

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální pedagogiky

Životní styl a proaktivní zvládnání stáří

Diplomová práce

Autor: Dominik Sova
Studijní program: N7507 – Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor:	Dominik Sova
Studium:	P18K0367
Studijní program:	N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Název diplomové práce:	Životní styl a proaktivní zvládnání stáří
Název diplomové práce AJ:	Lifestyle and proactive coping of old age

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se zabývá faktory proaktivního zvládnání stáří. Teoretická část práce charakterizuje vybrané faktory životního stylu, které volně zastřešuje teoretický konstrukt resilience. Blíže charakterizuje adherenci ke zdravému životnímu stylu u seniorů, roli pravidelné pohybové aktivity a volného času, v kvalitě života, sociální oporu v senu. Empirická část práce mapuje faktory ovlivňující proaktivní zvládnání stáří. Výzkumná metoda kvantitativního výzkumného šetření: standardizovaný dotazník

Fialová, D., Vlastníková, V., Faktorová, Z.(2013) Pohybové aktivity seniorek I.: Antropometrické, fyziologické a biochemické zhodnocení. Hygiena,58,1,16-22 Holmerová, I., Jurašková, B., Vaňková, H., Veleta, P.(2007) Křehkost vyššího věku a sarkopenie jako její důležitá komponenta. Čes Ger Rev.5, 1, 24 - 32. Hošek, V.(2013).The role of experience in the activation of seniors lifestyle. In. Adámková Ségard, B. Hátlová, T. Louková, (Eds.) Psychomotor therapy in elderly care (pp.21 -26). Ústí nad Labem:Univerzita J.E. Purkyně. Kisvetrová, H. & Valášková, P. (2014)Pravidelná pohybová aktivita českých a slovenských seniorů-pilotní studie. Kontakt,4, 249-255 Máček, M., Radvanovský, J. et al.(2011). Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity. Praha: Galén. Mudrák, J., Slepíčka, P., Elavsky, S. (2012) Pohybová aktivita a její sociálně kognitivní determinanty u českých a amerických seniorů. Česká kinantropologie, vol.16, no.3, p. 39 -53 Mudrák, J., Slepíčka, P., Slepíčková, I. (2014) Vnímané zdraví a motivace k pohybové aktivitě u seniorů. Kontakt 14,1,50-57 Nowack, K.M.(1999) Stress Profile Manual, Western Psychological Services, Los Angeles, CA Pelcák, S. Osobnostní nezdolnost a zdraví. (2013). Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. Shaffer, S. M., & Wiese-Bjornstal, D. M. (1999). Psychosocial intervention strategies in sports medicine. In R. Ray, & D. Wiese-Bjornstal (Eds.), Counseling in sports medicine (pp. 41-54). Champaign, IL: Human Kinetics. Slepíčka, P., Mudrák, J., Slepíčková, I. (2015) Sport a pohyb v životě seniorů. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. Stackeová, D. (2010) Zdravotní benefity pohybové aktivity. Hygiena.55,1,25 -28 Šolcová, I. (1996). Psychosociální stres žen: přehled současných poznatků. Československá psychologie, 40, 3, 237 - 247. World Health Organization.(2010) Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO Zdravotnická ročenka ČR 2016. (2017) Praha: ÚZIS ČR Zung,W.W. (1972)The Depression Status Inventory:An adjunct to the Self-ratingDepression Scale: Journal of Clinical Psychology,28(4),539-543

Garantující pracoviště:	Katedra sociální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Iva Junová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	6.11.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. Všechny zdroje, ze kterých byly čerpány informace pro účely diplomové práce, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne 7.4.2020

Dominik Sova

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D za pomoc, užitečné rady a odborné vedení při zpracovávání diplomové práce. Poděkování patří také Renému Sovovi a Milanovi Litoborskému za pomoc při sběru dat. Děkuji také mojí rodině za trpělivost a podporu, kterou mě obklopovala během tvorby práce.

Anotace

SOVA, Dominik. *Životní styl a proaktivní zvládnání stáří*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 56 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá proaktivním zvládnáním stáří a životním stylem. Práce je členěna na dvě základní části – teoretickou a praktickou. Teoretická část pojednává o vývojových zvláštích ve stáří, kvalitě života, životním stylu a pohybové aktivitě ve stáří. V souvislosti s teoretickými poznatky ohledně faktorů ovlivňujícími kvalitu života a životní styl jsou blíže popsány psychosociální faktory se zaměřením na stres, depresi a vnímanou osobní účinnost. Praktická část zpracovává data získaná v rámci dotazníkového šetření od respondentů ve věku 60+, dále mapuje základní vztahy mezi vybranými faktory proaktivního stáří. Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metoda zkoumání, konkrétně standardizované dotazníky – Sebeuposuzovací stupnice – SDS, Dotazník nezdolnosti SOC (29), Stress profile a Dotazník kvality života QPQOLQ-35. Cílem práce je ověřit vztahy mezi smyslem pro soudržnost a ostatními faktory ovlivňující proces proaktivního stáří.

Klíčová slova: životní styl, kvalita života, proaktivní stáří, pohybová aktivita

Anotation

SOVA, Dominik. *Lifestyle and proactive coping of old age*. Hradec Králové: Faculty of Education University of Hradec Králové, 2020. 56 pp. Diploma thesis.

Diploma thesis deals with the proactive coping of old age and lifestyle. The thesis is divided into two basic parts - theoretical and practical. The theoretical part deals with developmental traits in old age, quality of life, lifestyle and physical activity in old age. Psychosocial factors focusing on stress, depression and perceived personal efficacy are described in the context of theoretical knowledge of factors affecting quality of life and lifestyle. The practical part processes data obtained in the questionnaire survey from respondents aged 60+, then maps the basic relationships between selected factors of proactive age. A quantitative method of research was chosen for research, namely the standardized questionnaires - Self-Assessment Scale - SDS, Resilience Questionnaire SOC (29), Stress Profile and Quality of Life Questionnaire QPQOLQ-35. The aim of this work is to verify the relationship between the sense of cohesion and other factors affecting the process of proactive age.

Key words: lifestyle, quality of life, proactive age, physical activity

Prohlášení

Diplomová práce byla vypracována v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne 7.4.2020

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
1 Stáří a optimální stárnutí	11
1.1 Vývojové zvláštnosti ve stáří	11
1.2 Stáří z pohledu změn a adaptace	13
1.3 Kvalita života ve stáří	16
1.4 Pohybová aktivita a aktivní stáří	18
2 Role životního stylu ve stáří	20
2.1 Faktory ovlivňující životní styl	20
2.2 Zdraví a volnočasové aktivity	21
2.3 Protektivní role pohybové aktivity	23
2.4 Pohybová aktivita z pohledu zátěže a stresu	25
2.5 Vnímaná osobní účinnost	28
2.6 Smysl pro soudržnost (SOC)	29
3 Kvalita života a vybrané faktory proaktivního stáří	31
3.1 Cíl výzkumného šetření, stanovení hypotéz	31
3.2 Sběr dat a výzkumný soubor	31
3.3 Výsledky	37
3.3.1 SOC a vybrané ukazatele kvality života seniorů 60 ⁺	37
3.3.2 Deprese a vybrané ukazatele kvality života seniorů 60 ⁺	41
3.4 Diskuze	43
Závěr	46
Seznam použitých zdrojů	48
Seznam grafů a tabulek	52
Přílohy	53

Seznam použitých zkratek

ADH	Adherence
Aj	A jiné
Atd	A tak dále
EU	Evropská Unie
Např	Například
MOV	Mezinárodní olympijský výbor
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OSN	Organizace spojených národů
QOL	Quality of life, Kvalita života
OPQOL-35	Older people's quality of life questionnaire, Dotazník kvality života
SDS	Self-rating depression scale, Sebeposuzující škála deprese
SE	Self efficacy, Vnímaná osobní účinnost
SOC	Sence of coherence, Smysl pro soudržnost
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZŽS	Zdravý životní styl

Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou úspěšného stárnutí. Ověřuje roli salutoprotektivních faktorů životního stylu v procesu aktivního stárnutí. V tuto chvíli máme poznatky o tom, že smysl pro soudržnost (SOC) a další faktory mají protektivní roli při zvládání životních situací a mikrostressorů, a moderují kvalitu života jedinců. Autoři Antonovsky (1987), Paulík (2010), Krivohlavý (2001) a Janečková (2005) popisují statisticky významné vztahy mezi SOC a kvalitou života u různých skupin populace. Relativně menší pozornost je však věnována neklinické populaci seniorů 60+. Diplomová práce záměrně věnuje pozornost této specifické věkové skupině. Cílem práce je ověřit vztahy mezi smyslem pro soudržnost a vybranými faktory ovlivňujícími proces proaktivního stárnutí, jako je například subjektivní kvalita života, deprese a spokojenost se životem. Dílčím cílem bylo zmapovat základní vztahy mezi depresí a chováním vedoucím ke zdraví.

První kapitola pojednává o období stárnutí a procesu stárnutí. Upřesňuje vývojové zvláštnosti ve stárnutí a poukazuje na možné adaptační mechanismy zvládání stárnutí. Dále uvádí informace o kvalitě života ve stárnutí a o roli pohybové aktivity v celém procesu aktivního stárnutí.

Druhá kapitola se zabývá životním stylem a optimálním stárnutím. Charakterizuje faktory ovlivňující životní styl a zdraví seniorů s akcentem na protektivní roli pohybových aktivit a volnočasových aktivit seniorů. Dále se zaměřuje na vybrané psychosociální faktory související s adherencí ke zdravému životnímu stylu, např. deprese, subjektivně vnímaným distresem, smyslem pro soudržnost.

V empirické části práce je vyhodnoceno dotazníkové šetření, ověřující vztahy mezi vybranými faktory ovlivňujícími proaktivní stárnutí, které je poté přehledně zpracováno do tabulek a grafů.

1 Stáří a optimální stárnutí

Kapitola pojednává o specifikách a zvláštностech jedinců ve stáří. Uvádí také informace ohledně kvality života ve stáří a o faktorech, jež na ni mají vliv.

1.1 Vývojové zvláštnosti ve stáří

Haškovcová (2010) uvádí, že dle Světové zdravotnické organizace je stařecký věk obdobím života, ve kterém se poškození psychických a fyzických sil dostává do popředí v porovnání s předchozími životními etapami. Vymezení však není zcela objektivní a můžeme ho aplikovat pouze na určitou část populace. Pro přesnější pojmenování období života starých lidí se nejčastěji hovoří o následujícím členění Světové zdravotnické organizace, které autorka v publikaci uvádí:

- a) Střední (zralý) věk: od 45 do 59 let
- b) Vyšší věk (rané stáří): od 60 do 74 let
- c) Stařecký věk (vlastní stáří): od 75 do 89 let
- d) Dlouhověkost: nad 90 let

Dále autorka zdůrazňuje, že stárnutí je proces individuální a diskontinuitní, jelikož v některých obdobích jedinec stárne rychleji a v jiných pomaleji. Nejčastěji hovoříme o tom, že rané stáří představují „mladí seniori“ a o skutečném stáří mluvíme až po dovršení 75 let věku. V běžném životě je situace zjednodušená a každý, kdo dosáhl důchodového věku, je považován za starého. Napříč penzijními systémy je touto osobou člověk, jež dosáhl 65 let. Blahutková (2013) k problematice doplňuje, že pro objektivní vyjádření fyzického stavu vývoje nebo degenerace používáme biologický věk. Další z ukazatelů je věk kalendářní. Uvedené veličiny se mezi sebou však mohou lišit ± 3 roky. Haškovcová (2010) pojednává také o faktu, že v současné době se zvyšuje věková hranice odchodu do důchodu a tím dochází k posunu věkového pásma, které označujeme stářím. Je třeba zmínit, že u mladých seniorů se pozornost upíná především k možnostem využití volného času a seberealizace. V případě starých seniorů je nejčastěji pohled směřován ke zdravotním obtížím, nemoci a osamělosti (Blahutková, 2013; Haškovcová, 2010).

Stáří z hlediska jedince dle Čevely a kol. (2014) představuje bio-psycho-spirituální proces přirozených involučních (regresivních) a adaptačních změn Tento proces probíhá

od dosažení sexuální dospělosti a s tím související vrcholné úrovni výkonnosti. Je součástí ontogenetického vývoje, který probíhá po celý život. V rámci vývoje se stále častěji ukazují důsledky a projevy chorob, úrazů a adaptace na ně. Jednou z nejvýznamnějších složek procesu stárnutí je pokles potenciálu zdraví a s tím související odolnosti, adaptability, zdatnosti a autonomie. Kalvach (2011) pro upřesnění doplňuje informaci, že autonomní jedinec by si měl organizovat a řídit vlastní aktivity bez cizí pomoci. Sám si tak uspokojovat fyzické potřeby a být pevný ve svých názorech. Přirozeně cítit blízkost a emocionální podporu, kterou si nevynucuje. S tím související i absence pocitu viny vůči ostatním a přílišný strach z jejich reakcí (Kalvach, 2011). Výkonnost postupně klesá společně se schopností přizpůsobování se. Snižuje se odolnost vůči stresorům a celkově je starší jedinec znevýhodňován vůči mladším lidem. Ke kompenzaci zmíněných faktorů lze uplatnit úspěšné a zdravé strategie stárnutí, které přispívají k vysoké míře zdraví i ve vyšším věku. Dále lze podpořit aktiva, která jedinec uplatňoval v předchozím průběhu života. O výše zmíněném pojednávají i Šolcová s Blatným (2016), kteří doplňují, že v rámci procesu stárnutí dochází k trvalejším změnám vzhledu jedince, jeho tělesných funkcí, vnímání času, aktivit a sociálního okolí. S tím souvisí i přirozený úbytek fyzických sil a potenciální větší pravděpodobnost výskytu nemocí. Samotná onemocnění mají pak velký vliv na změny životního režimu stárnoucího jedince. Jako další z obtížných úkolů pro staršího jedince je vyrovnání se se ztrátou jemu blízkých osob, životem v osamění a zvyšující se závislost na pomoci druhých lidí. Pacovský (1994) k tématu také zdůrazňuje, že velký vliv na proces stárnutí má dosavadní životní dráha. S tím souvisí již zmíněná reakce a adaptace na proces stárnutí. V případě, že se u jedinců nevyskytují větší zdravotní obtíže, je vhodné zůstat co nejdéle aktivní a účastnit se na svém perspektivním programu (Čevela a kol., 2014; Šolcová, Blatný, 2016; Pacovský, 1994).

Problematikou stárnutí se zabývá vědní obor gerontologie, který se dále dělí na experimentální, sociální a klinickou gerontologii. První jmenovaná se zabývá příčinami a procesem stárnutí buněk, organismů a tkání. Experimentální gerontologie je tedy součástí biologie. Zabývá se výzkumem psychických změn a schopností ve stáří a jeho průběhu. Druhým podoborem je gerontologie sociální. Ta svoji pozornost upíná k životu v séniu, stárnutí společnosti, vztahy mezi seniory a společností a celkovou oblastí existenciality. Jejím cílem je vytvořit koncept zdravého stárnutí, prodlužovat vlastní soběstačnost lidí a předejít předčasnému a patologickému stárnutí. Třetím

jmenovaným je klinická gerontologie neboli geriatrie. Jedná se o podobor zabývající se zvláštnostmi zdraví a jeho podporou v období stáří. Cílem geriatrie je pak optimalizace funkčního a zdravotního stavu jedince (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

1.2 Stáří z pohledu změn a adaptace

V rámci období stárnutí dochází k zásahu do jedincovy psychické, sociální a fyzické sféry. Jedná se o individuální, genetikou a životosprávou ovlivněný proces. Významně se mění především biologické ukazatele – držení těla, pokles výšky a hmotnosti, vzhled vlasů a kůže, či pohybové obtíže. V případě změn v oblasti psychických funkcí, mluvíme především o snižující se schopnosti rozhodovat se a určit adekvátní volbu řešení nebo o zažívání nekomfortních pocitů a stavů z nastalé situace. Pro přehlednost můžeme jednotlivé změny ve stáří rozdělit na tři základní oblasti, které jsou však ve vztahu vzájemné interakce. Jsou jimi oblast fyzická, psychická a socio-ekonomická (Skopalová, 2016).

Fyzické změny

Seniorský věk s sebou nese jisté zdravotní dopady na každého jedince. Změny se nejčastěji promítanou na zdravotním stavu zhoršením. Může se jednat o nemoci kardiovaskulárního systému, páteře, kloubů, celkovou změnu vzhledu, prožitků, funkčnosti a pohyblivosti těla. Jako další projevy můžeme jmenovat oslabení oběhového systému, postižení cév a jejich kornatění, snížení průtoku krve, pokles vitální kapacity plic, problémy s trávicí soustavou, vypadávání chrupu, výskyt osteoporózy, poškozené funkce vylučovací soustavy, močového měchýře, ledvin a celkové dopady na imunitní systém. Zhoršující se zdravotní stav s sebou přináší i nárůst fyzicky neaktivních jedinců. V tomto období to neznamena to, že se zde nemoc vůbec nevyskytuje, ale označuje zachování soběstačnosti. Někteří jedinci mají dobrý zdravotní stav, ale jejich vizuální změny naznačují opak. Toto lze však jen stěží napravit. Na zdravotní stav a rychlost fyzických změn v seniorském věku má vliv typ našeho zaměstnání a náš životní styl v průběhu produktivního života. Životní prostředí a genetické predispozice hrají také svoji roli a zapříčiňují individuálně proměnlivý proces fyzických změn. Jako další a jedny z nejvýznamnějších fyzických změn můžeme vidět změny u smyslových orgánů, které ovlivňují zhoršení prožívání v životě seniorů. Dochází ke ztrátě zrakové ostrosti, zmenšení zorného pole, zhoršení vnímání barev

a pomalejšímu zpracování zrakových podnětů. V oblasti sluchu dochází ke snížení vnímání zvuků na základě změn v oblasti středního ucha a zhoršení vnímání řeči. Fyzické projevy souvisí se sociální oblastí. Zhoršující se stavy a projevující se návyky mají často počátek v produktivní části života a v séniu se pouze stávají více viditelnější (Hátlová a kol., 2009; Skopalová, 2016).

Psychické změny

Hátlová a kol. (2009) uvádí, že v oblasti psychiky se období stáří projevuje různorodě. Nejčastěji však postihuje psychické funkce související s osamělostí a strachem, které se stupňují. Toto doplňuje i Skopalová (2016), která shodně s Hátlovou (2009) mluví o tom, že se zhoršuje i stav kognitivních funkcí. Tento stav lze vystihnout pojmem „zpomalení.“ Pro seniory jsou typické poruchy paměti v různých formách. Dochází také ke snížením schopnosti učení, poruchám myšlení, počítání a chápání. Mění se i smyslové vnímání, dochází například ke zvýšení prahu bolesti. Snižují se také adaptační mechanismy a starší jedinci se často zaměřují egocentricky, což je spojeno s možným zvýšením míry přecitlivělosti. O tématu hovoří i Vágnerová (2007), která mluví o příčinách psychický změn z několika dalších pohledů. Mohou být ovlivněny kohortovou příslušností, resp. nacházením se v nějaké generaci. To znamená, že lidé byli vychováni za jiných pravidel, sociokulturních podmínek, než platí dnes. Během toho mohli zažít různá traumata a změny (revoluce, války), což se v oblasti psychiky může v séniu projevit. Vágnerová také hovoří o individuálním životním stylu, který nyní starého člověka ovlivňuje. Nyní však není možné využít všech svých dosavadních schopností a dovedností, protože často již nejsou potřeba. Jako poslední autorka zmiňuje ovlivnění díky postojům a očekávání společnosti. Společnost očekává od lidí v séniu určitý typ chování, který daní jedinci nemusí naplňovat a mohou se tak chovat v rozporu s tímto předpokladem (Vágnerová, 2007). Vlivem stárnutí se mění také rysy osobnosti a dochází ke změnám hodnot. Pro některé jedince může být vstup do nové životní etapy novou příležitostí k přeměně jejich smyslu života a životního stylu, který praktikovali do teď. Jejich život se tak může stávat více stereotypním. Mezi ostatní změny patří i fakt, že se lidé ve stáří stávají více introvertními a dochází u nich k poklesu pozitivního emočního prožívání. Senioři bývají častěji náladoví, hůře snášejí změny a ovládají svoje emoce. Individuální povahy psychických změn ovlivňuje také zdraví a subjektivní kvalitu života každého jedince zvláště (Hátlová, 2009; Skopalová, 2016).

Socioekonomické změny

Přirozenou součástí seniorského věku jsou ekonomické a sociální změny, které jsou propojeny s výše zmíněnými změnami fyzickými a psychickými. Z obecného pohledu jsou senioři ve své životní etapě ohroženi sociálním vyloučením a chudobou. To úzce souvisí s odchodem do důchodu a snížením příjmů. V čem se ale socioekonomické změny odlišují od fyzických nebo psychických změn je fakt, že si jejich přítomnost jedinec z počátku vůbec nemusí připouštět nebo uvědomovat. V případě sociálních změn se jedinci musí vyrovnat s odchodem do starobního důchodu a se změnou sociálního statusu. Omezený kontakt s bývalými spolupracovníky, změna režimu dne jsou jen základní výčet faktů, se kterými se musí jedinci vyrovnat (Skopalová, 2016). V souvislosti s výše uvedeným může nastat dle Vágnerové (2007) u starších lidí desocializace, tedy chorobná společenská izolovanost. Autorka hovoří o možnosti prožít stáří v několika sociálních skupinách, a to v rodině, mezi přáteli a známými nebo v okruhu lidí v rámci aktivit seniorů. Cílem je udržet si sociální kompetence a určitý styl života, případně si prohloubit vztahy v rámci sociální skupiny (Vágnerová, 2007). Jako další možnost vyrovnání se s nastalou situací uvádí autorka Skopalová (2016) účast na volnočasových aktivitách. Podle ní mohou volnočasové aktivity výrazně eliminovat dopad socioekonomických změn života jedince. Důležitá je však jejich struktura a návaznost na psychické a fyzické aspekty změn (Skopalová, 2016).

Z předchozích odstavců je vidno, že vlivem stáří dochází u každého jedince k trvalým změnám, které mají na každého odlišné dopady. Na tyto změny je třeba reagovat, přizpůsobit se jim. Tématem adaptace na stáří se zabývá Čevela a kol. (2012), který uvádí, že z obecného pohledu souvisí adaptace s úrovní kognitivních schopností, je osobnostně specifická a zahrnuje v sobě metody akomodace, asimilace a adjustace. V rámci zkonkretizování informací a možností adaptace mluví autor o třech základních teoriích:

1. *Teorie aktivního stáří* – usiluje o zachování co největšího počtu dosavadních aktivit s optimalizací podmínek.
2. *Teorie substituční* – usiluje o selekci udržovaných aktivit a o nahrazení neúměrně zatěžujících aktivit novými, vhodnějšími.
3. *Teorie postupného uvolňování* – usiluje o vědomé postupné zbavení se aktivit a činností a pokornému smíření se s nastalou situací a deficitem stáří.

Z výše uvedených strategií nelze považovat žádnou za nadřazenou. Je na každém jedinci zvlášť, aby si zvolil tu, která mu nejvíce vyhovuje. Je třeba dbát i na fakt, aby vzdání se některé z aktivit nebylo projevem deprese nebo rezignace a pasivity. Stárnutí a na něj navazující adaptační strategie souvisí také s osobními ambicemi a s jedincovým očekáváním, resp. o jeho představě vlastního prožití stáří. Co se týká výše uvedených strategií, je třeba podotknout, že na sebe navazují a jsou logicky odstupňovány. Při poklesu zdatnosti lze hledat substituční činnosti. Při zhoršování zdatnosti a vzniku zdravotních obtíží je možné sáhnout ke klidnějšímu způsobu života. V rámci celého procesu adaptačních mechanismů není vhodné radikální řešení, ale postupné přecházení na další stupeň. U některých lidí mohou tyto změny vyvolat stres, agresivitu a apatii. V tomto případě je vhodné hledat náhradní aktivitu spojenou s novou motivací a možnostmi realizace (Čevela a kol., 2012).

K úspěšnému stárnutí a adaptaci na něj patří i udržování potřebné míry tělesné, psychické, sociální kondice. Je třeba totiž předejít nežádoucím jevům, které mohou zásadně urychlit geriatrickou křehkost, kognitivní deficity, osamělost a soběstačnost. Jedná se především o nepřiměřenou ztrátu sociálních sítí, omezení sociálních kontaktů, psychickou inaktivitu, tělesnou inaktivitu, dekonkci, zhoršení pohybové koordinace, poruchu pohybových stereotypů, nevhodné stravování s úbytkem svalové hmoty, apatii a ztrátu motivace, nedostatečnou aktivizaci po onemocněních a zdravotnických výkonech. Pro prevenci výše uvedených potenciálních symptomů je vhodné zvolit následující. V případě psychické oblasti je doporučena řada aktivizačních metod, jejímž základem je komunikace a četba. V oblasti tělesné je vhodné zapojit chůzi, silový trénink dolních končetin, fyzioterapeutické konzultace s intervencemi a optimální pohybovou aktivitu dle svým možností. V sociální oblasti je vhodné zapojit se do přirozených skupin jako jsou skautské oddíly, volnočasové kroužky, církve, a to již od středního věku života (Čevela a kol., 2014).

1.3 Kvalita života ve stáří

„Pro zvýšení kvality života ve stáří bychom se měli zaměřit na aktivní stárnutí, prostředí a komunitu vstřícnou ke stáří a zlepšení zdraví“ (Haškovcová, 2012, s. 46). Mimo Haškovcové se problematikou zabývá i Skopalová (2016), která dodává, že existuje přímá vazba mezi volným časem seniorů a kvalitou života ve stáří. Kvalita života každého jedince je však individuální a lze zajistit individuální identifikaci

a uspokojováním potřeb daných lidí. Během života se mění vlivem hned několika faktorů. Patří mezi ně kulturní a společenské podmínky, ale také sociální situace. Můžeme se setkat s rozdělením na objektivní a subjektivní kvalitu života. V případě objektivní kvality hovoříme o všeobecné spokojenosti člověka s vlastním životem, vycházející z emočního prožívání a kognitivního hodnocení. Subjektivní kvalita pak představuje splnění všech základních sociálních a materiálních životních podmínek spojených s fyzickým zdravím člověka a jeho sociálním statutem. Dále je třeba zmínit kognitivní dimenzi sociální pohody, která je reprezentována racionálním hodnocením vlastního života a spokojenosti s ním. Emocionální dimenze subjektivní pohody pak znamená citové prožívání člověka a zjišťování jeho emočního naladění (Skopalová, 2016).

Hrozenská (2013) ke kvalitě života dodává, že lidský život se odehrává v historickém a kulturním kontextu a ve společenských podmínkách. Autorka také pojednává o dvou úrovních. První je individuální úroveň kvality života, do které je možné zahrnout příjmy, délku života a subjektivní element jako emocionální naplnění a štěstí. Druhou je kolektivní úroveň, která obsahuje totožné, ale v kolektivním měřítku může značit intenzivnější a viditelnější problém. Zároveň je třeba zdůraznit důležitost ontologických rozdílů. V případě subjektivního pohledu na věc se pozornost upírá především k radosti, štěstí a kvalitě života z pohledu jednotlivce. V rámci objektivního přístupu se zaměříme na obecnější pohled, zdali jsou lidé zdraví, mají co jíst a jsou ekonomicky zajištěni. Subjektivní pohodu tak je třeba vnímat z pohledu jejich silných stránek i omezení. Je však třeba určit i základní atributy kvality života napříč oběma směry. Výchozím bodem pro tento koncept by mohly být základní potřeby a jejich uspokojování. V případě uspokojení základních životních potřeb je možné hledat aktivitu, která může jedincům poskytovat autonomii, uspokojovat jejich potřeby a zvyšovat radost. Autorka v publikaci uvádí indikátory života dle Světové zdravotnické organizace (WHO), jsou jimi:

1. *Fyzické zdraví* – ovlivňující energii, únavu, komfort a diskomfort člověka.
2. *Psychické zdraví* – vyjadřující pozitivní a negativní city, způsob myšlení, učení, sebehodnocení a pozornost.
3. *Úroveň nezávislosti* – zahrnující pohyb, denní aktivity, pracovní aktivitu.
4. *Sociální vztahy* – zahrnující sociální oporu a osobní vztahy.

5. *Prostředí* – zahrnující přístup k financím, bezpečí, zdravému prostředí, cestování, sociální péči.
6. *Spiritualita* – zahrnující hodnotovou orientaci jedince, osobní víru a jeho přesvědčení.

Ačkoliv lze pojem kvalita života definovat jen velmi těžko, je možné pohlížet na jisté ukazatele, jejichž přítomnost nebo nepřítomnost ovlivňuje její stupeň. Do kvality života patří již výše uvedené historické, kulturní a životní prvky související s hodnotovým systémem každého jedince. Co je však nutné podotknout, je fakt, že v případě seniorského věku je zdraví faktorem, jež kvalitu velmi podmiňuje (Hrozenská, 2013).

1.4 Pohybová aktivita a aktivní stáří

Pojem aktivní stáří dle Skopalové (2016) jako první definovala WHO, jakožto reakci na demografický problém stárnutí populace. Vznikl projekt zabývající se aktivním stárnutím, přičemž samotné aktivní stárnutí bylo definováno jako progresivní přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na pilířích solidarity, respektu k jedinečnosti a jeho cílem je zajistit vysokou míru kvality života i v pozdním věku, přičemž v dnešní době lze hovořit o aktivním stárnutí jako o evropské strategii přípravy na stárnutí populace (Skopalová, 2016). Podle Bočkové (2011) však není důležitá činnost samotná, ale obecný kontakt s okolním světem, ve kterém jedinec nalézá různé možnosti. Dle autorky je pak zachování aktivního způsobu života ve stáří individuální záležitostí, která závisí na motivaci každého člověka (Bočková, 2011). Téma doplňuje ještě Fišer (1996), který dodává, že věk není základním kritériem dělení určité činnosti a zdůrazňuje fakt, že buď je daná aktivita v člověku zakotvená, nebo ne (Fišer, 1996).

Slepička (2015) zdůrazňuje, že je třeba se věnovat procesu stárnutí ještě před samotným vstupem do něj. Každý člověk tráví svůj volný čas během života jinak. Někteří ho tráví učením, volnočasovými aktivitami nebo prací. Autor zmiňuje i několik klíčových faktorů aktivního stárnutí. Jedná se třeba o aktivitu, tedy proces, ve kterém je třeba vyvinout značné úsilí přispívající k pohodě jedince. Ta se nemusí týkat pouze placené práce nebo zaměstnání. Svoji roli hraje také výchovný preventivní princip. Jinými slovy učení se dovednostem a prevencí zdraví již v předchozím věku. Opět je tedy pozornost směřována k protektivnímu vlivu pohybových aktivit, které jsou již dlouho zmiňovány WHO, jako faktory podporující zdraví. Dokumenty Světové zdravotnické organizace

poukazují na význam pohybové aktivity a jejího vztahu ke zdraví po celý život. Předchozí podkapitola pojednávala o faktorech, působících na kvalitu života. Pohyb v životě seniorů je jedním z nich. Nepůsobí však protektivně pouze na biologické aspekty, ale na celkovou úroveň životní spokojenosti a kvalitu života. Člověk v důchodu má více volného času. Má možnost se věnovat sám sobě a svým zájmům. To mu však nyní zabere více času vzhledem k úbytku sil. I z tohoto důvodu dochází k redukci zájmových aktivit. Procesu však lze předejít postupným vkládáním aktivit do mimopracovních povinností a do volného času už v období před důchodem. Kromě volnočasových aktivit se musí senioři starat o domácnost, která může symbolizovat zmíněný čas strávený v práci během produktivního věku. Poté ve volném čase je tedy možnost věnovat se volnočasovým aktivitám (Slepička, 2015).

Mimo WHO zdůrazňoval pozitivní přínos pro zdraví i Mezinárodní olympijský výbor (MOV). Obě organizace informovaly, že sdílejí stejné cíle v podpoře zdraví prostřednictvím sportu, a je třeba pro všechny obyvatele vytvářet přijatelné prostředí a zařízení pro sportující. Uvedené informace se týkají tzv. sportu pro všechny, který není spojen se soutěžením a cílem dosáhnout nejlepšího výsledku. V 60. a 70. letech minulého století se stal sport předmětem zájmu z pohledu možného faktoru snížení počtu civilizačních onemocnění. Také se díky lepším ekonomickým podmínkám přiblížil všem obyvatelům napříč věkem. Vlivem okolností se tak postupně začalo měnit vnímání sportu jako čistě výkonnostní záležitosti (Slepička, 2015). Sportem se však zabývala také Evropská charta sportu v roce 2002. V uvedeném roce byla Evropskou chartou poprvé vymezena sportovní aktivita v širokém slova smyslu. Pojem pohybová aktivita se tak nově stal nejen aktivitou směřující k co nejlepšímu dosažení výsledku, ale také aktivitou konanou pro zábavu, rozvoj a podporu fyzického i psychického zdraví a uspokojování sociálních kontaktů. Rolí pohybové aktivity ve vztahu ke zdraví se zabývala i Evropská Unie (EU), která v dokumentu Bílá kniha o sportu (2007) rozvádí a doplňuje myšlenky Evropská charta (2002). O sportu je pojednáváno jako o protektivním faktoru zdraví jedince, jeho zdatnosti, integrace a socializační úlohy. Slepička (2015) ještě doplňuje, že česká legislativa v Zákoně o podpoře sportu hovoří o vhodnosti a prospěchu sportovní aktivity z více pohledů. Má vliv na prevenci civilizačních chorob, podporu zdraví, otevřenost a rovnost občanů a rozvíjí participaci občanů na dění v jejich sociální prostoru (Slepička, 2015; Bílá kniha o sportu, 2007, online; Evropská charta sportu, 2002, online).

2 Role životního stylu ve stáří

Kapitola se zabývá rolí životního stylu v procesu aktivního stárnutí jedinců. Jsou zde uvedeny oblasti, jež ovlivňují proaktivní stáří. Dále je v kapitole uvedeno, jakou roli hraje pohybová aktivita v tomto procesu, a jaké faktory mohou proaktivní stáří ovlivnit.

2.1 Faktory ovlivňující životní styl

Životní styl každého jedince se vyvíjí po celý život a do určité míry charakterizuje průběh celého života. Můžeme ho definovat jako dynamizovaný hodnotový systém člověka, modifikovaný jeho endogenními a exogenními danostmi, promítnutý do časoprostoru a sociálního pole přirozeného světa v konkrétní společnosti. Naše chování v různých oblastech života se výraznou měrou podílí na jeho kvalitě v pokročilém věku. Každé období života má svůj specifický životní styl, který se adaptuje zájmům, potřebám a sociálnímu postavení každého člověka. V počátku senia disponuje většina jedinců dobrou fyzickou i psychickou kondicí a životní styl pro ně není omezením. V dalších letech však dochází ke zhoršení těchto faktorů a zároveň nárůstu volného času. Způsob jeho trávení je do značné míry určen tím, co daný člověk dělal v předchozích životních etapách (Sak, Kolesárová, 2012).

Životní styl dále souvisí s prioritami každého jedince a jeho ekonomickým statutem, jelikož naše hodnoty a způsoby chování utváří naše zvyky a každodenní chování. Jiný bude životní styl jedince, který má aktivní náplň každodenních aktivit, a jiný bude u člověka se sedavějším typem životního stylu. Díky prodlužování střední délky života a technickému pokroku se zlepšuje životní úroveň. Životní styl se tak stává aktivnějším. Dnešní moderní senioři dávají přednost vzdělávání, cestování, sportovní aktivitě a kulturním zážitkům, tedy jisté formě osobní seberealizace, která jim je díky výše zmíněným faktorům umožněna (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2014). Seniorům je doporučeno nezavírat se sami do sebe a co nejvíce vyhledávat společnost dalších lidí. Je také důležité, kde a jak tráví svůj volný čas, a zdali využijí rozvoje současné úrovně vzdělání na univerzitách třetího věku. Lidé v seniorském věku by měli dbát na svoje zdraví, celkový vzhled, psychický a fyzický rozvoj. Výše uvedené jevy přispívají ke zvýšení smysluplnosti života a větší spokojenosti seniorů (Štilec, 2004). Cožpotvrzuje i Slepíčka (2015), který doplňuje, že aktivity, který jedinec koná v dřívějším věku, mají preventivní, protektivní a výchovný princip do dalšího průběhu

života. Jinými slovy mluví o protektivním vlivu volnočasových aktivit a životního stylu, jež jedinec praktikuje během života, a které jedince následně ovlivňují i v senu (Slepička, 2015).

2.2 Zdraví a volnočasové aktivity

Výše uvedená problematika úzce souvisí také se zdravím. To je možné definovat mnoha způsoby. Sýkorová (2012) o něm pojednává jako o „stavu duševní pohody zahrnující emoční, sociální, fyzické a duševní zdraví“ (Sýkorová, 2012, s.69). Dále autorka upřesňuje, že ke zdraví lze přistupovat rekreativně nebo proaktivně. V rámci proaktivního přístupu mluvíme o aktivitách posilujících zdraví, tedy aktivní účasti na činnosti. Nadšení z těchto aktivit přináší radost a podporuje aktivní životní styl. V rámci rekreativního přístupu začíná jedincův zájem o vlastní zdraví až v případě obtíží. Tito lidé jsou často pasivní, žijí sedavým způsobem života a jejich zapojení do volnočasových aktivit pro ně není smysluplné. To lze vysvětlit teorií kognitivní disonance. Ta je založena na uvědomění člověka, že pro zdraví je přínosnější cvičit pravidelně, neužívat návykové látky a aktivně využívat vlastní volný čas. Druhá strana mince je ta, že pro jedince je sedavý způsob života a s tím spojená pasivita pohodlná. Jedinec si neuvědomuje svoje chování až do doby, kdy se mu vyskytnou zdravotní komplikace. V tuto chvíli je pak velká šance, že se začne chovat proaktivně. Současná doba však díky vlivu konzumního stylu vede spíše k pasivnímu přístupu. Tendence trávit volný čas u televizorů a počítačů v prostředí domova, je podporována i vývojem moderních technologií (Sýkorová, 2012).

Otázkou propojení aktivního pojetí zdravého životního stylu a zdravotních obtíží se zabývá i Rušavý (2012), který společně se Sýkorovou (2012) pojednává o preventivním působení zdravého životního stylu na mnoho zdravotních obtíží. Další otázkou však zůstává, proč se někteří lidé chovají rekreativně a jiní proaktivně. Možnou odpovědí by mohla být jedincova vnitřní motivace. Motivace „ultimátní“ je získaná biologickými predispozicemi a ranou socializací. „Distální“ motivace je spojena s našimi postoji a hodnotami. Do motivace „proximální“ pak spadají námi vnímané zábrany a situační povzbuzovače. Slepička (2015) doplňuje, že jako další z možných motivačních zdrojů může být proces seberegulace. Jinými slovy proces řízení vlastního chování, směřující k překonání překážek a dosažení vytyčených cílů, zahrnující kognitivní strategie, pomocí nichž jedinec monitoruje svoje chování. Patří do něho

monitorování vlastní účasti, vyhledávání sociální opory, stanovování si cílů, organizace vlastního času, odměňování se za účast na pohybové aktivitě a vyhýbání se situacím, které mohou způsobit neúčast na pohybové aktivitě. S procesem seberegulace souvisí i vnímaná osobní účinnost (self-efficacy) (Slepička, 2015). Rušavý (2012) a Sýkorová (2012) navazují a doplňují informace k motivaci jedince. V případě, že má jedinec trvalou predispozici k určité volnočasové aktivitě, můžeme u něho hovořit o trvalé motivaci. V případě, že je chování jedince proměnlivé v závislosti na situačních faktorech a povzbuzovačích, mluvíme o dočasné motivaci (Rušavý, 2012; Sýkorová, 2012).

Jedním z dalších faktorů, ovlivňujících účast na pohybové aktivitě, je naše výchova a prostředí, ve kterém žijeme. Dále pak postoje a hodnoty, které máme vůči pohybové aktivitě. Svoji roli hraje i zdravotní stav jedince. Více se na volnočasových aktivitách podílí zdraví lidé, kteří se zajímají o smysluplné trávení svého času a více pečují o své zdraví. Svoje aktivity tudíž více tráví zdraví prospěšně. Například fyzickou aktivitou, která má na zdraví pozitivní dopad. Snižuje riziko srdečního onemocnění, obezity a osteoporózy, rakoviny, mrtvice a diabetu. To potvrzuje i Máček (2011), který hovoří o protektivním vlivu pohybové aktivity na diabetes mellitus (Máček, 2011). Skopalová (2016) dodává, že u starších jedinců se zvyšuje schopnost koordinace a tím se předchází úrazům. Dále se zlepšuje kvalita spánku, držení těla a obnovuje se pohyblivost. Dochází také k pozitivnímu účinku na kosterní soustavu, uvolnění bolesti a s tím souvisejícímu rozvoji soběstačnosti lidí ve stáří (Skopalová, 2016). Je však nutné podotknout, že pozitivní vliv z volnočasové aktivity se projevuje i v oblasti psychické, kde se zlepšuje celkové psychické zdraví, snižuje se deprese, posiluje se sebeúcta a pozitivní nálada. Mimo jiné se tím ulehčuje sociální interakce, zlepšuje se životní spokojenost a kognitivní funkce (Rušavý, 2012; Sýkorová, 2012).

Jako jeden z hlavních tlumičů negativního dopadu zátěžových situací na jedincovo zdraví uvádí Sýkorová (2012) účast na volnočasové aktivitě. Jedinci pociťují vyšší smysluplnost trávení volného času, tím pádem méně podléhají stresu a negativním vlivům. V konkrétním případě outdoorových sportů, sociálních aktivit a kulturních aktivit bylo prokázáno zlepšení zdravotního stavu jedinců již po krátkém čase. Je však nutné podotknout, že odlišné volnočasové aktivity působí také odlišným způsobem na snižování stresu a zdraví jedinců. Dále autorka zmiňuje, že volnočasové aktivity působí preventivně především v období, kdy se u jedince vyskytuje vyšší úroveň stresu

nebo právě zažívá velký stres. Toto je možné také vysvětlit tím, že když lidé potřebují uniknout ze zátěžových situací, naplánují si účast na volnočasové aktivitě. Na snížení hladiny stresu se kromě samotné účasti podílí také vliv společenství lidí, které v rámci aktivit potkáváme. Jinými slovy, je zde opět zmíněn pozitivní vliv sociální opory na zdraví a s tím spojené snížení nežádoucích projevů na tělo vlivem stresu. Celkově lze shrnout, že volnočasové aktivity pomáhají k udržení dobrého zdravotního stavu a snižují negativní dopad zátěžových situací (Sýkorová, 2012).

2.3 Protektivní role pohybové aktivity

Jak již bylo zmíněno v předchozím odstavci, pohybová aktivita působí na psychické procesy v těle, ale zároveň na fyzickou stránku jedince. Tělesné procesy doprovází procesy psychické (volní, emoční, poznávací, motorické). Bylo prokázáno, že u sportujících jedinců dochází ke snižování úrovně úzkosti a výskytu deprese, a dále dochází k posilování psychiky a kladného sebehodnocení. To v případě intenzivnější aktivity, ale i aktivity s nižší intenzitou, jako je například pěší turistika. Pohybová aktivita má také pozitivní vliv na pacienty všechny typů diabetu. V případě, že je prováděna v mírné zátěži, zlepšuje kvalitu života jedinců. Pohybově aktivní osoby mají též po celý život vyšší funkční schopnosti, oproti jedincům se sedavým životním stylem. Pohyb jedincům poskytuje lepší sebezpoznání, sociální a smyslovou zkušenost a může vyvolávat emoce, které jedince obohacují. Sport je také spojen s utvářením charakterových vlastností jedince. Souvisí s tím schopnost překonávání překážek, vyrovnání se s neúspěchem a utváření odolnosti vůči stresu. Když se podíváme na pohyb z druhé strany, je možné ho využít k relaxaci, uvolnění a odpočinku. Výsledky dlouhodobě sportujících jedinců podotýkají, že se tyto jedinci cítí uvolněnější vůči negativním vlivům a celkově psychicky odolnější (Slepička, 2015; Rušavý, 2012; Novotný, 2012).

V kapitole, týkající se životního stylu bylo uvedeno, že životní styl závisí na hodnotovém žebříčku každého jedince a je zcela individuální. Slepička (2015) rovněž poukazuje na hodnotový systém jedince. Ten je důležitý i v procesu aktivního životního stylu, jelikož na něj navazuje struktura motivace daného jedince, tak i společnosti. Ve větší míře je totiž pohybová aktivita záležitostí sociálních skupin, kterými jedinec během života prochází. Makroprostředí, rodina, vrstevnické a pracovní skupiny mají na jedince velký vliv. Cílem pohybové aktivity je pozitivně modifikovat

životní styl a zvýšit kvalitu života jedinců. Z tohoto důvodu by měla mít své místo v každodenních činnostech každého člověka. Jak a do jaké míry může aktivní sportování působit na psychosociální oblast člověka, aby se stalo součástí jeho hodnotové orientace, je však otázkou. Sportovní psychologie pohlíží na prožitek jako na silnou emoční událost, která má tendenci se zpětně vybavovat, přičemž sportování se za takovouto událost považuje. Prožitek se poté vzpomínkově idealizuje a mění se do pozitivního směru. To znamená, že aktuálně nekomfortní pocity, které jedinec během sportovní aktivity zažívá, se postupem času neutralizují a dále se stávají dokonce emočně kladnými. Vliv sportu na prožívání je ještě navyšován vlivem propojení se svalovou činností. Jedinec tak pociťuje pozitivní naladění a zároveň omezuje svoje psychické napětí. Celkově se tak podporuje psychohygienický efekt. Mezi individuální zdroje kladných prožitků při pohybové aktivitě považujeme možnosti sebedůvěry, ovlivnění sebehodnocení, změny nálad, pocitu kompetence a úspěchu z dosažení cíle. Mezi sociální zdroje, jež mají také pozitivní dopad, řadíme získání uznání, možnost sdílení emocí, identifikace a prevenci ztráty sociálních kontaktů.

Sportovní aktivita také podle Slepíčky (2015) rozvíjí psychosociální sféru, vlivem daných sociálních norem v rámci každého sportu. Můžeme tedy hovořit o jisté socializační roli sportu, která má největší význam u dětí a mladistvých. Dodržování a respekt k pravidlům nastavených sportem a lidem, kteří na dodržování pravidel dohlíží, je spojena s významnou emocionalitou a schopností sebeovládání. Sportující jedinci často vnímají tyto normy jako překážky a mají je tendenci obcházet. V případě, že sociální prostředí daného sportu tyto aktivity potlačuje a minimalizuje, posiluje tím morální hodnoty jedince, které se mohou projevit i v nesportovním životě. Slepíčka k tomuto doplňuje, že pokud sportovec ve sportovním prostředí získá dané hodnoty, vytváří si tím předpoklad pro jejich aplikaci do běžného života. Důležitou roli v tomto procesu hraje období dětství a dospívání, kdy je vývoj hodnotového žebříčku obzvláště důležitý a na jeho základě bude jedinec pravděpodobně fungovat po celý život. Slepíčka k tématu závěrem uvádí následující: „*Hodnoty sportujících, vnitřní hodnoty sportu samotného, neustále respektované jak účastníky sportu, tak širokou veřejností, se dostávají do souladu s jejich chováním*“ (Slepíčka, 2015, s. 59).

Volnočasové aktivity můžeme též dělit dle Sýkorové (2012) na strukturované a nestrukturované. Mezi strukturované řadíme sport a tvořivé činnosti, mezi nestrukturované sledování televize, aj. Vlivem strukturovaných volnočasových aktivit

vznikají jisté schopnosti, protože jsou často řízeny. Nestrukturované volnočasové aktivity probíhají spontánně a nejsou v nich předem daná pravidla. Dále můžeme doplnit, že strukturovanými volnočasovými aktivitami procvičujeme naše fyzické a psychosociální dovednosti. Jedinec si během aktivity může vybudovat sociální síť, která mu může být zdrojem ocenění a pociťuje v ní sounáležitost. Shodně se Slepíčkou (2015) i Sýkorová (2012) potvrzuje, že uvedené faktory mají aktuální kladnou odezvu a mohou danému jedinci pomoci i v budoucnu, kdy bude řešit nastalé problémy. Ne každý jedinec se však do pohybové aktivity zapojuje stejně aktivně. Vše je navíc ovlivněno vnitřními a vnějšími faktory, které jsou individuální. Mezi vnitřní faktory můžeme řadit jedincovy osobnostní charakteristiky, jeho motivaci a předpoklady pro danou činnost. Do vnějších faktorů pak řadíme motivaci, která přichází zvnějšku, styl jedincovy výchovy a socioekonomický status rodiny. Tudíž je třeba konstatovat, že ne všichni mají možnost navštěvovat sportovní nebo volnočasové aktivity, ať už z finančních důvodů nebo vlivem demografických rozdílů. Jedinci, žijící na venkově a na vesnicích, nemají zdaleka tak širokou paletu výběru aktivit, jako lidé, žijící ve městech. Dalším faktorem je také atraktivita daných činností (Sýkorová, 2012).

2.4 Pohybová aktivita z pohledu zátěže a stresu

Otázkou, zdali může pohybová aktivita zlehčovat, ovlivňovat nebo potlačovat negativní dopad zátěžových situací na zdraví jedince, se zabývalo mnoho studií. Sebedeterminující dispozice a sociální opora, vycházející z pohybové aktivity, zmírňuje stres ze zátěžových situací a tlumí ho. Dále pak udržuje fyzické i psychické zdraví člověka. Jedním ze základů sociální opory je přesvědčení daného jedince o tom, že jeho blízcí jsou mu v blízkosti k dispozici, a v případě potřeby mu pomohou nebo ho podpoří (Sýkorová, 2012). Autorku doplňuje i Křivohlavý (2001), který mluví o sociální opoře jako o poskytnutí pomoci druhému člověku, který se nachází v tíživé nebo zátěžové situaci. Pomocí je mu poskytována možnost, jak se s nastalou zátěží nebo situací vyrovnat (Křivohlavý, 2001). Tématem sociální opory se zabývá i Mareš (2002), který poukazuje na fakt, že ve většině případů poskytování sociální opory má tento proces na oba aktéry pozitivní dopad (Mareš, 2002). Na základě vědomí, že jedinec jedná autonomně a svobodně, jsou pak založeny sebedeterminující dispozice. Abychom však dokázali správně rozlišit mezi copingovým přesvědčením a strategií, je potřeba porozumět, jak volný čas může pomáhat s jedincovým vyrovnáním se se zátěžovou

situací a následným stresem. Také hraje roli situační vliv a jeho intenzita. V případě, že je slabší, copingové reakce jedince jsou přiměřené a vhodné. Například introvertní jedinec, který se potřebuje odreagovat a snížit napětí, spíše sáhne po čtení knihy. Oproti tomu tvrdě pracující doktor, také introvert, může po několika hodinové směně upřednostnit k odreagování se aktivity ve společnosti kamarádů a přátel. V tomto případě je situační vliv silnější a dá se očekávat jiná reakce. V ideálním případě pak dochází ke splynutí situačních a dispozičních faktorů. To znamená, že dochází ke splynutí řešení situace s osobností člověka (Sýkorová, 2012). Výše uvedené potvrzuje i Svačina a Hendl (2011), kteří informují, že pozitivní pohybové volnočasové aktivity jsou z hlediska volného času seniorů důležité. V rámci aktivit se jedinec realizuje a aktivita získává charakter trvalosti a stálosti. Význam pohybových volnočasových aktivit autoři spatřují především v prevenci chorob, které výrazně snižují kvalitu života, prevenci cukrovky, obezity, kardiovaskulárních chorob a nádorových onemocnění. Dále dávají pocit soběstačnosti a komplexně se podílejí na pozitivním dopadu na zdraví člověka. V případě volnočasových aktivit seniorů uvažujeme o aktivitách, které jim přinášejí radost a zdravotní benefity. Důležité je konstatovat, že i jediná pravidelná účast na pohybové aktivitě způsobuje pozitivní dopad, který se při aktivitě opět rychle vytvoří (Svačina, Hendl, 2011).

V předchozím odstavci je uvedeno, že mezi faktory volnočasového životního stylu patří svoboda volby, snaha vyhnout se nudě a vnitřní motivace. Rozhodování s sebou však nese i zodpovědnost za dané jednání, které může být pro člověka frustrující a demotivující. Jinými slovy se může jednat o zátěžový faktor. Subjektivním faktorem je i pocit nudy při pohybové aktivitě. V případě, že aktivita jedinci nepřináší očekávané uspokojení potřeb, může mu poskytovat nežádoucí prožitek. To znamená, že na propojený vztah zátěžových situací a volnočasových aktivit lze nahlížet ze dvou hledisek. Na jedné straně volnočasová aktivita pomáhá jedincům ke zvládnání odlišných zátěžových situací a má pozitivní preventivní vliv na vznik stresu. Na straně druhé jim může působit jisté potíže. Aktivita nemusí jedince bavit, nebo ho nebaví některé její části. Dále pak může aktivita převyšovat jedincovy schopnosti, může se dostat do konfliktu s vedoucím aktivity nebo je jedinec sociální skupinou z aktivity vytlačován nebo je na něho vytvářen tlak (Sýkorová, 2012). Jedinec může volnočasovou aktivitu dělat i doma. Může se jednat o poslech rozhlasu, čtení knih, domácí a ruční práce, pěstování rostlin a péče o domácí zvířata nebo sexuální aktivity (Skopalová, 2016).

Mnohem častějším způsobem je však sociální povaha volnočasových aktivit, o které mluví Sýkorová (2012), která vychází ze základních sociálních motivů být součástí společnosti, poznávat nové lidi a udržovat s nimi dlouhodobé přátelství. To vše se odehrává uvnitř rodiny, komunity přátel, pracovní skupiny a skupiny sportujících. Výše uvedené může hrát roli i při samotném výběru volnočasové aktivity. Jedinec v rámci společnosti lidí provozuje různé aktivity, které mu dělají radost. To vše nás provází od dětských her až po činnosti v dospělosti. V rámci daných aktivit může jedinec pociťovat emocionální podporu, která na něho má pozitivní vliv a může se pozitivně projevit i do budoucna. Dále je někdy třeba, aby jedinec prokázal konkurenceschopnost vůči ostatním členům a zátěžovou situaci zvládl (Sýkorová, 2012).

K problematice se váží pojmy adaptace a zvládání (coping). Téma blíže osvětluje Paulík (2017), který zdůrazňuje, že adaptace často označuje chování systémů, které umožňuje přizpůsobení se podmínkám a zajištění vývoje a přežití. Obecně tedy lze tvrdit, že se týká zátěže jako takové a je nezbytnou podmínkou přežití živých organismů. V případě copingu mluvíme především o zvládání stresových a náročných životních situací. Vytváří se tím větší úsilí, které je třeba vynaložit v rámci procesu zvládání stresové situace, vedoucí k regulaci vnějšího a vnitřního napětí jedince. Tématem se zabývá i Sýkorová (2012), která informuje, že otázkou, jaké způsoby zvládání jsou efektivní a jaké ne, se zabývá mnoho odborníků. Adaptivní, resp. vědomá forma zvládání se považuje za efektivní. Jedná se především o cílený proces, hledající dalších informací, možností a plánovaných řešení. Maladaptivní forma se vyznačuje jistým defenzivním vyhnutím se dané situaci nebo unáhlenému rozhodnutí, zajišťujícím aktuální uspokojení. Patří sem i užívání drog a rigidní chování. Je však složité definovat přesný způsob zvládání, tj. zdali se jedná o adaptivní nebo maladaptivní formu. V případě potřeby sociální opory může jedinec vyhledat aktivitu v rámci sportovní skupiny nebo vyhledá přátele na baru. Z pohledu jedinceva zdraví a životního stylu je vhodnější první varianta. V případě podléhání vlivu zátěžových situací po delší dobu, je riziko vzniku stresu větší. S tím souvisí psychické a fyzické potíže, jako je onemocnění srdce, vyčerpání, deprese a poruchy příjmu potravy. Stres, který je dlouhodobý však na každého jedince působí jinak. Obecně vzato, maladaptivní reakce na zátěž spojená se stresem, může vyvolat zvýšené známky úzkosti a deprese. Dalším faktorem, jenž může ovlivnit reakci na zátěžovou situaci, je pohlaví. Dívky mnohem častěji využívají

sociální opory k vyrovnání se s nastalou situací. Oproti tomu muži spíše vyhledají fyzickou aktivitu (například sport) nebo pasivní formu. Svoji roli ve výše uvedené problematice hraje také věk. Mladší jedinci kladou větší váhu na rady svých rodičů, oproti tomu dospělí lidé dávají váhu vlastní zkušenosti a racionálnějšímu pohledu na věc (Paulík, 2017; Sýkorová, 2012).

2.5 Vnímaná osobní účinnost

Motivace k pohybové aktivitě je dle Slepíčky (2015) nejčastěji vysvětlována z pohledu sociálně kognitivní teorie. Účast na pohybové aktivitě je pak výsledná interakce mezi člověkem a jeho subjektivním přesvědčením o svém okolí, o sobě a prostředí, ve které se nachází. Vnímanou osobní účinnost můžeme také definovat jako přesvědčení o možnostech vlastní osoby zvládnout určitou aktivitu. Toto je pak důležitá determinanta výše uvedené interakce. Je také třeba doplnit, že vnímaná osobní účinnost je tvořena čtyřmi hlavními pilíři. Prvním je zkušenost s danou aktivitou a její zvládnutí. Jedinec pak získává subjektivní přesvědčení, že situaci zvládne i v budoucnu. Jinými slovy, když se jedinec aktuálně aktivně podílí na volnočasové aktivitě, je pravděpodobné, že se jí bude účastnit i v budoucnu. Subjektivní přesvědčení se však během života může měnit. Jednou to jedinec zvládne, podruhé nikoliv. Druhým pilířem je zástupná zkušenost. Jedná se o utvoření si přesvědčení na základě sledování druhých lidí při aktivitě. Interpretace pak často vychází s ohledem na absenci vlastní zkušenosti a určení pravděpodobnosti osobního úspěchu na základě úspěšnosti jiného člověka s danou aktivitou. Důležitým faktorem druhého pilíře je sociální opora a pozitivní vliv lidí, participujících na volnočasové aktivitě. Šolcová (2009) doplňuje, že sociální opora je určitý sociální fond, ze kterého lze brát v případě potřeby sociálních vztahů. Díky tomu se pak člověku dostává pomoci při zvládání nároků a překážek (Šolcová, 2009). Svoji roli hraje také rodina a vzory, které mohou inspirovat k rozhodnutí začít. Třetím pilířem je ovlivňování druhých lidí a jejich hodnocení situace. V tomto případě hraje důležitou roli zpětná vazba okolí na jedince osobu. V případě, že okolí vyhodnotí, že jedinec úkol zvládne, je vyšší pravděpodobnost, že tomu tak bude a naopak. Čtvrtý pilíř pojednává o interpretaci vnímání vlastních emočních a tělesných stavů. Jedná se tedy o subjektivní pohled na to, zdali danou aktivitu zvládnou. V tuto chvíli můžou nastat pocity stresu, vzrušení, úzkosti a změny nálad (Slepíčka, 2015).

Slepička (2015) také uvádí, že ve výběru volnočasové aktivity hraje vnímaná osobní účinnost velký vliv. Častěji si vybereme aktivitu, ve které se cítíme komfortně a plně kompetentní. Přirozeně se vyhýbáme aktivitám, kde tomu tak není. Vnímaná osobní účinnost hraje roli také v tom, kolik úsilí do ní vložíme, jak budeme vytrvalí a nezdolní v překonávání překážek a negativních podmínek. Čím vyšší vnímaná osobní účinnost, která ovlivňuje pocity vyrovnanosti, tím vyšší pravděpodobnost, že daný jedinec bude vnímat překážky jako výzvu a zvýší svoje úsilí k jejich překonání. Nižší úroveň vnímané osobní účinnosti pak může mít za příčinu pociťování deprese a úzkosti. V takovýchto případech jedinci věří v to, že je daná aktivita složitější, než je tomu tak reálně, a sami omezují vlastní možnosti k jejímu překonání. S pohybovou aktivitou souvisí vnímaná osobní účinnost z hlediska sociálně kognitivních procesů nejvíce a pohyb přímo zvyšuje hladinu jejího subjektivního vnímání jedincem. Také je nutné podotknout, že vnímaná osobní účinnost zprostředkovává vztah mezi různými aspekty kvality života, tedy vnímaným fyzickým a psychickým zdravím a pohybovou aktivitou (Slepička, 2015).

2.6 Smysl pro soudržnost (SOC)

Paulík (2010) úvodem uvádí, že roku 1979 Antonovsky poprvé prezentoval teoretický model vztahů mezi stresory, zdravím a zvládnutím stresu, tedy teoretický konstrukt smyslu pro soudržnost. Dále pak vysvětluje, že smysl pro soudržnost (SOC) se týká dlouhodobého pohledu na svět a osobnostní orientace jedince. Jedná se o smysluplný a vnitřně soudržný celek, který jedince vnímá okolo sebe. Základem je pak důvěra v to, že člověk žije v prostředí, jehož působení je uspořádané, předvídatelné a pochopitelné. Dále pak fakt, že na požadavky života jedincova dispoziční výbava stačí a dává smysl vkládat energii do úkolů, které chápe jako výzvu a plně se tak věnuje dosažení cíle. Tento proces navíc jedinci přináší radost, spokojenost a pocit, že dokáže ovlivnit dění okolo sebe. Téma doplňuje i Křivohlavý (2001), který uvádí, že SOC je tvořen několika základními komponenty, které můžeme odstupňovat od kladné po zápornou polaritu. Člověk vykazující vyšší hodnoty SOC lépe vzdoruje životním těžkostem. Paulík (2010) pak popisuje jednotlivé komponenty. Jedná se o manageability (zvládnutelnost), comprehensibility (srozumitelnost, pochopitelnost), meaningfulness (smysluplnost daného problému vyvolávající pozitivní emoce). Centrálním komponentem je pak díky svému emočnímu náboji meaningfulness (Paulík, 2010; Křivohlavý, 2001).

Výše zmíněné komponenty blíže popisuje kromě Paulíka (2010) také Pelcák (2013). V případě manageability je pozitivní polarita zřejmá díky pocitu jedince, že je sám dostatečně silný a způsobilý si pomoci sám, případně situaci zvládnout za pomoci dalších lidí. Negativní náboj pak představuje přesvědčení jedince o jeho nedostatečnosti. Comprehensibility charakterizuje přesvědčení, že se okolo nás pohybují smysluplně uspořádané věci a svět jako celek a je možné se na něho spolehnout. Z toho může posléze vyplývat i jistota a předvídatelnost jevů, na které se jedinec dokáže připravit. V případě negativního pólu jedinec vnímá svět jako nepřehledný a neuspořádaný. Svět, ve kterém neplatí žádná pravidla. Třetí komponenta SOC, meaningfulness má v kladném pólu tendenci považovat řešení situace za smysluplné. To znamená, že situace stojí za to, aby ji člověk věnoval pozornost. Co je však důležité, je fakt, že tento proces přináší jedinci pozitivní emoční naladění, protože jedinec je přesvědčen, že vynaložené úsilí přinese kýžený efekt, včetně sociálního ocenění. V případě negativního pólu se jedinec citově odvrátí od problému a je mu lhostejné jeho řešení (Paulík, 2010; Pelcák, 2013).

Celkový smysl pro soudržnost se promítá do primárního i sekundárního hodnocení situace. Jeho základ se tvoří již v raném vývoji jedince. Během tří dekad se však může modifikovat. Jedna z důležitých fází je vstup do zaměstnání a první roky v pracovním procesu. Poté se SOC do jisté míry stabilizuje. Přesto jsou i poté možné dílčí změny, které jsou již více pozvolné. V případě, že nemá jedinec dostatečný smysl pro soudržnost, má pocit, že základním jevem jeho života je chaos. Nelze spoléhat sám na sebe ani na okolní prostředí. Životní situace není možné zvládnout a faktory, vedoucí ke zvládnutí, jsou mimo jeho kontrolu. To může vést k depresi, úzkosti a obavám ze selhání. Také k pocitu odcizení, omezení sociálních kontaktů, pocitu marnosti, nespokojenosti, zbytečnosti vlastního snažení a obavám z vlastních selhání. Ke zjištění SOC je využívá dotazník SOC, obsahující 29 otázek (Paulík, 2010).

3 Kvalita života a vybrané faktory proaktivního stáří

3.1 Cíl výzkumného šetření, stanovení hypotéz

Cílem práce je ověřit protektivní roli smyslu pro soudržnost (dále SOC) v proaktivním stáří. Dílčím cílem je zmapovat základní vztahy mezi SOC a vybranými faktory kvality života seniorů. Na základě studia dostupné literatury (Mareš, 2014, 2016) byly zvoleny nejčastěji uváděné faktory: deprese, sociální opora, subjektivně vnímané zdraví, kvalita života, psychická a emoční pohoda, nezávislost a kontrola nad životem. Shodně s výzkumnými cíli byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: *Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s vyšší spokojeností s celkovou kvalitou života.*

H2: *Méně závažné projevy deprese souvisí s vyššími hodnotami smyslu pro soudržnost (SOC).*

H3: *Vyšší životní spokojenost souvisí s vyššími hodnotami smyslu pro soudržnost (SOC).*

H4: *Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s vyšší subjektivně vnímanou pohodou.*

H5: *Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s méně závažnými projevy subjektivně vnímaného stresu.*

H6: *Méně závažné projevy deprese souvisí s vyšší subjektivně vnímanou kvalitou života.*

H7: *Vyšší projevy deprese souvisejí s nižší adherencí ke zdravému životnímu stylu.*

3.2 Sběr dat a výzkumný soubor

Ke sběru dat byla zvolena forma dotazníkového šetření. Tím byla získána možnost oslovit větší počet respondentů. S čím bylo však třeba počítat, byl fakt možné nepravdivosti v některých odpovědích a v nepochopení otázek.

Kritéria pro výběr výzkumného souboru byla následující:

- věk respondentů nad 60 let
- život v domácnosti bez závislosti na péči druhých osob
- absence kognitivního deficitu, který by snížil validitu odpovědí

Sběr dat proběhl mezi říjnem a prosincem 2019. Celkem bylo osloveno 110 seniorů. 19 dotazníků bylo ze souboru vyloučeno pro neúplnost dat. Dalších 10 dotazníků se nevrátilo vůbec, tudíž návratnost dotazníků činila celkem 89 %. Výběr souboru proběhl metodou sněhové koule. Harnoll (2003) uvádí, že se jedná o způsob zisku respondentů na základě pozvolného nominování dalších osobami, které dotazník již vyplnily. Metoda využívá sociálních vazeb mezi členy populace (Hartnoll a kol, 2003). Vybrané osoby byly požádány, aby vybraly a oslovily další osoby, které splňují kritéria pro možnost vyplnění dotazníků. Všech 81 respondentů se o sebe dokáže samo postarat a během života se podíleli na sportovní nebo volnočasové aktivitě. Více než polovina respondentů to praktikuje i doposud v rámci sociálních skupin, kterých byli členy i v produktivní fázi života. Všichni oslovení respondenti jsou z Královehradeckého a Středočeského kraje.

Tabulka 1 Věkové složení respondentů (n= 81)

Věkové rozmezí	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
60-64	39	48,1
65-69	14	17,3
70-74	17	21,0
75-80	11	13,6
celkový počet respondentů	81	100,0

Tabulka 1 obsahuje výsledky zapsané absolutní a relativní četností. Hodnoty v tabulce byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Absolutní četností je vyjádřen celkový počet respondentů v daném věkovém rozmezí, přičemž pohlaví nehraje roli. Relativní četností je vyjádřeno procentuální zastoupení dané věkové skupiny v rámci celku.

Výzkumná metoda

Výzkum byl proveden kvantitativní metodou, konkrétně dotazníkovým šetřením. Gavora (1996) upřesňuje, že dotazníková metoda je určena především pro získávání údajů ve větším měřítku a zároveň je metodou nejvíce využívanou pro sběr dat. Dle Hendla a Remra (2017) je kvantitativní výzkum obvykle spojován se statistickým šetřením, zabývajícím se strukturovaným získáváním dat, zobecňováním výsledků

a měřením konceptů s cílem upravovat a testovat teorie. Dle autorů vyplňuje respondent dotazník sám nebo v interakci s tazatelem. Dotazník se také využívá k získání informací o pocitech, názorech, postojích a hodnotách dotazovaných osob. Může obsahovat otázky o faktech týkajících se charakteristiky života respondenta a jeho světa. Dotazník není vázaný na výzkumný design, může být využit při sběru dat v případové studii, experimentu, statistickém šetření nebo pozorování. Obvykle je dotazník rozdělen na více částí, které vycházejí z postupů škálování, testování a měření (Gavora, 1996; Hendl, Remr, 2017). K vyhodnocení výsledků šetření byl využit program Microsoft Office – Word a Excel. Testovou baterii tvořily standardizované dotazníky SOC – 29, STRESS PROFILE, Škála deprese SDS a Dotazník kvality života OPQOL-35-CZ, umožňující efektivní porovnání dat s jinými výsledky. Všechny dotazníky se vyplňovaly v tištěné podobě. Každý respondent dostal soubor dotazníků, které byly sešity k sobě a očíslovány.

Dotazník nezdolnosti SOC (29). Dotazník tvoří škála o 29 položkách, která měří celkovou koherenci životní orientace a s ní související tři dimenze. Mezi ně patří *Porozumění situaci – Comprehensibility* (11 položek), další položkou je *Zvládnutelnost/Ovladatelnost – Manageability* (10 položek) a třetí položkou je *Smysluplnost – Meaningfulness* (8 položek). Respondent pak vybírá odpověď na sedmi bodové škále mezi dvěma frázemi. Vyplnění celého dotazníku trvá přibližně patnáct až dvacet minut. V případě, že respondent neodpoví na více než 4 položky, nebude výsledek brát jako validní. Třináct položek se musí vyhodnocovat obráceně. Celkový skóre se poté získá sečtením bodových hodnot po provedení reverze. Metodou SOC (29) můžeme sledovat zvládání stresu jedince a jeho aktivní nebo pasivní orientaci při řešení problémů ve složitých situacích (Pelcák, 2013). Ukázka dotazníku je vložena jako *Příloha A*.

Sebeposuzující stupnice deprese – SDS. Je tvořena celkem dvaceti položkami, které se týkají příznaků deprese v jejich plné šíři. Určitý charakteristický rys deprese zastupuje každou položku, která je definována jako „syndrom současně se vyskytujících příznaků a známek z oblasti nálady, somatiky, psychomotoriky a psychologie.“ Deprese může být také vysvětlována jako afekt krátce trvajících subjektivního pocitu, jako emoce zahrnující subjektivní prožívání objektivních skutečností, jako déletrvajících nálada, nebo jako onemocnění nálady s charakteristickými symptomy a syndromy. V souvislosti se zmíněnými definicemi je klíčové, že SDS je určena pouze k popisu

deprese ve smyslu nálady a používá se ke kvantitativnímu hodnocení intenzity deprese (Pelcák, 2013). Ukázka dotazníku je vložena jako *Příloha B*.

Tabulka 2 Převodní tabulka SDS indexu na CGI

SDS Index	Globální klinický dojem (CGI)
Méně než 50	Normální, nejeví známky deprese
50-59	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese
60-69	Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese
70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese

Zdroj: Zung in Pelcák (2013, s. 93)

Stress Profile. Sebeuposuzovací dotazník disponuje 123 položkami, které jsou určeny pro dospělou populaci nad 20 let věku, s minimálně ukončeným základním vzděláním. Zaměřuje se na patnáct oblastí týkajících se stresu a zdravotního rizika (např. oblast zdraví, práce, finanční situace, rodiny, společenských povinností, životního prostředí, cvičení, odpočinku, zdravotních návyků aj.). Mezi další položky, jež dotazník obsahuje, patří chování typu A, pozitivní a negativní pohled na sebe samého, zhodnocení vlastní psychické pohody a kognitivní nezdolnost. Stress Profile je využíván k získání informací o psychických faktorech, ovlivňujících vztah mezi nemocí a stresem. Dotazník také poskytuje informace o specifickém životním stylu a zdravotním chování, což může být důvodem výskytu onemocnění a poruch, které jsou ovlivňovány stresem. Jako další přináší informace o životním stylu, zvycích a chování, které mohou mít vliv na délku života a na celkovou životní pohodu daného jedince. Jednotlivé položky dotazníku představují hrubé skóre, které je pomocí převodních tabulek převedeno pro českou populaci na T-skór, jehož hodnoty mají průměr 50 a směrodatnou odchylku 10. „Normální populaci“ vymezují výsledky v rozmezí 40-59. Pokud se výsledky dostanou nad 60 jsou považovány za vysoké a výsledky pod 39 jsou pokládány za nízké. U škál stres, ARC, chování typu A, a negativní pohled jsou rizikové vysoké hodnoty, u ostatních položek jsou rizikové nízké hodnoty. Na jednotlivé škály je možno nahlížet jako na poměrně nezávislé faktory ovlivňující vztah stres-nemoc. Autorem dotazníku je Kenneth M. Nowack, autory české mutace jsou J. Klose a P. Král (Pelcák, 2013). Ukázka dotazníku je vložena jako *Příloha C*.

Tabulka 3 Škály Stress Profile

Škála	Počet položek
Index inkonzistentních odpovědí	(10 párů)
L-skór	5
Stres	6
Zdravotní návyky (celkový skór)	25
Cvičení	3
Odpočinek / spánek	5
Jídlo / výživa	5
Prevence	11
Trs položek ARC (konzumace alkoholu, rekreačních drog a cigaret)	3
Sociální opora	15
Chování typu A	10
Kognitivní nezdolnost	30
Zvládací strategie (bez celkového skóru)	
Pozitivní pohled	5
Negativní pohled	5
Minimalizace hrozeb	5
Zaměřenost na problém	4
Psychická pohoda	12

Zdroj: Pelcák (2013, s. 96)

Dotazník kvality života seniorů QPQOL – 35. Původní verzi dotazníku vyvinula Ann Bowlingová ve Velké Británii. Autoři Vachková a Mareš (2016) poté přeložili dotazník do češtiny. Česká verze je určena pro jedince obou pohlaví starší 60 let s dobrými kognitivními schopnostmi. Dotazník obsahuje 35 otázek a zabývá se sedmi oblastmi kvality života, které tvoří zdraví, nezávislost a aktivní život, víra, náboženství a kultura, rodinné a bezpečné prostředí, osamělost, spokojenost se životem a pozitivní přístup

k němu. Každý respondent vybírá odpověď z bodové stupnice 1 až 5, přičemž 5 představuje silný souhlas a 1 silný nesouhlas (Pelcák, 2013). Ukázka dotazníku je vložena jako *Příloha D*.

K vyhodnocení dat z empirického šetření byl využit párový *Pearsonův korelační koeficient*, díky kterému je možné zjistit závislostní vztahy mezi dvěma faktory. Autoři Walker (2013) a Dostál (2016) shodně uvádějí, že se jedná o nejoblíbenější ukazatel dvou kvantitativních znaků. Označuje se písmenem r , o kterém hovoříme jako o korelačním koeficientu, a které je tvořeno hodnotou v rámci intervalu $[-1, 1]$. Korelace je pak znázorněna násobkem směrodatných odchylek dvou proměnných. Když vyjde korelační vztah $r = 0,00$, tak mezi oběma měřenými hodnotami žádný vztah neexistuje. Oproti tomu, pokud vyjde $r = 1,00$, zjišťujeme, že mezi proměnnými je velmi silný vztah. Platí tedy, čím vyšší číslo, tím silnější vztah. V některých případech se díky mnoha rušivým vlivům dosáhne vysoké hodnoty jen velmi těžko a pak může například $r = 0,30$ nebo $r = 0,50$ znamenat významný vztah. Dále se můžeme setkat s kladným nebo záporným korelačním koeficientem. V případě záporného vztahu, zjišťujeme, že jedna hodnota klesá a druhá stoupá. V kladném případě obě na sebe působící hodnoty stoupají.

Dále se v empirické části objevují následující proměnné. Jedná se o *aritmetický průměr*, *medián* a *směrodatnou odchylku*. Dle Hendla (2006) je aritmetický průměr množina zahrnující všechna pozorování. Vypočítává se součtem všech proměnných a vydělením jejich počtem. V případě mediánu, mluvíme o hodnotě jedince, stojícího uprostřed řady veškerých prvků souboru seřazeného podle velikosti naměřených hodnot. V případě, že je rozsah statistického souboru číslo sudé, medián je poté určen jako aritmetický průměr dvou prostředních hodnot. Směrodatná odchylka je pak kladně vzatá odmocnina z rozptylu. Můžeme se také setkat s názvem standardní odchylka. Čím větší je směrodatná odchylka, tím více je rozdělení kolem průměru rozptýleno a naopak, čím menší je, tím více jsou hodnoty nashromážděné okolo průměru. Proměnná tedy udává, jak moc se od sebe vzájemně odlišují jednotlivé případy v souboru (Hendl, 2006).

3.3 Výsledky

3.3.1 SOC a vybrané ukazatele kvality života seniorů 60+

Řada autorů poukazuje na protektivní vliv SOC při zvládání životních situací a mikrostressorů. Studie popisují statisticky významné vztahy mezi SOC a kvalitou života u různých skupin populace. Relativně menší pozornost je věnována neklinické populaci seniorů 60+. Shodně s literaturou Paulíka (2010), Křivohlavého (2001), Janečkové (2005), Antonovského (1987) a Pelcáka (2013), pojednávající o protektivní roli SOC, byly testovány vztahy mezi SOC a vybranými faktory ovlivňujícími kvalitu života a životní styl jedinců.

Tabulka 4 Hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) u souboru seniorů 60+

	Síla SOC	Srozumitelnost	Zvládnutelnost	Smysluplnost
Průměr	141,84	49,50	51,66	40,68
Medián	146	51	54	42
Minimum	71	26	24	21
Maximum	180	62	69	55
Směr. odchyl.	20,99	8,29	8,71	6,14

Komentář: **Tabulka 4** uvádí hlavní hodnoty celkové statistiky vzorku respondentů (n = 81). Z výsledků byl vyjádřen průměr, medián, bodové minimum, maximum a směrodatná odchylka.

Tabulka 5 Korelace mezi smyslem pro soudržnost a depresí

	SOC	C	MA	ME	SDS i
Síla SOC	1				
Srozumitelnost	0,86**	1			
Zvládnutelnost	0,94**	0,66**	1		
Smysluplnost	0,92**	0,65**	0,88**	1	
SDS i	-0,63**	-0,64**	-0,51**	-0,55**	1

Vysvětlivky: SOC = celková hodnota smyslu pro soudržnost, C = Comprehensibility (porozumění situaci), MA = Manageability (zvládnutelnost situací), ME = Meaningfulness (smysluplnost řešení problému), SDS index udává míru maximálně vyjádřených depresivních příznaků zachytitelných stupnicí.

*výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Komentář: **Tabulka 5** uvádí, že korelační analýza zjistila statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a depresí ($r = -0,63$). Obdobně statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi subškálami SOC a depresí. Hodnoty r se pohybují v intervalu $[-0,51; -0,64]$. Shodně s literaturou vyšší hodnoty SOC souvisejí s méně závažnými projevy deprese, jak uvádí Pelcák (2013). V jeho publikaci je uveden obdobný statisticky signifikantní vztah ($r = 0,60$) mezi smyslem pro soudržnost (SOC) a depresí spojenou s úzkostností.

Tabulka 6 Korelace mezi smyslem pro soudržnost a celkovou kvalitou života

	SOC	C	MA	ME	KVŽ
Síla SOC	1				
Srozumitelnost	0,86	1			
Zvládnutelnost	0,94	0,67	1		
Smysluplnost	0,92	0,66	0,89	1	
Kvalita života	0,44**	0,53**	0,29*	0,37**	1

Vysvětlivky: SOC = celková hodnota smyslu pro soudržnost, C = Comprehensibility (porozumění situaci), MA = Manageability (zvládnutelnost situací), ME = Meaningfulness (smysluplnost řešení problému). KVŽ = celkové hodnocení kvality života seniorem, hodnoceno subškálou OPQOL-35 CZ. *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Komentář: **Tabulka 6** prezentuje výsledky korelační analýzy, ze které vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a kvalitou života ($r = 0,44$). Z tabulky také vyplývají statisticky významné vztahy i s dílčími částmi SOC, v nichž se hodnoty r pohybují v intervalu $[0,29; 0,53]$.

Tabulka 7 Korelace mezi smyslem pro soudržnost a spokojeností se životem

	SOC	C	MA	ME	ŽIVOT
Síla SOC	1				
Srozumitelnost	0,86	1			
Zvládnutelnost	0,94	0,67	1		
Smysluplnost	0,92	0,66	0,89	1	
Spokojenost se životem	0,40**	0,50**	0,29*	0,30*	1

Vysvětlivky: SOC = celková hodnota smyslu pro soudržnost, C = Comprehensibility (porozumění situaci), MA = Manageability (zvládnutelnost situací), ME = Meaningfulness (smysluplnost řešení problému), ŽIVOT = spokojenost se životem. hodnoceno subškálou OPQOL-35 CZ. *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Komentář: **Tabulka 7** ilustruje výsledky korelační analýzy, ze které vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a spokojeností se životem ($r = 0,40$). Z výsledků dále vyplývají statisticky významné vztahy i s dílčími částmi SOC, v nichž se hodnoty r pohybují v intervalu $[0,29 - 0,50]$. Korelační koeficient v tomto případě nabývá spíše nižší hodnoty a znamená spíše nižší shodu. Jedná se tedy spíše o trend.

Tabulka 8 Korelace mezi smyslem pro soudržnost a psychickou a emoční pohodou

	SOC	C	MA	ME	PSYCH
Síla SOC	1				
Srozumitelnost	0,86	1			
Zvládnutelnost	0,94	0,67	1		
Smysluplnost	0,92	0,66	0,89	1	
Psychická pohoda	0,48**	0,57**	0,31**	0,41**	1

Vysvětlivky: SOC = celková hodnota smyslu pro soudržnost, C = Comprehensibility (porozumění situaci), MA = Manageability (zvládnutelnost situací), ME = Meaningfulness (smysluplnost řešení problému), PSYCH = Psychická pohoda. *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Komentář: **Tabulka 8** prezentuje výsledky korelační analýzy, ze které jsou patrné statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a psychickou

pohodou ($r = 0,48$). Shodně s literaturou se potvrdila vazba mezi smyslem pro soudržnost a psychickou pohodou.

Tabulka 9 Korelace mezi smyslem pro soudržnost, subjektivně vnímaným stresem a zdravotními návyky

	SOC	STR	ZDR
Síla SOC	1		
Subjektivní distres	-0,65**	1	
Zdravotní návyky	0,57**	-0,51**	1

Vysvětlivky: SOC = celková hodnota smyslu pro soudržnost, STR = stres, ZDR = zdraví/ zdravotní návyky, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Komentář: **Tabulka 9** ukazuje, že korelační analýza zjistila statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a subjektivně vnímaným stresem ($r = -0,65$), mezi celkovou hodnotou SOC a zdravotními návyky ($r = 0,57$). Vyšší hodnoty SOC souvisejí s méně závažnými projevy distresu a cílevědomým dodržováním tzv. chování souvisejícího se zdravím. Podrobněji ilustruje tento vztah tabulka 10.

Tabulka 10 Korelace mezi smyslem pro soudržnost a chováním souvisejícím se zdravím

	SOC	ZDR	CVI	JIT	PRV	SOP
SOC	1					
Zdravotní návyky	0,57**	1				
Cvičení	0,31**	0,44**	1			
Jídelní zvyky	0,37**	0,77**	0,34**	1		
Preventivní chování	0,43**	0,73**	0,01	0,42**	1	
Sociální opora	0,25*	0,36**	0,33**	0,29*	0,17	1

Vysvětlivky: SOC = celková hodnota smyslu pro soudržnost, ZDR = zdravotní návyky, CVI = cvičení, JIT = jídelní návyky, PRV = preventivní chování, SOP = sociální opora, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

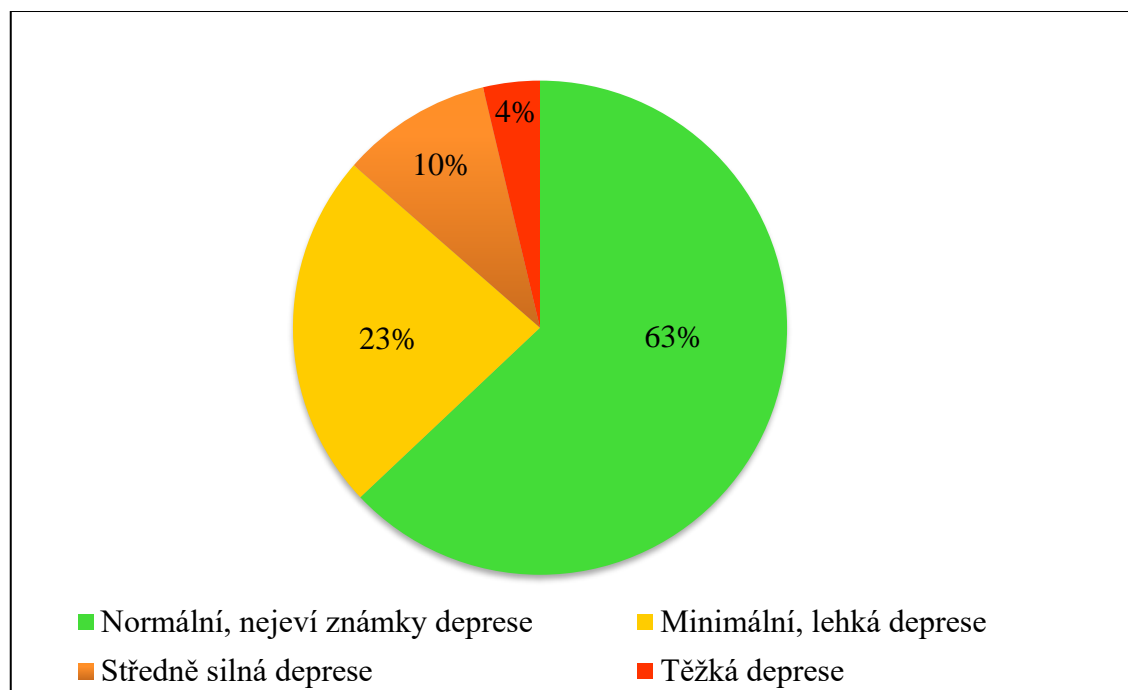
Komentář: **Tabulka 10** poukazuje na výsledky korelační analýzy, ze kterých vyplývají statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a subškálami Stress Profile,

kteře sytí celkový skóř Zdravotních návyků ($r = 0,57$). Dále mezi SOC a subškálou cvičení ($r = 0,31$), SOC a jídelními návyky ($r = 0,37$), SOC a preventivním chováním ($r = 0,43$). Statisticky významný vztah byl zjištěn také mezi SOC a sociální oporou. Nižší hodnota korelace může souviset s objektivně nižší dostupností zdrojů sociální opory u seniorů 60⁺. Zajímavý je vztah mezi cvičením a sociální oporou ($r = 0,33$).

3.3.2 Deprese a vybrané ukazatele kvality života seniorů 60⁺

Výskyt deprese je tradičně uváděn jako jeden z rizikových faktorů života v senu. Graf 1 ilustruje výskyt deprese u našeho souboru. Kritéria hodnocení byla stanovena podle manuálu škály SDS (Zung, 1992).

Graf 1 Distribuce deprese u souboru senior 60⁺



Komentář: **Graf 1** prezentuje výsledky vzorku respondentů ($n = 81$), ze kterých vyplývá, že 63 % respondentů z celkového počtu nejeví známky deprese. Jedná se o 51 respondentů. Dále z grafu vyplývá, že 23 % respondentů z celkového počtu pociťuje lehké známky deprese. Přesně se jedná o 19 respondentů. Středně silnou depresi vykazuje 10 % respondentů, přesněji 8 respondentů. Těžkou depresi pociťují 4 % respondentů z celkového počtu. Přesně se jedná o 3 respondenty. Výskyt deprese je v české populaci 17 % (Herman a Doubek, 2008).

Tabulka 11 Korelace mezi depresí a vybranými faktory subjektivní kvality života

	SDS i	STR	KVŽ
SDS index (deprese)	1		
Subjektivní distres	0,37**	1	
Kvalita života	-0,62**	-0,22*	1

Vysvětlivky: SDS index udává míru maximálně vyjádřených depresivních příznaků zachytitelných stupnic, STR = subjektivní distres, KVŽ = kvalita života, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Komentář: **Tabulka 11** poukazuje na výsledky korelační analýzy, která zjistila statisticky významné vztahy mezi depresí a subjektivně vnímaným distresem ($r = 0,37$), mezi depresí a kvalitou života ($r = -0,62$). Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšší hladinou distresu. Shodně s literaturou deprese negativně ovlivňuje subjektivně vnímanou kvalitu života. Deprese ovlivňuje celkové chování jedince. Bližší souvislosti ukazuje tabulka 12.

Tabulka 12 Korelace mezi depresí a chováním ovlivňujícím zdraví

	SDS i	ZDR	CVI	JIT	PRV
SDS index	1				
Zdravotní návyky	-0,42**	1			
Cvičení	-0,25*	0,44**	1		
Jídelní zvyky	-0,18	0,77**	0,34**	1	
Preventivní chování	-0,37**	0,73**	0,01	0,42**	1

Vysvětlivky: SDS index udává míru maximálně vyjádřených depresivních příznaků zachytitelných stupnic, SOC = celková hodnota smyslu pro soudržnost, ZDR = zdravotní návyky, CVI = cvičení, JIT = jídelní návyky, PRV = preventivní chování, *výsledky na 5 % hladině významnosti, **výsledky na 1 % hladině významnosti.

Komentář: **Tabulka 12** prezentuje výsledky korelační analýzy, která zjistila statisticky významné vztahy mezi depresí a zdravotními návyky ($r = -0,42$), mezi depresí a pohybovou aktivitou ($r = -0,25$), mezi depresí a preventivním chováním ($r = -0,37$). Vztah mezi depresí a pohybovou aktivitou naznačuje spíše trend. Odráží obecně nižší adherenci k pohybové aktivitě u české populace.

3.4 Diskuze

H1: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s celkovou kvalitou života.

Tabulka 6 prezentuje výsledky korelační analýzy, která zjistila statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a kvalitou života ($r = 0,44$). Z tabulky také vyplývá statisticky významné jsou i vztahy s dílčími částmi SOC, v nichž je hodnoty r pohybují v intervalu $[0,29; 0,53]$. Shodně s publikací Slepíčky (2015) a Křivohlavého (2001) bylo tak prokázáno, že celkovou kvalitu života ovlivňuje i smysl pro soudržnost (SOC).

Hypotéza je potvrzena.

H2: Méně závažné projevy deprese souvisí s vyššími hodnotami smyslu pro soudržnost (SOC).

Z Tabulky 5 je zřejmé, že byl zjištěn statisticky významný vztah mezi smyslem pro soudržnosti (SOC) a projevy deprese ($r = -0,63$). Dále byl zjištěn statisticky významný vztah mezi subškálami SOC a depresí $r = [-0,51; -0,64]$. Podkladem pro druhou hypotézu jsou publikace Pelcáka (2013) a Paulíka (2010), kteří uvádějí provázanost a vztah zmíněných jevů.

Hypotéza je potvrzena.

H3: Vyšší životní spokojenost souvisí s vyššími hodnotami smyslu pro soudržnost (SOC).

V Tabulce 7 jsou znázorněny výsledky korelační analýzy, které ilustrují statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a spokojeností se životem ($r = 0,40$). Výsledky také poukazují na statisticky významné vztahy s dílčími částmi SOC, v nichž se hodnoty r pohybují v intervalu $[0,29; 0,50]$. Podkladem pro naši hypotézu byla publikace Křivohlavého (2001) a Skopalové (2016), kteří poukazují na možnou souvislost mezi uvedenými faktory.

Hypotéza je potvrzena.

H4: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s vyšší subjektivně vnímanou pohodou.

Tabulka 8 prezentuje výsledky korelační analýzy, ze které jsou patrné statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a psychickou pohodou ($r = 0,48$). Shodně s literaturou Haškovcové (2010), Sýkorové (2012) a Slepíčky (2015) byla potvrzena vazba mezi smyslem pro soudržnost a psychickou pohodou, kterou autoři zmiňují.

Hypotéza je potvrzena.

H5: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s méně závažnými projevy subjektivně vnímaného stresu.

Z Tabulky 9 vyplývá, že korelační analýza zjistila statisticky významné vztahy mezi celkovou hodnotou SOC a subjektivně vnímaným stresem ($r = -0,65$). Dále pak, že vyšší hodnoty SOC souvisejí s méně závažnými projevy distresu a cílevědomým dodržováním tzv. chování souvisejícího se zdravím. Podklady pro naši hypotézu jsou publikace Kebzy (2005) a Pelcáka (2013).

Hypotéza je potvrzena.

H6: Méně závažné projevy deprese souvisí s vyšší subjektivně vnímanou kvalitou života

Z Tabulky 11, poukazující na výsledek korelační analýzy, vyplývá, že byly zjištěny statisticky významné vztahy mezi depresí a kvalitou života ($r = -0,62$). Dále byl zjištěn signifikantní vztah mezi depresí a subjektivně vnímaným distresem ($r = 0,37$). Shodně s literaturou Rušavého (2012) a Sýkorové (2012) bylo prokázáno, že deprese negativně ovlivňuje subjektivně vnímanou kvalitu života a ovlivňuje i celkové chování jedince.

Hypotéza je potvrzena.

H7: Vyšší projevy deprese souvisejí s nižší adharencí ke zdravému životnímu stylu

Tabulka 12 prezentuje výsledky korelační analýzy, která zjistila statisticky významné vztahy mezi depresí a zdravotními návyky ($r = -0,42$), mezi depresí a pohybovou aktivitou ($r = -0,25$), mezi depresí a preventivním chováním ($r = -0,37$). Shodně s literaturou Čevely (2012) a Hátlové (2009) bylo prokázáno, že vyšší projevy deprese snižují adharenci ke zdravému životnímu stylu. Vztah mezi depresí a pohybovou aktivitou naznačuje spíše trend, ale v duchu dalších faktorů hraje svou roli také. Výsledky, prezentované v tabulce 9, také odráží obecně nižší adharenci k pohybové aktivitě u české populace.

Hypotéza je potvrzena.

Závěr

Období stáří je pro každého jedince náročnou etapou v jeho životě. Svět se změní, na všechno je více času a někdy nestačí vlastní síly na splnění úkonů, které byly doposud naprostou samozřejmostí. Každý si však nese jiné nastavení trávení volného času a vstupuje do období stáří s jinými problémy nebo předpoklady. V současné době řada autorů jako Paulík (2010) a Křivohlavý (2001) poukazují na fakt, že smysl pro soudržnost (SOC) a další faktory mají protektivní roli při zvládnání životních situací a mikrostressorů. Tím zvyšují kvalitu života daného jedince. Cílem práce bylo ověřit vztahy mezi smyslem pro soudržnost a ostatními faktory ovlivňující proces proaktivního stáří, jako je například kvalita života, výskyt deprese a spokojenost se životem. Dílčím cílem bylo zmapovat základní poznatky související s depresí, pohybovou aktivitou a chováním vedoucím ke zdraví.

Teoretická část práce se zabývala obdobím stáří a procesem stárnutí. Upřesňovala vývojové zvláštnosti ve stáří a poukazovala na možné adaptační mechanismy k tomuto jevu. Dále uvedla informace ke kvalitě života ve stáří a také o roli pohybové aktivity v celém procesu aktivního stárnutí. Druhá kapitola pojednávala o roli životního stylu ve stáří. Uvedla charakteristiku faktorů ovlivňujících životní styl a zdraví seniorů. Přinesla vhled do protektivní role pohybových aktivit a volnočasových aktivit jako takových. Informace dále propojila v kontextu s psychosociálními faktory, zaměřujícími se na depresi, stres a vnímanou osobní účinnost.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na seniory ve věku nad 60 let, žijících v domácnostech a nezávislých na péči druhých lidí s tím, že jejich kognitivní možnosti dovolili vyplnění odpovědí. Diplomová práce zkoumala statisticky významné souvislosti mezi smyslem pro soudržnost (SOC) a vybranými psychosociálními faktory. Dále zjišťovala vztah mezi SOC, pohybovou aktivitou, chováním vedoucím ke zdraví a zdravým životním stylem.

První hypotéza poukazovala na to, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s celkovou kvalitou života. Bylo prokázáno shodně s literaturou Slepíčky (2015) a Křivohlavého (2001), že existuje statisticky významná souvislost mezi těmito jevy. Hypotéza se potvrdila. V případě druhé hypotézy bylo předpokládáno, že méně závažné projevy deprese souvisí s vyššími hodnotami smyslu pro soudržnost (SOC).

I druhá hypotéza, která byla podložena publikacemi Pelcáka (2013) a Paulíka (2010), byla potvrzena, protože korelační analýza prokázala statisticky významnou souvislost mezi zmíněnými jevy. Ve třetí hypotéze bylo předpokládáno, shodně s literaturou Skopalové (2016) a Křivohlavého (2001), že vyšší životní spokojenost souvisí s vyššími hodnotami smyslu pro soudržnost. Bylo prokázáno, že vztah je signifikantní a hypotéza se potvrdila. Čtvrtá hypotéza, poukazující na literaturu Haškovcové (2010), Sýkorové (2012) a Slepíčky (2015), předpokládala, že vyšší hodnoty SOC souvisejí s vyšší subjektivně vnímanou pohodou. Korelační analýza opět prokázala signifikantní vztah a hypotéza byla potvrzena. Podkladem pro tvorbu páté hypotézy, která předpokládala, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s méně závažnými projevy subjektivně vnímaného stresu, byly publikace Kebzy (2005) a Pelcáka (2013). I v případě páté hypotézy prokázala korelační analýza signifikantní vztah a hypotéza byla potvrzena. Šestá hypotéza na základě literatury Rušavého (2012) a Sýkorové (2012) předpokládala, že méně závažné projevy deprese souvisí s vyšší subjektivně vnímanou kvalitou života. Z korelační analýzy vyplynul statisticky významný vztah mezi depresí a kvalitou života, tudíž byla hypotéza přijata. V případě sedmé hypotézy bylo předpokládáno, že vyšší projevy deprese souvisejí s nižší adherencí ke zdravému životnímu stylu. Z výsledků korelační analýzy vyplynulo, že existují statisticky významné vztahy mezi depresí a zdravotními návyky, depresí a pohybovou aktivitou, kde se jednalo spíše o trend, a mezi depresí a preventivním chováním. Podkladem pro sedmou hypotézu byly publikace Čevely (2012) a Hátlové (2009). Také sedmá hypotéza se potvrdila.

U seniorů nad 60 let byl ověřen a prokázán vztah mezi smyslem pro soudržnost a ostatními faktory ovlivňující proces proaktivního stáří, jako je například kvalita života, výskyt deprese a spokojenost se životem. Výzkumný cíl diplomové práce byl splněn. Možným podnětem pro další výzkum a šetření v problematice životního stylu, proaktivního stáří a souvislostmi s dalšími psychosociálními faktory, by mohl být rozšířený vzorek respondentů nebo podrobnější a opakované šetření. Vzhledem k tomu, že převážná většina respondentů během svého života aktivně sportovala nebo sportuje i dosud, by bylo vhodné získat data od nesportující populace seniorů, případně od lidí, kteří se o sebe nemohou sami postarat. Poznatky získané výzkumem mohou sloužit jako ukazatel na smysluplnost aktivního životního stylu, případně k vytvoření většího zájmu o problematiku proaktivního stáří a aktivního života seniorů.

Seznam použitých zdrojů

BLAHUTKOVÁ, Marie. V dobré kondici i po šedesátce: [cviky pro radost, ohebnost a sílu]. Brno: CPress, 2013, 151 s. ISBN 978-80-264-0163-6.

BLATNÝ, Marek. Psychologie celoživotního vývoje. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2016, 290 s. ISBN 978-80-246-3462-3.

BOČKOVÁ, Lenka, Šárka HASTRMANOVÁ a Egle HAVRDOVÁ. 50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života. Praha: Respekt institut, 2011, 95 s. ISBN 978-80-904153-2-4.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada, 2014, 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

FÍŠER, Zdeněk Cyril. Dobrodružství třetího věku. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 1996, 292 s. ISBN 80-7192-079-7.

GAVORA, Peter. Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky. Brno: Paido, 1996, 130 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-15-X.

HARTNOLL, R., GRIFFITH, P., TAYLOR, C., HENDRICKS, V., BLANKEN, P., NOLIMAL, D., WEBER, I., TOUSSIRT, M., INGOLD, R. Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule – Snowball Sampling. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 108 s. ISBN 80-86734-08-0

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén, c2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, Jan a Jiří REMR. Metody výzkumu a evaluace. Praha: Portál, 2017, 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, Jan a Lubomír DOBRÝ. Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace. Praha: Karolinum, 2011, 300 s. ISBN 978-80-246-2000-8.

HENDL, Jan. Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Vyd. 2., opr. Praha: Portál, 2006, 583 s. ISBN 80-7367-123-9.

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy. Praha: Maxdorf, c2008, 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016, 156 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5535-9.

KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLOSE, J., P. KRÁL a Nowack KENNETH. Stress profile: První české vydání. Praha 4: Hogrefe-Testcentrum, 2006

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ. Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity. Praha: Galén, c2011, xvi, 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.

MAREŠ, Jiří, Hynek CÍGLER a Eva VACHKOVÁ, 2016. Czech version of OPQOL-35 questionnaire: the evaluation of the psychometric properties. Health and Quality of Life Outcomes [online]. 14(1), 13 s. [cit. 2019-04-11]. DOI: 10.1186/s12955-016-0494-7. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-0160494-7>.

MAREŠ, Jiří. Sociální opora u dětí a dospívajících II. Hradec Králové: Nucleus, 2002, 188 s. ISBN 80-86225-25-9.

MORAVCOVÁ, Markéta, Stanislav JEŽEK, Jiří MAREŠ a Eva VACHKOVÁ. Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire - Preliminary notice. Kontakt, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, roč. 16, č. 2, s. "e94"- "e101". ISSN 1212-4117. doi:10.1016/j.kontakt.2014.05.005.

PACOVSKÝ, Vladimír. Geriatrická diagnostika. Praha: Scientia medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché. ISBN 978-80-247-5646-2.

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.

PELCÁK, Stanislav. Osobnostní nezdolnost a zdraví. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 206 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-342-0.

RUŠAVÝ, Zdeněk a Jan BROŽ. Diabetes a sport: příručka pro lékaře ošetřující nemocné s diabetem 1. typu. Praha: Maxdorf, c2012, 183 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-289-6.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5.

SLEPIČKA, Pavel, Jiří MUDRÁK a Irena SLEPIČKOVÁ. Sport a pohyb v životě seniorů. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3110-3.

SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ. Psychologie sportu. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2009, 240 s. ISBN 978-80-246-1602-5.

SÝKOROVÁ, Zuzana. Role volnočasových aktivit v procesu zvládnání zátěžových situací u adolescentů. IN TYRLÍK, Mojmír. Zátěž v adolescenci. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6042-5.

ŠOLCOVÁ, Iva. Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Praha: Grada, 2009. Psyché. ISBN 978-80-247-2947-3.

ŠTILEC, Miroslav. Program aktivního stylu života pro seniory. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

WALKER, Ian. Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada, 2013, 218 s. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.

Online zdroje

Bílá kniha: Bílá kniha o sportu [online]. Brusel, 2007, s. 19 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/sport/bila-kniha-o-sportu>.

Evropská charta sportu [online]. 2002, s. 12 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/sport/evropska-charta-sportu>.

Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu [online]. 2001, s. 9 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-o-podpore-sportu>.

Seznam grafů a tabulek

Graf 1	Distribuce deprese u souboru senior 60 ⁺
Tabulka 1	Věkové složení respondentů (n = 81)
Tabulka 2	Převodní tabulka SDS indexu na CGI
Tabulka 3	Škály Stress Profile
Tabulka 4	Hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) u souboru seniorů 60 ⁺
Tabulka 5	Korelace mezi smyslem pro soudržnost a depresí
Tabulka 6	Korelace mezi smyslem pro soudržnost a celkovou kvalitou života
Tabulka 7	Korelace mezi smyslem pro soudržnost a spokojeností se životem
Tabulka 8	Korelace mezi smyslem pro soudržnost a psychickou a emoční pohodou
Tabulka 9	Korelace mezi smyslem pro soudržnost, subjektivně vnímaným stresem a zdravotními návyky
Tabulka 10	Korelace mezi smyslem pro soudržnost a chováním souvisejícím se zdravím
Tabulka 11	Korelace mezi depresí a vybranými faktory subjektivní kvality života
Tabulka 12	Korelace mezi depresí a chováním ovlivňujícím zdraví

Přílohy

Příloha A Část dotazníku nezdolnosti SOC (29)

Vysvětlení: U každé otázky máte 2 možnosti – A a B a pod nimi škálu se sedmi body. Podle toho, ke které z odpovědí se více přikláníte a jak moc souhlasíte, zakroužkujte číslo.

1	2	3	4	5	6	7
Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nemohu se rozhodnout	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím

1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že vám rozumějí?

a) nemám ho nikdy

b) mám ho vždy

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

2. Když jste v minulosti měl(a) dělat něco, kde byla nezbytná spolupráce s druhými lidmi, měl(a) jste pocit:

a) že t

láno

3. Zn
rod

VZOR

asto

a) veln

4. Má

a) velmi zřídka mám ten pocit

b) mám jej velmi často

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

5. Stalo se Vám v minulosti, že jste byl(a) překvapen(a) chováním lidí, o nichž jste si myslel(a), že je dobře znáte?

a) nikdy se to nestalo

b) tak tomu bylo vždy

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

6. Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval(a) a s nimiž jste počítal(a)?

a) nikdy se to nestalo

b) tak tomu bylo vždy

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

7. Život je:

a) velice zajímavý

b) jen běžná rutinní záležitost

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

8. Váš život doposud:

a) neměl jasný smysl a cíl

b) měl velice jasný smysl a cíl

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

9. Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě (nefér)?

a) velmi často

b) velmi zřídka nebo nikdy

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

Příloha B Sebeuposuzovací stupnice deprese – SDS



Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 20 položek	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný, skleslý a zkrroušený	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. Ráno se cítím nejlépe*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4. V noci mám potíže se spaním	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. Jím stejné množství jídla jako dříve*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
7. Všiml jsem si, že ubývám na váze	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8. Mám zájem o věci, které jsem dříve dělal	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9. Mám zájem o lidi, které jsem dříve miloval	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10. Mám zájem o věci, které jsem dříve dělal	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11. Mám zájem o lidi, které jsem dříve miloval	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12. Mám zájem o věci, které jsem dříve dělal	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13. Mám zájem o lidi, které jsem dříve miloval	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14. Mám zájem o věci, které jsem dříve dělal	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15. Mám zájem o lidi, které jsem dříve miloval	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16. Mám zájem o věci, které jsem dříve dělal	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17. Cítím, že jsem užitečný a potřebný*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
18. Žiji plným životem*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
19. Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych zemřel	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20. Těší mne stejné věci jako dříve*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1

VZOR

Tabulka 2

Konverze hrubého celkového skóre na SDS index							
Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index
20	25	32	40	44	55	56	70
21	26	33	41	45	56	57	71
22	28	34	43	46	58	58	73
23	29	35	44	47	59	59	74
24	30	36	45	48	60	60	75
25	31	37	46	49	61	61	76
26	33	38	48	50	63	62	78
27	34	39	49	51	64	63	79
28	35	40	50	52	65	64	80
29	36	41	51	53	66	65	81
30	38	42	53	54	68	66	83
31	39	43	54	55	69	67	84
						80	100

$$\text{SDS index} = \frac{\text{hrubé skóre}}{\text{maximální skóre } 80} \times 100$$

Tabulka 3

SDS index	Globální klinický dojem (CGI)
Méně než 50	Normální, nejeví známky deprese
50-60	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese.
60-69	Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese
70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese

W. W. K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991

**ZÁZNAMOVÝ LIST
STRESS PROFILE I Kenneth M. Nowack**

Jméno: Věk:
 Pohlaví: muž žena Datum:

Vzdělání:
 Do tohoto Záznamového listu zaznamenávajíte své odpovědi na otázky, jejich popis je vždy uveden zobrazením čísla na číselné škále (např. 1 - 5) nebo buďte číst svou odpověď změnit předloženou svou odpověď (např. 1 - 5).



ČÁST I.

nikdy zřídka občas často vždy (stále)

ČÁST II.

nikdy zřídka občas často vždy (stále)

1.	1	2	3	4
2.	1	2	3	4
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11.	1	2	3	4
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	1	2	3	4
16.	1	2	3	4
17.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4
19.	1	2	3	4
20.	1	2	3	4
21.	1	2	3	4
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	1	2	3	4
27.	1	2	3	4
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	1	2	3	4
31.	1	2	3	4

vůbec ne
 do 5 cigaret denně
 od 5 do 10 cigaret
 od 11 do 20 cigaret
 více než 20 cigaret

ČÁST I.

nikdy zřídka občas často vždy (stále)

ČÁST II.

nikdy zřídka občas často vždy (stále)

32.	1	2	3	4	5	6
33.	1	2	3	4	5	6
34.	1	2	3	4	5	6
35.	1	2	3	4	5	6
36.	1	2	3	4	5	6
37.	1	2	3	4	5	6
38.	1	2	3	4	5	6
39.	1	2	3	4	5	6
40.	1	2	3	4	5	6
41.	1	2	3	4	5	6
42.	1	2	3	4	5	6
43.	1	2	3	4	5	6
44.	1	2	3	4	5	6
45.	1	2	3	4	5	6
46.	1	2	3	4	5	6

Prokončujte na zadní straně Záznamového listu.

Copyright © 1979 by Western Psychological Services

Příloha D Dotazník kvality života seniorů OPQOLQ

11.	Mám někoho, kdo mi vyjadřuje lásku a náklonnost	1	2	3	4	5
12.	Rád/a bych měl/a kolem sebe více lidí, se kterými bych si užíval/a života	1	2	3	4	5
13.	Mám své děti blízko sebe, což je pro mě důležité	1	2	3	4	5
Nezávislost, kontrola nad životem, svoboda		Naprosto nesouhlasím	Nesouhlasím	Aní nesouhlasím aní souhlasím	Souhlasím	Naprosto souhlasím
14.	Jsem přiměřeně zdrav/a, abych byl/a nezávislý/á	1	2	3	4	5
15.	Těší mě to, co dělám	1	2	3	4	5
16.	Z mého důchodu si mohu dovolit jen málo, životní náklady omezují můj život	1	2	3	4	5
17.	Mohu rozhodovat o svém životě	1	2	3	4	5
Dobrá domácnost		Naprosto nesouhlasím	Nesouhlasím	Aní nesouhlasím aní souhlasím	Souhlasím	Naprosto souhlasím
18.	V mém bydlení se cítím bezpečně	1	2	3	4	5
19.	Místnost má dostatečnou úroveň	1	2	3	4	5
20.	Těším se ze svého okolí a životního prostředí	1	2	3	4	5
21.	Ve svém okolí mám přátele	1	2	3	4	5
Psychická a emoční pohoda		Naprosto nesouhlasím	Nesouhlasím	Aní nesouhlasím aní souhlasím	Souhlasím	Naprosto souhlasím
22.	Beru život takový, jaký je a snažím se ho využít co nejlépe	1	2	3	4	5
23.	V porovnání s většinou lidí se cítím šťastný/á	1	2	3	4	5
24.	Mám tendenci brát život z té lepší stránky	1	2	3	4	5
25.	Jestliže mě můj zdravotní stav omezuje, cítím se	1	2	3	4	5

VZOR