

Obsah

1	Úvod	8
2	Cíl a úkoly práce	9
2.1	Cíl.....	9
2.2	Úkoly.....	9
2.3	Vědecká otázka	9
2.4	Hypotézy	9
3	Stáří a stárnutí	10
3.1	Stáří	10
3.2	Stárnutí.....	10
3.3	Teorie stárnutí	11
3.4	Příznaky stárnutí.....	12
3.5	Pozitiva stárnutí.....	13
3.6	Stáří a zdraví	13
3.7	Onemocnění typická pro seniorský věk	14
3.7.1	Osteoartróza.....	14
3.7.2	Osteoporóza.....	14
3.7.3	Cévní mozková příhoda.....	15
3.7.4	Další onemocnění typická pro seniorský věk.....	15
3.8	Specifika stárnutí žen	16
4	Aktivní přístup ke stáří	17
4.1	Cesta ke zdravému životu	17

4.2	Tělo se opotřebovává jen tehdy, když s ním nic neděláme.....	18
4.3	Výběr druhu pohybové aktivity	19
4.4	Zatěžování staršího organismu.....	20
4.5	Motivace k pohybu.....	20
4.6	Vliv pohybové aktivity na organismus	21
5	Kvalita života	23
5.1	Kvalita života v období stárnutí a stáří	23
5.2	Definice kvality života	23
5.3	Dimenze kvality života	24
5.4	Přístupy ke kvalitě života	24
5.5	Metody zjišťování kvality života	25
5.5.1	Objektivní metody měření kvality života	25
5.5.2	Subjektivní metody měření kvality života.....	26
5.5.3	Smíšené metody měření kvality života	28
6	Metodika výzkumu	29
6.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	29
6.2	Organizace a průběh výzkumu	29
6.3	Dotazníková metoda.....	29
6.3.1	Dotazník rekreačně pohybových aktivit.....	30
6.3.2	Dotazník zdravotního stavu	30
6.3.3	Dotazník kvality života Q-LES-Q.....	31
6.3.4	Validita dotazníků	32
6.3.5	Reliabilita dotazníků.....	32

6.4	Zpracování a vyhodnocování údajů	33
7	Výsledky a diskuse.....	35
7.1	Antropometrické charakteristiky.....	35
7.2	Další výsledky šetření	38
7.3	Subjektivní vnímání zdravotního stavu.....	39
7.4	Subjektivní hodnocení kvality života dle jednotlivých skupin	40
7.5	Vzájemný vztah sledovaných oblastí výzkumu	45
7.6	Vyhodnocení míry závislosti.....	46
7.7	Testování hypotéz	46
8	Diskuze.....	48
9	Závěr	50
10	Resumé.....	52
11	Cizojazyčné resumé	53
12	Seznam použité literatury	54
13	Seznam příloh	56

1 Úvod

V dnešní době je stáří chápáno spíše jako nutné zlo. Oslavována je krása, mládí, zdatnost a hlavně výkon. Bohužel ve stáří nevidíme zkušenost, moudrost a vyrovnanost, jako tomu bylo dříve.

Pro starého člověka, který se snaží o zdravé a pozitivní stáří je velmi důležité to, jak vidí sám sebe, ale také to, jak ho vnímáme my. Budeme-li nahlížet na stáří pouze z té negativní stránky, bude i náš kontakt se starými lidmi tímto negativním zbarvením poznamenán a budeme se snažit o jeho potlačení. Budeme-li však hledat pozitivní stránky stáří, připravíme si pozitivní klima pro spolupráci a konkrétní pomoc.

Přiměřená pravidelná pohybová aktivita prováděná v průběhu celého života, ale i ta, pro kterou se člověk rozhodne v kterémkoliv věku, může pozitivně ovlivnit průběh a kvalitu prožívání života ve stáří. A jsme to právě my, kdo jim tuto závěrečnou etapu života může prostřednictvím pohybových cvičení, vycházek a jiných aktivit zpříjemnit a ulehčit.

Průměrný věk populace se v současné době výrazně zvyšuje. Je proto snahou společnosti najít způsob, jak umožnit lidem ve vyšším věku žít smysluplně, zajímat se o své okolí, prožívat radosti i starosti a především zajistit, aby jim toto všechno prožívat, umožnilo jejich zdraví.

V naší práci jsme zjišťovali, zda existuje souvislost mezi subjektivním vnímáním kvality života a prováděním pohybových aktivit ať už řízených nebo samostatně organizovaných. Dále jsme zjišťovali, do jaké míry má aktivní způsob života vliv na ovlivňování zdravotního stavu jedince ve vyšším věku.

2 Cíl a úkoly práce

2.1 Cíl

Cílem této diplomové práce je zjistit, zda existuje vztah mezi subjektivním hodnocením kvality života seniorek v důchodovém věku, jejich zdravotním stavem a pravidelným prováděním pohybových aktivit.

2.2 Úkoly

1. Výběr dotazníku vhodného pro průzkum kvality života seniorek.
2. Distribuce dotazníků k seniorkám a jejich následný sběr.
3. Vyhodnocení dotazníků a statistické zpracování výsledků.
4. Na základě teoretických podkladů a výsledků vlastního šetření vytvořit ucelený soubor poznatků.

2.3 Vědecká otázka

1. Má pravidelné provádění pohybových aktivit vliv na subjektivní hodnocení kvality života seniorek?
2. Má pravidelné provádění pohybových aktivit vliv na zdravotní stav seniorek?

2.4 Hypotézy

H₁ Pravidelné provádění pohybových aktivit u seniorek ovlivňuje subjektivní hodnocení jejich kvality života.

H₂ Pravidelné provádění pohybových aktivit u seniorek ovlivňuje jejich zdravotní stav.

3 Stáří a stárnutí

3.1 Stáří

Co je to stáří? To je otázka, na kterou stále neznáme přesnou odpověď. Žádná učebnice gerontologie ani jiné publikace zabývající se stářím neuvádějí, nebo lépe, nepostihují přesně pojem stáří. Existuje mnoho definic, žádná z nich však není naprosto uspokojivá.

K pochopení stáří nám může pomoci fakt, že život každého jedince se skládá z jednotlivých vývojových stádií. Tato stadia jsou charakterizována jak strukturálními, tak i funkčními změnami ve vztahu k sociálnímu i přírodnímu prostředí. Každé takové stádium se skládá ze specifických charakteristik pro dané období a tím se jednotlivá vývojová stadia od sebe odlišují. Každé vývojové stádium souvisí s těmi předcházejícími, a ty stáří vtiskávají specifickou tvář, zanechávají stopy. (Pacovský, 1990)

Typické rysy stáří shrnuje ve své publikaci Pacovský (1990) takto: „Stáří je přirozenou, ale poslední etapou ontogenetického vývoje. Stejně jako jiná vývojová stadia, má i stáří specifické biologické znaky, které jej odlišují od předcházejících životních etap. Stárnutí v úzkém slova smyslu je přechodnou vývojovou periodou mezi dospělostí a stářím. Stárnutí a stáří jsou geneticky nakódovány, řídí se druhově specifickým časovým zákonem. Podléhají formativním vlivům prostředí. Strukturální i funkční změny vzniklé při fyziologickém stárnutí a stáří mají převážně regresivní charakter, jsou nevratné, neopakují se.“

3.2 Stárnutí

Než-li nastoupí samotné stáří, předchází mu období, které můžeme nazvat stárnutí. Toto období můžeme považovat za přechodné období mezi dospělostí a stářím. Jak uvádí Pacovský (1990) „probíhá biologické stárnutí v období 60 - 75 let věku, vlastní stáří nastupuje kolem 75 let.“ Právě v tomto věku lze u většiny populace zjistit určité jevy, typické pouze pro toto stádium.

Stárnutí je přirozený a biologicky zákonitý proces, při kterém působí mnoho vzájemně působících faktorů ze skupin genetických podmínek a faktorů zevního

prostředí. Je charakteristické sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv. Prvotně přináší změny struktury a následně i změny funkcí, jakými jsou zpomalování a úbytek. Některé tělesné vlastnosti jsou neměnné, jiné se dokonce zlepšují. (Pichaud, 1998)

3.3 Teorie stárnutí

Stejně jako je tomu u definice stáří, neexistuje zatím ani teorie stárnutí, která by stoprocentně vyhovovala, přestože teorií a hypotéz je mnoho. Studium proces stárnutí je však obtížné. Odborníci shromáždili již velké množství poznatků, zatím se však jedná o poznatky izolované a chybí důkaz jejich vzájemných souvislostí. Zejména je obtížné rozhodnout, který jevy jsou příčinami a které důsledky stárnutí.

Stárnutí je vždy proces asynchronní. Nástup morfologických a funkčních změn nastává v ontogenetickém vývoji jedince v různou dobu a pokračuje rozdílnou rychlostí. Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle a dokonce není shoda ani v dynamice stárnutí různých funkcí téhož orgánu. Podle stárnutí té či oné izolované funkce nelze tedy usuzovat na stárnutí celého organismu. V tom je jedna z příčin, proč je tak obtížné v klinické praxi určovat individuální funkční věk. (Pacovský, 1990)

Stárnutí má vysoce individuální charakter, každý jedinec stárne podle vlastního programu. Proto se kalendářní věk nekryje s věkem funkčním.

- Kalendářní věk je dán datem narození a opírají se o něj právní i společenské normy. Věk určuje školní docházku, hranici plnoletosti, nárok na odchod do důchodu apod. Kalendářní vymezení je jednoduché a snadné pro srovnání.

V roce 1980 přijali světoví gerontologové dohodu o „věkové kategorizaci“, která dělí lidský život na patnáctileté periody. Tato kategorizace je uvedena např. v literatuře Příhody (1974) a jako hranici stáří označuje věk 60 let.

15 – 29	postpubescence a mectíma
30 – 44	adultium
45 – 59	interevium, střední věk

60 – 74	senescence, počínající, časné stáří
75 – 89	kmetství, senium, vlastní stáří
90 a více	patriarchum, dlouhověkost

- Biologický věk je podmíněn z převážné části (60% - 70%) genetickými faktory a z necelé poloviny (30% - 40%) vnějšími podmínkami. Proto je také běžné, že dva lidé stejného kalendářního věku mají velice rozdílný biologický věk. (Štilec, 2004) Na biologickém stáří se podílí úbytek funkcí orgánů, působení vnějšího prostředí, předchozí způsob života a také přítomnost či nepřítomnost nemoci.

Určování biologického věku je složitý proces a přesné metody dosud nebyly nalezeny.

3.4 Příznaky stárnutí

Jak čas působí na lidskou bytost, objevují se více či méně zjevné fyziologické změny: úbytek a šedivění vlasů a chlupů, sraštění a vysušení kůže, slábnutí zraku, zhoršení sluchu, ubývání kostní hmoty, snížení tolerance námahy, zhoršení dýchání, změny hormonální, přestavba imunitního systému. (Pichaud, 1998)

Jedním z nejobecnějších příznaků stárnutí je zpomalení psychické činnosti. Čím je podnětová situace složitější, tím výraznější je rozdíl v rychlosti reakce mezi mladšími a staršími. Za úbytek rychlosti reakce i kognitivní pokles je odpovědné zpracování situace v centrálních procesech. Starším lidem proto nevyhovují činnosti náročné na rychlé rozhodování nebo činnosti pod tlakem. (Štilec, 2004)

Nedostatky ve smyslovém vnímání u některých jedinců vyvolávají emoční problémy, jako jsou úzkost, deprese nebo výbušnost. Nejhuře je snášen úbytek sluchu, komplikace vyvolává zhoršení zraku, někdy i čichu. Příčiny některých obtíží starých lidí si jejich okolí uvědomuje, některé však chápe obtížněji. To u takto postižených lidí může vyvolat podezřívavost a podrážděné reakce. (Štilec, 2004)

Stárnutí také postihuje celý pohybový aparát, což má velmi negativní vliv na denní rutinu života. Postupně dochází k omezení kloubní pohyblivosti, poklesu rychlosti

a obratnosti, později i síly a vytrvalosti. Příčinami jsou snížení rychlosti svalové kontrakce a úbytek svalové hmoty. (Spiriduso in Štílec, 2004)

3.5 Pozitiva stárnutí

Slova „starý“ a „stáří“ se v podvědomí lidí pojí převážně s negativními pojmy, jako být bez energie, nedoufat, chátrat, ztrácet blízké lidi. Ne však všichni staří lidé jsou protivní dědci a báby, kteří prosedí celý den u okna.

Stáří nemusí znamenat nutně jen úpadek, muže také přinášet ovoce. Tím je moudrost, shovívavost, humor, tichost, schopnost vidět věci a lidi do hloubky, rozeznávat pozitiva v samotě, nacházet smysl života a smrti. (Pichaud, 1998)

Velmi často dochází vlivem dlouhodobých zkušeností ke zklidnění a zmoudření jedince. Zvyšuje se trpělivost a přesnost při provádění některých činností. Často tito lidé oplývají větším pochopením pro problémy ostatních, jsou stálejší v názorech a vztazích. Rozvaha při jednání a vystupování se zvyšuje, roste schopnost odlišit podstatné od nepodstatného. (Říčan, 1990)

I ve stáří je možné dosáhnout nových poznatků a využít nových možností. Člověk může v každém věku něco získávat a vyvíjet se, nebo také ztrácet a strádat. Po celý život dělá člověk pokroky, vyrovnává se se ztrátami, nedostatky, truchlí nad ztrátami drahých lidí a jen takto může žít naplno. (Pichaud, 1998)

3.6 Stáří a zdraví

Zdraví je vysokou hodnotou a přítomnost nemoci vždy znamená zhoršení kvality života. Se snížením fyzické i psychické výkonnosti je potřeba počítat u všech stárnoucích lidí.

I když neexistují nemoci charakteristické pro stáří nebo je jich jen velmi málo, je nutné uznat, že i ve stáří může být člověk nemocný a snad i častěji, protože v procesu stárnutí organismus oslabuje. (Pichaud, 1998)

Zdravotnický systém u nás není dobře adaptován na druh péče, kterou staří lidé potřebují. Pro staré lidi by bylo důležitější poruchám organismu předcházet, než je léčit.

Nejde tedy tolik o to, aby se lékaři snažili „uzdravit stáří“ ale aby starému člověku pomáhali žít. (Pichaud, 1998)

Problémem je neochota lidí zabývat se prevencí pro udržení kvality života a oddálení nepříjemných involučních změn. Lidé spíše začínají situaci řešit až na začátku zdravotních potíží. (Štílec, 2004)

3.7 Onemocnění typická pro seniorský věk

3.7.1 Osteoartróza

Klouby v těle tvoří přesnou a jemnou mechaniku, pokrytou chrupavkami, zajišťujícími pružnost a ohebnost, do níž se zasouvají kosti (Pichaud, 1998).

Artróza je nejčastějším onemocněním starých lidí. Jedná se o degenerativní postižení kloubů, které vzniká v dospělosti a je důsledkem nerovnováhy mezi kvalitou chrupavky a zatížením kloubu. Není chorobou v přesném slova smyslu. Jedná se o proces stárnutí chrupavčité tkáně kloubu. Nejčastěji postihuje rameno, loket, zápěstí kyčel, koleno a kotník. (KFE, 2012)

V kloubu dochází ke zvýšené tvorbě kloubní tekutiny, která znemožňuje výživu chrupavky. Postupně dochází k omezení pohybu, nerovnoměrnému zatížení kloubu a bolestem. Poslední fází je rozpad kloubu. Jediným řešením je pak chirurgický zákrok. (KFE, 2012)

Příčinami vzniku jsou genetické faktory, vliv povolání, sportu a tělesné hmotnosti. Mezi prvotní příznaky patří bolesti, otoky a celková únavnost postiženého kloubu. (KFE, 2012)

Základem léčby je každodenní cvičení – kondiční, bez zatížení, na čerstvém vzduchu, jakými jsou např. jízda na kole, nordic walking, cvičení v bazénu nebo plavání. Dále je nutné se vyhnout statickému přetěžování kloubu a sedavému způsobu života. (KFE, 2012)

3.7.2 Osteoporóza

Jedná se o metabolické onemocnění, při kterém dochází k úbytku kostní tkáně, řídnutí kostí, které vede ke zvýšené křehkosti kostí. Takto postižená kost ztrácí pevnost

a pružnost a tím i odolnost vůči zatížení. Zejména u žen ve vyšším věku vede k nebezpečí zlomenin, zvláště v krčku a zborcení páteře. Kromě zvýšeného úbytku kostní tkáně u žen po skončení menstruačního cyklu ovlivňují vznik osteoporózy také nesprávná výživa a nedostatek pohybu.

Léčba osteoporózy vyžaduje aktivní spolupráci pacienta s lékařem, a to zejména v dodržování doporučení týkajících se životosprávy a přiměřené pohybové aktivity. (KFE, 2012)

3.7.3 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je v současné době velmi závažným problémem nejen medicínským ale i sociálním, ekonomickým a etickým. CMP je způsobena zastavením oběhu (trombóza, embolie) nebo prasknutím cévy, které následně vyvolá krvácení. Podle intenzity mozkové příhody a centra poškození může u pacienta nastat částečná (pravá nebo levá polovina těla) nebo celková porucha hybnosti, poruchy rovnováhy, citlivosti, poruchy řeči, paměti, pozornosti, poruchy zraku nebo kontinence. CMP může vyvolat kóma.

3.7.4 Další onemocnění typická pro seniorský věk

Mezi další typická onemocnění se řadí ateroskleróza, která postihuje tepny a projevuje se tvrdnutím jejich stěn, které jsou normálně pružné. Toto tvrdnutí je způsobeno hromaděním tuků. Nahromaděný tuk tvoří zúžení průsvitu tepny a špatné prokrvení. Nemoc může vyvolávat kouření, nadměrné množství cholesterolu, obezita nebo stáří. (Pichaud, 1998)

Ateroskleróza je také jednou z příčin dalšího onemocnění zvaného ischemická choroba srdeční. Jedná se o onemocnění srdce, způsobené nedostatečným přívodem kyslíku i ostatních energetických látek do srdce koronárními tepnami přiváděných.

Deprese je onemocnění, kterým může trpět člověk v jakémkoliv věku. Lidí s depresí nad 65 let věku je více než 30%. K rozvoji nemoci dochází většinou po nějaké závažné události, jako je úmrtí, nehoda nebo nemoc. Mezi příznaky patří nespavost, neustálá únava, pocit smutku, úporné bolesti a neochota vycházet ven, setkávat se

s lidmi ani se pohybovat. Neléčená deprese může trvat velmi dlouho. Psychické problémy člověk spíše tají a jen malé procento nemocných vyhledá odbornou pomoc.

Mnohé dlouhodobé studie prokazují kladný vliv pohybových činností na jedince s depresemi, pocity strachu a nedůvěry v sebe sama. Tělesná cvičení tak mohou být možností, jak si člověk s depresí může pomoci sám. (Štílec, 2004)

3.8 Specifika stárnutí žen

Ženy mají na celém světě vyšší pravděpodobnost dožití než-li muži. Proto je také ženská populace starší. Průměrná délka života je u mužů a žen značně rozdílná. U mužů se pohybuje kolem 73 let u žen až kolem 80 let. Zásadním faktem je, že tento rozdíl se v posledních několika desítkách let stále zvětšuje. V důsledku toho, žijí starší ženy bez partnera častěji než starší muži bez partnerek. Ženy jsou také častěji vdovami, naproti tomu starší muži jsou častěji ženatí. Tento jev je možné pozorovat ve věkových skupinách od 50 let. Se zvyšujícím se věkem je tento fakt stále více markantnější.

Ženy a muži čelí v průběhu celého života odlišným rizikům např. na trhu práce nebo ve zdraví. Jiné jsou také potřeby žen. Zdraví žen je obecně horší, než zdraví mužů. Typická věkově podmíněná onemocnění u žen jsou např. Alzheimerova choroba či osteoporóza.

I vzhledem k těmto faktům je zásadní, aby se právě starým ženám a zlepšováním jejich podmínek stárnutí věnoval vyšší zájem z řad odborníků.

4 Aktivní přístup ke stáří

„Na věku nezáleží,“ dosvědčuje zdatný stoletý muž. „Stárnutí probíhá pomalu, cítíme ho den ode dne o trošku víc“, a bez špetky fatalismu dodává: „Objevují se potíže, ale jsem tolik zaměstnaný, že nemám čas na ně myslet.“ V životě člověka přijdou události, jako je nehoda, smrt partnera, které mohou být „odrazem k prudkému pádu do stáří“, ale i v těchto situacích existují řešení, jak se tomu bránit: zaměstnávat se, naplňovat volný čas, navazovat nové vztahy. (Pichaud, 1998)

Kant ve svém filozofickém pojednání *Kritika soudnosti* dospěl k závěru, že stáří je pouze závěrečnou etapou života, o které rozhodujeme celý život svými postoji, jednáním, chováním a celkovou pílí. Jde tedy pouze o vyústění celoživotního snažení. (Štilec, 2004)

Mnozí si neuvědomují, že není potřeba ptát se, co má být obsahem té poslední etapy, že obsah i forma vlastního stáří je dána obsahem a stylem celého dosavadního života, že stáří je vyvrcholením individuálního přístupu, lidské jedinečnosti. (Štilec, 2004) Umění stárnout je vlastně umění žít.

„Stárneme stejným způsobem, jakým jsme žili.“ Kdo byl vždycky energický a optimistický, nemá důvod, proč by se náhle změnil. Pokud k takové změně v chování člověka dojde, mělo by to být pro okolí varováním. Nestačí se odvolávat na větu „to je věkem!“, často tyto náhlé změny mohou ohlašovat začínající tělesné nebo duševní onemocnění. (Pichaud, 1998)

4.1 Cesta ke zdravému životu

Organismus každého člověka je odlišný a kromě genetických předpokladů se na něm podílí i zvolený způsob života, tedy kvalita sociálního prostředí, udržování fyzické zdatnosti, stravovací návyky a psychické projevy k sobě samému i svému okolí. Člověk, trvale pečující o své psychické i fyzické zdraví, nebo ten, kdo zmoudří a začne se o něj starat aspoň v dospělosti, má větší šanci na kvalitní život i ve vyšším věku. (Štilec, 2004).

Cestu ke zdravému životu je vhodné začít pozvolnou, dobrovolnou proměnou svých životních preferencí, to znamená obrátit se k sobě samému. Zaměřit se na sebe znamená převzít odpovědnost za vlastní život, včetně zdraví. (Štílec, 2004)

Důležitost a posuzování hodnot není omezeno věkem, člověk může i v pozdním věku svůj hodnotový rejstřík měnit a dokáže ho obohacovat po celý svůj život.

Všechny civilizační neduhy nejsou ničím přirozeným. Jedním z významných faktorů, který aktivnímu přístupu k životu pomáhá bez ohledu na věk, je přiměřený tělesný pohyb. Člověk žije smysluplně a je relativně zdrav, když se dostatečně pohybuje, plně dýchá, žije v rytmu s přírodou, rozumně se vyživuje, má svěží a pozitivní mysl a udržuje dobré vztahy se světem. (Kubičková in Štílec, 2004)

4.2 Tělo se opotřebovává jen tehdy, když s ním nic neděláme

Pohyb je základní potřebou každého živého tvora včetně člověka, stejně tak jako i veškerý život se projevuje pohybem. Navzdory tomu je snižování množství pohybu jedním z průvodních jevů současného životního stylu všech věkových kategorií. Důsledkem toho je zhoršený zdravotní stav, pokles duševní i fyzické výkonnosti a zvýšení výskytu civilizačních onemocnění. (Štílec, 2004)

Zejména u seniorů jsou to styl života a zdravotní stav, kteří ovlivňují jejich nezávislost a soběstačnost a také celkově zlepšují důstojnost prožívání vyššího věku.

V dnešní době je snahou všech vyspělých zemí světa změnit skeptický pohled na stáří, které bylo a stále je považováno za období smutku, strádání, kam nepatří láska, radost, pohyb a ostatní atributy, spojované převážně s mladším věkem.

Je prokázáno, že vhodné pohybové a relaxační aktivity v souladu s duševně vyváženým stylem života působí pozitivně na oddálení některých involučních jevů organismu, které jsou pro běžně stárnoucí populaci typické. Posilují kondici, psychickou stabilitu a sebedůvěru v sebe sama. (Štílec, 2004)

Pravidelné pohybové aktivity mohou být nejlevnější prevencí v oblasti zdravotní i prožitkové. Zároveň mohou působit motivačně na životní postoj starších, často osaměle žijících lidí. Pohybové aktivity neovlivňují kladně pouze zdraví a tím i

nezávislost jedince, ale také pocit společenské efektivnosti a pozitivní emoce. (Štílec, 2004)

4.3 Výběr druhu pohybové aktivity

Pro volbu pohybových aktivit (PA) vhodných pro všeobecný rozvoj a udržitelnost zdraví a kvality života, lze považovat tři nejdůležitější prvky: prospěšnost zdraví, všeobecnou dostupnost a zábavu. (KFE, 2012) Pohyb by měl navozovat psychickou pohodu, uvolnění, radost a spontánní prožitek (Štílec, 2004)

Názory na otázky jak často a jakou PA bychom měli provádět, tak, aby byla co nejvíce prospěšná zdraví, se různí, nikoliv však rozcházejí. Většinový názor je takový, že nejvhodnější je pravidelná aktivita střední intenzity každý den půl hodiny. Zahraniční zdroje uvádění PA 5x v týdnu stejnou intenzitou. Nejnižší hranice pro udržení zdraví je PA prováděna 2x týdně. Pro rozvoj zdraví je vhodné věnovat se aerobním pohybovým aktivitám a nechávat dostatek času na regeneraci organismu. Volné dny mezi prováděním PA je vhodné vyplnit posilovacím nebo senzomotorickým tréninkem, přiměřeným věku, schopnostem a dovednostem seniora. (KFE, 2012)

Vhodné formy pohybu pro seniory jsou ty, které jsou pomalé, vědomě, klidně a soustředěně prováděné. Pozitivní vnitřní odezvu působí pohyb estetický, který má také kladný psychický vliv. Nejvhodnější aerobní pohybové aktivity jsou zejména ty cyklické, které splňují podmínky dlouhodobě stejné intenzity zatížení. Řadíme mezi ně rychlou chůzi, nordic walking, plavání, jízdu na kole, „běh“, „běh na běžkách“, z indorových aktivit je to jízda na rotopedu, běh či chůze na běžeckém trenažéru, orbitrek a veslování. (KFE, 2012)

Posilovací trénink je zde chápán jako trénink využívající pomůcek typu overball, gym-ball, thera-band, lehké činky do 0,5 kg a zejména gravitaci vlastního těla. (KFE, 2012)

Senzomotorický trénink je možné aplikovat jako součást posilovacího tréninku. Využívá nestabilních plošin, kdy kromě zlepšování kvality kontrakce zlepšuje také schopnost reakce organismu na vnější podněty. Senzomotorický trénink je důležitý pro snižování rizika pádu seniorů. (KFE, 2012)

V tréninku seniorů můžeme propojovat motorické funkce s funkcemi kognitivními, kdy po cvičícím jedinci vyžadujeme např. matematické úkony, sdělování jmen, telefonních čísel apod. Tato forma připravuje starší občany na náročné každodenní situace, kdy je jedinec okolnostmi donucen dělat dvě věci v jeden okamžik.

4.4 Zatěžování staršího organismu

Má-li mít PA pozitivní vliv na zdravý způsob života, musí se jednat o činnost pravidelnou, dlouhodobou a musí dodržovat určité zásady. Mezi tyto zásady patří dodržování celkového objemu pohybových aktivit, přiměřené úsilí provádění činnosti, vhodný výběr činnosti a musí přinášet psychické uspokojení a prožitkovou. Neméně důležité je zvolit optimální rozložení PA v průběhu dne a týdne. (Štílec, 2004)

Doba trvá pohybové aktivity je vždy odvislá od intenzity zatížení, druhu aktivity a výsledku, kterého chceme dosáhnout. Pro zlepšování nebo udržování zdravotního stavu je jako nejvhodnější uváděna dlouhotrvající PA v čase trvání 30 – 45 min. (KFE, 2012)

Intenzita pohybových činností je nejčastěji volena podle hodnoty srdeční frekvence (SF). Jedná se o údaj, který je vždy a všude poměrně přesně a snadno měřitelný. Srdeční frekvenci vyjadřujeme v počtu tepů za minutu a na jejich základě dělíme intenzitu do 4-5 úrovní. Hodnota SF se liší s věkem jedince. Se stoupajícím věkem se maximální tepová frekvence snižuje. Maximální tepová frekvence je údaj, na jehož základě se většinou stanovuje zatížení vhodné pro daného jedince. Nepřímo je možné maximální tepovou frekvenci určit podle Karvonenovy rovnice:

$$SF_{\max} = 220 \text{ tepů/min} - \text{věk měřené osoby}$$

U zdravotně způsobilých jedinců se doporučuje stanovit intenzitu zatížení do 75% jejich maximálního výkonu. Z hlediska bezpečnosti je však pro seniory vhodné, nechat si udělat zátěžový test, který stanoví bezpečnou SF pro cvičební zatížení. (Štílec, 2004)

4.5 Motivace k pohybu

Zdraví je vysokou hodnotou a jeho dlouhodobé udržení by mělo být samo o sobě dostatečnou motivací. Problémem je neochota lidí preventivně se zabývat pohybovými

aktivitami pro udržení kvality života a tím i oddálení nepříjemných involučních změn. (Štilec, 2004)

Zábava a zábavnost je velmi důležitým prvkem PA. Výběr PA by měl být prováděn v souladu se sympatiemi seniora či skupiny seniorů. Vhodným výběrem PA zvyšujeme motivaci pro dlouhodobé provádění PA. Dále je vhodné neprovádět PA sám, ale nejlépe ve dvojici nebo větší skupině. Obecně platí, že při výběru PA by měla být zohledněna dostupnost PA a především nezávislost na vnějších vlivech. Těmi mohou být: nedostatek volného času, dlouhá doba nutná k provozování PA, finanční nedostupnost, specifická vybavení, nepřízeň počasí, nedostupnost zařízení či prostoru, obtížnost pravidel či obtížná technika provádění PA. Všechny tyto vlivy mohou negativně ovlivňovat motivaci k pohybu a tím i pravidelnost pohybové aktivity. (KFE, 2012)

4.6 Vliv pohybové aktivity na organismus

Zdatnost ve vyšším věku je dána nejen současnou pohybovou aktivitou, ale zejména aktivitami, kterým se člověk věnuje v průběhu života dlouhodobě. Funkční kapacita organismu je nejvíce ovlivňována dlouhodobou činností aerobního charakteru, která udržuje dobrou vytrvalost a kondici do vysokého věku. (Spiriduso, 1995)

S přibývajícím věkem dochází ke snižování všech pohybových schopností, proto je důležité, aktivně se snažit je udržovat co nejdéle.

Pohybová koordinace je jednou z hlavních složek pohybových schopností. Jde o schopnost zvládnout složité pohyby, rychlé osvojení určitých dovedností a jejich uplatnění ve složitějších pohybových strukturách. Ve stáří dochází vlivem degenerativních změn organismu ke zhoršování stability postoje a všeobecnému poklesu koordinace a obratnosti. To bývá častou příčinou úrazů starších osob. Jako jejich prevenci je důležité průběžné udržování stabilního postoje prostřednictvím pohybových aktivit. Pohyb rozvíjející obratnostní předpoklady musí být přiměřeně rychlý a koordinačně náročný. Cvičení by měla zatěžovat zejména končetiny. Je dobré se vyvarovat rychlým pohybům s rotací, obrátům, předklonům a přeskokům. (KFE, 2012)

Každý pohyb je prováděn určitou silou a je vyvolán svalovými kontrakcemi. Rozlišujeme sílu statickou a sílu dynamickou. Dostatečná síla dolních končetin je pro seniory jednou ze základních podmínek udržení pohyblivosti a osobní nezávislosti. Fyzicky aktivnější jedinci jsou lépe silově vybaveni než neaktivní jedinci. (Spirduso, 1995) Mezi zásady posilování u starších jedinců patří důkladné uvolnění a protažení svalů před samotným posilováním, posilovat s výdechem a nikdy nezadržovat dech, volit jednoduché cviky na oslabené svalové partie.

5 Kvalita života

5.1 Kvalita života v období stárnutí a stáří

S tím, jak se prodlužuje délka života, stává se také zkoumání faktorů, jež pozitivně ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří, významnější. Vyšší věk je sice charakterizován jako období mnohých psychických i sociálních ztrát a také zdravotních rizik, ale podle provedených studií je možné dobrou kvalitu života, životní spokojenost a emoční pohodu doložit i u seniorů. Jev, kdy se životní spokojenost s věkem nesnižuje, označujeme jako „old age paradox“. Pojem kvalita života je v souvislosti se stářím často zmiňována, přesto je poměrně málo sledována. Většina výzkumů se zaměřuje zejména na životní spokojenost, jednu ze tří složek osobní pohody. (Dragomerická, 2009)

Od 70. let jsou vydávány publikace, zabývající se definováním pojmu kvality života (quality of life – QOL). Podle výzkumů je to zdravotní stav, manželství, samostatné bydlení, sociální zapojení, nepřítomnost deprese a nepřítomnost problémů s alkoholem, co přispívá k vysoké úrovni spokojenosti. (Dragomerická, 2009)

5.2 Definice kvality života

Není nijak jednoduché pojem kvality života vysvětlit. Jde o jev mající mnoho rozměrů, jakými jsou rozměr biologický, neurofyzilogický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický, estetický apod. V zásadě však kvalita života závisí na hledání hodnot v životě člověka. (Mülpachr, 2005)

Pojem kvalita života je používán v mnoha oblastech lidské činnosti. Zahrnuje např. charakteristiku přírodního a sociálního prostředí člověka, fyzický a psychický stav, smysl a užitečnost života i subjektivní hodnocení pohody a spokojenosti. (Vaďurová, Mülpachr, 2004)

Podle WHO můžeme kvalitu života chápat jako to, „*jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*„

5.3 Dimenze kvality života

Na kvalitu života můžeme pohlížet ze dvou úhlů pohledu, z pohledu subjektivního a objektivního. Pohled subjektivní je upřednostňován vzhledem k tomu, že přesněji mapuje kvalitu života daného jedince.

- Objektivní dimenze QOL – to jsou ekonomické, sociální, zdravotní a environmentální podmínky, ovlivňující lidský život.
- Subjektivní dimenze QOL – souvisí s jedincovým vnímání svého postavení ve společnosti a vlastním hodnotovým systémem. Osobní spokojenost pak závisí na jeho životních cílech, očekáváních a zájmech.

Podle WHO se dimenze lidského života člení do čtyř oblastí, oblast fyzického zdraví a úrovně samostatnosti, psychického zdraví a duchovní stránky, sociálních vztahů a prostředí, která zahrnují finanční zdroje, svobodu, bezpečí, domácí prostředí apod. (Vařurová, Mühlpachr, 2005)

5.4 Přístupy ke kvalitě života

Podle oboru, který se kvalitou života zabývá, můžeme rozlišovat několik přístupů.

- Psychologický přístup – z hlediska psychologie jsou předmětem pozorování prožívání, myšlení a hodnocení člověka, potřeba a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace, ale i negativní jevy jako trauma, krize nebo deprese. Dále pak možnost samostatného rozhodování, být sám sebou a porozumění světu jedincem.
- Z medicínského hlediska se na kvalitě života podílí šest oblastí, mezi které patří fyzická stránka, psychická stránka, stupeň samostatnosti, sociální vztahy, životní prostředí a spiritualita.
- Sociologický přístup ke kvalitě života je vymezován vzhledem k životní úrovni, tedy uspokojení potřeb, ke způsobu života, jeho charakteru, obsahu a struktuře a k životnímu stylu, normám a zvyklostem ve způsobu života jedince.

Dalšími přístupy jsou přístup ekologický a environmentální nebo přístup psychoterapeutický. (Vařurová, Mühlpacher, 2005)

5.5 Metody zjišťování kvality života

Nástroje pro měření kvality života jsou děleny do dvou skupin, a to na obecné a specifické.

- Obecné nástroje měření QOL jsou multidimenzionálního charakteru a pokrývají velké množství oblastí. Mohou být použity na osoby s rozdílným zdravotním stavem a druhem nemoci. Využívají se pro zjišťování obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Jsou nejčastěji zpracovávány formou dotazníku. Nedostatkem u obecných nástrojů je mnohdy nízká citlivost v některých měřených oblastech. (Vařurová, Mülpachr, 2005)
- Specifické nástroje měření QOL se specializují na jednotlivé aspekty, klíčové pro danou oblast měření např. pro určitou nemoc, populaci, schopnost nebo podmínky. Výhodou je u nich úzká specializace a tedy i přesnější a citlivější měření než u nástrojů obecných. (Vařurová, Mülpachr, 2005)

Křivohlavý (2002) ve své publikaci uvádí tři skupiny metod měření QOL:

- objektivní – metoda měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba
- subjektivní – metoda měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí sama daná osoba
- smíšené – jsou metody kombinující objektivní a subjektivní metodu.

5.5.1 Objektivní metody měření kvality života

- APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém)

Systém hodnocení pro zdravotní stav akutně i chronicky změněný. Vystihuje celkový stav pacienta fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Tato metoda posuzuje vážnost pacientova onemocnění podle odchýlení stavu

pacienta od normy. Výsledek je číselně vyjádřen a platí, že čím vyšší číselný údaj je, tím je vyšší pravděpodobnost pacientova úmrtí. (Křivohlavý, 2002)

- ILF – Index kvality života

Tato metoda uvádí slovně formulovaná kritéria, např. sebeobslužnost pacienta apod. Značnou výhodou této metody je kromě účasti hodnotitele, také spoluúčast lékařů, psychologů a zdravotních sester na stanovení kritérií QOL. Hodnocení je možné v jednotlivých dimenzích, např. na pětistupňové škále a také v předem stanovených časových úsecích. (Křivohlavý, 2002)

- VAS – Visual Analogue Scale

Tato metoda hodnotí kvalitu pacientova života na základě tzv. vizuálního škálování celkového stavu pacienta. Hodnocení se zaznamenává na deseticentimetrovou úsečku (vodorovnou nebo stoupající pod úhlem 45°), označenou extrémy na obou koncích: celkový pacientův stav je mimořádně špatný a celkový pacientův stav je velice dobrý. (Křivohlavý, 2002)

- The Karnofsky Performance Scale

Tato metoda je zaměřená na tělesnou dimenzi QOL. Hodnotu indexu stanovuje lékař a tím se vyjadřuje k celkovému zdravotnímu stavu pacienta k určitému datu. Vyhodnocení se zaznamenává v podobě procentuální škály od 0 do 100. Index 100 vyjadřuje normální stav pacienta, index 0 znamená, že pacient je mrtev. (Vaďurová, Mülpachr, 2005)

5.5.2 Subjektivní metody měření kvality života

- SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

Jedná se o metodu strukturovaného rozhovoru, během kterého zjišťujeme aspekty života, které jsou pro respondenta závažné. Respondent uvádí pět životních cílů, které považuje v dané situaci za nejdůležitější, např. zdraví, rodina, práce, náboženství apod. Respondent dále uvádí u jednotlivých životních cílů míru uspokojení s dosahováním tohoto cíle v procentech od 0 do 100%. (Křivohlavý, 2002)

- SEIQoL-DW – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting

Tato metoda vychází z metody SEIQoL. Skládá se však z pěti barevných disků, které se otáčejí kolem centrálního bodu. Respondent označí určitou oblast života jako důležitou pro jeho celkovou kvalitu života. Každou tuto oblast reprezentuje jedna část disku. Barevné disky jsou podloženy stupnicí od 0 do 100, jejíž pomocí respondent označí důležitost každé oblasti. (Vaňurová, Mülpachr, 2005)

- LQoLP – Lancashire Quality of Life Profile

Jedná se o metodu kombinující subjektivní i objektivní aspekty života v několika oblastech. Nástrojem je strukturovaný sebesuzující rozhovor, který čítá 105 položek rozdělených do devíti oblastí např. práce a vzdělání, volný čas, finance apod. Hodnocení probíhá na sedmibodové stupnici. Jde o metodu určenou především pro psychiatrické pacienty. (Vaňurová, Mülpachr, 2005)

- Dotazník SQUALA

Metoda sebesuzovacího dotazníku, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Zahrnuje i oblasti jako jsou prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti. (Vaňurová, Mülpachr, 2005) Princip měření je založen na zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním na straně jedné a jeho reálnou situací na straně druhé. (Dragomirecká, Škoda, 1997) Dotazník je možné využít jak v medicínské, tak i sociální, psychologické či pedagogické oblasti.

- Dotazník Q-LES-Q - Quality of Life Enjoyment and Satisfaction

Autorkou tohoto dotazníku je Jean Endicott, Ph.D., profesorka klinické psychologie na Psychiatrickém oddělení Columbia University. V České republice došlo k validizaci dotazníku pro diagnózu depresivní poruchy. Dotazník obsahuje 92 otázek rozdělených do 8 částí (domén), na které respondenti odpovídají pomocí pětibodové škály Likertova typu (vůbec ne až téměř vždy). Výsledky se zpracovávají porovnáváním stavu s časovým odstupem, např. před a po zahájení léčby. Dotazník je snadno aplikovatelný také v běžné praxi, zejména díky své srozumitelnosti. Další předností je také jeho

obecný koncept, který není nikterak vázán na specifické psychické onemocnění. Nevýhodou může být jeho obsáhlost, a tedy časová náročnost na vyplnění.

5.5.3 Smíšené metody měření kvality života

- MANSa – Manchester Short Assessment of Quality of Life

Tato metoda vznikla na univerzitě v Manchesteru a variací této metody je výše zmíněná metoda LQoLP. Metoda hodnotí ne jenom celkovou životní spokojenost, ale i spokojenost s jednotlivými danými dimenzemi, jako jsou např. vlastní zdravotní stav, sebepojetí, sociální a rodinné vztahy atp. Cílem je vystihnout celkový obraz kvality života člověka tak, jak ho vidí v dané chvíli. (Křivohlavý, 2002)

- LSS – Life Satisfactory Scale

Jde o tzv. „Škálu životního uspokojení“ a je koncipována v rámci metody MANSa. Hodnotí jak celkovou spokojenost se životem, tak i řadu jednotlivých dimenzí. Vyhodnocení se provádí na sedmibodovou škálu. (Křivohlavý, 2002).

6 Metodika výzkumu

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor čítá 63 žen ve věku od 60 do 81 let věku, které jsou v aktivním důchodu. Do výzkumu se zapojily prostřednictvím vyplnění dotazníků viz. přílohy.

6.2 Organizace a průběh výzkumu

Všechny dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě spolu s průvodním dopisem (příloha č. 1) prostřednictvím cvičitelů aktivit pro seniory a dále prostřednictvím osob z mého blízkého okolí. Distribuce a následný sběr dotazníků probíhal od června 2012 do srpna 2012 jak na území Plzeňského, tak i ostatních krajů České republiky. Po shromáždění všech dotazníků byly informace z dotazníků přeneseny do elektronické podoby a z výzkumu byly vyloučeny ty dotazníky, které obsahovaly nesprávně nebo neúplně vyplněné položky. Dotazníky jsou plně anonymní a respondenty neuváděly žádné osobní údaje. Dotazníky zjišťují pouze obecné informace vztahující se k výzkumu.

6.3 Dotazníková metoda

Pro náš výzkum byl použit dotazník rekreačních pohybových aktivit spolu s dotazníkem zdravotního stavu (příloha č. 2) a dále pak dotazník kvality života Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q) (příloha č. 3). Tyto dotazníky byly použity pro zpracování disertačních prací (Zvonař, 2005, Knappová, 2011, Šrámková 2012).

Dotazníkovou metodu jsme zvolili pro jeho výhody, kterými jsou anonymita, podporující upřímnost dotazovaného, a poměrně rychlý způsob získání informací od většího počtu jedinců. Nevýhodou dotazníkového šetření bývá nižší návratnost, která v našem případě byla poměrně vysoká, kolem 75%, zřejmě díky osobní distribuci. Další nevýhodou je nemožnost oprav chybně vyplněných dotazníků, které, jak již bylo zmíněno výše, byly v takovém případě z výzkumu vyřazeny.

6.3.1 Dotazník rekreačně pohybových aktivit

Tento dotazník je zaměřen na charakteristiky biologické (pohlaví, věk) a antropometrické (tělesná výška, tělesná hmotnost). Dále jsou v první části zjišťovány druhy pohybových aktivit (chůze, běh, plavání, cyklistika, rotoped, aerobik, in-line bruslení, kondiční cvičení v posilovně, sportovní hry, jóga, zdravotní cvičení, sjezdové lyžování, běžecké lyžování, bruslení, jiné), jejich týdenní frekvence (denně, 5 – 6 x týdně, 3 – 4 x týdně, 1 – 2 x týdně) a přibližný počet minut, po které je daná pohybová aktivita prováděna.

6.3.2 Dotazník zdravotního stavu

První část dotazníku zjišťuje počet hodin strávených v sedě, ve stoji a spánkem, dále bydliště (město, venkov) a také povahu zaměstnání (práce tělesná, duševní nebo kombinace předešlých). Ta však vzhledem k faktu, že všechny respondentky jsou důchodkyněmi, nemá pro nás význam.

Druhá část dotazníku se zaměřuje na zaznamenání subjektivního vnímání individuálního zdravotního stavu. V dotazníku jsou uvedeny zejména obtíže související se v současnosti převažujícím sedavým způsobem života společnosti. V dotazníku jsou uvedeny tyto zdravotní obtíže: bolesti krční páteře, bolesti bederní páteře, bolesti kloubů, obezita, vysoký krevní tlak, častější bolesti hlavy, častější zažívací potíže a jiné závažné choroby. Pro tato onemocnění používáme výraz „civilizační onemocnění“, vzhledem k jejich spojitosti s komfortem, poskytující život v moderní společnosti. Jak ale cituje Šrámková (2012) ve své disertační práci Stejskala (2004) a další autory: „...za zhoršení zdravotního stavu nemůže technický pokrok spojený s civilizací, ale lidé, kteří výhod civilizace nesprávně využívají.“ Proto je lépe užívat obecně přijímaný název „hromadná neinfekční onemocnění“. Respondentky uváděly zakroužkováním odpovědi ano nebo ne, zda daným zdravotním problémem trpí. Pokud uvedly, že ano, doplnily tuto odpověď ještě o informaci, zda se s daným problémem léčí, neléčí, a nebo se ho snaží řešit samy pomocí rehabilitace a cvičení.

6.3.3 Dotazník kvality života Q-LES-Q

Dotazník kvality života obsahuje celkem 92 položek, rozdělených do osmi samostatných skupin (fyzické zdraví a aktivity, pocity, práce, péče o domácnost, školní/studijní aktivity, využití volného času, sociální vztahy, obecné aktivity/činnosti).

Autorky české verze dotazníku Q-LES-Q (Müllerová, H., Libigerová, E. et al., 2001), které dotazník odzkoušely a validizovaly pro použití v ČR, shledávají tento dotazník srozumitelný a snadno aplikovatelný v běžné praxi. (Knappová, 2011)

Vzhledem k našemu výzkumu jsme zcela vypustili skupiny položek školní/studijní aktivity a práce.

Všechny položky dotazníku jsou položky šalovací. Otázky směřují k aktivitám nebo pocitům vztahujícím se k týdnu předcházejícímu vyplňování dotazníku. Respondentky u každé položky volily číslo na škále (od 1 – vůbec ne/nikdy, 2 – zřídka, 3 – někdy, 4 – často nebo většinu času, do 5 – velmi často nebo stále), které nejvíce odpovídalo jejich subjektivním pocitům, k dané položce se vztahujícím.

První okruh otázek týkajících se fyzického zdraví a aktivit zjišťuje, do jaké míry se respondent cítil v posledním týdnu zdravotně v pořádku, zda ho sužují nějaké bolesti, jak nahlíží na svoji aktuální fyzickou kondici. Jsou zde i položky týkající se paměti, elánu nebo životní síly.

V okruhu položek pocity je respondent vyzván k posouzení nejrůznějších pocitů za poslední týden. Položky jsou formulovány takto: „Během minulého týdne ...cítil/a jste se nezávislý/á na pomoci druhých?“ Další otázky pak zjišťují pocity související s uvolněností, pocitem ze života, štěstím, spokojeností s vlastním vzhledem apod.

U souboru položek práce je respondent vyzván v samém počátku vyplňování k zakroužkování odpovědí ANO nebo NE podle toho, zda je někde zaměstnán, a nebo podniká. Pokud odpoví negativně, tento soubor položek nevyplňuje a přechází na další téma, což je případ i našich respondentek.

Ve čtvrté oblasti jsou položky týkající se péče o domácnost. Zde je opět respondent v samém úvod vyzván k potvrzení, zda má na starosti nějaké domácí činnosti jako jsou úklid, příprava jídla apod., kterou vykonává pro sebe nebo pro další

osoby. Pokud by respondent odpověděl ne, přechází opět k další části dotazníku. Pokud tyto povinnosti k domácnosti má, je dotazován na spokojenost s pořádkem ve svém bytě, pokoji nebo domě, na stres spojený s domácností, na nakupování potravin apod.

Pátá část dotazníku se věnuje školním nebo studijním aktivitám. Tuto část naše respondentky opět přecházely potvrzením odpovědi ne, tedy že v posledním týdnu nechodily do školy ani se neúčastnily žádné jiné výuky.

Následující položky dotazníku se vztahují k zájmům provozovaným ve volném čase, jako je sledování televize, čtení novin nebo časopisů, pěstování rostlin nebo zahrádkaření, různé koníčky, návštěvy muzea nebo kina, nebo sportovních akcí a jiných příležitostí využití volného času.

Předposlední oblast je zaměřená na sociální vztahy. Respondent je dotazován na radost z návštěv a setkání, z rozhovorů s lidmi, ale také na sympatie k lidem, se kterými byl za poslední týden v kontaktu. Některé položky zjišťují přítomnost konfliktů ve vztazích, jiné naopak legraci a smích při kontaktu s ostatními lidmi.

V závěru je soubor otázek věnující se obecným aktivitám a činnostem zahrnujícím nálady, rodinu, volný čas, uplatnění v denním životě, finanční situaci, bydlení apod.

6.3.4 Validita dotazníků

Chrástka (2007) uvádí, že validita spočívá v tom, zda dotazník zjišťuje to, co má skutečně zjišťovat, tedy výzkumný záměr. Posouzení míry validity dotazníku je vždy subjektivní záležitostí a záleží na fundovanosti a kompetentnosti autora dotazníku. Proto je vhodné nevycházet pouze z vlastních názorů ale nechat dotazník posoudit i dalšími odborníky. V našem případě dotazníky úspěšně použilo již několik autorů disertačních prací.

6.3.5 Reliabilita dotazníků

Reliabilitou se rozumí schopnost dotazníku spolehlivě a přesně zachycovat zkoumané jevy. Pokud pomineme individuální zabarvení subjektivity hodnocení vlastního života a jeho kvality, pak na základě předchozích využití námi zvolených dotazníků usuzujeme také na dostatečnou reliabilitu dotazníků.

6.4 Zpracování a vyhodnocování údajů

Příprava pro zpracování dat zahrnovala převedení kvalitativních údajů na kvantitativní znaky. Ty pak byly zpracovány do elektronické podoby programem Microsoft Office Excel 2007 a dále statistickým softwarem STATISTICA 6.0.

Pro dotazník rekreačních pohybových aktivit, kam respondentky zaznamenávaly kromě biologických a antropometrických charakteristik také četnost a intenzitu pohybových aktivit, jsme zvolili následující převedení údajů. Vzhledem k tomu, že pro pozitivní ovlivnění fyzického stavu a tím i předpokládané zlepšení kvality život je nutná pravidelná pohybová aktivita, považovali jsme za takovou aktivitu pouze tu, která je prováděna alespoň 1 krát v týdnu. Pokud tedy respondentky uvedly, že provozují jakoukoliv z aktivit s menší pravidelností, než je 1 – 2x v týdnu, pak dostaly za tuto aktivitu 0 bodů. Pokud se pohybovaly pravidelně 1 – 2x v týdnu dostaly za každou aktivitu 1 bod, pokud 3 – 4x týdně, obdržely za každou uvedenou aktivitu 2 body, za aktivity prováděné s pravidelností 5 až 6x v týdnu obdržely 3 body a za uvedené aktivity prováděné denně pak body 4. Kvantitativním vyjádření dotazníku rekreačních pohybových aktivit je tedy součet všech bodů obdržených za uvedené pohybové aktivity.

Pro dotazník zdravotního stavu jsme zvolili kvantifikaci následující. Za každou zdravotní obtíž, kterou respondentka uvedla ve svém zdravotním dotazníku, obdržela 1 bod bez ohledu na to, zda se s tímto problémem léčí u odborníka, zda se s ním snaží vypořádat prostřednictvím cvičení a rehabilitace, nebo se s ním neléčí vůbec.

Dotazník kvality života jsme převedli do elektronické podoby tak, jak respondentky uváděly své odpovědi na škále. U každé oblasti jsme spočítali průměrnou hodnotu a dále jsme pracovali již jen s průměrnými hodnotami.

Respondentky jsme následně rozdělili do tří skupin podle počtu bodů, které obdržely za dotazník o pohybových aktivitách. Neaktivní skupina, v grafech označená červenou barvou, zahrnuje respondentky, které nezískaly buď žádný nebo pouze jeden bod. Je to tedy skupina, která je nejméně aktivní co se pravidelnosti pohybových aktivit týče. Středně aktivní skupina, označená modrou barvou, je skupina, která obsahuje respondentky, které získaly od dvou do čtyř bodů včetně. A poslední skupinou je

skupina aktivní, v této skupině jsou respondentky, které v součtu dosáhly na pět až dvanáct bodů celkem.

Na základě tohoto dělení jsme pak porovnávali získané údaje mezi jednotlivými skupinami. Pro interpretaci výsledků týkajících se biologických a antropometrických charakteristik, kde není použito dělení do skupin, ale jde o výsledky celého výzkumného souboru, jsme použili zpracování do výsečových grafů, pro interpretaci statistických údajů, kde jsou skupiny rozlišeny, jsme použili grafy sloupcové.

Dle potřeb a zaměření našeho výzkumu jsme některé parametry vyjádřili průměrnými hodnotami, jiné jsme vyhodnocovali podle četnosti nebo procentuálního zastoupení. Statisticky jsme zpracovali pouze ty položky a jejich závislosti, které jsme považovali za nejdůležitější v souladu s cíli našeho výzkumu.

7 Výsledky a diskuse

7.1 Antropometrické charakteristiky

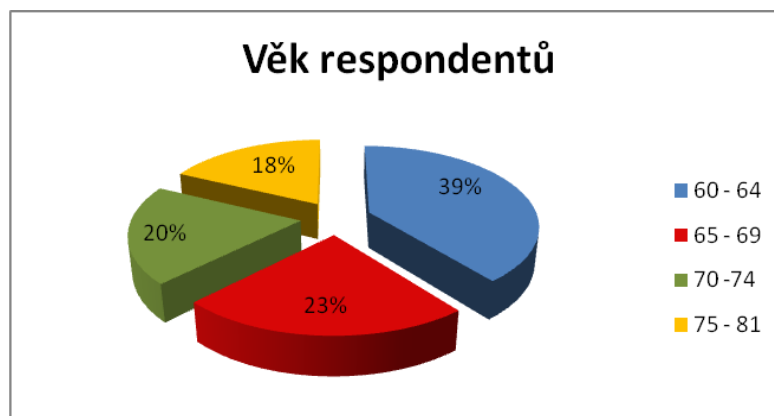
Výzkumu se zúčastnilo celkem 63 žen ve věku od 60 do 81 let věku. Věkové zastoupení ukazuje graf č. 1. Popis souboru z pohledu antropometrického je zpracován v tabulce č. 1. Průměrné hodnoty jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Problematikou antropometrických parametrů se zabýváme také proto, že do jisté míry mohou ovlivnit subjektivní pohled na některé oblasti kvality života.

Tabulka 1

	počet respondentů	kalendářní věk	tělesná hmotnost	tělesná výška	BMI
Ø	63	68 let	73,8 kg	162,8 cm	27,5
Max.	63	81 let	113 kg	175 cm	49
Min.	63	60 let	54 kg	143 cm	21

V tabulce jsou shrnuty průměrné hodnoty antropometrických charakteristik všech respondentek. V druhém a třetím řádku jsou pak uvedeny minimální a maximální hodnoty respondentek u jednotlivých charakteristik.

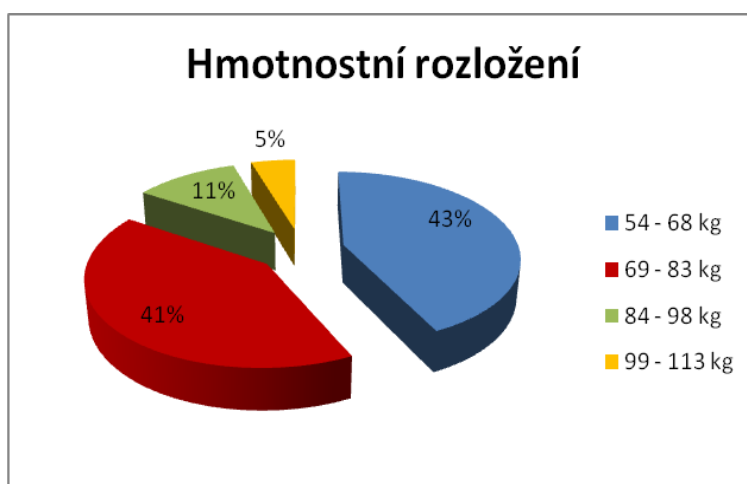
Graf 1



Z celkového počtu 63 seniorek jich bylo nejvíce zastoupeno v nejmladší věkové kategorii od 60 do 64 let věku. Se zvyšujícím věkem se pak procentuální zastoupení ve výzkumném vzorku snižuje.

Respondentky dále uváděly tělesnou hmotnost a výšku. Z těchto údajů jsme vypočítali hodnotu Body Mass indexu (BMI), která je jednou z hodnot, které jsme zahrnuli do statistického zpracování. BMI určuje přiměřenost tělesné hmotnosti vůči výšce jedince. Výpočet jsme provedli podle vzorce $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m)}$. U výsledků vyhodnocování BMI však musíme mít na paměti, že jeho hodnota bere v úvahu pouze tělesnou výšku a hmotnost a nezohledňuje množství svalové a tukové tkáně ani jejich vzájemný poměr.

Graf 2



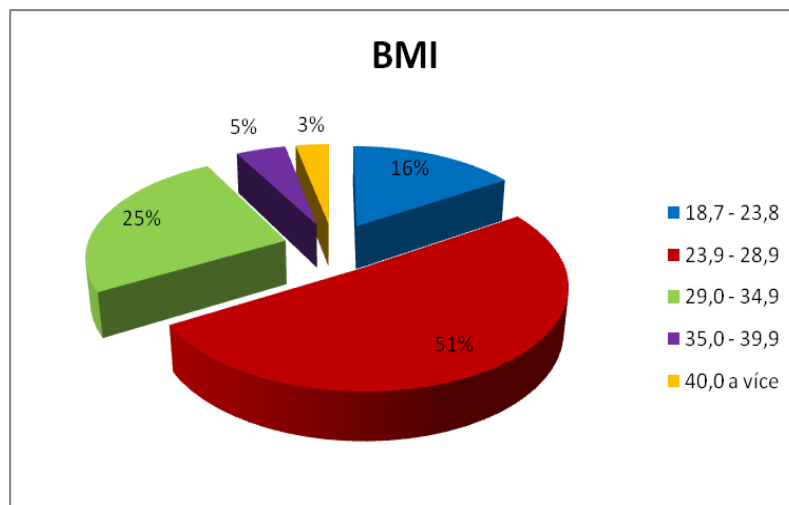
U respondentek jsme zaznamenali celkem značné rozpětí uvedených hmotností. Více než tři čtvrtiny respondentek uvádí váhu spadající do normy, lehké nadváhy nebo nadváhy. Ve výběru se však nacházejí také seniorky obézní až morbidně obézní a společně tvoří 16% ze všech dotazovaných.

Graf 3



Rozložení hodnot tělesné výšky ve výzkumném vzorku bylo celkem vyrovnané až na skupinu nejnižších respondentek pod 150 cm tělesné výšky, kterých bylo jednoznačně nejméně. Průměrná výška respondentek, jak již bylo uvedeno v tabulce č. 1, je 162,8 cm.

Graf 4



Kategorie variačních rozpětí BMI jsme převzali od Šrámkové (2012) a jsou zobrazeny v tabulce č. 2. V našem výzkumném vzorku se nachází pouze 16% žen, které mají hodnotu BMI v normě. Více než polovina žen trpí nadváhou. Jedna čtvrtina respondentek, podle námi zvoleného variačního rozpětí, spadá do kategorie obezity I. stupně. Do kategorie obezity II. stupně spadá 5% respondentek. Extrémně obézní jsou v našem výzkumném vzorku 2 respondentky.

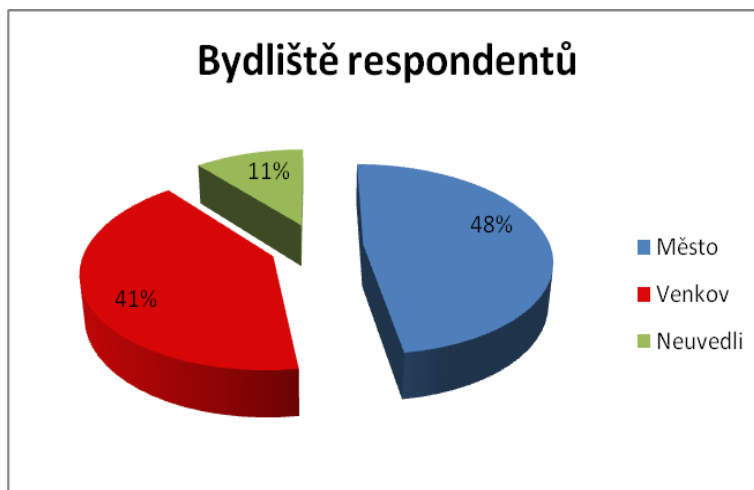
Tabulka 2

BMI	Ženy
Podváha	< 18,7
Normální váha	18,7 - 23,8
Nadváha	23,9 - 28,9
Obezita I. stupně	29,0 - 34,9
Obezita II. Stupně	35,0 - 39,9
Extrémní obezita	40,0 a více

7.2 Další výsledky šetření

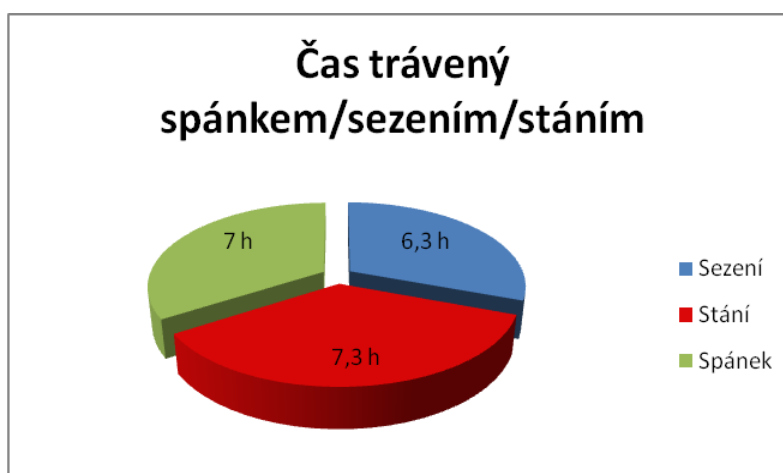
V dotazníku zdravotního stavu odpovídaly respondentky na otázky týkající se místa bydliště a také měly odhadnout, kolik času denně stráví sezením, ve stoji a spánkem. Poměr osob žijících ve města a na venkově vyhodnocujeme, protože tento fakt rovněž v určitém smyslu může ovlivnit subjektivní vnímání kvality života.

Graf 5



Zastoupení ve výzkumném vzorku, co se místa bydliště týče, je více méně shodné. 48 % ze všech respondentek uvedlo že bydlí ve městě. Pouze o 7 % méně se hlásí k bydlení na venkově a 11% respondentek místo bydliště neuvedlo.

Graf 6



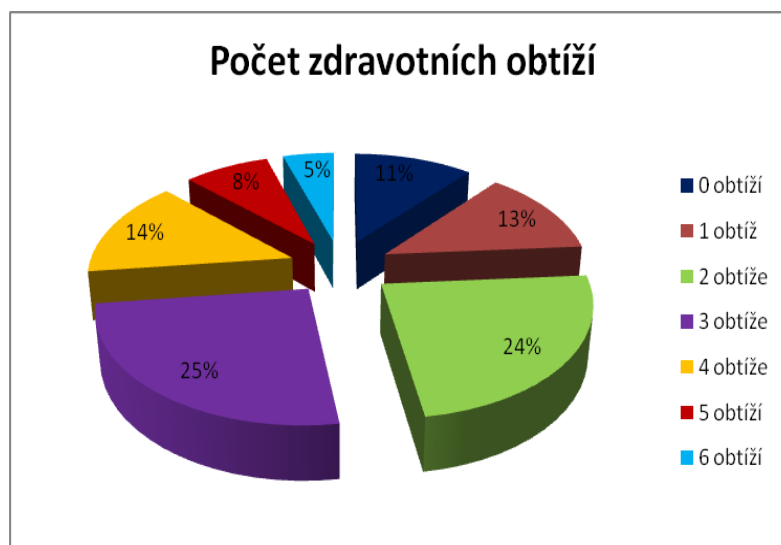
V grafu jsou zahrnuty průměrné hodnoty všech respondentek. Uvádějí, že nejvíce času během dne stráví stáním a dalšími aktivitami ve vertikální poloze. Prosedí

pak v průměru kolem 6 hodin a průměrná doba spánku seniorek v našem výzkumném vzorku je 7 hodin.

7.3 Subjektivní vnímání zdravotního stavu

Na základě dotazníkového šetření jsme vyhodnotili subjektivní vnímání zdravotního stavu respondentek. Pro grafické zpracování jsme brali v potaz pouze odpovědi ano nebo ne a nezohledňujeme v něm, zda s daným zdravotním problémem respondentky dochází k lékaři, cvičí nebo nedělají nic. Pro připomenutí uvádíme znovu přehled v dotazníku jmenovaných zdravotních potíží. Jsou to bolesti krční páteře, bolesti bederní páteře, bolesti kloubů, obezita, vysoký krevní tlak, častější bolesti hlavy, častější zažívací potíže. Mezi jinými závažnějšími chorobami zmiňovaly respondentky např. rakovinu.

Graf 7



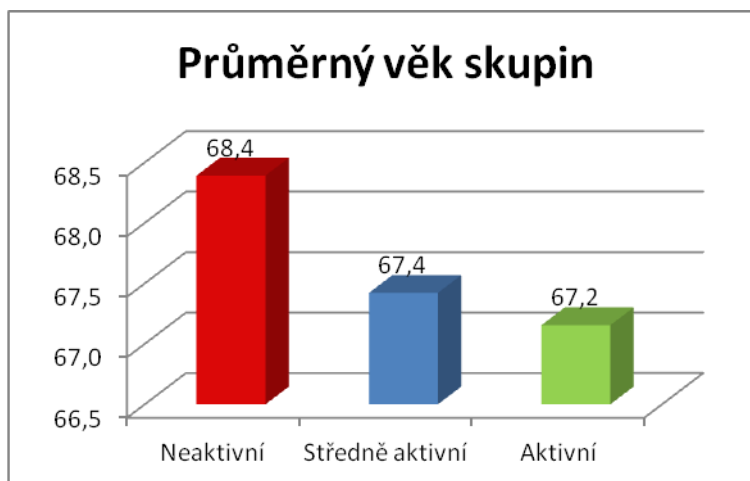
Graf znázorňuje procentuální zastoupení četnosti zdravotních obtíží u respondentek. Jak z grafu vyplývá, žádnými zdravotními obtížemi netrpí pouze 11% ze všech dotázaných. Téměř polovina dotazovaných žen uvedla, že trpí jednou nebo dvěma různými zdravotními obtížemi. Maximální počet zdravotních obtíží uvedených jednou dotazovanou osobou je 6. Žen s tímto počtem zdravotních obtíží, bylo 5% ze všech dotázaných. Pokud to celé shrneme, jedna čtvrtina netrpí buď žádnou, nebo jen jednou ze zdravotních obtíží. To můžeme ve vyšším a vysokém věku považovat za velmi uspokojivý stav. Dvě čtvrtiny respondentek uvádějí od dvou do tří obtíží a poslední

čtvrtina vnímá svůj subjektivní zdravotní stav horší a uvádějí nemocnost od 4 do 6 různých zdravotních obtíží.

7.4 Subjektivní hodnocení kvality života dle jednotlivých skupin

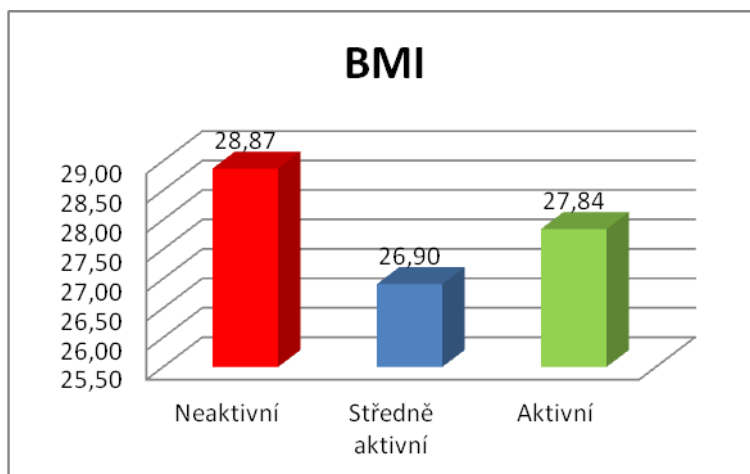
Jak již bylo zmíněno v předchozí části práce, pro hodnocení dotazníku kvality života jsme použili dělení do tří skupin. Skupiny jsme rozdělili dle bodů, které respondentky získaly za uvedené pohybové aktivity, jejich četnost a pravidelnost v dotazníku rekreačně pohybových aktivit. Pro zopakování uvádíme ještě jednou dělení do skupin. Skupina neaktivní (v grafech označena vždy červenou barvou), je skupina s nejmenším počtem dosažených bodů (0 – 1 bod), tedy skupina nejméně pohybově aktivní. Středně aktivní skupina, (v grafech označena vždy modrou barvou), je skupina s hodnotou dosažených bodů 2 – 4 body. Tuto skupinu již můžeme označit do určité míry za pravidelně pohybově aktivní. Poslední, aktivní skupina (v grafech označena vždy zelenou barvou), je skupina respondentek, které získaly v dotazníku rekreačních pohybových aktivit od 5 do 12 bodů. Tuto skupinu považujeme za pravidelně pohybově aktivní. Respondentky v této skupině provádějí některou z pohybových aktivit s každodenní pravidelností, nebo provádějí více pohybových aktivit i několikrát do týdne. V následující části uvádíme nejprve grafické znázornění věkových průměrů skupin a také průměrné hodnoty BMI v jednotlivých skupinách. Dále pak uvádíme grafické znázornění průměrných hodnot skupin pro každý okruh položek dotazníku kvality života zvlášť.

Graf 8



Po rozdělení do skupin jsme zjistili, že skupinou s nejnižším věkovým průměrem je skupina pohybově neaktivnější. Téměř stejný věkový průměr vykazuje skupina středně aktivní. Skupina, která uvedla nejméně pravidelného pohybu, skupina neaktivní je také skupinou nejstarší. Rozdíly jsou však poměrně zanedbatelné, pohybují se kolem jednoho roku.

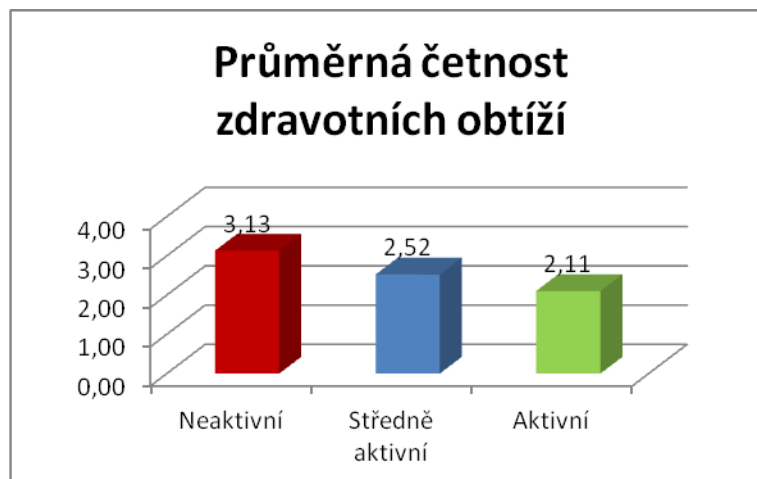
Graf 9



Z grafu je patrné, že nejvyšší průměrná hodnota BMI byla zjištěna v neaktivní skupině, což koresponduje s charakteristikou skupiny. Jedná o skupinu respondentek neaktivních nebo pouze mírně pohybově aktivních. Překvapením je vyšší zjištěná hodnota BMI u aktivní skupiny, kdy bychom předpokládali vzhledem k nejnižšímu věkovému průměru i nejvyšší míře pohybových aktivit ze všech skupin nejnižší zjištěnou hodnotu BMI. Jak vyplynulo z dalších výsledů šetření, které nejsou v grafu uvedeny, byla u aktivní skupiny zjištěna nejvyšší směrodatná odchylka hodnot BMI

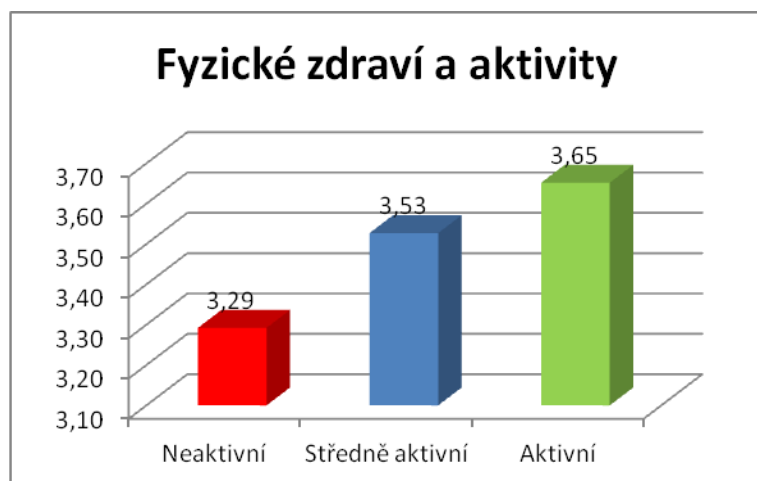
(10,3), což znamená, že v této skupině je nejvíce nerovnoměrné rozložení hodnot BMI. Nejrovnoměrěji rozložené hodnoty vykazuje středně aktivní skupina (3,9). Neaktivní skupina dosáhla variačního rozpětí o hodnotě 6 celých.

Graf 10



Četnost zdravotních obtíží odpovídá našemu předpokladu, tedy že nejvyššího průměru dosahuje neaktivní skupina, následována skupinou středně aktivní a skupina respondentek s nejnižší průměrnou hodnotou četnosti zdravotních obtíží je skupina nejvíce se pohybující, aktivní.

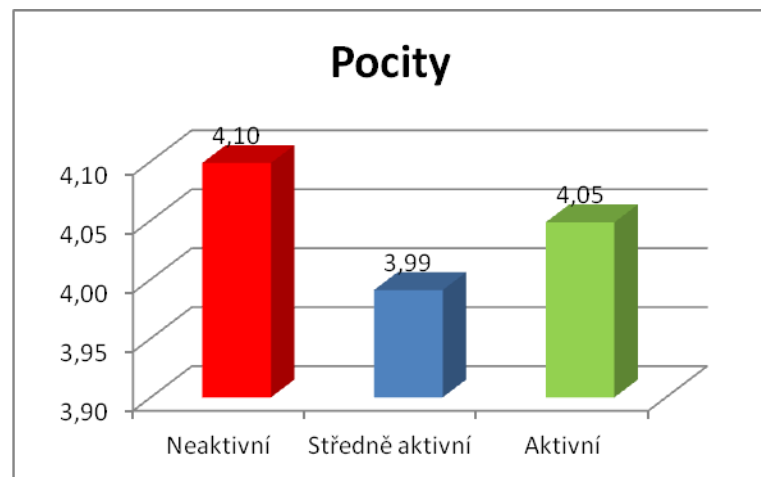
Graf 11



Subjektivní hodnocení kvality života v oblasti fyzického zdraví a aktivit dopadlo dle našich předpokladů. Nejlepší výsledek vykazuje skupina aktivních respondentek, která dosáhla průměrné hodnoty 3,65 z 5 možných. Dle dotazníku kvality života se tedy tato skupina cítí někdy, ale spíše často nebo většinu času, spokojená se svým fyzickým

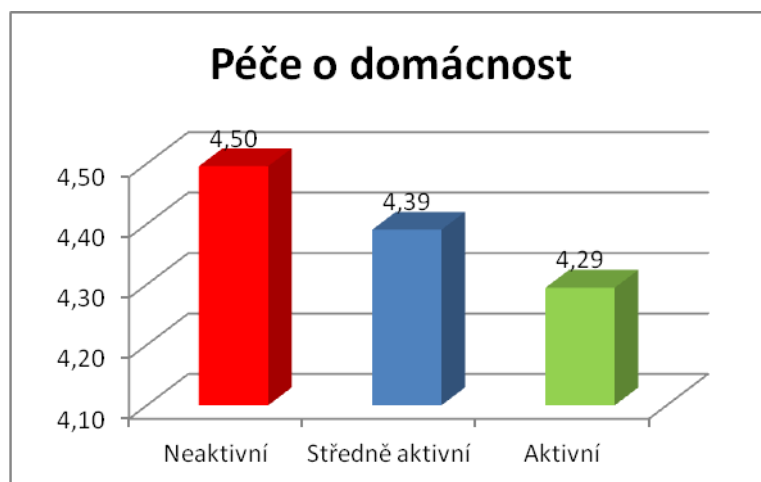
zdravím a aktivitami. Naopak nejmenší spokojenost s touto oblastí uvádí skupina neaktivní.

Graf 12



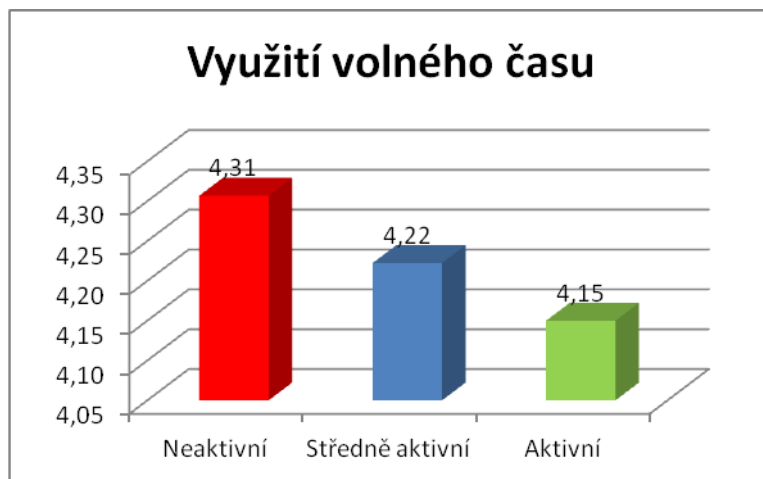
V oblasti nazvané souhrnně pocity uvádí nejvyšší spokojenost naopak neaktivní skupina následována skupinou aktivní a nejméně spokojenou v této oblasti je skupina středně aktivní, která v průměru nedosáhla ani na hodnotu 4 z 5 možných.

Graf 13



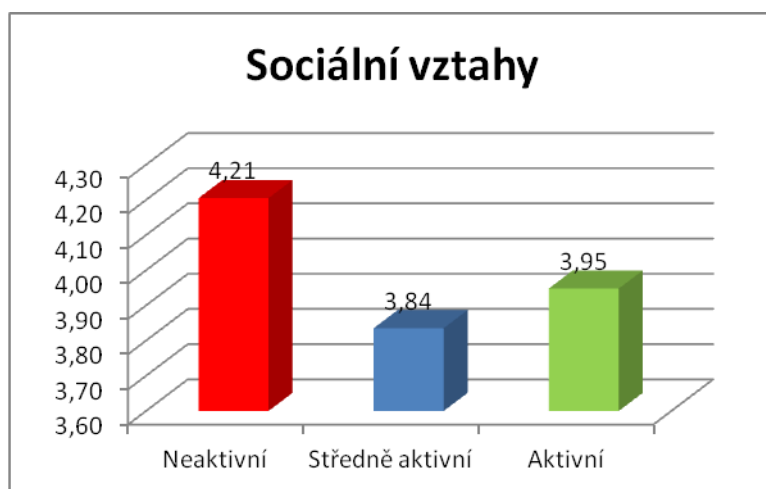
V otázkách směřujících na domácnost a péči o ni vykazuje opět nejvyšší míru spokojenosti skupina neaktivních senierek. Nejmenší naopak aktivní skupina. Můžeme se pouze dohadovat, zda je tento fakt způsoben například tím, že respondentky aktivní skupiny uváděly v dotazníku rekreačních pohybových aktivit často návštěvu i několika různých pohybových aktivit během týdne, a proto jim na péči o domácnost nezbyvá tolik času, nebo zda je příčina někde úplně jinde.

Graf 14



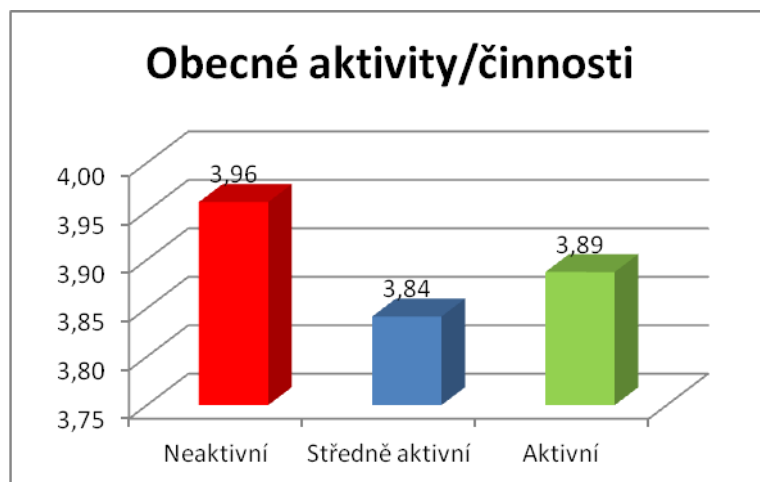
Výsledky v další zjišťované oblasti nás překvapily asi nejvíce. Předpokládali bychom nejvyšší míru spokojenosti s trávením volného času u senierek pohybově neaktivnějších. Opak je pravdou. Aktivní skupina dosáhla v průměru na hodnotu 4,31 z 5 možných, tedy s náplní a trávením volného času jsou většinu času nebo velmi často spokojené. Ze zjištěných údajů však nemůžeme tvrdit, že by aktivní skupina s trávením volného času spokojena nebyla. Hodnota větší než 4 z 5 možných je také velmi vysoká.

Graf 15



Také v další zjišťované oblasti subjektivního hodnocení kvality života uvádí nejvyšší míru spokojenosti skupina neaktivní. Druhé dvě skupiny vykazují téměř shodné průměrné hodnoty. Zde bychom čekali vyšší spokojenost u žen pohybově aktivnějších. Předpokládáme, že zejména ty, žijící ve městech, se účastní také skupinových cvičení, tedy se pohybují v prostředí, bohatém na sociální kontakty.

Graf 16



Také v poslední oblasti, zahrnující obecné aktivity a činnosti, se jeví nejspokojenější skupina senierek neaktivních. S velmi malým odstupem je následována skupinou aktivních senierek a s ještě menším odstupem se jako nejméně spokojená v této oblasti jeví skupina středně aktivních senierek.

Shrneme-li tedy námi zjištěné informace, zjistíme, že oproti našim představám nejkvalitněji vnímá svůj život skupina tvořená neaktivními seniorkami. Paradoxně jde o skupinu uvádějící největší četnost nemocí nebo jiných zdravotních problémů, skupinu, která nevyhledává ani pohyb přirozený jakým je chůze, ani jiné pohybové aktivity. Pokud bychom měli uvést oblasti, ve kterých respondentky subjektivně vnímají nejvyšší míru spokojenosti s kvalitou svého života, pak jsou to zejména péče o domácnost a využití volného času. Nejméně kvalitní shledávají oblast fyzického zdraví a aktivit.

7.5 Vzájemný vztah sledovaných oblastí výzkumu

Náš výzkum byl proveden jako jednorázové šetření subjektivního vnímání kvality života, pravidelnosti pohybových aktivit a subjektivního vnímání zdravotního stavu u senierek v důchodovém věku. Vzhledem k tomu, že cítíme a věříme v určitou míru závislosti mezi pravidelným prováděním přiměřených pohybových aktivit, zdravotním stavem a subjektivním vnímáním kvality života, stanovili jsme a otestovali hypotézy o závislosti mezi:

- pravidelností provádění pohybových aktivit a subjektivním hodnocením kvality života senierek

- pravidelností provádění pohybových aktivit a zdravotním stavem senierek

V této části práce prezentujeme statistické zpracování. Na statistické vyhodnocení jsme použili korelační matici a jednopárový T-test pro nezávislé soubory, jehož pomocí můžeme stanovit statistickou významnost rozdílu mezi dvěma skupinami.

Míru závislosti jsme měřili mezi jednotlivými zjištěnými hodnotami (BMI, četnost zdravotních obtíží, fyzické zdraví a aktivity, pocity, péče o domácnost, využití volného času, sociální vztahy, obecné aktivity a činnosti. U korelační matice byla hladina významnosti stanovena softwarem na hladině 0,27.

Pro T-test jsme hladinu statistické významnosti stanovili na hladině $\alpha = 0,05$. (tzn. hladina spolehlivosti je 0,95). Pro rozhodování o hypotéze jsme použili p-hodnotu.

Pokud je p-hodnota $>$ nebo $= 0,05$, hypotézu nepotvrzujeme, pokud je hodnota $p \leq$ nebo $= 0,05$, hypotézu nezamítáme.

7.6 Vyhodnocení míry závislosti

Z korelační matice vyplývají zejména tyto závislosti:

- mezi hodnotou BMI a všemi ostatními měřenými hodnotami
- mezi četností zdravotních obtíží a všemi ostatními měřenými hodnotami

Významné je pro nás hlavně potvrzení závislosti mezi hodnotou BMI a četností zdravotních obtíží a také vztah k fyzickému zdraví a aktivitám.

7.7 Testování hypotéz

H_1 : Pravidelné provádění pohybových aktivit u senierek ovlivňuje subjektivní hodnocení jejich kvality života.

p -hodnota = $0,0374 \leq \alpha = 0,05$ – H_1 potvrzujeme a u této hypotézy můžeme konstatovat, že mezi subjektivním vnímáním kvality života v oblasti sociálních vztahů existuje mezi neaktivní a středně aktivní skupinou statisticky významný korelační vztah. A zároveň jsme zjistili středně významný korelační vztah (p -hodnota = 0,0983) mezi neaktivní a aktivní skupinou v subjektivním vnímání kvality života v oblasti fyzického zdraví a aktivit.

Vzhledem k tomu, že signifikantní velikost rozdílu byla prokázána pouze u jedné ze zkoumaných oblastí kvality života, nemůžeme závěry našeho šetření nijak zobecňovat ani považovat za celkově statisticky významné. Považujeme spíše za věcně významné, že určitý korelační vztah mezi jednotlivými skupinami zaznamenán byl. Jak je již uvedeno v teoretické části práce, mnoho dalších autorů, prací a výzkumů zastává stejný názor, tedy, že subjektivní hodnocení kvality života je ovlivňováno multifaktoriálně. Vlastní vnímání kvality života ovlivňuje aktuální i dlouhodobý psychický, fyzický a zdravotní stav, které všechny může provádění pravidelných přiměřených pohybových aktivit pozitivně ovlivňovat.

H₂: Pravidelné provádění pohybových aktivit u seniorek ovlivňuje jejich zdravotní stav.

p-hodnota = 0,0493 \leq α = 0,05 - H² potvrzujeme a můžeme konstatovat, že ve velikosti rozdílu četností výskytu nemocí mezi neaktivní a aktivní skupinou existuje statisticky významný rozdíl.

Zde můžeme tvrdit, že závěry našeho šetření jsou statisticky významné. Jak již bylo několikrát zmíněno, účinnost provádění pravidelných pohybových aktivit jako prevence involučních změn, tak také jako způsob léčby, nebo alespoň minimalizace již vzniklých zdravotních problémů, je neoddiskutovatelná. Je však nutné si uvědomit, že samotná pohybová aktivita není řešením. Cílem by měla být snaha jedince o racionální přístup ke způsobu života již ve středním věku. Nejde tedy jen o pohyb, ale také o způsob stravování, psychický stav jedince a jeho sociální prostředí.

8 Diskuze

Z výsledků našeho šetření vyplývají závěry, které naše předpoklady v některých případech potvrzují. Některé výsledky jsou však naprosto v rozporu s našimi očekáváními.

Výzkumný vzorek senierek byl podroben zkoumání v oblasti závislosti subjektivního vnímání kvality života na pravidelnosti provádění pohybových aktivit a subjektivním hodnocením zdravotního stavu.

Z šetření vyplývá, že mezi jednotlivými oblastmi z dotazníku Q-LES-Q, četností zdravotních obtíží a uvedenými hodnotami BMI existují více či méně významné závislosti. Tento fakt potvrzuje námi předpokládaný i obecně přijímaný názor, že zdravotní stav jedince úzce souvisí s jeho hmotnostně váhovým indexem. I když jsme si vědomi toho, že průkaznější by byl konkrétněji zaměřený výzkum více zohledňující poměr tuku a svalové tkáně v těle, přesto nás tento zjištěný fakt utvrzuje v názoru, že provádění přiměřených pohybových aktivit v průběhu celého života může udržovat organismus člověka na takové úrovni, aby nedocházelo k nárůstu hmotnosti a tím i k postupnému zhoršování zdravotního stavu na úrovni všech tělesných soustav.

Velké překvapení nás čekalo při potvrzování hypotézy H_1 , kdy výsledky šetření byly téměř ve stoprocentním rozporu s našimi předpokládanými závěry. Po statistickém zpracování hodnot z dotazníků Q-LES-Q pro jednotlivé výše zmiňované skupiny jsme zjistili, že nejvyšší míru spokojenosti s kvalitou svého života vykazuje neaktivní skupina, která je zároveň zatížena největším množstvím zdravotních problémů. Naopak skupina aktivní vykazuje menší míru spokojenosti s kvalitou vlastního života, byť i zdravotní stav dotazovaných v této skupině je subjektivně hodnocen jako nejpříznivější.

Tento fakt si vysvětlujeme následovně. Pokud je člověk zvyklý být po většinu svého aktivního života pouze v zaměstnání a nebo doma, kde je jeho každodenní náplní pouze starost o domácnost, pak je vysoký předpoklad, že s odchodem do důchodu nebude své zažité zvyklosti měnit. Jen mu již místo chození do zaměstnání a péči o domácnost zůstane pouze ta starost, aby bylo doma naklizené, navařeno a napečeno. Věříme, že takovýto člověk je se svým životem smířený, přijímá ho tak jak je a tím pádem shledává svůj život kvalitním. Pokud je ale člověk celý život aktivní, tvořivý a

zvídavý, může pro něho být odchod z aktivního života do důchodu velmi náročný. Jedná se o zásadní zlom v životě člověka. Ti jedinci, kteří se nenechají souhrou nepříznivých okolností tohoto životního období odradit a naopak využijí získaný volný čas k realizaci plánů, na které až do této doby neměli čas, mohou prožít smysluplné, naplněné a aktivní stáří. Takový člověk, který není uzavřen světu kolem sebe, ale naopak se snaží z něho vyčerpat pro sebe maximum, však může pociťovat nespokojenost. Protože takový člověk chce vždy víc, než v současné chvíli může mít. A je to právě toto nutkání mít víc, prožít víc, vidět víc, co život člověka posouvá dále, co jeho život naplňuje. Je paradoxem, že člověk, který má ze života více než ten, co se smířil s každodenní rutinou, může být zároveň více nespokojený.

Názory z našeho výzkumu nepovažujeme za nikterak obecně platné. Pro objektivizaci těchto závěrů by bylo nutné použít ještě další, přesnější, nástroje měření. Ke zkvalitnění výzkumu by jistě přispěl také rozsáhlejší soubor dotazovaných osob, objektivní zdravotní anamnéza a méně subjektivní nástroj měření, než jakým je dotazníková forma šetření.

Výzkum měření kvality života všech věkových kategorií v současné době výrazně nabývá na významu. Proto můžeme do budoucna očekávat vylepšení a zpřesnění nástrojů jejího měření.

9 Závěr

O vztahu přiměřeného pohybu v průběhu celého života a zdraví už toho bylo napsáno mnoho, stejně tak jako o vztahu zdraví ke kvalitě života. Stále mezi námi však žije mnoho těch, kteří si tuto skutečnost odmítají připustit. Ať už je to způsobeno lidskou pohodlností, hloupostí, a nebo nevědomostí, tito lidé si neuvědomují, že pasivním způsobem života, v dnešní době často označovaném také jako sedavý způsob života, ubližují nejvíce sami sobě. Je prokázáno, že ani období vyššího věku nemusí být obdobím deprese, sociální izolace, zdravotních problémů a dalších negativních změn. Záleží jen na každém z nás, jaké si to tzv. „udělá“. Lidské stáří je pouze odrazem prostředí, ve kterém člověk žije, odrazem jeho postojů, odrazem toho, jak celý život jedná, chová se, odrazem lidské píce. Každý stárne stejným způsobem, jakým žil.

Netvrdíme, že bude-li člověk celý život aktivním sportovcem, prožije bezstarostné stáří bez jediné nemoci a obklopen přáteli a rodinou. Ale tvrdíme, že pokud zaujme aktivní přístup k životu, pokud si uvědomí, čím vším sám sobě škodí a jaké následky takový způsob života může mít ve stáří, pak je na nejlepší cestě prožít v rámci možností co nejdelší a nejkvalitnější život.

Díky neustálému se zdokonalování v oblasti medicíny se výrazně prodlužuje průměrný věk populace. Bohužel, v četných případech převažuje kvantita nad kvalitou. Lidé vysokého věku umírají v bolestech, opuštění, ve státních zařízeních pro lidi neschopné se o sebe postarat, odsouzené k prostému dožití.

Medicínský systém u nás funguje na výbornou, v mnoha oborech jsme průkopníky nových léčebných metod, případně držíme krok s vývojovým trendem světové medicíny. Co u nás ale zatím plně nefunguje, je systém prevence. A přitom je to právě prevence, která umožňuje snížit nemocnost a nemohoucnost u starých lidí. Nahlédneme-li na tento fakt z hlediska ekonomického, otevírá se nám prostor pro snížení nemalých nákladů na léčbu starých lidí, kteří tvoří více než polovinu ošetřovaných pacientů. Budeme-li se na danou problematiku dívat z té lidské stránky, může nám předcházení a zpomalování nástupu involučních změn přinést roky kvalitního života, ve kterých můžeme čerpat všech pozitiv vyššího věku.

Co je kvalitní život, je pojem značně relativní. Pro každého bude kvalitní život vypadat jinak, což dokazuje i náš výzkum. Subjektivní hodnocení kvality života úzce souvisí s individuálním hodnotovým systémem. Co je pro jednoho v životě zásadní, může být pro jiného až na nižších úrovních důležitosti.

Věříme ale, že pokud je možnost, jak si aktivní věk prodloužit, jak minimalizovat negativní dopady stárnutí na organismus i prožívání, pak bychom byli sami proti sobě, kdybychom této možnosti nevyužili, ať již v životě preferujeme jakékoliv hodnoty.

10 Resumé

Diplomová práce je zaměřena na vztah pravidelného provádění pohybových aktivit, subjektivního vnímání zdravotního stavu a subjektivního hodnocení kvality života. Vychází z odborné literatury a zjištěných informací o dané problematice.

V teoretické části jsou shrnuty kapitoly týkající se stáří, stárnutí a pojmy s nimi spojené. Dále jsou zde uvedeny teoretické podklady pohybových aktivit určených pro seniory. Poslední část je věnována kvalitě života, jejímu teoretickému vymezení, nástrojům a metodám měření.

Výzkumná část se zaměřuje na posouzení vztahu pravidelného provádění pohybových aktivit a subjektivního hodnocení kvality života seniorek a také na posouzení vztahu mezi prováděním pohybových aktivit seniorek a jejich zdravotním stavem.

11 Cizojazyčné resumé

The thesis is focused on relationship between regular physical activities, subjective health perception and subjective quality of life score. The thesis is based on professional literature and identified informations about this issue.

In the theoretical part are summarized parts about old age, ageing and other terms connected with it. There are also theoretical materials of physical activities for seniors. The last part is about quality of live, it's theoretical definition, tools and measurement methods.

The research part of the thesis is focused on assessment of the relationship between regular physical activities implementation and subjective quality of life score, and also on assessment of the relationship between physical activities implementation and health.

12 Seznam použité literatury

1. SPIRDUSO, W. W. *Physical dimensions of Aging*. Champaign, IL, Human Kinetics 1995
2. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha : Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8
3. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha : Avicenum, 1988. 136 s. ISBN 80-201-0076-8
4. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0
6. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. *Kvalita života*. Brno : MU, 2005, ISBN 80-85800-81-0
7. HRABOVSKÁ, P. *Kvalita života seniorů*. Brno: 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta – Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce doc. PhDr. Pavel Mühlpacher, Ph.D.
8. Kolektiv autorů katedry fyzioterapie a ergoterapie. *Pohybové aktivity seniorů – Metodické listy*. Plzeň: Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni, 2012
9. KNAPPOVÁ, V. *Optimalizace pohybového režimu u populace středního a staršího věku z hlediska prevence funkčních poruch pohybového aparátu*. Brno, 2005. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií – Katedra kineziologie. Vedoucí práce doc. PhDr. Josef Pavlík, CSc.
10. ŠRÁMKOVÁ, P. *Výzkum úrovně rovnováhových schopností a stavu posturální funkce u populace středního a staršího věku*. Brno, 2012. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií – Katedra kineziologie. Vedoucí práce doc. PhDr. Josef Pavlík, CSc.
11. DRAGOMIRECKÁ, E.; PRAJSOVÁ, J. WHOQOL-OLD – Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření

- kvality života ve vyšším věku. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2009, 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9
12. DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠKODA, C. *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. ČS Psychiatrie, 93, 1997, s. 102-108
 13. MŮLPACHR, P. (ed) *Schola gerontologica*. Brno : MU 2005, ISBN 80-210-3838-1
 14. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. díl. Praha: SPN 1974
 15. CHRÁSTKA, J. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4
 16. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha : Portál, 2004, ISBN 80-7178-829-5

Elektronické dokumenty:

1. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) [online]. [cit. 10. dubna 2013]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz> >

13 Seznam příloh

Příloha č. 1 Průvodní dopis

Příloha č. 2 Dotazník rekreačních pohybových aktivit a dotazník zdravotního stavu

Příloha č. 3. Dotazník kvality života Q-LES-Q