

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**Vliv pohybových aktivit na soběstačnost a kvalitu života seniorů
žijících v domácím prostředí**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:
Prof. Ing. Václav Bunc, Csc.

Vypracovala:
Danuše Hrbáčková

Praha, říjen 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením Prof. Ing. Václava Bunce, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne 16.12.2011

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta/katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Děkuji Prof. Ing. Václavu Buncovi, Csc. za jeho odborné vedení, ochotu a cenné rady při psaní této diplomové práce. Dále děkuji za ochotu všem respondentům, kteří mi umožnili výzkum uskutečnit.

Abstrakt

- Název:** Vliv pohybových aktivit na soběstačnost a kvalitu života seniorů žijících v domácím prostředí
- Cíle:** Hlavním cílem diplomové práce je posouzení úrovně pohybových aktivit u seniorů žijících v domácím prostředí a analýza vlivu pohybových aktivit na jejich soběstačnost v běžných denních činnostech a kvalitu života.
- Metody:** Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření. K získání dat potřebných pro výzkum jsem použila dotazník pohybových aktivit vytvořený právě pro tento výzkum, standardizovaný test soběstačnosti v běžných denních činnostech Barthel Index a dotazník kvality života SQUALA. Pro ověření vyslovených hypotéz jsem výsledky jednotlivých dotazníků a testů dále zpracovávala, porovnávala a statisticky vyhodnocovala. Získané údaje byly přepsány do elektronické podoby a vyhodnoceny popisnou statistikou pomocí programu Microsoft Office Excel
- Výsledky:** Cíl práce se podařilo splnit. Výsledky výzkumu prokázaly statisticky významnou závislost mezi věkem, pohybovými aktivitami, soběstačností v běžných denních činnostech a subjektivní kvalitou života seniorů žijících v domácím prostředí.
- Klíčová slova:** senioři, pohybové aktivity, kvalita života, soběstačnost

Abstract

Title: Influence of Physical Activity over Self-care and Quality of Life of Elderly People Living at Home

Objectives: The main objectives of this thesis are measuring the level of the physical activities of elderly people living at home and the analysis of the influence of these activities on their independence in everyday activities and on their quality of life.

Methods: For research I choose a questionnaire survey as main metod. To collect data for the research I used physical activity questionnaire which I created specifically for this thesis, Barthel Index the standardized self-care test, SQUALA questionnaire measuring the quality of live. To verify my hypothesis I statistically evaluated the outcomes of the tests and questionnaires. For this purpose I used the descriptive statistics in the computer program Microsoft Office Excell.

Results: The main objective was fulfilled. Results of research proved statistical important depence among age, physical activities, independence in activities of daily living and quality of individuals life

Key words: elderly people, physical activities, quality of live, independence

OBSAH

1. ÚVOD	9
2. TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1. Demografický vývoj obyvatelstva	11
2.2. Fenomén stáří a stárnutí	13
2.2.1. Biologické stárnutí	15
2.2.2. Psychické aspekty stárnutí	16
2.2.3. Sociální aspekty stárnutí	17
2.3. Soběstačnost	18
2.3.1. Definice pojmu soběstačnost	19
2.3.2. Testování soběstačnosti	19
2.4. Adaptace na stáří	21
2.5. Kvalita života	21
2.5.1. Pojem kvalita života	21
2.5.2. Metody měření kvality života	23
2.5.3. Kvalita života seniorů	23
2.6. Pohyb a pohybové aktivity seniorů	24
2.7. Podpora úspěšného stárnutí a zdravého stáří	27
2.8. Shrnutí	29
3. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZA A ÚKOLY	31
4. METODIKA PRÁCE	32
4.1. Charakteristika cílové skupiny	32
4.2. Použité metody	32
4.3. Průběh výzkumu	32

5. VÝSLEDKY A DISKUSE	36
5.1. Vyhodnocení dotazníku pohybových aktivit	36
5.2. Vyhodnocení testu soběstačnosti – Barthel Index	47
5.3. Vyhodnocení dotazníku kvality života SQUALA	48
5.4. Ověření hypotéz	50
5.5. Shrnutí výzkumu	61
6. ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	64
PŘÍLOHY	67

1. ÚVOD

Podobně jako ve všech vyspělých evropských zemích, tak i v České republice dochází k postupným změnám ve složení populace. Celkové stárnutí populace vede ke změnám demografické struktury a přináší mnoho problémů v oblastech ekonomických, sociálních i obecně medicínských a je proto považováno za jeden z dominantních problémů společnosti.

Demografické stárnutí populace je jevem globálním a není proto možné tuto problematiku odděleně řešit z pohledu zdravotnického, sociálního či ekonomického. Komplexní pojetí péče však v České republice zatím v uspokojivé podobě neexistuje vzhledem k přetrvávajícím rozděleným kompetencím příslušných resortů.

Společenské změny posledního desetiletí ovlivnily výrazně podmínky pro rozvoj péče o seniory v České republice. V oblasti péče o seniory dominují mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí (Jarošová, 2006).

V sociální oblasti nejvýraznější změny v péči o seniory nastali po vstupu platnosti zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento nový zákon umožňuje zásadní transformaci celé sociálních oblasti (Malíková, 2011).

V sektoru zdravotnictví je jednou z nejrychleji se rozvíjejících oblastí domácí zdravotní péče. Tento typ péče přináší nesporné výhody. Především jsou to ekonomičnost, individuální a zároveň komplexní přístup, možnost dlouhodobé péče, prevence a podpora zdraví.

Do budoucna vidím jako velmi důležité propojení zdravotní a sociální oblasti. Jedině tak budou sociálně – zdravotní služby poskytovány komplexně a budou moci být uspokojeny všechny specifické potřeby seniorské populace. Výše uvedená problematika je řešitelná spíše na politické úrovni. Co je celospolečenským problémem, je obecně spíše negativní pohled na stáří a postavení seniorů ve společnosti. Dnešní mladý člověk chápe stáří spíše jako nutné zlo, nevidí ve stáří zkušenost, moudrost a vyrovnanost tak jako naši předkové. Neuvědomuje si, že tato životní etapa je odrazem celého našeho života, že stáří je pouze vyvrcholením našeho individuálního přístupu. (Haškovcová, H., 1998).

Problematika stárnutí je velmi složitou a individuální záležitostí. Ve stáří dochází k celé řadě životních změn, se kterými se musí jedinec vyrovnat. Ať už je to odchod do důchodu, horší finanční situace, ztráta partnera, změna životního prostředí nebo častější výskyt nemocí. V průběhu stárnutí organizmus prochází involučními změnami, které jsou nevyhnutelné. Zhoršují se fyzické i psychické funkce, smyslové vnímání, kognitivní funkce atd. To však neznamená, že tyto změny nemůžeme alespoň částečně ovlivnit, nebo zpomalit.

V posledních letech se nejen u nás, ale především ve světě propaguje tzv. zdravé stárnutí, které reaguje na prodlužující se délku života. Podstatou je snaha zajistit, aby delší život byl také zdravější, aktivnější, produktivnější a celkově kvalitnější. Dobrý zdravotní stav je předpokladem k tomu, aby senioři svá léta prožívali bez vážnějších zdravotních potíží, což jim umožní vykonávat činnosti, které jim přinesou pocit uspokojení, seberealizace a celkové spokojenosti. Ke zlepšené zdraví ve stáří je potřeba přijmout celoživotní přístup a celospolečensky vytvořit podmínky pro aktivní a zdravé stárnutí. Tedy především podporovat zdravý životní styl, vytváření předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností osob produktivního věku i seniorů prostřednictvím všeobecné aktivizace, vytvářet a rozšiřovat možnosti rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje. Důležité je naučit se chápat změny stárnoucího člověka a respektovat jeho potřeby, jednat s ním jako s plnohodnotným člověkem a občanem. Zároveň by se měl celospolečensky rozvíjet aktivní postoj k životu, který by měl přetrvávat od mládí až do vysokého věku.

Jednou ze základních geragogických otázek stále zůstává, zda je zdravotní a funkční stav ve stáří pozitivně ovlivnitelný. Zdravé stáří je ovlivněno mnoha faktory. Vnitřní faktory jsou každému jedinci geneticky dané. Tyto genetické faktory mohou být ovlivněny faktory vnějšími, jako jsou např. způsob života, životní podmínky, způsob stravování, pohybová aktivita a tělesná cvičení. A to jsou oblasti, které může každý z nás ovlivnit především aktivním postojem k životu, respektive stárnutí a stáří.

Ve své práci bych ráda poukázala na problematiku nedostatku pohybových aktivit seniorské populace a jeho negativnímu vlivu na soběstačnost v běžných denních činnostech a kvalitu života. Myslím si, že této problematice není věnována dostatečná pozornost.

Problematika života seniorů je mi velice blízká. Pracuji jako ergoterapeutka v soukromé agentuře komplexní domácí péče, kde jsou senioři hlavní cílovou skupinou. Během několikaleté praxe jsem se setkala s desítkami seniorů, ve věku . Každý z nich měl svůj

životní příběh, své životní zkušenosti. A právě díky práci s těmito lidmi jsem si uvědomila, že to jaké budeme mít stáří, bude odrazem celého našeho života.

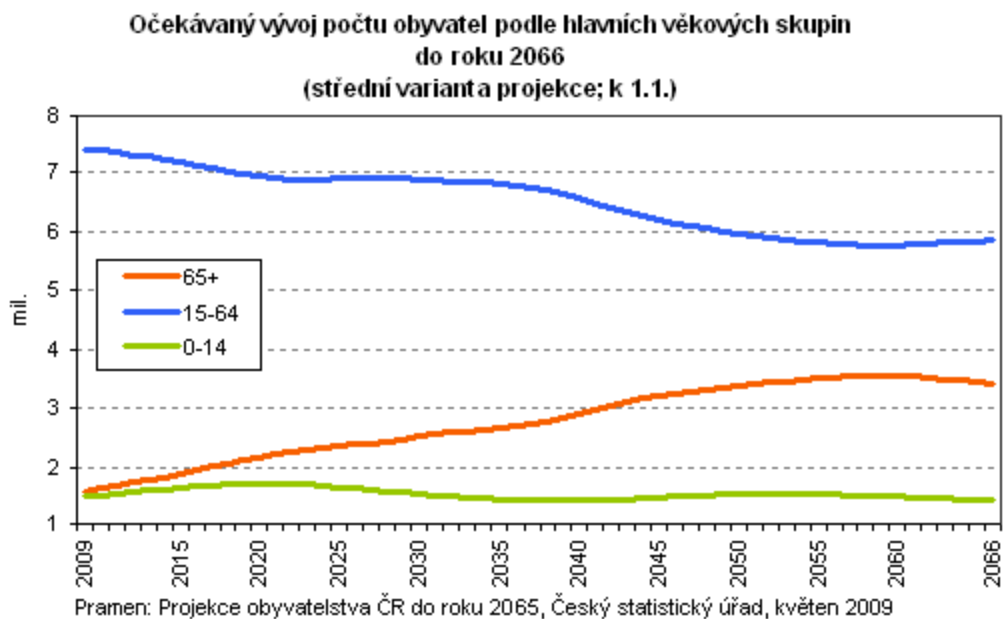
„Neptejme se života, co nám dá, ale ptejme se sami sebe, co já sám dám svému životu, jak naplním jeho smysl.“ (Frankl, 1996)

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Demografický vývoj obyvatelstva

Zvyšující se počet obyvatel je jedním z globálních problémů světa. Ve vyspělých zemích, stejně jako v České republice dochází k celkovému stárnutí populace. Mezi příčiny můžeme zařadit vedle celkového poklesu porodnosti také technický pokrok v oblasti medicíny, což má za následek snížení úmrtnosti a prodloužení délky života. Po dlouhá staletí byla průměrná délka života kolem 25 let. Ve dvacátém století došlo k posunu délky života k hranici 50 let. Od té doby se prodloužování věku zrychlilo a dnes je průměrná, tzv. střední délka života v České republice 78,1 let pro ženy a 71,5 let pro muže (Haškovcová, 2010).

Podle demografických prognóz vývoje obyvatelstva České republiky se dá očekávat, že populace se bude kvantitativně snižovat a kvalitativně dojde k jejímu stárnutí. Zastoupení starých lidí v populaci v České republice stejně jako v zemích Evropské unie se bude neustále zvyšovat. Počet narozených dětí se bude postupně snižovat podobně jako ekonomicky aktivní část obyvatelstva. Jediný nárůst se týká počtu obyvatelstva nad 65 let (Burcin, Kučera. 2004, ČSÚ, 2009), (Graf č.1).



Graf č.1 – Projekce obyvatelstva ČR do roku 2066

Demografické stárnutí populace je jevem globálním a dotýká se mnoha oblastí života.

Není proto možné tuto problematiku odděleně řešit z pohledu zdravotnického, sociálního či ekonomického. V současné době probíhá Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, schválený vládou 9.1.2008, který klade důraz na potřebu změny politické strategie a propojení jednotlivých resortů (MPSV, 2011)

Zavázalová (2001) uvádí, že pokud podíl osob starších 65 let dosáhne 12% v celkové populaci, je nutno se zabývat v celostátním měřítku systémem péče o staré občany jako součástí zdravotní a sociální politiky, protože zvýšení počtu starších osob se specifickými potřebami vyžaduje přizpůsobení zdravotních i sociálních služeb.

2.2. Fenomén a stáří a stárnutí

Stáří je přirozenou vývojovou etapou lidského života, ale nemělo by být chápáno jako jeho konec. Ten přichází až se smrtí. Stárnutí je procesem přirozeným a čistě individuálním. Částečně je dáno geneticky, ale neodmyslitelný vliv mají i životní podmínky, zdravotní stav a životní styl.

Výsledky rozsáhlého šetření zdravotního stavu celé populace (Papeš a kol., 2002) potvrzují obecně známý fakt, že s přibývajícím věkem se zdravotní stav postupně nevyhnutelně zhoršuje. Což souvisí s fyziologickými změnami, které stárnutí doprovází. Překvapivě se ale ukazuje, že zdravotní stav seniorů se liší také v závislosti na pohlaví: u starších žen je v porovnání s muži výrazně horší. Zatímco ještě více než polovina mužů starších 75 let se těší „průměrnému zdraví“, více jak polovina žen této věkové skupiny už spadá do kategorie „špatné zdraví“.

Moderní medicína v posledních letech značně pokročila v diagnostice a léčbě akutních i chronických nemocí, ale stále se zapomíná na zodpovědnost jednotlivce za své zdraví. Neuvědomujeme si, že zdraví je vzácným darem, a teprve když o něj přicházíme, zjišťujeme jeho cenu (Mulpachr, Staníček, 2001). Je to i důsledkem ve společnosti stále ještě zakořeněného biologického modelu zdraví, který zaměřen pouze na hodnocení tělesného zdraví a fungování jednotlivých orgánů. Protikladem je model biopsychosociální, který se, jak z názvu vyplývá, dívá na člověka komplexně, hledá souvislosti mezi jednotlivými oblastmi konkrétního člověka. Tento model klade důraz na propojení znalostí a přístupů z oblastí

fyziologie, psychologie, sociologie, umění naslouchání, komunikace, atd.

Dnes již víme, že je možné dožít se věku nad sto let. Stále častěji se však objevuje potřeba hodnotit stáří každého jedince. K tomu nám slouží kalendářní neboli chronologický věk a biologický věk, který odpovídá funkčnímu stavu organismu jako celku.

Z lékařského i demografického pohledu považujeme za počátek stáří obvykle věk 65 let a o vlastním stáří hovoříme od věku 75 let. Z důvodu mnohočetných příčin a projevů nejčastěji dělíme stáří na kalendářní, biologické, sociální a psychické.

Kalendářní věk určujeme na základě věku (počtu let od narození) a má jednoznačnou výpovědní hodnotu. Pro rozdělení životních etap se většinou používá 15leté periodizace doporučené Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO) (Gruberová , 1998).

I přesto se však jednotliví autoři neshodují ve vymezení počátku stáří stejně jako periodizaci kalendářního stáří.

Vágnerová (2007) např. Rozděluje stáří pouze na dvě období:

- 60 – 75 let období raného stáří
- 75 a více let období pravého stáří

Mulpachr (2004) používá následující členění:

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

Gruberová (1998) používá 15letou periodizaci doporučenou WHO:

- 60–74 rané stáří
- 75–89 vlastní stáří
- 90a více dlouhověkost

Na rozdíl od věkové kategorizace na charakteristických projevech stárnutí a stáří se autoři více méně shodují. Změny se odehrávají v rovině jak tělesné, tak psychické i sociální.

„Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života. Většina jedinců dospěje do svého stáří bez nezvladatelných problémů. Dožije se tedy „úspěšného stáří“ v relativně uspokojivé tělesné, duševní i sociální rovnováze. Vedle „fyziologického“ stáří existuje také i to, které je těsně spjata s přítomností nejruznějších patologických nálezů a chorob.“

(Weber, 2000, str. 13–15)

2.2.1. Biologické stárnutí

Biologické stárnutí zahrnuje změny probíhající na fyziologické úrovni. Změny postihují všechny tkáně a orgány, v jednotlivých systémech dochází ke zpomalení a oslabení dřívějších funkcí. Zároveň dochází k poklesu biologických adaptačních mechanismů.

V. Pacovský (1994) uvádí tři typy funkčních změn:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové
- vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci
- zpomalení většiny funkcí

Veškeré změny, které provázejí stárnutí, jsou velice individuální z hlediska času i rozsahu. Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější, než kalendářní věk se nezdařily a stanovení biologického stáří se nepoužívá. Faktem ale zůstává, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti (Kalvach, 1997).

- Základní poznatky o biologickém stárnutí lze shrnout následovně:
- zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, omezení rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži
- změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity a zvýšená tvorba autoprotilátek

- snížená tvorba nebo působení různých humorálních regulačních působků, včetně hormonů, změněná citlivost receptorů
- zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů, alterace v tvorbě a působení neurotransmiterů, úbytek motoneuronů
- zhoršené vnímání tzv. vnějšími smysly (zrak, sluch, čich, chuť, hmat)
- úbytek aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly
- pokles celkové tělesné vody, zmnožení tuku
- úbytek kostní hmoty
- involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů, změna struktury obvykle předchází změně funkce
- snížený průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny)
- omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů

(Pacovský, 1994)

2.2.2. Psychické aspekty stárnutí

Psychický stav každého jedince vyššího věku je podmíněn řadou faktorů, především funkčními změnami přirozenými pro stáří, individuálními osobnostními rysy, ale i postojem a reakcí jedince na stáří. Podle Pacovského (1994) je důležitý je tzv. subjektivní věk – jak se člověk sám cítí. Ten se však může lišit od objektivní skutečnosti.

Psychické změny ve stáří mají buď sestupnou, nebo vzestupnou tendenci. Mezi ty se sestupnou tendencí patří např.: zpomalení psychomotorického tempa, zhoršení paměti, porucha koncentrace, snížení smyslové výkonnosti, omezení tvůrčích schopností, snížení adaptability. K psychickým změnám s vzestupnou tendencí řadíme: vytrvalost, trpělivost, stálost názorů a vztahů, tolerance, nadhled, zájem o všeobecnou informovanost a rozhled. (Hátlová, Suchá, 2005).

Vedle těchto změn se ve struktuře osobnosti může projevit také změněný žebříček hodnot, potřeb a životních cílů v kontextu s novými situacemi a změnami prostředí. To vše následně ovlivňuje psychické prožívání a působí na kvalitu života seniora.

2.2.3. Sociální aspekty stárnutí

V posledních letech se ve světě uplatňuje trend, který ve společnosti upřednostňuje děti a mládež, zatímco na stáří se pohlíží jako na období života spojené s nemocemi a strádáním. Dokonce se objevuje pojem ageismus (age = věk), který je vysvětlován jako averze vůči starým lidem a všemu, co se stářím souvisí.

Kalvach (1997) používá sociální periodizaci, která rozděluje život na jednotlivé etapy:

- první věk – před produktivní – je obdobím dětství a mládí, kdy se člověk vyvíjí, vzdělává se a získává nové zkušenosti a znalosti
- druhý věk – produktivní – je období dospělosti, charakteristické produktivitou biologickou, sociální i pracovní
- třetí věk – post produktivní – je spojován s poklesem zdatnosti člověka, s odpočinkem a koncem jeho produktivity, díky tomu může docházet k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb a hlavně potlačování osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu
- čtvrtý věk – někdy bývá označován jako fáze závislosti, což však odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že člověk může zůstat až do nejpokročilejšího věku soběstačný

Důvodů, proč dochází k degradaci stáří je několik. Mezi nejvýznamnější negativní sociální aspekty patří:

- odchod do důchodu
- omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách
- změna ekonomické situace
- sociální izolace
- strach z osamělosti a nesoběstačnosti
- fyzická závislost
- změna životního stylu či prostředí

(Haškovcová, 2010)

Oproti tomu Jarošová (2006) uvádí pozitivní sociální aspekty, které mohou ovlivnit kvalitu života jedince ve stáří, pokud se na tuto životní etapu připraví:

- funkční rodina a vztahy
- plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří
- plánování efektivního vyplnění volného času
- možnosti uspokojení potřeb jedince

2.3. Soběstačnost

Stáří samo o sobě není choroba, i když je zvýšeným výskytem nemocí provázeno. Zdravotní a funkční stav seniorů se generačně neustále zlepšuje a je proto důležité se zabývat nejen péčí o nemocné jedince, ale především zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorské populace a prevencí závislosti.

Pro kvalitu každodenního života starého člověka však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemoci ve vyšším věku je snížení soběstačnosti. Autonomie a soběstačnost jsou přitom základním předpokladem pro samostatný a aktivní život. Většina seniorů chce zůstat ve svém domácím prostředí co nejdéle a tato touha bývá často jejich největší motivací ke snaze o udržení maximální možné soběstačnosti.

Stupeň soběstačnosti se však relativně rychle snižuje s přibývajícími lety. Zatímco ve věku 60 až 74let bylo nezávislých ještě 84 % všech osob, ve věku nad 75 let už jen 51 % (Zavázalová, 2001).

Soběstačnost patří k nejdůležitějším faktorům, které mají zásadní vliv na kvalitu života jedince. Udržení soběstačnosti společně s prodloužením délky zdravého života a omezením disability je hlavním cílem zdravotní politiky a zdravotní péče v České republice v reakci na demografické stárnutí populace.

2.3.1. Definice pojmu soběstačnost

Pojem soběstačnost definuje samostatnost či participaci jedince při vykonávání každodenních činností. Každodenní činnosti jsou v literatuře označovány také jako běžné, popř. všední denní činnosti. (z anglického originálu Activities of Daily Living, ADL). V ergoterapeutické literatuře se nejčastěji rozdělují na personální, bazální či základní a instrumentální běžné denní činnosti.(Christiansen, Baum, 1997).

V přesných definicích se autoři různí. Obecně se dá říci, že jde o činnosti, které jsou prováděny za účelem zajištění každodenní péče o sebe samého. Jsou to činnosti prováděné automaticky, pravidelně, samostatně a často jsou spojeny s různými rituály. Vztahují se k věku, pohlaví, období dne a individuálním návykům (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

2.3.2. Testování soběstačnosti

Hodnocení a následně nácvik běžných denních činností je jednou z nejčastějších intervencí ergoterapeutů.

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“ (ČAE, 2008)

Ergoterapeut zjišťuje, v kterých aktivitách je klient limitován, jaká je příčina a navrhuje možnosti pro zlepšení či zachování potřebných dovedností. Nejčastějšími důvody k hodnocení výkonu klienta v běžných denních činnostech jsou:

- odhalení disability
- zhodnocení aktuálního funkčního stavu
- určení rehabilitačního potenciálu jedince
- stanovení cílů a plánu terapie
- monitorování efektivity zvolených terapeutických postupů
- zhodnocení, zda bylo dosaženo stanovených cílů
- doporučení dalšího postupu terapie/intervence
- zjištění potřeby pomůcek, adaptací prostředí
- zjištění míry asistence

(Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Při hodnocení jsou nejčastěji posuzovány následující parametry výkonu: důležitost, nezávislost, bezpečnost, kvalita a zkušenost (Crepeau a kol., 2003). Nesmíme však zapomenout, že na soběstačnosti jedince se podílejí dva základní faktory: funkční zdatnost jedince a náročnost prostředí. Tyto dva faktory není možné od sebe oddělit.

V praxi se používají různá hodnocení pro oblasti běžných denních činností. Řada z nich je známá a používaná v mezinárodním měřítku, některá si vytvářejí jednotlivá odborná pracoviště pro své potřeby.

K mezinárodně uznávaným patří např.: Hodnocení Gudrún Árnadóttirové – A.ONE, Hodnocení motorických a procesních dovedností – AMPS, Funkční míra nezávislosti – FIM, Test soběstačnosti dle Barthelové – Barthel Index.

V České republice se hodnocení soběstačnosti provádí kromě ergoterapeutických hodnocení také za účelem přiznání příspěvku na péči podle Zákona o sociálních službách. Na základě schopnosti zvládat péči o vlastní osobu a být soběstačný se stanovuje závislost na druhé osobě a podle toho je poskytnuta výše příspěvku. I když nejlépe odborně způsobilým pro hodnocení je ergoterapeut, v tomto případě hodnocení provádějí ho sociální pracovníci.

2.4. Adaptace na stáří

Jak již bylo řečeno i stáří může být pozitivním a plnohodnotnou životní etapou. Záleží na našem osobním postoji a přístupu ke stáří a na dalších okolnostech, které nás mohou ovlivnit, tzv.determinantech, jak uvádí Venglářová (2007):

- prostředí, postoj komunity a společnosti ke stáří
- typ osobnosti, její prožitky a zkušenosti
- rodinné, citové a sociální zázemí
- výchova, vzdělání, kulturní a společenské vlivy
- zdravotní stav
- ekonomická situace
- vrozené psychické dispozice

V průběhu života člověka dochází k mnoha změnám. Schopnost změny přijmout, vyrovnat se s nimi je u každého velmi individuální. Adaptace je jedna ze základních lidských vlastností a umožňuje lidem přežít. Každý člověk má však jinou míru, kterou je schopen snést a zvládnout. A právě v životě seniorů často dochází k mnoha změnám současně (odchod do důchodu, zhoršení zdravotního stavu, smrt partnera, změna prostředí...), což je pro adaptaci náročné. Pro vyrovnání se všemi změnami je důležitá pomoc okolí, tolerance a trpělivost. Většina odborníků se shoduje v názoru, že pokud je to jen trochu možné, měl by člověk zůstat co nejdéle ve svém přirozeném a pro něj dobře známém domácím prostředí, které mu dává pocit bezpečí a jistoty, což může výrazně přispět k lepší adaptaci na ostatní změny, které jsou nevyhnutelné (Novotná, Uhrová, 2007).

2.5. Kvalita života

2.5.1. Pojem kvalita života

Termín kvalita života byl poprvé použit ve 20. letech 20. století v souvislosti úlohy státu v oblasti materiální podpory nižších vrstev. Teprve později se tento termín začal používat v sociologii, kde sloužil k odlišení podmínek života od vlastního pocitu lidí. V 70. letech se poprvé použil termín kvalita života pro výzkumné účely, a to pro monitorování

dopadu změn ve společnosti na život lidí. Ukázalo se, že subjektivní vnímání kvality života nemusí být v přímé úměře s objektivními ukazateli, jako je např. ekonomický status. Ke zkoumání kvality života existují tři různé přístupy: psychologické, sociologické a medicínské. Psychologické přístupy chápou kvalitu života jako koncept pohody a spokojenosti se životem. Sociologické přístupy chápou kvalitu života ve vztahu k pojmu životní úrovně a zaměřují se na porovnávání kvality života různých sociálních vrstev či jednotlivých států. V medicíně je zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví.(Hnilicová, 2005).

Koncept kvality života tak zatím stále nemá všeobecnou, mezioborově akceptovatelnou definici ani metodologii. Všeobecně můžeme pojem kvalita života chápat jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit jedince ve vztahu k jeho okolí. Cílem Světové zdravotnické organizace je proto vytvořit mezinárodně a mezikulturně použitelné nástroje pro měření kvality života. Vycházejí z konstatování, že kvalita života jako subjektivní charakteristika nemůže být součtem podmínek a zdravotního stavu, ale že spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince (Gurková, 2011).

Podle Jerna obsahuje pojem kvality života tyto 3 oblasti:

1. všeobecný psychologický „well-being“, který považuje za subjektivní zkušenost a který obsahuje tři složky: pocit energie (síla, vitalita), pocit uvolnění (schopnost relaxovat) a hedonický tonus (schopnost prožívat radost)
2. fyzické a duševní zdraví
3. tzv. „vnější životní situace“ – sociální participace (zaměstnání, rodina, přátelé), finanční situace, bydlení, aktivity ve volném čase

(Jern, 1993)

Koncept kvality života v sobě zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí. Od fyzických funkcí a schopností až po dosažení životních cílů jedince. Život jednotlivce je brán z biopsychosociálního pohledu, tedy jako komplexní pojem zahrnující všechny jeho projevy a oblasti jeho činnosti.

2.5.2. Metody měření kvality života

Stejná různorodost přístupů a pojetí, jaká je v definování pojmu kvality života, panuje i v oblasti jejího praktického použití. Každý autor nového dotazníku pro měření kvality života uvádí různý výčet oblastí, které považuje v životě člověka za důležité. Podle toho jak různí autoři pojmají kvalitu života, používají různé metody měření. Metod, které slouží k měření kvality života je celá řada. Křivohlavý (2002) je dělí do tří skupin:

1. metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba
2. metody měření, kde hodnotitelem je sama daná osoba
3. metody smíšené, vzniklé kombinací dvou předchozích

Podle Dragomerické a Bartoňové (2006) by měla být kvalita života měřena ze tří perspektiv: jako objektivní měření sociálních ukazatelů, jako subjektivní odhad spokojenosti se životem a také jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými oblastmi. Výběr vhodné metody by měl také posuzován podle účelu, ke kterému má výsledek sloužit.

2.5.3. Kvalita života seniorů

Stáří je součástí života většiny z nás. A každý se někdy zamyslíme nad otázkou, jaké asi bude naše stáří. Neustále nové objevy a pokroky v medicíně umožňují některým lidem prodloužení jejich života. Ale teprve v posledních letech se začíná mluvit nejen o délce života, ale i jeho kvalitě. Vysokou hodnotou v kvalitě života ve stáří je vedle zdraví také samostatnost, soběstačnost, finanční zajištění a možnost spolurozhodování o sobě a svém životě, psychická pohoda nebo využití volného času (Venglářová, 2007).

Pro kvalitu každodenního života starého člověka však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemocnosti ve vyšším věku je snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. To vše pak podstatně snižuje kvalitu života starého člověka.

Zdravotní stav starších lidí je třeba hodnotit nejen délkou života a prevalencí chorob, ale především funkční zdatností a zdravím podmíněnou kvalitou života. Zdraví a kvalita života ve stáří jsou hodnotami, na kterých se podílí nejen jednotlivci, ale také celá společnost.

2.6. Pohyb a pohybové aktivity seniorů

Pohyb je základní potřebou a projevem života. Provází člověka po celý život. V dávných dobách byli naši předci nuceni k pohybu vnějšími podmínkami. Dobré pohybové schopnosti byly základním předpokladem k přežití. V dnešní moderní době není člověk nucen k pohybu z důvodu přežití, ale posuzuje smysl pohybu z hlediska svých potřeb a přání. Bohužel dochází k výraznému snížení pohybové aktivity a nedostatek pohybu se stává charakteristickým rysem současného životního stylu.

Pohybové aktivity jsou často brány jako zdroj příjemných prožitků – uvolnění, radost apod. Nesmíme však zapomenout, že i negativní prožitky spojené s pohybem mají svůj význam. Jak uvádí Hošek (1992), kdo nepozná námahu, nemůže si vychutnat uvolnění, kdo neprožil nepohodlí, nemůže plně ocenit pohodlí.

Nedostatek pohybu má negativní vliv na zdraví, které ve svém důsledku ovlivňuje všechny oblasti života jedince a proto je tak důležité vrátit aktivní pohyb do zdravého životního stylu.

Nedostatek tělesného pohybu je jedním z důvodů proč lidé stárnou předčasně. Vhodnou pohybovou aktivitou lze zpomalit fyziologické změny související se stárnutím. Aktivní pohyb pozitivně ovlivňuje celou osobnost z psychického, fyzického i sociálního hlediska. Stárnutí postihuje celý organismus, tedy i pohybový aparát. S určitým stupněm omezení fyzické výkonnosti je třeba počítat u všech osob vyššího věku. Ke změnám dochází postupně a jejich míra je u každého jedince jiná. Nejdříve dochází k omezení pohyblivosti, následuje pokles rychlosti a obratnosti a nakonec síly a vytrvalosti (Spirduso, 1995).

Výzkumy dokazují, že přibližně 70% mužů a žen od 55 let jsou přinejmenším částečně omezení nemocí či obtížemi v pohyblivosti a procentuelní zastoupení osob s omezenou pohyblivostí roste úměrně s věkem. U osob 55–64letých je to zhruba jedna třetina a u 75letých téměř polovina (Štikař, Hoskovec, Šmolíková, 2007)

Chceme-li své pohybové schopnosti udržet co nejdéle, je třeba je pravidelně a cíleně ovlivňovat. Pravidelné cvičení nás udržuje v kondici, je prevencí mnoha onemocnění a může zpomalit proces stárnutí.

Mezi objektivní účinky pohybových aktivit patří:

- snížení rychlosti srdeční činnosti
- snížení krevního tlaku
- snížení obsahu LDL cholesterolu v krvi
- zvýšení kyslíku ve svalech
- posílení svalů
- zlepšení rychlosti reakcí
- uklidňující účinky
- zesílení kostí – prevence osteoporózy
- zlepšení ohebnosti – prevence obezity
- pozitivní vliv na psychiku

(Klevetová, Dlabalová, 2008)

Pohybová aktivita by měla být součástí běžného dne každého člověka, staršího nevyjímaje. Všechny aktivity by měly být vybírány s individuálním přístupem ke každému jedinci. Především musíme vycházet z aktuálního zdravotního stavu, abychom pohybovou aktivitou spíše neublížili. Mezi hlavní kontraindikace pohybových činností u seniorů patří dle Kalvacha (2004):

- nestabilní angina pectoris
- chronické stavy oběhových poruch a poruch dýchání v akutních stádiích
- akutní choroby a horečnaté stavy
- akutní potíže pohybového aparátu

Všeobecně můžeme říci, že pro udržení dobré tělesné kondice je důležitá především pravidelnost pohybových aktivit, vhodně zvolená intenzita a délka zatížení. Jako optimální frekvenci pohybových aktivit doporučuje většina odborníků, včetně lékařů v rozmezí 3x týdně v délce 1 hodiny, až po 5x týdně 30minut. Intenzita zátěže by se měla v průběhu aktivity zvyšovat od nejmenší po mírnou až střední. Maximální zátěž se u seniorů nedoporučuje.

(Hálková, 2005)

Vedle správně zvolené frekvence a intenzity je neméně důležitý výběr vhodné konkrétní pohybové aktivity. Ten by měl vycházet ze zdravotního stavu jedince, funkčních schopností, životního stylu i dřívějších zkušeností s pohybovými aktivitami.

Podle Štilce (2004) patří mezi nejvhodnější pohybové aktivity pro seniory:

- procházky, chůze a pěší turistika
- Nordic walking
- jízda na kole či rotopedu
- běžecké lyžování
- plavání a cvičení ve vodě
- cvičení v posilovnách a fitness centrech
- pohybové a psychomotorické hry
- tanec, jednoduché kroky, rytmické cvičení
- kreativní pohyb na hudbu, vyjádření nálady, pocitu na hudbu
- cvičení zaměřená na koordinaci, reakci, silovou schopnost
- vyrovnávací a uvolňovací cvičení
- zdravotně-rehabilitační cvičení
- relaxační a dechová cvičení
- vybraná cvičení jógy, čínská cvičení, Tai-či
- práce v domácnosti, práce na zahradě

Hlavním problémem je především nezájem lidí preventivně se zabývat pohybovými aktivitami za účelem oddálení involučních změn. Často se o ně začnou blíže zajímat a pravidelněji se jim věnovat až při zdravotních obtížích. A přitom právě pozitivní vliv pohybových aktivit na stáří, zpomalení tempa stárnutí a zlepšení kvality života v pozdním věku, to vše by mělo být motivací seniora k aktivnímu životnímu stylu (Štilec, 2004).

Vzhledem k tomu, že populace seniorů se bude dle prognóz stále zvyšovat, je

pravděpodobné, že nabídka pohybových a jiných volnočasových aktivit by se měla rozšiřovat a více specializovat pro tento okruh lidí. To vše však musí jít ruku v ruce s lepší informovaností nejen seniorů, ale celé společnosti.

2.7. Podpora úspěšného stárnutí a zdravého stáří

I ve stáří se normálním stavem chápe dobrá fyzická i psychická kondice a s tím související schopnost vést plnohodnotný, kvalitní a nezávislý život. Musíme však připustit, že právě stáří je obdobím, kdy se nemoci a zdravotní potíže objevují mnohem častěji než v mladším věku. Výsledky rozsáhlého šetření zdravotního stavu celé populace (Papeš a kol., 2002) potvrzují obecně známý fakt, že zdravotní stav se s věkem postupně nevyhnutelně zhoršuje. Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob a vzrůstá také multimorbidita (současná přítomnost více chorob u jednoho jedince).

Zdravé stáří je ovlivněno mnoha faktory vnitřními a vnějšími. Vnitřními faktory se myslí genetické predispozice k různým chorobám a onemocněním. Tyto genetické faktory mohou být ovlivněny faktory vnějšími, jako jsou např. způsob života, životní podmínky, způsob stravování, pohybová aktivita a tělesná cvičení. (Zavázalová, 2001)

Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Současně je celkovou kvalitou života a životního prostředí významně determinováno. Pro kvalitu života ve stáří jsou vedle zdraví a soběstačnosti důležité další faktory, včetně ekonomického zabezpečení, vstřícného prostředí, psychické pohody, mobility a využití volného času (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012).

Dříve se podpora zdraví zaměřovala především na děti a mládež. Zapomínalo se na seniory, u kterých je tato podpora zdraví neméně důležitá. Teprve v posledních několika letech vznikají organizace, sdružení, spolky či nadace, které se zabývají seniorskou otázkou. Svou činností se snaží přiblížit společnosti problematiku stáří a stárnutí a zároveň ovlivnit celospolečenský trend negativních představ o stáří. Problematika stáří a stárnutí se týká celé společnosti a nejen seniorské populace. A proto by příprava na stáří měla začít dříve a aktivní postoj k životu by se měl rozvíjet od mládí a přetrvávat až do vysokého věku.

V roce 2008 byl usnesením vlády České republiky schválen Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, který byl vypracován poradním sborem všech vládních resortů a vychází z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí, dokumentu OSN.

Národní program vychází z následujících principů:

- celoživotní přístup
- partnerství vlády a samosprávy
- mezigenerační vztahy a soudržnost
- zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám
- genderový přístup
- dialog s občanskou společností a sociálními partnery
- odpovědnost jednotlivce a společnosti
- snižování sociálních a geografických rozdílů
- politika podložená důkazy
- důstojnost
- informovanost a mainstreaming

Program vychází z předpokladu, že k řešení otázek spojených s demografickým stárnutím je třeba přistupovat globálně a je nezbytné se zaměřit na následující priority:

- aktivní stárnutí
- prostředí a komunita vstřícná ke stáří
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- podpora rodiny a pečovatелů
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv

(Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, 2011)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) by se celá společnost (myšleno v mezinárodním měřítku) měla pokusit zvrátit negativní pohled na stáří. Měla by podporovat jednotlivé sociální vztahy a aktivity nejen v rodinách, ale i v jednotlivých komunitách. Světová zdravotnická organizace (WHO) v publikaci Zdraví 21 – Zdraví pro všechny ve 21 století zdůrazňuje jako jeden z nejdůležitějších aspektů celoevropského programu tzv. zdravé stárnutí. Cílem tohoto programu je dosáhnout prodloužení aktivního nezávislého života seniorů. (Holmerová, 2002)

Společnost by měla poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na společenském a politickém životě ve státě. Seniorská generace by svými aktivitami a přístupem měla přispět ke změně celospolečenského vnímání procesu stárnutí a stáří. Senioři sami se musí snažit využívat všech pro ně dostupných možností, které jim společnost nabízí a zároveň zodpovědně a aktivně přistupovat k vlastnímu životu, zdraví, účasti na společenských, kulturních a dalších aktivitách. (Haškovcová, 2010)

2.8. Shrnutí

Demografické stárnutí populace posouvá problematiku seniorů do popředí zájmů společnosti. V České republice bylo v posledních letech přijato a vypracováno hned několik dokumentů, které se svým obsahem dotýkají problematiky seniorů. Důležitým dokumentem je Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, který se zaměřuje na oblasti zdraví, ochrany seniorů, bydlení a životního prostředí, rodiny, sociálního zabezpečení, zaměstnanosti a vzdělání. Jeho cílem je účinné řešení následků stárnutí populace (Burcin, Kučera, 2002).

Vedle celkového stárnutí populace se odborná veřejnost zabývá dalším fenoménem moderní doby, a tím je prodlužující se délka života. V posledních letech se nejen u nás, ale především ve světě propaguje tzv. zdravé stárnutí. Jeho podstatou je celospolečenská snaha zajistit, aby delší život byl také zdravější, aktivnější, produktivnější a celkově kvalitnější. Ke zlepšené zdraví ve stáří je potřeba přijmout celoživotní přístup a celospolečensky vytvořit podmínky pro aktivní a zdravé stárnutí. Tedy především podporovat zdravý životní styl, vytváření předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností osob produktivního věku i seniorů prostřednictvím všeobecné aktivizace.

Odborné literární zdroje se zabývají problematikou stáří a stárnutí z mnoha různých pohledů (demografického, sociálního, zdravotního, psychologického apod.). Dle mého názoru však chybí hlubší zpracování oblasti stáří a stárnutí ve výzkumech. Výzkumy zaměřené na seniorskou populaci jsou často jednosměrně zaměřeny a chybí v nich propojení různých oblastí života seniorů.

Dlouhodobě pracuji jako ergoterapeutka v agentuře komplexní domácí péče, a proto jsem si pro svou práci zvolila téma zaměřené na seniory žijícími v domácím prostředí. Hlavním cílem ergoterapeuta pracujícího se seniory v domácím prostředí, je dosažení či udržení maximální možné soběstačnosti klienta v běžných denních činnostech. K tomu jsou využívány různé prostředky, metody a přístupy mezi něž se řadí i pohybové aktivity. Ty se používají především v případě, že zhoršená soběstačnost je způsobena špatným fyzickým stavem klienta.

Zajímalo mě, zda je možné potvrdit vliv pohybové aktivity na soběstačnost klienta i statisticky, proto jsem se rozhodla toto téma zpracovat v rámci diplomové práce. Do výzkumu jsem zařadila i hodnocení kvality života, protože soběstačnost je významným faktorem, který kvalitu ovlivňuje.

3. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A ÚKOLY

CÍLE

1. posouzení úrovně pohybových aktivit u seniorů žijících v domácím prostředí
2. analýza vlivu úrovně pohybových aktivit na soběstačnost v běžných denních činnostech a kvalitu života seniorů žijících v domácím prostředí

HYPOTÉZY

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem a soběstačností v běžných denních činnostech.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem a provozováním pohybových aktivit.

Hypotéza č. 3.: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi pohybovými aktivitami a soběstačností v běžných denních činnostech

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi pohybovými aktivitami a kvalitou života

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi soběstačností v běžných denních činnostech a kvalitou života

ÚKOLY

1. určení kritérií pro výběr respondentů
2. výběr a vypracování vhodných dotazníků a testů
3. dotazníkové šetření
4. zpracování získaných dat a vyhodnocení výsledků
5. provedení diskuze
6. definování závěrů

4. METODIKA PRÁCE

Jako metodu výzkumu jsem použila strukturovaný rozhovor a kvantitativní, explorační metodu – dotazník. Tyto formy umožňují rychlé a ekonomické shromáždění dat od většího počtu respondentů.

K získání informací potřebných pro výzkum jsem použila dotazník pohybových aktivit vytvořený právě pro tuto práci, standardizovaný test soběstačnosti v běžných denních činnostech Barthel Index a dotazník kvality života SQUALA.

Pro ověření vyslovených hypotéz jsem výsledky jednotlivých dotazníků a testů dále zpracovávala a statisticky vyhodnocovala, pomocí programu Microsoft Office Excel

4.1. Charakteristika cílové skupiny

Cílová skupina pro tento výzkum byla tvořena klienty agentury komplexní domácí péče v Praze, kde pracuji jako ergoterapeutka.

Kritéria pro výběr respondentů:

- věk nad 60 let
- žijící v domácím prostředí
- souhlas se zařazením do výzkumu

Celkem bylo osloveno 40 klientů, ale pouze 33 jich bylo ochotných spolupracovat na výzkumu.

4.2. Použité metody

Jako metodu výzkumu jsem zvolila strukturovaný rozhovor a kvantitativní, explorační metodu – dotazník a standardizovaný test. Tyto formy umožňují rychlé a ekonomické shromáždění dat od většího počtu respondentů.

Strukturovaný (řízený) rozhovor postupuje podle předem vypracovaného schématu. Tento typ rozhovoru je velice blízký dotazníkovým metodám, protože je předem daný počet otázek, které se pokládají ve stejném sledu i formě. (Svoboda, 1992).

Dotazníky nejsou považovány přímo za hodnocení, protože neobsahují postup měření. Využívají se k identifikaci určité oblasti, která pak vyžaduje další a podrobnější hodnocení. Nevýhodou může být záměrné nebo i nezáměrné zkreslení uváděných informací, tedy validita (Pelikán, 2007).

Standardizované testy mají tři výhody: 1. poskytují validní standard (normu), který je možné srovnat s aktuálním výkonem klienta, 2. mají jasný postup administrace a bodování, 3. stanoví parametry testu – *validitu* (tj. zda test skutečně měří to, co tvrdí, že měří) a *reliabilitu* (tj. spolehlivost výsledků testu při hodnocení různými posuzovateli a v průběhu času). (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

K získání informací potřebných pro výzkum jsem použila dotazník pohybových aktivit vytvořený právě pro tento výzkum (příloha č. 1), standardizovaný test soběstačnosti v běžných denních činnostech Barthel Index (příloha č. 2) a dotazník kvality života SQUALA (příloha č. 3).

Dotazník pohybových aktivit (příloha č. 1) jsem vytvořila pro účely svého výzkumu. Dotazník se skládá z 11 položek. První část (otázka č.1 - č. 4) mapuje důležité demografické a osobní údaje. Druhá část (otázka č. 5 - č. 11) se zaměřuje na pohybové aktivity (pravidelnost aktivit, nejčastěji provozované druhy, motivace...). Otázky byly voleny záměrně, aby poskytly dostatečný přehled o pohybové aktivitě vybraných respondentů.

Test soběstačnosti – Barthel index (příloha č. 2) je standardizovaný test, který hodnotí funkční stav klienta, tedy jeho schopnost zvládnout základní aktivity denního života – ADL (Activities of Daily Living) nejlépe v jeho přirozeném domácím prostředí. Pro výzkum jsem použila Barthel Index pro hodnocení personálních ADL (PADL). PADL jsou definovány jako aktivity nebo úkony prováděné pravidelně s cílem udržení zdraví a duševní pohody, s ohledem na sociální faktory a faktory prostředí (Trombly, 1995). Hodnotila jsem 10 základních oblastí: sebesycení, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, přesuny, chůze po rovině, chůze po schodech. Senzitivita testu je sice omezena (není schopen zaznamenat malé rozdíly), ale pro výzkum byly získané informace dostačující.

Tento test jsem použila pro výzkum záměrně. Běžně ho používám při práci s klienty v rámci ergoterapeutické intervence, je přehledný, časově nenáročný a snadno statisticky vyhodnotitelný.

Dotazník kvality života – SQUALA (příloha č. 3) hodnotí kvalitu života ze subjektivního pohledu respondenta, pojímá měření kvality života jako rozdíl mezi přáním a skutečnou životní situací jedince, přičemž vychází z jeho hierarchie hodnot. Dotazník zahrnuje 23 oblastí života. Každou z nich klient subjektivně hodnotí v pětibodové škále. V první části se hodnotí důležitost jednotlivých oblastí života a v druhé části klientova spokojenost s jeho momentální situací v dané oblasti života. Je možné vytvořit i parciální skóre pro danou oblast, které je součinem skóre důležitosti (0–4) a skóre hodnocení spokojenosti (1–5), ale to se používá spíše při porovnávání různých skupin v populaci (Zannotti, 1994).

Dotazník kvality života – SQUALA jsem pro svůj výzkum použila z několika důvodů: je zcela subjektivní z pohledu respondenta, je snadno pochopitelný, je časově nenáročný, díky výsledku ve formě profilu, lze porovnávat různé skupiny osob.

4.3. Průběh výzkumu

Výzkum byl s vybranými respondenty proveden v rozmezí let 2009 a 2011. Vybraní respondenti byly osobně osloveni a požádáni o účast na výzkumu. Všichni klienti byli informováni, že dotazníky i testy jsou anonymní a získaná data budou použita pouze pro tuto práci. Dotazník pohybových aktivit a dotazník kvality života - SQUALA jsem s klienty vyplňovala osobně, formou řízeného rozhovoru. Většina klientů by nebyla schopna dotazníky samostatně vyplnit z důvodu špatného zraku či jiného zdravotního omezení. U dotazníku pohybových aktivit klienti odpovídali na předem připravené otázky. U dotazníku kvality života subjektivně hodnotili 23 oblastí života. Pětibodovou škálou (- 4) hodnotili nejprve důležitost jednotlivých oblastí a poté pětibodovou škálou (1 – 5) spokojenost s těmito oblastmi z jejich subjektivního pohledu.

Standardizovaný test soběstačnosti Barthel Index jsem s klienty vyplňovala v rámci ergoterapeutického šetření.

Dotazníkové šetření bylo vedeno tak, aby nedošlo k ovlivnění klienta mými osobními postoji či názory.

Data získaná šetřením jsem nejprve zpracovala u každého klienta zvlášť pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel. Poté jsem výsledky z dotazníků a testů jednotlivých klientů zpracovala do souhrnných tabulek, které mi umožnily další statistické vyhodnocování, porovnávání různých skupin respondentů (podle věku, soběstačnosti apod.) a grafické vyjádření celkových výsledků.

5. VÝSLEDKY A DISKUSE

K získání dat potřebných pro výzkum jsem použila dotazník pohybových aktivit, který jsem sama vytvořila pro svůj výzkum, dále standardizovaný test soběstačnosti v běžných denních činnostech – Barthel Index a dotazník kvality života SQUALA. Výsledky dotazníků a testů byly dále zpracovány a analyzovány.

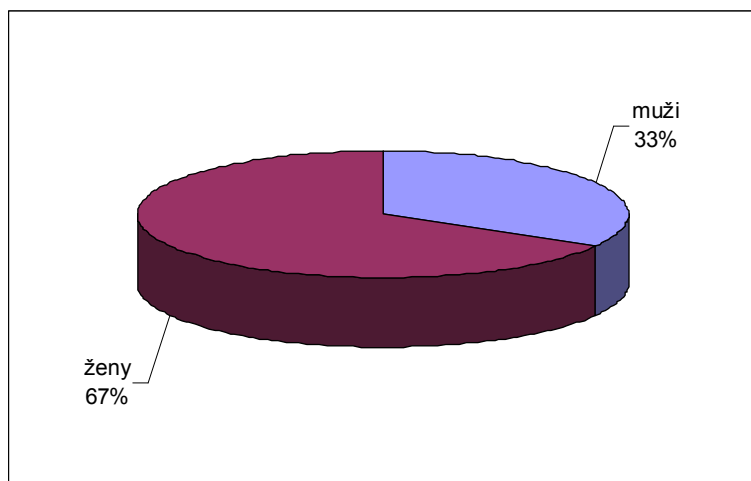
Výzkumného šetření se zúčastnilo 33 seniorů žijících v Praze, ve svém přirozeném domácím prostředí. Všichni respondenti byli v době výzkumu klienty agentury komplexní domácí péče, kde pracuji jako ergoterapeutka.

5.1. Vyhodnocení dotazníku pohybových aktivit

Otázky z dotazníku jsou zpracovány do četnostních tabulek s uvedením absolutní četnosti (četnost jednotlivých hodnot znaku) a relativní četnosti (počet jednotlivých hodnot vyjádřených proporcí z celkového počtu). Výsledky jsou doplněny grafickým vyjádřením.

Otázka č. 1: Pohlaví

- a) žena
- b) muž



Graf č. 2 – Pohlaví respondentů

Celkový počet respondentů byl 33. Z toho bylo 22 žen (67%) a 11 mužů (33%) (viz. graf č. 2).

Procentuální převaha žen mezi respondenty byla způsobena celkově nižším počtem mužů jako klientů agentury komplexní domácí péče kde byl průzkum prováděn, což může souviset s průměrnou délkou života v České republice, která je u žen 78,1 let a 71,5 let u mužů (Haškovcová, 2002).

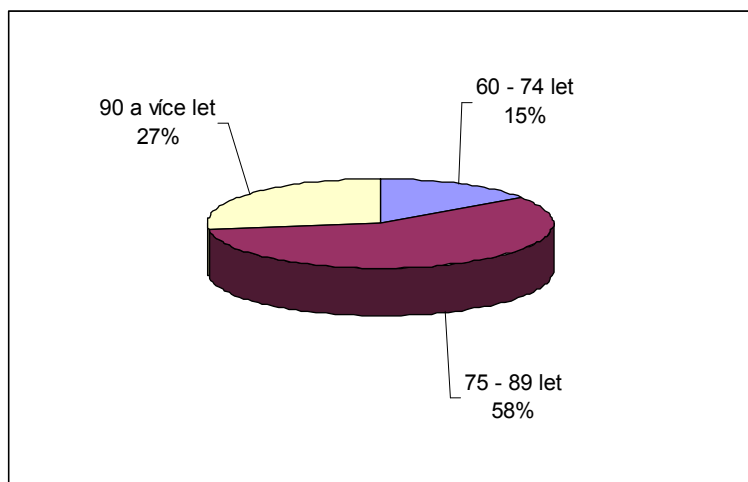
Otázka č. 2: Věk

Pro statistického zpracování výsledků získaných otevřenou otázkou jsem použila věkovou kategorizace dle Gruberové (1998), která vychází z doporučení WHO:

60–74 let rané stáří

75–89 let vlastní stáří

90 let a více dlouhověkost



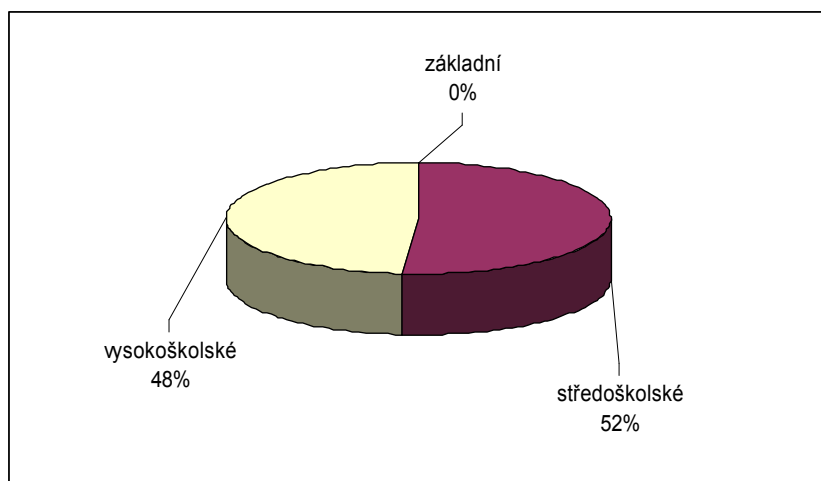
Graf č. 3 – Věk respondentů

Průměrný věk všech respondentů byl 84 let. Respondentů v kategorii raného stáří (60–74 let) bylo 5, tedy 15%, v kategorii vlastního stáří (75–89 let) jich bylo 19, tedy 58% a v kategorii dlouhověkosti (90 a více let) 9, tedy 27% (viz.graf č. 3).

Nerovnoměrné rozvrstvení jednotlivých věkových skupin si vysvětlují následovně. V mladším seniorském věku je více lidí soběstačných a proto je jich méně klienty agentur domácí péče. S rostoucím věkem přibývají zdravotní potíže, jejichž následkem bývá snížená soběstačnost v běžných denních činnostech a zvyšuje se potřeba pomoci druhé osoby. To potvrzují výsledky rozsáhlého šetření zdravotního stavu celé populace (Papeš a kol., 2002), které prokázaly, že zdravotní stav se s věkem postupně nevyhnutelně zhoršuje. Senioři ve věkové skupině 75 – 89 let jsou tak nejčastějšími klienty agentur domácí péče. Věku nad 90 let se dožívá méně lidí a často jsou ze zdravotních důvodů umístěni v různých institucích pro seniory (domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných apod.)

Otázka č. 3: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské
- c) vysokoškolské



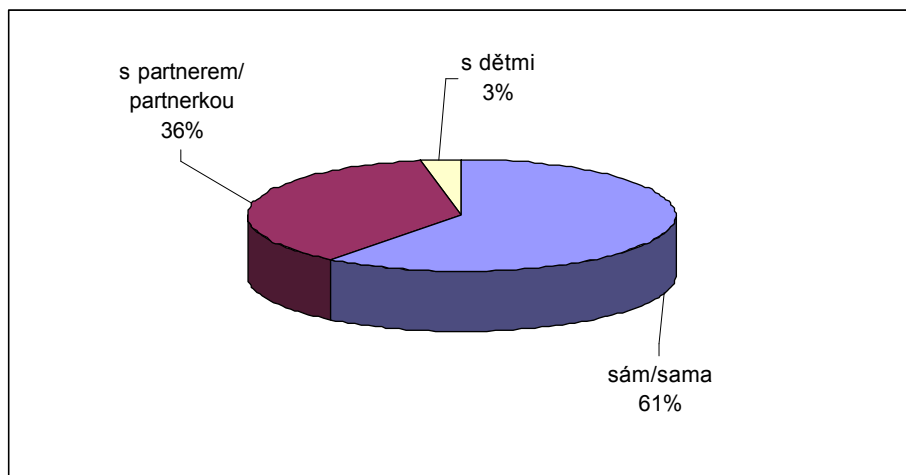
Graf č. 4 – Vzdělání respondentů

Z celkového počtu 33 respondentů mělo 17 respondentů (51,5%) středoškolské a 16 (48,5%) vysokoškolské vzdělání. Základní vzdělání neuvedl nikdo.

Poměr středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných jedinců je náhodný.

Otázka č. 4: S kým žijete v domácnosti?

- a) sám/sama
- b) s partnerem/ partnerkou
- c) s dětmi



Graf č. 5 – S kým respondenti žijí

Z 33 respondentů žije 20 (60,6%) osamoceně, 12 (36,4) s partnerem a pouze jeden (3%) se svými dětmi (viz.graf č.5).

Senioři žijící sami se při zhoršení zdravotního či funkčního stavu stávají nejčastěji klienty agentur domácí péče, pokud nejsou rovnou umístěni do některého zařízení určeného pro senior (léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, apod.). Proto je jejich zastoupení ve výzkumu nejpočetnější (60,6%). Menší procentuální zastoupení (36,4%) ve výzkumu mají respondenti žijící se svým partnerem. Předpokládám, že většina partnerských dvojic je schopna zvládnout situaci zhoršení stavu jednoho z nich bez další pomoci. Pouze jeden klient uvedl, že žije se svými dětmi. V dnešní době pouze malá část seniorů žije se svými dětmi. Jednotlivé generace dávají přednost spíše samostatnému životu. V případě, že rodiče žijí se svými dětmi pohromadě, dá se předpokládat, že v případě potřeby jsou rodiny schopny se o své rodiče postarat bez vnější pomoci.

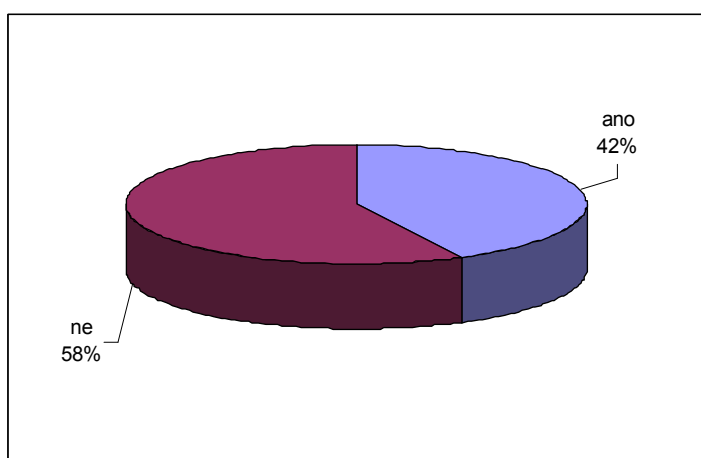
Otázka č. 5: Myslíte si, že pohybové aktivity mohou ovlivnit Váš zdravotní stav?

- a) ano
- b) ne

Všech 33 respondentů (100%) odpovědělo na výše uvedenou otázku: „Ano“. Z výsledku je zřejmé, že senioři plně souhlasí s odborníky, kteří se shodují na faktu, že pohybové aktivity mají svou roli v primární, sekundární, terciální i kvartální prevenci. Aktivní pohyb pozitivně ovlivňuje člověka z hlediska psychického, fyzického i sociálního.

Otázka č. 6: Provozujete nějakou pravidelnou pohybovou aktivitu (trvajíc déle než 30 minut) ?

- a) ano
- b) ne



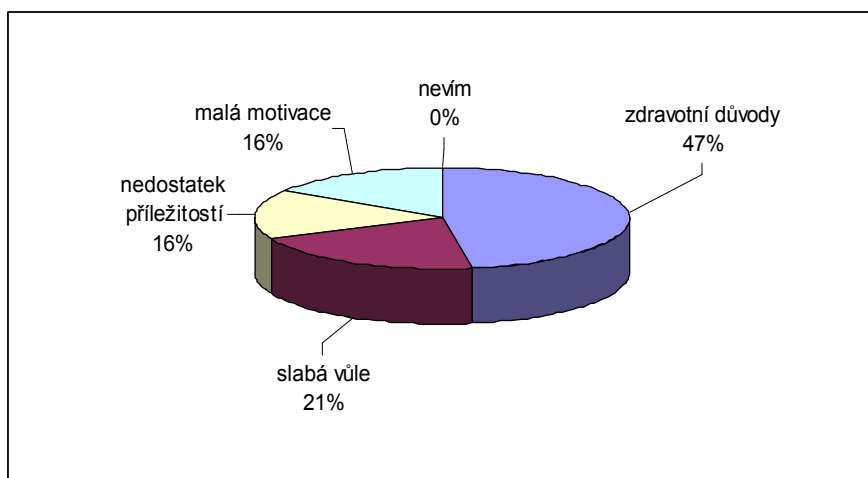
Graf č. 6 – Provozování pohybových aktivit

Na otázku zda provozují nějakou pravidelnou pohybovou aktivitu kladně odpovědělo 14 respondentů (42%) a záporně 19 respondentů (58%) (viz. graf č.6).

Je překvapující, že ačkoliv 100% respondentů si je vědomo pozitivního vlivu pohybových aktivit, pouze 42% z nich se věnuje pohybovým aktivitám pravidelně. Je důležité zjistit důvody respondentů, kteří pohybové aktivity neprovozují (viz otázka č.7).

Otázka č. 7: Vyberte hlavní důvod proč se nevěnujete pravidelně pohybovým aktivitám.

- a) zdravotní důvody
- b) slabá vůle
- c) nedostatek příležitostí
- d) malá motivaci
- e) nevím



Graf č. 7 – Důvod pohybové neaktivity

Na otázku č.7 odpovídali pouze respondenti, kteří na otázku č.6, zda provozují pravidelnou pohybovou aktivitu, odpověděli záporně.

Je paradoxní, že nejčastějším důvodem k neprovozování pohybových aktivit (47,3% z 19 respondentů) jsou zdravotní důvody, ačkoliv všichni v otázce č.5 odpověděli, že pohybové aktivity mohou ovlivnit zdravotní stav. Příčin může být několik:

- zatajení pravého důvodu – pro respondenta může být jednodušší uvést jako důvod zdravotní stav, než si sám přiznat, že hlavním důvodem je např. slabá vůle nebo nedostatečná motivace
- nedostatečná informovanost o vhodných pohybových aktivitách s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu
- nedostatečně medicínsky ošetřena problematika bolesti, která může být limitujícím faktorem pro pohyb

Druhou nejčastější odpovědí (21,1%) byl nedostatek příležitostí. I u této odpovědi lze nalézt více příčin:

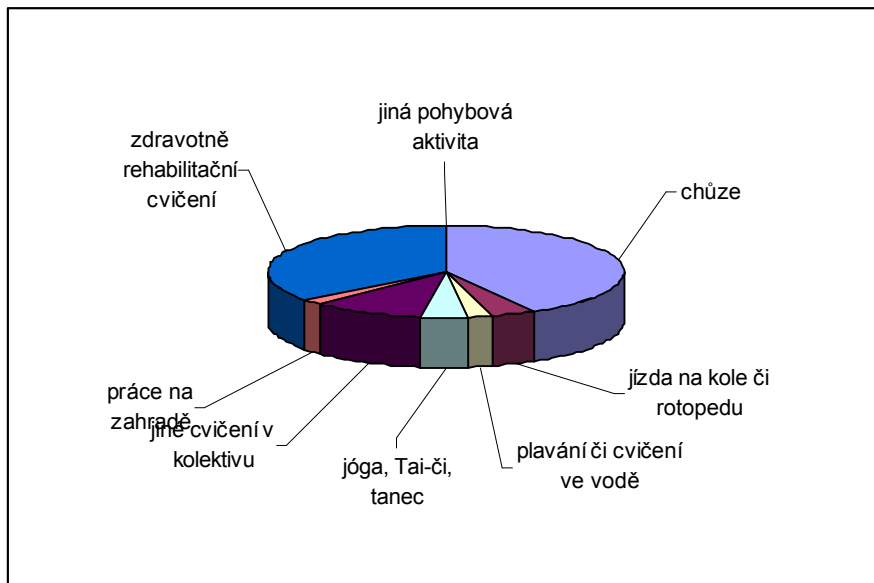
- nedostatečná informovanost respondentů o nabídce pohybových aktivit v okolí bydliště (organizace, spolky, sdružení, centra pro seniory apod.)
- problémy spojené s organizovanými skupinovými aktivitami – doprava, finance, apod.
- nedostatečná informovanost respondentů o možnosti rehabilitace v domácím prostředí
- pravým důvodem může být slabá vůle či nedostatečná motivace – respondent by raději volil skupinové aktivity, ke kterým má ze svého pohledu nedostatek příležitostí

Shodný počet respondentů (15,8%) odpověděl, že důvodem je jejich slabá vůle a malá motivace. Tento fakt může souviset:

- s životním stylem jedince – pokud se během mládí a produktivního věku nevěnoval pohybovým aktivitám, těžko se jeho postoj a životní styl ve stáří mění
- nedostatečná informovanost a pozitivním vlivu pohybových aktivit na celkové zdraví, funkční zdatnost i kvalitu života
- s celkovým přístupem jedince ke stáří – stáří je často bráno jako poslední fáze života, ve které nás nic pozitivního nečeká

Otázka č. 8: Označte všechny pohybové aktivity, které provozujete.

- a) chůze
- b) jízda na kole či rotopedu
- c) plavání či cvičení ve vodě
- d) jóga, Tai-či, tanec
- e) jiné cvičení v kolektivu
- f) práce na zahradě
- g) zdravotně – rehabilitační cvičení
- h) jiná pohybová aktivita



Graf č. 8 – Četnost jednotlivých pohybových aktivit

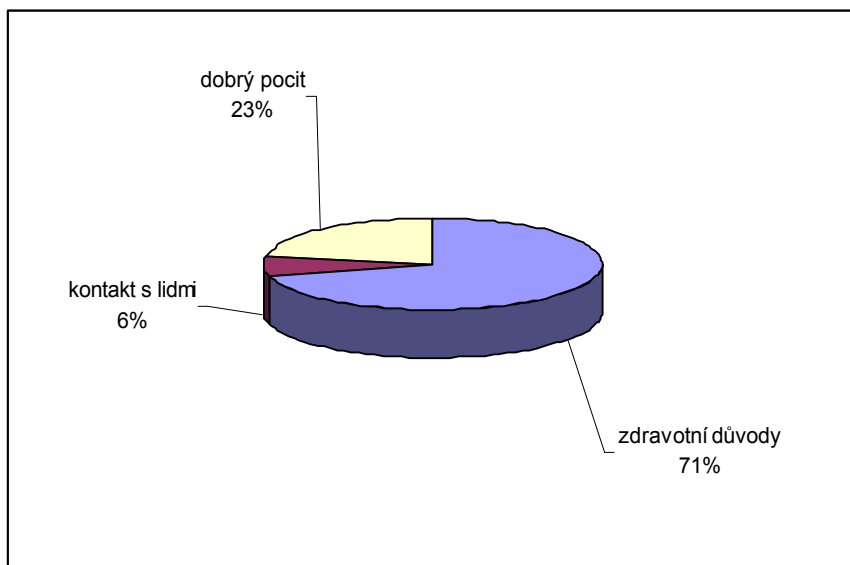
Četnost označených aktivit je vyhodnocena v grafu č. 8. Nejčastěji (20krát) byla uvedena chůze. Chůze je pro člověka ten nejpřirozenější pohyb, je spjatá s našimi každodenními úkony. Chůze má ve srovnání s jinými pohybovými aktivitami zásadní výhody: může ji provozovat téměř každý, bez ohledu na věk, není k ní zapotřebí speciálních prostředků či pomůcek, je finančně nenáročná a člověk ji může provozovat i sám.

Druhou nejčastější aktivitou bylo označeno zdravotně – rehabilitační cvičení (17 krát). Tento výsledek byl beze sporu ovlivněn tím, že všichni respondenti jsou klienty stejné agentury komplexní domácí péče. Tato agentura poskytuje vedle zdravotních a sociálních služeb také služby ergoterapeutů a externích fyzioterapeutů. Služby jsou poskytovány v domácím prostředí klienta na základě doporučení lékařů, se kterými agentura úzce spolupracuje.

Pořadí dalších aktivit bylo ovlivněno osobními zájmy jednotlivých respondentů.

Otázka č. 9: Vyberte hlavní důvod, proč provozujete pohybové aktivity.

- a) zdravotní důvody
- b) kontakt s lidmi
- c) dobrý pocit

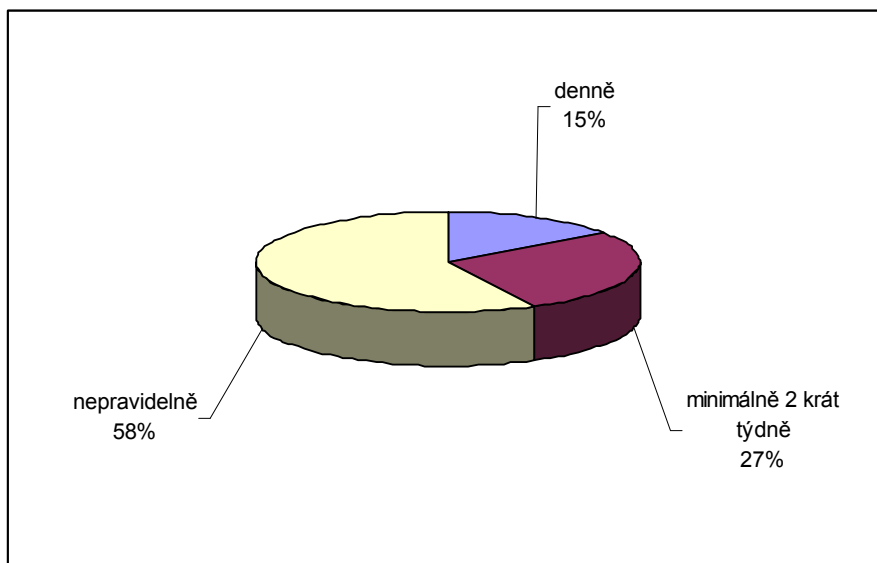


Graf č. 9 – Důvody k provozování pohybových aktivit

Jednoznačně nejčastější motivací k provozování pohybových aktivit byly označeny zdravotní důvody (v 71%). Zdraví je vysokou hodnotou v kvalitě života seniorů a proto je také hlavním důvodem k pohybovým aktivitám. Ve 23% respondenti uvedli jako důvod k pohybovým aktivitám dobrý pocit. Psychická pohoda je dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života seniorů a zároveň přímo souvisí s pohybovou aktivitou jedince. Pouze v 6% byl jako důvod uveden kontakt s lidmi.

Otázka č. 10: Jak často se pohybovým aktivitám věnujete?

- a) denně
- b) min.2x týdně
- c) nepravidelně



Graf č. 10 – Pravidelnost pohybových aktivit

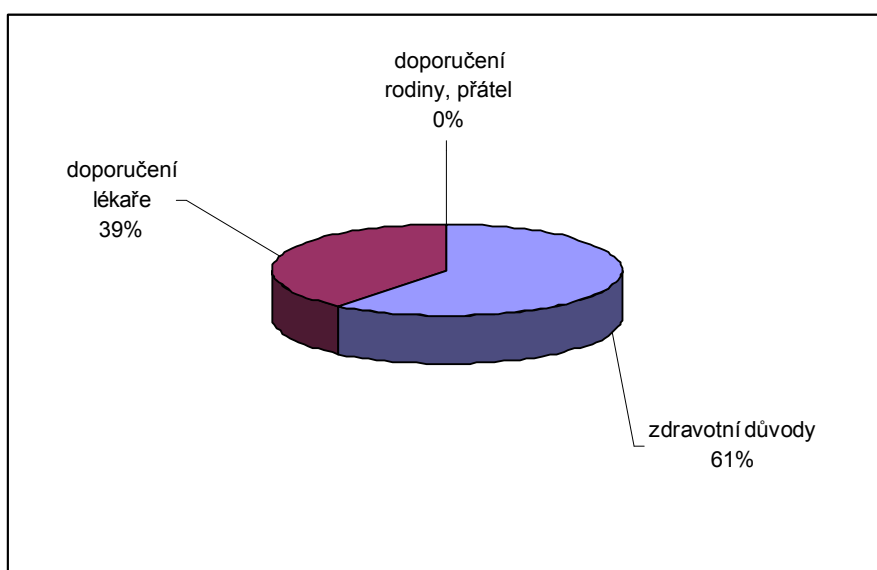
Jak uvádí např. Hálková (2005), odborná veřejnost se shoduje na faktu, že pro udržení dobré tělesné kondice je důležitá především pravidelnost pohybových aktivit. Dle Kalvacha je frekvence tréninku ideální obden a Stejskal doporučuje aerobní pohybovou aktivitu 3x až 5x týdně, také ideálně obden.

V mém výzkumu více než polovina respondentů (58%) odpověděla, že se věnuje pohybovým aktivitám nepravidelně, 27% minimálně 2krát týdně a pouze 15% každý den (viz.graf č.10).

Příčiny proč se odborná doporučení tolik liší od realit jsou částečně zodpovězeny v otázce č.7 (zdravotní důvody, slabá vůle, nedostatek příležitostí, malá motivaci).

Otázka č. 11: Vyberte důvod, který by Vás vedl k častějšímu provozování pohybových aktivit.

- a) zdravotní důvody
- b) doporučení lékaře
- c) doporučení rodiny, přátel



Graf č. 11 – Důvody k častějším pohybovým aktivitám

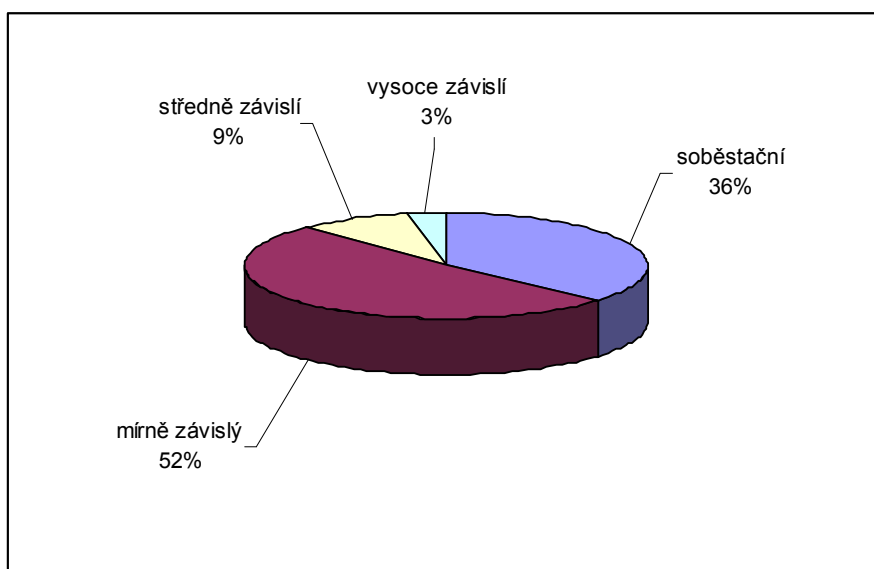
Jako nejčastější důvod k pravidelnějšímu provozování pohybových aktivit uváděli respondenti zdravotní důvody (61%) a ve 39% doporučení lékaře (viz.graf.č.11). Tím se potvrzuje názor odborné veřejnosti, že význam pohybových aktivit je v primární prevenci stále opomíjen a dostává se do popředí až jako součást léčby a rehabilitace, při prevenci opakování nemocí apod.

5.2. Vyhodnocení testu soběstačnosti – Barthel Index

Pro hodnocení soběstačnosti klientů byl použit test, který se zaměřuje pouze na tzv. personální (osobní) aktivity běžného života: sebesycení, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesuny, chůze po rovině a po schodech (viz příloha č. 2.)

Vzhledem k faktu, že všichni respondenti jsou klienty agentury domácí péče, dalo by se předpokládat, že převážná většina z nich bude mít více či méně zhoršenou soběstačnost.

Při vyhodnocení testů soběstačnosti se však ukázalo, že 12 respondentů (36%), tedy více než 1/3, je plně soběstačných v personálních denních činnostech, 17 respondentů (52%) je pouze mírně závislých na pomoci druhé osoby, 3 klienti (9%) jsou závislí středně a pouze 1 klient (3%) je zcela odkázaný na pomoc druhé osoby (viz. graf č.12).



Graf č. 12 - Soběstačnost respondentů

Zdůvodnění vysokého zastoupení soběstačných seniorů jako klientů agentur domácí péče:

- člověk plně soběstačný v personálních aktivitách může mít potíže v aktivitách tzv. instrumentálních (doprava, nákupy, vaření, domácí práce, praní prádla, telefonování, užívání léků, ...), které nebyly ve výzkumu testovány

- plně soběstačný senior může využívat služeb zdravotních (prevence, převazy, injekční medikace apod.)
- plně soběstačný senior může využívat služeb ergoterapeuta či fyzioterapeuta

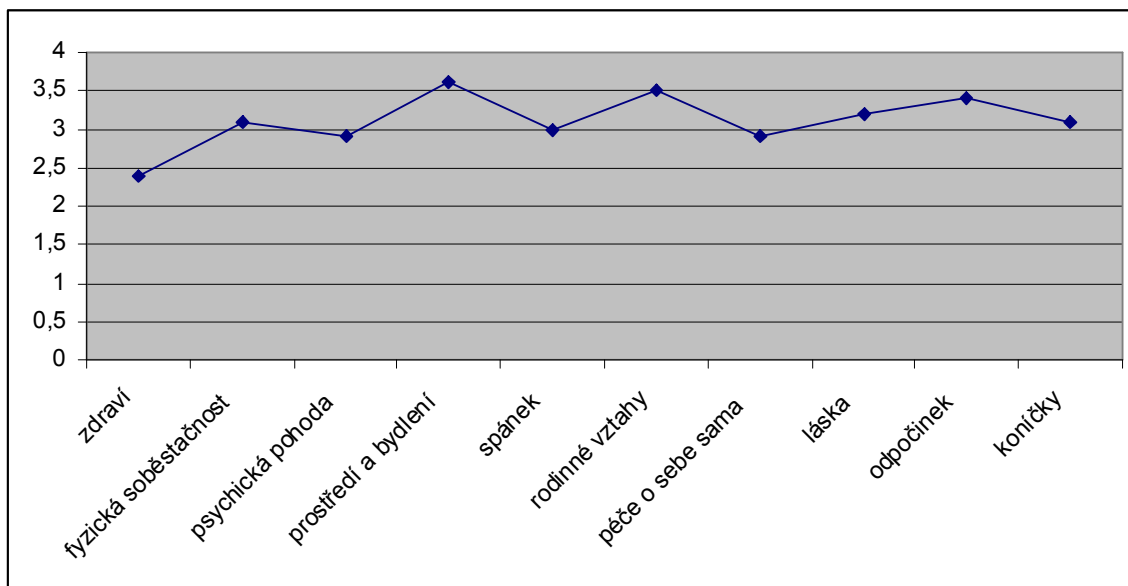
Zastoupení seniorů s mírnou a střední závislostí na pomoci při personálních aktivitách je spíše náhodné. Jde pouze o statistické vyjádření momentální situace.

Podle výsledků testu pouze jeden klient byl zcela odkázaný na pomoc při zvládnání personálních aktivit denního života. Tento výsledek dokazuje fakt, že pouze malé procento seniorů, kteří jsou plně odkázáni na pomoc druhé osoby, zůstává v domácím prostředí nebo péči rodiny. Většina těchto klientů je umístěna do zařízení určených pro seniory.

5.3. Vyhodnocení dotazníku kvality života - SQUALA

Se všemi respondenty jsem vyplnila dotazník kvality života – SQUALA (viz příloha č.3). Dotazník obsahuje část, ve které se hodnotí důležitost 23 oblastí života a část, která hodnotí spokojenost klienta s danými doménami. Při statistickém vyhodnocování dotazníků se ukázalo, že všichni respondenti se shodli na 10 oblastech života pro ně nejdůležitějších. Proto jsem se rozhodla použít při hodnocení spokojenosti pouze domény pro klienty důležité. Jde o tyto oblasti života:

- zdraví
- fyzická soběstačnost
- psychická pohoda
- prostředí a bydlení
- spánek
- rodinné vztahy
- péče o sebe sama
- láska
- odpočinek
- koníčky



Graf č. 13 – Spokojenost v důležitých oblastech života

V grafu č. 13 jsou znázorněna průměrná skóre spokojenosti respondentů s oblastmi života, které uvedli jako důležité. Maximální hodnota spokojenosti byla dosažena u oblastí prostředí a bydlení (3,6), rodinných vztahů (3,5), odpočinku (3,4) a lásky (3,2). Je nutné však zdůraznit, že maximální možné skóre spokojenosti je 5. Nižší hodnoty byly v oblastech fyzické soběstačnosti (3,1), koníčků (3,1), spánku (3), psychické pohody (2,9) a péče o sebe sama (2,9). Nejnižší průměrné skóre bylo v oblasti zdraví (2,36).

Z výsledků je patrné, že nižší hodnoty spokojenosti uvádějí respondenti v oblastech, které přímo či nepřímo mohou souviset s pohybovými aktivitami.

Jak jsem uvedla v teoretické části práce, aktivní pohyb pozitivně ovlivňuje celou osobnost z psychického, fyzického i sociálního hlediska a to se beze sporu odráží i na jeho kvalitě života.

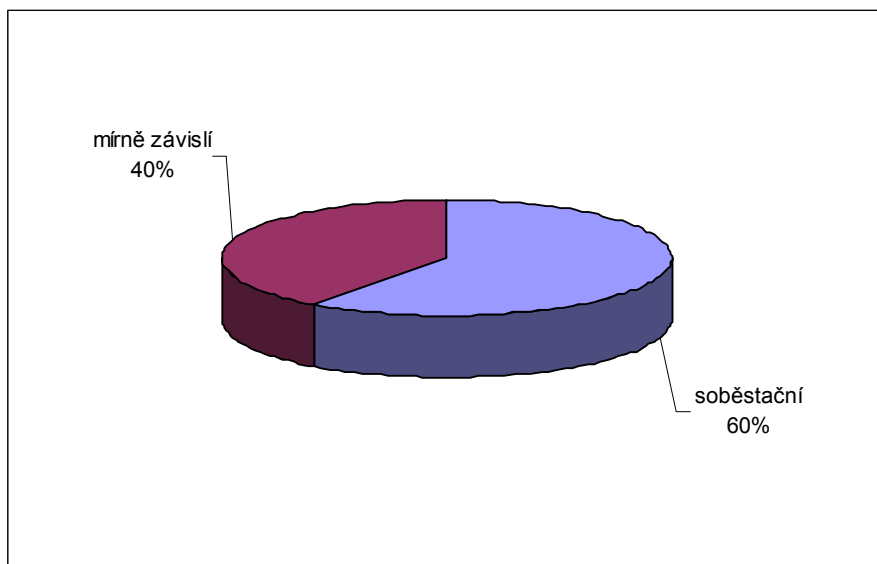
5.4. Ověření hypotéz

Výsledky dotazníků pohybových aktivit, dotazníků kvality života SQUALA a testů soběstačnosti jednotlivých klientů jsem dále vzájemně porovnávala a analyzovala podle jednotlivých hypotéz a snažila jsem se najít prokazatelné souvislosti mezi pohybovými aktivitami, soběstačností v denních činnostech a kvalitou života respondentů.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem a soběstačností v běžných denních činnostech.

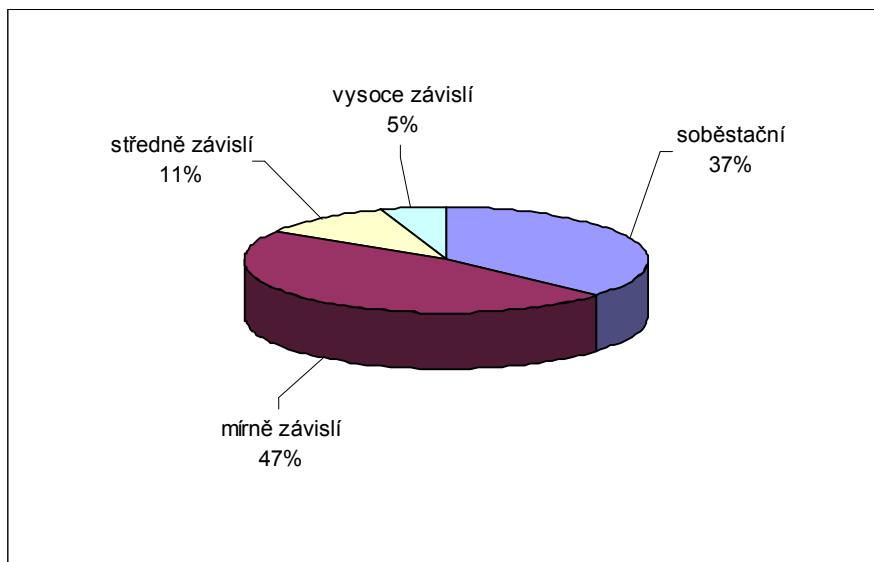
Pro ověření hypotézy č. 1 jsem se pokusila najít vztah (závislost) mezi věkem respondentů a mírou soběstačnosti v běžných denních činnostech. V jednotlivých věkových kategoriích jsem porovnávala procentuální zastoupení soběstačných klientů, mírně, středně a vysoce závislých na pomoci druhé osoby.

Ve věkové kategorii 60–74 let bylo 5 respondentů, z toho 3 byli plně soběstační a 2 mírně závislí na pomoci (viz graf č. 14).



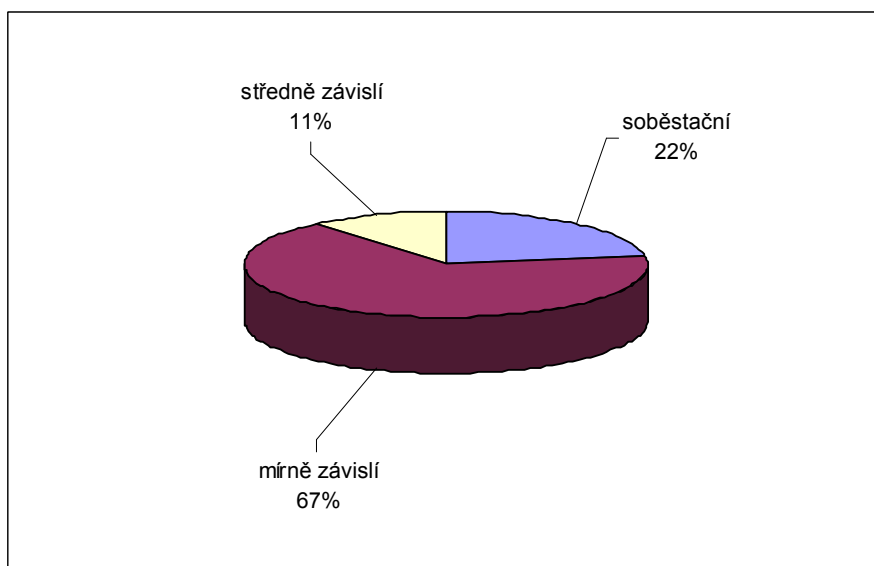
Graf č. 14 – soběstačnost ve věku 60 – 74let

Ve věkové kategorii 75–89 let bylo 19 respondentů, z toho 7 bylo plně soběstačných, 9 mírně závislých, 2 středně a 1 vysoce závislý na pomoci druhé osoby (viz graf č. 15).



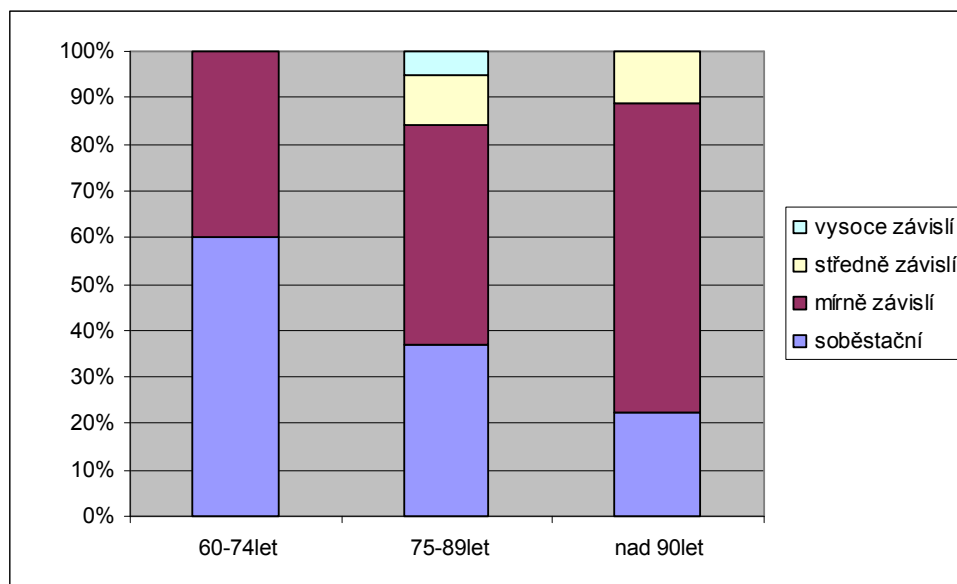
Graf č. 15 – soběstačnost ve věku 75 – 89let

Ve věkové kategorii 90 a více let bylo 9 respondentů, z toho 2 byli plně soběstační, 6 mírně závislých a 1 středně závislý na pomoci druhé osoby (viz graf č. 16).



Graf č. 16 – soběstačnost ve věku nad 90 let

Při porovnání jednotlivých věkových kategorií (viz graf č. 17) je patrné, že s přibývajícím věkem klesá procentuální zastoupení plně soběstačných a roste počet seniorů více či méně závislých na pomoci druhé osoby.



Graf č. 17 – soběstačnost v jednotlivých věkových kategoriích

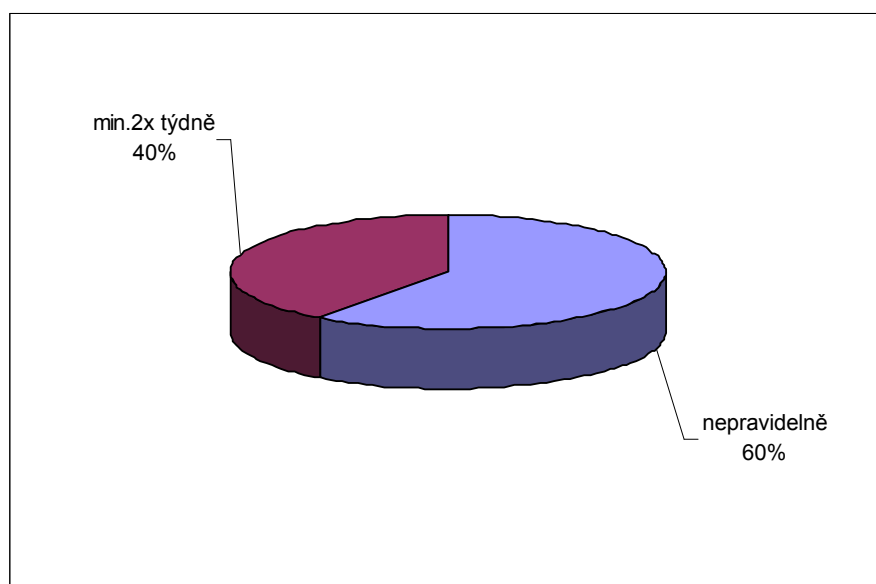
Výsledek potvrzuje tvrzení odborných autorů podložená výzkumy, že s přibývajícím věkem klesá soběstačnost v běžných denních činnostech. Pro zachování soběstačnosti je jedním z rozhodujících faktorů také stupeň zachování pohyblivosti. Kolektiv autorů Štikař, Hoskovec, Šmolíková(2007) uvádí, že, přibližně 70% mužů a žen od 55 let jsou přinejmenším částečně omezení nemocí či obtížemi v pohyblivosti, u osob 55–64letých je to zhruba jedna třetina a u 75letých téměř polovina. Procentuální zastoupení osob s omezenou pohyblivostí roste s věkem podobně jako počet osob závislých na pomoci při zvládnání běžných denních činností.

Hypotéza, že se zvyšujícím se věkem se snižuje soběstačnost v ADL, se potvrdila.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem a provozováním pohybových aktivit.

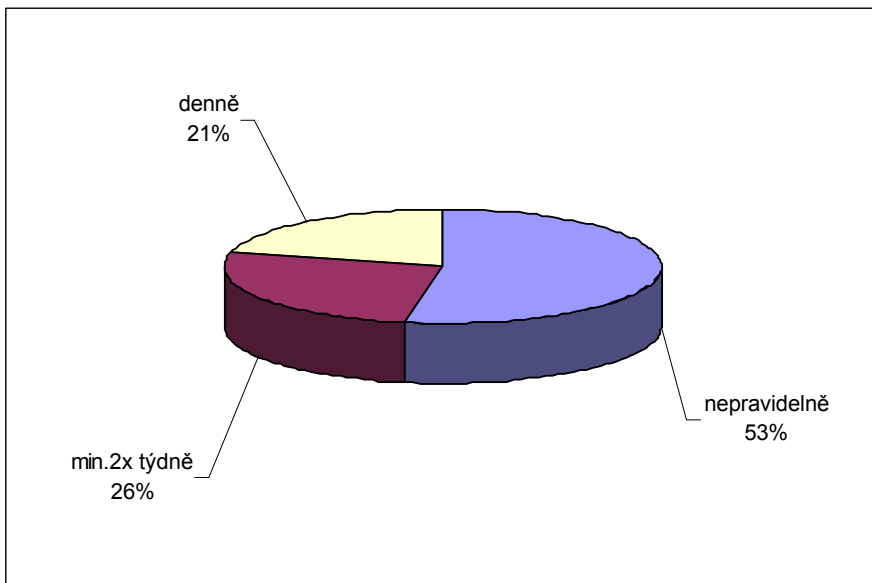
Pro ověření hypotézy č. 2 jsem porovnávala procentuální zastoupení pohybově aktivních respondentů v jednotlivých věkových kategoriích.

Ve věkové kategorii 60–74 let bylo 5 respondentů, z toho 2 provozovali pohybové aktivity minimálně 2krát týdně a 3 nepravidelně (viz graf č. 18).



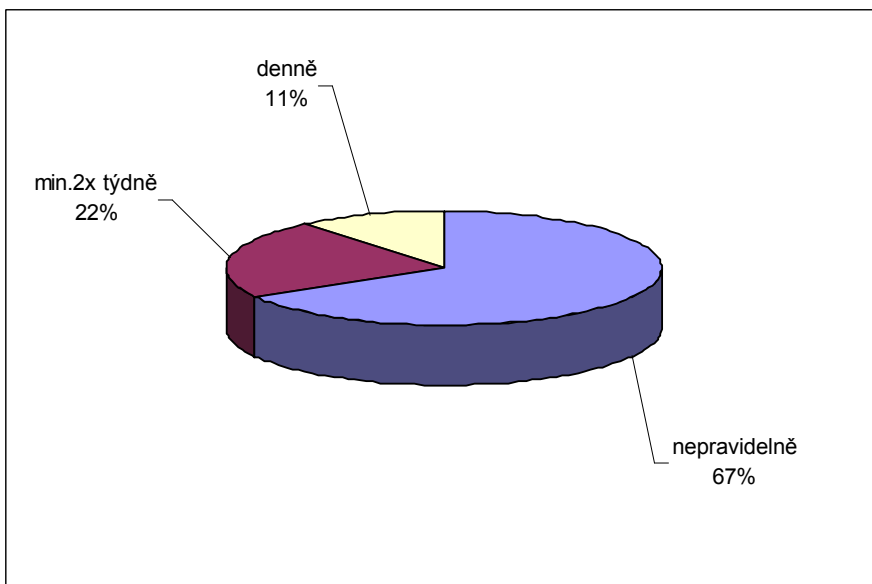
Graf č. 18 – pohybové aktivity ve věku 60 – 74 let

Ve věkové kategorii 75 – 89 let bylo 19 respondentů, z toho 4 provozovali pohybové aktivity denně, 5 respondentů minimálně 2krát týdně a 10 nepravidelně (viz graf č. 19).



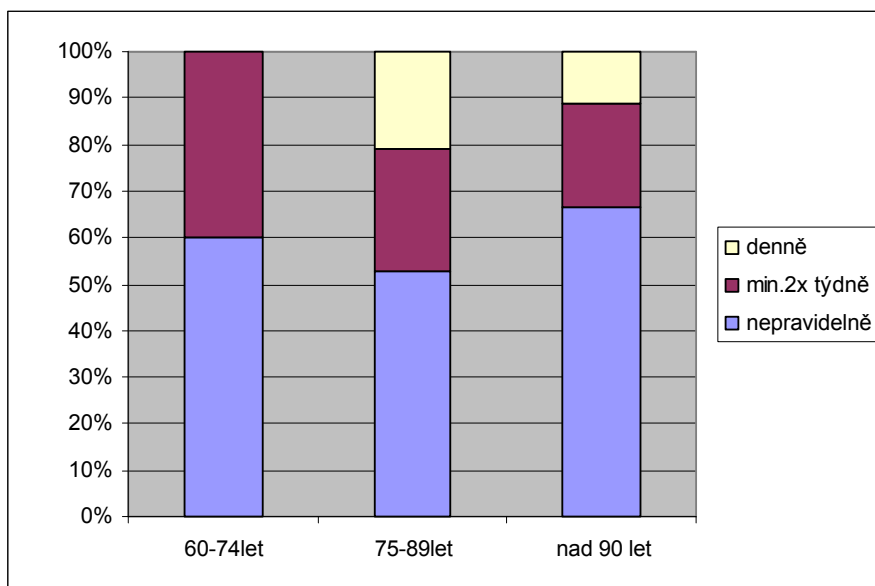
Graf č. 19 – pohybové aktivity ve věku 75 – 89 let

Ve věkové kategorii 90 a více let bylo 9 respondentů, z toho 1 provozoval pohybové aktivity denně, 2 respondenti minimálně 2krát týdně a 6 nepravidelně (viz graf č. 20).



Graf č. 20 – pohybové aktivity ve věku 90 a více let

Při porovnání jednotlivých věkových kategorií (viz graf č. 21) jsem nenašla závislost pravidelnosti pohybových aktivit na věku respondentů.



Graf č. 21 – pohybové aktivity ve věkových kategoriích

Výsledky mého výzkumu souhlasí s tvrzením Kalvacha (1997), který zastává názor, že kalendářní věk nepatří mezi důležité faktory, které ovlivňují pohybové aktivity. Lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatností.

Jejich pohybové aktivity jsou ovlivňovány především:

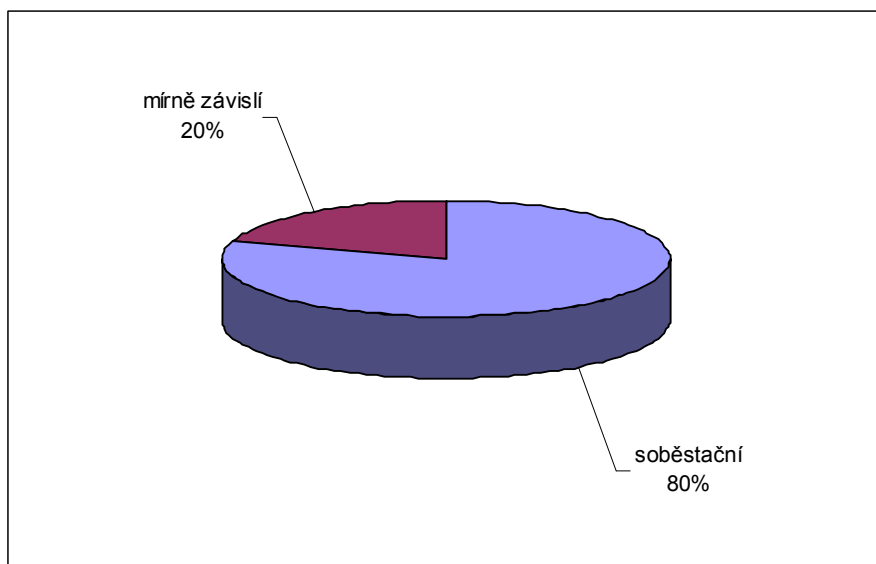
- celkovým zdravotním stavem jedince
- životním stylem
- motivací k pohybu
- dostatkem příležitostí

Hypotéza, že se zvyšujícím se věkem se snižuje provozování pohybových aktivit, se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3.: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi pohybovými aktivitami a soběstačností v běžných denních činnostech

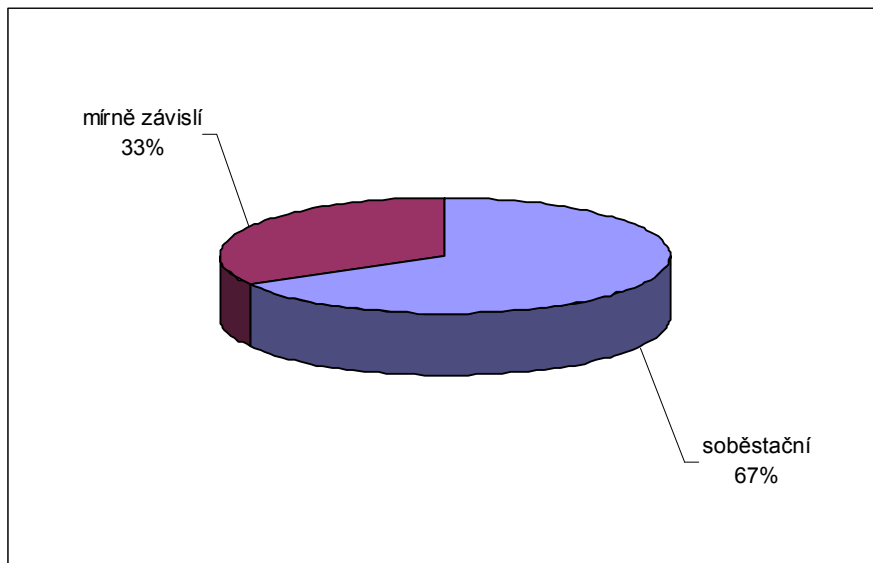
Pro ověření hypotézy č. 3 jsem porovnávala procentuální zastoupení soběstačných, mírně, středně a vysoce závislých klientů ve skupinách seniorů provozujících pohybové aktivity denně, více než 2x týdně a nepravidelně.

Ve skupině seniorů provozujících pohybové aktivity denně byli 4 respondenti (80%) plně soběstační a 1 (20%) mírně závislý při běžných denních činnostech (viz graf č. 22).



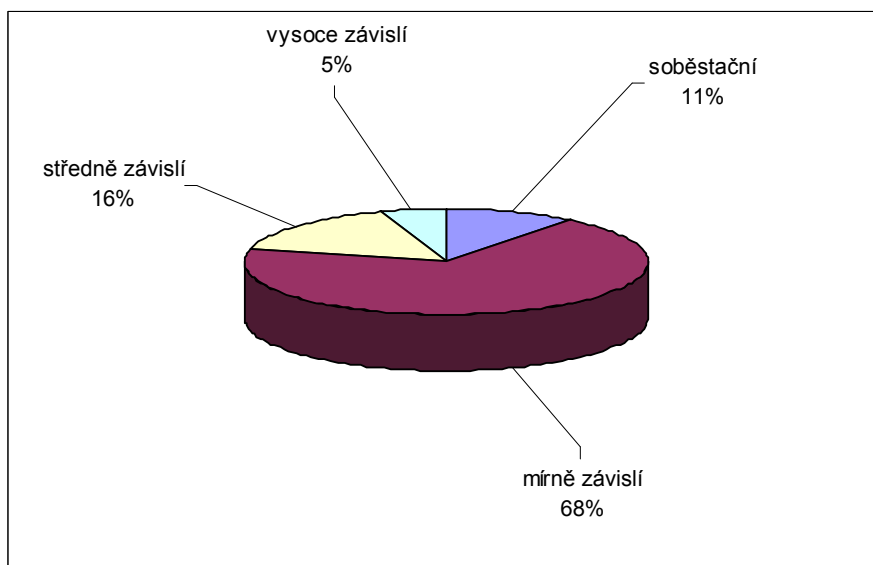
Graf č. 22 – soběstačnost v ADL při provozování pohybových aktivit denně

Ve skupině seniorů provozujících pohybové aktivity 2x týdně bylo 6 respondentů (66,7%) plně soběstačných a 3 (33,3%) mírně závislých v běžných denních činnostech (viz graf č. 23).



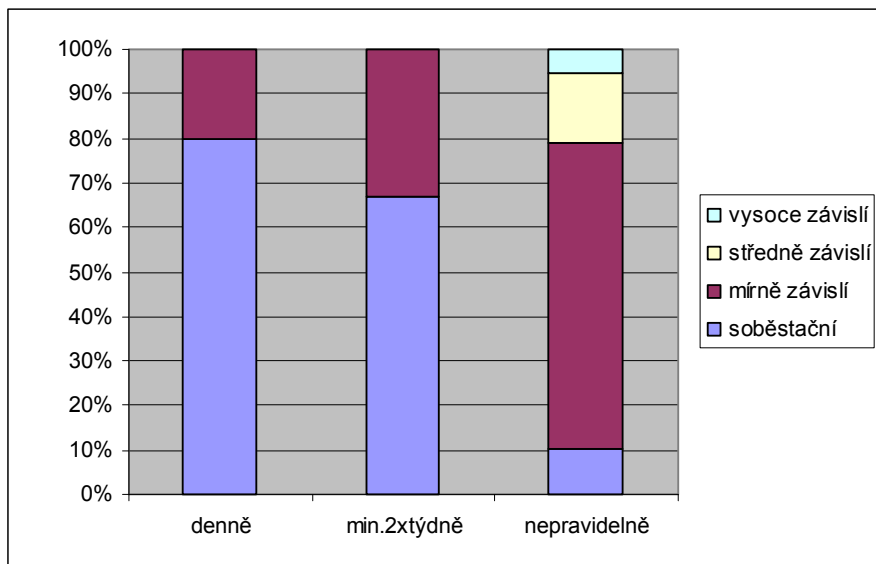
Graf č. 23 –soběstačnost v ADL při provozování pohybových aktivit 2x týdně

Ve skupině seniorů provozujících pohybové aktivity nepravidelně byli 2 respondenti (10,5%) plně soběstačných, 13 (68,4%) mírně závislých, 3 (15,8%) středně závislých a 1 (5,3%) vysoce závislý v běžných denních činnostech (viz graf č. 24).



Graf č. 24 –soběstačnost v ADL při nepravidelném provozování pohybových aktivit

Z porovnání jednotlivých skupin (viz graf č. 25) vyplývá, že s klesající frekvencí provozování pohybových aktivit klesá zároveň procentuální zastoupení plně soběstačných a roste počet seniorů více či méně závislých na pomoci druhé osoby.



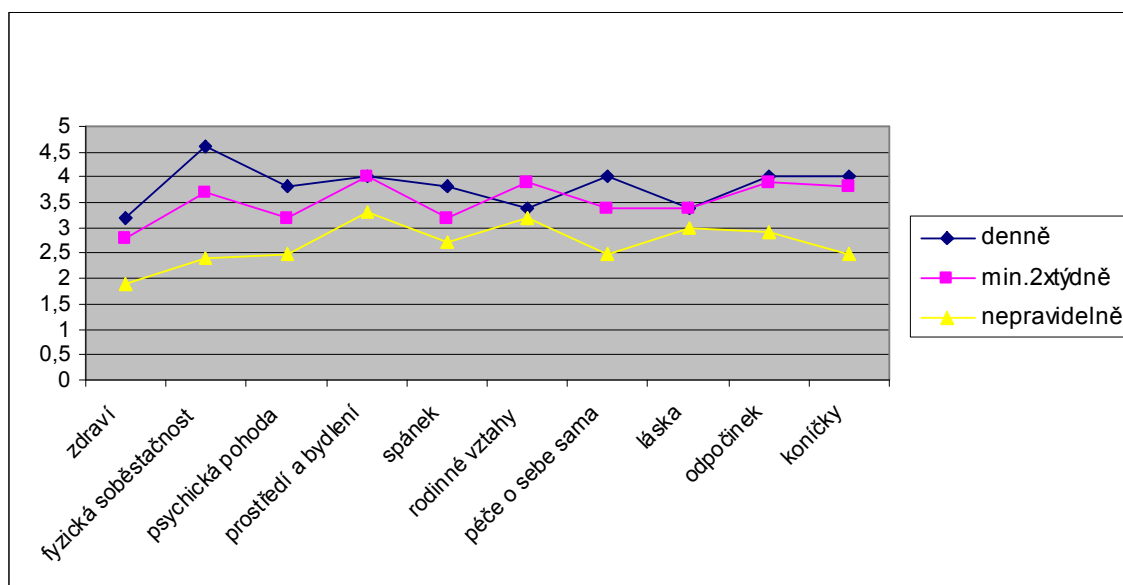
Graf č. 25 –soběstačnost v ADL při různé frekvenci pohybových aktivit

Výsledky jsou podpořeny odborníky, kteří se shodují v názoru, že pro zachování plné soběstačnosti v běžných denních činnostech je jedním z rozhodujících faktorů míra pohyblivosti jedince. Pro udržení pohyblivosti a celkově dobré tělesné kondice je důležitá vedle vhodně zvolené pohybové aktivity, její intenzita, délka zatížení a především pravidelnost. Jako optimální frekvenci pohybových aktivit doporučují lékaři rozmezí 3xtýdně v délce 1 hodiny, až po 5xtýdně 30minut (Hálková, 2005).

Hypotéza, že senioři provozující pravidelné pohybové aktivity jsou soběstačnější v běžných denních činnostech, se potvrdila.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi pohybovými aktivitami a kvalitou života

Pro ověření hypotézy jsem porovnávala spokojenost tří skupin respondentů s jednotlivými oblastmi života. Hodnocení vychází z dotazníku kvality života SQUALA. Skupiny byly vytvořeny podle pravidelnosti provozování pohybových aktivit (denně, min.2x týdně, nepravidelně). V grafu č. 26 jsou znázorněna průměrná skóre spokojenosti jednotlivých skupin v oblastech života, které respondenti sami vybrali jako nejdůležitější.



Graf č. 26 – kvalita života v závislosti na pohybových aktivitách

Z analýzy výsledků vyplývá, že při častějším provozování pohybových aktivit jsou respondenti spokojenější s jednotlivými oblastmi života, tedy mají vyšší kvalitu života. Pouze v oblastech, které přímo nesouvisí s pohybovými aktivitami (prostředí, rodinné vztahy, láska), se výsledky jednotlivých skupin respondentů přibližují.

Kvalita života je všeobecně chápána jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit jedince ve vztahu k jeho okolí. Pro kvalitu života jsou vedle zdraví důležité další oblasti života, jako tělesné zdraví, nezávislost, psychické funkce, sociální vztahy a další.

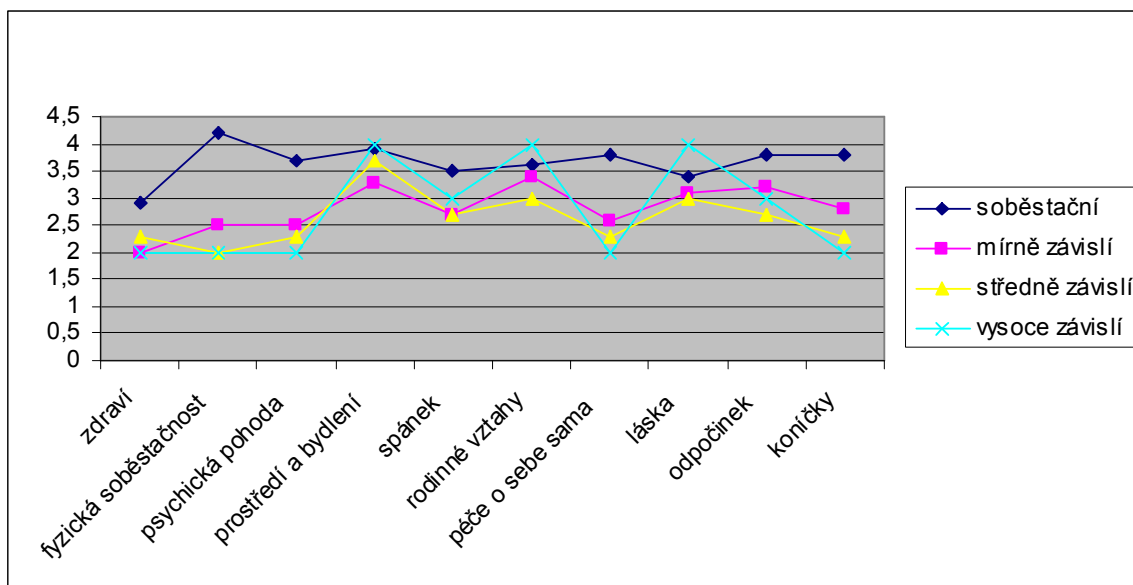
V hypotéze č.3 se nám podařilo prokázat závislost mezi pravidelným provozováním pohybových aktivit a soběstačností v běžných denních činnostech. Propojením výsledků

dojdeme k závěru, že pokud pravidelnými pohybovými aktivitami zlepšíme soběstačnost jedince, zvýšíme tak kvalitu jeho života v oblasti zdraví, fyzické soběstačnosti, péče o sebe sama a do jisté míry i psychické pohody. Oblast spánku a odpočinku souvisí přímo s pohybem. Jak uvádí Hošek (1992), i negativní prožitky spojené s pohybem mají svůj význam. Kdo nepozná námahu, nemůže si vychutnat uvolnění (odpočinek).

Hypotéza, že senioři provozující pravidelné pohybové aktivity mají vyšší kvalitu života, se potvrdila.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi soběstačností v běžných denních činnostech a kvalitou života

Pro ověření hypotézy jsem porovnávala spokojenost čtyř skupin respondentů s jednotlivými oblastmi života. Hodnocení vychází z dotazníku kvality života SQUALA. Skupiny byly vytvořeny podle stupně závislosti v běžných denních činnostech (soběstační, mírně závislí, středně závislí, vysoce závislí). V grafu č. 27 jsou znázorněna průměrná skóre spokojenosti jednotlivých skupin v důležitých oblastech života.



Graf č. 27 – kvalita života v závislosti na soběstačnosti v ADL

Při porovnávání výsledků jednotlivých skupin jsem došla k závěru, že v oblastech, které přímo souvisí s pohybovými aktivitami (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, spánek, péče o sebe sama, odpočinek, koníčky) mají nejvyšší skóre respondenti soběstační.

S vyšší mírou závislosti dále klesá spokojenost s jednotlivými oblastmi života. Pouze v oblastech, které nesouvisí s pohybovými aktivitami (prostředí, rodinné vztahy, láska), se výsledky jednotlivých skupin respondentů přibližují.

Hypotéza, že senioři soběstačnější v běžných denních činnostech mají vyšší kvalitu života, se potvrdila.

5.5 Shrnutí výzkumu

Výsledky dotazníků, testů a ověření vyslovených hypotéz potvrdili, že pohybové aktivity, soběstačnost a kvalita života jsou faktory, které se vzájemně výrazně ovlivňují. Mezi hlavní faktory ovlivňující kvalitu života patří kromě zdraví a soběstačnosti v denních činnostech, také mobilita, ale i životní podmínky, ekonomického zabezpečení či využití volného času. Pokud se nám podaří pozitivně ovlivnit jednotlivé faktory můžeme předpokládat, že dosáhneme i vyšší subjektivní kvality života.

Aby bylo možné výsledky výzkumu použít pro praxi, bylo by potřeba výzkum rozšířit, a to nejen počtem dotazovaných respondentů, ale i zkoumanými faktory. Bylo by možné přidat do výzkumu porovnávání jednotlivých výsledků podle pohlaví, vzdělání, místa bydliště, podle pohybové aktivity jedince v produktivním věku apod.

6. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo posouzení úrovně pohybových aktivit u seniorů žijících v domácím prostředí a následně analýza vlivu úrovně pohybových aktivit na soběstačnost v běžných denních činnostech a kvalitu života seniorů.

Realizovaným terénním šetřením jsem se snažila zmapovat situaci seniorů žijících ve svém domácím prostředí. Do výzkumu byli zařazeni pouze klienti jedné agentury komplexní domácí péče, kteří splnili předem určená kritéria výběru (věk nad 60 let, žijící v domácím prostředí, souhlas se zařazením do výzkumu). K získání informací potřebných pro výzkum jsem použila dotazník pohybových aktivit vytvořený právě pro tento výzkum (příloha č. 1), standardizovaný test soběstačnosti v běžných denních činnostech Barthel Index (příloha č. 2) a dotazník kvality života SQUALA (příloha č. 3).

Výsledky dotazníků pohybových aktivit mi umožnily rozdělit respondenty do skupin podle věku a pravidelnosti provozování pohybových aktivit, které jsem použila při ověřování hypotéz. Dále z výsledků vyplynulo, že senioři si plně uvědomují důležitost pohybových aktivit i jejich pozitivní vliv na zdraví. Bohužel jen malá část z nich se pohybovým aktivitám věnuje pravidelně, denně pouze 15%. Nejčastěji klienty k provozování pohybových vedou zdravotní důvody (71%). Mezi nejprovozovanější aktivity patří mezi respondenty chůze a zdravotně rehabilitační cvičení. Paradoxně nejčastějším důvodem k neprovozování aktivit jsou opět zdravotní důvody (47,3%).

Výsledky testu soběstačnosti – Barthel index umožnily rozdělit klienty do skupin podle míry závislosti na pomoci při zvládnání běžných denních činností. Při vyhodnocení testů se ukázalo že 36% je plně soběstačných v personálních denních činnostech, 52% je pouze mírně závislých na pomoci druhé osoby, 9% jsou závislý středně a pouze 3% jsou zcela odkázány na pomoc druhé osoby.

Dotazník kvality života – SQUALA hodnotí kvalitu života ze subjektivního pohledu respondenta. Z výsledků je patrné, že nižší hodnoty spokojenosti uvádějí respondenti v oblastech života, které přímo či nepřímo souvisí s pohybovými aktivitami (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, odpočinek, koníčky).

Výsledky testů a dotazníků byly použity na ověření hypotéz. Díky prokázání 4 z 5 předem stanovených hypotéz se potvrdilo, že pohybové aktivity, soběstačnost a kvalita života

jsou faktory, které se vzájemně výrazně ovlivňují.

Během zpracovávání výsledků jsem narazila na několik slabých stránek svého výzkumu. První z nich je, že se výzkumu zúčastnil malý počet respondentů, který je pouhým zlomkem seniorské populace. Proto se výsledky výzkumu nemohou brát jako příliš relevantní pro posuzování celé seniorské populace v ČR. Vybraní respondenti byli klienty stejné agentury komplexní domácí péče v Praze. Při dalším výzkumu by bylo rozhodně zajímavé porovnat výsledky mezi různými poskytovateli zdravotně sociálních služeb, mezi různými městy či kraji. Mohli bychom tak získat větší přehled o situaci seniorů žijících v domácím prostředí, jejich aktivitě a míře soběstačnosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BURCIN B, KUČERA, T., Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003–2065). *Demografie*, 2004, roč. 46, č. 2, 100–111 s. ISSN 0011–8265

CREPEAU, E. B., COHN, E. S., BOYT SCHELL, B. A. *Willard and Spackman's Occupational Therapy*, 10th edition. London: Lippincott Williams and Wilkins, 2003

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., MOTLOVÁ, L., PAPEŽOVÁ, H., KOŽNAROVÁ, R., ŠRÁMKOVÁ, T. SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. 1.vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 68 s.

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 88. s. ISBN 80–85121–82–4

FRANKL, V., *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996

GURKOVÁ, E., *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9

GRUBEROVÁ, B., *Gerontologie*. 1.vydání. České Budějovice, JU ZF České Budějovice, 1998. ISBN 80-7040-286-5

HÁLKOVÁ, J. *Zdravotní tělesná výchova: speciální učební text. I. část, obecná*. 4. vydání. Praha: Česká asociace Sport pro všechny, 2005. 120 s. ISBN 80–86586–15–4

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80–7013–363–5

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978–80–87109–19–9

HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-564-7

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha, GEMA, 2002

HOŠEK, V., *Smysl pohybu*. Tělesná výchova mládeže, 1992/8:19-21

CHRISTIANSEN, C. H., BAUM, C. M. *Occupational Therapy: Enabling function and well-being* 2nd edition. Thorofare, New York: Slak Incorporated, 1997

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Repronis, 2006. 110 s. ISBN 80–7368–110–2

- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L.: *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009, 978-80-7367-583-7
- JERN, S., *Measurement of quality of life*. Curr.Opinion Cardiol.,3, 1993
- KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1.vyd. Praha:Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-366-0
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2169-9
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, 1.vyd. Praha: Grada publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3148-3
- MULPACHR P, STANÍČEK P, *Geragogika pro speciální pedagogika*. 1. vydání. Brno:Masarykova univerzita, 2001. 115s. ISBN 80-210-2510-7
- MULPACHR , P. *Geronopedagogika*. 1.vyd. Brno. Masarykova univerzita, 2004, ISBN 80-210-3345-2
- NOVOTNÁ, J., UHROVÁ, J. *Ošetřovatelství 1 – pro střední zdravotnické školy*. Praha: Fortuna, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7168-987-4
- PACOVSKÝ, V. *Geriatric – geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994, ISBN 80-85526-32-8
- PAPeŠ, Z., ULRICH, M. *Zdravotnická ekonomika* . 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002.
- PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2007, ISBN 978-80-7184-569-0
- ROY, J. S., SCOTT, G. T., *Fit after fifty*, North Vancouver: Self-counsel press, 1995
- SPIRDUSO, WW. *Physical dimensions of aging*. Champaing, IL:Human Kinetice, 1995
- SVOBODA, M.: *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: CAPA, 1992
- ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8
- ŠTIKAŘ, J., HOSKOVEC, J., ŠMOLÍKOVÁ, J., *Bezpečná mobilita ve stáří*, Praha, Karolinum, 2007, ISBN 978-80-246-1331-0

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha:Galén,2005.270s. ISBN 80–7262-365–6

TROMBLY, C., A. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 4th edition. London: Williams and Wilkins, 1995

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha:Karolinum, 2007. 463 s. ISBN 978–80-246–1318-5

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978–80-247–2170

WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestry v ambulanci*. 1. vydání. Brno: IDPVZ 2000., str. 13–15, ISBN 80–013-314–7

ZANOTTI, M. *Construction and first use with psychotic patient of a quality of life profile: the S.QUA.LA. Subjective Duality of Life Analysis. In Duality of Life and Disabilities in Mental Disorders, April 7–9, 1994*

ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha:Karolinum, 2001. ISBN 80-246-032-68

Internetové zdroje

DAŇKOVÁ, Š. *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR EHIS CR* [online]. c2010 [cit. 2011-10-09] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/evropske-vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-cr-ehis-cr-index-telesne-hmotnosti-fyzic>.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 [online]. c2008, [cit. 2011-02-10] . Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

Program výzkumu v oblasti stárnutí pro 21.století [online]. c2008, [cit. 2011-02-10]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6007/research_agenda_CZ.pdf.

Projekce obyvatelstva ČR do roku 2066 [online]. c.2009, [cit. 2011-04-30]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_poctu_obyvatel_podle_hlavnich_veko_vych_skupin_do_roku_2066

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA č. 1

Dotazník pohybových aktivit

Vážená paní/pane,

jmenuji se Dana Hrbáčková, studuji na Fakultě tělesné výchovy a sportu Karlovy univerzity. Rozhodla jsem napsat svou diplomovou práci na téma „Vliv pohybových aktivit na soběstačnost a kvalitu života seniorů v domácí péči“. Tímto bych Vás chtěla poprosit o anonymní vyplnění přiloženého dotazníku. Získané informace použiji pouze pro účely diplomové práce.

Za vyplnění a vrácení dotazníku velmi děkuji.

1. Pohlaví
 - a) žena
 - b) muž

2. Věk

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) středoškolské
 - c) vysokoškolské

4. S kým žijete v domácnosti?
 - a) sám/sama
 - b) s partnerem/ partnerkou
 - c) s dětmi

5. Myslíte si, že pohybové aktivity mohou ovlivnit Váš zdravotní stav?
 - a) ano
 - b) ne

6. Provozujete nějakou pravidelnou pohybovou aktivitu (trvajících déle než 30 minut)?
 - a) ano
 - b) ne

7. Vyberte hlavní důvod proč se nevěnujete pravidelně pohybovým aktivitám.
- a) zdravotní důvody
 - b) slabá vůle
 - c) nedostatek příležitostí
 - d) nemám motivaci
 - e) nevím
8. Označte všechny pohybové aktivity, které provozujete.
- a) chůze
 - b) jízda na kole či rotopedu
 - c) plavání či cvičení ve vodě
 - d) jóga, Tai-či, tanec
 - e) jiné cvičení v kolektivu
 - f) práce na zahradě
 - g) zdravotně-rehabilitační cvičení
 - h) jiná pohybová aktivita
9. Vyberte hlavní důvod, proč provozujete pohybové aktivity
- a) zdravotní důvody
 - b) kontakt s lidmi
 - c) dobrý pocit
10. Jak často se pohybovým aktivitám věnujete?
- a) denně
 - b) min.2x týdně
 - c) nepravidelně
11. Vyberte důvod, který by Vás vedl k častějšímu provozování pohybových aktivit.
- a) zdravotní důvody
 - b) doporučení lékaře
 - c) doporučení rodiny, přátel

PŘÍLOHA č. 2

Test soběstačnosti Barthel Index - (pro hodnocení personálních ADL)

Položka	Hodnocení	
1. sebesycení	samostatně	10b.
	s pomocí	5b.
	neprovede	0b.
2. oblékání	samostatně	10b.
	s pomocí	5b.
	neprovede	0b.
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5b.
	neprovede	0b.
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5b.
	neprovede	0b.
5. kontinence moči	plně kontinentní	10b.
	občas inkontinentní	5b.
	inkontinentní	0b.
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10b.
	občas inkontinentní	5b.
	inkontinentní	0b.
7. použití WC	samostatně	10b.
	s pomocí	5b.
	neprovede	0b.
8. přesuny	samostatně	15b.
	s pomocí	10b.
	vydrží v sedě	5b.
	neprovede	0b.
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m	15b.
	s pomocí 50m	10b.
	na vozíku 50m	5b.
	neprovede	0b.
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10b.
	s pomocí	5b.
	neprovede	0b.

Hodnocení:

0–40 bodů	vysoce závislý v personálních všedních činnostech
41–60 bodů	středně závislý v personálních všedních činnostech
61–95 bodů	mírně (lehce) závislý v personálních všedních činnostech
100 bodů	plně soběstačný

PŘÍLOHA č. 3

Dotazník kvality života SQUALA

	hodnocená oblast	hodnocení důležitosti	hodnocení spokojenosti	parciální skóre
1	zdraví			
2	fyzická soběstačnost			
3	psychická pohoda			
4	prostředí a bydlení			
5	spánek			
6	rodinné vztahy			
7	vztahy s ostatními			
8	děti			
9	péče o sebe sama			
10	láska			
11	sexuální život			
12	účast v politice			
13	víra			
14	odpočinek			
15	zájmy			
16	pocit bezpečí			
17	práce			
18	spravedlnost			
19	svoboda			
20	krása a umění			
21	pravdivost			
22	peníze			
23	jídlo			
	celkové skóre			