je po oboustranné ablaci prsu. Momentálně žádné zdravotní problémy nemá. Je naprosto soběstačná. Spánek hodnotí jako průměrný, spí okolo sedmi hodin. Často usíná u televize, pak má však problémy znovu usnout přes noc. Energie má většinou přes den dostatek. Po větší fyzické zátěži, zejména práci na zahradě, pociťuje únavu.

Jí pravidelně, čtyřikrát denně. Vyhledává zdravý životní styl, přednost dává zelenině, masu a sýrům. Nicméně přiznává, že se výrazně neomezuje. Volného času moc nemá, jako důchodkyně již v určitých ohledech zpomalila v pracovním tempu. S manželem jezdí na chatu, se kterou se pojí jisté pracovní povinnosti. Ráda čte a luští sudoku.

Rodiče respondentku vedli k pohybové aktivitě již od 4 let, kdy začala docházet do Sokola. Na základní škole začala se sportovní gymnastikou na závodní úrovni, kterou vykonávala až do nástupu na vysokou školu. V oblibě měla sjezdové lyžování a bruslení. V rámci studia tělesné výchovy musela vyzkoušet a umět se orientovat ve všech oblastech pohybových aktivit. Od plavání, míčových her přes fotbal a hokej. Na vysoké škole učila základní a sportovní gymnastiku, lidové a společenské tance, lyžování, bruslení. Nyní chodí do zájmového cvičení zaměřujícího se na gymnastiku s hudebním doprovodem. Zmíněné cvičení je orientováno na správné držení těla, mírné posílení a protažení těla,

uplatňují se zde i prvky tance. Dále chodí do aquagymnastiky. Prostřednictvím vody, tudíž jejího využívání, dochází buď k brždění pohybu, nebo naopak nadnášení části těla. Gymnastiku s hudební doprovodem navštěvuje dvakrát týdně, aquagymnastiku jednou týdně. Obě pohybové aktivity trvají 45 minut čistého času. S manželem pracují hojně na chatě. Hlavními činnostmi respondentky jsou sekání trávy, stříhání stromů, péče o skalku, záhonky a údržba skleníku. Pro respondentku je velmi důležitý zdravotní stav a to, jak se cítí ve svém těle, což ji významně motivuje k pohybové činnosti. Při absenci pohybové aktivity si uvědomuje jistou degradaci pohybového aparátu, čemuž předchází právě pravidelným pohybem. Po oboustranné ablaci byl sebeobraz respondentky mírně snížen. Ke zlepšení náhledu sama na sebe ji pomohl pohyb, díky němuž se po fyzické stránce procvičila do normálního stavu. Z hlediska funkčnosti těla nemá problém. Dle slov respondentky: „*pohybová aktivita mě drží při životě!*“

3.5.8 Případová studie Ž2

Žena ve věku 66 let, vdaná. Bydlí ve čtyřpokojovém bytě s manželem. Společně vychovali dvě děti, syna a dceru. Mají čtyři vnoučata, se kterými se velmi často stýkají. Má vysokoškolské vzdělání, pracovala ve Fakultní nemocnici v laboratoři a zaměřovala se na toxikologii. I po odchodu do starobního důchodu nadále pracovala na půl úvazek, teprve před dvěma lety definitivně ukončila pracovní poměr. Z hlediska finančního zabezpečení si nestěžuje, je na tom poměrně dobře.

Zdravotní stav hodnotí jako poměrně komplikovaný, prodělala infarkt myokardu. Momentálně je sledována v rámci onemocnění a pravidelně navštěvuje lékaře. Zatím je soběstačná a nepotřebuje dopomoc okolí. Se spánkem nemá problém, spí denně asi osm hodin, bez problémů. energii a únavu v běžném životě hodnotí jako úměrnou věku. Vnímá zvyšující se únavu a ztrátu energie po větším fyzickém a psychickém náporu při srovnání momentálně a v mládí.

Životosprávu se snaží dodržovat, jí minimálně třikrát denně vyváženou stravu. Jelikož má velmi ráda sladké, snaží se své chutě do určité míry korigovat. Volný čas rozděluje mezi vnoučata a sportovní aktivity. S manželem často a rádi cestují, a to jak po České republice, tak i do zahraničí.

S vykonáváním pohybové aktivity v nějakém pravidelném měřítku začala již v osmi letech, a to s moderní gymnastikou. Později si udělala trenérský kurz a následně vedla krasobruslařský oddíl menších dětí, také moderní gymnastiku. Ráda lyžovala a stále lyžuje,

kombinuje sjezdové i běžecké lyžování. Dříve preferovala sjezdové lyžování, momentálně je obezřetnější a dává přednost běžkám. V zimě, když dovolí počasí a podmínky, chodí s manželem na běžky každý víkend. Jezdí sice pomaleji se zastávkami, jelikož se šetří kvůli zmíněnému infarktu myokardu, vždy ale ujedou alespoň 20 kilometrů. Jejich záliba v běžkování je spojena s láskou k přírodě. Dále nyní navštěvuje gymnastiku s hudebním doprovodem, jedná se o kombinaci strečinku, jógy, tance. Do své nynější pohybové aktivity zařadila ještě tenis, který hraje celá rodina. Manželovi občas pomáhá s prací na zahradě, což ale vykonává pouze z povinnosti a lásky k manželovi. Tento pohyb ji moc nenaplňuje, jejího manžela naopak velice. Z pohybové aktivity má radost a přináší ji uspokojení. Pohybové činnosti vyhledává i z hlediska společenského střetnutí. Respondentka uvedla, že jejich kolektiv je velmi příjemný a za ty léta společného cvičení se staly kamarádkami i v osobním životě. Pohyb snaží zařadit do každého dne. Se svým tělem je spokojená. Za jediný limit, který ji brání v plnohodnotném životě, považuje prodělaný infarkt myokardu a strach z možného opakování nemoci. Z tohoto hlediska se nepřepíná a hlídá se.

3.5.9 Případová studie Ž3

Žena ve věku 65 let, vdaná. Bydlí v panelovém třípokojovém bytě s manželem. Společně vlastní chatu, kde tráví víkendy. S manželem má dvě děti, syna a dceru. Vnučata mají čtyři. Se synem a vnučaty se stýká pravidelně. Dceru má v zámoří, takže si telefonují přes skype a když je možnost, tak se navštěvují. Má vysokoškolské vzdělání, pracovala jako učitelka na středním odborném učilišti. Nyní je ve starobním důchodu. Po finanční stránce je poměrně spokojená, musí však s ohledem na výši důchodu počítat a šetřit, aby si mohli s manželem dopřát i dovolenou.

Respondentka je onkologickou pacientkou, prodělala rakovinu prsu, dochází na preventivní prohlídky. Léčí se po plicní embolii. Respondentka se cítí soběstačná. Spánek hodnotí jako průměrný, někdy je spánek bezproblémový, někdy se naopak brzo budí. Denně spí zhruba 6 hodin. Po obědě mají s manželem chvilku klidu a odpočívají. Přes den má dostatek energie, únavu pociťuje zřídka.

Z hlediska stravování jí čtyřikrát denně, vaří každý den. Do jídelníčku zařazuje zejména zeleninu a ovoce, maso občas. Největší problém vidí sladkém. S manželem jsou mlsní, ale snaží se své chutě regulovat. Respondentka ve svém volném čase ráda čte a navštěvuje knihovnu, v oblíbě má televizní dokumenty. S manželem absolvují každoročně

poznávací zájezd do zahraničí. Jednou do roka s přáteli jezdí na turistický výlet po českých krajinách.

Poněvadž pochází z vesnice, byla vedena ke sportu již od útlého věku návštěvou Sokola, účastnila se i spartakiády. V mládí se věnovala atletice. Když přišly děti, chodili bruslit a preferovali lyžování, sjezdové i běžecké. Celá rodina absolvovala pravidelné túry. Turistika zůstala respondentce dodnes, přidala jízdu na kole a gymnastiku s hudebním doprovodem, jógu a plavání. Pohybové aktivitě se nyní věnuje téměř denně, každé ráno vykonává pět tibeťanů. Gymnastiku s hudebním doprovodem, jógu a plavání má jedenkrát týdně po hodině. Jednou týdně chodí s manželem na procházku, zhruba sedm km volné chůze, na tři hodiny. Víkendy tráví s manželem na chatě, kde mají práce a pohybu také dostatek. Motivací ke cvičení je zejména udržování tělesné schránky, předcházení bolesti a snaha o zachování soběstačnosti do vyššího věku. Za významnou motivaci respondentka považuje společenský kontakt s přáteli při provozování pohybových aktivit. Subjektivně hodnotí sebeobraz jako ucházející, vzhledem k funkčnosti pohybového aparátu a celkově organismu nepocítuje žádné problémy.

3.5.10 Případová studie Ž4

Žena ve věku 73 let, vdaná, bydlí s manželem v třípokojovém bytě. S manželem má syna a dceru, vnoučata mají čtyři. Vzdělání má střední s maturitou, studovala na střední zdravotnické škole, obor farmaceutický laborant. Pracovala jako farmaceutická laborantka, nyní je ve starobním důchodu. S finančním zabezpečením není zcela spokojená, důchod je nízký. Díky tomu, že žijí s manželem ve společné domácnosti, však vycházejí poměrně dobře.

Co se týká zdravotního stavu má problémy s krční a bederní páteří, trápí ji občasné migrény. Je zcela soběstačná a nepotřebuje dopomoc v žádných činnostech. Se spánkem je nespokojená, v noci se budí a nemůže znovu usnout. Denně spí sedm hodin. Při nočním buzení je nevyspalá a je nucena si lehnout i přes den. Energie přes den se odvíjí od kvality spánku přes noc.

Stravovací návyky nemá vyhraněné, stravuje se podle chuti, ve výsledku se však jedná o poměrně pestré stravování. Snaží se dodržovat pravidelnost v jídle a jí čtyřikrát denně. Každý den si dopřává nějaké sladké jídlo. Volný čas využívá k šití, dělá patchwork a pomocí tiffany techniky si pro radost vyrábí tiffany lampy. Většinu svého volného času vyplňuje pohybem a ráda tráví čas s vnoučaty.

K pohybové aktivitě byla vedena od čtyř let, navštěvovala Sokol. Účastnila se tří spartakiád. V mládí se věnovala gymnastice a orientačnímu běhu, oba sporty provozovala na závodní úrovni, krátce se věnovala volejbalu. V roce 1960 vyhrála v orientačním běhu pohár. Na mateřské vedla základní tělesnou výchovu žen, tedy sokolské cvičení s hudbou. V oblíbě má vysokohorskou turistiku, prochodila celé Slovensko, navštívila též Dolomity. Nyní se vysokohorské turistice věnují s manželem již minimálně. Momentálně chodí tančit latinu, navštěvuje aquagymnastiku a gymnastiku s hudebním doprovodem. Každá ze zmíněných aktivit trvá hodinu. Ráda zahradničí na chatě, kde tráví v létě většinu času. Zahradničení si zpestřuje plaváním na blízkém koupališti. Ke cvičení ji motivuje udržování tělesné váhy. Funkčnost těla vzhledem k věku hodnotí jako dobrou, subjektivní náhled na svou osobu, z hlediska vzhledu již považuje za snížený. Respondentku v pohybu limitují problémy s krční páteří i přesto vykonává výše zmíněné pohybové aktivity do míry, které ji tělo umožní, nepřepíná se.

3.5.11 Případová studie Ž5

Žena ve věku 76 let, vdaná, bydlí v panelové třípokojové bytě s manželem. Spolu mají již dvě dospělé děti, dceru a syna. Vnouchata mají čtyři a scházejí se poměrně často. Vystudovala vysokou školu, pracovala jako odborný asistent na vysoké škole, nyní je ve starobním důchodu. Vyučovala rytmickou a moderní gymnastiku, tance, pohybovou skladbu v době spartakiád. Finanční zabezpečení hodnotí jako dostačující.

Z hlediska zdravotního stavu se cítí velmi dobře, žádné velké problémy nemá. Po téměř každodenní pohybové aktivitě, kterou v životě měla, a také vzhledem k věku, ji trápí bolest kloubů. Nejvíce pociťuje klouby kyčelní a drobné klouby ruky. Je zcela soběstačná. Spánek hodnotí jako ucházející, denně spí zhruba šest hodin. S usínáním má mírné problémy, která však neřeší farmakologickou či jinou cestou. Přes den má energie dostatek, určitou únavu pociťuje až při větší fyzické námaze.

Preferuje lehká jídla a své stravovací návyky směřuje ke zdravé stravě, jí čtyřikrát denně. Ve volném čase ráda navštěvuje divadlo, koncerty, muzea. Jak dovolují finance a čas, ráda s manželem cestuje po českých krajích i do zahraničí. Čas velmi ráda tráví s vnouchaty.

S pravidelnou pohybovou aktivitou začala již na základní škole. V mládí tančila, zaměřovala se na tance všeho druhu, na lidové, společenské i latinskoamerické. Chodila do moderní gymnastiky, kterou vykonávala na závodní úrovni. V dospělosti po několik let dělala rozhodčí moderní gymnastiky na mezinárodní úrovni. Momentálně preferuje

turistiku, běžecké lyžování, tanec, gymnastiku a aquagymnastiku. Pohybovým aktivitám, které vykonávala v mládí, se věnuje dodnes. S manželem chodí pravidelně jedenkrát týdně na procházku do přírody. S manželem vlastní chatu, kde se starají o zahradu. Respondentka se stará o skalku, květiny, shrabuje listí, manžel seká trávu. Již několik let předcvičuje a vede gymnastiku s hudebním doprovodem. Cvičení je zaměřeno na všestrannost, tedy na posílení, uvolnění a protažení těla. Jedná se o taneční prvky s prvky základní gymnastiky. Taneční prvky v souladu s pohybovými vazby směřují k rozvoji pohybového myšlení a rychlé pohybové reakci. Jelikož je pohybová aktivita spojena s hudbou, je dle slov respondentky „*velmi přitažlivá pro seniorky*“. Ke cvičení ji motivuje vášeň k hudbě, do určité míry až „*posedlost pohybem*“. Vlastní sebeobraz hodnotí poměrně kladně, z hlediska funkčnosti je velmi spokojená. Za limit svého těla považuje určité snížení rozsahu pohybu především v kyčlích.

3.5.12 Případová studie Ž6

Žena ve věku 72 let, vdaná. Bydlí s manželem v dvoupokojovém bytě. S manželem vychovali tři děti, dvě dcery a syna. Mají jedno vnouče, s rodinou se stýkají často. Má vysokoškolské vzdělání, pracovala jako odborný asistent na Lékařské fakultě, kde vedla praktika. Momentálně je ve starobním důchodu. Z hlediska finančního zabezpečení by „*snesla vyšší důchod, ale vyloženě si nestěžují*“.

Trpí onemocněním lupus erythematoses, které se zatím neprojevuje žádnými symptomy, dochází jen na pravidelné kontroly. Prodělala rakovinu prsu. Má výrůstek na levém kotníku, který ji nepůsobí bolest, avšak trápí ji jeho velikost a nepěkný vzhled. Je soběstačná po všech stránkách. Se spánkem je velice spokojena, přes noc spí zhruba osm hodin. S usínáním problémy nemá. Přes den pocítuje dostatek energie, únava přichází po větší fyzické zátěži.

Stravovací návyky hodnotí jako „*ucházející*“, jí čtyřikrát denně. Snaží se preferovat zdravou stravu, do jídelníčku zařazuje hodně zeleniny a ovoce, k večerním hodinám už moc nejí. Ve volnu se učí francouzsky, každý týden chodí do kurzu francouzštiny. Ráda plete a také s kamarádkami poměrně často chodí na kávu a na vzájemné návštěvy. Jelikož se některé z kamarádek nacházejí různě po světě, když dovolí finance, cestuje za nimi. Nejvíce do Belgie, Německa a do Francie.

Pohybové aktivitě se věnuje již od malého dítěte. Navštěvovala Sokol a hrála tenis. Ráda lyžovala, sjezdové lyžování střídala s běžeckým. V mládí se začala věnovat gymnastice

s hudebním doprovodem, této pohybové aktivitě se věnuje i momentálně. S manželem měli společný zájem, a to turistiku, kterou nyní již nepreferují. Obliba lyžování jí zůstala dodnes, avšak preferuje již jen lyžování běžecké. Když je čas, rádi s manželem chodí na procházky přírodou. V sezóně pracují s manželem na zahradě, kde je nejčastější aktivitou sekání trávníku a péče o skalku. Na jaře a v létě hraje dvakrát v týdnu tenis, na podzim a v zimě jen jednou. Do gymnastiky s hudebním doprovodem chodí dvakrát týdně po celý rok již několik let. Pohybovou aktivitu bere respondentka za součást svého života. Uvedla „*já bez cvičení už nemůžu být*“. S vlastním tělem je naprosto spokojená, jak z hlediska funkce, tak vzhledu. Před rokem zhubla 12 kilogramů a váhu se snaží udržovat.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DISKUSE

Výsledky výzkumu kvality života, realizovaného formou dotazníkového šetření pomocí nástroje WHOQOL – BREF, zjištěné u respondentů, byly popsány a s využitím barevné škály znázorněny pro lepší přehlednost v tabulkách a grafech.

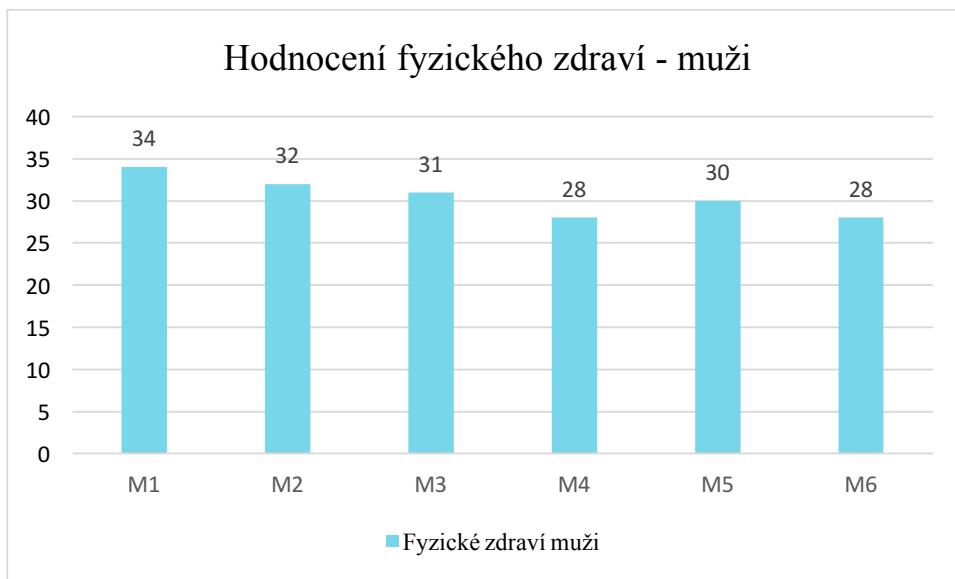
4.1 Vyhodnocení WHOQOL – BREF dotazníku

Vyhodnocení jednotlivých domén dotazníku, mapujících subjektivní vnímání kvality života respondentů seniorského věku, budeme následně popisovat v samostatných podkapitolách:

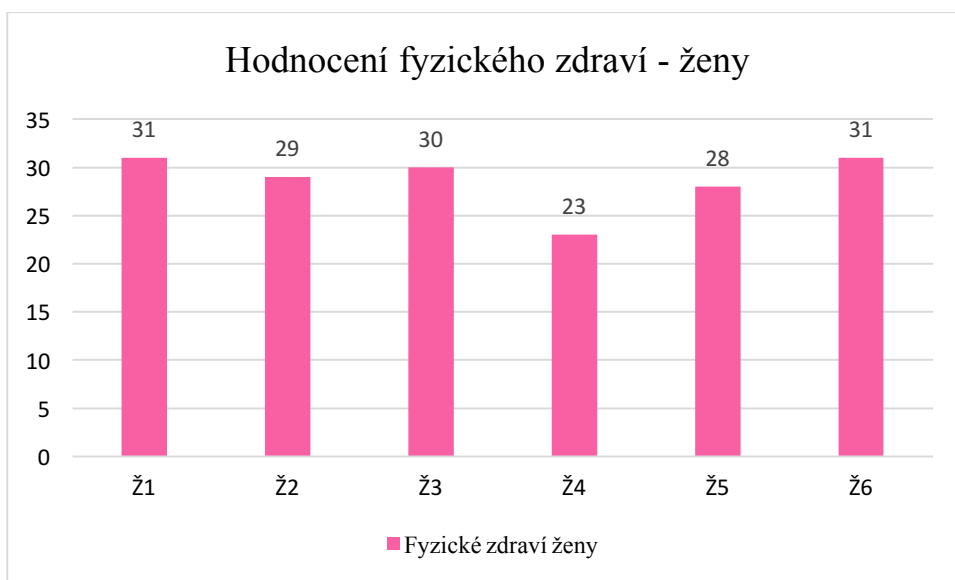
- Doména fyzické zdraví.
- Doména prožívání.
- Doména sociálních vztahů.
- Doména prostředí.
- Celková hodnota kvality života a zdravotního stavu.

4.1.1 Doména fyzické zdraví

První oblast dotazníku zaměřující se na fyzické zdraví obsahuje osm otázek. Respondenti zde mohli vybírat z možností obsažených na pětibodové škále. Oblast fyzického zdraví tvoří otázky číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Maximální počet dosažitelných bodů je 35. Z výše znázorněných grafů je patrné, že muži dosahovali vyšších hodnot než ženy. M1 byl dokonce velmi blízko k dosažení maximálního počtu bodů (skóre 34). Naopak nejnižšího počtu bodů dosáhla Ž4 (skóre 23).



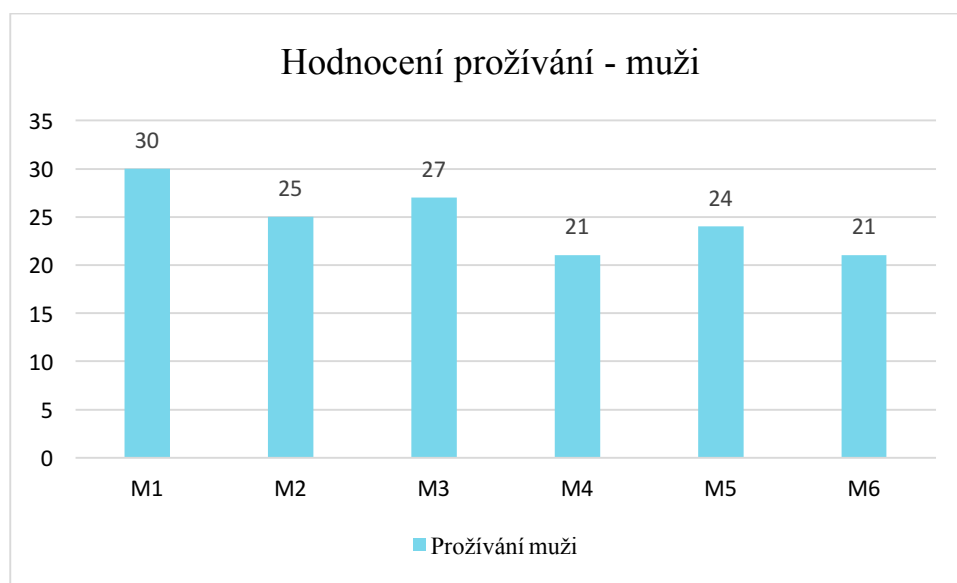
Graf 2. Hodnocení fyzického zdraví muži (n = 6)



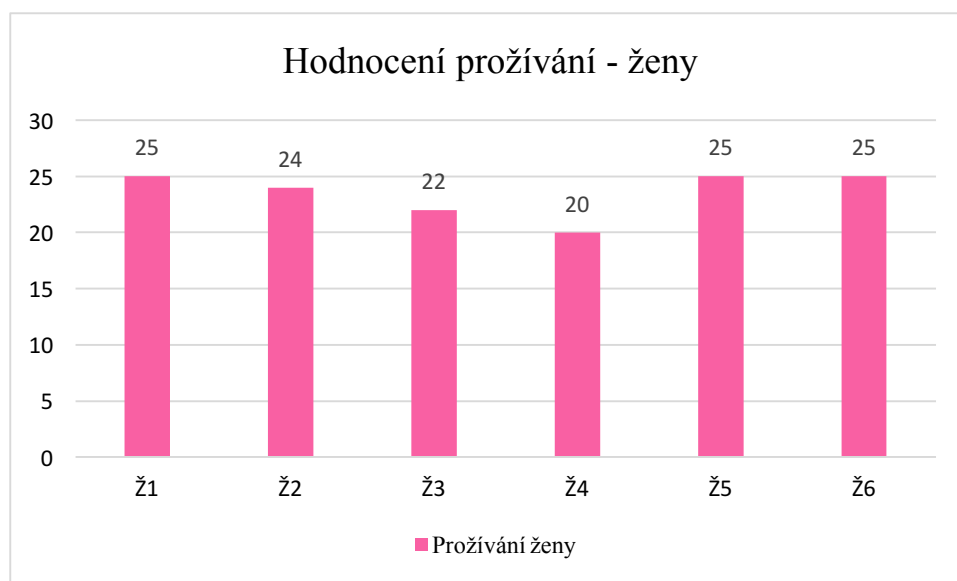
Graf 3. Hodnocení fyzického zdraví ženy (n = 6)

4.1.2 Doména prožívání

Ve druhé části dotazníku respondenti odpovídali na sedm otázek. Otázky se vztahovaly k oblasti prožívání. Tato oblast se skládá z otázek s čísly 5, 6, 7, 11 a 19. Dosáhnout zde lze maximálně 30 bodů. Zobrazené grafy ukazují, že ženy dosáhly opět mírně nižších hodnot než muži. Maximální hodnoty dosáhl M1, naopak nejnižší hodnoty dosáhli M4 a M6, kteří se dělí o tuto nejnižší příčku. Nejnižší hodnoty u žen dosáhla opakovaně Ž4. Ženy jinak dosahovaly v oblasti prožívání vyrovnaných hodnot.



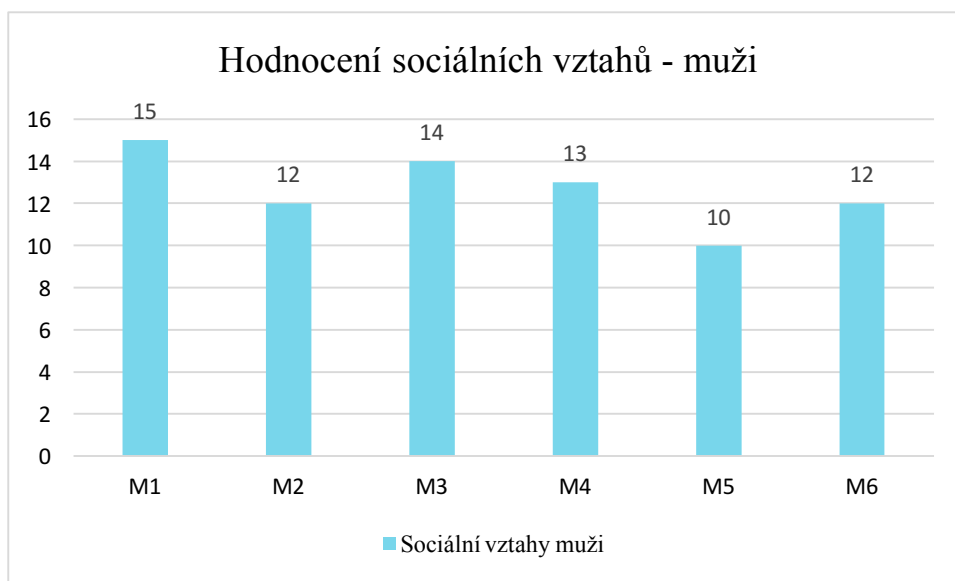
Graf 4. Hodnocení prožívání muži (n = 6)



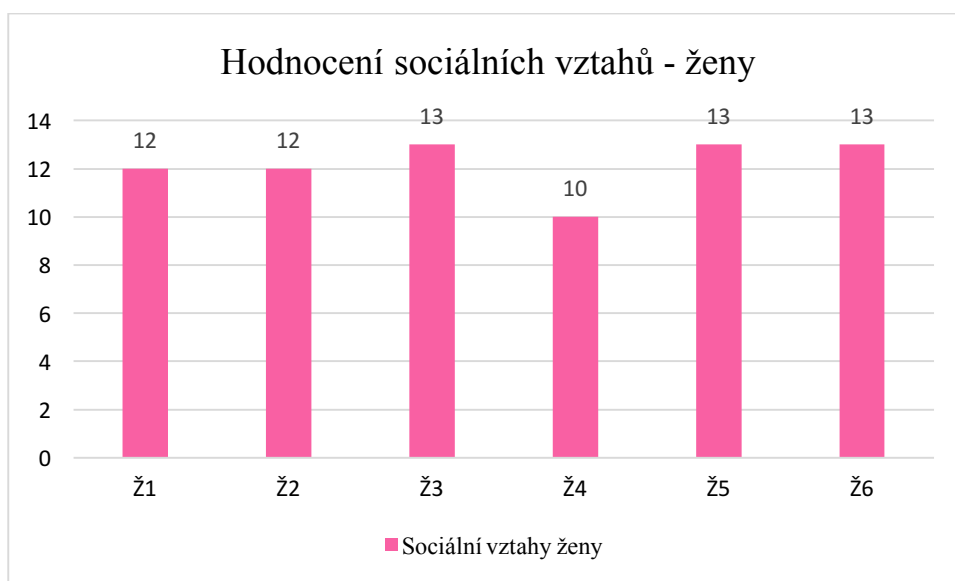
Graf 5. Hodnocení prožívání ženy (n = 6)

4.1.3 Doména sociálních vztahů

Další oblast, tedy doména sociálních vztahů je složena ze tří otázek. Respondenti mohli při vyplňování dotazníku volit z pěti nabízených odpovědí a zaznamenávat je do pětibodové škály. Tvoří ji otázky číslo 20, 21 a 22. Respondenti mohli získat až 15 bodů. Z grafického znázornění vyplývá, že muži a ženy dosáhli poměrně srovnatelných hodnot. Maximálního počtu bodů dosáhl opět M1, minimálního počtu bodů dosáhl M5. U žen jsou počty hodnot celkem vyrovnané, až na Ž4, která dosáhla nejmenšího počtu bodů.



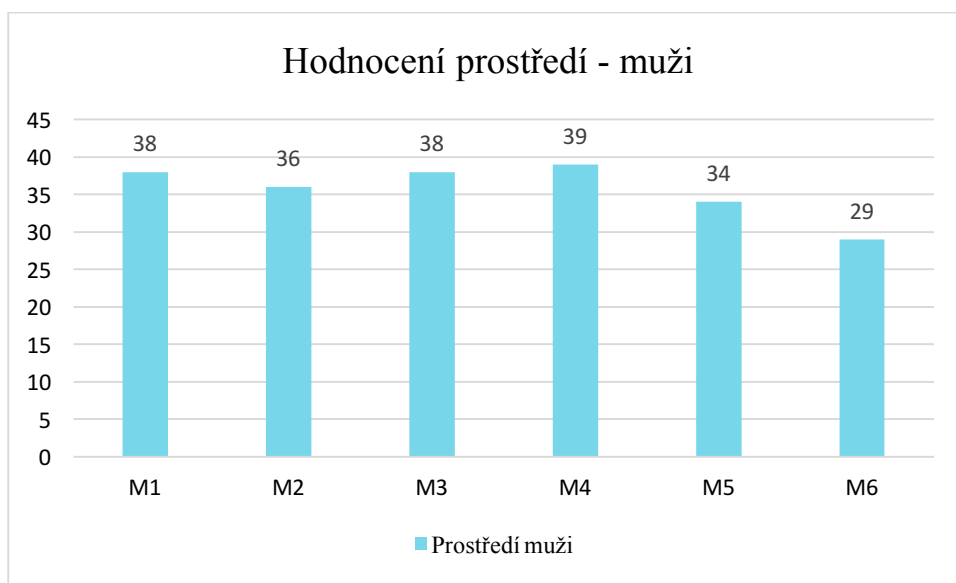
Graf 6. Hodnocení sociálních vztahů muži (n = 6)



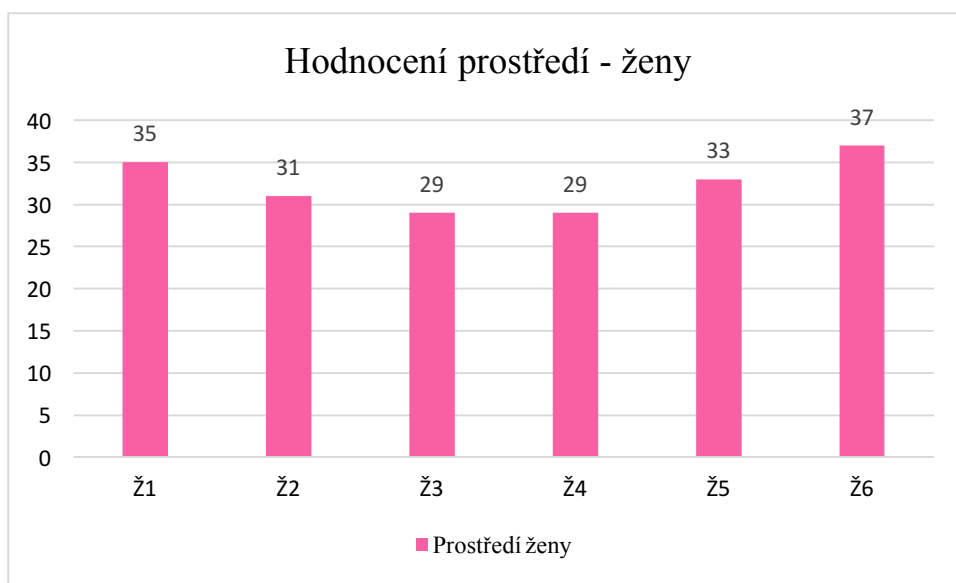
Graf 7. Hodnocení sociálních vztahů ženy (n = 6)

4.1.4 Doména prostředí

Čtvrtá oblast dotazníkového šetření je zaměřena na prostředí. Respondenti v této části dotazníku odpovídají na osm otázek. Volit mohou z nabízených odpovědí, která sestává z pětibodové škály. Oblast prostředí tvoří otázky s čísly 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Maximálně je možné dosáhnout 40 bodů. Ženy ani v této oblasti nedosáhly vyšších hodnot než muži. Jeden bod chyběl M4 k dosažení maxima, naopak nejnižší hodnoty dosáhl M6. Nejvyšší hodnoty u žen dosáhla respondentka Ž6. Respondentky Ž3 a Ž4 dosáhly nejmenšího počtu.



Graf 8. Hodnocení prostředí muži (n = 6)

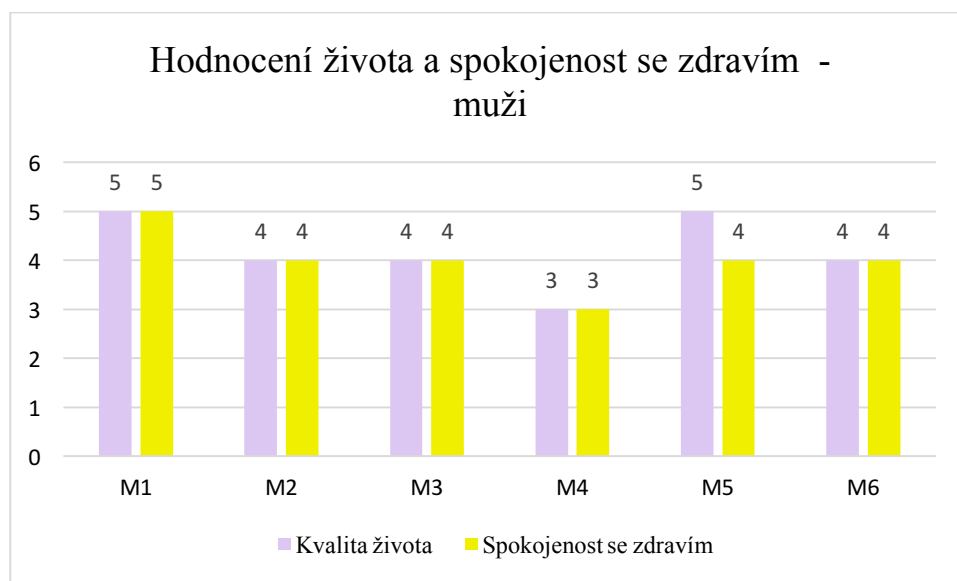


Graf 9. Hodnocení prostředí ženy (n = 6)

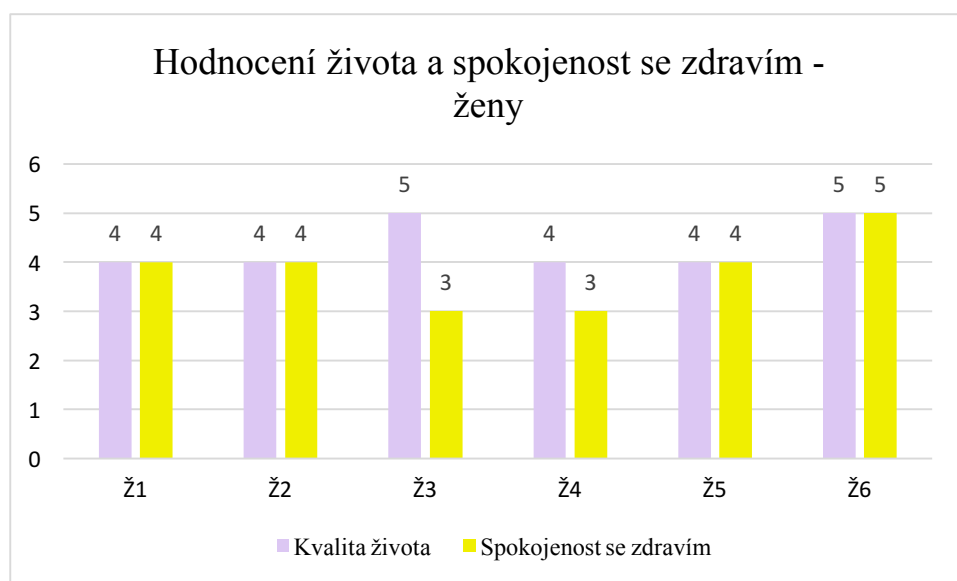
4.1.5 Celková hodnota kvality života a zdravotního stavu

Graf 10. a graf 11. znázorňují samostatné otázky dotazníkového šetření, které se týkají hodnocení kvality života a hodnocení respondentů jejich vlastní spokojenosti se zdravím. Respondenti si mohli u obou otázek vybrat z pěti nabízených odpovědí.

Celkové hodnocení je zpravidla v souladu se získanými informacemi, které respondenti poskytli při polostrukturovaném rozhovoru.



Graf 10. Celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím muži (n = 6)



Graf 11. Celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím ženy (n = 6)

Dotazníky vyplněné pro potřeby této diplomové práce byly porovnány s populačními normami vyhodnocených dotazníků WHOQOL-BREF, které jsou uvedeny v publikaci autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006). Srovnávány byly jednotlivé dotazníky vyplněné respondenty M1 až M6 a Ž1 až Ž6 v doménách fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů, prostředí a otázek celkového hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím.

Tabulka 2. Populační normy dotazníku WHOQOL-BREF

Domény		N	průměr	STD
Doména 1	Fyzické zdraví	308	15,55	2,55
Doména 2	Duševní zdraví	308	14,78	2,43
Doména 3	Sociální vztahy	308	14,98	2,89
Doména 4	Životní podmínky	308	13,30	2,08

Poznámka:

N – počet respondentů,

Průměr – hodnoty průměrně naměřené,

STD – standardní odchylka.

Tabulka 3. Hodnoty dotazníkového šetření WHOQOL-BREF muži

Domény		M1	M2	M3	M4	M5	M6
Doména 1	Fyzické zdraví	19,43	18,29	17,71	16,00	17,14	16,00
Doména 2	Prožívání	20,00	16,67	18,00	14,00	16,00	14,00
Doména 3	Sociální vztahy	20,00	16,00	18,67	17,33	13,33	16,00
Doména 4	Prostředí	19,00	18,00	19,00	19,50	17,00	14,50

M1 až M6 – respondenti dotazníkového šetření.

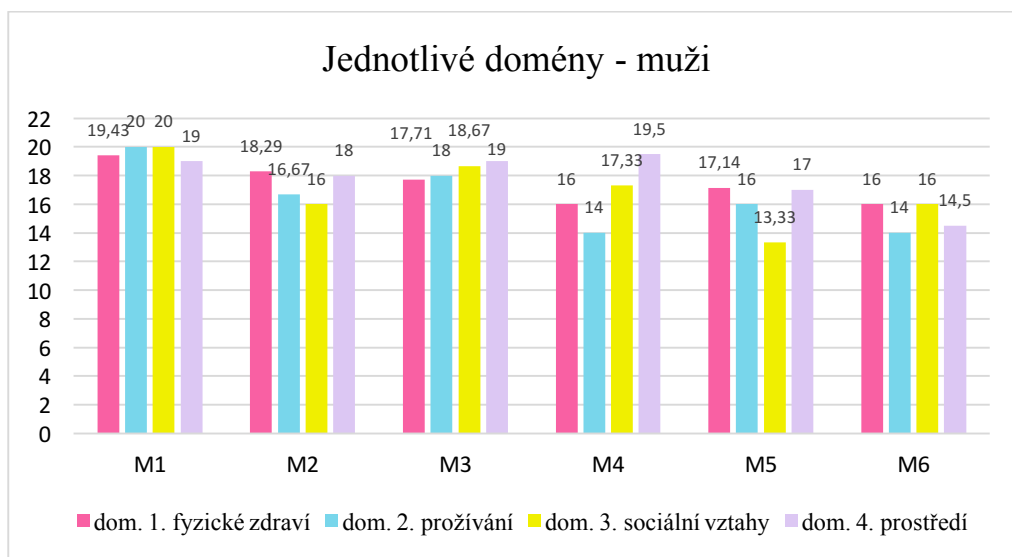
Tabulka 4. Hodnoty dotazníkového šetření WHOQOL-BREF ženy

Domény		Ž1	Ž2	Ž3	Ž4	Ž5	Ž6
Doména 1	Fyzické zdraví	17,71	16,57	17,14	13,14	16,00	17,71
Doména 2	Prožívání	16,67	16,00	14,67	13,33	16,67	16,67
Doména 3	Sociální vztahy	16,00	16,00	17,33	13,33	17,33	17,33
Doména 4	Prostředí	17,50	15,50	14,50	14,50	16,50	18,50

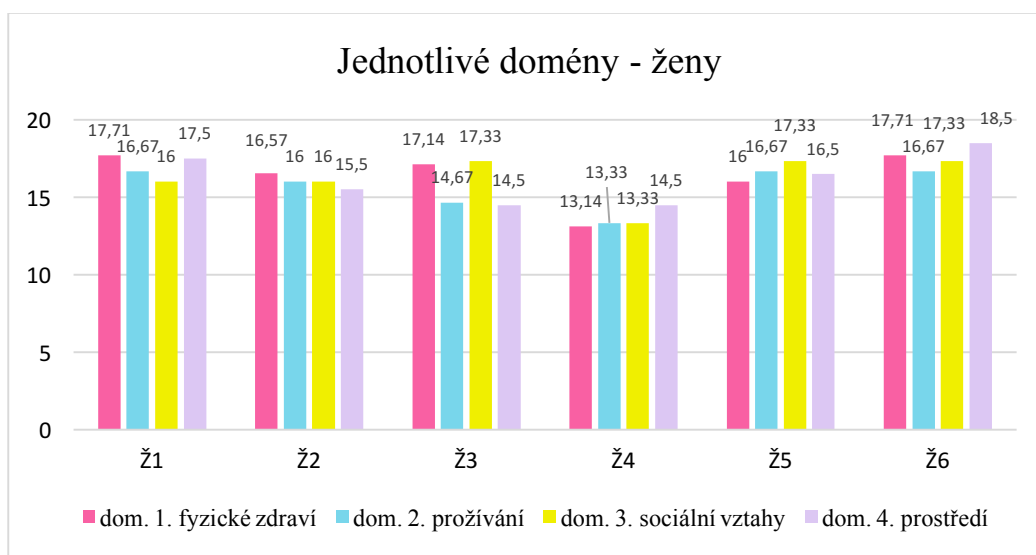
Ž1 až Ž6 – respondenty dotazníkového šetření.

Tabulka 5. Populační normy dotazníku WHOQOL-BREF pokračování

Domény		N	průměr	STD
Q1	Kvalita života	310	3,82	0,72
Q2	Spokojenost se zdravím	310	3,68	0,85



Graf 12. Shrnutí hodnocení jednotlivých domén muži (n = 6)



Graf 13. Shrnutí hodnocení jednotlivých domén ženy (n = 6)

Poslední dvě grafická znázornění zachycují všechny čtyři domény hodnocení vycházející z dotazníkového šetření u jednotlivých respondentů, tedy M1 až M6 a Ž1 až Ž6.

4.2 Diskuze

Výpovědi respondentů seniorského věku ve strukturovaném dotazníku nám poskytly následující odpovědi na námi stanovené výzkumné otázky.

VO1: Podílí se pohybová aktivita na zdravotním stavu seniorů a na kvalitě prožitého života seniorů?

Většina respondentů si uvědomovala důležitost sportovních aktivit, což se projevilo v nadstandartních výsledcích kvality života jedinců v porovnání s dlouhodobými průměry populačních norem naměřenými prostřednictvím metody WHOQOL-BREF autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006). Pohybovou aktivitu považovala většina respondentů za velmi důležitou součást života. Někteří respondenti uváděli, že náročná fyzická aktivita, kterou provozovali v mládí, se podepsala na jejich nynějším zdravotním stavu. Přesto si život bez pohybu nedokáží představit. Jiní zase uváděli, že pohyb chápou jako potřebný faktor, který napomáhá udržení správné funkčnosti těla a udržení kondice. S tímto tvrzení se také ztotožňuje Hátlová a kol. (2014).

VO2: Ovlivňovalo dříve vykonávané zaměstnání možnost aktivního provádění pohybové aktivity?

Možnost provádět pohybové činnosti bezesporu ovlivňuje zaměstnání jedinců. Například jednatel společnosti se začal věnovat sportovním aktivitám až po ukončení podnikání, zatímco některé respondentky s vysokoškolským titulem z oblasti tělesné výchovy měly pohyb přímo v náplni práce. Pracovní vytíženost a případná pracovní únava má velký vliv na to, zda je jedinec schopen ještě vykonávat pohybovou aktivitu.

VO3: Má zdravotní stav osob seniorského věku vliv na jejich aktuální pohybovou aktivitu?

I přes nepříznivý zdravotní stav nejčastěji v podobě bolestí zad a kloubů se respondenti snažili nadále provozovat své oblíbené sportovní aktivity například v podobě jízdy na kole či vysokohorské turistiky. Někteří respondenti se spíše snažili přizpůsobovat pohybové činnosti zdravotním problémům. Při bolesti zad a kloubů preferovali provádění tai-chi, jógy a aquagymnastiky. Bočková, Hastrmanová a Havrdová (2011) doporučují plavání. Při plavání jsou klouby šetřeny. Jelikož voda nadnáší, nedochází k silným nárazům. Nikdo z respondentů nebyl natolik zdravotně indisponován, že by nemohl uskutečňovat

fyzickou aktivitu. Pouze jeden respondent M4 již nebyl kvůli nemoci schopen provozovat pohybové aktivity v rozsahu, v jakém by si přál.

VO4: Jakou pohybovou aktivitu respondenti preferovali v mladším věku a jakou pohybovou aktivitu preferují ve stáří?

Naprostá většina respondentů začala s pohybovou aktivitou již od útlého věku, k pohybové aktivitě byli vedeni v rámci sokolského cvičení. Některým respondentům zůstaly pohybové aktivity z mladších let až do stáří. V mládí jedinci vykonávali aktivity velmi různorodé. Od fotbalu, hokeje, lyžování až po gymnastiku, tanec, plavání či jízdu na cyklistickém kole.

Ve stáří si respondenti uvědomují určité limity svého těla, které pro ně dříve nepředstavovaly překážku. Pohybovou aktivitu tak provádějí v nižší míře náročnosti. Kupříkladu v mládí se někteří respondenti věnovali aktivně sjezdovému a běžeckému lyžování, kdežto dnes preferují pouze lyžování běžecké, které již vykonávají pouze na zážitkové úrovni. Jejich hlavním cílem je dostat se na čerstvý vzduch a kochat se přírodou. Za velmi oblíbenou a přirozenou pohybovou aktivitu provozovanou ve starším věku respondenti považovali práci na zahradě a chůzi. Také Sovová, Zapletalová a Cypriánová (2008) uvedly, že chůze je velmi vhodnou pohybovou aktivitou pro jedince bez rozdílu věku. Při chůzi, konkrétně nordic walking využívají pomocné hole, které jednak napomáhají zapojit větší část těla do pohybu a jednak představují určitou oporu. Senioři se tak cítí při chůzi jistější. Škopek (2010) dodává, že při provozování nordic walking se jedinci dostanou do přírody, na čerstvý vzduch. Senioři se tak mohou vzájemně seznamovat při toulkách přírodou, což podporuje sociální komunikaci a jejich začlenění do společnosti. Za další vhodnou pohybovou aktivitu pro starší jedince respondenti považovali aquagymnastiku, kterou preferovaly zejména ženy. Respondentky ženy také uváděly zalíbení v gymnastickém cvičení s hudebním doprovodem, které je dle jejich názorů přitažlivé pro seniorky. V souladu s názorem Sipa (2017) zmiňovali respondenti muži i ženy cvičení tai-chi a jógu, kdy popisovali, že pomalé a protahovací cviky zmírňují bolestivost zad i kloubů.

VO5: Jaké benefity přináší seniorům pohybová aktivita?

Padaly zde názory respondentů, že si svůj život bez pohybových aktivit nedokáží již představit. Jedna respondentka uvedla dokonce určitou posedlost pohybem. Ostatní si uvědomovali důležitost pohybových aktivit na jejich zdravotní stav. Provádění

pohybových činností považovali za nezbytné především z důvodu zamezení atrofickým změnám svalstva. Za významný faktor považovali naplnění společenského statutu a pravidelné setkávání s lidmi. Někteří uváděli, že díky pohybu nabyli dlouhodobých přátelských vazeb. V souladu s výzkumem Gellerta, Ziegelmana a Schwarzera (2012) vyplynulo, že senioři jsou často motivováni k pohybovým aktivitám, v důsledku společenských zážitků a setkávání s lidmi. Další označovali za hnací motor k provádění pohybu udržování tělesné váhy. V neposlední řadě většině respondentů pohybová aktivita přináší naplnění a pocit, že dělají něco kladného pro své tělo.

VO6: Podílí se pohybová aktivita na subjektivním pocitu spokojenosti s vlastním tělem?

Ano, tato dílčí výzkumná otázka byla potvrzena u všech účastníků výzkumného šetření. Jedinci jednak cvičí, aby si udrželi pro ně optimální tělesný vzhled a také proto, že spatřují důležitost pohybu v udržení funkčnosti těla. Jeden respondent zmiňoval, že v důsledku stáří a nemoci již nemůže provozovat pohybové činnosti, v takové míře, v jaké by si přál. Popisoval následně jistou nespokojenost s vlastním tělem. Subjektivní pocit spokojenosti určitě ovlivňuje jedince k provádění pohybu.

Získané výpovědi jednotlivých respondentů z dotazníku WHOQOL-BREF jsme následně porovnali s jeho populačními normami autorky Dragomirecké a Bartoňové (2006), jehož hodnoty jsou uvedeny v tabulce 2. a 5., bylo zjištěno, že průměrnou hodnotu **domény fyzického zdraví**, která je 15,55, převyšují všichni respondenti muži, z nichž M1 a M2 se nacházejí ještě nad samotným průměrem v součtu se standardní odchylkou. Respondentky ženy se nacházejí více méně těsně nad průměrem, ještě v rozmezí standardní odchylky. Výjimkou je Ž4, která dosáhla podprůměrných hodnot.

Oblast zdraví hodnotili muži vyššími hodnotami, z čehož vyplývá, že jsou se svým zdravotním stavem spíše spokojeni. Respondentky ženy oblast fyzického zdraví hodnotily již vyšším průměrem (průměr je 17,5). Senioři se v důsledku pohybových aktivit udržují v kondici a zachovávají si tak svou tělesnou zdatnost i do vyšších let. Jestliže by jedinci přestali vykonávat pohybové aktivity, je zcela pravděpodobné, že by se tělesná zdatnost rapidně snížila a s tím i jejich hodnocení zdravotního stavu. Bunc, Hráský a Skalská (2014) zdůrazňují, že je vhodné, aby byly pohybové aktivity v souladu se zdravotním stavem seniora. Tedy, aby stupeň pohybových dovedností odpovídal kondici svalů, které jsou

potřebné pro danou fyzickou činnost. Mnoho respondentů totiž provozovalo pohybové aktivity, které vykonávali i v mládí.

V **doméně duševního zdraví** neboli prožívání, je průměrná hodnota 14,78, což uvádí autorky Dragomirecká a Bartoňová (2006). Populační normy byly s výzkumným šetřením srovnány následovně. Respondenti muži dosáhli nadprůměrných hodnot, konkrétně respondenti M1, M3. Mírně nad průměrnými hodnotami, tedy ještě v rozmezí směrodatné odchylky, se umístili respondenti M2 a M5. Naopak respondenti M4 a M6 dosáhli hodnot mírně podprůměrných, stále však v rozmezí směrodatné odchylky. U respondentek žen dosáhly mírně vyšších hodnot nad samotným průměrem Ž1, Ž2, Ž5 a Ž6, které se nacházely v rozmezí směrodatné odchylky. Mírně nižších hodnot, avšak v rozmezí standardního průměru, dosáhly Ž3 a Ž4.

Oblast prožívání taktéž úzce souvisí s pohybem. Právě provádění pohybové aktivity vyplavuje endorfíny, též označované za hormony štěstí. Tyto hormony se pojí s dobrou náladou a pozitivním způsobem ovlivňují právě pocity spokojenosti s vlastní osobou či spánkem. Pohybová aktivita navíc napomáhá při udržování postavy jedince. Taktéž Paulík (2017) naráží na vliv pohybové aktivity na kosterní a svalovou soustavu jedince, zvláště z hlediska zvyšování a udržování fyzické kondice a zdokonalování fyzického vzhledu. Z pohledu estetického hlediska a sebeposouzení, tuto oblast pak posuzovali respondenti příznivěji, což je v souladu s výsledky dotazníkového šetření i rozhovory s respondenty.

V **doméně sociálních vztahů**, kde je průměrná hodnota 14,98 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006), dosahovali muži opět vyšších hodnot. Konkrétně respondenti M1 a M3 dosáhli nadprůměrných hodnot. Respondenti M2, M4 a M6 dosahovali mírně vyšších hodnot a nacházeli se tak slabě nad průměrem, ale stále v rozmezí směrodatné odchylky. M5 dosáhl hodnoty nejnižší. Nadprůměrné hodnoty v oblasti sociálních vztahů nedosáhla žádná žena. Respondentky Ž1, Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 dosáhly lehce vyšších hodnot nad samotným průměrem, ačkoli v rozmezí směrodatné odchylky. Nejnižší hodnoty dosáhla Ž4, avšak stále se pohybovala v hodnotě směrodatné odchylky, tedy určitého průměru.

Z výsledků je patrné, že oblast sociálních vztahů je u respondentů poměrně dobře saturována. Za významný faktor, který napomáhá naplnění společenského statutu, lze považovat právě pravidelné setkávání s lidmi při skupinovém cvičení. Senioři se v důsledku setkávání s ostatními lidmi necítí v důchodu tolik osamocení a mnohdy nabydou nová přátelství. Tvrzení je také v souladu s výzkumem Gellerta, Ziegelmana a Schwarzera (2012), kteří uvádí, že jedinci jsou spíše motivováni k vykonávání pohybových aktivit v důsledku setkávání se s ostatními lidmi. Dochází tak k naplnění společenského

statutu. Taktéž Hátlová a kol. (2014) se zmiňují o zapojení seniora do společenského kolektivu při vykonávání pohybových aktivit, což má pozitivní vliv na jejich psychiku.

V **doméně prostředí** uvádí autorky Dragomirecká a Bartoňová (2006), naměřených populačních norem průměrnou hodnotu 13,30. Nadprůměrných hodnot dosáhli respondenti M1, M2, M3, M4 a M5, což svědčí o jejich spokojenosti s prostředím v Olomouci. Respondent M6 dosáhl hodnot v rozmezí směrodatné odchylky, přesto mírně nad průměrem. Respondentky Ž1, Ž2, Ž5 a Ž6 dosáhly nadprůměrných hodnot. Respondentky Ž3 a Ž4 dosáhly lehce vyšších hodnot nad samotným průměrem, přesto v rozmezí směrodatné odchylky.

Oblast prostředí byla hodnocena mírně nižšími hodnotami, než oblasti ostatní. Respondenti hodnotili oblast, ve které žijí. Časté příčiny nižšího hodnocení byly v důsledku nadměrného množství aut a emisí. Za další důvod nižšího hodnocení uváděli nespokojenost s dopravou ve svém okolí. Oproti tomu velice kladně hodnotili otázku finančního dostatku k saturaci vlastních potřeb, což je zajímavý fakt, z hlediska relativně nízkých důchodů.

Na otázku **celkové kvality života** respondenti muži, konkrétně M1, M5, volili nejvyšší možnou hodnotu pětibodové škály a dosáhli tak nadprůměrné hodnoty ve srovnání s populační normou dotazníku WHOQOL-BREF od autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006). M2, M3 a M6 se pohybovali se svými odpověďmi mírně nad průměrem. M4 dosáhl podprůměrné hodnoty. Respondentky ženy dosahovaly vyšších hodnot v porovnání s muži. Respondentky Ž3 a Ž6 dosáhly nadprůměrných hodnot ve srovnání s populační normou dotazníku WHOQOL-BREF. Ž1, Ž2, Ž4 a Ž5 se pohybovaly se svými odpověďmi mírně nad průměrem, všechny na pětibodové škále zvolily, že kvalitu života hodnotí jako dobrou, obodovanou 4 body. Na otázku **spokojenosti se zdravím** v odpovědích dosáhl nejvyšší hodnoty opakovaně respondent M1, respondenti M2, M3, M4, M5 a M6 dosáhli mírně nadprůměrných hodnot. U respondentek žen dosáhla nadprůměrné hodnoty Ž6. Lehce vyšších hodnot než je průměr dosáhly Ž1, Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6.

Příčinu, která svou částí přispívá k naplnění kvality života, a s ním spojenou subjektivně prožívanou spokojenost se zdravím, spatřujeme právě ve vykonávání pravidelné pohybové aktivity. Tyto pocity uváděli i respondenti.

ZÁVĚR

Diplomová práce se snažila nalézt odpověď na otázku, zda pohybové aktivity ovlivňují zdravotní stav seniorů. Pro její zodpovězení byl využit kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky kvalitativních rozhovorů byly dále podpořeny výstupem WHOQOL-BREF metodiky, která porovnává dosažené hodnoty respondentů s populačními normami.

Pohybové aktivity mají značný vliv na kvalitu prožitého života a aktuální zdravotní stav respondentů. Všichni respondenti dokončili středoškolské či vysokoškolské studium. K pohybovým aktivitám byli svými rodiči směřováni od útlého věku. Své mládežnické sportovní aktivity následně přenášeli do osobního života i v dospělém věku, snaží se je provozovat i v důchodu. Většina respondentů si nedokáže představit současný život bez sportovních aktivit a někteří v seniorském věku konečně našli dostatek volného času pro jejich realizaci. V tomto ohledu hraje bezesporu významnou roli, jakou profesi respondenti vykonávali. Z pohledu kvality života a v souladu s finančním zabezpečením je bezesporu zajímavým faktem, že s výjimkou jednoho respondenta jsou všichni spokojeni s příjmem, i když výše starobních důchodů v ČR dosahuje v evropském měřítku nejnižších hodnot.

Vhodně zvolená pohybová aktivita je jednoznačně preventivním a protektivním faktorem životního stylu jedince v každé fázi jeho života. Zjištění potvrdily výsledky z polostrukturovaných rozhovorů a dotazníkového šetření. Respondenti ve srovnání s populačními normami dosahovali nadprůměrných hodnot. Dále také v rozhovorech uváděli pozitivní dopad pohybových aktivit na jejich zdravotní stav. Zdraví přímo ovlivňovalo prožívání jedince. Pohybová aktivita bezesporu významným způsobem napomáhá udržení tělesné kondice a správnosti fungování celého organismu. Nutno podotknout, že je vhodné pohybovou aktivitu vždy přizpůsobit věku a možnostem organismu člověka, jelikož nadměrná zátěž určité části těla se následně v pozdějším věku může podepsat na zdravotním stavu jedince.

V další možné práci výzkumného charakteru by bylo vhodné se zaměřit na větší počet respondentů. Dle mého názoru by bylo zajímavé vytvořit přímo pohybovou nabídku pro seniory z pohledu stanovených věkových skupin. Například výzkumné šetření zaměřit na mladší seniory ve věku 60 až 74 let a starší seniory ve věku 75 let a výše. Výzkum by se mohl zabývat doporučovými pohybovými aktivitami pro seniory a směřoval by k vytvoření ověřené pohybové nabídky pro tyto jedince.

Diplomová práce může posloužit jako informační materiál pro seniorskou populaci či širokou veřejnost, při hledání informací o stáří, stárnutí či kvalitě života. Tato práce může být případně také informačním zdrojem pro jedince, kteří přemýšlí, jakou pohybovou aktivitu zvolit ve svém životě.

Prováděný výzkum pro mě byl ohromnou zkušeností a umožnil mi nahlédnout do života vybrané seniorské skupiny lidí. Sama jsem tak získala lepší pohled na etapu stáří a stárnutí. Do budoucna si určitě vezmu ponaučení a začnu provádět pravidelně pohybové aktivity.

SOUHRN

Diplomová práce se soustřeďuje na téma kvality života seniorů v závislosti na jejich předchozích pohybových aktivitách. Cílem práce bylo zjistit, jak může pohybová aktivita ovlivnit kvalitu života seniorů a také jakým způsobem pohybová aktivita ovlivňuje jejich zdravotní stav.

Teoretická část práce v první kapitole vymezuje základní pojmy vztahující se k problematice stáří, charakterizuje stárnutí a stáří, zaměřuje se na periodizaci stáří, poukazuje na změny ve stáří a životní styl seniorské populace. Druhá kapitola předkládá obecné poznatky o kvalitě života. Závěrečná kapitola teoretické části se zaměřuje na pohyb a pohybovou aktivitu a přibližuje možnou pohybovou nabídku pro seniory.

Praktická část práce zachycuje výsledky výzkumného šetření realizovaného na základě rozhovorů a dotazníkového šetření u vybrané skupiny respondentů. Analýzou dat bylo zjištěno, že při pravidelné pohybové aktivitě jedinci hodnotí vlastní kvalitu života velice kladně, mnohdy až nadprůměrně, než stanovená populační norma.

SUMMARY

The diploma thesis focuses on the quality of life of seniors, depending on their previous physical activities. The aim of the work was to find out how the physical activity can influence the quality of life of seniors and also how the physical activity affects their health condition.

The theoretical part of the work in the first chapter defines the basic concepts related to age, characterizes aging and old age, focuses on the periodization of old age, shows the changes in old age and the lifestyle of the senior population. The second chapter presents general knowledge of the quality of life. The final chapter of the theoretical part focuses on movement and movement activity and brings about a possible movement for seniors.

The practical part of the thesis reflects the results of the research conducted on the basis of interviews and the questionnaire survey of a selected group of respondents. By analyzing of data, it was found out that in regular physical activity, individuals evaluate their own quality of life very positively, often above the average of the established population standard.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ALBUQUERQUE, A.P.A a kol. 2016. Physical activity: Relationship to quality of life and memory in older people. *Science and Sports* [online], 7 s. [cit. 2017-09-30]. DOI: 10.1016/j.scispo.2016.09.006. ISSN 1778-4131.
2. BOČKOVÁ, L., HASTRMANOVÁ, Š. a E. HAVRDOVÁ. 2011. *50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Praha: Respekt institut, 95 s. ISBN 978-80-904153-2-4.
3. BUNC, V., HRÁSKÝ, P. a M. SKALSKÁ. 2014. Pohybové aktivity seniorů - benefity a možná rizika. In: *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Praha: Karolinum, 185-197 s. ISBN: 978-80-246-2628-4.
4. CUMMINS, R. A. The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. In: MAREŠ, J. 2014. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *General Practitioner / Praktický Lékař* [online]. 94 (1), 22-31 s. [cit. 2017-09-21]. ISSN 0032-6739.
5. ČELEDOVÁ, L. a kol. 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 511 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
6. ČEVELA, R., KALVACH Z. a L. ČELEDOVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
7. ČEVELA, R a kol. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
8. ČSÚ. *Aktuální populační vývoj v kostce*. Praha: ČSÚ. [online]. [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
9. DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
10. DRAGOMIRECKÁ, E. a J. PRAJSOVÁ. 2009. *WHOQOL OLD*. Psychiatrické centrum, 72 s. ISBN: 978-80-8714-205-9.
11. BOWLING, A. a Z. GABRIEL. 2007. Lay theories of quality of life in older age. *AGEING* [online], 27, 827-848 s. [cit. 2017-09-21]. ISSN 0144-686X.

12. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L. a J. DUBSKÝ. 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
13. DÝROVÁ, J. a H. LEPKOVÁ. 2008. *Kardiofitness: vytrvalostní aktivity v každém věku*. Praha: Grada, 189 s. ISBN 978-80-247-2273-3.
14. DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
15. FIALOVÁ, D. a D. VLASTNÍKOVÁ. *Pohybová aktivita vybrané skupiny seniorů*. In: MOKRÁ, S. a J. WITTMANNOVÁ. 2016. Monitorování ukazatelů tělesné zdatnosti u pravidelně cvičících seniorů. Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi [online]. 7(2), 53-61 s. [cit. 2018-01-18]. ISSN 1804-4204.
16. GELLERT, P., ZIEGELMANN, J. P. a R. SCHWARZER. 2012. Affective and health-related outcome expectancies for physical activity in older adults. *Psychology* [online]. 27(7), 816-828 s. [cit. 2018-01-17]. ISSN 0887-0446.
17. GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Přeložila Vlasta WIRTHOVÁ. Praha: Grada Publishing, 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
19. HÁTLOVÁ, B. a kol. Aktivní životní styl a jeho vliv na osobnost senior starších 60 let. In: Štěpánková, H. a Šlamberová R. 2014. Stárnutí 2014: Sborník příspěvků z Gerontologické mezioborové conference 3. LF UK v Praze: 24. – 25. Října. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta, 34-40 s. ISBN 978-80-87878-11-8.
20. HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
21. HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 239 s. Studijní texty. ISBN 978-80-7419-106-0.
22. HOJDA, Z. a kol. 2009. *Věché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia, 2009, 325 s. ISBN 978-80-200-1691-1.
23. HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
24. HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 115 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4772-9.
25. JANIŠ, K. a J. SKOPALOVÁ. 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 156 s.

- Pedagogika. ISBN 978-80-247-5535-9.
26. JEŘÁBEK, H. a kol. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
 27. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. a C. BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
 28. KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
 29. KLENER, P. a kol. 2006. *Vnitřní lékařství*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
 30. KLESCHT, V. 2010. *Mládněte i po 45!: [pět pilířů zdraví a síly]*. Brno: Computer Press, 256 s. ISBN 978-80-251-3172-5.
 31. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
 32. KUBRYCHTOVÁ BÁRTOVÁ, H. a R. STUHLÍK. 2007. *Jóga: jak si vybrat tu pravou*. Praha: Grada, 205 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-2071-5.
 33. KUCKIR, M. a kol. 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
 34. LEE, I-Min. a kol. 2012. Articles: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide. *The Lancet* [online]. 380(9838), 219-229 s. [cit. 2017-09-30]. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9. ISSN 0140-6736.
 35. LIBIGEROVÁ, E. a H. MÜLLEROVÁ. 2001. Posuzování kvality života v medicíně. *Česká a Slovenská psychiatrie*. č. 4, 183-186 s. ISSN 1212-0383.
 36. LORMAN, J. 2006. Postavení a diskriminace seniorů v České republice: Existuje diskriminace a zneužívání seniorů v ČR? In: *sborník z mezinárodní konference, kterou uspořádalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Českou geriatrickou a gerontologickou společností v rámci XI. Celostátního gerontologického kongresu v Hradci Králové dne 25. listopadu 2005*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 139 s. ISBN 80-868-7852-X.
 37. MAREŠ, J. 2014. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *General Practitioner / Praktický Lékař* [online]. 94(1), 22-31 s. [cit. 2017-09-21]. ISSN 0032-6739.
 38. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

39. MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
40. MOKRÁ, S. a J. WITTMANNOVÁ. 2016. Monitorování ukazatelů tělesné zdatnosti u pravidelně cvičících seniorů. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi* [online]. 7(2), 53-61 s. [cit. 2018-01-18]. ISSN 1804-4204.
41. MÜHLPACHR, P. 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
42. MÜHLPACHR, P. 2017. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 167 s. ISBN 978-80-7392-260-3.
43. ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
44. PAULÍK, K. 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 362 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5646-2.
45. SAK, P. a K. KOLESÁROVÁ. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 225 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5.
46. SIPE, C. 2017. Tai Chi: The Perfect Balance for Aging Adults. *IDEA Fitness Journal* [online]. 14(8), 26-29 [cit. 2018-01-30]. ISSN 1548-419X.
47. SEDLÁČEK, M. *Případová studie*. In ŠVAŘÍČEK, J. a kol. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
48. SLEPIČKA, P., MUDRÁK, J. a I. SLEPIČKOVÁ. 2015. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 162 s. ISBN 978-80-246-3110-3.
49. ŠIMOVÁ, E. *Kvalita života seniorů*. In: HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 115 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4772-9.
50. ŠKOPEK, M. 2010. *Nordic walking*. Praha: Grada Publishing, 96 s. ISBN 978-80-247-3242-8.
51. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.
52. VAĎUROVÁ, H. a P. MÜHLPACHR. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 145 s. ISBN 80-210-3754-7.
53. VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha:

- Karolinum, 459 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
54. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
 55. VIDOVIČOVÁ, L. a E. GREGOROVÁ. 2008. *My jsme si stáří nezavinili, to čeká každého... Povaha a prevence diskriminace seniorů v ČR*. Praha: Život 90, 91 s. Výzkumné zprávy. ISBN 978-80-254-3808-4.
 56. VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
 57. VYMĚTAL, J. Speciální psychoterapie. In: HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
 58. WARBURTON, D. E. R. a kol. 2010. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition* [online]. 7, 39-258 s. [cit. 2017-11-22]. DOI: 10.1186/1479-5868-7-39. ISSN 1479-5868.
 59. WARBURTON, D. E. R. 2006. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*. 174(6), 801-809 s. DOI: 10.1503/cmaj.051351. ISSN 0820-3946.
 60. WERNEROVÁ, J. a A. ZVONÍKOVÁ. 2016. Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revision* [online], 19(2), 68-73 s. [cit. 2018-04-12]. ISSN 12143170.
 61. WHOQOL GROUP, author. 1993. Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* [online]. 2(2), 153-159 s. [cit. 2017-09-29]. ISSN 0962-9343.
 62. YIN, R.K. Case study research: Design and Methods. In: MAREŠ, J. 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika* [online]. 66(2), 113-142 s. [cit. 2017-09-29]. ISSN 2336-2189.
 63. ZACHAROVÁ, E. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
 64. ZAVÁZALOVÁ, H. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

SEZNAM ZKRATEK

APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation system

ICHS – ischemická choroba srdeční

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire – mezinárodní dotazník fyzické aktivity

LSS – Life Satisfaction Scale - Škála životního uspokojení

MANSA – Manchester Short Assesment of Quality of Life - krátký způsob hodnocení kvality života

MMSE – Mini Mental State Exam - krátký test kognitivních funkcí

MOS Core Measures – Medical Outcomes Survey Core Measures – přehled zdravotních výsledků

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Systém individuálního hodnocení kvalit života

VAS – Visual Analogue Scale - vizuální analogová škála

WHO – World Health Organization - světová zdravotnická organizace

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Assesment – hodnocení kvality života světové zdravotnické organizace

WHOQOL–100 – dotazník World Health organization Quality of Life Assessment

WHOQOL–BREF – dotazník World Health organization Quality of Life Assessment, zkrácená verze

WHOQOL–OLD – dotazník World Health organization Quality of Life Assessment Old

USA – United States of America – Spojené státy americké

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Profil skupiny respondentů	41
Tabulka 2. Populační normy dotazníku WHOQOL-BREF	62
Tabulka 3. Hodnoty dotazníkového šetření WHOQOL-BREF muži	62
Tabulka 4. Hodnoty dotazníkového šetření WHOQOL-BREF ženy.....	62
Tabulka 5. Populační normy dotazníku WHOQOL-BREF pokračování	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věkové složení respondentů (n = 12).....	40
Graf 2. Hodnocení fyzického zdraví muži (n = 6).....	57
Graf 3. Hodnocení fyzického zdraví ženy (n = 6)	57
Graf 4. Hodnocení prožívání muži (n = 6).....	58
Graf 5. Hodnocení prožívání ženy (n = 6)	58
Graf 6. Hodnocení sociálních vztahů muži (n = 6).....	59
Graf 7. Hodnocení sociálních vztahů ženy (n = 6)	59
Graf 8. Hodnocení prostředí muži (n = 6)	60
Graf 9. Hodnocení prostředí ženy (n = 6).....	60
Graf 10. Celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím muži (n = 6)	61
Graf 11. Celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím ženy (n = 6).....	61
Graf 12. Shrnutí hodnocení jednotlivých domén muži (n = 6).....	63
Graf 13. Shrnutí hodnocení jednotlivých domén ženy (n = 6)	63

SLOVNÍK ODBORNÝCH POJMŮ

Home care – domácí péče.

Sarkopenie – neboli úbytek svalové hmoty (Kuckir a kol., 2016).

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Struktura rozhovoru s respondenty

Příloha 2. Informovaný souhlas

Příloha 3. Objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL

Příloha 4. Dotazník WHOQOL-BREF

Příloha 1. Struktura rozhovoru s respondenty

Osobní údaje:

Pan/paní.

Věk.

Rodinný stav.

Bydliště.

Děti.

Vzdělání.

Dřívější zaměstnání.

Finanční zabezpečení.

Zdravotní stav:

Zdravotní potíže.

Soběstačnost.

Spánek.

Energie.

Životní styl:

Stravování.

Volný čas.

Pohybová aktivita:

Pohybové aktivity v mládí.

Pohybové aktivity aktuální.

Motivace ke cvičení.

Spokojenost s vlastním tělem.

Pohybové limity.

Příloha 2. Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pan/paní, souhlasím se svou účastí ve výzkumném šetření Bc. Sylvy Valinčíčové, realizovaném na základě jejího studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto potvrzuji, že souhlasím s využitím údajů, které poskytnu k dalšímu zpracování v diplomové práci s názvem „Kvalita života seniorů v závislosti na jejich předchozích pohybových aktivitách“.

Potvrzuji a souhlasím s rozhovorem, který bude nahráván. Beru na vědomí, že se jedná o výzkumnou činnost a moje účast ve výzkumném šetření je dobrovolná. Souhlasím s tím, že údaje o mé osobě budou využity ke statistickému zpracování, se zachováním důvěrnosti podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V Olomouci dne:

.....
Jméno a podpis účastníka

.....
Bc. Sylva Valinčíčová
(studentka PdF UP v Olomouci)

.....
PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
(vedoucí diplomové práce)

Příloha 3. Objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL

Zadatelova adresa: PND: Eva Dvořáková, Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 181 03 Praha 6-Břevnice • fax: 266 003 143 • e-mail: dr.dvojkova@pcp.mz.cuni.cz

**OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE
DOTAZNÍKU WHOQOL**

Jméno a příjmení SYLVA VALINČIČOVÁ		Organizace /	
Adresa [redacted] [redacted]		Telefon [redacted]	
E-mail [redacted]		Fax /	
URL adresa			

Název projektu
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Charakteristika souboru SENIORI	Předpokládaná velikost souboru 10 - 16	Předpokládané datum dokončení DUBEN 2018
---	--	--

Stručný popis projektu

**DOTAZNÍKOVÉ ŽETŘENÍ BUDE
PROVEDENO ZA ÚČELEM ZJISTIT
KVALITU ŽIVOTA U VYBRANÉ
SKUPINY SENIORŮ.**

Objednávám WHOQOL-BREF WHOQOL-100

Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.

Dne **9. 2. 2018** Podpis **Valinčičová**

Příloha 4. Dotazník WHOQOL-BREF

PCP 2003/NUDZ 2015

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádná pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

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

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

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

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

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

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

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Sylva Valinčičová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Chrásková Marie, PaedDr. Mgr. Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Kvalita života seniorů v závislosti na jejich předchozích pohybových aktivitách
Název v angličtině:	The quality of senior's life depending on their previous physical activities
Anotace práce:	Udržování pohybové aktivity u seniorů hraje důležitou roli pro zachování nezávislosti a prožití kvalitního stáří. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je členěna do tří kapitol. První kapitola vymezuje problematiku stáří, charakterizuje stárnutí a stáří, zaměřuje se na periodizaci stáří, poukazuje na změny ve stáří a životní styl seniorské populace. Druhá kapitola předkládá obecné poznatky kvality života. Závěrečná kapitola teoretické části se zaměřuje na pohyb a pohybovou aktivitu a přibližuje možnou pohybovou nabídku pro seniory. Praktická část práce zachycuje výsledky výzkumného šetření realizovaného na základě rozhovorů a dotazníkového šetření u vybrané skupiny respondentů.
Klíčová slova:	Stáří, senior, zdraví, kvalita života, pohybová aktivita
Anotace v angličtině:	Keeping physical activities by seniors plays an important role for the maintaining of independence and for experiencing the old age of good quality. The thesis are divided into the theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter defines the issues of the old age, characterizes ageing and old age, focuses on the periodization of old age,

	<p>shows the changes in old age and the lifestyle of the senior population. The second chapter presents general knowledge of the quality of life. The final chapter of the theoretical sections focuses on movement and movement activity and brings to light a possible movement offer for seniors. The practical part of the thesis reflects the results of the research conducted on the basis of interviews and the questionnaire survey of a selected group of respondents.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Age, senior, health, quality of life, physical activity</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha 1. Struktura rozhovoru s respondenty Příloha 2. Informovaný souhlas Příloha 3. Objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL Příloha 4. Dotazník WHOQOL-BREF</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>80 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>