

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
CENTRUM TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**POROVNÁNÍ KVALITY ŽIVOTA POHYBOVĚ AKTIVNÍCH
A NEAKTIVNÍCH SENIORŮ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Linda Takieddinová

Tělesná výchova a sport, obor TVŠ

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Benešová, Ph.D.

PLZEŇ 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Plzni dne 15. dubna 2021

.....

Linda Takieddinová

Poděkování

Děkuji Mgr. Daniele Benešové Ph.D. za odborné vedení práce, ochotu, trpělivost a poskytování rad při vypracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem seniorům, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu ve svém volném čase.

Předmluva

Téma bakalářské práce vzniklo na základě změny životního stylu mé babičky. Ve svých 80 letech, po smrti svého manžela, se začala věnovat aktivnímu životnímu stylu. Za pouhé 3 roky dosáhla kondice, kterou jsem u ní za celý můj život nezažila. Pohyb na ni měl vliv v mnoha směrech. Došlo ke zlepšení fyzické kondice, ale i psychické. Dočista se jí změnil pohled na svět i na svou rodinu. Věřím, že díky pohybové aktivitě dosáhla věku 83 let a má toho ještě mnoho krásného před sebou.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 STÁŘÍ, STÁRNUTÍ, SENIOR	8
1.1 Rozlišení stáří	9
1.1.1 Kalendářní stáří.....	9
1.1.2 Biologické stáří.....	10
1.1.3 Sociální stáří	11
1.2 Fyziologické aspekty stárnutí	11
2 POHYB A STÁŘÍ.....	14
2.1 Pohybová aktivita	14
2.2 Zdravotní benefity pohybové aktivity	14
2.2.1 Vliv psychický	15
2.2.2 Vliv fyzický	16
2.2.3 Vliv sociální.....	18
2.3 Vhodné pohybové aktivity pro seniory	20
2.4 Nevhodné pohybové aktivity.....	20
3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	22
PRAKTICKÁ ČÁST	24
4 CÍL, HYPOTÉZY A ÚKOLY PRÁCE.....	24
4.1 Cíle práce	24
4.2 Úkoly práce.....	24
4.3 Vědecká otázka.....	24
4.4 Hypotézy práce	24
5 METODIKA VÝZKUMU	25
5.1 Dotazník WHOQOL-BREF	25
5.2 Dotazník pohybové aktivity.....	25
5.3 Realizace a postup sběru dat.....	25

6	ANALÝZA DAT	27
7	TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ	46
8	DISKUSE	51
	ZÁVĚR.....	53
	RESUME	54
	RESUME	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	61
	PŘÍLOHY	63

ÚVOD

“Tak někdo zraje, někdo hnije věkem.”

Miroslav Horníček

Z demografického šetření lze pozorovat, jak se struktura v posledních desetiletích změnila. Podíl seniorské populace ve společnosti roste a to především díky dvěma demografickým změnám: poklesu počtu narozených a zvyšování střední délky života. Doba dožití se ale díky úrovni zdravotní péče prodlužuje, nejedná se však o léta prožitá ve zdraví. Roste totiž počet závažných onemocnění. Z historického hlediska došlo také k mnoha změnám, co se týče začlenění seniora do společnosti. Dříve byl starý člověk vnímán jako člověk moudrý, zkušený a byl přijímán jako plnohodnotná populační skupina. Dnes je senior považován spíše za zátěž jak ekonomickou, tak ohrožující ostatní populaci.

Cílem seniorů by tak mělo být dožít ve zdraví, což znamená stát se soběstačnými bez závažnějších zdravotních problémů. (Slepička, 2015).

Proces stárnutí můžeme označit jako periodu života, se kterou je třeba se úspěšně vypořádat jak ve prospěch společnosti, tak pro seniory samotné. Je důležité hledat nové způsoby aktivního trávení volného času a vrátit se k zálibám, které byly prací a nedostatkem času upozaděny. Dle Sýkorové a Chytila (2002) se má důchodce realisticky dopátrat nejlepšího modu vivendi, pokud možno produktivního. Ukazuje se, že vhodná pohybová aktivita by mohla zlepšit či alespoň zachovat kognitivní funkce po delší dobu, než je běžné, a aktivním trávením volného času pozitivně ovlivnit kvalitu života.

To, jak stárneme, není jen otázka stáří, nýbrž výsledkem našeho života. Stárnutí je celoživotní proces začínající kolem 35 let. Proto je důležité investovat do zdravého stárnutí v průběhu celého života (Koukolíková, 2014).

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ, STÁRNUTÍ, SENIOR

Není jednoduché uvést zde definici, která by nám objasnila pojmy stáří, stárnutí a senior. Existuje několik stovek definic a žádná z nich není doslova totožná, platná a definitivní. Tak jako na světě neexistují lidé, kteří by byli naprosto stejní, tak ani stáří nemusí každý prožívat a vnímat stejně. Existuje něco okolo tří set definic vymezujících pojmy stáří, jak uvádí ve své publikaci Příbyl (2015).

„Připomenu-li osobnosti dávné historie, je všeobecně známo, že Hippokrates vymezil stáří jako ztrátu vlhka a Aristoteles jako ztrátu tepla. Stav mezi zdravím a nemocí, jenž je navozen změnami tělních šťáv s úbytkem vlhka, tepla a krve, takové je pojetí stáří podle Galéna. Pojetí definic ovlivňuje také to, jakou optikou je na stárnutí a stáří nahlíženo (demografie, psychologie, sociální práce, gerontologie aj.) Autoři, kteří se zabývají problematikou stárnutí a stáří, se shodují v tom, že stáří (senium) je konečnou etapou života (vývojovým obdobím), zatímco stárnutí (senescence) je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout.“ (Příbyl, 2015)

Stárnutí lze chápat jako nevratný proces, který vrcholí ve stáří. Můžeme to nazvat jako období nacházející se mezi dospělostí a stářím. Toto období musí zákonitě postihnout veškeré živé organismy. Dle Příbyla (2015) se hovoří o vzájemně propojených procesech biologického, psychologického a sociálního stárnutí, odehrávajících se s interindividuální variabilitou. Involuční změny a reakce, adaptace organismu na ně jsou tak procesem dezintegrovaným a asynchronním, jenž je částečně geneticky podmíněn a zčásti je ovlivněn náhodnými jevy, poruchami. Fyziologické stárnutí (někdy označováno jako primární nebo také zdravé stárnutí) je provázeno přirozenými běžnými projevy souvisejícími s věkem, kdy se vytváří typický obraz - stařecký genotyp.

Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká. 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.

Stáří je dle Dvořáčkové (2013) chápáno jako pozdní fáze vývoje života člověka, jehož součástí jsou degenerativní procesy, které se projevují poklesem výkonu určitých funkcí.

Stáří je dle Příbyla (2015) označováno jako poslední vývojovou etapou lidského života, která je zakončena smrtí. Jedná se o důsledek a projev funkčních i morfologických změn, které jsou determinovány geneticky, ale i dalšími faktory, jako jsou např. životní podmínky, způsob života, onemocnění.

Senior, důchodce či penzista? Kdy takové oslovení použít a kdo to vlastně je? Důchodce a senior není totéž. Oslovení důchodce je odvozeno od slova penze (jinak také odchod do důchodu). Když se bavíme o odchodu do důchodu, je třeba zmínit, o jaký důchod se jedná. Slovem důchod totiž označujeme peněžní dávku na základně důchodového pojištění. Může jít tedy například o důchod invalidní. V tomto případě pak můžeme označit i člověka ve věku čtyřiceti let za důchodce, ačkoliv se nachází v produktivním věku. Chceme-li tedy pojmenovat osobu starší šedesáti pěti let, měli bychom použít termín senior. Světová zdravotnická organizace zařazuje do rubriky seniorů lidi, kteří dovršili 65 let. Seniorsy pak lze dělit na další kategorie, které jsou uvedeny níže.

V odborné literatuře můžeme najít nejednotnost v pojetí stáří. Obvykle však najdeme shodu v rozlišení stáří na kalendářní, biologické a sociální.

1.1 Rozlišení stáří

Nejčastěji se setkáváme s rozdělením stáří do tří skupin (Čeled'ová, Čevela, Kalvach 2012): stáří kalendářní, biologické a sociální. Rozdělit stáří se dá ale z několika dalších pohledů. Například Kalvach (2004) uvádí k výše uvedeným třem skupinám stáří psychické. Rose (2005) rozděluje stáří na kalendářní, biologické a funkční. Dále budu vycházet dle prvního rozdělení do tří skupin Kalvach (2004).

1.1.1 Kalendářní stáří

Kalendářní věk je dán datem narození. Kalendářní stáří je dané dosažením určitého věku, které se považuje za sociální konstrukt. Je nejjednodušeji stanovitelné a má svůj význam pro demografické, statistické aj. účely. V periodizaci stáří se ale mnoho autorů neshodne (Příbyl, 2015). Za obecně uznávanou je považována patnáctiletá periodizace lidského věku dle WHO:

- 60-74 let: stárnutí, rané stáří, senescence;
- 75-89 let: vlastní stáří, kmetství, senium;
- 90- a více let: dlouhověkost, patriarchium.

S ohledem na zlepšující se zdravotní a funkční stav stárnoucí populace se dnes většina autorů více přiklání k tomuto členění:

- 65-74 let: mladí senioři (young-old);
- 75-84 let: staří senioři (old-old);
- 85 a více let: velmi staří senioři (oldes-old, very old-old).

1.1.2 Biologické stáří

V biologickém stáří jde o důsledek involuce. Stáří je charakterizováno biologickými změnami struktury, vzhledu a fungování organismu. Neexistují žádná kritéria, podle nichž by se dala určit přesná věková hranice, jelikož se morfologické a funkční změny vyskytují u každého jedince individuálně. Oproti mladšímu dospělému věku je pro stáří charakteristický úbytek zdatnosti a odolnosti k zátěži, pokles výkonnosti v některých činnostech a zvýšené riziko výskytu některých chorob.

Podle Mitríkové a kol. (2013) je biologické stáří spojené s monitorováním involučních změn, protože lidé stejného kalendářního věku mohou vykazovat různou míru biologického stáří. Proces biologického stárnutí může např. ovlivnit životní styl, úroveň zdravotní péče a psychický stav, který vyplývá z pozitivního či negativního přístupu k životu.

Příbyl (2015) uvádí, že již okolo 25.-30. roku života lze pozorovat mírný a postupný pokles výkonnosti fyzických i duševních funkcí. Obecně rozlišujeme tři základní typy změn:

- úbytek funkcí na molekulární, tkáňové, orgánové a systémové úrovni
- významný pokles buněčných rezerv manifestujících se například při reakci v zátěžových situacích
- zpomalení většiny funkcí.

Vyskytují se lidé vyššího věku, kteří se cítí být mladí a fit, ale kalendářní věk k jejich psychickému i fyzickému stavu vůbec neodpovídá. Takovou situaci vystihují pojmy mladí starci a staří mladíci. Přednost by mělo mít kritérium biologického stáří před kalendářním, protože důležitější je zdatnost organismu před kalendářním věkem, což je jenom číslo.

1.1.3 Sociální stáří

Sociální stáří určuje souhrn sociálních změn, mezi které lze zařadit změny sociálního potenciálu, sociálních rolí a postojů. Dále je souhrnem typických životních událostí spojených s pokročilým věkem, jako je například odchod do starobního důchodu. (Čevela a kol., 2012). Odchod do důchodu může být těžkým obdobím plných změn. Jedná se například o ztrátu společnosti, pokles ekonomických příjmů, které se mohou projevit na kvalitě životní úrovně, ale také strach z osamělosti, opuštěnosti a z nepotřebnosti.

Život člověka lze dle Mühlpachra (2005) a Dimitrové (2007) rozdělit do tří až čtyř věků:

- první věk - předproduktivní (0-14 let);
- druhý věk - produktivní (15-64 let);
- třetí věk - postproduktivní (60/65 a starší);
- čtvrtý věk – závislost, ztráta soběstačnosti.

Tak jako je důležitá socializace v mladistvém věku, je důležité ji tak vnímat i ve stáří. Proto například vznikly kluby pro seniory, kde se lidé navzájem motivují, podporují, inspirují, a tak se senioři necítí tolik sami. Kolektiv může napomoci pozitivnímu myšlení a udržení si mladého ducha v těle.

1.2 Fyziologické aspekty stárnutí

Změny respiračního systému

Po 30. roce života se začíná následkem degenerativních změn elastických vláken snižovat elasticita plic (Terry, 2006). S přibývajícím věkem pak slábnou i respirační svaly. Změny vaziva a kloubů mají za následek tuhost hrudníku, která souvisí s nadměrnou hrudní kyfózou. Tyto změny způsobují snížení vitální kapacity plic a výkonnost dýchacích svalů (Teplan, 2015)

Změny trávicí soustavy a metabolismu

Další změny nastávají v oblasti trávicí soustavy a metabolismu. Dle Tůmové (2003) se trávení u starších lidí zpomaluje a stává se obtížnějším. V seniorském věku je často vídaným jevem zvýšená tělesná hmotnost, snížené množství svalové hmoty a inzulínová rezistence. Nesprávný životní styl (pokles fyzické aktivity a nesprávná životospráva) může mít za následek onemocnění metabolického charakteru, kterým je diabetes mellitus 2. stupně. (Kalvach, 2004)

Změny nervového systému

Ve stáří dochází postupně ke snížení hmotnosti mozku. V těle ubývají neurony i synapse. Zánik neuronů v mozečku naruší rovnovážné ústrojí, plánování pohybu a orientaci v prostoru. (Love a Webb, 2009; Silbernagl a Lang, 2012). Mezi nejčastější poruchy nervového systému u starších osob řadíme Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu chorobu, mozečkové poruchy nebo cévní mozkovou příhodu. Pidrman a Kolibiáš (2005) uvádějí, že příčinou psychiatrických a neurologických chorob mohou být poruchy syntézy a metabolismu některých z neurotransmiterů.

Změny kardiovaskulárního systému

Fyziologické změny zasahují i funkci levé srdeční komory a srdečního výdeje v klidu a při zátěži. Sníží se množství přečerpávané krve, tím i prokrvení ostatních důležitých orgánů. Dochází ke změně srdeční pojivové tkáně, která zvětší tuhost myokardu a vyžaduje větší plicní tlaky v komorách (Felšöci, Toman a Spinar, (2009), Štejf, (2007). Hegyi (2015) uvádí, že oběhové změny jsou nejčastější příčinou výskytu onemocnění.

Změny smyslových orgánů

Ve stáří jsou změnou postiženy i smyslové orgány. Až 90% osob po 60. roce trpí zhoršením zrakové percepce. Dochází ke zmenšení a zúžení zorného pole a zpomalení zpracování zrakových podnětů (Stuart-Hamilton a Krejčí, 1999). Petrová Kafková (2010) uvádí, že kontrola rovnováhy závisí na zrakovém, sluchovém a vestibulárním výkonu a proprioreceptivním vnímání. S přibývajícím věkem se zhoršuje funkce všech vyjmenovaných smyslů, což vede k méně efektivním pohybům zachovávajícím rovnováhu, nestabilitě či dokonce závratím.

Změny pohybového aparátu

Nejviditelnější změny jsou však úbytky svalové hmoty vyvolané věkem (sarkopenie). To negativně ovlivní koordinaci pohybů, rychlost svalové kontrakce, svalovou sílu a fyzickou zdatnost. (Kenney, Wilmore, Costill a Wilmore, 2012). Změny však postihují i kosterní aparát. Poklesem kostní hmoty se zhoršuje kvalita kloubů a kloubních chrupavek (Daley a Spinks, 2000). Důsledkem změn pak vznikají nemoci jako osteoporóza, osteoartróza a osteoartritida (Kalvach, 2004).

Z výše uvedených faktů je zřejmé, že změny v jednotlivých systémech se vzájemně ovlivňují. Jejich změna má vliv na posturální stabilitu, kterou Kolář (2009) chápe jako schopnost držení těla, při kterém reagujeme na změny zevních a vnitřních sil tak, aby nedošlo k neřízenému nebo nezamýšlenému pádu. Jedná se o nepřetržité zaujímání stálé polohy.

2 POHYB A STÁŘÍ

2.1 Pohybová aktivita

Pohyb je základem našeho života, díky němuž můžeme existovat. V našem životě by pohyb měl být jednou z primárních potřeb. V každém věku zastává významnou roli. Čím je člověk mladší, tím je funkce pohybu přirozenější. V pokročilém stádiu života je pohyb ovlivněn sociálním prostředím. Někdy může být nahrazen jinými podněty např. televize, počítač, telefon atd. (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

„Dle Bursové má tělesný pohyb nezastupitelný význam ve vývoji jedince. Je nutnou potřebou zdravého růstu (ve smyslu celkového uspokojivého životního pocitu člověka – angl. well-being - v úrovni tělesné, duševní i společenské) a prioritním prostředkem preventivního zdraví. Při jeho nedostatku se vždy objeví jistá patologie. Pohybová aktivita nám ale současně umožňuje příjemné trávení volného času a napomáhá formovat jedince i po stránce sociální. Jelikož je pohyb řízen centrální nervovou soustavou a s její činností úzce souvisí, ovlivňuje psychickou stránku jedince a jeho vlastnosti, jako jsou intelekt, ctízádnost, poctivost, sebedůvěra, vůle. Tento vztah pohybu k tělesným a psychickým vlastnostem byl znám již v Číně, Indii, ve starověkém Řecku i Římě. Jednotlivé systémy – kung-fu, jóga a kalokagathia měli mnoho společného, především však zdůrazňovali nutnost harmonického rozvoje tělesných a psychických vlastností člověka“¹

2.2 Zdravotní benefity pohybové aktivity

Pokud by mělo být cílem seniorů udržovat se po co nejdelší dobu v kondici, mělo by se jim dostávat více příležitostí k pohybovým programům, které by odpovídaly jejich specifickým potřebám. Pravidelný pohyb totiž umožňuje starším lidem udržet nebo i zpětně získat úroveň fyzické obratnosti a výkonnosti, která jim umožňuje být nezávislým a soběstačným. Oslabení psychofyzické obratnosti u populace vyššího věku nemusí být jen procesem stárnutí, nýbrž důsledkem sedavého životního stylu. Kdežto vhodně zvolené pohybové aktivity zpomalují proces stárnutí a pozitivně ovlivňují kvalitu života seniorů.

„Pohyb působí velmi příznivě na činnost nervového systému a na veškeré mechanismy regulující oběh krve. Zdravotně orientovaná pohybová aktivita zmírňuje poruchy spánku,

¹ BURSOVÁ, Marta. *Kompenzační cvičení: uvolňovací, protahovací, posilovací*. Praha: Grada, 2005. Fitness, síla, kondice. ISBN 80-247-0948-1.

*neurotické a depresivní stavy. Fyzická zátěž způsobuje zesílení vláken srdečního svalu, což je následek přizpůsobení se srdce větší námaze. Smrštění srdečního svalu je silnější, a tím i ekonomičtější.*²

2.2.1 Vliv psychický

Pohyb a psychika spolu velmi úzce souvisí. K tělesnému cvičení je potřeba psychických procesů jak poznávacích, emočních, tak volních. Tyto pohyby získáváme pod vědomou kontrolou v procesu motorického učení. (Slepička, 2015).

V dnešní době je pohybová aktivita u seniorů brána ve smyslu duševně hygienickém nebo terapeutickém. Lee et al. (2012) ve svém výzkumu ověřil, že motorická aktivita je nejúčinnějším prostředkem regulace negativních psychických stavů a odbourání stresu, udržení tělesného i mentálního zdraví a zdrojem uspokojení, což kromě kvality života zlepšuje také sebepojetí jedince.

Dle Křivohlavého (2001) je tělesný pohyb přirozeným projevem člověka, který má pozitivní vliv na uvolňování psychického napětí. Tím se omezují stavy vnitřního napětí a pesimismu. Jedinci sportující celý život naznačují, že jsou mnohem odolnější vůči stresu, úzkostem a depresím. Například Hinkle (1992) provedl metaanalýzu studií zkoumající výše zmíněný problém. Řada testujících prokázala význam pohybové aktivity nejen pro redukci úzkosti, ale také pozitivně působila na sebehodnocení a výskyt depresí. Takových výsledků nedosáhli pouze jedinci intenzivních cvičení, ale také osoby vykonávající aktivity s nižší intenzitou. Mezi tyto aktivity řadíme například chůzi a procházky vhodné pro seniory.

Máme několik druhů cvičení, které mají kořeny v některých filozoficko-náboženských systémech. Oblast typická pro využívání pohybu k ovlivnění duševního života je například Indie nebo Dálný východ. Velmi populárním cvičením je například jóga. Její myšlenkou je ovlivnění psychiky formou autoregulace vedoucí k duševní harmonii, oproštění se od vnějšího prostředí a zaměření se na své já, tedy harmonie těla a duše: „[...] nestačí

² ROSŁAWSKI, Adam. *Jak zůstat fit ve stáří: [cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci]*. Brno: Computer Press, 2005. Zdraví pro každého (Computer Press). ISBN 80-251-0774-4.

*jen krásné tělo, nýbrž v krásném těle budiž krásný duch, totiž dobrý duch, to znamená proslulá řecká kalokagathia.*³

Pohyb podporuje pozitivní emoce a duševní zdraví. Pohybem se zvyšuje produkce antistresových hormonů. U trénovaných jedinců vzrůstá hladina endorfinů už po deseti minutách.

Výzkum, kterého se zúčastnilo 100 šedesátníků prokázal, jaký pozitivní vliv má pohybová aktivita na strukturu nervových spojení v mozku. První skupina účastníků chodila pravidelně několikrát týdně na procházky. Druhá skupina provozovala klidná cvičení, při kterých se účastníkům nezvýšila tepová frekvence. Účastníkům první skupiny se během roku zlepšila nejen kondice, ale i jejich mozek začal pracovat efektivněji. V mozku došlo k posílení spojení spánkového laloku s čelním i týlním lalokem. Jednotlivé části mozku se vzájemně lépe integrovaly, což způsobilo větší efektivitu celého mozku. Mозek fyzicky aktivních lidí pracuje efektivněji. Pravidelná fyzická aktivita zpomaluje proces stárnutí mozku. (Hansen, 2020)

2.2.2 Vliv fyzický

Odchod do starobního důchodu je též často nazýván jako přechod na zasloužený odpočinek. Slovo odpočinek může nabídat k méně aktivnímu až neaktivnímu způsobu života, který je činitelem podporující vznik a vývoj chronických nemocí. S přibývajícím věkem u mnoha seniorů roste strach z tělesné aktivity. Obávají se, že by se při cvičení mohli zranit, že nemají dostatečnou kondici nebo jsou příliš slabí či staří. Opak je však pravdou. Pohybová aktivita je klíčem ke zdraví. Díky ní nabydeme síly a energie, které je s přibývajícím věkem potřeba. Pohybová aktivita je přírodou koncipovaný lék na většinu chorob. Pozitivně ovlivňuje organismus člověka. Tělesný pohyb má pozitivní vliv na zdraví v tom nejširším slova smyslu.

- redukuje riziko vzniku onemocnění srdce a cév;
- snižuje krevní tlak;
- zlepšuje lipoproteinový profil - zvyšuje hladinu HDL a snižuje hladinu LDL cholesterolu;
- vyšším výdejem energie podporuje redukci váhy, je prevencí obezity;

³ Tamtéž, s. 27.

- snižuje hladinu glykémie, zvyšuje glukózovou toleranci, snižuje inzulinorezistenci a je tak prevencí vzniku diabetu II. typu;
- zabraňuje vzniku osteoporózy;
- zlepšuje psychický stav a schopnost vyrovnat se se stresem a vyčerpáním;
- vyšší tělesná zdatnost snižuje celkovou mortalitu.

Díky pohybové aktivitě se zvyšuje pravděpodobnost nezávislosti na pomoci druhých. Samostatnost ovlivňuje sebeúctu a celkový vzhled člověka. Navozuje pozitivní emoce a zlepšuje duševní zdraví. Kromě toho je fyzická aktivita klíčovým faktorem energetického výdeje, a je tedy zásadní pro energetický balanc a regulaci hmotnosti. (WHO, 2010). S vyšším věkem se zpomaluje metabolismus a bez pohybu či úpravy stravovacích návyků může dojít k přibírání hmotnosti (Hudáková, 2018). Kennedy a kolektiv v odborném článku zveřejnili, že starší osoby, jejichž pohybová aktivita nedosahuje ani 30 minut denně, jsou obezitou postiženy dvakrát až třikrát více ve srovnání se staršími osobami vykonávajícími pravidelnou pohybovou aktivitu (Kennedy et al., 2008, s.614). Onemocnění, které má nejsilnější vztah k obezitě, je diabetes 2. typu (Gun In Chan, Woo, 2010, s. 770). Newman představuje poznatek, který předložil Daniels. I 6,804 kilogramů zvýšené váhy může zvýšit riziko diabetu o 50 % (Daniels In Newman, 2009, s.4). Autoři Kurukulasuriya Newmana doplňují. K důsledkům diabetu mellitu řadí jak pokles kognitivních schopností, pravděpodobnost vzniku dekubitů či městnavého srdečního selhání, tak i močovou inkontinenci a depresi (Kurukulasuriya L.R.a D.S., 2007, s.599). Další často vyskytující se zdravotní komplikace získané obezitou jsou onemocnění trávicího traktu a jaterní potíže, kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, psychosociální komplikace, kožní komplikace, gynekologické komplikace a především onemocnění pohybového aparátu. (Hudáková, 2018). Problematice artritid a osteoartróz se věnoval Newman. Nejčastější příčinou invalidity u starších osob je artritida. Nadváha či obezita zvyšuje zátěž zejména kyčelních a kolenních kloubů (National Institutes of Health In Newman, 2009, s.3).

Aktivní senioři se dle mnoha studií dožívají nejen vyššího věku, ale i lepší celkové kondice. „Jde nejen o to přidat roky k životu, ale i přidat život rokům“ (Hudáková, 2018). Zdravotní potíže nelze vždy odstranit pohybovou aktivitou, je však možné zpomalit či zabránit jejich dalšímu rozvoji.

2.2.3 Vliv sociální

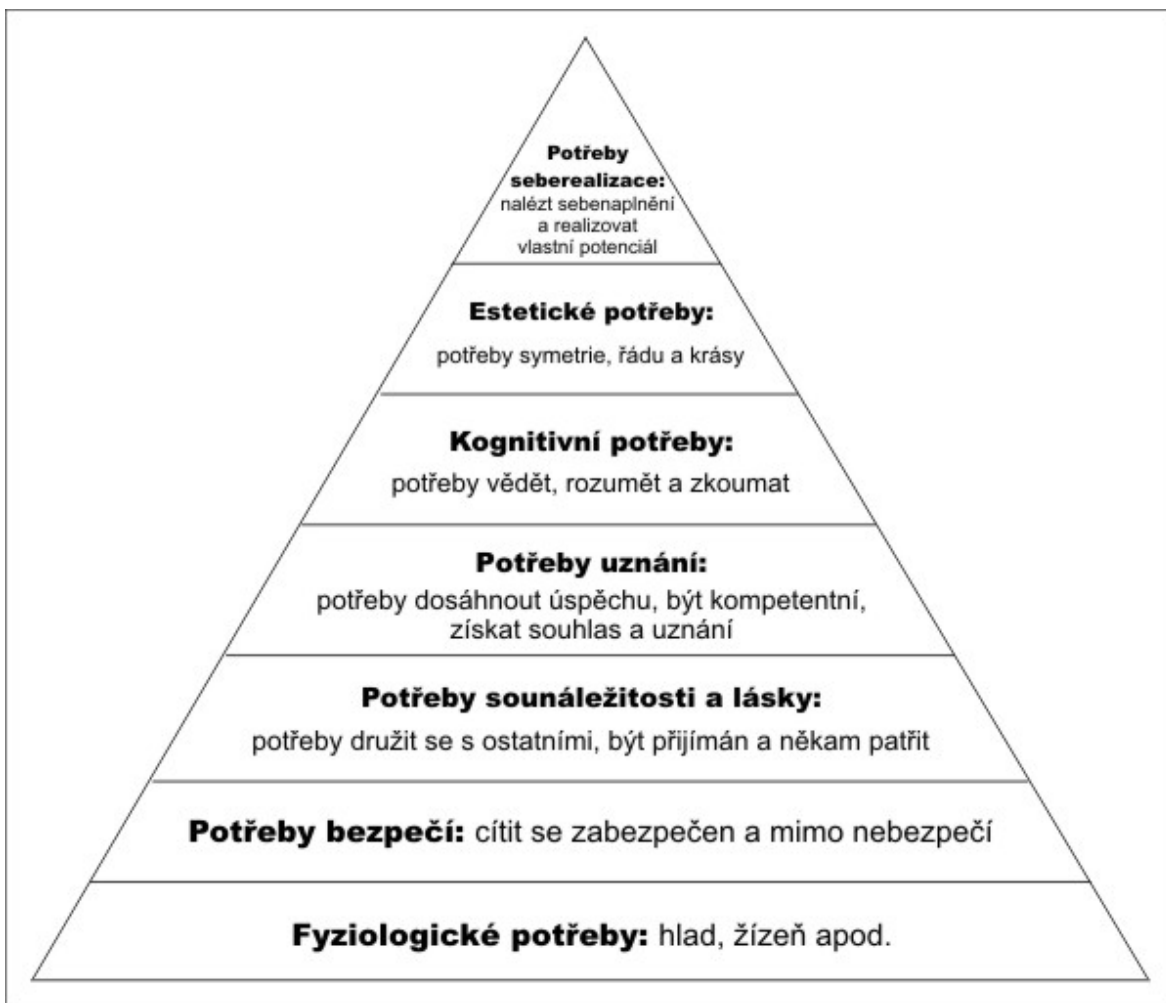
Zdravotní stav člověka ovlivňují nejen biologické a psychologické faktory, ale také oblast sociální. *Jde především o vzájemné vztahy mezi lidmi, saturaci či frustraci sociálních potřeb, existenci sociální harmonie či disharmonie, evaluaci či devaluaci v sociální komunikaci.*⁴ Člověk prožije většinu života ve společnosti jiných lidí. Odchod do důchodu však často zapříčiní samotu a naruší sociální kontakt. To pak může mít za následek úzkosti, deprese a negativní myšlení.

Předpokládá se, že touha po kontaktu s jinými jedinci vznikla během evoluce, kdy sdružování zvyšovalo šanci na přežití před nepřítelem. Do současné doby se tato skutečnost promítá vyhledáváním druhých lidí v situaci, kdy prožíváme úzkost, strach či stres. Kontakt s blízkou osobou zvyšuje pocity štěstí ve chvílích radosti a ulevuje při smutku, úzkostech a bolestech. Příjemné pocity může vyvolávat také důvěra v druhé, sdílení stejných či podobných názorů, podpora v náročných životních situacích, ale také ocenění a motivace. To vše pak může mít příznivý vliv na sebevědomí.

Představa, že senioři mají speciální potřeby, je zcela mylná. Potřeby starých lidí jsou stejné jako u všech ostatních lidí. To, v čem může dojít ke změně, je subjektivní význam potřeb, neboť v důsledku fyzických, sociálních, psychických i ekonomických změn, které stárnutí doprovázejí, se může naplňování některých běžných potřeb stát obtížnějším.

Lidské potřeby je nutno chápat komplexně jako jeden celek. To znamená, že výskyt jedné potřeby je založen na uspokojení potřeby v hierarchii předcházející. (Nešporová a kol., 2008) Hierarchické uspořádání lidských potřeb lze graficky znázornit ve tvaru pyramidy dle amerického psychologa A. Maslowa.

⁴ ŠTILEC, Miroslav. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0788-3.



Obrázek 1: Maslowova hierarchie potřeb

Zdroj: <https://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/2/>

Zavázalová uvádí, že stejně tak jako všichni lidé, „...také starý člověk je závislý na společnosti, ve které žije, pro svůj život potřebuje společenské kontakty, komunikaci, být s druhými. Ztráta sociálních kontaktů je pro starého člověka velkým stresem a může vést až ke smrti.“ (Zavázalová, 2001, s. 45)

Důvodů, proč vykonávat pohybovou aktivitu, je hned několik. Pohybová aktivita má například funkci společenskou, motivační, volnočasovou, rehabilitační a rekondiční.

„Vědecké výzkumy zjistily, že klíč k dlouhodobému, spokojenému a zdravému stárnutí je v každém člověku samotném: kdo sám sebe vnímá pozitivně, kdo neztratí víru ve vlastní

*výkonnost, kdo má přátele a rodinu a je sociálně a tělesně aktivní, ten má velkou šanci, cítit se dlouho mladý, dynamický v kondici a zdravý.*⁵

Tělesná cvičení ve vztahu k nezbytné aktivní adaptaci na měnící se životní podmínky začínají hrát roli poměrně efektivních prostředků, které vytvářejí předpoklady pro rychlejší a účinnější adaptaci (Křivohlavý, 2001).

2.3 Vhodné pohybové aktivity pro seniory

Vhodnost pohybové aktivity pro seniora je velice individuální. Je důležité hledět na zdravotní stav jedince a úroveň jeho fyzické zdatnosti. Základem je, aby pohybová aktivita vedla seniora k potěšení, uvolnění, zlepšení či udržení zdravotního stavu a soběstačnosti. Vhodně zvolené pohybové aktivity mohou zpomalit proces stárnutí a pozitivně se odrazit na kvalitě života jedince. Pokud se jedná o seniory trpící například nemocemi oběhového a dýchacího systému nebo dalšími rizikovými onemocněními, je důležité se poradit s lékařem na vhodném druhu aktivity.

Štilce (2004) doporučuje jako vhodné pohybové aktivity pro seniory cvičení na sebeuvědomování si vlastního těla jako například: Feldenkreisova metoda, relaxační a dechová cvičení, jóga pro seniory, čínská a tibetská zdravotně posilující cvičení. Pro udržení fyzické zdatnosti doporučuje také plavání a cvičení ve vodě kvůli odlehčení kloubnímu aparátu. U staršího organismu je také důležité dbát na vyváženost aerobního zatížení s důrazem na pomalé prožitkové aktivity.

Intenzitu pohybového programu zvyšujeme postupně podle kondice jedince. Pro udržení zdatnosti jsou dle Štilce (2003) vhodné pohybové aktivity: chůze, plavání, cvičení ve vodě, zábavné pohybově nenáročné hry, běžecké lyže v nenáročném terénu, cvičení s hudbou a skupinové tance.

2.4 Nevhodné pohybové aktivity

Není přesně definováno, které pohybové aktivity jsou pro seniory vhodné a které ne. Důležité je eliminovat riziko pádu či úrazu. Je třeba brát v potaz celkový zdravotní stav. Senior může mít sníženou koordinaci, svalovou sílu, zpomalené reakce, horší zrak a sluch. Tělo potřebuje delší dobu odpočinku a regenerace. Dle Hudákové (2018) jsou nevhodné

⁵ MOMMERT-JAUCH, Petra. *Nordic walking pro zdraví: pomáhá při bolestech zad, artróze, osteoporóze, vysokém krevním tlaku, nadváze, cévních problémech a dalších obtížích*. Praha: Plot, 2009. ISBN 978-80-86523-98-9.

pohybové aktivity takové, které ohrožují seniora z hlediska vysoké intenzity, složitosti, velkých nároků na koordinaci a rovnováhu. Mezi takové sporty se řadí například kolektivní kontaktní hry, kdy hrozí riziko úrazu způsobené srážkou:

- Izometrické cvičení se zadržným dechem;
- Cvičení na nářadí (hrazda, bradla, kruhy);
- Silové cvičení se zadržným dechem;
- Spinální cviky (při akutních potížích zad);
- Prudké a náhlé změny polohy jedince;
- Příliš velké tempo;
- Skoky, poskoky, výskoky, přeskoky na tvrdé zemi;
- Záklon hlavy, polohy hlavy dole;
- Aktivity vysoké intenzity. (Hudáková, 2018).

Nemoci omezující pohyb

Existují bariéry, které znemožňují vykonávat fyzickou pohybovou aktivitu. Mohou to být fyziologické změny provázející stáří, nemoci, ale i úrazy (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Osteoporóza je kostní onemocnění způsobené úbytkem minerální a organické části kosti. V kosti jsou tvořeny buňky zvané osteoblasty a osteoklasty. Kolem padesátého roku se sníží hladina estrogenu a testosteronu a začnou tak převládat osteoklasty odbourávající osteoblasty. To způsobí řidnutí kostí, které jsou následně křehčí a náchylnější ke zlomeninám. Pevnost kostí máme z 60% určenou geneticky, ale zbylých 40% můžeme ovlivnit. Hlavními kroky pro prevenci jsou dostatečný příjem vápníku, vitamínu D a především pohyb. Nejčastějšími osteoporotickými zlomeninami jsou zlomeniny krčku stehenní kosti, dolního předloktí a zlomeniny obratlů páteře (Gordon, 2011).

Nejběžnějším onemocněním kloubů v pozdějším věku je **osteoartróza a artróza**. Jedná se o metabolickou dysregulaci kloubní chrupavky, která vede ke změně mechanických vlastností a následně k její destrukci (Topinková, 2005). Opotřebením kloubní chrupavky se projevuje bolestí, ztuhlostí, přecitlivělostí a otoky. Dochází k němu nejčastěji nadměrným zatížením kloubů například: obezitou, vadným držením těla, nevhodnou obuví a nepřiměřenou nebo nedostatečnou pohybovou aktivitou (Gordon, 2011).

3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Kvalita života je velice obecný pojem používaný v mnoha oblastech lidské činnosti. Lze ho zkoumat z několika hledisek: medicínského, psychologického, interpersonálního a mnoha dalších (Gurková, 2011).

V disertační práci Dragomirecká (2007) uvádí „*V medicíně a psychologii se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“⁹ (WHO, 1946), než morbidita a mortalita. Považuje se za pozitivní ukazatel celkového stavu jedince, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence“⁶.*

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života: „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Tato definice vznikla za pomoci WHOQOL pracovní skupiny, kterou pověřila světová zdravotnická organizace, aby sestavila celosvětově použitelný dotazník kvality života (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s 9).

Dle Dvořáčkové (2012) je důležité si pro kvalitu života ve stáří vytvořit program pro volný čas. Na prožití kvalitního stáří má velký vliv udržení rodinných a přátelských vztahů a navázání nových sociálních kontaktů. Je třeba do volného času zařadit aktivitu, ta slouží jako prevence nesoběstačnosti. „*Jakákoliv aktivita, ať už sociální, psychická nebo fyzická, dává životu ve stáří smysl a pocit naplnění“⁷.*

WHO stanovila 6 obecných domén kvality života a 24 aspektů, které je upřesňují. Shrnutí jsou v následující tabulce.

⁶ DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Prediktor kvality života ve vyšším věku* [online]. Praha, 2007 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/10863/140010687.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Školitel doc. PhDr. Jan SRNEC, CSc.

⁷ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. s.194-195. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

Tabulka 1: Domény kvality života podle WHO

Doména	Aspekty začleněné do domény
	Celková kvalita života a zdraví
1. Fyzické zdraví	Energie a únava Bolest a nepohodlí Spánek a odpočinek
2. Psychické zdraví	Osobní představa a vzhled Negativní pocity Pozitivní pocity Ocenění sama sebe Myšlení, učení, paměť a soustředění
3. Úroveň nezávislosti	Pohyblivost Aktivity v denním životě Závislost na lécivech a lékařské pomoci Pracovní schopnost
4. Společenské vztahy	Osobní vztahy Sociální podpora Sexuální aktivita
5. Prostředí	Finanční zdroje Svoboda, fyzické bezpečí Zdravotní a sociální péče: dostupnost a kvalita Domácí prostředí Příležitosti pro získání nových poznatků a dovedností Účast a příležitosti pro rekreaci / volný čas Fyzické prostředí (znečištění / hluk / dopravní provoz / klima) Doprava
6. Spiritualita/ víra / osobní vyznání	Víra / spiritualita / osobní vyznání

Zdroj: <https://theses.cz/id/6219mh/22994765>

„Vědecké výzkumy zjistily, že klíč k dlouhodobému, spokojenému a zdravému stárnutí je v každém člověku samotném: kdo sám sebe vnímá pozitivně, kdo neztratí víru ve vlastní výkonnost, kdo má přátele a rodinu a je sociálně a tělesně aktivní, ten má velkou šanci, cítit se dlouho mladý, dynamický v kondici a zdravý.“⁸

⁸ MOMMERT-JAUCH, Petra. *Nordic walking pro zdraví: pomáhá při bolestech zad, artróze, osteoporóze, vysokém krevním tlaku, nadváze, cévních problémech a dalších obtížích*. Praha: Plot, 2009. ISBN 978-80-86523-98-9.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL, HYPOTÉZY A ÚKOLY PRÁCE

4.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je porovnání kvality života pohybově aktivních a neaktivních seniorů.

4.2 Úkoly práce

- 1) Definice teoretických východisek;
- 2) Zvolení diagnostické metody;
- 3) Zpracování a interpretace dat standardizovaného dotazníku;
- 4) Vyvození závěru.

4.3 Vědecká otázka

Liší se kvalita života pohybově aktivních a pohybově neaktivních seniorů?

4.4 Hypotézy práce

- H1: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vnímání fyzického zdraví mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory;
- H2: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu prožívání mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory;
- H3: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu sociálních vztahů mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory;
- H4: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu prostředí mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory.

5 METODIKA VÝZKUMU

Pro všechny otázky dotazníku byly vytvořeny sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi. Hrubé skóre jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF bylo vypočteno v souladu s manuálem. Porovnání skóre v jednotlivých doménách pro pohybově aktivní a neaktivní seniory bylo provedeno pomocí Welchova t-testu. Všechny výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA 13. Hladina významnosti byla stanovena 5 %.

5.1 Dotazník WHOQOL-BREF

Jedná se o zkrácenou formu dotazníku, která vychází z dotazníku WHOQOL-100. Tyto dotazníky slouží k sebeposouzení kvality života jedince. Prostřednictvím obou dotazníků lze hodnotit kvalitu života skupin nebo populace. Dotazník WHOQOL-BREF se skládá z 24 položek sdružených do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím). Zkrácená forma dotazníku se tedy celkem skládá z 26 položek, které pokrývají široké spektrum aspektů kvality života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

5.2 Dotazník pohybové aktivity

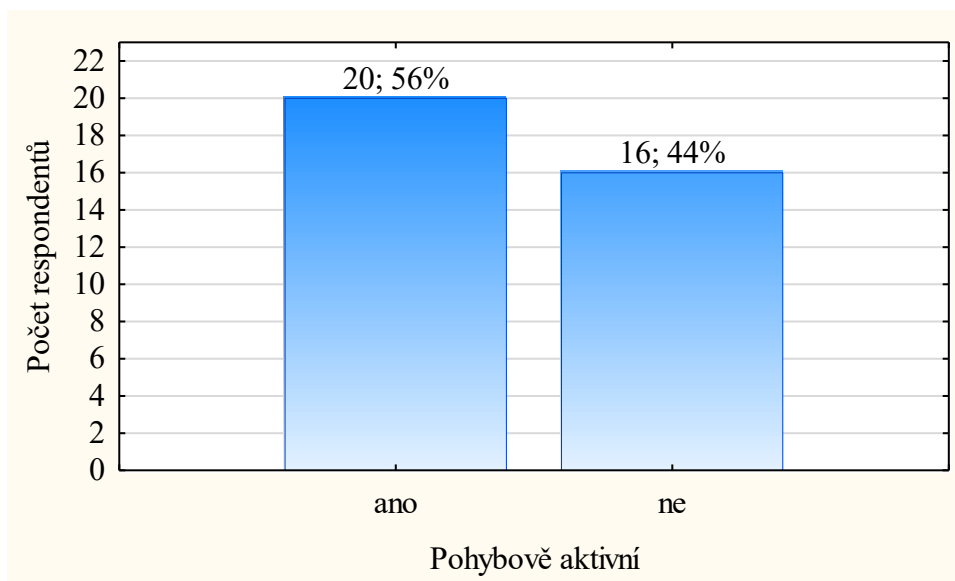
Pro určení, zda je senior pohybově aktivní či ne, byl využit dotazník pohybové aktivity, který se skládá z 10 otázek. Za každou odpověď ano získává respondent 1 bod. Hodnocení pohybové aktivity je bodově rozčleněno na tři skupiny: nedostatečný 0-3 body, uspokojující 4-6 body, optimální 7-10. Za pohybově aktivního seniora byl považován ten, kdo získal alespoň 4 body a více.

5.3 Realizace a postup sběru dat

Před začátkem výzkumu bylo nutné si zvolit, podle čeho určím, zda se jedná o pohybově aktivního seniora či pohybově neaktivního seniora. Vybrala jsem jednoduchý a krátký dotazník pohybové aktivity. Pro zjištění kvality života seniorů, jsem zvolila standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Ten měl být původně distribuován do klubu důchodců v Karlových Varech, při jejich pravidelných schůzkách. Bohužel kvůli celosvětové pandemii COVID-19 to možné nebylo. Dotazník jsem přepsala do online

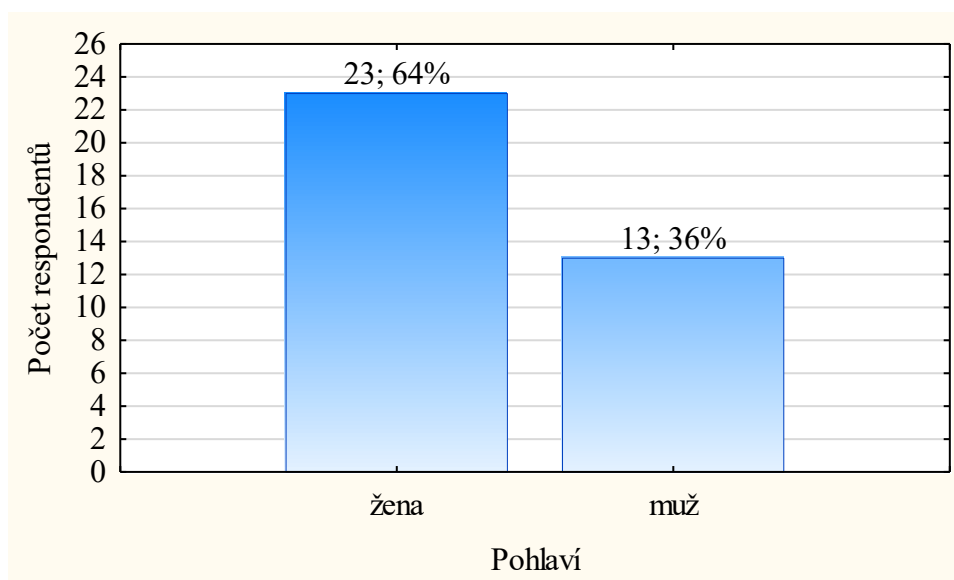
podoby pomocí formulářů google forms. Následně jsem prostřednictvím e-mailu rozeslala online dotazník a anketu svým kamarádům, kteří ho dále předali svým prarodičům, nebo ho s nimi rovnou vyplnili. Kvůli takovému způsobu získávání dat byl mnohem nižší počet respondentů. Respondentům bylo v e-mailu jasně sděleno, že dotazník je anonymní. Měli tak na vyplnění dotazníku čas a soukromí. Anonymita byla zvolena především z důvodů validity odpovědí. Při odhalené identitě hrozí větší riziko zkreslení odpovědí. Po získání všech potřebných dat následovalo jejich přepsání do tabulky, následné zpracování a vyhodnocení formou popisných statistik v programu Microsoft Excel.

6 ANALÝZA DAT



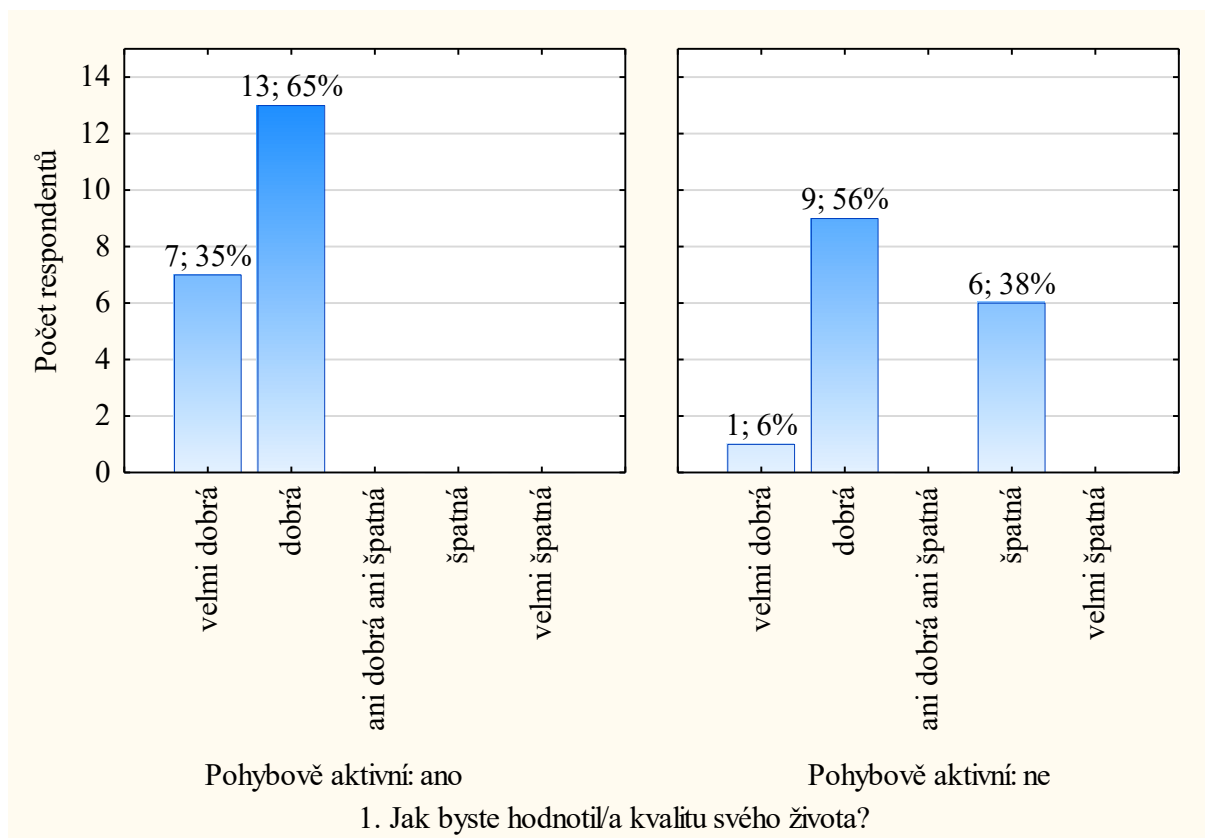
Graf 1: Porovnání pohybově aktivních a neaktivních seniorů, zdroj vlastní

Z celkového počtu respondentů (36) se jednalo o 20 seniorů pohybově aktivních a 16 seniorů pohybově neaktivních. Do těchto skupin byli seniori rozřazeni pomocí dotazníku pohybové aktivity.



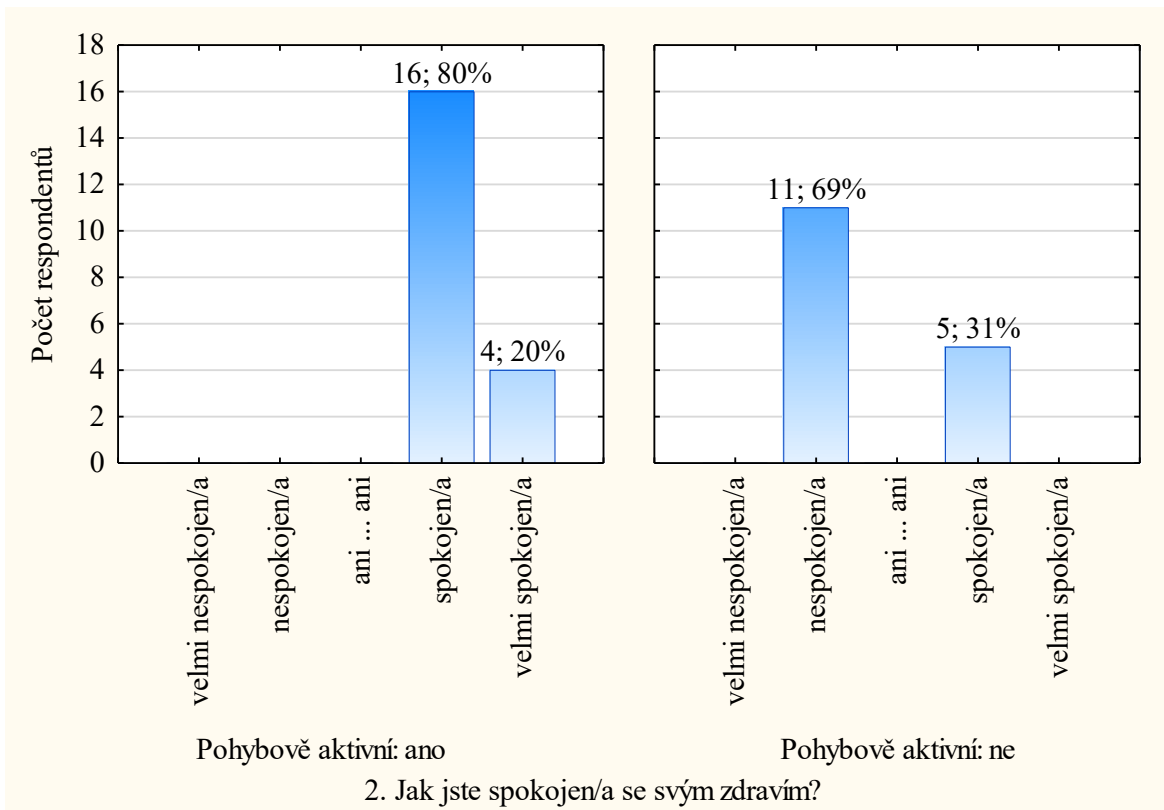
Graf 2: Poměr mužů a žen, zdroj vlastní

Z 36 respondentů se jednalo o 23 žen a 13 mužů.



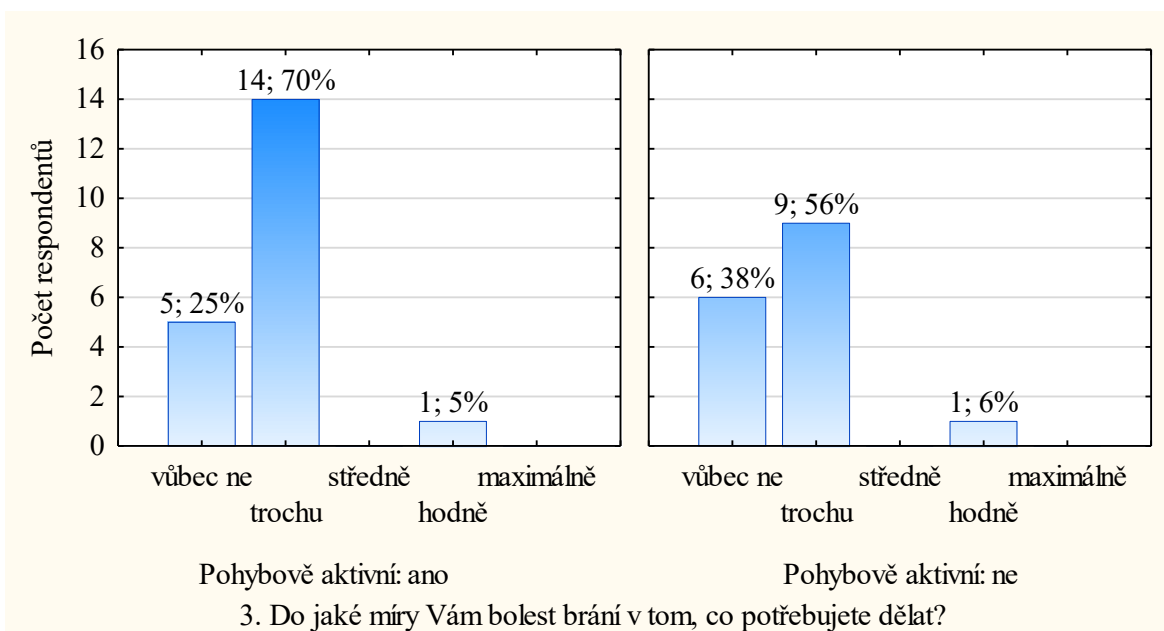
Graf 3: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života, zdroj vlastní

U pohybově aktivních seniorů není zaznamenána v grafu horší odpověď než dobrá. Z 16 pohybově neaktivních seniorů hodnotí svou kvalitu života špatně 6 seniorů.



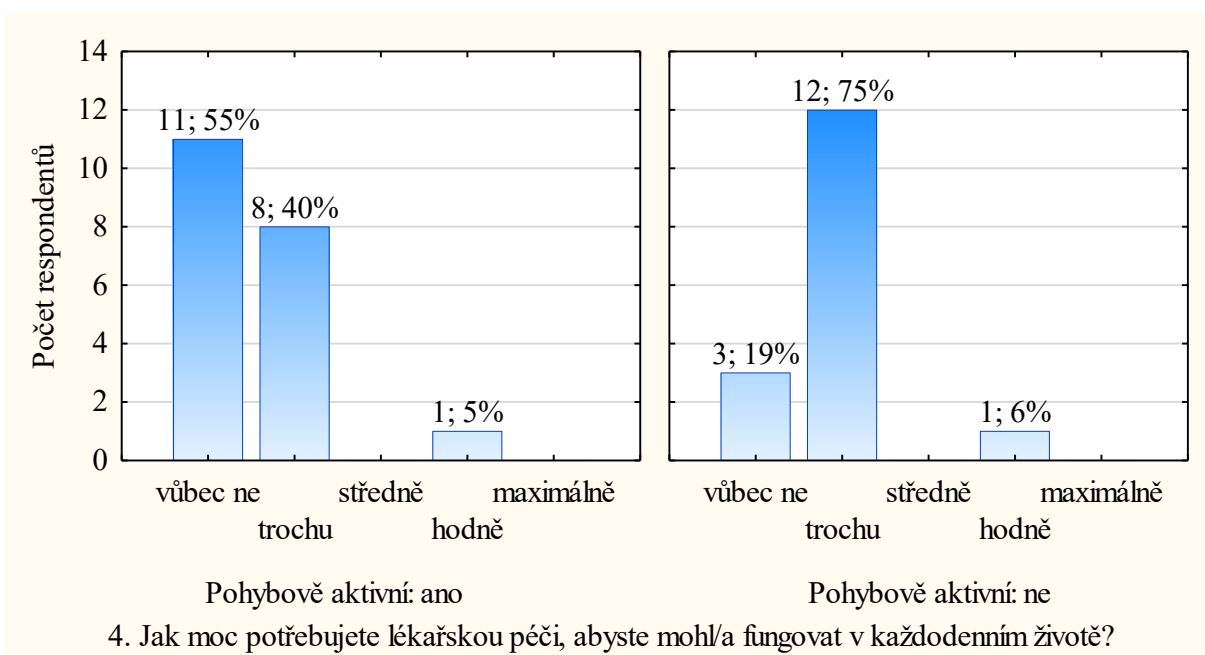
Graf 4: Jak jste spokojen/a se svým zdravím, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři jsou jednoznačně spokojeni se svým zdravím. Pohybově neaktivních seniorů je více nespokojených se svým zdravím než spokojených.



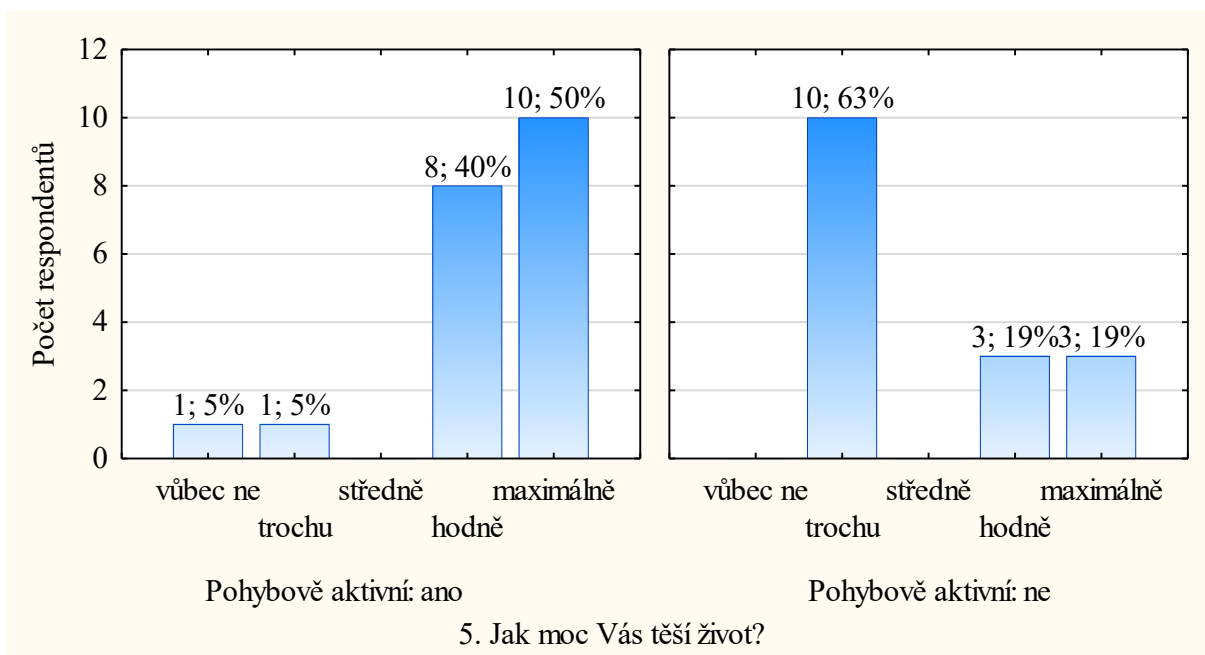
Graf 5: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat, zdroj vlastní

Omezení bolestí, která brání v potřebných činnostech, jsou spíše senioři pohybově aktivní než senioři pohybově neaktivní.



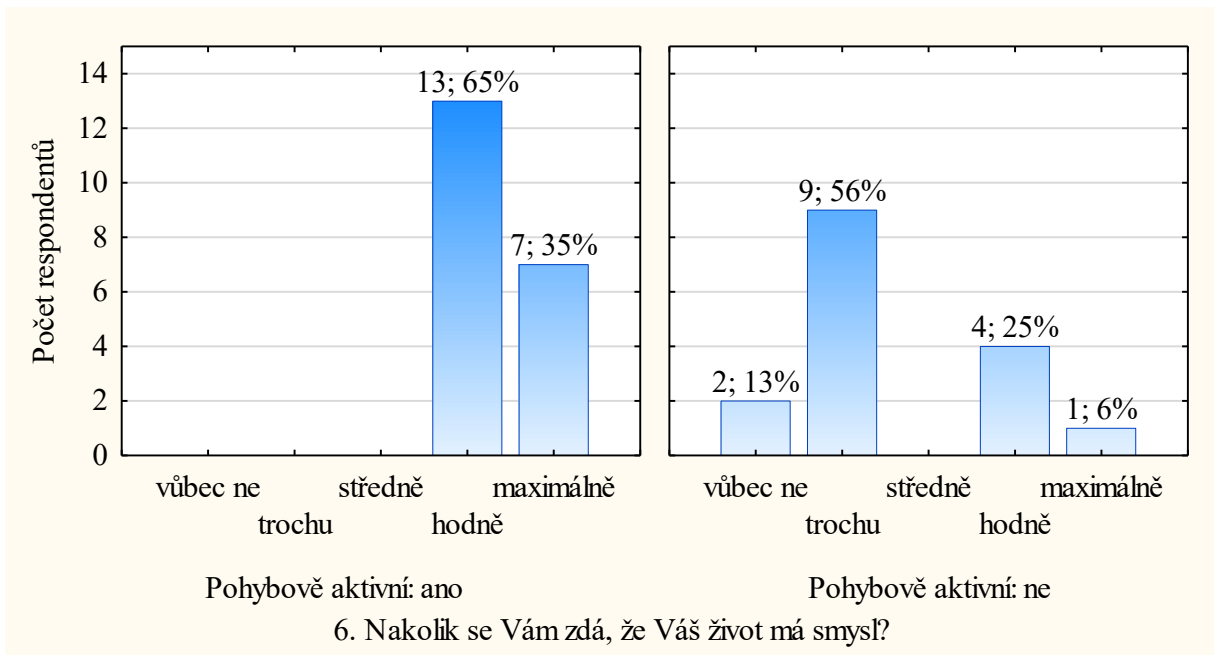
Graf 6: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě, zdroj vlastní

Pohybově neaktivní senioři potřebují více lékařskou péči než senioři pohybově aktivní.



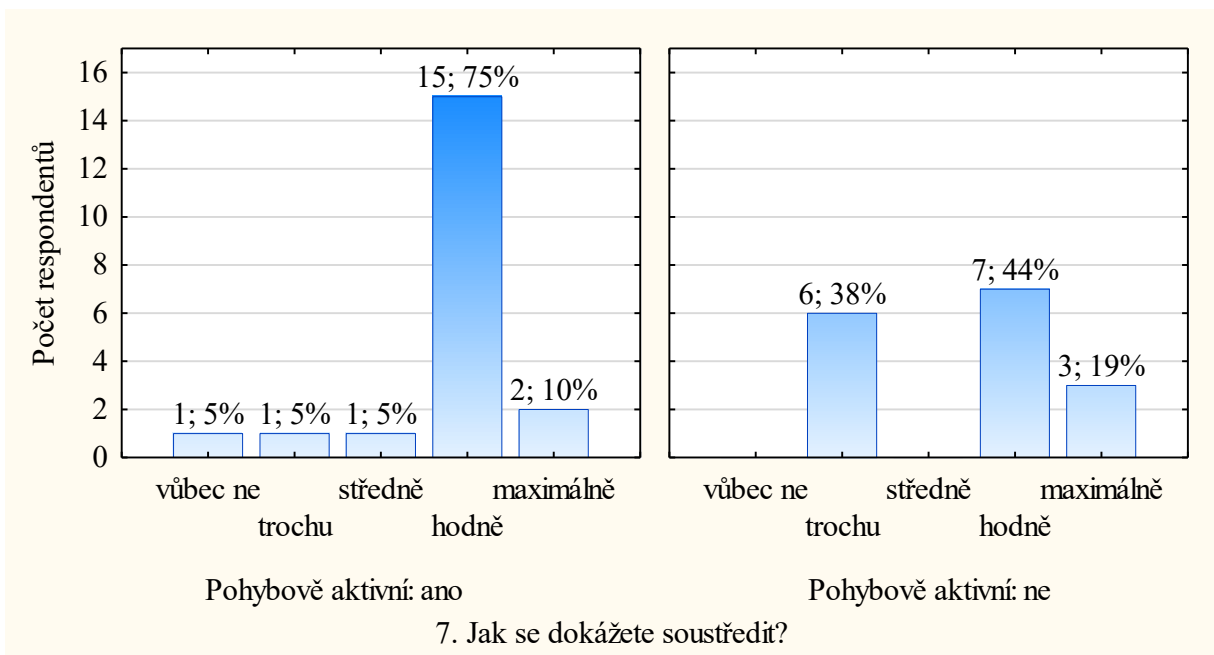
Graf 7: Jak moc Vás těší život, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři mnohem více těší život, než senioři pohybově neaktivní.



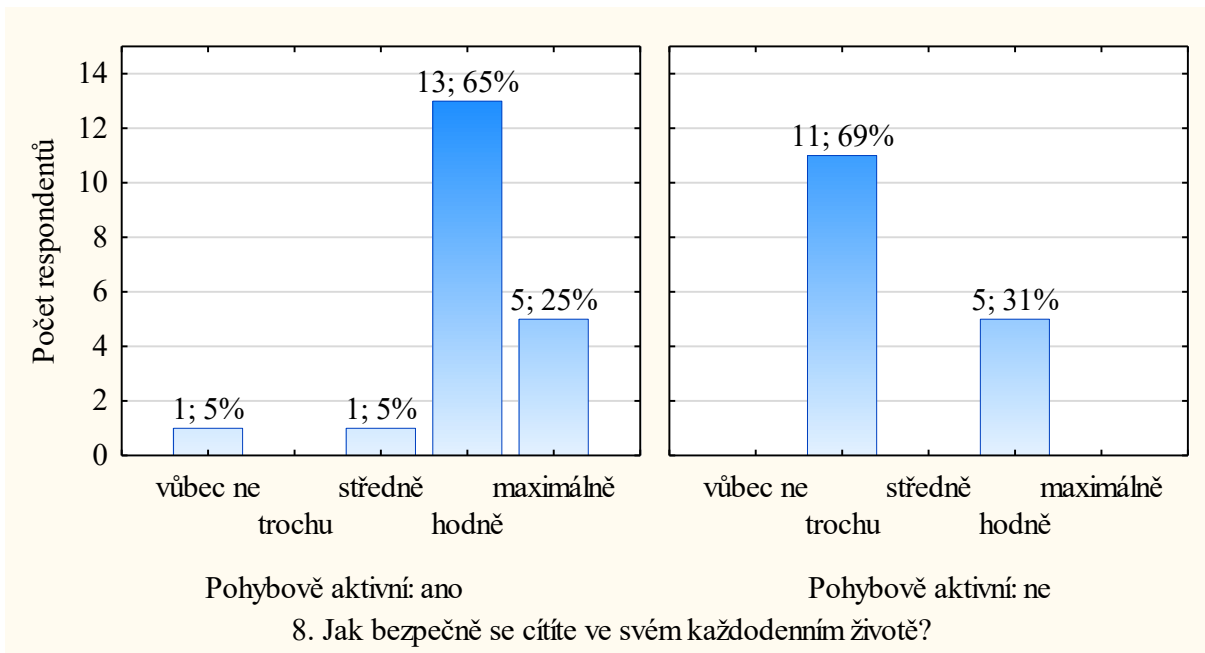
Graf 8: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl, zdroj vlastní

Vnímání smyslu života je u pohybově aktivních seniorů výrazně kladnější než u seniorů pohybově neaktivních.



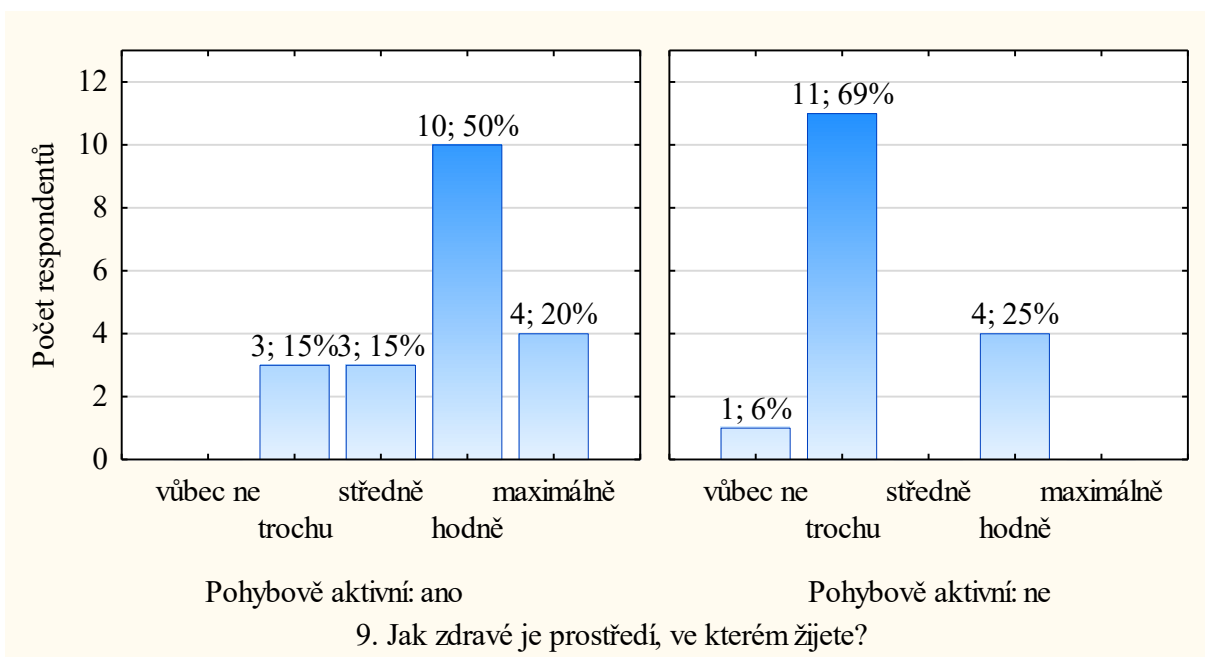
Graf 9: Jak se dokážete soustředit, zdroj vlastní

Pohybově neaktivní seniori mají o 31% nižší soustředěnost než seniori pohybově aktivní.



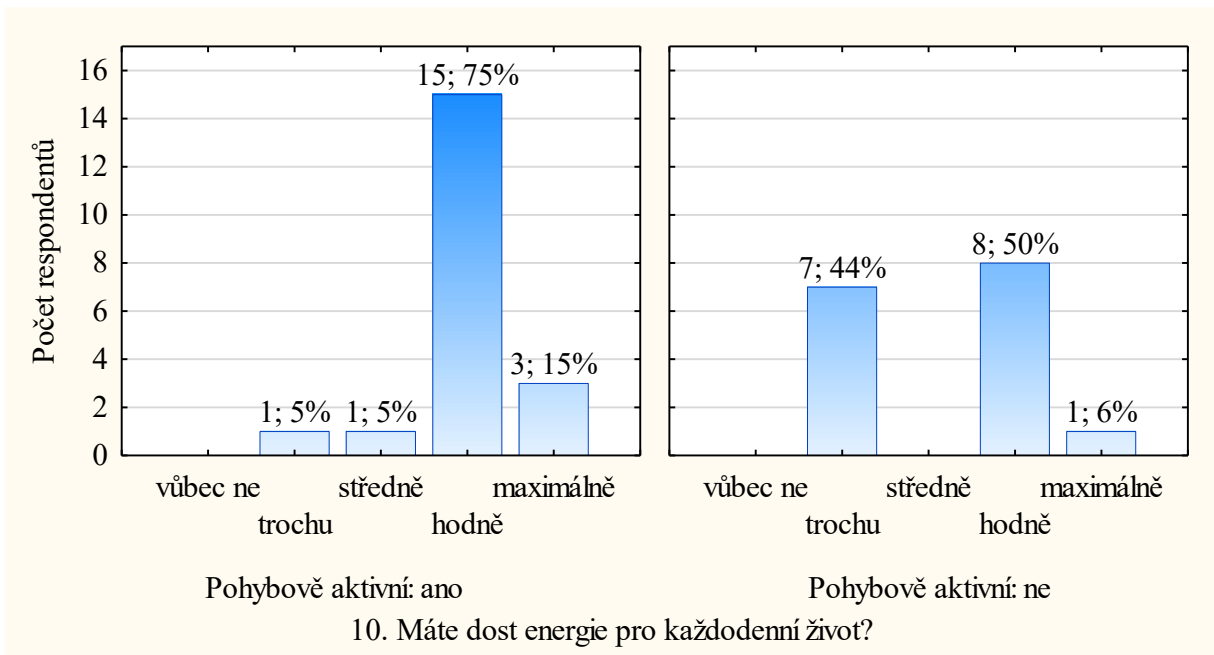
Graf 10: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě, zdroj vlastní

Senioři pohybově aktivní se cítí ve svém každodenním životě mnohem bezpečněji než senioři pohybově neaktivní.



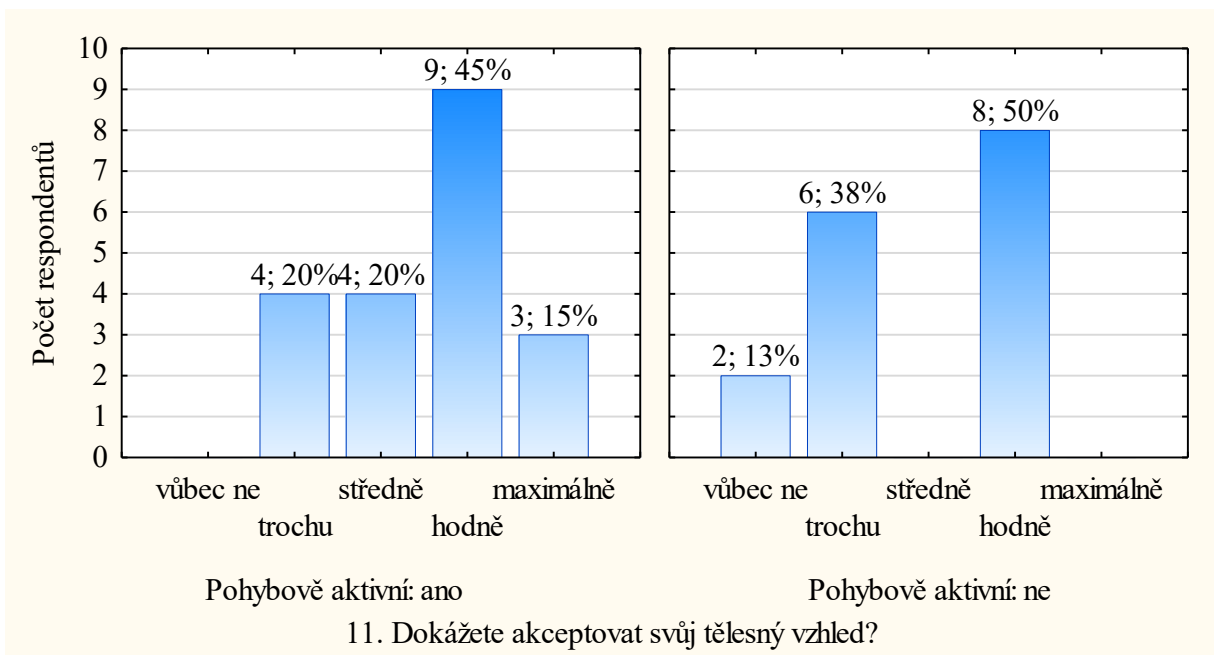
Graf 11: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři vnímají své prostředí jako zdravé v porovnání s pohybově neaktivními seniory.



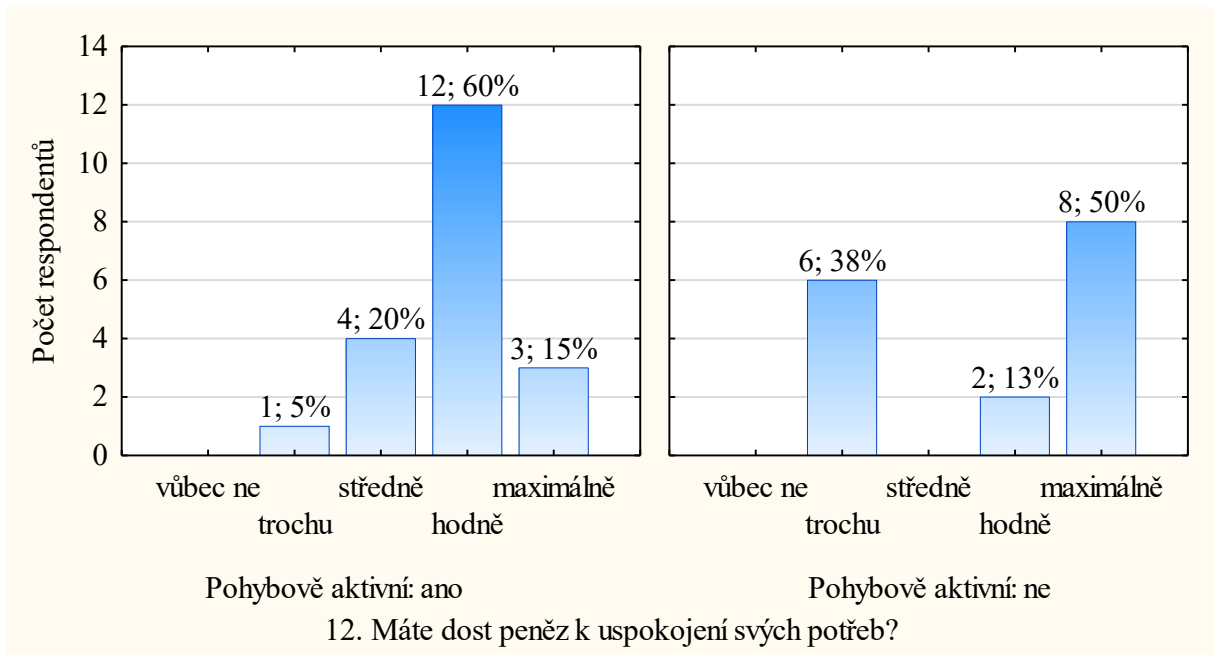
Graf 12: Máte dost energie pro každodenní život, zdroj vlastní

„Hodně“ energie mají pohybově aktivní senioři o 25% více než senioři pohybově neaktivní.



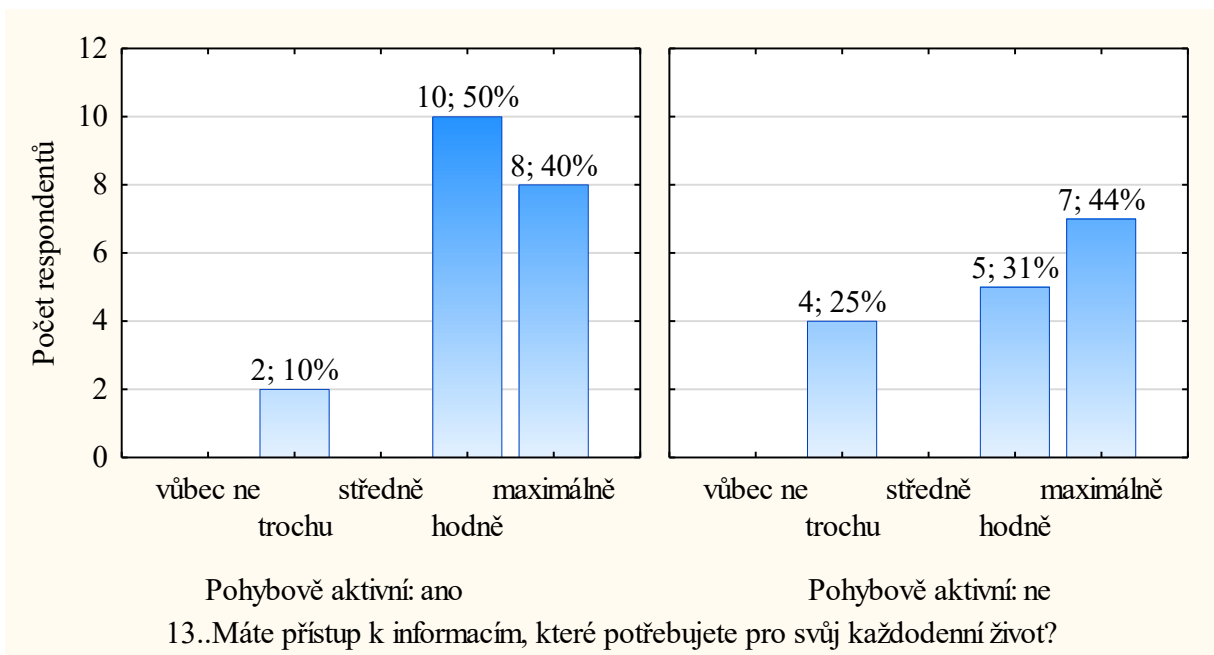
Graf 13: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled, zdroj vlastní

Vnímání svého tělesného vzhledu je pozitivnější u seniorů pohybově aktivních.



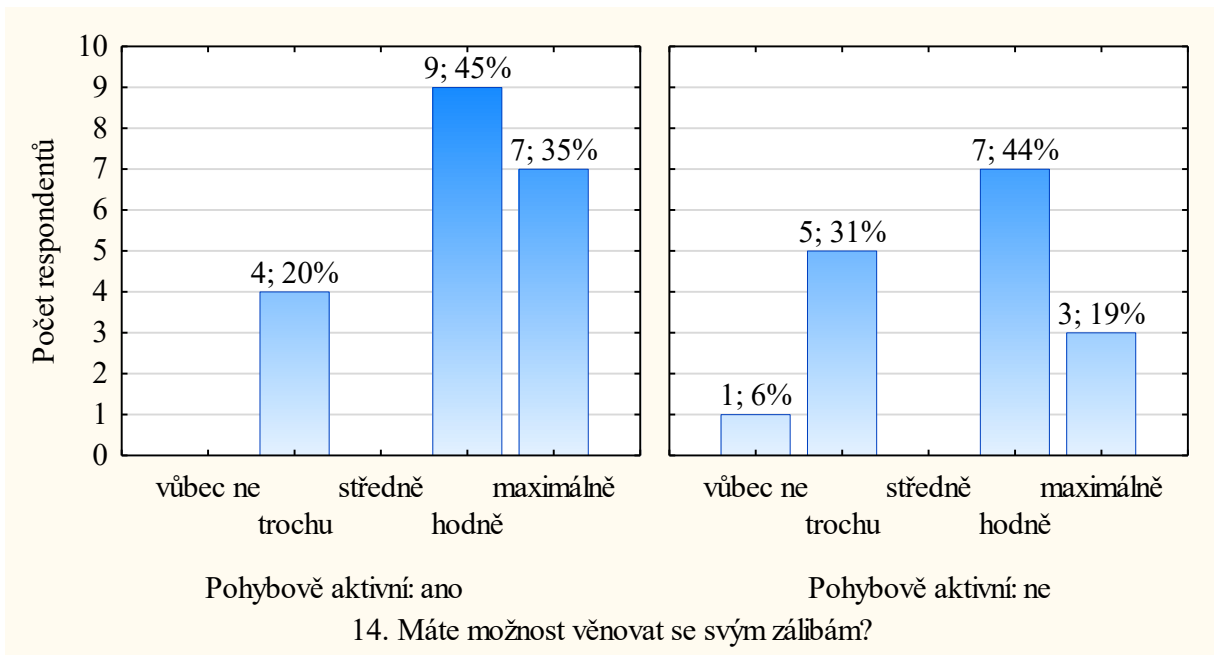
Graf 14: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb, zdroj vlastní

Maximální dostatek financí k uspokojení svých potřeb mají pohybově neaktivní senioři o 35% vyšší než senioři pohybově aktivní.



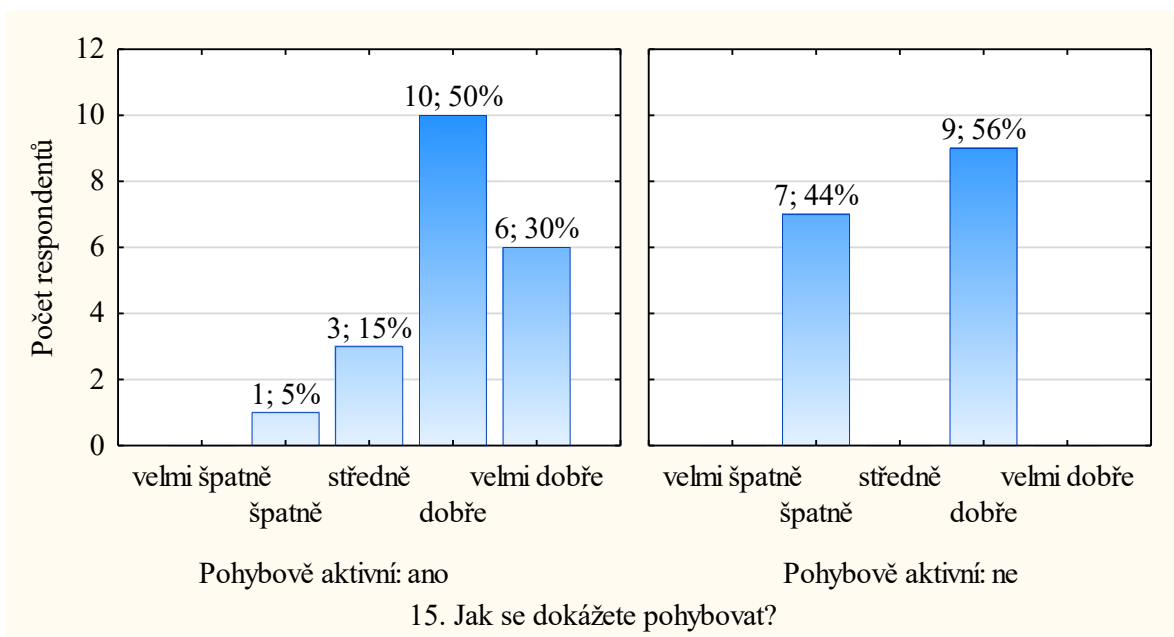
Graf 15: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život, zdroj vlastní

Pohybově neaktivní senioři mají maximální přístup k informacím ,potřebným pro jejich každodenní život, o 4% vyšší než senioři pohybově aktivní.



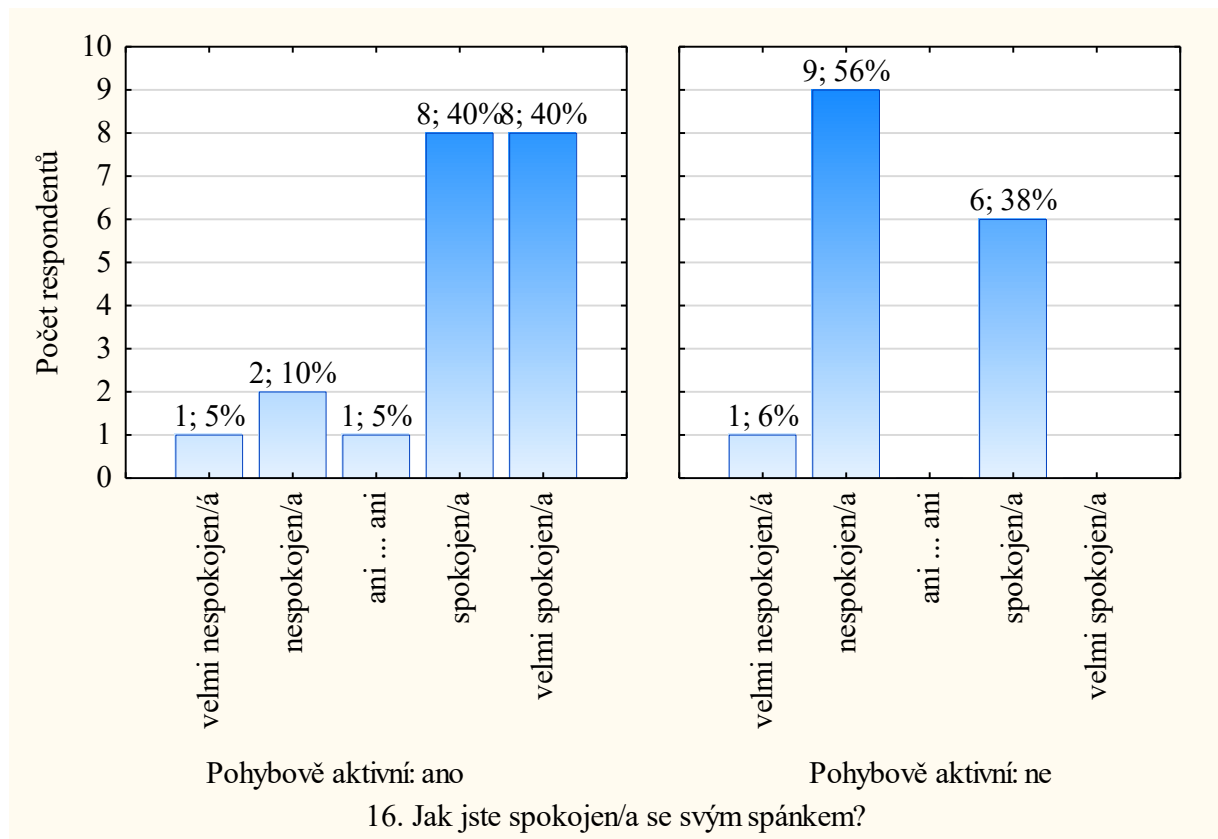
Graf 16: Máte možnost věnovat se svým zálibám, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři mají více možností se věnovat svým zálibám než senioři pohybově neaktivní.



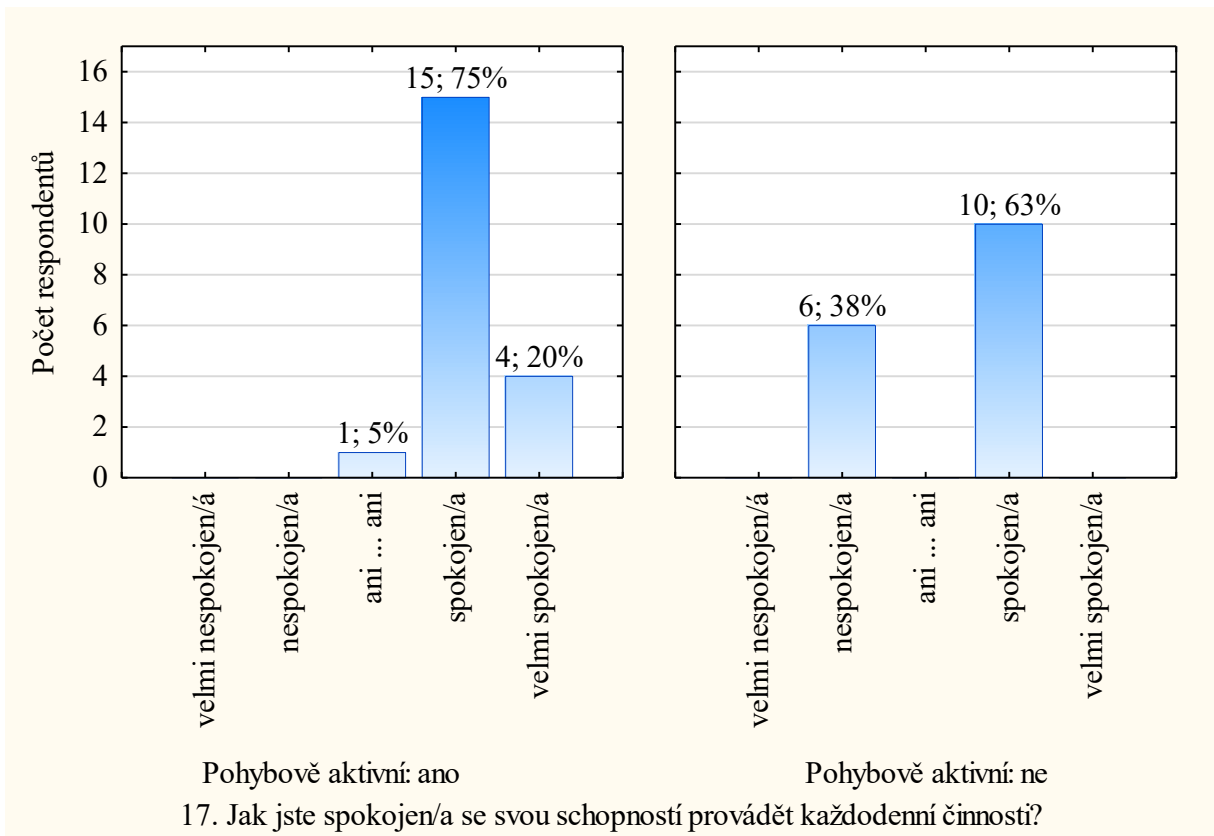
Graf 17: Jak se dokážete pohybovat, zdroj vlastní

Senioři, kteří se pravidelně věnují pohybové aktivitě, se dokáží pohybovat mnohem lépe než senioři pohybově neaktivní.



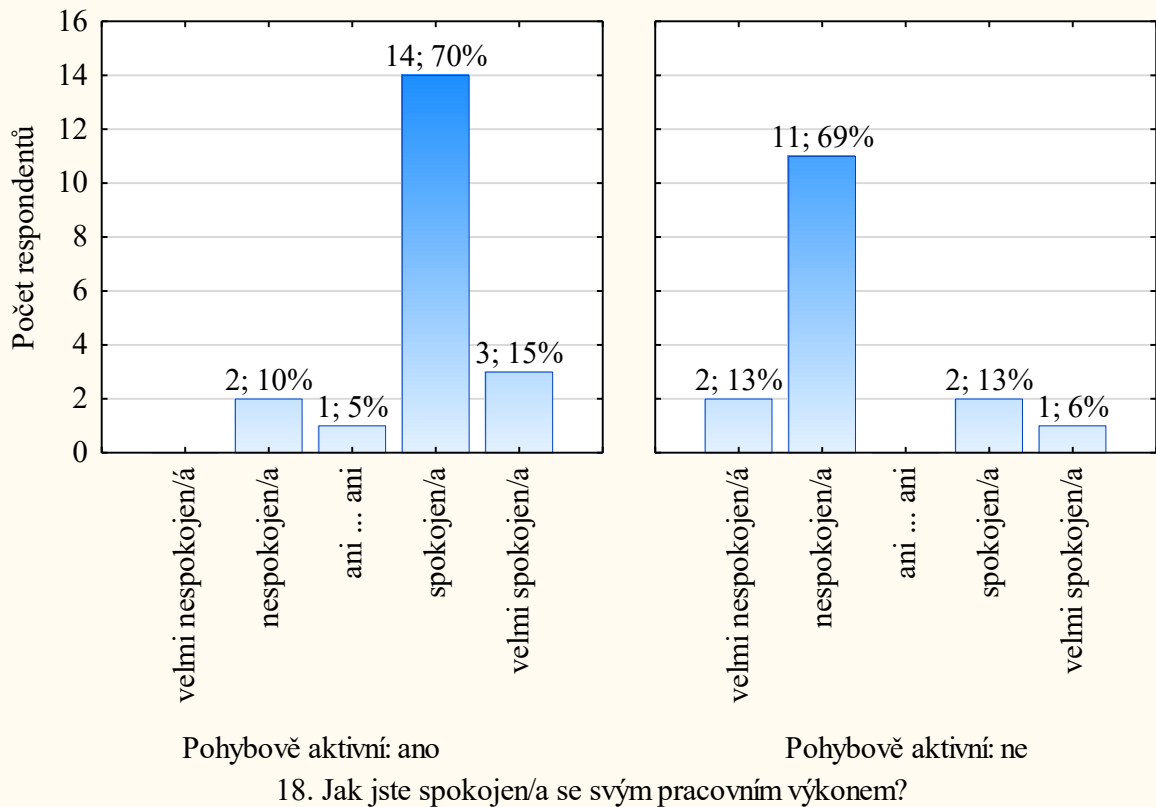
Graf 18 Jak jste spokojen/a se svým spánkem, zdroj vlastní

Senioři provádějící pravidelnou pohybovou aktivitu jsou z 80% spokojeni se svým spánkem. Pohybově neaktivní senioři jsou více než z poloviny nespokojeni se svým spánkem.



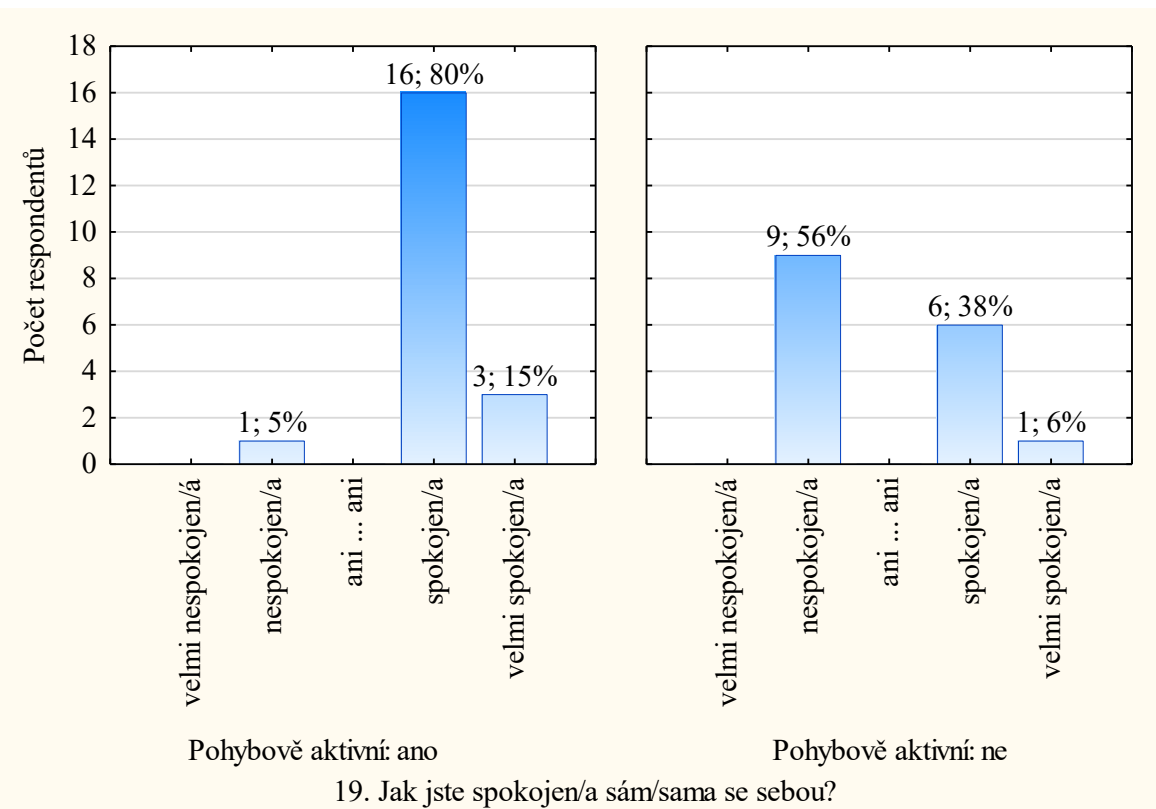
Graf 19: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři nemají ani jednoho nespokojeného seniora se svou schopností provádět každodenní činnost.



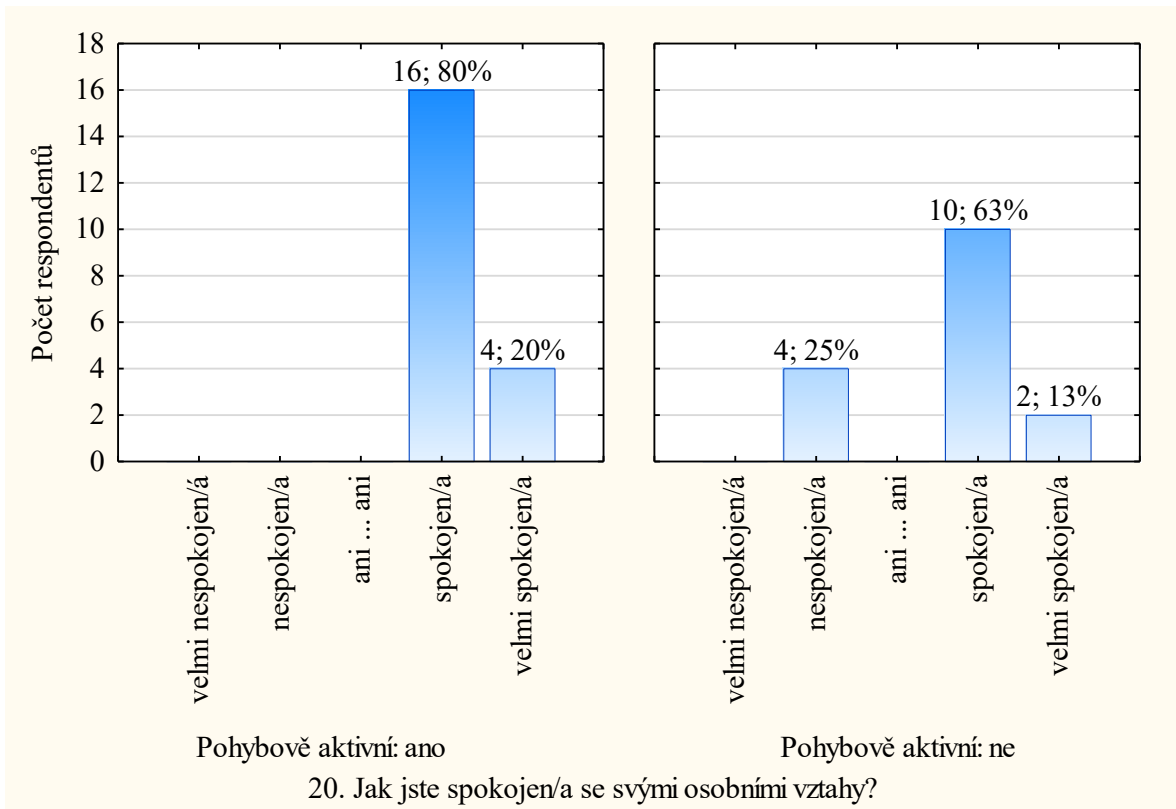
Graf 20: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři jsou v porovnání s pohybově neaktivními seniory jednoznačně spokojeni se svým pracovním výkonem.



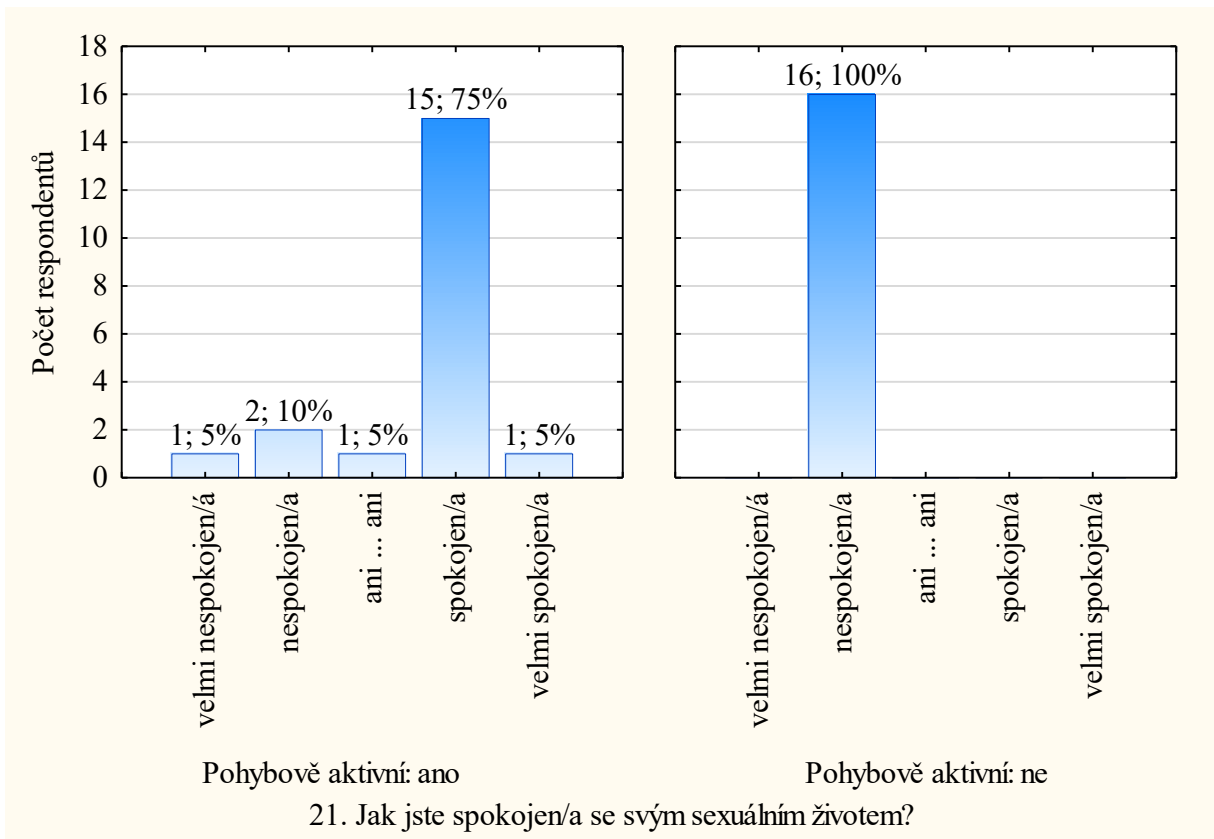
Graf 21 Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou, zdroj vlastní

Více jak polovina pohybově neaktivních seniorů jsou nespokojeni sami se sebou.
Pohybově aktivní senioři jsou z 95% spokojeni.



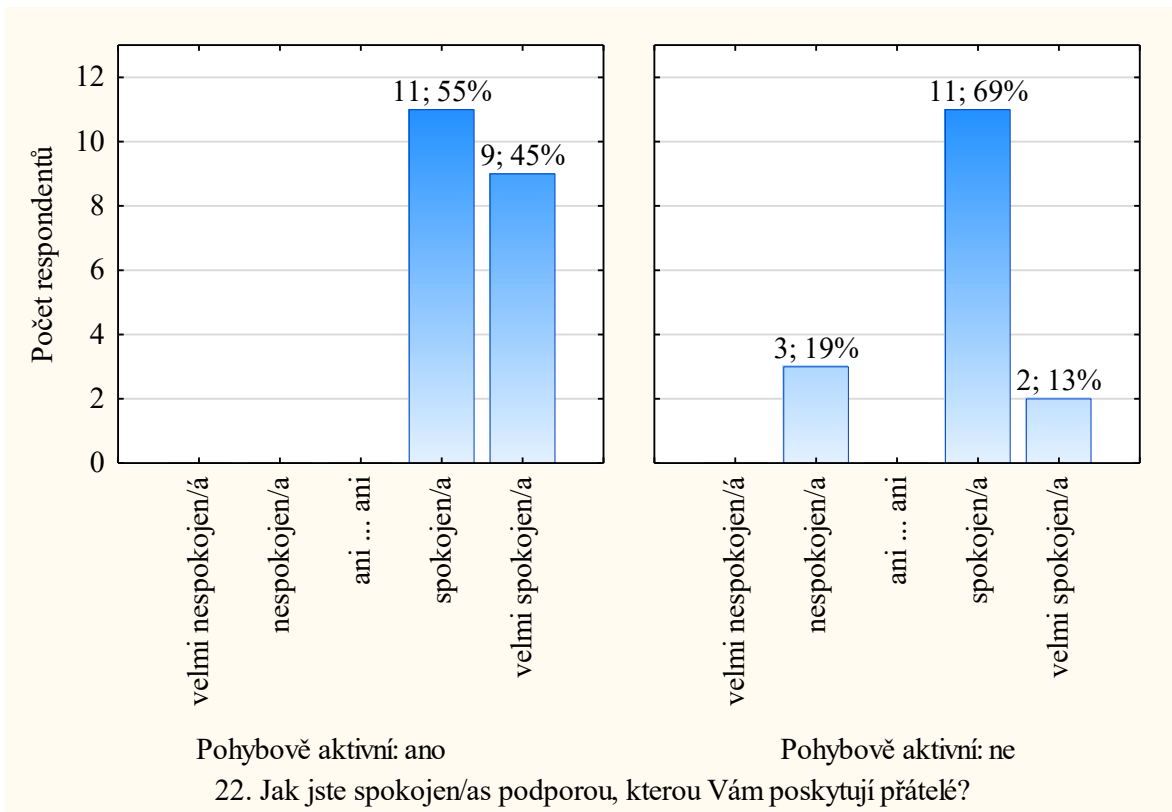
Graf 22 Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři jsou 100% spokojeni se svými osobními vztahy. Kdežto
pohybově neaktivní senioři jsou z 25% nespokojeni.



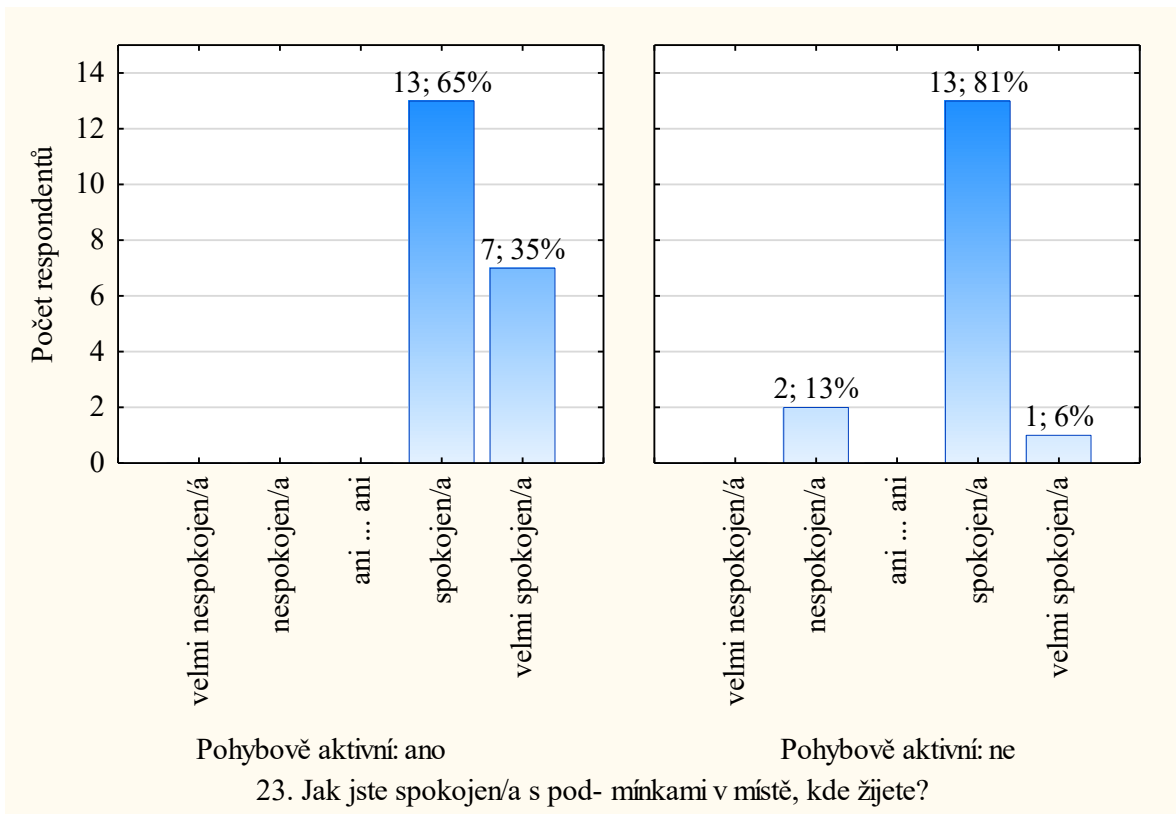
Graf 23: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem, zdroj vlastní

Pohybově neaktivní senioři jsou 100% nespokojeni se svým sexuálním životem. Pohybově aktivní senioři jsou spokojeni z 80%.



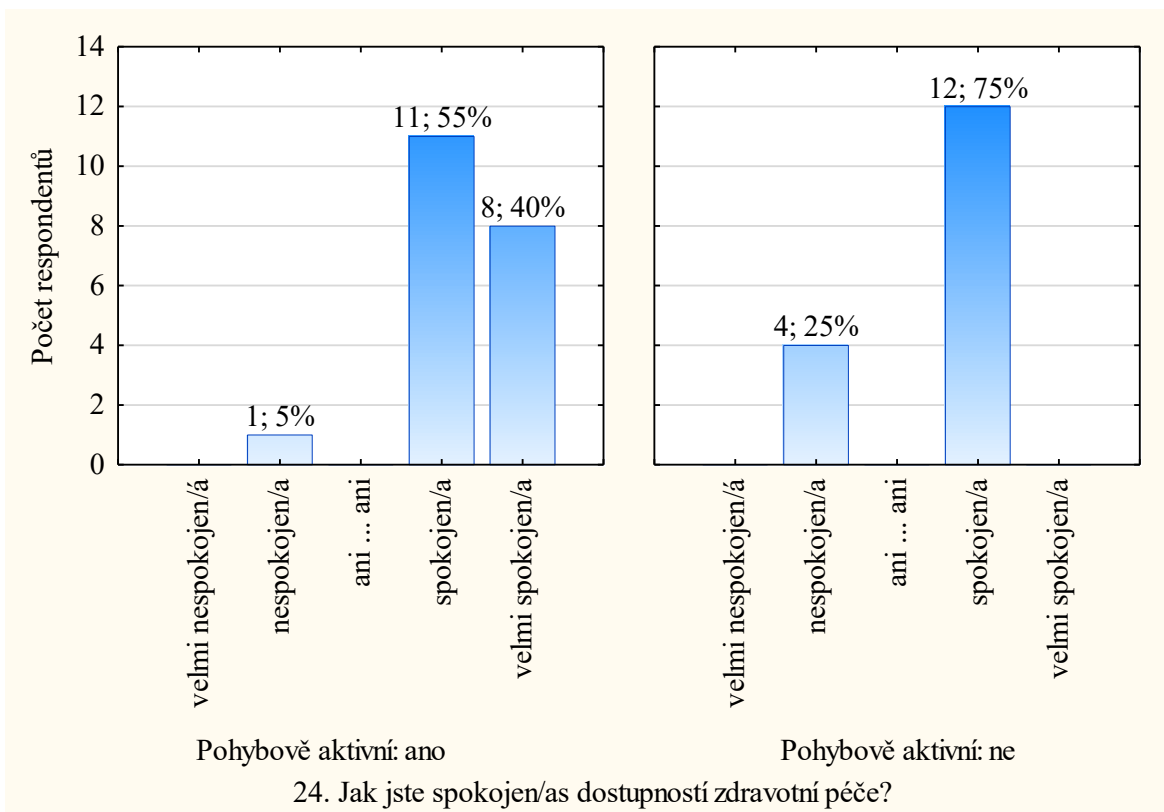
Graf 24: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé, zdroj vlastní

Dle grafu lze říci, že pohybově aktivní senioři mají větší podporu od svých přátel než pohybově neaktivní senioři.



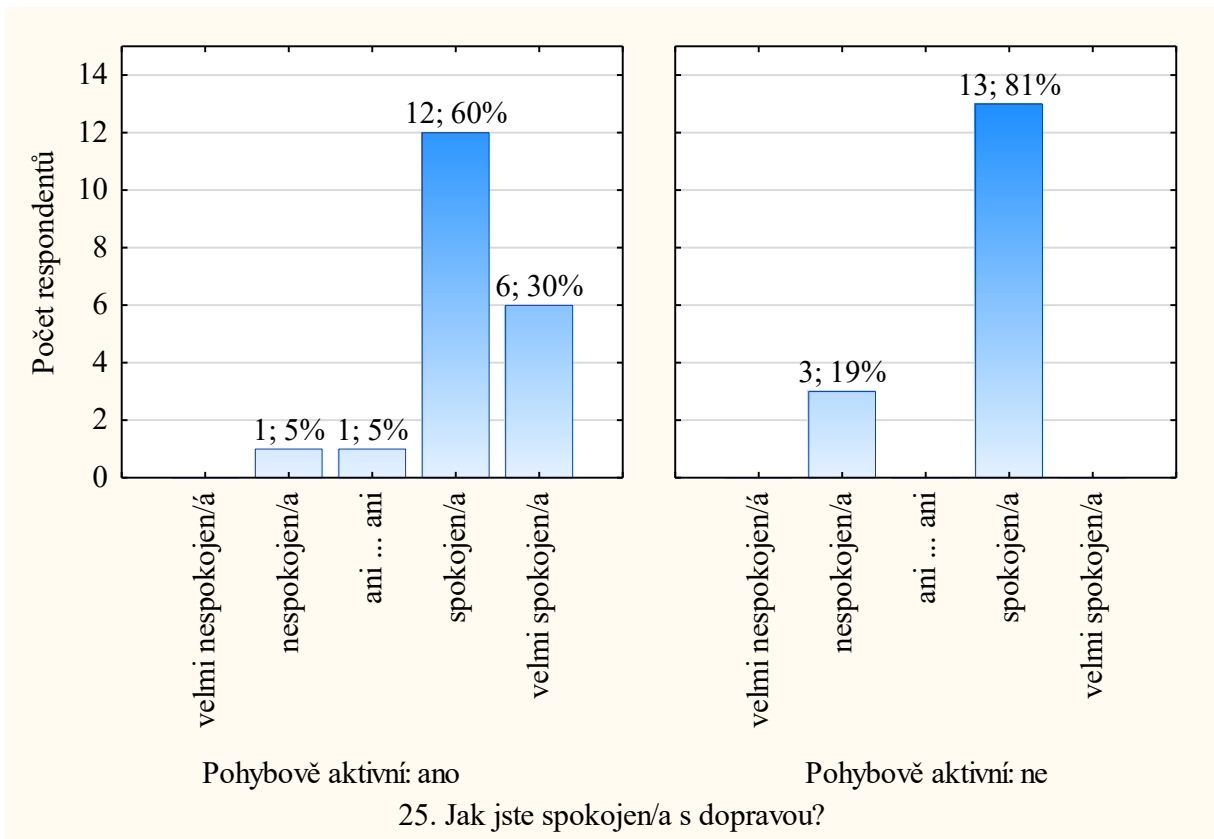
Graf 25: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři jsou více spokojeni s podmínkami v místě, kde žijí, než senioři pohybově neaktivní.



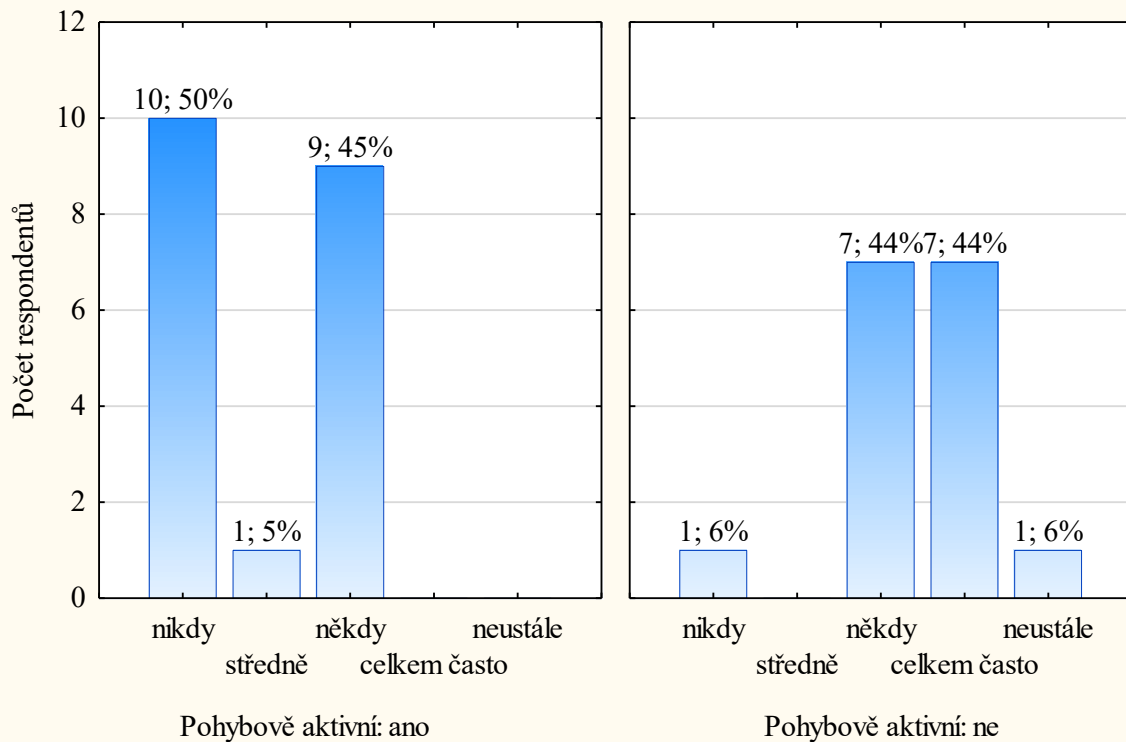
Graf 26: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři jsou obecně více spokojeni s dostupností zdravotní péče než senioři pohybově neaktivní.



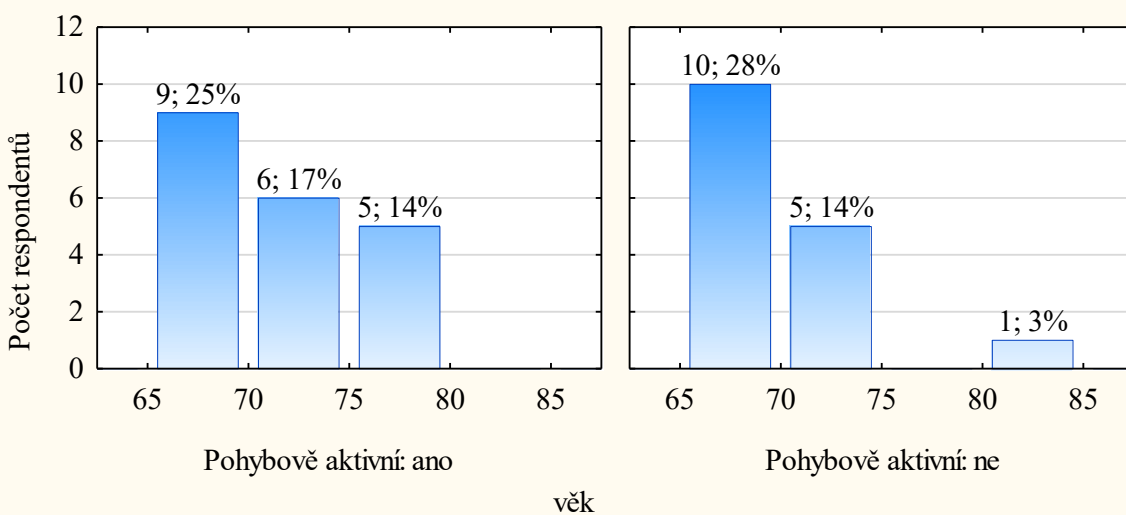
Graf 27: Jak jste spokojen/a s dopravou, zdroj vlastní

Pohybově aktivní senioři jsou o 9% spokojenější s dopravou než senioři pohybově neaktivní.



26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?
 Graf 28: Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese

Negativní pocity se vyskytují mnohem více u seniorů pohybově neaktivních.



Graf 29: Věk
 Nejvíce seniorů v obou skupinách bylo v rozmezí 65-70 let

7 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

H1: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vnímání fyzického zdraví mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory.

H0: Střední hodnota skóre v doméně fyzického zdraví se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory neliší.

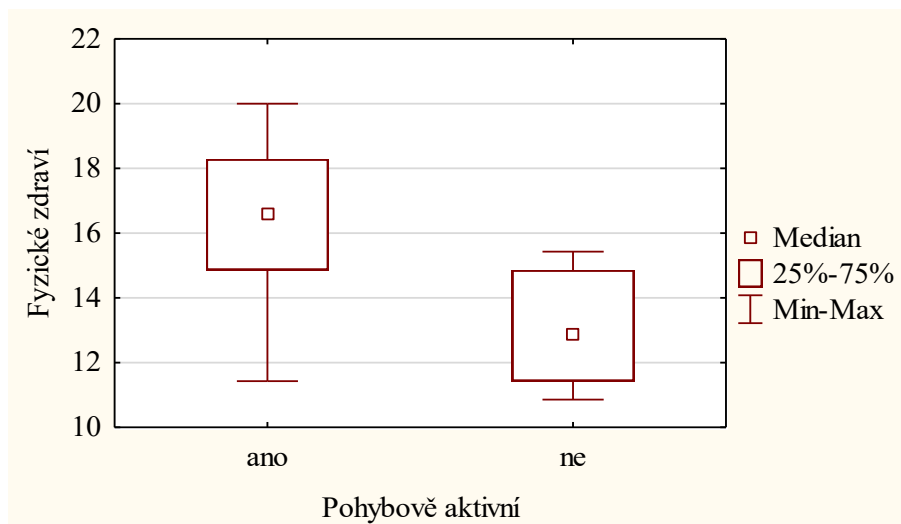
HA: Střední hodnota skóre v doméně fyzického zdraví se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory liší.

Tabulka 2: Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Pohybově aktivní	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
Ano	20	16,4	2,3	0,000 (zamítáme H ₀)
Ne	16	13,1	1,7	

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

Skóre domény fyzického zdraví činilo pro pohybově aktivní seniory v průměru 16,4 při směrodatné odchylce 2,3 a pro pohybově neaktivní seniory v průměru 13,1 při směrodatné odchylce 1,7. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, tj. nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl mezi skóre v doméně fyzického zdraví pohybově aktivních a neaktivních seniorů. Skóre pohybově aktivních seniorů bylo statisticky významně vyšší než skóre pohybově neaktivních seniorů. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny prostřednictvím kategorizovaného krabicového grafu.



Graf 30 Krabicový graf H1

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

H₂: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu prožívání mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory.

H₀: Střední hodnota skóre v doméně prožívání se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory neliší.

H_A: Střední hodnota skóre v doméně prožívání se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory liší.

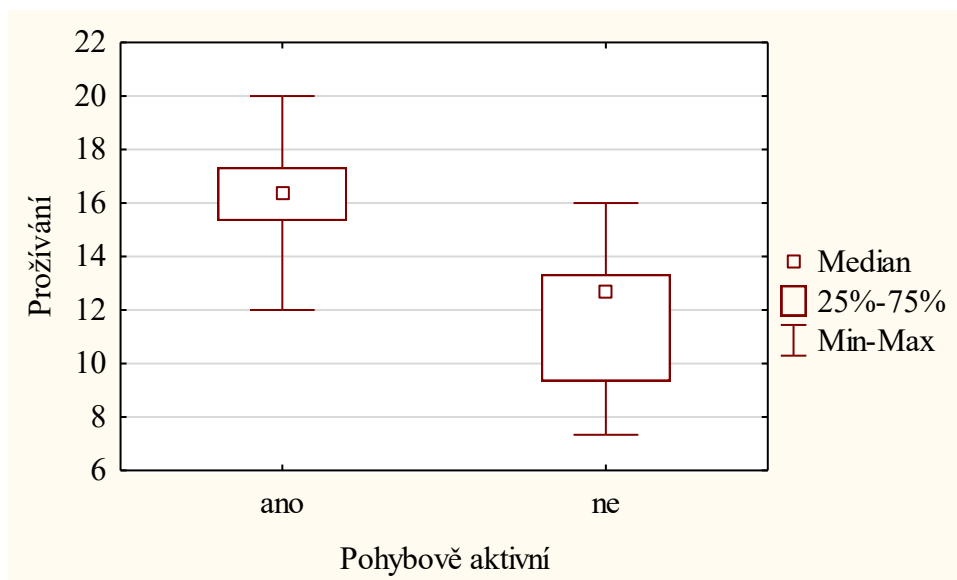
Tabulka 3 Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Pohybově aktivní	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
Ano	20	16,3	1,9	0,000 (zamítáme H ₀)
Ne	16	11,8	2,6	

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

Skóre domény prožívání činilo pro pohybově aktivní seniory v průměru 16,3 při směrodatné odchylce 1,9 a pro pohybově neaktivní seniory v průměru 11,8 při směrodatné odchylce 2,6. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, tj. nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl mezi skóre v doméně prožívání pohybově

aktivních a neaktivních seniorů. Skóre pohybově aktivních seniorů bylo statisticky významně vyšší než skóre pohybově neaktivních seniorů. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny prostřednictvím kategorizovaného krabicového grafu.



Graf 31 Krabicový graf H2

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

H3: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu sociálních vztahů mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory.

H₀: Střední hodnota skóre v doméně sociálních vztahů se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory neliší.

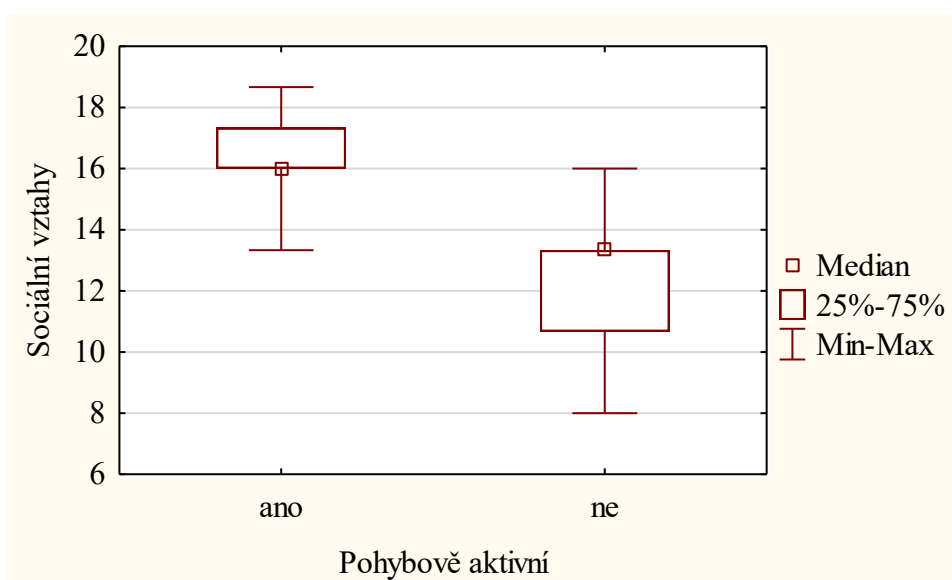
H_A: Střední hodnota skóre v doméně sociálních vztahů se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory liší.

Tabulka 4: Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Pohybově aktivní	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
Ano	20	16,4	1,2	0,000 (zamítáme H ₀)
Ne	16	12,5	2,3	

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

Skóre domény sociálních vztahů činilo pro pohybově aktivní seniory v průměru 16,4 při směrodatné odchylce 1,2 a pro pohybově neaktivní seniory v průměru 12,5 při směrodatné odchylce 2,3. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, tj. nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl mezi skóre v doméně sociálních vztahů pohybově aktivních a neaktivních seniorů. Skóre pohybově aktivních seniorů bylo statisticky významně vyšší než skóre pohybově neaktivních seniorů. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny prostřednictvím kategorizovaného krabicového grafu.



Graf 32 Krabicový graf H3

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

H4: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu prostředí mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory.

H₀: Střední hodnota skóre v doméně prostředí se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory neliší.

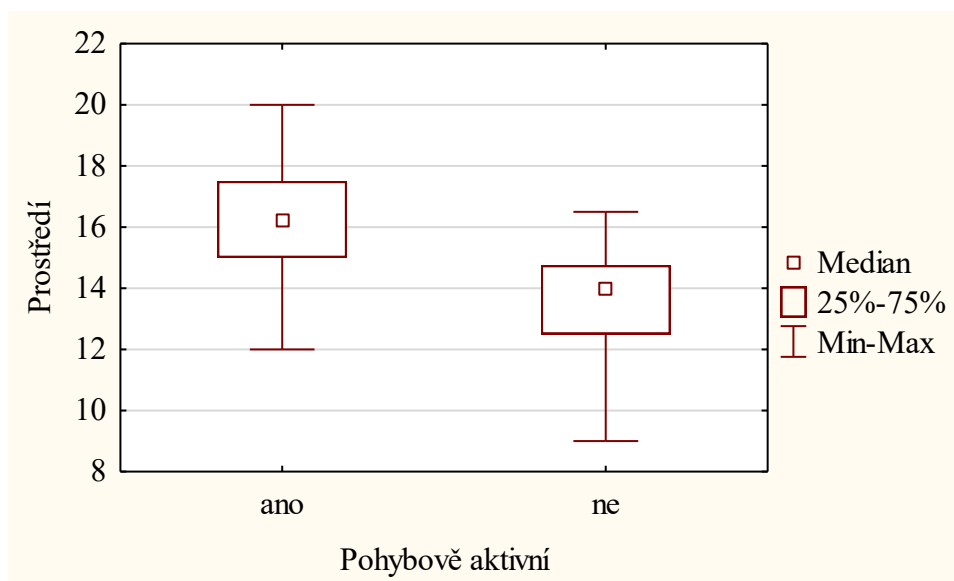
H_A: Střední hodnota skóre v doméně prostředí se pro pohybově aktivní a neaktivní seniory liší.

Tabulka 5: Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Pohybově aktivní	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
Ano	20	16,3	1,9	0,000 (zamítáme H_0)
Ne	16	13,5	2,1	

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

Skóre domény prostředí činilo pro pohybově aktivní seniory v průměru 16,3 při směrodatné odchylce 1,9 a pro pohybově neaktivní seniory v průměru 13,5 při směrodatné odchylce 2,1. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, tj. nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl mezi skóre v doméně prostředí pohybově aktivních a neaktivních seniorů. Skóre pohybově aktivních seniorů bylo statisticky významně vyšší než skóre pohybově neaktivních seniorů. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny prostřednictvím kategorizovaného krabicového grafu.



Graf 33 Krabicový graf H4

Zdroj: Vlastní zpracování, 2021

8 DISKUSE

Cílem praktické části této práce bylo porovnat pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF kvalitu života pohybově aktivních a neaktivních seniorů. Pro výzkum byly vybrány dvě skupiny seniorů s dolní hranicí 65 let. Jednalo se o 23 žen a 13 mužů, z čehož 20 respondentů bylo pohybově aktivních a 16 nikoliv. Největší zastoupení seniorů bylo ve věku 65-70 let. U seniorů pohybově aktivních byly odpovědi relativně podobné, ať se jednalo o seniora mladšího či staršího. U seniorů pohybově neaktivních se s rostoucím věkem zhoršovaly odpovědi.

Předpoklad, že existuje statisticky významný rozdíl vnímání fyzického zdraví mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory, byl potvrzen. Zajímavostí byl graf 9, kde se porovnávala míra bolesti seniorů, která jim brání v potřebných činnostech. Výsledky pohybově neaktivních seniorů v odpovědi „vůbec ne“ byly o 13% lepší. Dalo by se říci, že pohybově neaktivní senioři by mohli provádět pohybovou aktivitu s menší mírou bolesti, v porovnání s pohybově aktivními seniory, ale i přesto jsou pohybově neaktivní. Může se zdát, že pohybová aktivita nám musí zaručeně ubírat na fyzické energii. To je po dobu fyzického výkonu možné, ale dle mého názoru nám z celkového hlediska pohybová aktivita energii do života dodává, jak to potvrzuje graf 10. Otázka na dostatek energie pro každodenní život seniorů vyšla v porovnání s neaktivními seniory o 34% lépe u pohybově aktivních seniorů. S množstvím energie je úzce spjata otázka 16 v grafu 22 spokojenost se spánkem. Kvalitní a dostačující spánek je problémem mnoha seniorů. Z porovnání grafů lze říci, že senioři pohybově aktivní jsou mnohem více spokojeni se svým spánkem než senioři pohybově neaktivní.

V další hypotéze jsme předpokládali, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu prožívání mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory. Tento předpoklad byl také potvrzen. Velké rozdíly dvou skupin seniorů můžeme pozorovat u grafů 11 a 12. Když sečteme procenta odpovědí „hodně“ a „maximálně“, radost ze života je u skupiny pohybově aktivních seniorů až o 52% vyšší. V grafu 12 po sečtení procent odpovědí „hodně“ a „maximálně“ je rozdíl dvou skupin 69%. Takové výsledky potvrzují pozitivní účinek pohybové aktivity na psychické zdraví.

V hypotéze č. 3 jsme předpokládali, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu sociálních vztahů mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory. Předpoklad byl také potvrzen. Pohybová aktivita se mnohdy vykonává lépe ve dvou či více lidech. Můžeme tak poznat nové přátele, se kterými máme společný střet zájmů a společné téma, o kterém hovořit. Tato myšlenka se nám potvrzuje v grafech 26, 27 a 28.

Ve čtvrté hypotéze jsme předpokládali, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu prostředí mezi pohybově aktivními seniory a pohybově neaktivními seniory. Předpoklad byl potvrzen. Lidé, mezi kterými žijeme a s nimiž se často setkáváme, nás utváří, formují a ovlivňují. Dá se předpokládat, že pokud se cítíme zdraví, máme plno energie a žijeme zdravím životním stylem, naše okolí na tom bude podobně. Potvrzuje nám to například graf 15, kde pohybově aktivní senioři mají mnohem zdravější prostředí, ve kterém žijí, než senioři pohybově neaktivní.

Nelze však opomenout skutečnost, že vzhledem k počtu respondentů není možné tyto výsledky považovat za dostatečně reprezentativní. Ale vzhledem k tomu, že výsledky výzkumu nejsou ve většině případů v rozporu s empiricky ověřenými skutečnostmi, lze toto považovat za částečnou externí validaci výsledků tohoto výzkumu.

Závěrem je nutné zamyšlení nad nepřesností výzkumu. Na odpovědi respondentů mohla mít do jisté míry negativní vliv celosvětová pandemie COVID-19. Omezení běžného života mohlo mít vliv na stránku fyzickou i psychickou. Výzkum byl prováděn v zimním období, které může seniory také do jisté míry omezovat v pohybové aktivitě. Odpovědi tedy mohly být více negativní. Například otázka číslo 26. „Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“.

Je možné, že kdyby byl dotazník vyplňován v letním období a nastalo by určité rozvolnění protiepidemických opatření, výsledky výzkumu by se mohly lišit.

O pozitivním vlivu pohybové aktivity na zdraví či kvalitu života se můžeme dočíst z mnoha zdrojů. Dalo se tak předpokládat, že výsledky čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF vyjdou u pohybově aktivních seniorů lépe než u pohybově neaktivních seniorů. V každé ze čtyř domén bylo skóre pohybově aktivních seniorů statisticky významně vyšší než skóre pohybově neaktivních seniorů.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo porovnat kvalitu života seniorů pohybově aktivních a pohybově neaktivních. Chtěla jsem si potvrdit a poukázat na vliv pohybové aktivity na lidské tělo ve stáří. Ke splnění tohoto cíle bylo třeba prostudovat mnoho příslušného materiálu a vybrat vhodný dotazník. Sehnat dostatečné množství seniorů bylo poněkud komplikované kvůli celosvětové pandemii COVID-19, která v České republice zapříčinila nouzový stav. Dotazník WHOQOL-BREF tak musel být přepsán do online podoby. Rozeslání dotazníku prostřednictvím e-mailu značně snížil počet dotazovaných, jelikož ne každý senior nad 65 let ovládá moderní technologie. Celosvětová situace a omezení běžného života mohla negativně ovlivnit odpovědi respondentů. V době, kdy vyplňovali senioři dotazníky, nebylo možné provozovat skupinově jakékoliv volnočasové aktivity, vycestovat mimo obec a udržovat fyzický kontakt se svým blízkým okolím.

I přes nelehké období bylo dosaženo cíle této práce. Z grafů je patřičné, že pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje kvalitu života seniorů. Pohybovou aktivitu považují za neoddelitelnou součást života, která podporuje fyzické i duševní zdraví, pozitivní emoce, uvolňuje napětí a stres. Je jedním z prostředků, které mohou prodloužit život a významně ovlivnit kvalitu života.

RESUME

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na vymezení pojmu stáří, stárnutí, senior. Dále pak pojednává o vlivu pohybové aktivity v životě seniorů, který z velké části ovlivňuje poslední etapu lidského života. V praktické části byl proveden výzkum „Porovnání kvality života pohybově aktivních a neaktivních seniorů“. Pro výzkum bylo vybráno 36 participantů ve věku 65 let a více. První skupinu tvoří senioři žijící aktivním životním stylem. Druhou skupinu tvoří senioři, kteří jsou zdravotně schopni pohybové aktivity, ale jsou pohybově neaktivní. Pro tento typ výzkumu byla zvolena metoda dotazování. Pro sběr potřebných dat a zjištění vnímání kvality života byl zvolen dotazník pohybové aktivity a standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Pro znázornění zpracovaných dat byly vytvořeny grafy s absolutními a relativními četnostmi pro všechny položky dotazníku vždy po dvojicích pro aktivní a neaktivní skupinu seniorů. Dle manuálu pro dotazník WHOQOL-BREF bylo vypočteno hrubé skóre pro čtyři domény a následně porovnáno statistickým testem mezi pohybově aktivními a pohybově neaktivními seniory.

Klíčová slova

Kvalita života, pohybová aktivita, senior, stáří

RESUME

Theoretical part of my bachelor thesis is meant to define terms as old age, aging and senior. It also discusses the impact of physical activity in the lives of seniors, which largely affects the last stage of human life. In the practical part, the research "Comparison of quality of life of physically active and inactive seniors" was carried out. 36 participants aged 65 and over were selected for the research. The first group consists of seniors living an active lifestyle. The second group consists of seniors who are medically capable of physical activity, but are physically inactive. The method of questioning was chosen for this type of research. A questionnaire of physical activity and a standardized WHOQOL-BREF questionnaire were chosen to collect the necessary data and determine the perception of quality of life. To show the processed data, graphs were created with absolute and relative frequencies for all items of the questionnaire, always in pairs for the active and inactive group of seniors. According to the manual for the WHOQOL-BREF questionnaire, the gross score for 4 domains was calculated and then compared by a statistical test between physically active and physically inactive seniors.

Keywords

Quality of life, physical activity, senior, old age

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné zdroje:

- 12 koncepčních dokumentů o propojení duševního zdraví se sportem a fyzickým cvičením na podporu aktivního života pro duševní zdraví: projekt M.E.N.S., Mental European of Sports.* [Praha]: [K.S.D.E.O. "EDRA" a spoluvydavatel Fokus ČR, z.s.], 2018. 158 stran: 1 mapa ; 30 cm.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DALEY MJ, SPINKS WL. Exercise, mobility and aging. *Sports Med.* 2000 Jan;29(1):1-12. doi: 10.2165/00007256-200029010-00001. PMID: 10688279.
- DRAGOMIRECKÁ, E. & Bartoňová, J. (2006) WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FEIL, Wolfgang. *Jak zvýšit svou vitalitu a zdokonalit své tělo.* Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007. 160 s. :. ISBN 978-80-251-1603-6
- FELŠÖCI, M., Toman, O., & Špinar, J. (2009) – Specifika kardiologických postižení ve vyšším věku. *Medicína pro Praxi*, 6(5), 240-242.
- GORDON, Debra L. *Život bez nemocí: zaručené způsoby, jak se vyhnout více než 90 nemocem, od těch nejběžnějších po ty závažné.* Praha: Reader's Digest Výběr, 2011. ISBN 978-80-7406-136-3.
- GRIERSON, Bruce. *Jak utéct času?: nestárněte! buďte zdravější a šťastnější: [tajemství devadesátileté sportovkyně].* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. 221 s. ;. ISBN 978-80-204-3614-6 24 cm.
- HANSEN, Anders. *Doběhni svůj mozek: kniha o tom, jak pohyb prospívá mozku.* Přeložil Luisa KEREK. Praha: Barcz & Conrad Books, 2020. ISBN 978-80-270-8434-0.
- HEGYI, L. *Geriatría pre praktického lekára.* 2015. ISBN 9788089631315.

- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HUDÁKOVÁ, Zuzana. *Pohybová aktivita a životný štýl vo vyššom veku*. 1. vydanie. Břeclav: Sovenio, 2018. 144 stran.: ISBN 978-80-907337-0-1
- CHAN, R. S. M. a J. WOO. Prevention of Overweight and Obesity: How Effective is the Current Public Health Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2010, č. 7, s.765-783 [cit.2011- 12-15]. ISSN 1660-4601. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/227374344/135761CA8E411897A61/1?accountid=16730>
- JEŘÁBEK, H. (1992). *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum.
- JONES, C. J., & ROSE, D. J. (2005). *Physical activity instruction of older adults*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KENEDY, R. L., U. MALABU, M. KAZI, a V. SHAHSIDHAR. Management of obesity in the elderly: Too much and too late? *The Journal of Nutrition, Health & Aging* [online]. 2008, č.12, s.608- 617 [cit.2011-12-15]. ISSN 1760-4788 Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/222310213/1357B0DF1865C86D7AE/8?accountid=16730>
- KENNEY, W.L., WILMORE, J.H., COSTILL, D.L., & WILMORE, J.H. (2012) – *Physiology of sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics. ISBN: 978-1-4504-7767-3
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2

- KURUKULASURIYA, L. R., a D. S. KURUKULASURIYA. Obesity in the elderly. *Therapy – London-* [online]. Great Britain: Future Drugs Ltd, 2007, č.4, s.597-608 [cit.2011-12-15]. ISSN 1475-0708. Dostupné z:<http://search.proquest.com/docview/848416984/1357601E5FF39940493/9?accountid=16730>
- LEE, C. – WU, C. – LIN, C. (2012). Leisure activity and coping with stress: adolescents as case study. *Quality and Quantity*, 46, 3, 979-991.
- LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
- MŮHLPACHR, Pavel, ed. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
- NEWMAN, A. M. Obesity on Older Adults. *The Online Journal of Issues in Nursing*. [online]. 2009, č.14, s. 1-4 [cit. 2011-12-15]. ISSN 1091 - 3734. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=301e924f-5b3a-4ef2-bb30-736e8ebf6e58%40sessionmgr12&vid=23&hid=15&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=36979314>
- P. O. S. ABUSE. Programme on mental health, 1997. Citováno 1. 2. 2017. Přístupné z www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- PETROVÁ KAFKOVÁ, M. (2010). Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*. 46 (2). 337-339.
- PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. Recenze: Peter Gruss (ed.): Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje (Review: Peter Gruss (ed.): Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje). *SOCIOLOGICKY CASOPIS-CZECH SOCIOLOGICAL REVIEW*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2010, vol. 46, No 2, p. 337-339. ISSN 0038-0288.
- PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-363-X.
- PIROCH, Vladimír. *Pohybem proti stárnutí*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1975. 74 s. : il. ; 20 cm.

- PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- ROŚLAWSKI, Adam. *Jak zůstat fit ve stáří: [cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci]*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2005. 71 s. :. ISBN 80-251-0774-4 il.
- SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3555-9.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.
- ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
- Tanečně pohybové aktivity pro zdravé seniory a seniory s mírnou kognitivní poruchou*. Brno: Tribun EU, 2019. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-1521-6.
- Tanečně pohybové aktivity pro zdravé seniory a seniory s mírnou kognitivní poruchou*. První vydání. Brno: Tribun EU s.r.o., 2019. 92 stran ;. ISBN 978-80-263-1521-6
- TEPLAN, Vladimír. *Nefrologie vyššího věku*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3521-7.
- TERRY, B.P. (2006) – Aging and the lungs. The Meck Manual of Geriatrics.
- TŮMOVÁ, J. (2003). Kondiční program pro seniory s osteoporózou a častými pády. *Rehabilitácia*, 4, 225-227.
- VYSEKALOVÁ, Jitka. *Chování zákazníka: jak odkrýt tajemství ‘‘černé skříňky‘‘*. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3528-3.

Internetové zdroje:

6000 kroků změni váš život – nadváha, obezita, deprese, ztráta smyslu života. *6000 kroků změni váš život – nadváha, obezita, deprese, ztráta smyslu života* [online]. Copyright © Maxdorf 2021 [cit. 12.03.2021]. Dostupné z: <http://6000kroku.cz/proc-chodit>

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 - Klinika Adiktologie
. Klinika Adiktologie [online]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100>

Prešovská univerzita v Prešove [online]. Copyright ©Ig [cit. 16.03.2021]. Dostupné z: https://www.unipo.sk/public/media/18399/Folia_geographica_2013_21_Mitrikova.pdf [online]. Copyright ©t [cit. 16.03.2021]. Dostupné z: [https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a1131/f28/Dimitrová,%20Michaela.%20Demografické%20souvislosti%20stárnut%C3%AD.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a1131/f28/Dimitrova,%20Michaela.%20Demografické%20souvislosti%20stárnut%C3%AD.pdf)

Socializace, socialisace – ABZ.cz: slovník cizích slov. ABZ.cz:slovník cizích slov – online hledání [online]. Copyright © [cit. 20.03.2021]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socializace-socialisace>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků:

Obrázek 1: Maslowova hierarchie potřeb.....	19
Obrázek 2: Vzor dotazníku WHOQOL-BREF.....	63
Obrázek 3: Dotazník pohybové aktivity.....	66

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Domény kvality života podle WHO.....	23
Tabulka 2: Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	46
Tabulka 3 Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	47
Tabulka 4: Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	48
Tabulka 5: Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky.....	50

Seznam grafů:

Graf 1.....	47
Graf 2.....	48
Graf 3.....	49
Graf 4.....	50
Graf 5.....	27
Graf 6.....	27
Graf 7.....	28
Graf 8.....	29
Graf 9.....	30
Graf 10.....	30
Graf 11.....	30
Graf 12.....	31
Graf 13.....	31
Graf 14.....	32
Graf 15.....	32
Graf 16.....	33
Graf 17.....	33
Graf 18.....	34

Graf 19	34
Graf 20	35
Graf 21	35
Graf 22	36
Graf 23	37
Graf 24	38
Graf 25	39
Graf 26	39
Graf 27	40
Graf 28	41
Graf 29	42
Graf 30	43
Graf 31	44
Graf 32	45
Graf 33	45

PŘÍLOHY

Obrázek 2: Vzor dotazníku WHOQOL-BREF

PCP 2003

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 nevhodnější. 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.:

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

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

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

Zdroj: <https://www.adiktologie.cz/file/124/whoqol-bref.pdf>

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

Zdroj: <https://www.adiktologie.cz/file/124/whoqol-bref.pdf>

	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

Zdroj: <https://www.adiktologie.cz/file/124/whoqol-bref.pdf>

Obrázek 3: Dotazník pohybové aktivity

Dotazník pohybová aktivita

1. Každý den mám alespoň 30 minut pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce). ANO/NE
2. Každý den mám alespoň 1 hodinu pohybové aktivity (jakékoliv – počítá se i chůze či domácí práce). ANO/NE
3. Pokud možno, vždy používám schody místo výtahu. ANO/NE
4. Pohybová aktivita mě baví a těším se na ni. ANO/NE
5. Přes den nikdy nesesím víc než hodinu v kuse. ANO/NE
6. Pravidelně praktikuji nějaký druh posilování svalů. ANO/NE
7. Aktivně vyhledávám každou možnost zvýšit přirozenou pohybovou aktivitu v každodenních činnostech. ANO/NE
8. Dlouhodobě se věnuji nějakému druhu sportu (ve skupině nebo individuálně). ANO/NE
9. Pravidelná pohybová aktivita je nevyhnutelnou součástí mé práce/způsobu života. ANO/NE
10. Svůj volný čas trávím převážně aktivně. ANO/NE

Za každou odpověď ANO dáte 1 bod

Součet odpovědí ANO je výsledným počtem bodů:

Hodnocení pohybové aktivity

0-3 body: nedostatečná

4-6 bodů: uspokojující

7-10 bodů: optimální

Zdroj: http://www.vszdrav.cz/userdata/files/KI_Dotaznik_Pohybova_aktivita_dopl.pdf