

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Kvalita života a osobnostní rozdíly u seniorů

The Quality of Life and Personal Differences among Seniors



Bakalářská práce

Autor práce: Bc. Anna Hubingerová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, PhD.

Olomouc

2017

Prohlášení

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma *Kvalita života a osobnostní rozdíly u seniorů* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Olze Pechové, PhD. za její laskavost, pečlivost a upřímnost při vedení a konzultacích. Velice si cením její spolupráce, pohotovosti a ochoty.

Můj velký vděk patří i mým skvělým rodičům, Jamesovi a blízkým přátelům, kteří mě podporovali a stáli při mně i v náročných okamžicích mého studia.

OBSAH

1	Úvod.....	9
	Teoretická část	10
2	Starší lidé	10
2.1	Kdy je člověk starý.....	10
2.2	Stárneme ve společnosti	10
2.3	Stereotypy a mýty aneb boj proti stárnutí	11
2.4	Přijetí procesu stárnutí.....	12
2.5	Změny doprovázející stárnutí.....	14
2.5.1	Zdraví.....	15
2.5.2	Odchod do starobního důchodu	16
2.5.3	Osamělost.....	18
3	Osobnost	19
3.1	Eysenckův model	20
3.1.1	Eysenckovo pojetí osobnosti	20
3.1.2	Dimenze osobnosti.....	21
3.1.3	Extraverze vs. introverze	22
3.1.4	Emoční labilita vs. emoční stabilita.....	22
3.1.5	Typy temperamentu	23
3.1.6	Psychoticismus vs. kontrola super-ega	24
3.2	Osobnost a genderové rozdíly.....	24
3.3	Osobnost a její stabilita v čase	24
3.1	Osobnost a prožívání.....	25
3.2	Osobnost a kvalita života	26
4	Kvalita života.....	27
4.1	Různé pohledy na kvalitu života	27

4.1.1	Životní standard	29
4.1.2	Well-being	29
4.1.3	Štěstí.....	30
4.1.4	Životní spokojenost.....	31
4.2	Kvalita života z hlediska psychologie zdraví.....	32
4.3	Religiozita a smysluplnost	34
4.4	Kvalita života a gender.....	36
4.5	Kvalita života a věk.....	36
4.6	Kvalita života českých a slovenských seniorů	38
	Empirická část.....	41
5	Výzkumné cíle a hypotézy	41
6	Použité metody	43
6.1	DOPEN	43
6.2	OPQOL-35 a OPQOL-13.....	43
7	Průběh výzkumu	46
8	Výzkumný soubor.....	48
9	Statistické zpracování dat	50
10	Výsledky analýzy dat.....	51
10.1	Reliabilita	51
10.2	Výsledky analýz	51
10.3	O platnosti hypotéz.....	54
11	Diskuse.....	55
12	Závěry	59
13	Souhrn.....	60
14	Seznam použitých zdrojů a literatury	64
	Přílohy	

1 ÚVOD

Kvalita života ve stáří se stává palčivým tématem západních zemí spolu s nárůstem seniorské populace. Existuje nespočet modelů kvality života, množství výzkumů týkajících se kvality života, ale práce se seniory (zvláště těmi nejstaršími) zůstává spíše nechtěnou. Místo progresu a zlepšení se pečovatelé o seniory snaží kvalitu jejich života udržet. Proto si myslím, že prevence je zde více než na místě. Tento výzkum se zabývá spíše oblastmi, které se nesnadno ovlivňují. Dá se s nimi však pracovat a využívat jejich výhody, popř. se vyhýbat jejich nevýhodám. Konkrétně mluvím o osobnosti člověka a o jeho demografických charakteristikách. Extraverze a neuroticismus, více méně stabilní charakteristiky člověka, ovlivňují kvalitu života ve stáří. Vliv na ni má i soužití s další osobou. Genderová otázka stále zůstává otevřená.

Tento výzkum si klade za cíl nalézt souvislost mezi kvalitou života a extraverzí, neuroticismem a některými demografickými charakteristikami, a to u seniorů ve starobním důchodu. Zabývá se vlivem soužití s druhou osobou, genderu všech respondentů a genderem respondentů v manželském rodinném stavu.

TEORETICKÁ ČÁST

2 STARŠÍ LIDÉ

Lidé mají stárnutí zakódované v genech, díky čemuž se liší počátek i průběh stárnutí každého člověka, i délka života je geneticky podmíněna. Existuje však množství exogenních faktorů ovlivňujících jeho průběh a tempo procesu (Klevelandová, & Dlabalová, 2008). Na stárnutí má vliv dědičnost i životní styl, obzvláště plnohodnotná strava, dostatek přiměřeného pohybu, vyhýbání se rizikovému chování, psychohygiena apod. (Thorová, 2015). Není tedy snadné určit, kdy se člověk objektivně stává starým (Stuart-Hamilton, 1999). V západní společnosti je ale obvykle považován za počátek stáří odchod do důchodu, věk 65 let (Baštecká, Vinař, Preiss, & Madlafousek, 2003).

2.1 KDY JE ČLOVĚK STARÝ

Stáří můžeme definovat podle různých hledisek. Nejčastěji je určováno skrze chronologický věk (dnes pro rozvinuté země platí hranice 65 let), biologický věk (a s ním spojenou výkonností v závislosti na míře involuce) nebo skrze změny v sociálních rolích (což může být ukončení aktivního rodičovství nebo odchod do důchodu; Thorová, 2015), tedy sociální věk (Stuart-Hamilton, 1999). Baltes a Baltes (1993, in Křivohlavý, 2011, 20) uvádějí přehled měřítek pro určení stáří, který je kombinací objektivních i subjektivních kritérií: „*Chronologická délka života (počet let). Biologický stav organismu. Mentální (psychické) zdraví. Kognitivní (myšlenková) výkonnost. Sociální kompetence a produktivita. Kvalita sebeovládání. Spokojenost se životem.*“

2.2 STÁRNEME VE SPOLEČNOSTI

Seniorská populace se v posledních desetiletích hojně rozrůstá a ve světových jazycích se čím dál tím více objevuje pojem stárnoucí společnost. Stuart-Hamilton (1999) používá pozitivněji znějící výraz šednoucí populace. Nyní je na celém světě odhadem 8 milionů lidí starších 65 let. Senioři nad 80 let jsou pak ze seniorské populace nejvíce rostoucí skupinou (Baková, Haburajová, Vaňo, & Neszméry, 2015).

V České republice žilo v roce 2011 1,7 mil. osob starších 65 let, tzn., že senioři tvořili 16,2 % české populace. (Chytil, 2013). V současnosti se průměrná délka života člověka pohybuje 73,5 roku u mužů a 80 let u žen (Thorová, 2015). Zvyšujícím se poměrem seniorů v populaci je zasažena i politika a zdravotnictví. Můžeme zaznamenat jev nazvaný

geriatrizace medicíny, jež zasahuje i klinickou psychologii. Můžeme dokonce očekávat vznik seniorské klinické psychologie (Baštecká et al., 2003).

2.3 STEREOTYPY A MÝTY ANEB BOJ PROTI STÁRNUTÍ

Stereotypy týkající se starších osob jsou údajně silnější než stereotypy týkající se genderu. Tyto stereotypy, které má vůči seniorům společnost, i ty, jež senioři sami přijali, silně ovlivňují jejich sebehodnocení a spokojenost. Nejdůležitějšími faktory ovlivňujícími spokojenost starších osob jsou však pravděpodobně ovdovění a odchod do důchodu (Stuart-Hamilton, 1999). Do podoby, kterou společnost o stárnutí přechovává, zasahuje např. mýtus homogenity (skupina seniorů je homogenní, má jednotné potřeby apod.), mýtus neužitečného času (lidé ekonomicky neaktivní jsou pro společnost neužiteční, nerovnocenní), mýtus o lékařích (představa, že problémy seniorů jsou způsobeny jejich chatrným zdravím, které je možné napravit všemocnou medicínou), mýtus o panu Alzheimerovi (skleróza je společným jmenovatelem pro stáří) aj. (Haškovcová, 2010).

S obdobím třetího věku se váže mnoho změn, jež mohou být vnímány negativně. Jedná se např. o odchod do důchodu, péči o vnoučata, ubývání sil, přibývání nemocí atp. (Thorová, 2015). Podle Vágnerové (2000) je stáří chápáno jako ztráta vitality, užitečnosti a kompetencí. Strach ze stárnutí je způsoben i kultem mládí, zdraví, krásy a výkonnosti, jenž ovládá naši společnost, jehož jsou denně plná média a díky němuž je stáří stigmatem. Můžeme pak pozorovat snahu o skrývání známek vlastního stárnutí, o zbavení se stárnutí, jeho eliminaci, jelikož je nepatřičné. Tento názor znesnadňuje mnohým adaptaci na proces stárnutí, jež je nevyhnutelné (Thorová, 2015).

Přeroste-li zabývání se mladistvým vzhledem v obsesi, jejímž znakem je všepronikající snaha o udržení mladistvosti, mluvíme o tzv. agerexii. Gerontofobie (neboli gerascofobie) je pak strach ze stárnutí, jež se může objevit už v mládí (tamtéž). Už Jung si všiml snahy ignorovat smrt a odmítat přirozený proces stárnutí kvůli kultu mládí (Hoeller, 2006). Odpor ke stárnutí se může objevit v jakémkoliv věku a prostupuje populaci všemi věkovými kategoriemi.

V roce 2001 Ústav sociálního lékařství v Plzni ve svém výzkumu zjistil, že 74 % pětaticetiletých respondentů nepovažuje stáří za přínosné pro společnost, jen 15 % z nich „hodnotilo stáří jako přínos a uznávalo moudrost a pomoc, zásluhy a morální vstřícnost“ (Klevetová, & Dlabalová, 2008, 12). Senioři se podlé uvedené studie cítí nedocenení, jako

by jejich stáří postupně ztratilo smysl, protože od nich nikdo nemá zájem čerpat jejich moudrost a životní zkušenost. Cítí se pak ostrčením a ztrácejí sebedůvěru (tamtéž). Naopak podle výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003) je postoj Čechů k seniorské populaci převážně pozitivní. Senioři nejsou považováni za přítěž ani překážku vývoje. Ve výzkumu se setkali převážně s tradicionalistickým pohledem na stáří, tzn. „*jako na moudré, zkušené, plné porozumění a zaručující tradiční hodnoty*“ (tamtéž, s. 14). Častou stížností české veřejnosti bylo podle této studie ekonomické zatížení státu kvůli zvyšujícímu se průměrnému věku populace.

Rozšířenou diskriminací je v naší společnosti ageismus, což je podle Thorové (2015) snižování hodnoty člověka na základě jeho seniorského chronologického věku bez ohledu na jeho přínos společnosti nebo jeho osobnostní charakteristiky. Tuto diskriminaci na základě věku pojmenoval Robert Neil Butler v roce 1968. Seniorská populace je považována za homogenní skupinu lidí s převážně negativními vlastnostmi, jako je rigidita, únava, bezmoc, pomalost apod. Přitom jde o nejheterogennější věkovou skupinu (Mühlpachr, 2008; Haškovcová, 2010; Ondrušová, 2011).

2.4 PŘIJETÍ PROCESU STÁRNUTÍ

Náročnost úkolu vyrovnat se s vlastním stárnutím reflektuje psychologie přes sto let. Jung viděl stáří jako výsledek procesu individuace, kdy dochází „*k harmonizaci všech, vědomých i nevědomých složek osobnosti*“ (Vágnerová, 2000, 445). Erikson¹ popisuje vývojový úkol starších lidí jako dosažení integrity, tedy přijetí vlastního života jako celku

¹ Erikson definoval osm životních etap člověka a ctnosti, jež má během životní cesty nabýt. Jeho žena Joan Erikson definovala k původním osmi životním věkům ještě devátý věk jako závěr života, kde by měl člověk disponovat všemi ctnostmi, které za život nastřádal. Výzkum Bartákové (2013) ukazuje, v jaké podobě se nabyté ctnosti projevují v životě seniora: základní důvěra proti nedůvěře se projevuje jako naděje, víra v Boha; stud a pochyby proti autonomii se projevují jako vůle, snaha o autonomii a samostatnost; vina proti iniciativě se odráží do míry aktivity, do péče o sebe sama, ale vina je velmi častá a ohrožující v seniorském věku; pocit méněcennosti proti zručnosti se projevuje jako vědomí své kompetence, je tedy nutné oprostít se o moderní snahu o výkon a vnímat vlastní zkušenost, znalost know-how; zmatení identity proti identitě se objevuje v kohezi a autentickém vystupování v různých rolích; izolace proti intimitě vrcholí v lásce, ať už k partnerovi, partnerce, dětem, umění nebo vzdělanosti, člověk v seniorském věku stále potřebuje intimní vztah; stagnace proti generativitě je viditelná v péči, senior stále touží být potřebným a produktivním; zoufalství proti integritě můžeme vidět v moudrosti staršího člověka, i když podle autorky je s postupujícím věkem čím dál tím těžší odvrátit zoufalství díky vsudypřítomným ztrátám.

(tamtéž). To nám pomáhá vyrovnat se s vlastní smrtelností. V rámci hledání integrity tedy starý člověk bilancuje, obrací svou pozornost k minulosti a špatně se vyrovnává s novými situacemi (nové zdravotní potíže, odchod do důchodu, smrt partnera, nastěhování se do domova pro seniory apod.). S takovými situacemi se nikdy nesetkal a jeho zkušenosti na to nestačí. Obrací se pak k sobě a svým potřebám (Ludvíková et al., 2012).

Thorová (2015) shrnuje vývojové úkoly přechodu do stáří takto:

- snížení výkonnosti a postupné omezení pracovních aktivit, popř. odchod do důchodu;
- chápání smyslu života, sebepoznání a nalezení integrity;
- vyrovnávání se s vlastní smrtelností; pozn. i díky úmrtí vlastních rodičů;
- adaptace na změny, jako je odchod dětí z domova a odchod do důchodu, přijetí role prarodiče a nalezení smysluplné činnosti.

Existuje mnoho teorií adaptace na stáří. Pro přehled uvádím jen ty nejznámější, jak je uvádí i Thorová (2015) a Langmeier a Krejčířová (2006):

- Teorie společenského odpoutání: předpokladem je předurčenost seniorů přenechat své místo mladším a díky nárůstu pasivity dosáhnout harmonie a vyrovnanosti, tato teorie nezohledňuje individuální rozdíly.
- Teorie aktivity: přístup podporující aktivitu, výkon, energii, zábavu, tedy chuť do aktivního životního stylu, opět nezohledňuje individuální rozdíly.
- Teorie kontinuity: stáří je jen volným pokračováním dosavadního životního směru, člověk si uchovává životní styl, osobnostní rysy i chování a vztahy, které uzpůsobuje svým možnostem.
- Teorie socioemoční selektivity: senior se více orientuje na své potřeby než na budoucnost, spokojenosti dosahuje skrze přítomný okamžik a naplnění svých potřeb.

Úspěšné stárnutí bylo ve vývoji společnosti pojímáno různě, což se odrazilo o do výše uvedených teorií. Úspěšné stáří obecně je silně ovlivňováno dosavadním životním stylem, postojem ke stáří a včasnou přípravou, tedy zdravým životním stylem, celoživotní duševní činností a vzděláváním se, aktivitou, snahou o soběstačnost, udržováním sociálního kontaktu (Thorová, 2015). Úspěšnost stárnutí je nutné posuzovat individuálně, jelikož seniorská skupina je velmi heterogenní a spokojenost je prožívána odlišně u každého

jedince.² Dokazují to i výzkumy srovnávající objektivní a subjektivní pojetí úspěšného stárnutí. Bowling (2007) a Strawbridge, Wallhagen a Cohen (2002) zjistili, že podle subjektivního pocitu mnoha seniorů je jejich stárnutí úspěšné a správné, ač podle tradičních medicínských modelů se o úspěšné stárnutí nejedná. Vznik této nesrovnalosti Phelan, Anderson, LaCroix a Larson (2004) přisuzují minimálně dvacetiletému vývoji společnosti a změně seniorské populace, aniž by to modely úspěšného stárnutí efektivně reflektovaly.

2.5 ZMĚNY DOPROVÁZEJÍCÍ STÁRNUTÍ

Ve stáří je obtížné udržet stabilní identitu, neboť dochází k nejrůznějším změnám (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002). V období změn je obvyklé opírat se o systém hodnot. Kaufmanová (2004, in Dvořáčková, 2012) přichází s myšlenkou, že starý člověk zdůrazňuje ty hodnoty, které považuje za ohrožené v důsledku změn spojených se stárnutím. Ve své studii o českých seniorech uvádí: „*K hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda*“ (tamtéž, 39).

Tělesná involuce je do určité míry recipročně propojena s involucí psychickou, avšak lze pozorovat relativní autonomii psychických funkcí (Haškovcová, 2010). S postupujícím stářím se zhoršuje reakční čas, percepční procesy, paměť (častější zapomnětlivost)³, pozornost a s nimi spojené učení. Změny můžeme vidět i ve fluidní inteligenci, zatímco krystalická inteligence se ve stáří v zásadě nemění (Ludvíková et al., 2012). Zvyšuje se riziko sociální izolace a emoční deprivace, roste význam rodiny. Senioři mají novou roli prarodičů, příp. pradědečků a prababiček a mají možnost vyprávět svůj životní příběh. Je nutné podotknout, že nové role ve stáří nejsou výkonové, spíše společensko-citové (expresivní; Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Můžeme vidět změny nejen psychické, ale i fyzické, změny postojů a chování, změny v partnerském vztahu, ve vztahu k dětem a vnukům a v identitě samotného člověka. V návaznosti na tyto změny podléhají podle Vágnerové (2000) i potřeby seniora vývoji:

² Úspěšnost stárnutí zasahuje i politiku a nadnárodní organizace. Více viz Přílohu 3.

³ Lukavský, Šolcová a Preiss (2011) ve svém výzkumu zjistili, že senioři sice vykazují slabší hodnoty v proaktivním řešení situací než mladší respondenti, ale na rozdíl od očekávání zjistili, že zhoršená paměť slabě souvisí s preferencí reflektivního řešení a strategického řešení situací, což je pravděpodobně využíváno jako kompenzační mechanismus, jelikož jsou si vědomi zhoršené paměti.

snížení potřeby stimulace a učení, zvýšení potřeby citové jistoty a bezpečí, zatímco je stále zachována potřeba seberealizace, otevřené budoucnosti a naděje.

Málo zkoumaným fenoménem ve stáří je humor. Ten tlumí negativní změny spojené se stářím, jako je zhoršené zdraví, zmenšující se sociální síť apod. Navíc umocňuje ty pozitivní změny jako rychlejší uzdravení v psychoterapii, znovunabytí autonomie, rozšiřuje sociální síť, umocňuje spokojenost s lidmi, přináší méně negativních myšlenek, méně projevů úzkosti a deprese, větší naději, větší kvalitu života, lepší mentální zdraví. Některé výzkumy naznačují i vztah mezi humorem a dlouhověkostí (Mareš, 2015).

V následujícím textu se zabývám několika významnými oblastmi života seniorů, v nichž dochází k výrazným změnám.

2.5.1 ZDRAVÍ

Ve věkové kategorii 60-74 let trpí nějakou chronickou chorobou až 80 % osob, zatímco ve věkové kategorii 70 let a více už je to 87 %. Ženy jsou obvykle postiženy více (Vohralíková, & Rabušic, 2004). Přítomnost nějaké patologie omezuje aktivity seniorů. Birkeland a Natvig (2009) dotazovali takové seniory a zjistili, že jsou schopni se na tuto situaci adaptovat a pokračovat v jiných aktivitách, které nevyžadují fyzickou zdatnost, jako je např. pletení nebo poslech hudby. Hlavní copingovou strategií bylo akceptování situace, jaká je.

Toto přijetí bylo ale v mnoha případech zabarvené rezignací a pasivním přijetím. Roe, Whattam, Young a Dimond (2001) rozlišují tři seniorské styly akceptování pomoci, a to pozitivní (přijímají péči a považují ji za dobrou věc), rezignovaný (často u pacientů s vysokým stupněm nemohoucnosti a slabým zdravím) a pasivní (projevuje se jako pasivní následování doporučení a souhlas se vším, co jim je řečeno). U českých seniorů se můžeme setkat se snahou *nebýt druhým na obtíž*, udržet si tedy co nejdéle maximální možnou autonomii (Haškovcová, 2010).

V seniorském věku se zvyšuje riziko úrazů (obzvláště po 70. roce života), objevuje se geriatrická deteriorace (zhoršující se psychické i fyzické zdraví) až syndrom geriatrické křehkosti. Rizikem je nadužívání alkoholu v důsledku maladaptace na stáří, syndrom EAN (týrání a zneužívání seniora ze strany rodiny nebo instituce) nebo Diogenův syndrom (neboli stařecká zanedbanost, jež se projevuje nezájmem o osobní hygienu, často i

hromaděním odpadků, věcí či zvířat; Thorová, 2015). Častý je i abúzus léků. Statistiky o něm jsou nicméně velmi rozporuplné (Mühlpachr, 2008).

Zhoršení celkového stavu staršího člověka může být spojeno s odstěhováním se do institucionální péče. Podle Klevetové a Dlabalové (2008) ale v České republice není dostatečná kapacita v sociálních zařízeních, chybí prevence a rehabilitace pro seniory, aby se mohli vrátit do domácího prostředí. Rodiny se o své rodiče nechtějí nebo nemohou starat a tyto povinnosti přebírá stát (aby lidé středního věku mohli pracovat). Situaci tedy hodnotí jako neuspokojivou.

Zdraví ovlivňuje i sexuální život seniorů. Podle Dolana, Grombířové, Dolanové a Šrámkové (2012) ho však téměř neovlivňuje zmiňovaná institucionalizace. V domech pro seniory je sexuální život klientů běžný, je důležitou součástí jejich života. Překážkou bývá zdravotní stav nebo absence partnera/partnerky. Asi 42 % dotazovaných uvedlo, že nepraktikují žádnou sexuální aktivitu⁴, nejčastěji pro zdravotní obtíže (40 % respondentů), absenci vztahu (21 % respondentů), ztrátu libida (17 % respondentů). Ale 15 % dotazovaných uvedlo, že mají sex několikrát za měsíc. 31 % respondentů nebylo se sexuálním životem spokojeno, 13 % respondentů uvedlo zvýšení kvality po nastěhování do domova pro seniory a 58 % uvádí snížení kvality.

2.5.2 ODCHOD DO STAROBNÍHO DŮCHODU

V České republice většina osob odchází do důchodu mezi 60. a 65. rokem života. Dochází k výrazné změně prožívání, vnímání a chování (Vohralíková, & Rabušic, 2004). Odchodem vzniká spousta volného času, což je velikou změnou v denním režimu. Volný prostor je potřeba nějak aktivně/smysluplně využít, aby poté senior mohl prožít kvalitní odpočinek (Dvořáčková, 2012). Adaptace na odchod je velmi individuální, může být pozitivní i negativní. První půlrok nazýváme důchodové líbánky (Atchley, 1976, in Thorová, 2015), kdy senior prožívá nadšení, které může vystřídat deprese. Až v dalším období můžeme mluvit o adaptaci na nově vzniklou situaci (Thorová, 2015).

Podle Vágnerové (2000, 466) odchod *„zasahuje všechny složky lidské osobnosti, mění prožívání, uvažování a chování starého člověka. Ovlivňuje jeho postoj ke světu i k sobě samému. Role důchodce určitým způsobem mění identitu starého člověka.“* Tato role obvykle znamená nižší sociální status. Klevetová a Dlabalová (2008) mluví o zmizení celoživotního

⁴ Lze předpokládat, že je údaj zkreslený pro vysokou intimitu této otázky (pozn. autorky).

příběhu člověka za nálepkou *důchodce*. Mohou se dostavit pocity neužitečnosti a snížené sebehodnocení.

Změně podlehnou i rodinné vztahy. Partneři spolu obvykle tráví více času, což může vést k rutině, ale obvykle probíhá adaptace na důchod kladně; obzvláště, je-li senior finančně zajištěn a má dobré zdraví (Thorová, 2015). Finanční situace je ale pro české seniory podle Chytila (2013) většinou neuspokojivá, jelikož průměrně vycházejí se svými příjmy jen s obtížemi. Největší výdaje mají starší osoby za potraviny, bydlení, vodu a energie. I Vohralíková a Rabušic (2004) zjistili ve svém výzkumu časté stížnosti seniorů na finanční nedostatky. Vysvětlují to rozdílem mezi příjmy, které měli v zaměstnání, a výší penze.

Křivohlavý (2011) shrnuje změny vznikající s odchodem do důchodu:

- změna identity: často je vnímán jako pád na společenském žebříčku;
- změna sociálního prostředí: rozvolnění vztahů s bývalými kolegy, pozornost se více upne na lidi v sousedství;
- změna zájmů: máme na ně více času a energie;
- změna postoje k minulosti, současnosti a budoucnosti: v důchodu člověk žije v současnosti;
- změna cílů na základě bilancování.

Příprava na stáří⁵, ať už celoživotní, střednědobá (od 45 let), nebo krátkodobá (dva nebo tři roky před důchodem) zvyšuje kvalitu života v seniorském věku (tamtéž). Zvoníková (2012) doporučuje přípravu zahájit ve středním věku. Preventivní programy by měly ale zahrnovat celý život. Začít by měly tvorbou optimistického postoje ke stáří. Intenzivnější příprava by měla vyplnit posledních pět let v zaměstnání, tedy před odchodem do důchodu. V podstatě by se člověk měl snažit o úpravu psychohygienických návyků tak, aby byl stimulovaný v různých oblastech života, nejen prací (Baková, Haburajová Ilavská, Vaňo, & Neszméry, 2015).

⁵ Jde v podstatě o vytvoření druhého životního programu, kde se jako senior bude moci seberealizovat, a který bude naplno uplatňovat v důchodovém věku (Kozáková, Müller, 2006). Myslím si, že apel by měl ale být kladen především na svobodu výběru aktivit a dobrovolnost aktivizace (pozn. autorky). Dvořáčková (2012) doporučuje stáří přijmout jako součást života, připravit se po ekonomické i volnočasové stránce, jelikož aktivita je prevencí pro nesoběstačnost.

2.5.3 OSAMĚLOST

Potřeba sociálního kontaktu ve stáří neustává. Kuchařová (2002, in Vohralíková, Rabušic, 2004) zjistila, že mezi českými seniory je 12–33 % osob trpících pocití osamělosti.

Senioři obvykle upřednostňují kvalitu vztahů před jejich kvantitou. Preferují tedy kontakt s lidmi, které již znají. Často cítí silnou generační solidaritu, takže jim kontakt s vrstevníky přináší jiné uspokojení než s lidmi mladšími (u mladších lidí mohou cítit nepochopení, neakceptování se svými současnými potížemi). Osamělost je spojená se ztrátou mnoha sociálních kontaktů, izolací od společnosti, odcizením se okolí v závislosti na rychlosti a množství změn v něm (Vágnerová, 2000).

Ti, jež jsou odkázaní na institucionální péči, mluví o samotě, sociálním vyloučení a úbytku soběstačnosti více než senioři žijící v domácím prostředí (Bužgová, Klechová, 2011; Hrabovská, 2006, in Šolcová, 2011). Podle Luxe a Sunegy (2014) se ale objevuje nový trend nazývaný *aging in place*, tedy umožnění seniorovi stárnout doma tak dlouho, jak je to možné. Lze ale říci, že jde o trend staronový. Ve věkové kategorii 65–74 let žije 55 % seniorů ve společné domácnosti jako manželé a jen 1 % jako samostatná osoba. Ve věku nad 85 let je to již 43 % seniorů, jež žije v domácnosti samostatně, 13 % s jinou osobou a 12 % žije v nějaké instituci, ať už sám, nebo s další osobou. (Habartová, 2013).

Ženatí žijící v manželství mají pozitivnější postoj ke stáří než senioři ovdovělí (Bužgová, & Klechová, 2011). Ovdovění působí nenahraditelnou ztrátu, objevuje se *„pocit ohrožení, prázdnoty a osamělosti ... zhroucení struktury navyklého denního režimu, ztráta jeho smyslu ... zhoršení ekonomické situace“* (Vágnerová, 2000, 479), tzn. opětovné zhoršení celkového stavu seniora. Nezvládnutí úmrtí blízké osoby se může projevit jako zhoršení somatických onemocnění, deprese, úzkostné stavy nebo jako tzv. vdovský syndrom, tedy úmrtí několik měsíců po partnerově smrti. Truchlení je nezbytné pro vyrovnání se se ztrátou. Dnes zdůrazňována ozdravná role uchování symbolických pout a vazeb k zemřelému, obzvlášť u pozůstalých s pozitivními vzpomínkami. Ti se cítili méně bezmocní a období truchlení trvalo kratší dobu (Pauknerová, & Čermák, 2013).

3 OSOBNOST

Pojem osobnost se v psychologii objevil v návaznosti na zjištění, že každý jedinec reaguje na stejný podnět více či méně odlišně. Reakce vzniká na základě souhry stimulu a osobnosti. Podle Cakirpaloglu (2012, 16) se psychologové shodují na tom, že osobnost je „*souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka*“.

Jde o vyjádření dynamické struktury individua. Psychologové se však nemohou shodnout na jednotném pojetí osobnosti, její definici či způsobech a možnosti jejího zkoumání. Pro jednotlivá paradigmata v této práci není prostor. Věnovat se proto budu pouze pojetí Eysencka, jehož modelu využívám ve své práci.

Podle Hřebíčkové (2011, 9) jsou vlastnosti osobnosti synonymem pro osobnostní charakteristiky, tedy „*popisné charakteristiky osobnosti pozorovaného jedince*“, nebo také „*hypotetická konstrukce, je to vysouzená předpokládaná vnitřní determinanta projevu osobnosti*“. Dispozice neboli osobnostní rysy jsou pak „*vrozené nebo získané připravenosti chovat se, jednat nebo prožívat situace určitým způsobem*“ (tamtéž, 9). Pojem rys je používán i jako ekvivalent pro psychickou vlastnost nebo psychickou charakteristiku osobnosti (tamtéž).

Podle Nakonečného (2009) jsou faktory osobnosti tzv. *pramenné rysy*, skutečné determinanty chování osobnosti. Kritické hlasy upozorňují na problematiku jejich stability a konzistence nebo situačních vlivů na jednání jedince. Stabilitu rysů částečně dokazují některé longitudinální studie (např. Costa, McCrae, & Arenberg, 1980; Conley, 1984, in Výrost, & Slaměnik, Eds., 2008). Chování člověka je funkcí rysů jedince i charakteristik situace (Endler, & Magnusson, 1976) a regresní analýza ukazuje, že přibližně jednu desetinu rozptylu tvoří situační vlivy, další desetinu dispoziční vlivy a jednu pětinu interakce osoba x situace (Endler, Parker, Bagby, & Cox, 1991). Celkově tedy nyní umíme vysvětlit jednu čtvrtinu rozptylu chování jedince, o dalších vlivech se spekuluje. Stabilitě osobnosti se budu věnovat v práci dále.

Psychometricky orientovaní psychologové se rysy snažili nalézt přes statistickou analýzu, konkrétně faktorovou analýzu.

Existují dva druhy faktorů:

- faktory prvního řádu a druhého řádu: „*první vyplývají z trsů interkorelací, které vykazuje základní matice korelací všech sledovaných proměnných, druhé vyplývají z korelací těchto primárních faktorů*“ (Nakonečný, 2009, 300),
- faktory na sobě nezávislé, ortogonální a faktory na sobě závislé, šikmé.

3.1 EYSENCKŮV MODEL

H. J. Eysenck (1946, 1960, in Nakonečný, 2009) se k psychologii stavěl přísně přírodovědecky a vyšel z pojetí vlastností nervových procesů I. P. Pavlova, které spolu s principem podmiňování zkoumal objektivními metodami.⁶

Eysenckova teorie osobnosti původně popisovala dvě dimenze, a to extraverci a neuroticismus⁷; později přidal ještě psychoticismus. I on vycházel z rysového přístupu, uplatňoval faktorovou analýzu. Svou teorii vytvořil, ověřil a rozpracoval z behaviorálních dat, ve svých výzkumech se snažil o co nejlepší využitelnost svého modelu pro diagnostiku, díky čemuž je jeho teorie úzce spojena s praxí a je široce rozšířena a používána. Nejznámější metodou je Eysenck Personality Inventory (EPI, v češtině EOD; Hřebíčková, 2011).

3.1.1 EYSENCKOVO POJETÍ OSOBNOSTI

Eysenck osobnost definuje takto: „*více či méně stabilní a setrávající organizaci charakteru, temperamentu, intelektu a těla osoby, která determinuje její jedinečné přizpůsobení se prostředí*“ (Eysenck, 1960, 2, in Nakonečný, 2009, 306).

Byl zastáncem toho, že každý rys, který popisujeme, by měl být podložen analýzou DNA, z níž vystupuje skrze biologické prostředky až do vzorců chování a rysů. Základní teorii bychom měli experimentálně testovat a z ní následně usuzovat na chování lidí v různých situacích s různými úrovněmi jednotlivých dimenzí osobnosti (Eysenck, 1967). Z biologických faktorů vychází proto, že jsou měřitelné, avšak přiznává vliv prostředí, jenž však, jak přiznává, neví, jak uspokojivě měřit (Eysenck, 1990).

⁶ Způsob zkoumání osobnosti je silně induktivní a podložený laboratorními experimenty (Nakonečný, 2009). Teorii vytvořil na základě biologických poznatků z pokusů a studií na zvířatech, kde byly pozorovány podobné vzorce chování v rámci studia P, E a N (Eysenck, 1990). Dedukci používal při použití východisek, tedy neurofyzilogického konstruktů vzruchu a útlumu a procesu podmiňování.

⁷ Původní koncepce pochází od Junga (Jung, 1971).

V době vzniku Eysenckovy teorie bylo moderní snažit se identifikovat množství faktorů základních nebo korelujících s osobností jedince, což můžeme vidět u Guilforda (11 osobnostních rysů) nebo Cattella (16 osobnostních rysů). Eysenck se na rozdíl od nich snažil najít co nejmenší možné množství ortogonálních faktorů druhého řádu (Eysenck, 2016).

Osobnost je podle něj organizovaná do čtyř stupňů. Na stupni nejnižším jsou specifické odpovědi a reakce, které mohou být charakteristické pro daného jedince a mohou vycházet ze zkušenosti. Na vyšším stupni jsou specifické odpovědi, které se objevují v podobných situacích. Třetí úroveň je seskupení návyků do skupiny vlastností, jedná se v podstatě o primární faktory. Na nejvyšší úrovni jsou vlastnosti organizované do všeobecného typu na základě korelací mezi vlastnostmi. Psychoticismus a neuroticismus ve svých krajnostech odpovídají psychiatrickým poruchám. Extraverze – introverze spolu s neuroticismem pak rozhoduje o podobě poruchy. Všechny dimenze jsou na sobě nezávislé. Čtvrtou proměnnou je inteligence, jež je rovněž nezávislá. Jedince lze pak podle těchto dimenzí charakterizovat (Ruisel et al., 1982).

3.1.2 DIMENZE OSOBNOSTI

Eysenck definuje tyto sekundární faktory: extraverze/introverze, emoční stabilita/labilita (neuroticismus), inteligence a sklon k psychotickému onemocnění. Kategorie, se kterými dále pracuje, jsou⁸:

- neuroticismus vs. emocionální stabilita (N),
- extraverze vs. introverze (E),
- psychoticismus vs. kontrola super-ega (P).

Jeho dotazník EPI zkoumal původně extraverzi/introverzi. Byl podroben mnohonásobnému experimentálnímu testování. Eysenck pojal extraverzi jako blízkost k fungování systému behavioral activation system (BAS), který snadno registruje odměnu. Takový člověk je tedy spíše impulzivní. Introverzi naopak pojal jako blízkost k systému behavioral inhibitory system (BIS), který je citlivý na absenci odměny a trest. Introvert je tudíž náchylnější k úzkosti. Neuroticismus je pak nadměrná aktivita systému BAS i BIS (Křivohlavý, 2013). Termíny BAS a BIS jsou převzaty z Grayova neuropsychologického

⁸ V dotazníku EPQ (H. J. Eysenck, S. B. G. Eysenck) tyto kategorie měří spolu se lži škálou (L), která měří přetvářku (Eysenck, 1990).

modelu. Ten zahrnuje právě tyto dva emocionální systémy umístěné v limbické oblasti (Brebner, Donaldson, Kirby, & Ward, 1995).

3.1.3 EXTRAVERZE VS. INTROVERZE

Charakteristika extravertů (Nakonečný, 2009, 310, 312—131):

jsou to osoby milující společnost, sociálně angažované, družné, nenucené, impulzivní, bezstarostné, a malými zábrany, mají zády změny, milují zábavu, rády se předvádějí, jsou otevřené a přístupné, mají sklon k optimismu a k agresi, nejsou vždy zcela spolehlivé a jsou často zcela závislé na mínění druhých ... Extraverti mají nižší úroveň vzrušivosti mozkové kůry než introverti. Tato dispozice se uplatňuje v procesu učení ... dávají, oproti introvertům, přednost větší míře stimulace.

Eysenck (1967) předpokládal, že extraverti potřebují více stimulů, pročež vyhledávají rozmanité sociální aktivity. Podle Křivohlavého (2013) jsou tak všímavější vůči změnám ve svém okolí.

Charakteristika introvertů (Nakonečný, 2009, 310—311, 313):

jsou to osoby uzavřené, spíše nepřístupné, mající sklon k sebezpozorování, společnosti se spíše straní, jsou vážné, nedůvěřivé, dobře se kontrolují, jsou celkem spolehlivé, zdrženlivé, nemají rády vzrušení, jsou opatrné, trpělivé, mají rády pořádek a jsou poněkud pesimistické ... ve škole jsou introverti lepší než extraverti ... introverti mají menší potřebu nových zážitků s druhými osobami.

Jelikož Eysenck uvažuje o chování a osobnosti v termínech excitace a inhibice, zavádí pojem *konstituční osobnost*, na niž navazuje *osobnost behaviorální*. Vrozené vlastnosti CNS jsou určeny poměrem excitace a inhibice. Extravertem je pak člověk, v jehož CNS dominuje inhibice nad excitací (tj. konstituční extravert), nebo člověk, jenž se chová podle charakteristik extraverta (tj. behaviorální extravert). A naopak. Na behaviorální osobnosti se podepisuje i vliv prostředí. Můžeme pak vidět paradox, kdy behaviorální extravert je konstituční introvert (Ruisel et al., 1982).

3.1.4 EMOČNÍ LABILITA VS. EMOČNÍ STABILITA

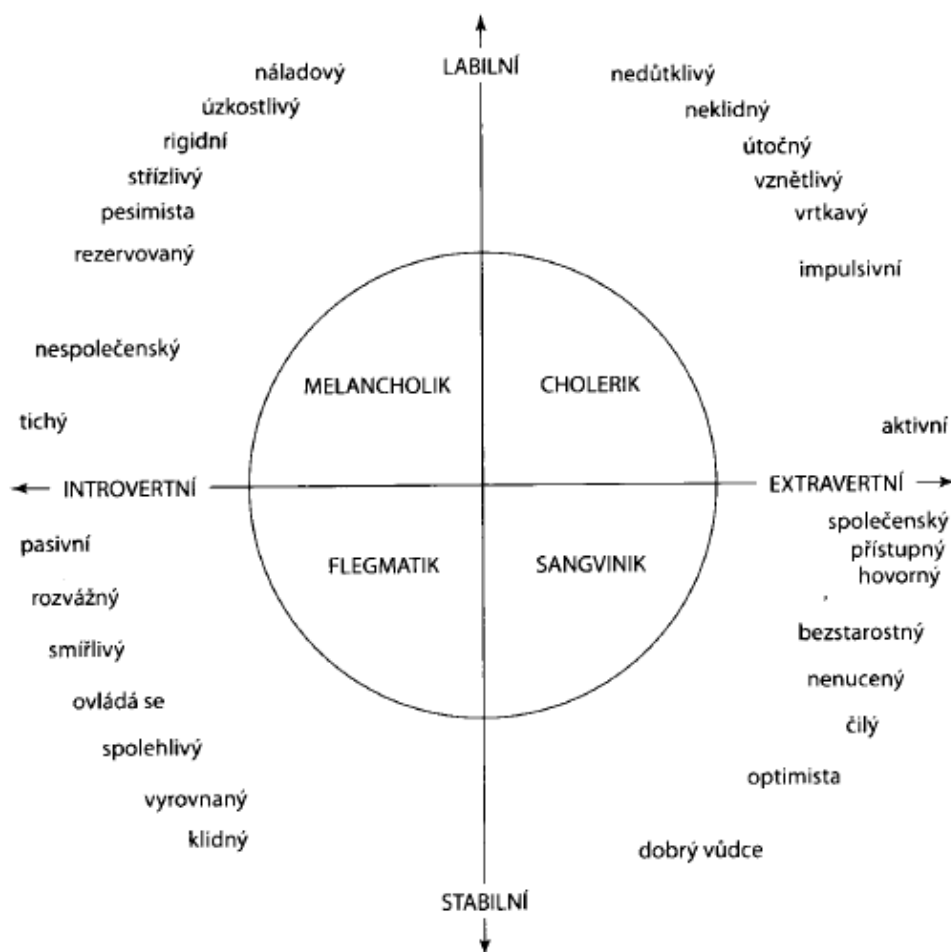
Emoční stabilita: *„znamená stabilní, vyrovnané a podnětům přiměřené emoční reakce, převažující klid a rozvahu“* (Nakonečný, 2009, 311).

Emoční labilita: „znamená nestálé, lehce vyvolatelné a podnětům často nepřiměřené emoční reakce, kolísání nálad, neklid, zvýšenou senzitivitu, častou rozmrzelost či rozladěnost, přecitlivělost“ (Nakonečný, 2009, 311). Jedinci s vysokým N mají vysoce reaktivní autonomní nervový systém, což způsobuje emocionální nestabilitu (Sato, 2005). N vysvětloval (Eysenck, 1967) skrze rozdíly v aktivaci viscerálního systému (hipokampus, amygdala, cingulum, septum, hypothalamus).

3.1.5 TYPY TEMPERAMENTU

Z kombinace těchto faktorů (extraverze/introverze, emoční stabilita/labilita), které lze chápat zároveň jako vektory, vznikají popisy základních typů temperamentu a rysů charakteru. Jejich náčrt můžete vidět na Obrázku 1. Typologie se shoduje více s typy, jak je popsal Jung, než jak je vytvořil Cattell (Nakonečný, 2009). Nicméně vysoká shoda s Cattellem byla konstatována samotným Eysenckem (1977), a to především mezi Eysenckovým faktorem neuroticismu a Cattellovým faktorem anxiety.

Obr. 1: Základní typy temperamentu podle Eysencka



Zdroj: Říčan (2007).

Eysenck (Eysenck, & Rose, 1979) předpokládal, že u N, E a P se heritabilita pohybuje v intervalu 60 – 80 %. Lukasović a Bratko (2015) v metaanalýze studiích o dvojčatech, rodinách a adoptovaných dětech zjistili, že individuální rozdíly jsou v E z 39 %, v N 42 % a v P 30 %.

3.1.6 PSYCHOTICISMUS VS. KONTROLA SUPER-EGA

Eysenck definoval ještě jeden rys, a to psychoticismus (P). P charakterizuje osoby samotářské, lhostejné k lidem, nepřizpůsobivé, kruté, nelidské, emočně oploštělé, vyhledávající vzrušení, agresivní, hostilní, milující neobvyklé až výstřední věci, ignorující nebezpečí, výsměšné. Muži zde obvykle skórují výše a dimenze slábne s věkem. P je možné měřit i u zdravé populace. (Ruisel et al., 1982). Jedinci s vysokým P často nehledí na rozumná řešení a jednají impulzivně (Sato, 2005).

Na Eysenckův model osobnosti navazuje další významná koncepce, a to pětifaktorový model osobnosti. Nejvlivnějšími autory jsou P. T. Costa a R. R. McCrae. Jedná se o model na vysoké úrovni abstrakce se spoustou fazet, tedy projevů ve specifických situacích. Dimenze pětifaktorového modelu nejsou stejně důležité, můžeme je seřadit takto: extraverte, přívětivost (snášlivost), svědomitost, emocionální stabilita (senzibilita) a otevřenost vůči zkušenosti (kultivovanost, kultura; Nakonečný, 2009).

3.2 OSOBNOST A GENDEROVÉ ROZDÍLY

Psychologie se rozdíly v osobnosti na základě genderu často zabývala, ale výsledky nejsou vůbec konsistentní. Např. Feingold (1994) zjistil vyšší extraverci u žen, zatímco Lynn a Martin (1997) zjistili opak. Tito autoři zaznamenali u žen vyšší míru neuroticismu (tamtéž). Vyšší neuroticismus u žen a vyšší extraverci u mužů potvrzuje i Eysenck (Ruisel et al., 1982).

3.3 OSOBNOST A JEJÍ STABILITA V ČASE

O tom, zda je osobnost stabilním prvkem, se vede debata. V podstatě jde o to, jestli naše zkušenost mění naši osobnost. Caspi a Roberts (2001) tvrdí, že se rysy osobnosti vyvíjejí až do stáří. Kontinuity je podle nich dosahováno vlivem prostředí, vzájemným působením prostředí a osoby a genetickými dispozicemi jedince.

Eysenck (1990) tvrdí, že na vývoji osobnosti se projevuje fakt, že se různé geny projevují v různé intenzitě v různých obdobích. Křivohlavý (2011) mluví o tzv. *late-life genes*. Znamená to, že silnější projev některých genů přichází až ve stáří. Senioři mají

méně dominantní tendence, ale větší míru emocionální integrity, tvořivosti a více tendují k vnitřnímu životu. I Langmeier s Krejčířovou (2006) se domnívají, že se osobnost i ve stáří neustále mění. Podle empirických studií se člověk introvertizuje, obzvláště muži, kteří byli v mladším věku extravertnější.

Podle Stuarta-Hamiltona (1999) se míra extraverze, neuroticismu i psychoticismu během života mění. Psychoticismus s věkem klesá. U mužů je v mladé dospělosti mnohem vyšší, rychleji ale klesá, až ve stáří se vyrovnává ženské úrovni. I extraverci mají muži v mládí vyšší než ženy a i zde dochází k rychlejšímu poklesu. Až v 60 letech bývají obvykle muži introvertnější než ženy. Ženy naopak vykazují vyšší míru neuroticismu, který u obou pohlaví klesá jen pozvolně. Eysenck (1987, in Stuart-Hamilton, 1999) tvrdí, že starší lidé jsou tedy klidnější, to ovšem neznamená, že jsou šťastnější. Jsou spíše lhostejnější vůči okolnímu světu. To může být způsobeno vyrovnaností nálad, nebo v horším případě apatií a strnulostí. Stuart-Hamilton (1999) s ním polemizuje v tom smyslu, že starším lidem přestává vyhovovat společnost, a proto jsou rezervovanější, a tedy introvertnější. Toto shrnutí výzkumů, jaké podává Stuart-Hamilton, by mohlo být vysvětlením nekonzistence výzkumů zkoumajících rozdíly osobnosti mezi gendery.

3.1 OSOBNOST A PROŽÍVÁNÍ

Prožívání pozitivních a negativních emocí úzce souvisí s typem osobnosti, jak dokazují mnohé výzkumy. Je zde dosahovaná nevídaná shoda v jejich výsledcích. Extraverze pozitivně koreluje s prožíváním pozitivních emocí, zatímco neuroticismus pozitivně koreluje s prožíváním těch negativních (Meyer, & Shack, 1989; DeNeve, & Cooper, 1998; Cheng, & Furnham, 2003; Gomez, Gomez, & Cooper, 2002; Kračmarová, 2012). Křivohlavý (2013, 59) dodává, že tento vztah funguje dlouhodobě: „*míra spokojenosti u osob, které procházely velkými životními těžkostmi, se vrátila k bazální výši, když těžkosti pominuly.*“ Predikce budoucího emocionálního ladění se pak dá předpovědět na základě znalosti míry extraverze a neuroticismu. Navíc tyto faktory mají na spokojenost větší vliv než životní události.

Ve výzkumu Chenga a Furnhama (2003) ale extraverze s negativními emocemi korelovala ($r = -0,22$), spolu s depresí ($r = -0,39$). Neuroticismus v tomto výzkumu koreloval s pozitivními emocemi ($r = -0,24$). To potvrzují i Brebner, Donaldson, Kirby a Ward (1995). Extraverze a neuroticismus v jejich výzkumu dohromady vysvětlily 42 % rozptylu štěstí měřeného Oxford Happiness. Psychoticismus měl pouze zanedbatelný vliv.

K podobným výsledkům dospívají i Steward, Ebmeier a Deary (2002), kteří zjistili, že na stabilitu nálady má jen malý vliv psychoticismus. I Cheng, Weiss a Seigel (2015) našli tyto vztahy mezi neuroticismem, extraverzí a subjektivním well-beingem (který definují skrze pozitivní a negativní emoce). Ve svém výzkumu měli téměř 600 respondentů s různým kulturním původem. Cheng a Furnham (2002) zjistili, že extraverte a neuroticismus jsou prediktory nejen štěstí, ale i sebevědomí, zatímco psychoticismus a extraverte jsou prediktory osamělosti. O rok později stejní autoři (Cheng, & Furnham, 2003) publikovali další článek, kde uvádějí, že extraverte a neuroticismus predikují štěstí a depresi skrze sebevědomí jako mediátor. Psychoticismus zde však hraje malou roli. Ženy však tendovali k depresi více než muži.

3.2 OSOBNOST A KVALITA ŽIVOTA

Vědci se shodují, že osobnost má vliv na osobní pohodu. Model dynamické rovnováhy osobní pohody upozorňuje na stabilizační funkci osobnostních charakteristik jako je extraverte, neuroticismus nebo otevřenost zkušenostem. Zastánci pětifaktorového modelu osobnosti zjistili přímý vliv extraverte a neuroticismu, zatímco zbylé tři rysy mají vliv nepřímý (Šolcová, & Kebza, 2004). Bobić (2012) potvrzuje, že participanti s nižší mírou neuroticismu podle Cornell Index for the Assessment of Neuroticism mají vyšší kvalitu života a jsou spokojenější. Francis (1998) našel pozitivní korelaci mezi štěstím a extraverzí, zatímco vztah neuroticismu a štěstí byl negativní. Štěstí podle jeho nálezů nekoreluje s psychoticismem a genderem. Jeho nástroji byly Eysenckův dotazník EPQ a Oxford Happiness Inventory. K podobným závěrům došli i japoňští vědci u onkologických pacientů (Watanabe, Hayashi, & Hayashi, 1998). Vztah extraverte a neuroticismu (ve stejném směru jako zahraniční studie) ke kvalitě života, štěstí a spokojenosti potvrzují i české studie (např. Tišanská, & Kožený, 2005; Dubayová, Nagyová, Hlavlíková, Rosenberg, Gdovinová, Middel, Van Dijk, & Groothoff, 2008).

4 KVALITA ŽIVOTA

Tak, jak je pojem osobnosti těžko uchopitelný, je i kvalita života pojem bez jednotné definice. Zabývá se jí mnoho oborů, kromě psychologie a sociologie je to např. kulturní antropologie, ekonomie, politologie, etika, medicína atp. Díky tomu existují mnohá pojetí kvality života jako multidimenzionálního pojmu: materiální (existenciální), kulturně antropologické, morální, sociologické, medicínské atp. Vývoj tohoto pojmu je krátce popsán v Příloze 4. Nyní se podle Heřmanové (2012) objevují tři hlavní tematické oblasti výzkumů: celková spokojenost se životem, spokojenost s dílčími oblastmi života a faktory podmiňující vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života.

Jedním z nich, pro nás nejdůležitějším, je pojetí psychologické, v němž kvalita života zahrnuje „*pocity subjektivní pohody, radosti, úspěchu a moci, pocity štěstí, životní spokojenosti či otázka sebereflexe a sebehodnocení jedince*“ (tamtéž, 10).

Podle Vaňurové a Mühlpachra (2005, 29) je v rámci psychologického přístupu ke kvalitě života sledováno „*prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad*.“ Dalšími pojmy, se kterými se v tomto kontextu setkáváme, jsou naplnění očekávání, sebeúcta, autonomie, autenticita a kompetentnost člověka, well-being (neboli spokojenost, pohoda; tamtéž).

Křivohlavý (2004) rozlišuje deskriptivní pojetí kvality života, které je popisem stávajícího stavu, a preskriptivní pojetí, jež hledá žádoucí stav, tedy cíl. Kvalita života může mít také různý rozsah: můžeme hovořit o kvalitě života jedince, dyády, skupiny lidí malé i velké.

4.1 RŮZNÉ POHLEDY NA KVALITU ŽIVOTA

Díky svému širokému používání (a často i zneužívání) a multidimenzionalitě nemá, a pravděpodobně ani nemůže mít kvalita života jednotnou definici. Skotská vědkyně Galloway (2006) provedla metaanalýzu literatury publikované mezi lety 1995 a 2005 o kvalitě života a well-beingu. Zaznamenala obrovskou nepřehlednost situace a uvedla, že každý výzkumník si pojem ohýbá podle svých potřeb.

Podle Křivohlavého (2005) dokážou objektivní metody často podat informaci o celkovém stavu pacienta, ale jeho hodnocení kvality života se často velmi liší od názoru lékaře. Na druhém konci spektra pak můžeme vidět taková pojetí, jež umožňují kvalitu

života definovat naprosto volně. Jednu z nich uvádí např. Michalos (2014). Na jejím základě může člověk vyložit svou kvalitu života asi nejsubjektivněji, nejvolněji. Kvalitu života totiž definuje jako stupeň, na jakém se život potkává s různými standardy dobrého života. I Hiršová (2005, in Heřmanová, 2012) považuje za kvalitu života pocit subjektivní pohody, který se skládá z emocí, emocionálních reakcí, pocitu uspokojení v různých oblastech života, celkového hodnocení životní spokojenosti, „*subjektivní pohoda tedy v podstatě zahrnuje všechny skutečnosti, které měly, mají nebo budou mít pro jedince nějaký osobní význam, skutečnosti, ke kterým se člověk upíná či vztahuje.*“

Další velmi širokou definici přináší Světová zdravotnická organizace. Kvalita života je podle ní „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Dragomirecká, & Šelepová, 2004, 92). Světová zdravotnická organizace (WHO, 1997) ve svém dotazníku WHOQOL zabývajícím se kvalitou života měří fyzické zdraví, psychologickou oblast, stupeň nezávislosti, sociální oblast, prostředí a spiritualitu/náboženství/osobní vyznání. Jedná se tedy o velmi široké pojetí. Halečka (2002, in Heřmanová, 2012) také zdůrazňuje, že kvalita života je podmíněna geografickým, kulturním a sociálním kontextem a bez jejich vymezení pojem pozbývá význam. Halečka (2001, in Vaďurová, & Mühlpachr, 2005) dále tvrdí, že kvalita života sama o sobě nemůže existovat. Vždy musíme vymezit konkrétní prostředí, tzn. určit o jaké kvalitě a pro koho mluvíme. Pouze poté se dopátráme společensky využitelnému pojmu.

Křížová (2005) ve svém výzkumu mapuje laickou představu o doménách pojmu kvality života a zahrnuje do něj následující: otevřenost, aktivita, harmonie, propojenost, autonomie, autenticita, směřování a růst, fatalistické prvky (mít štěstí), řád, city, morální hodnoty, kořeny (mít domov) a trvání. Hlavními faktory jsou podle ní vztahy, aktivita, zdraví a uspokojené potřeby. Zjistila odlišné definování pojmu na základě rozdílů v socializaci a výchově. Pojem je podle ní často stavěn do kontrastu k pojmu konzumní způsob života, protože „*konzum a vlastnictví předmětů samy o sobě nenaplňují v plném slova smyslu kvalitu života, ta je realizována až něčím navíc ... otázka po kvalitě lidského života je otázkou po lidství lidského života*“ (tamtéž, 219). Upozorňuje na tichou revoluci, jež probíhá od konce 60. let. Západní populace obrací k postmaterialistickým hodnotám, jako je rozvoj osobnosti, ochrana životního prostředí, komunikace, mír, participace, hledání lidskosti, ale zároveň dochází k individualizaci a snaze o sebeprosazení, čímž vzniká pro postmoderního člověka veliký konflikt (Inglehart, 1977).

Podle Heřmanové (2012) můžeme konstatovat, že se jedná o kontroverzní pojem, v němž nemůže existovat jednotná definice. Z toho vyplývá terminologický zmatek. Jako synonyma, nebo slova podobná, mezi sebou často zaměňovaná uvedme pojmy kvalita života, well-being, životní standard, štěstí, spokojenost apod. Podle Hnilici se Veenhoven (1995, 1996, in Hnilica, 2005) a Kahneman (1999, in Hnilica, 2005) domnívají, že kvalita života, štěstí, subjektivní a psychologický well-being jsou synonyma. Mnoho jiných autorů s nimi nesouhlasí. V následujících podkapitolách se pokusím těmto pojmům přidat možný tvar.

4.1.1 ŽIVOTNÍ STANDARD

Šimková (2007, in Heřmanová, 2012) považuje kvalitu života za závislou na subjektivním hodnocení, zatímco životní úroveň je měřena ekonomickými a sociálními indikátory. Pak může dojít k tzv. *paradoxu blahobytu*, kdy má bohatý člověk nízkou kvalitu života, zatímco člověk s nízkou životní úrovní je šťastný.

I Surynek a Nový (2006, in Heřmanová, 2012) vidí kvalitu života jako kvalitativní znak, neměřitelný fenomén. Životní úroveň je pak kvantitativní znak, který obvykle měříme. Eger a Haavard Maridal (2015) ve své metaanalýze literatury o well-beingu zjistili, že životní standard je skutečně nejčastěji zmiňován s materiálními zdroji a je měřen skrze ekonomické a finanční indikátory. Jako dodatek bych připsala poznámku Dragomirecké a Škody (1997, in Heřmanová, 2012), že pohodlí ještě neznamená vysokou kvalitu života.

4.1.2 WELL-BEING

Podle Křivohlavého (2013) můžeme well-being nejlépe přeložit jako *blaho*. Měl by být indikátorem celkové kvality života (Veenhoven, 2009; Šolcová, & Kebza, 2004; Dodge, Daly, Huyton, & Sanders, 2012). Proto by měl být hodnocený vlastními měřítky a subjektivně tou danou osobou. Jde o relativně stabilní charakteristiku, kterou ovšem částečně ovlivňují i momentální okolnosti. Každý má ale svůj dlouhodobý set-point, určitou základní hladinu well-beingu, jenž v podstatě jen kolísá. V jeho základu můžeme najít např. osobnostní rysy (Křivohlavý, 2013).

Podle Šolcové a Kebzy (2004) je ale v literatuře o prožitku blaha hovořeno jako o *welfare*, což je pojem well-beingu podobný, nikoliv však totožný. Well-being není ani *duševní pohoda*, jelikož zahrnuje i tělesnou a sociální složku, navrhuji tedy používání termínu *osobní pohoda*. Řadí ji na hranici mezi afekty, nálady a osobnostní rysy a připisují jí i postojoyou složku. Takto definovaný well-being je rovněž konzistentní v čase.

Podle statistické metaanalýzy Egera a Harvad Maridala (2015) well-being ještě působí zdraví a prostředí, svoboda, společenství a vztahy, mír a bezpečí (souvisí se zdroji nestability, jako je zločin a násilí, a s důvěrou, transparentností, korupcí a kvalitou byrokracie v zemi) a příležitost (jde o dostupnost vzdělání a zaměstnání, které umožňují lidem žít uspokojivý a šťastný život). Tato studie zjistila, že podkladem well-beingu je štěstí a životní spokojenost.

Rozlišujeme mezi subjektivním a objektivním well-beingem. Subjektivní well-being je měřen skrze sebehodnotící metody a vypovídá o individuální zkušenosti daného jedince; objektivní well-being je složen z řady kvantifikovatelných sociálních nebo ekonomických indikátorů, které teoretici považují za determinanty kvality života (Eger, & Haarvad Maridal, 2015). Často uváděné subjektivní indikátory jsou materiální zabezpečení, štěstí, spokojenost v práci, spokojenost se životem jako takovým, pocit bezpečí apod. Objektivní indikátory jsou naděje na dožití, úroveň kriminality, úroveň chudoby, počet pracovních hodin za týden apod. Mezi subjektivními a objektivními faktory ve výzkumech nebývá vysoká korelace (Galloway, 2006).

Grégoire, Bouffard a Vezeau (2012) zjistili, že lidé soustředící se na rozvoj mindfulness a jsou pozornější a bdělejší měli více zaujetí a autonomní motivace pro plnění svých osobních cílů. Tento fakt následně umocňuje jejich well-being. Tvrdí, že mindfulness má příznivý dopad na zvyšování kvality života.

4.1.3 ŠTĚSTÍ

Hartl a Hartlová (2015, 594 – 595) štěstí definují následovně: „*I pocit těl. i duš. blaha, bez tlaku neuspokojené potřeby 2 plnost bytí, vědomí, seberealizace 3 patologicky š. nalézáno v bolesti.*“ I podle Egera a Haarvad Maridala (2015) se jedná o momentální příjemný pocit. Způsobuje to afektivní komponenta štěstí, tedy to, jak dobře se jedinec cítí většinu času, tzn., do jaké míry převažuje pozitivní emoce nad tou negativní (Michalos, 2014).

Štěstí má podle Křivohlavého (2013) různý rozsah, dobu trvání, četnost výskytu, intenzitu i kvalitu. Jde o subjektivní stav (osobní zážitek). Jedná se o „*jev, který má vztah k našim snahám, cílům, nadějím, k našemu očekávání,*“ (tamtéž, 15). Může se projevit v krátkodobém zážitku i dlouhodobé náladě a má emocionální i kognitivní složku. Šťastní lidé jsou „*aktivnější, tvořivější, mají vyšší sociabilitu, jsou zdravější, lépe vzdorují nemocem a lépe zvládají konflikty a životní krize ... šťastní lidé jsou úspěšnější v mnoha*

oblastech lidské činnosti a v pozadí tohoto úspěchu je vyšší míra štěstí“ (Křivohlavý, 2009, 10). Podle Křivohlavého (2013) štěstí pro starší lidi znamená klid, pokoj a spokojenost.

Štěstí v užším slova smyslu se dá vyjádřit jako *hedonické štěstí*. Projevuje se „*přemírou fyziologických – smyslových (senzorických) zážitků ... hlavní psychologickou charakteristikou je emoce“ (tamtéž, 23)*. Synonymem je subjective well-being nebo psychological well-being a měříme ho pouze podle jeho intenzity. Hovoříme-li o štěstí v širším slova smyslu, pak jde spíše o kvalitu dobrého života. Můžeme ho nazvat *eudaimoniem*, což je „*radost z dobrého, moudrého a dobře prožitého celého života“ (tamtéž, 24)*, nebo autentickým štěstím. Charakteristikou jsou mu hodnoty a má více dimenzí (tamtéž).

Hamplová (2006) ve studii srovnávající štěstí v 21 zemích zjistila, že se genderově v pocitu štěstí nelišíme. Nalezla slabý záporný vztah s věkem, pravděpodobně i díky silné provázanosti štěstí se zdravím. Positivní korelaci našla mezi štěstím a partnerským vztahem i štěstím a finančním zajištěním. Podle Křivohlavého (2013) zdraví s pocitu štěstí koreluje silně ($r = 0,32$). Zdraví má vliv na spokojenost a naopak – oba směry byly nalezeny. Nejvíce nás činí šťastnými dobré vztahy s přáteli, radost z dobrého jídla, radost z dobrého pití, radost ze sexuálního vzrušení, zážitek úspěchu v některé důležité činnosti, pohyb v přírodě, poslech hudby apod.

Spangler a Palrecha (2004) ve své metaanalýze zjistili, že většina výzkumů se zaměřuje buď na měření hedonického well-beingu, nebo eudaimonického well-beingu, ale málo výzkumů oba pohledy kombinuje. Extraverze a neuroticismus, jež souvisí se subjektivním well-beingem, jsou silně spojené s pocitu štěstí⁹, ale osobní úsilí, které souvisí s širším pojetím well-beingu¹⁰, se štěstím spojené nebylo. Štěstí je podle nich závislé spíše na stabilních rysech osobnosti, jako je neuroticismus a extraverze, než na interakci prostředí a životních okolností.

4.1.4 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

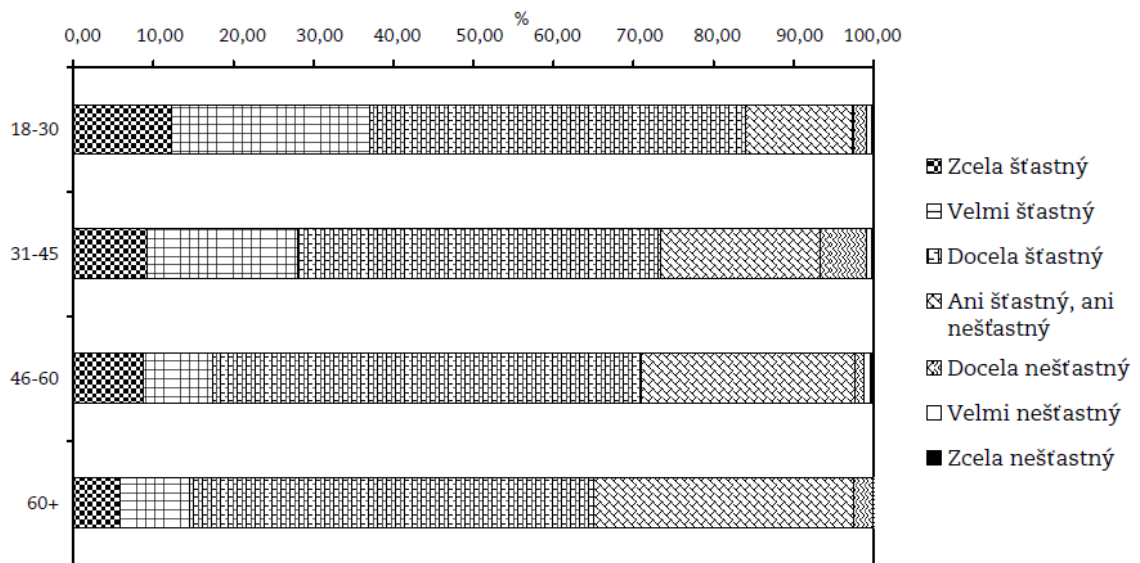
Zatímco štěstí je zážitek emoce, životní spokojenost je dlouhodobé kognitivní hodnocení života, tedy úsudek (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). I přesto spolu tyto dva koncepty sdílejí téměř polovinu rozptylu (Eger, & Haarvad Maridal, 2015).

⁹ Dá se srovnat se subjektivním štěstím, měří se jako součet životní spokojenosti, přítomnosti dobré nálady a nepřítomnosti špatné nálady (Spangler, & Palrecha, 2004).

¹⁰ Zahrnuje smysluplnost a sebeaktualizaci, autonomii, kompetence apod. (tamtéž).

Životní spokojenost má podle Hiršové (2005, in Heřmanová, 2012) dvě dimenze: dimenzi psychologickou (resp. sebedřijetí) a dimenzi sociální (resp. kladné vztahy k druhým lidem). Hamplová (2004) zjistila, že v české populaci životní spokojenost koreluje se vzděláním, soužitím s další osobou a dokonce i se spokojeností v práci ($r = 0,30$, $p < 0,01$). Spokojenost obyvatel České republiky podle věkových kategorií lze vidět na grafu 1:

Graf 1: Spokojenost obyvatel České republiky podle věkových kategorií



Zdroj: Hamplová (2004).

4.2 KVALITA ŽIVOTA Z HLEDISKA PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Výzkumy vztahu zdraví a kvality života mají velmi konzistentní výsledky. McCulloughand a Laurenceau (2004, in Hnilica, 2005) zjistili z 59 let dlouhé longitudinální studie na 1400 respondentech, že muži až do pokročilého věku (80 let a více) uváděli vždy o něco lepší subjektivní zdraví než ženy. Po 80. roce života se již úrovně nelišily. I přes to byl u obou pohlaví trend mírně negativní.

Dnes již klasická kniha *Psychologie zdraví* od Křivohlavého (2009) kvalitu života spojuje se zdravím, jež je silně narušováno mimo jiné stresem. Jeho zvládnání je dynamickým procesem ovlivněným množstvím faktorů, např. styly a strategiemi zvládnání, osobnostními charakteristikami apod.

Mezi osobnostní charakteristiky ovlivňující zvládnání stresu podle Křivohlavého (tamtéž) mimo jiné patří locus of control, nezdolnost, sense of coherence neboli smysl pro

integritu, self-efficacy neboli vnímaná osobní zdatnost, optimismus, kladné sebehodnocení apod.

Locus of control u seniorů zkoumali Rodin a Langer (1977). V rámci svého výzkumu vytvořili v domově pro seniory dvě skupiny. První měla po dobu několika měsíců možnost aktivně a svobodně upravit svůj denní program i pokoj, ve kterém bydleli. Druhá skupina měla úpravu aktivit nařízenou vedením. Po několika měsících se v první skupině u 93 % seniorů zlepšil fyzický i psychický stav, byli aktivnější a oproti druhé skupině měli nižší úmrtnost. V kontrolní skupině v 73 % případů došlo ke zhoršení psychického stavu. Svoboda a odpovědnost tedy podle jejich zjištění pozitivně koreluje se zdravotním stavem, z čehož autoři usuzují, že ponechání možnosti svobodné volby může zmírnit negativní důsledky stárnutí.

Nezdolnost znamená „*nedat se a bojovat s těžkostí*“ (Křivohlavý, 2009, 71) a resilience „*schopnost rychle se vzpamatovávat*“ (tamtéž). Lukáčová (2013) neprokázala vztah resilience k celkové životní spokojenosti ani pozitivnímu prožívání seniorů, ale zjistila, že prediktorem životní spokojenosti je dobrý zdravotní stav. Resilience v jejím výzkumu negativně korelovala s negativními emocemi a vysvětluje až 23 % jejich rozptylu. Wagnild (2003) zjistil, že resilience se pozitivně koreluje s úspěšným stárnutím. Bauman, Adams a Waldo (2001, in Šolcová, 2011) uvádějí jako nejvýznamnější faktor resilience seniorů sociální oporu, a to i v podobě domácích mazlíčků. Lavretskaja a Irwin (2007, in Šolcová, 2011, 160) poukázali na to, že „*resilience v pokročilém věku závisí na vnitřní kontinuitě myšlenek týkajících se vlastní osoby a životních cílů. Pro percepci vnitřní kontinuity jsou důležité vědomí a paměť, tudíž jsou-li narušeny kognitivní funkce, může být resilience v pokročilém věku narušena.*“

Sociální opora je důležitým činitelem psychického zdraví a je poskytována v rámci sociální sítě, jež sestává z osob ulehčujících danému člověku zátěžovou situaci. Je nutné rozlišovat mezi očekávanou a obdrženou sociální oporou. Složitým jevem je přiměřenost sociálních opor. Může se stát, že příjemce dostává sociální oporu, nicméně nemá z ní užitek, nepomáhá mu. Zhodnocení adekvátnosti sociální opory je zcela na příjemci a jeho interpretaci. Sociální opora pak nemusí mít vždy kladné výsledky, obzvláště při nepochopení či špatné interpretaci potřeb přijímajícího, nebo nátlaku poskytovatelů. (Křivohlavý, 2009). U seniorské populace se často můžeme setkat se sociální izolací, již definujeme jako „*opuštění lidmi jemu [danému člověku] nejbližšími, jeho ostrakizace až*

zvýšené sociální zavržení“ (tamtéž, 96). V rámci mezigenerační solidarity je obvyklé, že jde o obousměrnou pomoc, u níž se mění intenzita. Nejdříve rodiče podporují děti, později sami potřebují pomoc. Tento jev je častější u soužití rodičů a dětí v jedné domácnosti (Vohralíková, & Rabušic, 2004).

Majerová (2011) zjistila, že muži vykazují signifikantně vyšší míru celkové anticipované sociální opory a životní spokojenosti než ženy. Vyšší míru anticipované opory našla zároveň u seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů žijících v manželství.

Dále Křivohlavý (2013) uvádí smysluplnost života, důvěru a víru. Těm věnuji samostatnou podkapitolu.

4.3 RELIGIOZITA A SMYSLUPLNOST

Smysluplnost života je jednou z lidských potřeb, a má tedy vliv na kvalitu života a zdraví člověka (Ondrušová, 2011). Podle Křivohlavého (2013) jsou lidé s vyšší úrovní religiozity odolnější a šťastnější. Myers (2008, in Křivohlavý, 2013) uvádí, že nábožensky aktivní lidé lépe zvládají ztrátu životního partnera, depresi, těžké nemoci, ztrátu zaměstnání, rozluku, rozvod či úmrtí dítěte, mají slabší sklony k delikvenci, závislostem na drogách a méně páchají sebevraždy. Vliv zde má smysluplnost života, sociální opora od spoluvěřících, sebezpřijetí skrze odpuštění a naději, kterou jim víra dává, pomáhá i vděčnost, soucit a pokora.

Ve 28 let dlouhé studii *Alameda County Study* bylo sledováno několik tisíc pacientů a z jejich výstupů je patrné, že skupina pacientů, kteří uvedli, že chodí do kostela, vykazuje o 23 % nižší úmrtnost než druhá skupina, jejíž členové kostel nenavštěvovali. Dále bylo zjištěno, že u skupin s nejvyšší frekvencí návštěv kostela je o 36 % nižší mortalita než u skupin, které do kostela chodily jednou za měsíc a méně (Strawbridge, Cohen, Shema, & Kaplan, 1997).

Ondrušová (2011) ve své publikaci *Stáří a smysl života* uvádí, že smysl života a stáří jsou často spojované pojmy podobně, jako je smysl života spojován i s dospíváním a střední dospělostí. Ve stáří jsou časté otázky po naplněnosti života, jeho smyslu a směřování, jejichž význam stoupá s prodloužováním střední délky života. Vynořují se existenciální otázky, pocity blízkosti smrti, snaha o adaptaci na změny a omezení a ztráty. Přehlížení těchto témat může způsobit krizi a ztrátu psychického i fyzického zdraví.

Faktory ovlivňující smysluplnost života seniorů jsou „*angažovanost v aktivitách, hodnotách, udržování optimismu a kultivování duchovní složky života a religiozita ... tvořivost, vztahy k druhým, sebepřesah, potěšení v životě a naději do budoucna*“ (Wong, 1998, in Ondrušová, 2011, 88). Halama (2007, in Ondrušová, 2011) uvádí také cílevědomost a schopnost vydržet na cestě za hodnotnými cíli i přes úbytek výkonnosti. Mezi faktory Ondrušová (2011) přidává užitečnost. Proto služba druhým, nějaká forma dobrovolnictví nebo pomoci druhým může zvýšit pocit smysluplnosti. Pro seniory ze západních zemí je běžnější pomáhat v neziskových organizacích a sociálních službách jako dobrovolníci než pro české seniory (Gonçalves Marques, Serdio Sánchez, & Palacios Vicario, 2014; Bowling, 2007).

V období třetího a čtvrtého věku se můžeme setkat s tzv. gerontotranscendencí. Vágnerová (2007) ji definuje jako odklon od reálného světa na základě vědomí všech svých omezení a limitované budoucnosti. Jedná se o Eriksonův (1999) pojem, který vysvětluje jako proces, jenž se objevuje v pokročilém stáří, a je považován za poslední stadium růstu k moudrosti. Senior se přestává zajímat o běžné starosti kolem sebe a soustředí svou pozornost v modlitbě či meditaci. Tento proces je spojen s růstem životní spokojenosti a vede k sebepřesahu. Dá se popsat i jako nalezení klidu a pokoje.

Člověk o své víře více přemýšlí, podle Grüna (2009, in Ondrušová, 2011) dochází ke krizi víry, protože starý člověk má za sebou bolestné zkušenosti, jež ho nutí pochybovat o tom, v co dříve neochvějně věřil. Podle Vágnerové (2007) víra tyto zkušenosti pomáhá přijmout a negativní události překonat. Důležitá je podle ní i role církve a společenství kolem ní, které mohou být pro seniora sociální a duchovní oporou. Kass, Friedman, Lesserman, Zuttermeister a Benson (1991) našli pozitivní vztah mezi hlubokými spirituálními zážitky a úbytkem medicínských symptomů. Také Kováč (2001, in Ondrušová, 2011) a Tavel (2007) předpokládají, že spiritualita a religiozita mají vliv na smysluplnost života, zdraví i kvalitu života. Frankl (1998) považuje smysl a životní cíl za významné salutogenní faktory pro psychické i fyzické zdraví, což potvrzují mnohé studie (Wong, 1998, in Ondrušová, 2011; Reker, 1997, 2011; Farský, Žiaková, Ondrejka, & Čáp, 2006).

Ve výzkumu Vohralíkové a Rabušice (2004) o českých seniorech zjišťujeme, že 63,7 % lidí starších 60 let uvádí, že jsou věřící, a toto procento narůstá s věkem. 84,5 % z nich se hlásí k římskokatolické církvi, 4,3 % k Církvi československé husitské a

Českobratrské evangelické církvi. Ve věkové kategorii 60+ se k nějaké církvi přihlásilo 67,6 % žen a 58 % mužů.

Kačmárová (2012) u slovenských seniorů zjišťovala vztah mezi konceptem Boha, kvalitou života a osobnostními charakteristikami. Našla pozitivní korelaci mezi extravertí a city vůči Bohu (vnímané jako blízkost a bezpečí, ale i mystické představy a představy o Bohu jako o ochraně/pořádku). Dále našla negativní vztah mezi neuroticismem a kvalitou života seniorů. Autorka uvádí, že chybí výzkumy u nás i v zahraničí, které by se zabývaly konceptem Boha ve vztahu ke kvalitě života ve spojení s osobností, obzvláště u seniorů.

4.4 KVALITA ŽIVOTA A GENDER

Hnilica (2005) našel v rámci svého přehledu výzkumů o kvalitě života nekonzistentní výsledky z hlediska genderu. Inglehart (1990, in Hnilica, 2005) prováděl výzkumy mezi lety 1980 a 1986 na cca 170 000 respondentech, ale rozdíl mezi pohlavími nenašel. Smith a Baltes (1998) zjistily, že muži jsou se svým životem spokojenější a prožívají méně negativních emocí. K závěru, že gender má vliv na kvalitu života, došli i Pinguart a Sorensen (2001). Wood, Rhodes a Whelan (1989) provedly metaanalýzu 78 studií, z nichž 18 bylo reprezentativních pro USA, a v nich vyšla signifikantně vyšší kvalita života u žen. Také zjistily, že manželství přispívá ke zlepšení kvality života, zejména u žen. Jejich výsledek je možná ovlivněn právě tím faktem, že většina respondentek v těch 18 studiích byla vdaná. V České republice Hraba, Lorenz, Lee a Pecháčková (1995) zjistili, že muži byli signifikantně méně úzkostní, depresivní a méně somatizovali.

4.5 KVALITA ŽIVOTA A VĚK

Hnilica (2005) našel i v souvislosti s věkem velmi nekonzistentní výsledky. Některé závěry ukazují minimální rozdíly mezi věkovými skupinami (např. Fugl-Meyer, Melin, & Fugl-Meyer 2002). Jiné ukázaly výrazně vyšší spokojenost u mladých respondentů. Sestupný trend se postupně s věkem zpomaloval, nakonec docházelo až ke zlepšení (např. Rodgers, 1982, in Hnilica, 2005). Další výzkumy ukázaly seniorskou populaci jako nejspokojenější a po celou dospělost mírně stoupající trend (např. Clemente, & Sauer, 1976). Strenger (2010) na výzkumném vzorku 21 000 respondentů zjistil, že lidé ve věku nad 70 let se cítili subjektivně nešťastnější, nejméně pak lidé ve středním věku. Hyde, Maher a Elavsky (2013) uvádějí, že i když se lidé středního věku často stáří obávají, spokojenost obvykle s věkem roste a přibývá pozitivních emocí. Obvykle tato křivka roste

až do 70 let (svého vrcholu dosahuje mezi 65. a 70. rokem). Poté mírně klesá. Starším lidem se obvykle daří lépe si volit cíle při srovnávání zisků a ztrát, volí pak age-appropriate cíle.

Inglehart (2002) prováděl analýzu výzkumů, které probíhaly mezi roky 1981 až 1997 v 65 zemích, a zjistil, že rozdíly mezi pohlavími ve spokojenosti jsou moderovány věkem, a to tak, že ženy pod 45 let jsou šťastnější než muži ve stejné věkové skupině, ale po 45. roce života je to naopak. Tyto výsledky byly nalezeny i v České republice, avšak týkaly se jen 10 % českých respondentů, kteří uvedli, že jsou velmi šťastní (ostatní do analýzy nezahrnoval).

Dragomirecká a Šelepová v letech 2001 až 2004 spolupracovaly na mezinárodním výzkumu kvality života u seniorů. Celkem bylo ve výzkumu 23 výzkumných center na čtyřech kontinentech. Ze skupinových rozhovorů vytrídili výzkumníci tato základní témata: „*zdraví (duševní, emocionální – pozitivní myšlení, fyzické), aktivita (denní činnosti, koníčky, práce), sociální vztahy (rodina, přátelé, společnost, postoje, diskriminace), životní podmínky (peníze, zdravotní a sociální péče, doprava, znečištění, bezpečnost, služby)*“ (Dragomirecká, & Šelepová, 2004, 95). Zjistili ale i témata, o kterých se hovořilo málo nebo vůbec: „*tělesný vzhled, stravovací návyky, sexualita, víra, smrt, schopnost pracovat*“ (tamtéž). Muži zdůrazňovali více než ženy důležitost sexuálního života a dosažených životních úspěchů. Ženám naopak více záleželo na tělesném vzhledu, schopnosti oprostít se od negativních projevů, schopnosti se pohybovat, postarat se o své denní potřeby, nezávislosti na lécích, pocitu bezpečí, fungování smyslů a pozitivním postoji ke smrti a umírání (tamtéž).

V celonárodní kanadské studii *A Nation for All Ages? A Participatory Study of Canadian Senior's Quality of Life in Seven Municipalities* z roku 2002 vychází, že pro seniory je velmi důležitá sociální síť, kontakt s ostatními. Špatně nesou infantilizaci a ageismus, jednání bez respektu a bez ohledu na jejich názor. Silně vnímají úroveň zdravotní péče, dostupnost služeb a kvalitu bydlení. Profesionální pracovníci, kteří se seniory pracují a pečují o ně, zdůrazňují sebe-obraz seniorů ovlivňovaný médií (Vaňurová, & Mühlpachr, 2005).

Longitudinální studie Harvard Grant Study započatá v roce 1939 (a stále probíhající) je zaměřená na biopsychosociální vývoj člověka. Z jejích výsledků vyplývá mimo jiné, že zdraví i štěstí nejvíce ničí zneužívání alkoholu, manželství sedmdesátníků bývá

uspokojivější než dříve v jejich životě a celoživotně udržované zvyky mají na chování po 80. roce života větší vliv než genetické faktory (Vaillant, 2012).

4.6 KVALITA ŽIVOTA ČESKÝCH A SLOVENSKÝCH SENIORŮ

V 80. a 90. letech byla na našem území měřena kvalita života seniorů pomocí Vizuelní analogové stupnice (VAS) od Krivohlavého (Dragomirecká, & Šelepová, 2004). Kožený a Tišanská přeložili v roce 2002 Geriatrickou stupnici životního postoje a v roce 2004 Dotazník životní spokojenosti LISIA. Oba nástroje ověřovali na souborech českých senierek. Tito autoři v rámci ověřování LISIA zjistili, že úspěšná adaptace na stáří je ovlivněna mírou sociální opory (Kožený, & Tišanská, 2004). V dalším výzkumu prokázali, že životní spokojenost je ovlivňována extravertizací a neuroticismem (Kožený, & Tišanská, 2005).

Dle Dragomirecké (2007, in Šolcová) je nejsilnějším prediktorem kvality života u seniorů deprese. Dále uvádí přítomnost partnera/partnerky v životě, úroveň hmotného zabezpečení, vzdělání a věk. Hrabovská (2006, in Šolcová, 2011) pak tvrdí, že samostatně žijící senioři jsou spokojenější než ti, žijící v domovech pro seniory. Vohralíková a Rabušic (2004) zase zjistili, že kvalitu života českých seniorů nejvíce ovlivňuje materiální zabezpečení, zdravotní a rodinný stav, situace v rodině, kvalita bydlení, dostupnost zdravotně sociálních služeb a možnosti volnočasových aktivit, v jejichž rámci udržují své sociální kontakty. Podle Kuchařové (2002, in Vohralíková, & Rabušic, 2004) 9 % českých seniorů považuje stáří za nejlepší etapu svého života. Obecně nahlízejí čeští senioři na život spíše optimisticky a pozitivně. Ve věkové kategorii 75+ hodnotí 54 % mužů a 44 % žen kvalitu svého života jako dobrou. Podrobněji viz Tabulka 1.

Tab. 1: Hodnocení kvality života podle věkových kategorií

věk	kvalita života hodnocena respondenty jako									
	velmi dobrá		dobrá		běžná		špatná		velmi špatná	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
55-64	9,6	6,8	40,1	38,9	40,8	50,0	7,6	4,3	1,9	-
65-74	12,3	14,6	44,3	34,6	39,3	46,9	4,1	3,9	-	-
75+	3,4	6,2	50,9	38,1	37,3	45,3	8,4	8,3	-	2,1
celkem	10,6	10,4	43,2	37,5	41,1	46,3	4,5	4,6	0,6	1,2

Zdroj: Papeš et al. (2000, in Vohralíková, Rabušic, 2004).

Gurková (2011, 167–168) říká, že se v rámci výzkumů často objevují témata „*autonomie, soběstačnost, schopnosti rozhodování, absence bolesti a utrpení, zachování*

smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standard, pocit užitečnosti pro jiné, určitý stupeň pocitu štěstí a další.“

Kačmárová (2013) ve svém výzkumu měřila kvalitu života slovenských seniorů několika nástroji, konkrétně Subjective Assessment of QOL, který měří duševní, fyzické, sociální, environmentální, kognitivní a spirituální oblast, a SEIQoL. Z výsledků výzkumu vychází, že faktory ovlivňující život seniorů jsou fyzické, kognitivně-psychologické, environmentální, spirituální a sociální. Zdraví bylo zmíněno 92 % seniorů a jeho důležitost vyčíslila na 33,83. Další faktory viz Tabulka 2. Výsledky SEIQoL jsou velmi příznivé. Dosahují 68,03 % (100 % je maximum), což znamená, že kvalita života respondentů je dobrá. Naopak Heřmanová (2012) zjistila, že čeští seniori jsou nejméně spokojenou věkovou skupinou. Čeští seniori uváděli, že se jim těžko navazují nová přátelství, že jim chybí tolerance vůči sobě a že jim stáří připadá těžší, než předpokládali (Bužgová, & Klechová, 2011).

Pokud bychom hledali genderové odlišnosti, pak jsou pro kvalitu života starších žen více podstatné děti, vztahy a přátelé, zatímco pro jejich protějšky je důležitější fyzické zdraví a náboženství (Nemček, 2011).

Tab. 2: Četnosti a důležitost jednotlivých oblastí kvality života seniorů

oblasti	početnost (n)	důležitost oblasti v %
zdravie	100	33.8
rodina	81	30.7
finančné zabezpečenie/peniaze	64	14.0
duchovný život/viera	28	18.6
záľuby/voľný čas/hobby	26	10.4
medziľudské vzťahy	23	18.6
práca	20	12.8
životné/prírodné prostredie	19	11.1
priatelia	18	10.7
bývanie/podmienky bývania	14	17.5
politická situácia/pomery	14	6.9

Poznámka: početnosť (n) – predstavuje počet osôb z výskumného súboru, ktoré túto oblasť uviedli

Zdroj: Kačmárová (2013).

Vidovičová a Petrová Kafková (2012) zkoumaly aktivitu seniorů ve velkých městech. Zjistily, že čím je člověk starší, tím více vyhledává aktivity v místě svého bydliště a to se tím pádem stává mnohem důležitějším pro jeho kvalitu života. Na četnost aktivit má podle výsledků regresní analýzy největší vliv zdraví a pocitu štěstí a bezpečí. Naopak na ni nemá

vliv vzdělání, věk ani pohlaví jedince. Aktivnější jsou senioři žijící v domech (to jim totiž poskytuje více možností aktivit) a senioři, kteří mají s kým něco podnikat.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY

Předchozí tři kapitoly byly snahou o přiblížení velmi široké problematiky vědeckého pojetí některých komponent seniorského věku, osobnosti a kvality života. Všechny tři koncepty samostatně jsou prozkoumány důkladně a byly zjištěny i vztahy mezi nimi navzájem. Z výše uvedených výzkumů vyplývá, že v průběhu života se člověk mírně introvertizuje a mění se jeho kvalita života. V této otázce není dosaženo shody. Byly nalezeny genderové rozdíly v kvalitě života i míře extravertizace a neuroticismu. Sociální opora má na kvalitu života taktéž vliv a výzkumy ukazují, že lidé v manželském svazku nebo žijící ve společné domácnosti s další osobou udávají i vyšší míru kvality života.

Výzkumným problémem je jednak souvislost extravertizace a neuroticismu s kvalitou života u seniorů ve starobním důchodu, druhá některé demografické oblasti související s kvalitou jejich života.

Hlavním cílem výzkumu bylo nalézt souvislost mezi kvalitou života a extravertizací, neuroticismem a některými demografickými charakteristikami, a to u seniorů ve starobním důchodu. Dílčích cílů výzkumu je pak více:

- 1) Prozkoumat souvislost mezi extravertizací kvalitou života u seniorů ve starobním důchodu.
- 2) Prozkoumat souvislost mezi neuroticismem kvalitou života u seniorů ve starobním důchodu.
- 3) Nalézt rozdíl v míře kvality života u seniorů ve starobním důchodu podle toho, zda žijí v domácnosti sami, či s další osobou.
- 4) Nalézt genderové rozdíly v kvalitě života u seniorů ve starobním důchodu.
- 5) Zjistit, zda ženatí muži mají vyšší kvalitu života než vdané ženy.

V pojetí extravertizace a neuroticismu vycházím z pojetí Hanse Eysencka a měřím je českou standardizovanou metodou DOPEN (Ruisel et al., 1982), vycházející z původní verze PEN. Kvalitu života měřím dotazníkem Anne Bowling (2009) OPQOL-35, jež pro Českou republiku zatím standardizaci nemá.

Výsledky výzkumu mohou sloužit k podpoře kvality života seniorů. V přípravě na vlastní stáří a důchodový věk lze poznatky vzít v úvahu v plánování aktivit. Hlavní přínos

vidím pro edukaci seniorů o výhodách a nevýhodách některých osobnostních a těžko ovlivnitelných faktorů (např. soužití s další osobou ve společné domácnosti) pro jejich kvalitu života a normalizaci prožívání kvality jejich života v souvislosti se zmíněnými faktory.

Výzkumné hypotézy:

H₁: Extraverze u seniorů pozitivně koreluje s kvalitou života.

H₂: Neuroticismus u seniorů negativně koreluje s kvalitou života.

Výzkumy podporují názor, že extraverze koreluje s vyšší mírou kvality života, zatímco neuroticismus s ní koreluje spíše negativně (např. Tišanská, & Kožený 2005; Dubayová, Nagyová, Havlíková, Rosenberg, Gdovinová, Middel, Van Dijk, & Groothoff, 2008; Bobić, 2012; Francis, 1998). Tyto výsledky se objevují i u seniorské populace (Kožený, & Tišanská, 2005; Kačmárová, 2012).

H₃: Senioři žijící ve společné domácnosti s další osobou/osobami uvádějí vyšší míru kvalitu života.

Velmi podobnou hypotézu verifikovala Kačmárová (2012) u slovenských seniorů a našla signifikantní vztah.

H₄: Muži uvádí vyšší míru kvality života než ženy.

Ač Hnilica (2005) nenašel shodu mezi výzkumníky v genderové otázce pro kvalitu života, přiklání se k názoru, že muži budou uvádět vyšší kvalitu života, a to na základě výzkumů Smith a Baltes (1998) a Pinquarta a Sorensena (2001).

H₅: Ženatí muži uvádí vyšší míru kvality života než vdané ženy.

Z výše uvedených výzkumů vyplývá, že muži uvádějí vyšší kvalitu života než ženy. Jiné výzkumy to ale popírají (např. Inglehart, 1990, in Hnilica, 2005; Wood, Rhodes, & Whelan, 1989). Domnívám se, že zde působí nějaká nezjištěná intervenující proměnná. Může to souviset i s mírou sociální opory, které podle Majerové (2011) dostávají muži více než ženy. Rozhodla jsem se proto otestovat, zda ženatí muži mají vyšší kvalitu života než vdané ženy.

6 POUŽITÉ METODY

6.1 DOPEN

DOPEN, jehož autorem je Imrich Ruisel et al. (1982), je tuzemskou standardizovanou verzí Eysenckova osobnostního dotazníku EPQ.

První verze byla vytvořena na základě zahraniční a domácí literatury a vlastních výzkumů s použitím EOD, PEN a EPQ. Ta měla 139 položek a po administraci na 412 respondentech byla podrobena položkové a frekvenční analýze. Výsledky vnitřní konzistence považují autoři za uspokojivé, koeficienty vnitřní konzistence škál P (0,63), E (0,70), N (0,86) a L (0,66) byly počítány ze souboru 213 probandů z běžné populace. Test-retest reliabilita byla ověřována na 206 respondentech s intervalem 5 týdnů a koeficienty dependability jsou následující: P (0,72), E (0,84), N (0,81) a L (0,80; Ruisel et al., 1982).

Nejpropracovanější jsou škály neuroticismu a extraverte. O škále psychoticismu a její využitelnosti jsou vedeny diskuse. L škálu považují autoři jen za indikátor disimulace, ač Eysenck a Eysenck (1975, in Ruisel, et al., 1982) tvrdí, že měří určitý stabilní osobnostní rys sociální naivity. Problémem je ortogonalita škál, která není stoprocentně prokázána ani v původních Eysenckových studiích. Nejvíce se diskutuje o nezávislosti dimenzí psychoticismu a neuroticismu. Dotazník je vytvořen tak, aby byla zajištěna nezávislost na inteligenci. Dotazník je srozumitelný i pro osoby s nižší inteligencí, jež neměly větší problémy s chápáním významů (blíže autoři nehovoří).

Konečná verze DOPEN byla standardizována pro naši populaci. Autoři se snažili o reprezentativní vzorek z hlediska pohlaví, věku, velikosti měst i zaměstnaneckých skupin. Autoři nenašli rozdíl mezi pohlavími, ale zjistili věkový trend. Muži se s věkem introvertizují, u obou pohlaví klesá neuroticismus, ač stále zůstává u žen vyšší. I v dimenzi L ženy skórují výše. Autoři vytvořili normy zvlášť podle pohlaví a upozorňují, že jakmile bude shromážděn dostatečný počet dat, bude na místě vytvořit normy i pro jednotlivé věkové skupiny (Ruisel et al, 1982).

6.2 OPQOL-35 A OPQOL-13

Autorka nástroje OPQOL Anne Bowling se v letech 1999 a 2000 podílela na reprezentativní studii o kvalitě života ve Velké Británii. Tento výzkum *Growing Older Programme on Extending Quality of Life* zjišťoval formou otevřených otázek u 999

respondentů ve věku nad 65 let, co přispívá kvalitě jejich života, co ji redukuje a jaké mají priority. Tito respondenti navíc zaznamenali míru kvality svého života na sebeposuzovací škále a pomocí dalších strukturovaných nástrojů. (Šolcová, 2011). Následně bylo provedeno 80 hloubkových rozhovorů. Získaná data pak měla povahu kvantitativní i kvalitativní a byla z oblasti sociální, psychologické, environmentální, osobnostní a oblasti zdraví. Na základě této rozsáhlé studie pak vznikl multidimenzionální dotazník *Older People's Quality of Life Questionnaire* (OPQOL), jenž má 35, nebo 32 položek (kratší verze je používána ve follow-up studiích). Respondenti dávali vysoký význam sociálním a psychickým zdrojům, zdraví a fungování, sousedství, adekvátní finanční situaci a nezávislosti – tyto pak tvoří hlavní témata dotazníku (Bowling, 2009).

Po analýze otevřených odpovědí seniorů na to, jaké věci zlepšují jejich život, byl vytvořen tento přehled¹¹ (tamtéž):

- vztahy (uvedeno v 81 % případů),
- sociální role a aktivity (60 % případů),
- samostatné aktivity (48 % případů),
- zdraví (44 % případů),
- životní postoj a well-being (38 % případů),
- domov a sousedství (37 % případů),
- finanční okolnosti (33 % případů),
- nezávislost (27 % případů).

Po otestování, zredukování položek a znovu otestování reliability je výsledkem 35-32-položkový dotazník mající tu metodologickou výhodu, že odděluje základní prvky kvality života od jejích následných efektů (tamtéž). Jednotlivé položky mají charakter Likertovy položky a škálu o 5 bodech (1: „Naprostě nesouhlasím“, 5: „Naprostě souhlasím“). Subškály dotazníku jsou život obecně (4 položky), zdraví (4 položky), vztahy a sociální participace (7, nebo 8 položek), nezávislost, kontrola nad životem a well-being (4 položky), okolí - domov a sousedství (4 položky), psychologický a emocionální well-being (4 položky), finanční okolnosti (4 položky), náboženství/kultura (2 položky, chybí ve follow-up studiích). Škála výsledků může variovat mezi 35 (horší být nemůže) a 175 (lepší být nemůže) body, mezi 32 a 160 body ve follow-up studiích (tamtéž).

¹¹ Tyto odpovědi byly konsistentní s uváděnými faktory, které kvalitu života zhoršují.

Normy byly vytvořeny pro populaci starší 65 let ve Velké Británii. Validita pak byla měřena na třech fokusních skupinách, z nichž jedna byla etnicky rozmanitá (Bowling, 2009). Jednorozměrná analýza zahrnovala testy chí kvadrát a výpočet ukazatelů validity a reliability. Pro stanovení vnitřní konzistence byl využit Cronbachův koeficient alfa, korelační koeficienty jednotlivých položek mezi sebou i položek s příslušnými škálami (provedeno s pomocí programu SPSS 13), dále byla vypočítána test-retest reliability, vnitroskupinová korelace a odhad validity s pomocí Spearmanova korelačního koeficientu s teoreticky relevantními proměnnými. Prediktivní validita nástroje QoL pro relevantní proměnné, které v jednorozměrné analýze vykazovaly signifikantní vztah ($p < 0,05$), byla zkoumána pomocí regresní analýzy. Byla použita hierarchická regrese, kde byly jednotlivé nezávislé proměnné vkládány v pořadí dle jejich teoretické významnosti. Hladina významnosti byla stanovena na hodnotu 0,05. Korelace mezi nezávisle proměnnými nepřekračovaly hodnotu 0,732; výsledky příslušných testů nedetekovaly přítomnost multikolinearity (Bowling, 2009, podle Daniela Dostála: osobní sdělení, 9. 11. 2016).

Korelace s genderem se jako signifikantní neprojevila, na rozdíl od věku, který s kvalitou života koreluje negativně. Ženatí/vdané mají z výsledků OPQOL lepší kvalitu života než lidé svobodní (Bowling, 2009).

Podle Kačmárové (2012) nástroj umožňuje pracovat s hrubým skórem jednotlivých subškál, ale i s hrubým skórem celého dotazníku. V dalším článku (Kačmárová, 2013) zaměřeném nástroje měření kvality života hodnotí dotazník OPQOL dostatečně validní a reliabilní, avšak ve srovnání s WHOQOL-OLD a CASP-19 vychází lépe jen u britské populace.

V České republice není dotazník OPQOL standardizovaný, avšak Mareš, Cigler a Vachková (2016) jej testovali na české populaci. Výsledky poukazují na vysokou validitu i reliabilitu (Cronbachova alfa je mezi 0,726 a 0,905). Upozorňují však na nadměrnou délku dotazníku pro klinické účely a pracují na jeho zkrácení. Oproti původní britské verzi (8 faktorů) faktorová analýza ukázala 7 faktorů. Míra autonomie je v pozitivním vztahu s kvalitou života, stejně tak jako soběstačnost. Senioři svobodní, v manželství nebo v partnerském vztahu jsou spokojenější než senioři ovdovělí. Krátkou verzi vytvořila i Bowling, Hankins, Windle, Bilotta a Grant (2013) jako OPQOL-Brief o 13 položkách, kterou testovala v národní studii (ve Velké Británii) mezi seniory nad 65 let žijících v domácnosti.

7 PRŮBĚH VÝZKUMU

V dotazníkovém šetření jsem využívala dva výše zmíněné nástroje, a to DOPEN (Ruisel et al., 1982) a OPQOL-35 (Bowling, 2007). Před samotným výzkumem jsem musela přeložit dotazník OPQOL do češtiny. Kromě překladu dvou psychologů mluvících anglicky na úrovni C1 jej přeložila ještě profesionální překladatelka s vysokoškolským vzděláním. Ze všech tří překladů jsem vybrala a poskládala podle vlastního úsudku nejvhodnější formulace a v pilotní studii, která proběhla mezi 10. a 15. listopadem 2016, jsem dotazník ověřila. Cronbachova alfa byla v programu Statistica 12 stanovena na 0,75 (n=14). Některé položky ale korelovaly negativně, a proto jsem těchto pět položek z dotazníku vynechala.¹² Po jejich odstranění se reliabilita zvedla na 0,84, avšak za cenu ztráty možnosti srovnání s jinými výzkumy využívajícími OPQOL-35.

Distribuovaný nástroj měl na titulní straně informace o výzkumu a kontaktní údaje. Na další straně byl oddíl demografických údajů o respondentovi, kde jsem zjišťovala rok narození, pohlaví, rodinný stav respondenta, zda má, nebo nemá děti a zda žije v domácnosti sám, nebo s další osobou. Následoval dotazník DOPEN obsahující jen položky měřící neuroticismus a extraverci (celkem 52 otázek). Na dalších stranách byl dotazník OPQOL zkrácený o 5 položek (celkem 30 výroků). Velikost písma byla 13 bodů (font Times New Roman), aby byl text pro seniory snáze čitelný.

Ve stejné době, v jaké probíhala pilotní studie, jsem oslovila Magistrát města Olomouce s žádostí o spolupráci s místními kluby pro seniory. Tato žádost byla zamítnuta kvůli přílišnému množství studentských žádostí o umožnění provést své výzkumy na olomouckých seniorech. Proto jsem se rozhodla telefonicky oslovit instituce spolupracující s Radou seniorů ČR, které nejsou v blízkosti Prahy a Olomouce, kde je velké množství studentů humanitních oborů. Jednalo se především o kluby pro seniory nebo válečné veterány a rodinná centra. Také jsem oslovila některé univerzity třetího věku. Po souhlasu vedení instituce jsem mailem zaslala e-mail s podrobnějšími informacemi o výzkumu a poštou na místo zaslala určitý počet dotazníků s žádostí o zaslání balíku s vyplněnými dotazníky zpět. Ve většině institucí jsem se setkala s pozitivním přijetím, zájmem

¹² Konkrétně jde o tyto položky:

Pol. č. 6: „Moji pohodu ovlivňuje bolest.“;

Pol. č. 7: „Můj zdravotní stav mě omezuje v péči o sebe nebo o domácnost.“;

Pol. č. 12: „Chtěl/a bych se o radosti života dělit s více lidmi.“;

Pol. č. 15: „Můžu dělat to, co chci.“ (reverzní pol.)

Pol. č. 33: „Mám jistou zodpovědnost za druhé, a proto se nemohu naplno věnovat svým koníčkům.“

o výsledky výzkumu a besedu na téma kvality života. Dále jsem oslovila lidi v mém okolí o distribuci dotazníků jejich příbuzným a známým ve starobním důchodu. Distribuce probíhala od 21. listopadu 2016 do 20. ledna 2017.

Tento kvantitativní výzkum proběhl metodou dotazníkového šetření, a to pro jeho snadnou distribuci velkému množství probandů v krátkém časovém úseku. Výhodou je i fakt, že respondent může dotazník vyplnit v pohodlí domova, v době a trvání, které vyhovuje jemu, v plné anonymitě. Nižší návratnost byla očekávaná. Dotazník DOPEN byl vybrán proto, že je pro naši populaci standardizovaný, a pro výborné klinické výsledky. Dotazník OPQOL-35 byl vybrán pro jeho dobré výsledky na britské (multikulturní) i české populaci.

8 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základní soubor, na nějž je výzkum mířen, jsou čeští senioři pobírající starobní důchod. To splňují lidé narození před 1. lednem 1958. Tito lidé mohli do starobního důchodu¹³ odejít již 1. května 2016, což je do sběru dat přesně půl roku, kdy trvají důchodové líbánky (Thorová, 2015), které by mohly zkreslit výsledky. Spodní věková hranice je tedy 58 let. Není možné v rámci tohoto výzkumu zjišťovat míru jejich duševního zdraví, proto musíme předpokládat, že v souboru nebudou jen psychicky zdravé osoby. Určitým filtrem je podmínka nevyužívání ani jedné z následujících sociálních služeb (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.):

- 1) § 41 Tísňová péče,¹⁴
- 2) § 42 Průvodcovské a předčitatelské služby,¹⁵
- 3) § 50 Domovy se zvláštním režimem.¹⁶

Výzkumný soubor byl nalezen pomocí příležitostného výběru a samovýběru, jež jsou metody nepravděpodobnostní. Výzkumný soubor proto nemůžeme považovat za reprezentativní vůči populaci. Cílem bylo získání alespoň 112 dotazníků, aby síla testu 1- β byla 0,90 ($\rho = 0,30$, $\alpha = 0,05$). Rozeslala jsem do 10 institucí celkem 895 dotazníků

¹³ Jedná se o řádný, ne předčasný starobní důchod.

¹⁴ (1) Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, b) sociálně terapeutické činnosti, c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

¹⁵ (1) Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

¹⁶ (1) V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: a) poskytnutí ubytování, b) poskytnutí stravy, c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, f) sociálně terapeutické činnosti, g) aktivizační činnosti, h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

a dalších 43 jsem rozeslala seniorů, jež znala sama, nebo jim je distribuoval někdo z mého okolí. Návratnost byla 283 vyplněných dotazníků, což je 30,17 %. Z nich jsem musela vyřadit 41 dotazníků, jež buď neobsahovaly demografické údaje, nebo v nich zůstalo příliš mnoho nevyplněných položek. Do analýzy jsem tedy zařadila 242 dotazníků.

V rámci výzkumného souboru bylo 78,51 % žen a 21,49 % mužů, tedy 190 žen a 52 mužů. 51,24 % respondentů bylo v manželství (celkem 124 lidí), 30,58 % ovdovělých (74 lidí), 14,05 % rozvedených (34 lidí) a 3,31 % svobodných (osm lidí). Údaje o rodinném stavu nevedli dva lidé. 62,81 % respondentů (tedy 152 lidí) žilo s další osobou ve společné domácnosti, zatímco 34,30 % žilo o samotě (83 lidí). Sedm lidí tento údaj nevedlo. 94,63 % respondentů mělo aspoň jedno dítě (229 lidí) a 4,96 % bylo bezdětných (12 lidí).

Téměř polovina respondentů byla narozena mezi lety 1940 a 1949 (47,08 %). Pro bližší informace viz Tabulku 3.

Tab. 3: Četnosti z hlediska roku narození

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
1910 – 1919	1	0,42 %
1920 – 1929	5	2,08 %
1930 – 1939	43	17,92 %
1940 – 1949	113	47,08 %
1950 – 1959	78	32,50 %

9 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

Data jsem v první fázi přepisovala do programu Microsoft Excel 2007, kde byla připravována pro analýzu. Byla zkontrolována věková hranice. V případě, že chyběly demografické údaje, nebyl materiál využitý. U 12 respondentů, kteří uvedli, že jsou bezdětní, jsem vynechala odpověď u položky č. 10 v OPQOL¹⁷. Ke každému respondentovi jsem spočítala hrubý skór jako sumu položek, zvláště pro extraverci, neuroticismus i kvalitu života. Hranici pro chybějící data jsem stanovila na tři chybějící položky (včetně) pro DOPEN a dvě chybějící položky (včetně) pro OPQOL, při jejich překročení jsem již dotazník vyřadila z analýzy. Jinak jsem chybějící položky dopočítávala z řádkového průměru. Datovou matici s převrácenými reverzními položkami a hrubými skóry jsem převedla do programu Statistica 12.

Pro ověření reliability obou dotazníků jsem zvolila test vnitřní konzistence a vypočítala pro oba Cronbachův koeficient alfa. Normalitu rozdělení jsem zjišťovala pomocí Shapiro-Wilk testem a pomocí histogramů. U extraverce, neuroticismu i kvality života bylo normální rozdělení potvrzeno, a proto jsem pro testování hypotéz zvolila parametrické metody. Pro první a druhou hypotézu, jež vyjadřují vztah mezi extravercí a kvalitou života a neuroticismem a kvalitou života, jsem zvolila výpočet Pearsonova korelačního koeficientu a koeficientu determinace jako míry účinku. Třetí až pátá hypotéza se vyjadřují k rozdílu v kvalitě života mezi skupinami rozdělenými podle různých hledisek. Jejich testování jsem provedla přes t-test pro nezávislé skupiny. Podmínky normálního rozdělení a stejných rozptylů byly pro všechny tři testy splněny. Jako míru účinku jsem zvolila Cohenovo d a uvádím i intervaly spolehlivosti pro dané rozdíly mezi průměry skupin. Míry účinku byly dopočítávány opět v programu Microsoft Excel 2007.

¹⁷ Pol. č. 10: „Stýkám se se svými dětmi, což je pro mne důležité.“

10 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

10.1 RELIABILITA

Pro dotazník DOPEN byla změřena Cronbachova alfa $\alpha_1 = 0,79$ ($SD_1 = 7,13$, $N_1 = 213$). Průměrná míra neuroticismu byla $M_N = 10,68$ ($SD_N = 6,33$, $N_N = 242$, $CI_N = [9,88; 11,48]$) a průměrná míra extraverze $M_E = 13,80$ ($SD_E = 6,33$, $N_E = 242$, $CI_E = [13,12; 14,48]$).

Reliabilita dotazníku OPQOL dosahovala v koeficientu Cronbachovy alfy $\alpha_2 = 0,87$ ($SD_2 = 12,22$, $N_2 = 201$). Průměrná míra kvality života byla $M_{QOL} = 113,32$ ($SD_{QOL} = 11,75$, $N_{QOL} = 242$, $CI_{QOL} = [111,83; 114,80]$). Přehledně v Tabulce 4¹⁸.

Tab. 4: DOPEN a OPQOL

	N platných	Průměr (M)	Směr. odchylka (SM)	Int. spolehlivosti (CI) – 95 %	Int. spolehlivost (CI) + 95 %
Neuroticismus	242	10,68	6,33	9,88	11,48
Extraverze	242	13,80	5,40	13,12	14,48
Kvalita života	242	113,32	11,75	111,83	114,80

10.2 VÝSLEDKY ANALÝZ

V rámci ověřování prvních dvou hypotéz byly provedeny testy Pearsonova korelačního koeficientu a vypočítán koeficient determinace jako míra účinku. Extraverze s kvalitou života slabě, ale signifikantně pozitivně koreluje ($r_1 = 0,37$, $p < 0,025$, $R_1^2 = 0,136$) a neuroticismus s kvalitou života koreluje slabě, signifikantně a negativně ($r_2 = -0,33$, $p < 0,025$, $R_2^2 = 0,11$). Výsledky viz Tabulka 5.

Tab. 5: Výsledky testování H_1 a H_2 :

	Korelační koeficient (r_i)	Koeficient determinance (R_i^2)	Počet platných (N_i)
Extraverze a QOL	0,36	0,13	242
Neuroticismus a QOL	-0,32	0,11	242

¹⁸ Kvalita života je značena jako QOL.

Pro zjištění rozdílu mezi skupinou respondentů žijících o samotě a žijících s další osobou ve společné domácnosti byl zvolen t-test pro nezávislé skupiny. Jelikož je možné t-test provádět pouze za předpokladu normálního rozdělení a stejných rozptylů, provedla jsem před analýzou Shapiro-Wilk test a Levene test. Porušení normality nebylo zjištěno a rozptyly byly uznány jako stejné u této i všech dvojic testovaných skupin. Proto bylo možné provést t-testy pro H_3 , H_4 a H_5 .

Mezi skupinou seniorů žijících s další osobou ve společné domácnosti (skupina 1) a žijících o samotě (skupina 2) t-test ukázal v kvalitě života signifikantní rozdíl ($t_1 = 2,59$, $sv_1 = 233$, $p < 0,25$, $d_1 = 0,35$, $CI_1 = [0,99; 7,27]$). Vyšší kvalitu života uváděli lidé žijící ve společné domácnosti s další osobou.

Mezi muži (skupina 1) a ženami (skupina 2) nebyl v kvalitě života ($t_2 = 0,03$, $sv_2 = 240$, $p > 0,25$, $d_2 = 0,005$, $CI_2 = [-3,57; 3,69]$) nalezen statisticky významný rozdíl a nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

Ani mezi skupinou ženatých mužů (skupina 1) a vdaných žen (skupina 2) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ($t_3 = -0,37$, $sv_3 = 120$, $p > 0,25$, $d_3 = -0,07$, $CI_3 = [-5,45; 3,72]$).

Podrobné výsledky viz Tabulka 6.

Tab. 6: Výsledky testování H₃, H₄ a H₅:

	Průměr (skup. 1)	Průměr (skup. 2)	N platných (skup. 1)	N platných (skup. 2)	Směr. odchylka (skup. 1)	Směr. odchylka (skup. 2)	t	Stupně volnosti (sv)	Signifi- kance	Int. spoleh- livosti -95 %	Int. spoleh- livosti +95 %	Cohenovo d
H3: QOL a spol. domác- nost	114,99	110,86	152	83	11,74	11,54	2,59	233	0,005	0,99	7,27	0,35
H4: QOL a pohlaví	113,37	113,30	52	190	9,60	12,29	0,03	240	0,49	-3,57	3,69	0,005
H5: QOL a ženatí / vdané	114,04	114,91	37	87	8,50	12,92	-0,37	122	0,35	-5,45	3,72	-0,07

10.3 O PLATNOSTI HYPOTÉZ

V rámci výzkumu bylo testováno šest hypotéz pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a t-testu pro nezávislé skupiny. Byly vypočítány i míry účinku a pro t-testy také intervaly spolehlivosti pro upřesnění platnosti závěrů.

H₁: Extraverze u seniorů pozitivně koreluje s kvalitou života.

Korelační koeficient $r_1 = 0,37$ ($p < 0,25$) značí slabý pozitivní vztah, který je statisticky významný. Extraverze tedy pozitivně koreluje. Extraverti v kvalitě života vykazují vyšší míru než introverti. Kvalita života a extraverze spolu sdílejí 13,6 % rozptylu. **Hypotézu H₁ přijímáme.**

H₂: Neuroticismus u seniorů negativně koreluje s kvalitou života.

Korelační koeficient $r_2 = -0,33$ ($p < 0,25$) značí slabý negativní vztah, který je statisticky významný. Neuroticismus negativně koreluje s kvalitou života seniorů a vyšší míru kvality života vykazují emocionálně stabilní jedinci než ti emocionálně labilní. Kvalita života a neuroticismus spolu sdílejí 11 % rozptylu. **Hypotézu H₂ přijímáme.**

H₃: Seniori žijící ve společné domácnosti s další osobou/osobami uvádějí vyšší míru kvalitu života.

Statistika $t_1 = 2,59$ ($sv_1 = 233$, $p = 0,005$, $d_1 = 0,35$, $CI_1 = [0,99; 7,27]$) vypovídá o statisticky i klinicky významném rozdílu mezi skupinou seniorů, kteří bydlí s další osobou ve společné domácnosti, a skupinou seniorů, kteří žijí o samotě. **Hypotézu H₃ přijímáme.**

H₄: Muži uvádí vyšší míru kvality života než ženy.

T-test pro čtvrtou hypotézu neprokázal mezi skupinou mužů a skupinou žen statisticky ani klinicky signifikantní rozdíl ($t_2 = 0,03$, $sv_2 = 240$, $p = 0,49$, $d_2 = 0,005$, $CI_2 = [-3,57; 3,69]$). Pro přijetí H₄ nemáme dostatek důkazů a **hypotézu H₄ zamítáme.**

H₅: Ženatí muži uvádí vyšší míru kvality života než vdané ženy.

Z hlediska genderu mezi seniory v manželském svazku t-test statisticky ani klinický významný rozdíl nenašel ($t_3 = -0,37$, $sv_3 = 120$, $p = 0,35$, $d_3 = -0,07$, $CI_3 = [-5,45; 3,72]$). Nemáme dostatek důkazů pro přijetí páté hypotézy. **Hypotézu H₅ zamítáme.**

11 DISKUSE

Výzkum popsaný v této práci se zabývá kvalitou života a osobnostními rozdíly u seniorů ve starobním důchodu. Výzkumnými nástroji byly DOPEN (Ruisel et al., 1982) a OPQOL (Bowling, 2009; upravený po pilotní studii pro účely výzkumu). Hlavním cílem výzkumu bylo nalézt souvislost kvality života s extravertí, neuroticismem a některými demografickými charakteristikami, a to u seniorů ve starobním důchodu. Na tento hlavní cíl navazuje celkem pět výzkumných hypotéz, z nichž byly přijaty tři a zamítnuty dvě.

V souladu s těmi výzkumy, které podporují názor, že extraverte pozitivně koreluje s kvalitou života u dospělé a seniorské populace (např. Tišanská, & Kožený 2005; Dubayová, Nagyová, Hlavlíková, Rosenberg, Gdovinová, Middel, Van Dijk, & Groothoff, 2008; Bobić, 2012; Francis, 1998; Kačmárová, 2012) byl stanoven první dílčí cíl, a to prozkoumat souvislost mezi extravertí kvalitou života u seniorů ve starobním důchodu. Testovala jsem pak hypotézu H₁: Extraverte u seniorů pozitivně koreluje s kvalitou života. Tuto hypotézu můžeme přijmout, jelikož byl nalezen pozitivní, statisticky významný vztah. Kvalita života a extraverte sdílejí 13,6 % rozptylu. Znamená to, že senioři s vyšší mírou extraverte uvádějí i vyšší kvalitu života.

Stejně výzkumy, které zmiňují výše, zároveň našly negativní korelaci mezi neuroticismem a kvalitou života. Rozhodla jsem se otestovat i tuto hypotézu jako H₂: Neuroticismus u seniorů negativně koreluje s kvalitou života. Výsledky analýzy pearsonova korelačního koeficientu prokázaly signifikantní, negativní souvislost mezi proměnnými, které spolu sdílejí 11 % rozptylu. Senioři s vyšší mírou neuroticismu spíše uvádějí nižší kvalitu života.

Třetím cílem bylo nalézt rozdíl v míře kvality života u seniorů ve starobním důchodu podle toho, zda žijí v domácnosti sami, či s další osobou. Kačmárová (2012) ve svém výzkumu mezi skupinami našla statisticky významný rozdíl. Prokázaný vztah může souviset s mírou sociální opory a počtem sociálních interakcí, které mají senioři žijící s další osobou oproti těm, kteří žijí sami a sociální kontakty mají mimo domov, popř. přes telefon nebo počítač. Byla proto testována hypotéza H₃: Senioři žijící ve společné domácnosti s další osobou/osobami uvádějí vyšší míru kvalitu života. I zde hypotézu přijímáme, protože byl nalezen statisticky i klinicky významný rozdíl mezi skupinou seniorů, kteří žijí s další osobou ve společné domácnosti, a skupinou seniorů, kteří žijí o samotě.

Čtvrtým dílčím cílem bylo nalezení genderových rozdílů v kvalitě života u seniorů. Výzkumy a metaanalýzy nedocházejí k jednotným výsledkům. Inglehart (1990, in Hnilica, 2005) ve své metaanalýze výzkumů provedených v letech 1980 až 1986 rozdíl nenašel. Já jsem se přiklonila k názoru, že muži uvádějí vyšší kvalitu života, a to na základě výzkumů Smith a Baltes (1998) a Pinguarta a Sorensena (2001). Hypotéza H_4 byla stanovena následovně: Muži uvádí vyšší míru kvality života než ženy. T-test a Cohenovo d však ukazují, že pro její přijetí nemáme dostatek důkazů. Mezi kvalitou života mužů a žen nebyl nalezen statisticky ani klinicky významný rozdíl.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, zda ženatí muži mají vyšší kvalitu života než vdané ženy. Hypotéza H_5 zní: Ženatí muži uvádí vyšší míru kvality života než vdané ženy. A to nejen proto, že z výše uvedených výzkumů vyplývá, že muži uvádějí vyšší kvalitu života než ženy. Ale i proto, že podle Majerové (2011) muži dostávají více sociální opory než ženy. Rozhodla jsem se proto otestovat, zda ženatí muži mají vyšší kvalitu života než vdané ženy. Stejně jako pro předchozí hypotézu, ani pro potvrzení platnosti H_5 nemáme dostatek důkazů. Jelikož 124 respondentů (tedy 51 %) bylo v manželském stavu, dá se předpokládat, že jsou výsledky čtvrté a páté hypotézy výrazně propojené.

Kromě testování hypotéz tento výzkum přináší i informace o některých psychometrických vlastnostech nástroje OPQOL, který byl ale modifikován na základě výsledků pilotní studie. Jeho překlad byl pouze jednosměrný, tzn., že výsledná česká verze neprošla zpětným překladem do angličtiny, takže se nemůžeme vyjádřit k jeho kvalitě. Přesnost překladu jsem se snažila zajistit alespoň třemi překlady, které byly provedeny nezávisle jeden na druhém a které provedli mluvčí na úrovni angličtiny C1. Dva z nich byli studenti psychologie, jeden byl profesionální překladatel.

Pro účely výzkumu bylo z OPQOL vynecháno pět tvrzení, které v pilotní studii s celkovým výsledkem korelovaly záporně. Výsledná reliabilita je ale pro vybraný soubor uspokojivá ($\alpha_2 = 0,87$). Z tohoto a nemnoha dalších výzkumů na naší populaci vyplývá, že OPQOL je vhodné pro české seniory používat. Stále ale čekáme na standardizaci pro Českou republiku.

Výsledky výzkumu mohly být ovlivněny nereprezentativností souboru. Pro mnoho seniorů není snadné, ale ani možné dotazníky vyplnit, a to nejen kvůli množství otázek (celkem 82 položek), často jim to neumožňují zdravotní komplikace. Od odpovídání ohledně jejich kvality života mohly některé seniory ovlivnit např. finanční nedostatky, osamělost, deprese, demence, nedávné úmrtí blízké osoby či jiná okolnost, výrazně snižující kvalitu jejich života. V takových případech je pravděpodobné, že člověk spíše

odpovídat na otázky týkající se jeho kvality života. Pro jiné seniory není toto téma zajímavé, nebo se o výzkumu ani nedozvěděli. Ač byl zadaný termín pro odevzdání vyplněného dotazníku již před Vánoce, aby na záznamové archy nezapomněli, obdržela jsem cca 80 dotazníků ještě v novém roce. Snažila jsem se počkat a do analýzy zařadit co nejvíce respondentů. I přesto věřím, že mnoho respondentů archy nevyplnilo, nestihlo odevzdat, i když se zpočátku výzkumu chtěli zúčastnit.

Ohledně dotazníku DOPEN jsem několikrát obdržela e-mail, že respondenti nevědí, jak odpovídat, aby nezkazili výsledky výzkumu. I přes instrukci, která byla napsána přímo nad dotazníkem, a tučné zvýraznění věty, že nejsou správné a špatné odpovědi, často váhali. Snaha „nezkazit výsledky výzkumu“ mohla ovlivnit odpovědi v tom smyslu, že odpovídali spíše sociálně žádoucně. V příštích výzkumech bych doporučovala zařadit i lži škálu.

Výsledky dále mohly být ovlivněny vyšším poměrem žen (190 žen a 52) mužů, ale i převahou lidí narozených ve věkové kategorii 1940 – 1949. Ač bylo v textu na úvodní straně dotazníků, jak je respondenti obdrželi, tučně zdůrazněno, že jsou určeny pro seniory pobírající starobní důchod, nebyl tento fakt dále zjišťován. V dalším výzkumu by bylo pravděpodobně lepší ptát se právě na starobní důchod, a ne na věk, který s kvalitou života nebyl nijak spojován.

Problémem, který jsem neočekávala, se stalo samotné zaškrťování odpovědí. V mnoha odpověďových arších bylo zaškrtnuto více odpovědí pro jednu otázku nebo tvrzení, nebo byla při volbě ze dvou možností jedna přeškrtnutá a nebylo jasné, zda platí, nebo neplatí. Bylo by vhodné přiložit krátkou instrukci, jak zaškrťovat platné odpovědi a jak odpovědi opravovat.

V dalších výzkumech by bylo dobré zajistit větší věkovou rozmanitost respondentů, aby bylo možné zjistit, zda kvalita života s věkem souvisí, či nikoliv. Dalšími skupinami, které byly v mém výzkumném souboru méně zastoupené, byli lidé rozvedení a svobodní. Také bezdětných lidí bylo velmi málo, příliš málo pro umožnění srovnání se skupinou respondentů s dětmi. Toto srovnání, stejně jako srovnání podle rodinného stavu, by bylo zajímavé.

Dotazník DOPEN jsem zvolila proto, že je v České republice standardizovaný a jednotlivé dimenze jsou zjišťovány malým počtem položek (např. NEO FFI má pro každou dimenzi 48 položek, DOPEN má pro každou dimenzi 26 položek). Eysenckův model je i ve světě velmi pozitivně přijímán a používán. Metodu OPQOL jsem zvolila proto, že je určen pro zjišťování kvality života seniorů. Na rozdíl od SEIQoL je možné kvalitu života

zjišťovat dotazníkem, ne rozhovorem. Jeho výsledky ve Velké Británii mají lepší psychometrické vlastnosti ve srovnání s WHOQOL-OLD a CASP-19 (Bowling, 2009). Kačmárová (2013) zjistila, že na slovenské populaci OPQOL-35 už tak dobré výsledky nemá, ale to může být způsobeno překladem, nejen odlišností kultur. Metoda OPQOL je totiž připravena pro kulturně rozmanitou populaci. Mareš, Cigler a Vachková (2016) v současnosti OPQOL-35 testují na české populaci a prozatímni výsledky hodnotí velmi pozitivně. Je ovšem obtížné jednotlivé výzkumy srovnávat, jelikož se jedná o odlišné (ač kulturně velmi blízké) národy, jiné překlady apod.

Výsledky výzkumu bych ráda využila k edukaci seniorů. Kontaktovalo mne několik respondentů i institucí, kteří projevíli zájem o výsledky výzkumu, a byla jsem pozvána přímo do daných institucí, abych tyto výsledky prezentovala. Výsledky mohou pak sloužit k podpoře kvality života seniorů. V přípravě na vlastní stáří a důchodový věk lze poznatky vzít v úvahu v plánování aktivit. Již pro starší dospělé je výhodou znát přednosti a zápory svých vlastností pro starobní věk. A to proto, že mohou učinit určitá opatření jako primární prevenci a pokusit se udržet kvalitu života na co nejvyšší úrovni do co nejvyššího věku. Kvalitu života seniorů ovlivňuje i vyrovnání se s vlastním stárnutím, k čemuž patří i normalizace vlastního prožívání. I pro tyto účely může být tato bakalářská práce využita. Její obsah bude v blízké době přepracován do podoby několika na sebe navazujících článků, které budou publikovány v časopisech pro seniory.

12 ZÁVĚRY

Hlavním cílem bakalářské práce bylo nalézt souvislost extraverze a neuroticismu s kvalitou života u seniorů ve starobním důchodu, druhá souvislost některých demografických oblastí s kvalitou jejich života. Použitými nástroji jsou DOPEN (Ruisel et al., 1982) pro zjištění míry extraverze a neuroticismu a OPQOL (Bowling, 2009) pro zjištění míry kvality života. Tento nástroj není standardizován na naši populaci, pro tento výzkum byl přeložený z angličtiny a po pilotní studii z něj bylo odstraněno pět položek pro dosažení vyšší reliability. V úvodu nástroje byly zjišťovány některé demografické nástroje.

Výzkumný soubor tvořilo 242 respondentů pobírajících starobní důchod. Nejstaršímu respondentovi je podle uvedených údajů 102 let, nejmladšímu 58 let. V souboru bylo 78,51 % žen a 21,49 % mužů. Ve společné domácnosti s další osobou ve společné domácnosti žilo 62,81 % respondentů a 34,30 % o samotě.

Vnitřní konzistence obou výzkumných nástrojů byla přijatelná. Cronbachova alfa pro DOPEN byla $\alpha_1 = 0,79$ ($SD_1 = 7,13$, $N_1 = 213$) a pro OPQOL $\alpha_2 = 0,87$ ($SD_2 = 12,22$, $N_2 = 201$).

Z pěti stanovených hypotéz byly přijaty tři. Extraverze u seniorů statisticky významně koreluje s kvalitou života ($r_1 = 0,37$, $p < 0,25$) a sdílí s ní 13,6 % rozptylu. I neuroticismus s kvalitou života signifikantně koreluje, tentokrát však negativně ($r_2 = -0,33$, $p < 0,25$). Sdílejí spolu 11 % rozptylu. Statisticky a klinicky významný vztah byl objeven i mezi kvalitou života a soužitím s další osobou ve společné domácnosti ($t_1 = 2,59$ ($sv_1 = 233$, $p = 0,005$, $d_1 = 0,35$)). Naopak nebyly nalezeny důkazy o statisticky ani klinicky významném rozdílu mezi muži a ženami v kvalitě života ($t_2 = 0,03$, $sv_2 = 240$, $p = 0,49$, $d_2 = 0,005$). Signifikantní rozdíl v kvalitě života mezi pohlavími nebyl nalezen ani u lidí v manželském stavu ($t_3 = -0,37$, $sv_3 = 120$, $p = 0,35$, $d_3 = -0,07$).

Můžeme shrnout výsledky do tvrzení, že kvalita života seniorů ve starobním důchodu je ovlivňována extraverzí, neuroticismem a spolubydlením s další osobou. Naopak gender na ni vliv nemá, a to ani v manželství.

13 SOUHRN

Na naši kvalitu života mají vliv osobnostní faktory, věk, ale i prostředí a další faktory. Vzhledem k obecnému trendu stárnutí západní společnosti se téma kvality života ve stáří dostává do popředí. Tato bakalářská práce popisuje vztah kvality života seniorů ve starobním důchodu s mírou extraverze, neuroticismu a některými demografickými charakteristikami.

Seniorský věk definujeme z různých hledisek. Pro západní země je z hlediska chronologického věku obvykle hranicí věk 65 let (Thorová, 2015). V České republice bylo v roce 2011 1,7 mil. osob starších 65 let (Chytil, 2013). S tímto věkem je spojeno mnoho mýtů a stereotypů, jež ovlivňují postoj společnosti k seniorům (až ageismus), ale i postoj seniorů k vlastnímu věku a vlastní osobě (Haškovcová, 2010). Negativní postoj ke stáří u seniorů dále komplikuje přijímání procesu stárnutí a snižuje kvalitu života člověka (Thorová, 2015). Důležitými úkoly pro většinu starších lidí je mimo jiné vyrovnání se s klesající mírou zdraví, s odchodem do starobního důchodu, s úmrtím životního partnera a osamělostí. Zvládnutí těchto úkolů, vč. dosažení integrity (Erikson, 1999), také mají vliv na kvalitu života. Podle Bowling (2009) mají pro seniory veliký význam sociální a psychické zdroje, zdraví a fungování, sousedství, adekvátní finanční situaci a nezávislost.

Osobnost člověka můžeme definovat jako „*souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka*“ (Cakirpaloglu, 2012). Tato bakalářská práce staví na Eysenckově modelu osobnosti. Eysenck na základě faktorové analýzy a mnoha experimentů definoval čtyři ortogonální sekundární faktory, a to extraverci, neuroticismu, psychoticismu a inteligenci (Ruisel et al., 1982).

Tato bakalářská práce operuje s dimenzemi extraverze/introverze a emoční labilita (neuroticismus)/emoční stabilita. Extraverti jsou osoby vyhledávající stimuly a změnu (Eysenck, 1967), sociální aktivity, bývají nenucení, impulzivní a bezstarostní (Nakonečný, 2009). Introverti naopak raději stimuly raději omezují, jelikož u nich dochází k excitaci CNS snáze. Jsou spíše uzavření, méně společenští a mají bohatý vnitřní život (Ruisel et al., 1982). Emočně labilní lidé (neurotičtí) jsou zvýšeně senzitivní, přecitlivělí, mají kolísavé nálady a mívají nepřiměřené reakce. Zatímco emočně stabilní člověk má reakce spíše vyrovnané, přiměřené podnětům, převažuje u něj rozvaha (Nakonečný, 2009).

Genderová otázka z hlediska osobnosti zůstává otevřená, neboť výsledky výzkumů nejsou konzistentní. Eysenck ve svých experimentech prokázal vyšší extraverci u mužů a vyšší neuroticismus u žen (Ruisel et al., 1982). Eysenck (1987) a Stuart-Hamilton (1999) považují osobnost za v čase proměnlivou. Ve stáří se člověk introvertizuje, je klidnější, vyrovnanější. I proto má smysl měřit tyto rysy pro oddělené věkové kategorie.

Osobnost souvisí i s prožíváním, štěstím a kvalitou života. Výsledky výzkumů ale nejsou jednotné. Extraverze v mnoha výzkumech pozitivně koreluje s pozitivními emocemi a negativně s negativními (např. Cheng, & Furnham, 2003; Cheng, Weiss, & Seigel, 2015). Ne vždy však nacházíme zmíněné negativní korelace (Cheng, & Furnham, 2003; Kračmářová, 2012). Psychoticismus má na prožívání zanedbatelný vliv (Ruisel et al., 1982; Steward, Ebmeier, & Deary, 2002). Prožívání souvisí s kvalitou života, a proto i osobnost má na kvalitu života vliv. Výzkumníci se shodují, že s vyšší mírou extraverce se objevuje vyšší kvalita života, zatímco s vyšší mírou neuroticismu je kvalita života spíše nižší. Toto platí i pro prožívání štěstí a pro zdravé i nemocné jedince (Šolcová, & Kebza, 2004; Bobić, 2012; Tišanská, & Kožený, 2005; Dubayová, Nagyová, Hlavlíková, Rosenberg, Gdovinová, Middel, Van Dijk, & Groothoff, 2008).

Prožívání zajisté úzce souvisí s psychologickým pojetím kvality života, kterou můžeme definovat jako „*pocity subjektivní pohody, radosti, úspěchu a moci, pocity štěstí, životní spokojenosti či otázka sebereflexe a sebehodnocení jedince*“ (Heřmanová, 2012, 10). Existuje nespočetné množství přístupů k definování kvality života a, bohužel, existuje velký terminologický zmatek. S kvalitou života je často zaměňován např. termín životní standard, well-being, štěstí nebo životní spokojenost.

Výzkumy shodně prokazují vliv zdraví na kvalitu života, ale i souvislost s locus of control, nezdolností, smysluplností života, důvěrou, vírou a sociální oporou (Křivohlavý, 2013). Majerová (2011) zjistila, že muži vykazují signifikantně vyšší míru celkové anticipované sociální opory a životní spokojenosti než ženy. Vyšší míru anticipované opory našla zároveň u seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů žijících v manželství.

Otázkou je rozdíl v kvalitě života z hlediska genderu a věku. Zde vědci dochází k nekonzistentním výsledkům. Některé výzkumy nachází vyšší kvalitu života u mužů (např. Smith, & Baltes, 1998), jiné u žen (např. Pinguart, & Sorensen, 2001). Inglehart (1990, in Hnilica, 2005) ale v rámci své metaanalýzy výzkumů provedených v 80. letech

žádný genderový rozdíl nenašel. Vědci se shodují, že se kvalita života s věkem mění, ale neshodnou se na směr a tempo, ve kterém se mění. Některé výzkumy spojují seniorskou populaci s nejvyšší kvalitou života (např. Strenger, 2010), jiné s tou nejnižší (např. Rodgers, 1982, in Hnilica, 2005).

Heřmanová (2012) ve svém výzkumu zjistila, že senioři jsou nejméně spokojenou skupinou v české populaci. Kuchařová (2002, in Vohralíková, & Rabušic, 2004) ale zjistila, že se čeští senioři na stáří dívají spíše optimisticky a pozitivně a Kačmárová (2013) našla u slovenských seniorů příznivou míru uváděné kvality života. Kožený a Tišanská (2005) u českých seniorů našli vliv neuroticismu a extravertze na životní spokojenost. Kačmárová (2012) našla souvislost mezi soužitím s další osobou ve společné domácnosti a kvalitou života. Svůj výzkum provedla na slovenských seniorech za použití OPQOL-35.

Výzkumným problémem, na kterém stojí tato bakalářská práce, je jednak souvislost extravertze a neuroticismu s kvalitou života u seniorů ve starobním důchodu, druhá některé demografické oblasti související s kvalitou jejich života. Jedná se o kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Výzkumnými nástroji pro měření extravertze a neuroticismu je DOPEN (Ruisel et al., 1982) a pro měření kvality života OPQOL (Bowling, 2009). Dotazník DOPEN je pro českou populaci přeložený a standardizovaný. Dotazník OPQOL jsem nechala do českého jazyka přeložit dvěma psychology mluvícími anglicky na úrovni C1 a jedním profesionálním překladatelem (bez zpětného překladu zpět do angličtiny). Po pilotní studii jsem vyřadila pět položek, jež negativně ovlivňovaly reliabilitu nástroje. Před DOPEN a OPQOL jsem vsadila pět otázek, zjišťujících rok narození, pohlaví, rodinný stav, zda má respondent děti a zda žije ve společné domácnosti s další osobou. Výzkum proběhl mezi 21. listopadem 2016 a 20. lednem 2017.

Výzkumný soubor se skládá ze seniorů ve starobním důchodu. Nejedná se o reprezentativní vzorek, jelikož byl nashromážděn pomocí samovýběru a příležitostného výběru. Osloveno bylo 10 institucí, klubů pro seniory a univerzit třetího věku, kam jsem rozeslala 895 dotazníků. Dále jsem oslovila 43 seniorů ze svého okolí. Návratnost byla 30,17 %, tedy 283 dotazníků. Z nich bylo možné použít 242 dotazníků pro statistické analýzy. Ve výzkumném vzorku bylo 78,51 % žen a 21,49 % mužů, 51,24 % respondentů bylo v manželství, 30,58 % ovdovělých, 14,05 % rozvedených a 3,31 % svobodných. 62,81 % respondentů žilo s další osobou ve společné domácnosti, zatímco 34,30 % žilo o samotě. 94,63 % respondentů mělo aspoň jedno dítě a 4,96 % bylo bezdětných.

Výzkumná data byla analyzována v programu Statistica 12. Ke škále extraverze, neuroticismu a kvality života jsem spočítala pro každého respondenta hrubý skór, jenž byl sumou položek. Všechny tři škály měly normální rozdělení a reliabilita dotazníku DOPEN i OPQOL byla dostatečná. Z pěti hypotéz, které byly stanoveny na základě výše uvedených výzkumů, byly přijaty tři.

Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsem ověřovala první dvě hypotézy. Hypotéza H_1 o pozitivní korelaci extraverze a kvality života u seniorů byla přijata. Byl nalezen slabý signifikantní vztah ($r_1 = 0,37$, $p < 0,25$). Obě proměnné spolu sdílejí 13,6 % rozptylu. Hypotéza H_2 o negativním vztahu neuroticismu a kvality života byla rovněž přijata. Vztah byl statisticky významný, slabý ($r_2 = -0,33$, $p < 0,25$), obě proměnné spolu sdílejí 11 % rozptylu.

Zbýlé tři hypotézy byly analyzovány pomocí t-testu. Třetí hypotéza H_3 byla přijata také, jelikož t-test našel statisticky a klinicky významný rozdíl v kvalitě života mezi skupinou seniorů žijících o samotě a těmi žijícími v domácnosti s další osobou ($t_1 = 2,59$, $sv_1 = 233$, $p = 0,005$, $d_1 = 0,35$). Senioři sdílející domácnost s někým dalším uváděli kvalitu života vyšší. Čtvrtá hypotéza H_4 o genderovém rozdílu v kvalitě života ovšem přijata být nemohla ($t_2 = 0,03$, $sv_2 = 240$, $p = 0,49$, $d_2 = 0,005$), stejně jako hypotéza H_5 ($t_3 = -0,37$, $sv_3 = 120$, $p = 0,35$, $d_3 = -0,07$). Muži tedy neuvádějí vyšší kvalitu života než ženy, a to ani ženatí muži vůči vdaným ženám.

Kvalita života tedy souvisí s extraverzí, neuroticismem a soužitím s další osobou. Naopak vliv genderu potvrdit nemůžeme, a to ani při omezení vzorku na ženaté a vdané.

14 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. Baková D., Haburajová Ilavská L., Vaňo I., & Neszméry Š. (2015). *Vnímanie staroby a stárnutia optikou súčasnej spoločnosti*. Praha: Hnutí R.
2. Bartáková, M. (2013). Devátý věk člověka: Narativní analýza autobiografických vyprávění. *Proceedings Of The Conference On Qualitative Approach & Methods In Human Sciences*, 280-292.
3. Baštecká, B. (Ed.).(2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
4. Baštecká, B. (Ed.).(2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
5. Bernardo Gonçalves Marques, E. M., Serdio Sánchez, C., & Palacios Vicario, B. (2014). Perception of the Quality of Life of a Group of Older People. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(1), 73-81. doi:10.12707/RIII1314
6. Birkeland, A., & Natvig, G. K. (2009). Coping with Ageing and Failing Health: A Qualitative Study Among Elderly Living Alone. *International Journal Of Nursing Practice*, 15(4), 257-264. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01754.
7. Bobic, J. (n.d). Subjective Estimation of the Quality of Life in Relation to Neuroticism. *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju-Archives Of Industrial Hygiene And Toxicology*, 6317-22.
8. Bowling, A. (2007). Aspirations for Older Age in the 21st Century: What Is Successful Aging?. *International Journal Of Aging & Human Development*, 64(3), 263-297.
9. Bowling, A. (2009). The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Current Gerontology & Geriatrics Research*, 1-12. doi:10.1155/2009/298950
10. Bowling, A., Hankins, M., Windle, G., Bilotta, C., & Grant, R. (2013). A Short Measure of Quality of Life in Older Age: The Performance of the Brief Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-brief). *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 56181-187. doi:10.1016/j.archger.2012.08.012
11. Bužgová, R., & Klechová, H. (2011). Měření postojů seniorů ke stáří. *General Practitioner / Praktický Lékař*, 91(7), 396-401.
12. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
13. Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
14. Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Personality Development across the Life Course: The Argument for Change and Continuity. *Psychological Inquiry*, (2). 49.

15. Čevela, R., Čeledová, L., Kalvach, Z., Holčík, J., & Kubů, P. (2014). *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada.
16. Cheng, C-H. E., Weiss, J. W., & Siegel, J. M. (2015). Personality Traits and Health Behaviors as Predictors of Subjective Wellbeing Among a Multiethnic Sample of University-Attending Emerging Young Adults. *International Journal of Wellbeing*, 5(3), 21-43. doi:10.5502/ijw.v5i3.2
17. Cheng, H., & Furnham, A. (2002). Personality, Peer Relations, and Self-Confidence as Predictors of Happiness and Loneliness. *Journal Of Adolescence*, 25(3), 327-339. doi:10.1006/jado.2002.0475
18. Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, Self-Esteem, and Demographic Predictions of Happiness and Depression. *Personality And Individual Differences*, 34921-942. doi:10.1016/S0191-8869(02)00078-8
19. Chytil, D. (2013). *Je důležité si uvědomit, že stárnutí je nevratný proces*. Získáno 15. září 2016 z <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a9>
20. Clemente, F., & Sauer, W. J. (1976). Life Satisfaction in the United States. *Social Forces*, (3). 621.
21. DeNeve, K. M., & Cooper H. (1998). The Happy Personality: A Metaanalysis of 137 personality traits and Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*. 124(2), 197-229.
22. Doba seniorů. (nedat.). *Vedení RS ČR*. Získáno 7. 9. 2016. z <http://www.rscr.cz/vedeni-rscr/>
23. Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. doi:10.5502/ijw.v2i3.4
24. Dolan, I., Grombířová, A., Dolanová, & D., Šrámková, T. (2012). Sexuální život seniorov žijících v sociálních zariadeniach. *Prakt. Lék.* 10, 551–554.
25. Dragomirecká, E., & Šelepová, P. (2004). Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In Hnilicová, H. (Ed.), *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. (str. ?) Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
26. Dubayova, T., Nagyova, I., Havlikova, E., Rosenberger, J., Gdovinova, Z., Middel, B., & ... Groothoff, J. W. (2009). Neuroticism and Extraversion in Association with Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. *Quality of Life Research*, (1). 33.
27. Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.
28. Eger, R. J., & Maridal, J. H., (2015). A Statistical Meta-Analysis of the Wellbeing Literature. *International Journal of Wellbeing*, 5(2), 45-74. doi:10.5502/ijw.v5i2.4

29. Endler, N. S., Magnusson, D. (1976). *Interactional Psychology and Personality*. Washington: Hemisphere.
30. Endler, N. S., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Cox, B. J. (1991). Multidimensionality of State and Trait Anxiety: Factor Structure of the Elder Multidimensional Anxiety Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 309-315.
31. Erikson, E. H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený; doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Lidové noviny.
32. Eysenck, H. J. (1967). *The Biological Basis of Personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
33. Eysenck, H. J. (1977). Personality and Factor Analysis: A Reply to Guilford. *Psychological Bulletin*, 84(3), 405-411. doi:10.1037/0033-2909.84.3.405
34. Eysenck, H. J. (1990). Genetic and Environmental Contributions to Individual Differences: The Three Major Dimensions of Personality. *Journal Of Personality*, 58(1), 245-261. doi:10.1111/j.1467-6494.1990.tb00915
35. Eysenck, H., & Rose, S. (1979). Race, Intelligence and Education. *Journal Of Ethnic & Migration Studies*, 7(2), 278. doi:10.1080/1369183X.1979.9975576
36. Eysenck, M. W. (2016). Hans Eysenck: A Research Evaluation. *Personality And Individual Differences*, 103(Hans Eysenck: One Hundred Years of Psychology), 209-219. doi:10.1016/j.paid.2016.04.039
37. Farský, I., Žiaková, K., & Ondrejka, I., & Čáp, J. (2006). Zmysel života v senu. In Dušová, B., Jarošová, D., & Vrublová, Y. (Eds). *Trendy v ošetrovatelstvi IV* (pp. 63 – 67). Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě.
38. Feingold, A. (n.d). Gender Differences in Personality - A Metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 429-456.
39. Francis, L. (1998). Happiness Is a Thing Called Stable Extraversion: A Further Examination of the Relationship between the Oxford Happiness Inventory and Eysenck's Dimensional Model of Personality and Gender. *Personality And Individual Differences*, 26(1), 5-11.
40. Frankl, V. E. (1998). *Psychoterapie pro lajky*. Brno: Cesta.
41. Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life Satisfaction in 18- to 64-Year-Old Swedes: In Relation to Gender, Age, Partner and Immigrant Status. *Journal Of Rehabilitation Medicine* (Taylor & Francis Ltd), 34(5), 239-246. doi:10.1080/165019702760279242

42. Galloway, S. (2006) *Quality of Life and Well-being: Measuring the Benefits of Culture and Sport: Literature Review and Thinkpiece*. Edinburgh: Scottish Executive Social Research.
43. Gomez, R., Gomez, A., & Cooper, A. (2002). Neuroticism and Extraversion as Predictors of Negative and Positive Emotional Information Processing: Comparing Eysenck's, Gray's, and Newman's Theories. *European Journal Of Personality*, 16(5), 333-350. doi:10.1002/per.459
44. Grégoire, S., Bouffard, T., Vezeau, C. (2012). Personal goal setting as mediator of the relationship between mindfulness and wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 236-250. doi:10.5502/ijw.v2.i3.5
45. Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
46. Habartová, P. (2013). *Domácnosti seniorů*. Získáno 15. září 2016 z <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/domacnosti-senioru/>
47. Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: SoÚ ČR.
48. Hamplová, D. (2006). Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích / Satisfaction with Life, Happiness, and Family Status in Twenty-one European Countries. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, (1). 35.
49. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (3. vyd.). Praha: Portál.
50. Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří* (2.vyd.). Praha: Havlíček Brain Team.
51. Hasmanová Marhánková, J. (2014). Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí?. *Sociální Studia / Social Studies* (1214813X), 11(3), 13-29.
52. Hasmanová Marhánková, J. (2014). Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí?. *Sociální studia* (1214813X), 11(3), 13-29.
53. Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON.
54. Hoeller, S. A. (2006). *Carl Gustav Jung a gnóze. 7 promluv k zemřelým*. Praha: Eminent.
55. Hraba, J., Lorenz, F., Lee, G., & Pechačová, Z. (1995). Životní pohoda u mužů a žen v České republice. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii A Praxi*, 39(4), 300-314.

56. Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti. Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada.
57. Hyde, A. L., Maher, J. P., & Elavsky, S. (2013). Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 98-115. doi:10.5502/ijw.v3i1.6
58. Inglehart, R. (1977). *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles Among Western Publics*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
59. Inglehart, R. (2002). Gender, Aging, and Subjective Well-Being. *International Journal Of Comparative Sociology* (Sage Publications, Ltd.), 43(3-5), 391.
60. Jung, C. G. (1971). *Psychological Types*. Princeton, NJ, US: Princeton University Press.
61. Kačmářová, M. (2012). Koncept Boha a vybrané osobnostné charakteristiky ako prediktory kvality života seniorov. *Proceedings Of The Conference On Social Processes & Personality*, 326-330.
62. Kačmářová, M. (2013). Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: Kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie*, 57(1), 42-51.
63. Karel Hnilica: Věk, pohlaví a kvalita života (2005). In Payne, J. (Ed.), *Kvalita života a zdraví*. (str ?). Praha: Triton.
64. Kass, J. D., Friedman, R., Leserman, J., Zuttermeister, P. C., & Benson, H. (1991). Health Outcomes and a New Index of Spiritual Experiences. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 203–211.
65. Kim, G. R., Netuveli, G., Blane, D., Peasey, A., Malyutina, S., Simonova, G., & ... Pikhart, H. (2015). Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the CASP-19, a Measure of Quality of Life in Early Old Age: the HAPIEE Study. *Aging & Mental Health*, 19(7), 595-609. doi:10.1080/13607863.2014.938605
66. Klevelandová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada.
67. Kozáková, Z., & Müller, O. (2006). *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: UPOL.
68. Kožený, J., & Tišanská, L. (2005). Model adaptace institucionalizovaných seniorek na stárnutí. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii A Praxi*, 49(3), 211-222.
69. Křivohlavý, J. (2004). Kvalita života. Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In Hnilicová, H. (Ed.),

- Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni.*
(str. ?) Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
70. Křivohlavý, J. (2005). Měření kvality života objektivními ukazateli. In Payne, J. (Ed.), *Kvalita života a zdraví.* (str ?). Praha: Triton.
71. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví.* Praha: Portál.
72. Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají.* Praha: Grada.
73. Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí. Současný stav poznání.* Praha: Grada.
74. Křížová, E. (2005). Kvalita života v kontextu všedního dne. In Payne, J. (Ed.), *Kvalita života a zdraví.* (str ?). Praha: Triton.
75. Langmeier J., & Krejčířová D. (2006). *Vývojová psychologie* (2. vyd.). Praha: Grada.
76. Lowis, M. J., Edwards, A. C., & Burton, M. (2009). Coping With Retirement: Well-Being, Health, and Religion. *The Journal Of Psychology: Interdisciplinary And Applied*, 143(4), 427-448. doi:10.3200/JRLP.143.4.427-448
77. Ludvíková et al. (2012). *Pohledy na kvalitu života osob se sensorickým postižením.* Olomouc: UPOL.
78. Lukáčová, J. (2013). Je resiliencia prediktorom subjektívnej pohody seniorov?. *Proceedings Of The Conference On Social Processes & Personality*, 196-199.
79. Lukasović, T., & Bratko, D. (2015). Heritability of Personality: A Meta-Analysis of Behavior Genetic Studies. *Psychological Bulletin*, 141(4), 769-785. doi:10.1037/bul0000017
80. Lukavský, J., Šolcová, I., & Preiss, M. (2011). Proaktivní zvládnání u osob staršího věku: Vztah k vybraným kognitivním proměnným. *Československá Psychologie*, (3), 193-203.
81. Lux, M., & Sunega, P. (2014). The Impact of Housing Tenure in Supporting Ageing in Place: Exploring the Links Between Housing Systems and Housing Options for the Elderly. *International Journal Of Housing Policy*, 14(1), 30-55. doi:10.1080/14616718.2014.884880.
82. Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender Differences in Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism in 37 Nations. *Journal Of Social Psychology*, 137(3), 369-373.
83. Majerová, S. (2011). Sociálna opora a životná spokojnosť seniorov. *Proceedings Of The Conference On Social Processes & Personality*, 184-189.
84. Mareš, J. (2015). Pozitivní aspekty stáří: senioři a humor. *Journal Of Czech Physicians / Časopis Lékařů Českých*, 154(2), 66.

85. Mareš, J., Cigler, H., & Vachková, E. (2016). Czech Version of OPQOL-35 Questionnaire: The Evaluation of the Psychometric Properties. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 14.
86. McCrae, R. R., Costa, P. T., & Arenberg, D. (1980). Constancy of Adult Personality Structure in Males: Longitudinal, Cross-sectional and Times-of-measurement Analyses. *Journal Of Gerontology*, 35(6), 877.
87. Meyer, G. J., & Shack, J. R. (1989). Structural Convergence of Mood and Personality: Evidence for Old and New Directions. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 57(4), 691-706.
88. Michalos, A. C. (2014). *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer Netherlands.
89. MPSV. (2012). *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. Získáno 10. září 2016 z <http://www.mpsv.cz/cs/12968>
90. MPSV. (2012). *Národní strategie podporující stárnutí pro období let 2013 až 2017 (Právní draft ke dni 18. 6. 2012)*. Získáno z: http://www.mpsv.cz/fies/clanky/13099/Teze_NS.pdf
91. Mühlpachr, P. (2008). *Základy gerontologie*. Brno: MSD.
92. Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
93. Nemček, D. (2011). Differences in Opinions to Selected Quality of Life Indicators between Elderly Men and Women. *Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae*, 51(2), 65.
94. Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
95. Pauknerová, L., & Čermák, I. (2013). Prožitok vdovství u starších lidí. *Československá Psychologie*, 57(2), 122-133.
96. Phelan E. A., Anderson L. A., LaCroix A. Z. , & Larson E. B. (2004). Older Adults' Views of "Successful Aging" - How Do They Compare with Researchers' Definitions?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 211–216. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52056.
97. Pinguart, M., & Sorensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 56B(4), P195.
98. Reker, G. T. (1997). Personal Meaning, Optimism, and Choice: Existential Predictors of Depression in *Community and Gerontologist*, 37(6), 709.
99. Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Grada.

100. Rodin, J., & Langer, E. J. (1977). Long-Term Effects of a Control-Relevant Intervention with the Institutionalized Aged. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 35(12), 897-902. doi:10.1037/0022-3514.35.12.897
101. Roe, B., Whattam, M., Young, H., & Dimond, M. (2001). Elders' Perceptions of Formal and Informal Care: Aspects of Getting and Receiving Help for Their Activities of Daily Living. *Journal Of Clinical Nursing*, 10(3), 398.
102. Ruisel, I. et al. (1982). *DOPEN*. Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p. Bratislava.
103. Sato, T. (2005). The Eysenck Personality Questionnaire Brief Version: Factor Structure and Reliability. *Journal Of Psychology*, 139(6), 545-552.
104. Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The Role of Gender in Very Old Age: Profiles of Functioning and Everyday Life Patterns. *Psychology And Aging*, 13(4), 676-695. doi:10.1037/0882-7974.13.4.676
105. Šolcová, I. (2011). Psychosociální aspekty stárnutí. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii A Praxi*, 55(2), 152-166.
106. Šolcová, I., & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In Hnilicová, H. (Ed.), *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. (str. ?) Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
107. Spangler, W. D., & Palrecha, R. (2004). The Relative Contributions of Extraversion, Neuroticism, and Personal Strivings to Happiness. *Personality And Individual Differences*, 371193-1203. doi:10.1016/j.paid.2003.12.002
108. Stewart, M. E., Ebmeier, K. P., & Deary, I. J. (2005). Personality Correlates of Happiness and Sadness: EPQ-R and TPQ Compared. *Personality And Individual Differences*, 381085-1096. doi:10.1016/j.paid.2004.07.007
109. Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent Attendance at Religious Services and Mortality Over 28 Years. *American Journal Of Public Health*, 87(6), 957-961.
110. Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733. doi:10.1093/geront/42.6.727
111. Strenger, C. (2010). *The Fear of Insignificance: Searching for Meaning in the Twenty-first Century*. New York: Palgrave-Macmillan.
112. Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

113. Tavel, P. (2007). *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla: potřeba smyslu života, přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. Praha: Triton.
114. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
115. Tišanská, L., & Kožený, J. (2004). Osobnost, Anticipovaná Sociální Opora a Adaptace Seniorek na Stárnutí: Test Modelu Životní Spokojenosti. *Československá Psychologie*, 48(1), 27-37.
116. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
117. Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
118. Vaillant, G. E. (2012). *Triumphs of Experience*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
119. Veenhoven, R. (2009). Well-Being in Nations and Well-Being of Nations: Is There a Conflict Between Individual and Society? *Social Indicators Research*, 91(1), 5–21. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-008-9323-7>
120. Vidovičová, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.
121. Vidovičová, L., & Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu*. Brno: VÚPSV.
122. Vohralíková, L., & L. Rabušic. (2004). *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV.
123. Výrost, J., & Slaměník, I. Eds. (2008). *Sociální psychologie* (2. vyd.). Praha: Grada.
124. Wagnild, G. (2003). Resilience and Successful Aging. *Journal Of Gerontological Nursing*, 29(12), 42.
125. Watanabe, K. Y. T. S. K. O. K. H. M., Hayashi, F., & Hayashi, C. (1998). Health-Related Quality of Life Varies with Personality Types: A Comparison among Cancer Patients, Non-Cancer Patients and Healthy Individuals in a Japanese Population. *Quality of Life Research*, (6). 535
126. WHO. (1. duben 2002). *Active Aging. A Policy Framework*. Získáno 15. 8. 2016 z www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html
127. WHO. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organisation. (1997). *WHOQOL. Measuring Quality of Life*. Získáno z http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

128. Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex Differences in Positive Well-Being: A Consideration of Emotional Style and Marital Status. *Psychological Bulletin*, 106(2), 249-264. doi:10.1037/0033-2909.106.2.249
129. Zvoníková, A. (2012). Senioři – kvalita života, zdravotní péče a sociální zabezpečení *Reviz. posud. Lék.*, 15(2), 80–84.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- Příloha 1: Zadání diplomové práce
- Příloha 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce
- Příloha 3: Politika aktivního stárnutí
- Příloha 4: Vývoj pojmu kvalita života
- Příloha 5: Dotazník ke sběru dat

Seznam obrázků, grafů a tabulek:

- Obr. 1: Základní typy temperamentu podle Eysencka

- Graf 1: Spokojenost obyvatel české republiky podle věkových kategorií

- Tab. 1: Hodnocení kvality života podle věkových kategorií
- Tab. 2: Četnosti a důležitost jednotlivých oblastí kvality života seniorů
- Tab. 3: Četnosti z hlediska roku narození
- Tab. 4: DOPEN a OPQOL
- Tab. 5: Výsledky testování hypotéz H_1 a H_2
- Tab. 6: Výsledky testování hypotéz H_3 , H_4 a H_5

PŘÍLOHA 1: ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. HUBINGEROVÁ Anna	9. května 642, Nová Bystřice	F14693

TÉMA ČESKY:

Kvalita života a osobnostní rozdíly u seniorů

TÉMA ANGLICKY:

Quality of Life and Personal Differences among Seniors

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury zabývající se kvalitou života seniorů a sociodemografickými faktory, které ji ovlivňují.
2. Analýza dosavadních výzkumů zabývajících se vztahem mezi osobností a kvalitou života u seniorů.
3. Realizace kvantitativního výzkumu za použití dotazníků zabývajících se kvalitou života a vybranými osobnostními rysy u souboru nejméně padesáti respondentů v seniorském věku.
4. Statistická analýza získaných dat s ohledem na vztah sociodemografických a osobnostních proměnných ke kvalitě života seniorů.
5. Kritická analýza teoretických předpokladů, metodologie a výsledků výzkumu, včetně dalších perspektiv výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bernardo Gonçalves Marques, E. M., Serdio Sánchez, C., & Palacios Vicario, B. (2014). Perception of the Quality of Life of a Group of Older People. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(1), 73-81. doi:10.12707/R111314.
- Bowling, A. (2009). The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Current Gerontology & Geriatrics Research*, 1-12. doi:10.1155/2009/298950.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What Is Successful Ageing And Who Should Define It?. *BMJ: British Medical Journal*, (7531), 1548.
- Bowling, A., & Stenner, P. (2011). Which Measure of Quality of Life Performs Best in Older Age? A Comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), (3), 273.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. M., & Brayne, C. (2014). Operational Definitions of Successful Aging: A Systematic Review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-381. doi:10.1017/S1041610213002287.
- Fawcett, B. (2014). Well-Being and Older People: The Place of Day Clubs in Reconceptualising Participation and Challenging Deficit. *British Journal Of Social Work*, 44(4), 831-848.
- Fyrand, L. (2010). Reciprocity: A Predictor of Mental Health and Continuity in Elderly People's Relationships? A Review. *Current Gerontology & Geriatrics Research*, 1-14. doi:10.1155/2010/340161.
- Kok, A. L., Aartsen, M. J., Deeg, D. H., & Huisman, M. (2015). Capturing the Diversity of Successful Aging: An Operational Definition Based on 16-Year Trajectories of Functioning. *The Gerontologist*, Sept. 1, 2015. ISSN: 1758-5341.
- Lowis, M. J., Edwards, A. C., & Burton, M. (2009). Coping With Retirement: Well-Being, Health, and Religion. *Journal Of Psychology*, 143(4), 427-448.
- Mendonça Lima, C. d., & Ivbijaro, G. (2013). Mental Health and Wellbeing of Older People: Opportunities and Challenges. *Mental Health In Family Medicine*, 10(3), 125-127.

(c) IS SEAG - Portal - Podklad kvalifikační práce - F14693 - 23.11.2015 - 18:58

Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, Sense of Coherence, Purpose in Life and Self-Transcendence in Relation to Perceived Physical and Mental Health among the Oldest Old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. doi:10.1080/1360500114415.

Pruchno, R.A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A Two-Factor Model of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 10.1093/geronb/gbq051.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *Gerontologist*, 37(4), 433.

Tate, R. B., Swift, A. U., & Bayomi, D. J. (2013). Older Men's Lay Definitions of Successful Aging over Time: The Manitoba Follow-Up Study. *International Journal of Aging and Human Development*, 76(4), 297-322.

van der Vliet, J. (2013). Healthy Ageing. A Socio-Medical Perspective. *World Medical Journal*, 59(3), 115-118.

Podpis studenta:



Datum:

24. 11. 2015

Podpis vedoucího práce:



Datum:

24. 11. 2015

PŘÍLOHA 2: ČESKÝ A CIZOJAZYČNÝ ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Kvalita života a osobnostní rozdíly u seniorů

Autor práce: Bc. Anna Hubingerová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, PhD.

Počet stran a znaků: 65; 136 786

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 129

Abstrakt:

Cíli výzkumu bylo nalézt souvislost extraverze a neuroticismu s kvalitou života u seniorů ve starobním důchodu a souvislost některých demografických oblastí s kvalitou jejich života. Výzkumníci se shodují na vlivu extraverze a neuroticismu na kvalitu života. Z hlediska genderu si ale výzkumy o kvalitě života protirečí. Pro kvantitativní přístup byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Použitými nástroji jsou DOPEN (Ruisel et al., 1982) pro zjištění míry extraverze a neuroticismu a OPQOL (Bowling, 2009) pro zjištění míry kvality života. Výzkumný vzorek ($N = 242$) byl shromážděn na základě samovýběru a příležitostného výběru. Vnitřní konzistence pro DOPEN byla $\alpha_1 = 0,79$ ($SD_1 = 7,13$, $N_1 = 213$) a pro OPQOL $\alpha_2 = 0,87$ ($SD_2 = 12,22$, $N_2 = 201$). Vliv extraverze ($r_1 = 0,37$, $p < 0,25$) a neuroticismu ($r_2 = -0,33$, $p < 0,25$) byl potvrzen. Také senioři žijící v domácnosti s další osobou uvádějí vyšší kvalitu života ($t_1 = 2,59$, $sv_1 = 233$, $p = 0,005$, $d_1 = 0,35$). Vliv pohlaví na kvalitu života, a to ani v manželství, potvrzen nebyl.

Klíčová slova: Kvalita života, senioři, extraverze, neuroticismus, domácnost

ABSTRACT OF THE THESIS

Title: The Quality of Life and Personal Differences among Seniors

Author: Bc. Anna Hubingerová

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, PhD.

Number of pages and characters: 65; 136 786

Number of appendices: 5

Number of references: 129

Abstract:

The aim of the research was to find the relationship of extraversion and neuroticism with quality of life of seniors in retirement and also of some demographic areas with quality of life. Researchers generally agree that extroversion and neuroticism influence quality of life. But in terms of gender research on the quality of life is contradictory. For quantitative approach method was chosen questionnaire survey. Used instruments are DOPEN (Ruisel et al., 1982) to determine the level extroversion and neuroticism, and OPQOL (Bowling, 2009) to determine the level of quality of life. The research sample ($N = 242$) were collected on the basis of self-selection and occasional choice. Internal consistency for DOPEN was $\alpha_1 = 0.79$ ($SD1 = 7.13$, $N1 = 213$) and OPQOL $\alpha_2 = 0.87$ ($SD2 = 12.22$, $N2 = 201$). Effect extraversion ($r_1 = 0.37$, $p < 0.25$) and neuroticism ($r_2 = 0.33$, $p < 0.25$) was confirmed. Also, seniors living in a household with another person reported a higher quality of life ($t_1 = 2.59$, $sv_1 = 233$, $p = 0.005$, $d_1 = 0.35$). Effect of gender on quality of life, even in marriage, was not confirmed.

Key words: Quality of life, elderly, extroversion, neuroticism, household

PŘÍLOHA 3: POLITIKA AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ

Můžeme zaznamenat jev nazvaný geriatrizace medicíny, jež zasahuje i klinickou psychologii. Podle Baštecké můžeme dokonce očekávat vznik seniorské klinické psychologie. S tím musí jít ruku v ruce nalezení změna postoje ke stáří, což je úkol politický (Baštecká et al., 2003).

To znamená, že se se stárnoucí populací vyrovnávají jednotlivé státy i nadnárodní organizace (např. Světová zdravotnická organizace; viz Active Aging. A Policy Framework, 2002). 1. říjen je dnem seniorů, rok 2012 byl vyhlášen rokem aktivního stárnutí. A aktivní stárnutí je dalším pojmem, který se nám pomalu vrývá do podvědomí. Ve svém článku *Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál* píše Hasmanová Mrhánková (2014) o normativitě vize aktivního stárnutí, jelikož prosazuje aktivní životní styl jako ten nejlepší, nejmorálnější. Je jistě v zájmu vlády každého státu, aby byli senioři do co nejvyššího věku ekonomicky aktivní, nezávislí na sociálním a zdravotním systému a spokojení. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) díky podpoře nezávislosti a autonomie seniorů pak nemusí dojít ke zvýšení počtu nemocných a závislých osob.

I v České republice je tento model zodpovědného šťastného stárnutí připraven k implementaci. Aktuálně platí *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*, která navazuje na předchozí *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Jedná se o program, který má chránit lidská práva seniorů, hodnoty společnosti, a zajistit tak společnost pro všechny generace. Když se ale do dokumentu začteme, zjistíme, že se jedná o plán, jenž podporuje seniory v setrvání v zaměstnání (paradoxně chce těžit jejich zkušenost a zároveň je rekvalifikovat) a v navštěvování univerzit a akademií třetího věku (MPSV, 2012). Tento životní styl ale vyhovuje jen určité skupině seniorů. Např. vysokoškolsky vzdělaní muži vnímají odchod do důchodu negativně, zatímco pro dělnické profese je vítanou událostí (Vidovičová, 2008; Vohralíková, Rabušic, 2004). „*Jsou to právě lidé s vyšším vzděláním, kteří naplňují vizi aktivního stárnutí a setrvávají na trhu práce co nejdéle*“ (Hasmanová Mrhánková, 2014, 24). Politika aktivního stárnutí je v podstatě formou biopolitiky, jež ovlivňuje životní styl lidí, a tím kontroluje vývoj populace tak, aby byla ekonomicky silnější. Autorka článku nazývá aktivní stárnutí celkem trefně profesním kapitálem (tamtéž).

PŘÍLOHA 4: VÝVOJ POJMU KVALITA ŽIVOTA

V jazycích různých civilizací se kvalita života objevuje již stovky let. První zmínky nalézáme již v antické mytologii (Heřmanová, 2012). Moderní medicínský pohled na stav pacientů se ukázal jako nedostatečný obzvláště při prudkém vzestupu medicíny a následném prodloužení délky života. Proto bylo nutné představit pojem kvalita života vědecké komunitě (Křivohlavý, 2005). Do novodobé vědy jej přinesl ve 30. letech Thorndike. Po druhé světové válce Světová zdravotnická organizace kladla důraz na subjektivně vnímanou pohodu, což rozdmýchalo diskusi o měřitelnosti pojmu. V 70. letech byla poprvé kvalita života měřena na subjektivní úrovni, což můžeme vidět v kontextu rozvoje kvalitativního výzkumu. Prvními časopisy byly pak *Social Indicators Research* a *Journal of Happiness Studies* (Heřmanová, 2012; Galloway, 2006). Zajímavým okamžikem ve vývoji vnímání kvality života jsou 50. léta ve Spojených státech, kde od kdy byla využívána ve volebních programech. Do souvislosti byla kladena s materiálním bohatstvím, což velikou měrou přispělo ke konzumerismu (Heřmanová, 2012).

PŘÍLOHA 5: DOTAZNÍK KE SBĚRU DAT

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.