

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**POSTOJE KE SMRTI A KVALITA ŽIVOTA  
U SENIORŮ**

**ATTITUDES TOWARD DEATH AND QUALITY  
OF LIFE AMONG ELDERLY PEOPLE**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Aneta Kozlovová  
Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

Olomouc  
**2019**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Postoje ke smrti a kvalita života u seniorů*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce PhDr. Romaně Mazalové, Ph.D. za podporu a vstřícnost. Děkuji Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za konzultaci výzkumného záměru a prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za poskytnutí metody sběru dat a za užitečné informace. V neposlední řadě děkuji své rodině a především svému snoubenci za jeho oporu.

## Obsah

Úvod .....	5
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Stáří a stárnutí člověka.....</b>	<b>7</b>
1.1 Periodizace vývoje.....	8
1.2 Psychické aspekty raného stáří .....	9
1.2.1 Změna osobnosti ve stáří .....	10
1.2.2 Kognitivní změny ve stáří.....	11
1.2.3 Emoční změny ve stáří.....	11
1.2.4 Odchod do starobního důchodu .....	12
1.2.5 Nejčastěji se vyskytující psychické poruchy ve stáří.....	12
1.3 Fyzické aspekty raného stáří.....	13
1.4 Univerzity třetího věku v České republice .....	14
<b>2 Postoje ke smrti.....</b>	<b>16</b>
2.1 Základní pojmy .....	17
2.1.1 Postoje.....	17
2.1.2 Smrt a umírání .....	17
2.1.3 Pětistupňový model vyrovnávání se se smrtí dle Kübler-Rossové.....	19
2.2 Postoje ke smrti.....	20
2.3 Vybrané metody na měření postoje ke smrti .....	22
<b>3 Kvalita života.....</b>	<b>25</b>
3.1 Objektivní a subjektivní kvalita života .....	26
3.2 Zdraví, nemocnost a kvalita života .....	27
3.3 Sociální aspekty kvality života .....	28
3.4 Spiritualita, víra a náboženství.....	30
3.5 Ekonomická situace a kvalita života.....	31
3.6 Měření kvality života .....	32
3.7 Vybrané metody na měření kvality života.....	33
<b>4 Vybrané výzkumy postojů ke smrti a kvality života .....</b>	<b>35</b>
4.1 Vybrané výzkumy a studie zaměřené na postoje ke smrti.....	35
4.2 Vybrané výzkumy a studie zaměřené na kvalitu života u seniorů.....	36
4.3 Vybrané výzkumy a studie zaměřené na postoje ke smrti a kvalitu života .....	37
4.4 Tuzemské kvalifikační práce zaměřené na postoje ke smrti a kvalitu života...38	

<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	39
<b>1 Výzkumný problém a cíle výzkumu</b> .....	40
<b>2 Hypotézy</b> .....	41
<b>3 Metodologický rámec</b> .....	43
3.1 Metoda získávání dat .....	43
3.1.1 Nestandardizovaný strukturovaný dotazník.....	43
3.1.2 Inventář kvality života OPQOL-CZ-20 .....	43
3.1.3 Revidovaný profil postoje ke smrti DAP-R.....	44
3.2 Metoda analýzy a zpracování dat.....	45
3.3 Etické aspekty výzkumu .....	46
3.4 Vysvětlivky použitých zkratk .....	47
<b>4 Výzkumný soubor</b> .....	48
4.1 Sběr dat a výběr výzkumného souboru.....	48
4.2 Základní populace a popis výzkumného souboru.....	49
4.2.1 Základní populace.....	49
4.2.2 Popis výzkumného souboru .....	49
<b>5 Výsledky výzkumu</b> .....	55
<b>6 Platnost hypotéz</b> .....	66
<b>7 Diskuze</b> .....	68
<b>8 Závěry</b> .....	74
<b>9 Souhrn</b> .....	75
<b>Seznam použitých zdrojů a literatury</b> .....	78
<b>Přílohy diplomové práce</b>	

## Úvod

Tato diplomová práce si klade za cíl prozkoumat problematiku postojů ke smrti v souvislosti s kvalitou života a vybranými sociodemografickými proměnnými u lidí ve věku 60 až 75 let včetně. Zaměřujeme se tedy na seniory v období raného stáří a na témata, která jsou aktuální a mnohdy až naléhavá v tomto věkovém období. Rádi bychom svým snažením přispěli k rozvoji poznání v oblastech, které stále ještě v naší společnosti do jisté míry trpí tabuizací (téma smrti) či poměrně nízkou výzkumnou aktivitou (život v období senia). V porovnání se zahraničím se v našem prostředí postoji ke smrti v souvislosti s kvalitou života zabývalo nepatrné množství výzkumníků, proto shledáváme užitečným i legitimním provést nastíněný výzkum v České republice. Naše práce skýtá potenciál i díky užití inovativní a psychometricky kvalitní metody sběru dat OPQOL-CZ-20, kterou nám laskavě pro účely výzkumu poskytl prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

V teoretické části se budeme zabývat základními pojmy (například kvalita života, postoj, umírání, smrt). Přiblížíme vývojový pohled na období stáří a popíšeme procesy stárnutí. V neposlední řadě se zaměříme na prezentaci vybraných relevantních tuzemských i zahraničních výzkumů.

Empirická část bude věnována popisu metodologického přístupu, typu zvoleného výzkumu, výzkumného souboru či metod sběru dat. Dále shrneme výsledky našeho výzkumu a v diskuzi je mimo jiné porovnáme s informacemi obsaženými v teoretické části.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Stáří a stárnutí člověka

Kapitola se bude zabývat životní etapou stáří a involučními procesy v tomto vývojovém období. Nejprve popíšeme periodizaci vývoje a určité náhledy na danou problematiku. Vzhledem k tomu, že na zmíněné vývojové období lze pohlížet jako na bio-psycho-sociální proces, neopomeneme se v této kapitole více či méně zabývat jednotlivými komponentami jmenovaného procesu, například změnám v oblasti psychiky či fyziologie. Závěr kapitoly bude stručně věnován univerzitám třetího věku, protože jsme se krátce tomuto tématu věnovali v naší výzkumné baterii.

Ačkoliv Haškovcová (2010) kriticky poukazuje na skutečnost, že dřívější členění stáří na menší charakteristické úseky je nahrazováno rozvolňováním ostrých hranic na “měkké úseky”, následný text se blíže zaměří na charakteristiky typické pro věkové rozmezí 60 až 75 let. Důvodem je, že jsme se touto věkovou skupinou zabývali v empirické části práce.

Z psychologického pohledu je stárnutí hlavně nezaměnitelnou individuální zkušeností, tu mohou ovlivňovat různé vnitřní i vnější faktory, dochází k postupným změnám všech aspektů člověka. Bojujeme s časem, ale především sami se sebou. Značné množství “mladých lidí” přejímá obecné přesvědčení, že stáří je hrozné a nestojí za moc. Trendem poslední doby je vyhýbání se všemu, co připomíná stárnutí a stáří, a ideálem se stalo bezstarostné mládí a dokonalá krása. Je důležité podotknout, že každý člověk stárne již od svého narození a je zde nezanedbatelná interindividuální variabilita. Proces stárnutí jedince je takzvaně diskontinuitní, tedy v některých obdobích života stárne rychleji a v jiných pomaleji (Haškovcová, 2010). Termínem stárnutí se míní souhrn všech změn ve struktuře a funkcích organismu jedince, jejich důsledkem je zvýšená zranitelnost a snížení schopností a výkonnosti. Procesy, které mají za důsledek změny ve vývoji, jsou: stárnutí a involuce (soubor příznaků, které jsou znakem přirozeného stárnutí a zapříčiňují ubývání fyzických sil i duševních funkcí), fyziologický růst, zrání (geneticky podmíněné změny v organismu člověka), učení (vztah zrání a učení spolu úzce souvisí, protože určité podněty může jedinec zpracovat až na daném stupni zralosti) nebo také situační vlivy s negativními i pozitivními důsledky. Úspěšné strategie stárnutí, jako je udržení si volnočasových aktivit z mladších let nebo snaha o zachování si vysoké míry zdraví, mohou pomoci člověku období stáří prožívat více pozitivně. Někteří autoři rozlišují stárnutí patologické (člověk má těžké chronické nemoci a podobně) a normální (Thorová, 2015; Langmeier & Krejčířová, 2013; Blatný, 2017; Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík, & Kubů, 2014).



Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, nedat.) je zdravé stárnutí proces rozvíjení a udržování funkčních schopností, které umožňují blahobyt jedince ve stáří. Funkčními schopnostmi se míní takové schopnosti, které umožňují všem lidem dělat to a být tím, co sami oceňují. Patří sem například: plnění základních osobních potřeb, učení se novým věcem, osobnostní růst, možnost dělat rozhodnutí, být mobilní, vytvářet a udržovat mezilidské vztahy a také přispívat společnosti.

## 1.1 Periodizace vývoje

Považujeme za důležité neopomenout periodizaci vývoje. Při tvorbě našeho výzkumného záměru bylo nutné vymezit věkovou skupinu, kterou se budeme zabývat. Existují různá dělení a rozdílné názory na tuto problematiku. Zvolili jsme variantu, kterou užívá například Marie Vágnerová nebo Václav Příhoda.

Vývoj lidského života je rozlišován do několika období či etap. Tato skutečnost je poněkud problematičtější, protože rozčlenit souvislý proud vývojových změn do určitých období, které se od sebe liší kvalitativně i kvantitativně (například rychlostí a přesností vnímání), není snadné. Důsledkem je, že v průběhu času vzniklo několik různých dělení vývoje. Například Langmeier a Krejčířová (2013) ve své publikaci podotýkají, že zvolili periodizaci vývoje, kterou vnímají jako nahodilou, a tedy založenou spíše na základě společenských potřeb než na dané teorii. Další potíží je určitý hodnotící přístup přítomný v každé periodizaci. Při popisu etapy je totiž nutné vybrat konkrétní projevy, které jsou pro ni charakteristické, takže v důsledku vznikne jistá nevyváženost.

V období dospělosti nenalzáme příliš jednoznačné a výrazné mezníky, které by usnadnily přesné dělení vývojových etap, jako tomu je v dětství a dospívání. Je však nutné poznamenat, že existují patrné rozdíly v myšlení, prožívání i sociálním chování mladého jedince, šestatřicetiletého člověka a seniora ve starobním důchodu. Langmeier a Krejčířová (2013) rozlišují tyto čtyři etapy dospělého člověka: 1. *časnou dospělost*: přibližně od 20 do 25-30 let, jedná se o přechodné období mezi adolescencí a plnou dospělostí. Dospělost vymezují kritérii: věk, dosažení určitých vývojových úkolů a dosažení určitého stupně osobní zralosti; 2. *střední dospělost*: od 25-30 do 45 let, je to období nejvyššího výkonu člověka a relativní stability; 3. *pozdní dospělost*: označujeme ji jako dobu do vzniku stáří (asi do 60 až 65 let) a 4. *stáří*: etapa od přibližně 60-65 let, rozdělujeme na stáří časně a vysoké.

Thorová (2015) rozlišuje následující dílčí období: 1. *mladou dospělost*: od 20 do 35 let, označujeme jím dynamický úsek lidského života, ve kterém dochází především k proměně od nezralosti ke zralému člověku; 2. *střední dospělost*: od 35 do 50 let, jedinec ve střední dospělosti je velmi produktivní a zkušený, začíná vnímat projevy stárnutí a konfrontuje se se smrtí; 3. *pozdní dospělost*: období 50 až 70 let, může být vnímáno negativně i pozitivně, člověk má již zralou osobnost, ale potýká se se změnami sociální role i se zřetelným stárnutím; 4. *stáří a dlouhověkost*: 70 let a více, prožívání daného období je ovlivňováno fyziologickým i duševním stavem jedince, významná je otázka smrti a umírání.

Václav Příhoda vychází ve svých publikacích Ontogeneze lidské psychiky (1974 a 1977) z rozlišování dospělosti na: 1. *období hebetické (mláď)*, které se dělí na *postpubescenci*: od 15 do 20 let a *mečítmu (mladou dospělost)*: od 20 do 30 let; 2. *životní stabilizaci a vyvrcholení*: od 30 do 45 let; 3. *interevium (počínající involuce)*: od 45 do 60 let, involuční pochody pomalu převládají nad evolučními a 4. *senium*: dochází k neustálým změnám v tělesných i psychických oblastech, vzájemně se podmiňují a stupňují se v uzlových bodech, v seniu rozlišujeme *senescenci (stáří)*: od 60 do 75 let, *kmetství*: od 75 let do 90 let a *patriarchum (dlouhověkost)*: od 90 let.

Marie Vágnerová (2007) rozlišuje ve své publikaci toto dělení dospělosti a stáří na: 1. *dospělost*, které se člení na *období mladé dospělosti*: věkové rozmezí 20 až 40 let, *období střední dospělosti*: od 40 let do 50 let a *období starší dospělosti*: v úseku 50 až 60 let; následuje 2. *stáří*, to se dělí na dvě etapy: *období raného stáří*: věk od 60 do 75 let a *období pravého stáří*: začíná ve věku 75 let a výše.

## 1.2 Psychické aspekty raného stáří

V průběhu stáří dochází k rozmanitým změnám v oblasti psychických funkcí. Určité změny jsou biologicky podmíněny, jiné psychosociálně, některé mohou být ovlivněny i spirituálně a výsledně se může jednat o souhrn jejich vzájemné interakce. Je nutné vyzdvihnout, že psychické změny (spolu s dalšími) jsou individuálně rozdílné (Vágnerová, 2007). „Podobně jako u tělesného stárnutí, v duševním vývoji těžko odlišujeme přirozené involuční změny dané věkem od změn, jež jsou součástí nebo následkem duševní poruchy” (Říčan, 2014, 337). S tímto názorem či konstatováním by se dalo nesouhlasit. Ačkoliv bereme v potaz individuální normu i v procesu stárnutí, existují kritéria, která zřetelně rozlišují benigní stárnutí, mírnou kognitivní poruchu a syndrom demence (Schultz-Larsen,

Lomholt, & Kreiner, 2007). Můžeme zmínit, že duševní činnost seniorů je zpomalena. To je způsobeno čím dál pomalejší aktivitou mozkových buněk (Říčan, 2014).

### **1.2.1 Změna osobnosti ve stáří**

Ve stáří dochází ke změnám v osobnosti. Změny může být natolik významné, že člověk se může stát až “karikaturou” sám sebe. Můžou se najednou projevit negativní vlastnosti a sklony (například lakota, negativismus, stěžování si na svět), které člověk dokázal do této doby tlumit, projevovat přijatelným způsobem nebo zcela potlačovat. Stáří bývá někdy spojováno se “zjednodušováním” osobnosti. U člověka pomalu ochabuje vztah k některým zálibám, koníčkům, hodnotám, ideálům, cílům i osobám (Říčan, 2014). Blatný (2017) však poukazuje na to, že osobnostní rysy jsou trvalé charakteristiky jedince, které ovlivňují prožívání, chování i emoční reaktivitu, zvládání stresu či spokojenost se svým životem.

Souvislosti vybraných osobnostních rysů a kognitivních funkcí zkoumali v longitudinální studii Wettstein, Tauber, Kužma a Wahl (2017). Cílem jejich zájmu bylo sledovat dlouhodobý vztah mezi rysy osobnosti (dle pětifaktorového modelu osobnosti: otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost, extraverte, přívětivost a neuroticismus) a kognitivními schopnostmi (rychlost zpracování informací, krystalická inteligence a fluidní inteligence) v průběhu dvanácti let, data sbírali u výzkumného souboru 1002 probandů ve středním věku a ve stáří. Výzkum mimo jiné poukázal na to, že kognitivní schopnosti významně predikují v obou zkoumaných věkových kohortách změny osobnosti, konkrétně změny v neuroticismu, extraverci a otevřenosti vůči zkušenosti. Například nižší (či až deficitní) úroveň kognitivního fungování může do jisté míry ovlivnit ochotu jedince zapojovat se do kognitivně náročnějších interpersonálních interakcí, to pak může vést ke snížení extraverte (či případně i ke zvýšení míry neuroticismu) u daného člověka.

Vybrané osobnostní rysy pětifaktorového modelu osobnosti a well-being včetně vývoje osobnosti byly předmětem zájmu longitudinální studie autorů Kandlera, Kornadtové, Hagemeyera a Neyera (2015). Výzkumný soubor tvořilo 410 dospělých dvojčat (jednovaječných i dvojevaječných) ve věku 64 až 85 let a po prvním sběru dat byla další shromážděna po pěti letech. Mezi výsledky výzkumu lze najít zjištění, že existuje signifikantní vztah mezi věkem a úrovní extraverte, svědomitostí a úrovní vnímané kontroly. Výsledky indikují, že starší lidé vnímají nižší úroveň kontroly a mají tendenci být méně extrovertovaní a méně svědomití.

## 1.2.2 Kognitivní změny ve stáří

V seniorském věku dochází k různým kognitivním změnám, mezi které patří zhoršené smyslové vnímání, snížený výkon paměti nebo klesání inteligence. Kognitivní plasticita (ve smyslu schopnosti využít svůj potenciál) už je v šedesáti letech snižena a nadále klesá. Po šedesátém roce života je zhoršená zraková percepce přibližně u 90 procent jedinců a výkon sluchu je snížen asi u 30 procent lidí. Tyto skutečnosti mají za následek nejen pokles výkonu při určitých pracovních aktivitách, ale také znesnadňují možnost vykonávání oblíbených činností (například četba knih, poslech hudby). Poruchy sensorické percepce mají velmi značný vliv na komunikaci s druhými lidmi a také ovlivňují prožívání jedince (mohou se u něj vyskytnout pocity frustrace, nejistoty nebo též úzkosti). Dalším negativním aspektem je riziko úrazu sebe či druhých. Problémy v oblasti percepce také ovlivňují další poznávací procesy, které jsou na rychlém a přesném příjmu informací závislé (Langmeier & Krejčířová, 2013; Vágnerová, 2007).

Obecně lze tedy prohlásit, že kognitivní schopnosti klesají se zvyšujícím se věkem, přesto však někteří autoři tvrdí, že u nezanedbatelného počtu osob nelze hovořit o poklesu až do sedmdesáti let věku (za předpokladu, že není přítomen nějaký organický patologický proces, který by poškozoval mozek) (Blatný, 2017).

Už v raném stáří se pomalu objevují nedostatky paměťových funkcí a obtíže v učení. Může docházet k poruchám paměti, které se týkají její kvantity (například schopnost uchování a vybavení si informací) nebo kvality (poruchy týkající se časového a rámcového kontextu paměťové informace (Vágnerová, 2007; Lužný, 2012).

## 1.2.3 Emoční změny ve stáří

Senioři prožívají pozitivní emoce stejně často jako mladí dospělí a jejich intenzita se zpočátku nijak významně nemění. Avšak některé formy pozitivních emocí mohou s přibývajícím věkem vymizet nebo se oslabit. Ke signifikantní změně emocionality dochází až v období vysokého stáří, kdy se snižují tělesné a smyslové funkce jedince, a to vede k prožívání bezmoci, závislosti nebo pocitu nedostatku důstojnosti. Důležitým úkolem je snažit se překonat negativní emoce a udržet si tak uspokojivou úroveň životní spokojenosti (Stuchlíková, 2002). *„Omezení smyslového kontaktu i sociálních vazeb vede k určitému emocionálnímu odstupu, na druhé straně však transcendence přináší klid mysli a rozšířené vědomí sebe. Moudrost tohoto věku a pokora mohou přinést velké osvobození a uspokojení“* (Stuchlíková, 2002, 103). Nakonečný (2012) doplňuje, že v seniorském věku mají emoce

a cítění nejčastěji původ v sociální situaci a fyzickém stavu člověka, odvíjí se tedy například od možností kontaktu s lidmi, úzce souvisejí se samotou či se strachem ze smrti partnera nebo blízkých osob.

#### **1.2.4 Odchod do starobního důchodu**

Odchod do starobního důchodu je významný mezník v období stárnutí. Tato pro člověka významná životní událost může mít značný dopad na jeho psychiku a prožívání, proto jsme považovali za důležité ji v této diplomové práci nevynechat. Tento mezník může být vnímán jako nová příležitost v životě nebo jako započnutí poslední etapy před nevyhnutelným příchodem smrti jedince. Penzijní věk je i přes rozdíly v různých státech stanoven hranicí 65 let. Období penzionování je pro člověka dle některých odborníků náročnější než období puberty. V tomto věku již došlo ke snížení adaptačních procesů jedince. Odchodem do starobního důchodu dochází ke ztrátě pracovní role, která je velmi často chápána jako zdroj uznání i vlastní hodnoty a původ sociálního statusu (Haškovcová, 2010; Jiráček et al., 2013). Bromley (1966, in Haškovcová, 2010) definoval nejvíce vyskytované typy reakcí na odchod do penze (i na stárnutí): 1. *strategie konstruktivnosti* (je považována za ideální variantu adaptace na stáří a akceptace stáří, člověk se těší z průběhu svého života, je pozitivně naladěný i otevřený, snadno navazuje kontakt s druhými osobami), 2. *strategie závislosti* (člověk inklinuje k pasivitě a závislosti na druhých, odchod do starobního důchodu nenesení příliš úkorně, preferuje rodinné a známé prostředí), 3. *strategie obranného postoje* (jedinec se obává závislosti na okolí, nechce se vzdát svých rolí i sociálního postavení a do penze odchází v případě, že je nucen a není jiná varianta) a 4. *strategie nepřátelství* (člověk projikuje svou vinu za nevyvedený život na druhé lidi nebo okolnosti, je negativní, podezřívavý a až agresivní).

#### **1.2.5 Nejčastěji se vyskytující psychické poruchy ve stáří**

Přítomnost psychické poruchy má značný dopad na psychiku a může mimo jiné značně ovlivnit kvalitu života. U lidí ve vyšším věku se nejvíce vyskytují poruchy, které vznikají na základě organických změn mozkové tkáně, dále může hrát roli řada iatropatogenních faktorů (například polyfarmakoterapie) a mohou zapříčinit psychickou poruchu psychosociálními faktory příznačnými pro stáří (ztráta životního partnera nebo samota). U seniorů se můžou projevit i poruchy, které jsou typické pro střední věk, ale převahu mají organicky podmíněné psychické poruchy. Nejvyšší výskyt psychických poruch

ve stáří má demence a mírná porucha kognitivních funkcí, deliria a deprese. V rámci posledních několika let se přičleňuje i závislost na návykových látkách (hlavně na alkoholu) a na některých farmakách (například na benzodiazepinových anxiolyticích). Mezi další psychické poruchy řadíme ty, které přetrvávají ze střední dospělosti, nebo ty vznikající až v samotném stáří. Jako příklad uvedeme schizofrenii (již od středního věku), poruchu s bludy, organické psychotické poruchy, organické poruchy spánku, reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, organická disociativní porucha nebo také bipolární afektivní porucha (taktéž přechází z období střední dospělosti) (Jirák et al., 2013).

### 1.3 Fyzické aspekty raného stáří

Stárnutí člověka se projevuje zpravidla zhoršováním také fyzického stavu. Jedná se o nevratný, univerzální ale i druhově specifický biologický proces. Z pohledu časové osy, rozsahu i závažnosti projevů stárnutí je celkový proces také velmi individuální a je úzce provázán s genetickými předpoklady jedince a dále také s exogenními činiteli. Interindividuální rozdíly jsou způsobeny genetickými dispozicemi, které se podílí na takzvaném primárním stárnutí. Exogenní faktory se participují na sekundárně podmíněném stárnutí a mají znatelný vliv na fungování jednotlivých orgánových systémů. Mezi vnější faktory řadíme například dosavadní způsob života (kouření či abúzus alkoholu a podobně), stravu (vyvážená či nezdravá) a jídelní návyky (přijímání potravy v pozdních hodinách) i pohybovou aktivitu (pravidelné sportovní lekce). Biologické znaky stárnutí jsou snadno postřehnutelné: snižuje se obrana organismu proti infekcím, zvyšuje se pravděpodobnost nádorových onemocnění, klesá rychlost hojení ran nebo sklerotizují cévy (Vágnerová, 2007; Langmeier & Krejčířová, 2013; Topinková, 2010). Také dochází ke snížení plasticity mozku (Orel, 2015). Objektivně se s přibývajícím věkem mění citlivost všech pěti smyslů (chuť, čich, sluch, hmat a zrak), z těch je jako nejčastější postižení u seniorů identifikovatelná pozvolná sluchová ztráta (Jirák et al., 2013). Proces, který začíná v období pozdního středního věku a pokračuje dále, se nazývá involuce. Involuce je charakteristická ústupem nebo snížením některých tělesných funkcí (například zpomalení motorického tempa) (Hartl & Hartlová, 2009).

Během stárnutí dochází ke zvyšování míry nepříznivých vlivů, které působí na člověka, a důsledkem je zvyšování počtu nemocných lidí. Mezi typické znaky stáří nesporně patří polymorbidita. Velký lékařský slovník (2015) vysvětluje polymorbiditu jako přítomnost více chorob současně u jednoho člověka, jde se o docela obvyklý stav ve stáří

(jedinec například může trpět hypertenzí, diabetem a artrózou). Dochází buď ke sdružování nemocí bez zjevné kauzální souvislosti nebo nastává příčinné řetězení nemocí (ve smyslu, že jedna vyvolává druhou). Staří lidé trpí nejen somatickými chorobami, ale i duševními poruchami, které mohou být špatně rozpoznány a diagnostikovány. Velice důležitý je postoj jedince k osobním potížím a schopnost či ochota včas vyhledat odbornou zdravotnickou péči. Předpokládaný průběh stárnutí a očekávaná doba úmrtí je rozdílná u mužů a u žen. (Vágnerová, 2007; Topinková, 2010). V České republice se střední délka života liší u mužů a u žen takto: ženy se dožívají v průměru o 3,3 let více než muži (u žen je hodnota 73,3 let, u mužů 70 let) (ČSÚ, 2018).

Při psaní této podkapitoly jsme se často setkali s názory autorů různých publikací na vzhled seniora. Říčan (2014) poměrně provokativně vyjadřuje, že starý člověk je ošklivý. Postupně u něj řídnou a blednou vlasy, vadne obličej a objevují se vrásky, tělo ochabuje, přibývají tukové polštáře a tak dále. Ve svém tvrzení však trefně poznamenává, že kulturní společnost zná výjimku – na tváři seniora lze spatřit krásu. Obličej seniora (narozdíl od jeho těla) by měl v člověku budit pocity sympatie, úcty, autority či důvěry.

S rostoucím věkem dochází k úbytku neuronů v mozku. Tento úbytek nemusí být však tak značný, jak se dříve předpokládalo. Například některé studie Alzheimerovy nemoci ukazují, že u jedinců trpících touto nemocí dochází mimo jiné k úbytku muskarinových acetylcholinových receptorů (konkrétně jejich podtypů M2 a M4), nikoliv však u podtypu M1. Byly zjištěny případy, kde naopak docházelo ke zvýšení výskytu muskarinového acetylcholinového receptoru podtypu M1 (Orel, 2015; Kulišťák et al., 2017; Querfurth & LaFerla, 2010).

#### **1.4 Univerzity třetího věku v České republice**

Na oficiálních webových stránkách AU3 (nedat.) se dozvídáme, že univerzity třetího věku jsou sdružovány do takzvané Asociace univerzit třetího věku, zapsaný spolek. Jejich cílem je nabízet a provozovat vzdělávací aktivity na úrovni vzdělávání vysoké školy, aktivity jsou určeny pro občany České republiky v seniorském věku. Je tedy patrné, že účast seniorů v programech univerzit třetího věku má nemalý potenciál ovlivňovat kvalitu jejich života.

Základním stavebním kamenem při vzniku univerzit třetího věku byla myšlenka vytvořit takzvaný druhý životní program pro seniory, kteří se nechtěli spokojit pouze s určitými koníčky a životem v ústraní společnosti. První univerzita třetího věku vznikla ve Francii v Toulouse, její vůdčí osobou byl profesor lékařství P. Vellas, který se později

stal prezidentem Asociace univerzit třetího věku. Studenti z řad seniorů začali navštěvovat školu z rozmanitých důvodů, například nemohli studovat v mládí nebo měli zájem o vzdělávání ve svém nebo v novém oboru. Program univerzity byl nastaven tak, aby respektoval medicínské a sociokulturní aspekty výuky starších lidí. Nejprve bylo studium nastaveno jako systém vybraných přednášek, později bylo obohaceno o variantu možnosti získání vysokoškolského diplomu (Haškovcová, 2010).

V České republice vznikla první univerzita třetího věku (říkalo se jí Akademie třetího věku) v Olomouci ve školním roce 1986/1987. Přednášejícími byli vysokoškolští pedagogové a garantem “projektu” byl Československý červený kříž za přispění Klubu aktivního stáří (KLAS). Samotná vysoká škola začala zřizovat vzdělávání seniorů až v roce 1991 v Olomouci díky úsilí Josefa Jeřaba. V této době se také ujala odpovědnosti za obsah a způsob kurikula Katedra sociologie a andragogiky Univerzity Palackého v Olomouci. Z akademií třetího věku postupně začaly vznikat univerzity třetího věku, které byly samostatně vedeny veřejnými vysokými školami. Pod záštitou vysoké školy byla jako první otevřena univerzita třetího věku v akademickém roce 1987/1988 na Fakultě všeobecného lékařství (nyní 1. lékařská fakulta) Univerzity Karlovy v Praze (Haškovcová, 2010; Historie AU3V, nedat.).

V rámci dvacetiletého výročí první univerzity třetího věku v Toulouse byl rok 1993 označen jako Evropský rok starších lidí a solidarity mezi generacemi. V Mezinárodním roce seniorů 1999 vznikla v České republice komise složená ze zástupců ministerstev zdravotnictví, sociálních věcí a školství, mládeže a tělovýchovy, která za spolupráce s organizacemi věnujícími se otázkám života seniorů přispěla ke zrodu Národního programu přípravy na stárnutí. Tento program podporuje vzdělávání seniorů (Historie AU3V, nedat.).

Vzdělávání seniorů v České republice funguje na mnoha fakultách různých univerzit, například na: Univerzitě Karlově (Filozofická fakulta, Husitská teologická fakulta, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové a podobně), Univerzitě Hradec Králové (Pedagogická fakulta), Univerzitě Palackého v Olomouci (například Přírodovědecká fakulta, Lékařská fakulta a tak dále) nebo na Ostravské univerzitě (Filozofická fakulta, Lékařská fakulta a tak dále) (Univerzita Karlova, 2018; Univerzita Hradec Králové, 2018; Univerzita Palackého v Olomouci, nedat.; Ostravská univerzita, nedat.).



## 2 Postoje ke smrti

V této kapitole se budeme zabývat základními pojmy, které doposud nebyly zmíněny – postoj, smrt a umírání, postoje ke smrti. Uvedeme také několik vybraných metod, které zjišťují strach ze smrti, umírání anebo postoje ke smrti.

*Říká se, že smrt je v současné české společnosti tabu. Vytěšňujeme ji ze svého vědomí, vyloučili jsme ji z hovorů, vyhostili ze života. Ovšem ne jako něco zakázaného. Spíš jako něco nepříjemného, co nechceme, aby se nás týkalo, co je ještě daleko, nebo něco, s čím – když už na to přijde – stejně nedokážeme nic dělat* (Nezbeda, 2016, 13).

S pojmem smrt je spojeno značné množství nevědomých strachů, obav, vyhýbání se či psychické nepohody. Mnoho autorů poukazuje na obecně rozšířené tabuizování smrti, především v moderní západní společnosti. Mezi nimi je i Nešporová (2013). Poukazuje sice na to, že tabuizace se týká spíše přirozené smrti, ale neplatí to absolutně.

Postoj ke smrti a umírání z pohledu seniora může značnou měrou působit na jeho prožívání a vyrovnávání se s umíráním. Může taktéž mít vliv na jeho potřeby, přání a postoje. V každodenní komunikaci lidé o smrti a umírání zpravidla nehovoří. Může však někdy přijít chvíle v životě, kdy má člověk potřebu o tomto tématu mluvit a probírat ho s blízkými. Je důležité, aby problematika smrti a umírání nebyla přehlížena rodinou, příbuznými, blízkými přáteli ani pečujícími odborníky (Dvořáčková & Kajanová, 2012).

Křivohlavý (2002) hovoří o tom, že pacienti často pocítují potřebu o osobních otázkách týkajících se své smrti a svého umírání hovořit. Někdy je tato potřeba vyjádřena přímo (“*Kdy zemřu?*”), někdy vyvstane z formulace otázky (“*Doktore, jak je to se mnou vážné?*”) nebo z toho, jakým způsobem ji pacient říká (z paralingvistického hlediska, například z jeho výrazu tváře). Stezka k životní pravdě konečnosti našich životů se připravuje v celém procesu lidského žití, i když lze konstatovat, že ve stáří je příprava nejvíce intenzivní.

Každý člověk si je jistý, že jeho život je konečný a jednou zemře. Senioři v závěru svého života o své smrti uvažují. Většina z nich vyjadřuje obavy z možného bolestivého či až krutého průběhu umírání. Téměř všichni si přejí zemřít v domácím známém prostředí. V dnešní době se umírání doma stává zvláštním privilegiem (Haškovcová, 2012).

## 2.1 Základní pojmy

V této podkapitole se budeme věnovat základním pojmům a známému pětistupňovému modelu vyrovnávání se se smrtí.

### 2.1.1 Postoje

Postoj (anglicky attitude) je definován jako určitá psychická dispozice, která trvale ovlivňuje výběrovost jedince při získávání vlivů z vnějšku a při jednání vůči svému okolí. Postoje jsou tvořeny vázaností na jistý druh aktivit a dvěma složkami: poznávací a emocionální. Postoj vytváří hodnotící vztah, proto je vždy charakterizován jistou mírou pozitivivity či negativity (Bačová et al., 2008). Psychologický slovník (2009) popisuje postoj jako tendenci ustáleným způsobem reagovat na podněty, osoby, situace a na sebe samotného. Postoje jsou složkou osobnosti a svým dílem ustanovují poznání, chápání, myšlení i cítění. Formují se v průběhu života a jsou relativně stálé. Postoje sestávají ze tří složek: kognitivní (poznávací), konativní (behaviorální) a citová (afektivní). Říčan (2010) k postojím doplňuje, že jsou určovány primárními potřebami, ale dle principu funkční autonomie se do určité míry stávají nezávislémi. Starší termín, který byl používán v souvislosti s postojem, je *“sentiment”*. Lze říci, že nejobecnější postoje, které ovlivňují životní styl a orientaci člověka, nazýváme slovem *“hodnoty”* nebo souslovím *“hodnotová orientace”*.

### 2.1.2 Smrt a umírání

Pojmy umírat a umřít jsou odvozeny od slova smrt. V latině slovo zemřít odpovídá pojmu *morior*, z něhož vznikla slova *morbus* – nemoc a *mors* – smrt (Baštecká et al., 2003).

Umírání (anglicky dying) značí proces, který končí smrtí. Kübler-Rossová na základě výzkumu popsala pět stádií umírání (Hartl & Hartlová, 2009). Umírání nabývá různé délky a podoby. Jeho prožívání je individuální a zcela jedinečné. Umírající lidé mohou být závislí na péči druhých a v nemálo případech nemohou ovlivnit podmínky svého umírání (Kelnarová & Matějková, 2012).

Smrt (anglicky death) je definována jako stav, ve kterém u živého organismu došlo k nezvratným změnám v mozku, jejichž důsledkem je zánik dýchacího centra, zástava krevního oběhu a postupně dochází k rozkladu a odumírání těla (Šiklová, 2013). S vývojem medicíny a lékařské první pomoci se začaly používat nové pojmy, které vyjadřují stupeň jednotlivých změn, které se mohou při resuscitaci objevit. Prvním pojmem je klinická smrt. Klinická smrt se projevuje zástavou dechu a činnosti srdce. V případě okamžitého zahájení

resuscitace je u některých případů možnost tyto funkce obnovit. Rozlišujeme také smrt mozku, která je definována nevratným poškozením jeho funkcí. Mozková smrt může nastat už po pěti minutách, kdy je mozek bez přísunu kyslíku (tato doba je pouze přibližná, protože ji mohou ovlivnit různé okolnosti, například podchlazení jedince). Jedinec je v hlubokém bezvědomí, nereaguje na okolí a vymizí u něj základní reflexy. Citovaní autoři hovoří dále o pojmu sociální smrt. Jedná se o stav částečného odumření mozku (ve smyslu jeho vyšších součástí) současně se zachovanou činností nižší části ovlivňující oběh a dýchání. Člověk v tuto chvíli dýchá a má aktivní oběh krve, ale ostatní funkce (například rozumové či komunikační) jsou velmi poškozené nebo zcela nefungují (Vokurka & Hugo, 2011). Sociální smrt se však nejčastěji definuje zcela jinak. Například Kutnohorská (2007) popisuje sociální smrt jako stav, ve kterém člověk žije, ale nemá sociální kontakty a je odloučen ze společenského dění. V tomto případě není zcela reálné jej do společenství vrátit. Autorka dodává, že sociální smrt se může objevit i u zdravého jedince.

V současné době více než 70 procent úmrtí nastává po překročení věkové hranice 65 let. Mezi hlavní příčiny úmrtí ve vyšším věku patří: kardiovaskulární onemocnění (například ischemická choroba srdeční nebo cévní onemocnění mozku), infekční onemocnění (pneumonie), malignity (bronchogenní a kolorektální karcinom), dále úrazy (například pády či úrazy způsobené v dopravě) a demence (Topinková, 2010).

S pojmy smrt a umírání se velmi často pojí výraz dobrá smrt (nebo úspěšné umírání). V historii se užívalo pojmu *ars moriendi* – umění umírat (Šiklová, 2013). Existují principy, které definují dobrou smrt. Mezi ně například patří: vědět, že smrt přichází a rozumět tomu, co lze od ní očekávat; být schopen udržet si kontrolu nad tím, co se se mnou děje; mít nedotčenou důstojnost a dostatek soukromí; mít přístup k jakékoli duchovní nebo emocionální podpoře, která je umírajícím vyžadována; mít čas se rozloučit s blízkými lidmi nebo mít kontrolu nad tím, kdo je přítomen v okamžiku umírání (smrti) (Smith, 2000). Meier et al. (2016) realizovali analýzu 36 článků zabývajících se tématem dobrá smrt. Základní témata, která se objevila u pacientů, členů rodiny i zdravotnického personálu jako nejvíce důležitá ve spojení s dobrou smrtí, jsou: preference určitého způsobu umírání, bezbolestné umírání, religiozita či spiritualita, emoční well-being, preference určitého způsobu léčby, důstojnost, přítomnost rodiny, kvalita života a pozitivní vztah se zdravotnickým personálem. Scarre (2012) polemizuje s tím, zda dobrá smrt vůbec existuje. Přiklání se k variantě, že nic takového není ve skutečnosti možné. Uvádí několik příkladů, které toto tvrzení potvrzují. Například hovoří o tom, že smrt má pro nás největší existenciální důsledek. Dobrá smrt musí

být vědomá. Při ní pochopíme, co a jak se nám děje. Takové uvědomění je však neslučitelné s dosažením klidového stavu mysli, což je jeden z požadavků dosažení dobré smrti.

Schwarz a Bensonová (2018) zkoumali “medicínskou smrt” starších lidí, kteří zemřeli v nemocnicích. Autoři realizovali hloubkové rozhovory se členy čtyř rodin, které se starali o umírajícího člověka až do úplného konce jeho života. Navzdory obecné představě, že prostředí nemocnice je nežádoucím místem pro umírání, to nebylo nejdůležitějším hlediskem pro pacienty a jejich rodiny z této studie. Pro některé členy rodin byla nemocnice vnímána jako upřednostňované místo pro umírání, protože je zde dostupná profesionální péče zdravotnického personálu. Tato skutečnost u nich přinášela pocity úlevy. Dále také oceňovali, že se personál nemocnice postaral o “špinavou práci umírání” (umývání, toaleta a podobně). Někteří členové rodin preferovali nemocnici, protože se zde umírajícím dostalo efektivního a bezpečného prostředí a dodání prostředků tišících bolest. Jako negativní stránka se jevílo umírání ve společnosti cizích lidí, elektronických přístrojů (které navíc vydávají rušivé zvuky), nedostatek soukromí a v některých případech i nedostatek empatie či ochoty od pracujícího personálu (například se několikrát objevilo, že umírající žádal o pomoc při změně polohy na posteli a personál na žádost nereagoval).

V souvislosti s umíráním je nezbytné zmínit paliativní péči. Jedná se o aktivní službu, která zprostředkovává péči pro pacienty trpící nevléčitelnou nemocí v pokročilém či terminálním stádiu (například onemocnění ledvin, nádory nebo konečná stádia chronického srdečního selhání). Hlavním cílem paliativní péče je snížení míry prožívání bolesti a redukce jiného somatického nebo duševního strádání. Dále se snaží o zachování pacientovy důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým či příbuzným osobám. Paliativní péče nahlíží na smrt jako na přirozenou součást lidského života, kterou každý jedinec svou tělesnou, duševní, sociální, duchovní a kulturní stránkou vnímá zcela individuálně. Mezi další znaky paliativní péče patří snaha o co nejvyšší možnou míru kvality života a péče o důstojnost nemocného. V neposlední řadě poskytuje pomoc při zármutku pozůstalých. Paliativní péče není poutána na konkrétní místo, může být poskytována též u pacienta doma (Skála, Sláma, Vorlíček, & Kabelka, 2011).

### **2.1.3 Pětistupňový model vyrovnávání se se smrtí dle Kübler-Rossově**

Kübler-Rossová (2015) vytvořila svůj model na základě realizování mnoha rozhovorů s terminálně nemocnými pacienty. Na podzim roku 1965 za Kübler-Rossovou přišli čtyři studenti s prosbou o pomoc s výzkumným projektem zaměřeným na konfrontaci

se smrtí. Jejich cílem bylo dozvědět se co nejvíce o smrti, umírání, reakcích, potřebách a chování umírajících. I na základě tohoto podnětu Kübler-Rossová vytvořila svůj nyní značně proslavený model. Z její práce mimo jiné vyplývá, že je nutné a důležité se zabývat emocionální stránkou pacientů.

Ke svému pětistupňovému modelu vyrovnávání se se smrtí později doplnila, že jednotlivá stádia nemají všeobecnou platnost a závaznost. Mohou se střídat, některá stádia se nemusí objevit vůbec nebo se u pacienta mohou vyskytovat v odlišném pořadí (Baštecká et al., 2003).

1. stádium – popírání a izolace: v tomto stádiu lidé (pacienti) reagují na zprávu o terminální fázi své choroby tak, jako by to nebyla pravda, jako kdyby se jich to netýkalo. Odmítání je spojeno s “rituály”, které napomáhají popírání situace (například přesvědčení, že laboratorní výsledky musel někdo zaměnit nebo že se lékaři spletli). 2. stádium – zlost: ve chvíli, kdy je popírání už neudržitelné, objeví se u pacienta pocity zlosti, vzteku nebo závisti. Často si pokládají otázku: “*Proč zrovna já?*”. Hněv je namířený na různé strany, které jsou k dispozici (například lékaři či rodina). 3. stádium – smlouvání: pacient se uchýlí k určité naději, že za jisté chování či služby se mu dostane odměny nebo se mu splní nějaké přání. Nejčastěji si přejí například oddálení smrti nebo dožití se nějaké události. 4. stádium – deprese: do popředí prožívání pacienta se dostává pocit velké ztráty. Kübler-Rossová rozlišuje reaktivní depresi (vznikla jako reakce aktuální změny) a depresi přípravnou (na rozloučení se světem). 5. stádium – akceptace: v tomto posledním stádiu pacient již prožil různé pocity jako vztek či nedůvěru a dospěl k jistému smíření a vnitřnímu pokoji. Jeho zájmy se zúží a často touží po klidu, tiché přítomnosti druhých či po odpočinku (Kübler-Rossová, 2015).

## **2.2 Postoje ke smrti**

Tématem postojů ke smrti se začali odborníci v oboru psychologie zabývat od poloviny 20. století (konkrétně od konce roku 1950) a zájem se postupně zvyšoval. První organizovaný přístup ke smrti v oboru psychologie se objevil v sympoziu s názvem “*Koncepce smrti a její vztah k chování*”, kterou zahájil americký psycholog Herman Feifel. Toto symposium posloužilo jako základ pro vznik knihy publikované roku 1959 s názvem “*Smysl smrti*”, kterou editoval výše zmíněný autor (Feifel, 1990). Postupně se začaly realizovat první výzkumy zaměřené na postoje ke smrti. Jako příklad uvedeme výzkum Collettové a Lestera z roku 1969, kteří si byli vědomi potřeby standardizované metody

zaměřené na strach ze smrti. Autoři se soustředili na navržení nástroje k měření strachu ze smrti, který by rozlišil strach ze smrti a strach z procesu umírání. Neimeyer, Wittkowski a Moser (2004) hovoří o tom, že největší “exploze” zájmu a publikování literatury o smrti, postojích ke smrti a přidružených tématech byla v polovině 70. let 20. století a v polovině 80. let 20. století. Feifel (1956, in Neimeyer et al., 2004) byl první psycholog, který realizoval empirickou studii zaměřenou na zkoumání postojů ke smrti u seniorů.

Otázka smrti je osobní záležitostí. Je samozřejmé, že její význam je pro každého jedince individuální. Nahlížení na smrt souvisí s prožitými událostmi či zkušenostmi, které jsou zcela jedinečné, mohou jimi být například ztráta přítele nebo člena rodiny, onemocnění vážnou nemocí nebo patologický psychický stav (Bengtson, Cuellar, & Ragan, 1977). Například při diagnostikování nevléčitelné nemoci může docházet u člověka ke změně v pohledu na aktuální otázky života. Jedinec mnohdy změní svůj dosavadní pohled na nemoc (možnosti léčby, operace, hrozba smrti) a změny nastanou i v sebepojetí (například pohled na sebe jako na pacienta, jako na nevléčitelně nemocného, postoj ke smrti) (Ayers & de Visser, 2015). Tyto zkušenosti ovlivňují pohled člověka na otázku smrti a umírání. Lze však říci, že postoje ke smrti jsou do určité míry ovlivněny také kolektivní zkušeností. Z jedné strany tu je vliv širší kultury, náhledy na smrt jedinci zprostředkovávají média, sdělovací prostředky či instituce (jako je kupříkladu zdravotnictví). Z druhé strany je tu širší sociální struktura. Lze předpokládat, že různé socioekonomické struktury či rasové menšiny vnímají smrt do jisté míry rozdílně. Také odlišné hodnotové orientace či systémy víry mohou přispět k různým pohledům na smrt či mohou determinovat významy připisované fenoménu smrti (Bengtson et al., 1977).

Abdel-Khalek a Neimeyer (2017) se domnívají, že úzkost ze smrti je relativně stabilní osobnostní rys, který se vztahuje k negativnímu postoji ke smrti i umírání. Smrt a umírání je negativně vnímáno u člověka samotného i vůči jeho blízkým, negativní afekt se projevuje i obecně při samotné myšlence týkající se smrti či umírání.

Russac, Gatliff, Reece a Spottswood (2007) zkoumali strach ze smrti u dospělých lidí. Realizovali dvě studie. V první studii použili ke sběru dat revidovanou Collet-Lesterovu škálu strachu ze smrti (CL-FODS) celkem u 304 mužů a žen ve věku 18 až 87 let. Výzkumný soubor rozdělili do 6 věkových skupin (19 let a méně, 20 až 29 let, 30 až 39 let a podobně). Výsledky první studie přinesly zjištění, že muži i ženy ve svých 20 letech vykazují vysokou míru strachu ze smrti. Úzkost ze smrti následně s věkem klesá až do 60 let. U žen však byla zjištěna bimodální distribuce. Ženy mají nejvyšší stupeň strachu ze smrti ve 20 letech, kolem

30 let je prudký pokles a podruhé se signifikantně zvýší v období kolem 50 let. Druhou studii autoři realizovali z důvodu, že byli překvapeni z výsledků, které se objevily u žen. V druhé studii proto zkoumali 113 žen ve věku 18 až 85 let pomocí Templerovy škály strachu ze smrti (DAS). Výsledky ukazují také nejvyšší vrcholy úzkosti v 20 letech a kolem 50 let. Druhá studie tedy naznačuje, že se u žen jedná o pravděpodobnou stabilní charakteristiku.

Hallberg (2004) uskutečnil přehledovou metaanalýzu 33 článků referujících o smrti a umírání z pohledu starších lidí. Výsledky potvrzují tvrzení, že starší lidé chtějí o smrti a umírání hovořit. Mezi zjištěními této metaanalýzy patří následující teze. Existuje signifikantní vztah mezi silnou religiozitou a nízkou mírou strachu ze smrti. Strach ze smrti pozitivně koreluje s psychologickými problémy, neuroticismem, depresí, externím místem řízení (locus of control) a nízkou vůlí k životu. Naopak negativní vztah se vyskytuje mezi strachem ze smrti a odolností (typu hardiness) a sebevědomím. Lze tedy říci, že aspekty související s dobře integrovanou osobností mají protektivní význam a psychosociální problémy souvisejí s vyšší mírou úzkosti ze smrti. V některých studiích se objevila sociální opora jako předpoklad k nižšímu strachu ze smrti. Výsledky týkající se postojů ke smrti (aby byla smrt rychlá nebo ne, aby si byli vědomi své smrti nebo ne) se mezi sebou lišily. Několik studií se zabývalo tím, zda senioři skutečně přemýšlí nad tématem smrti: ti, kteří ano, nad ní uvažovali buď příležitostně, často nebo byl zájem o smrt stabilní a nízký. Ženy méně podporovaly umělé prodlužování života, proto se u nich vyskytovala nižší míra vůle k životu. Ačkoliv byly jednotlivé výzkumy metodologicky odlišné, lze v nich nalézt některá stejná objevující se témata. Pohled na smrt byl velmi často spojován s akceptujícím pohledem, jindy byl vnímán jako něco nevyhnutelného nebo jako dokončení životního cyklu, také mohl vyvolávat emoce vzteku, smutku či smíření. U smrti byla mnohdy zdůrazňována její sociální stránka (například umírání osamocně; starost o pozůstalé; obava, že nikdo nedorazí na pohřeb; obavy o zajištění kontinuity dědictví).

### **2.3 Vybrané metody na měření postoje ke smrti**

V této podkapitole se zaměříme na několik vybraných metod, které měří postoje ke smrti a umírání. Cílem je utvořit stručný přehled z několika existujících metod.

Metody určené k měření strachu ze smrti mohou být rozděleny na jednodimenzionální a multidimenzionální. Jednodimenzionální zpravidla rozlišují subjektivní hodnocení strachu ze smrti a multidimenzionální odlišují postoje ke smrti a umírání sebe i ostatních (Naderi & Esmaili, 2009). Příklad jednodimenzionálního přístupu

použili ve svém výzkumu Bengtson et al. (1977), kteří zvolili metodu sebehodnocení (při rozhovorech) k určení postoje ke smrti jedince. Variantou multidimenzionálního přístupu může být metoda Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R), kterou například využili ve výzkumu Braun, Gordon a Uziely (2010).

Jako první metodu jsme zvolili The Collett-Lester Fear of Death Scale (CL-FODS). Colletová a Lester představili tuto metodu v roce 1969. Nikdy ji nepublikovali, takže byla dostupná bylo pouze z rukou autorů. Metoda byla původně vytvořena k odstranění heterogenity v položkách dotazníků, které se v dané době používaly. Neimeyer vytvořil její revidovanou verzi. Revidovaná Collett–Lesterova škála strachu ze smrti má čtyři subškály: strach z vlastní smrti, strach z vlastního umírání, strach ze smrti ostatních a strach z umírání ostatních. Každá subškála obsahuje 8 položek, které jsou navrženy jako pětistupňová Likertova škála (Neimeyer, 1994). Bužgová a Janíková (2017) vytvořily českou adaptaci Collett–Lesterovy škály strachu ze smrti na výzkumném souboru studentů oboru ošetrovatelství. Podařilo se jim vytvořit českou verzi s dobrými psychometrickými charakteristikami (například reliabilita typu vnitřní konzistence měla hodnotu  $\alpha=0,914$ ) a doporučují její využití ve výzkumu i v klinické praxi.

Další metodou je Škála strachu ze smrti (DAS), kterou vytvořil americký psycholog D. I. Templer. Tato škála je velmi často používána v oblasti výzkumu. Škálu strachu ze smrti tvoří 15 výroků (například *“Bojím se umírání bolestivou smrtí.”*) a proband na ně odpovídá souhlasím nebo nesouhlasím. Někteří výzkumníci si však tuto variantu ve výzkumu změnili a nahradili ji na pětistupňovou Likertovu škálu. Škála strachu ze smrti má vysokou tří týdnenní test-retest reliabilitu (Abdel-Khalek & Neimeyer, 2017). Existuje také revidovaná varianta (RDAS) s 25 položkami, na které jsou se odpovídá pomocí pětistupňové Likertovy škály (Neimeyer, 1994). Templer et al. (2006) vytvořili i rozšířenou verzi (DAS-Extended). Tato varianta obsahuje 51 položek: 15 je původních a 36 nově přidaných (například *“Sny, které mě obtěžují, zahrnují smrt.”*).

Existuje také Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R), jehož autory jsou Wong, Reker a Gesser. Jedná se o multidimenzionální metodu, která měří spektrum postojů ke smrti. Tvoří ho celkem 32 položek. Proband odpovídá od *“zcela souhlasím”* po *“zcela nesouhlasím”*. Metodu tvoří pět subškál: 1. strach ze smrti, 2. vyhýbavý postoj ke smrti, 3. neutrální přijetí smrti, 4. vstřícné přijetí smrti, 5. únikové přijetí smrti (Neimeyer, 1994). Podrobněji se metodě DAP-R věnujeme v kapitole číslo tři (Metodologický rámec) v empirické části práce.



V neposlední řadě představíme Bugenovu škálu zvládání smrti (Bugen's Coping with Death Scale). Škála byla původně vytvořena Bugenem k posouzení dopadů jím pořádaného semináře o smrti a umírání u studentů a studentek. Metoda se skládá z 30 položek (například *“Cítím se být připravený či připravena čelit smrti.”*), které zkonstruoval jako sedmistupňovou Likertovu škálu (od *“zcela nesouhlasím”* až po *“zcela souhlasím”*). Bylo prokázáno, že škála je vnitřně konzistentní a stabilní v čase (Robbins, 1991).

### 3 Kvalita života

V této kapitole se zaměříme na téma kvality života. Popíšeme vybrané aspekty související se zvoleným tématem, mezi které patří například zdraví, nemocnost, víra a náboženství, sociální okolí nebo metody na měření kvality života. Domníváme se, že kvalita života je významnou otázkou v každém věku, včetně v období stáří a stárnutí.

Kvalita života se stala běžnou součástí odborného zájmu i mnoha oblastí lidské činnosti. Setkáme se s ní v ekonomii, politologii, sociologii, také ve filozofii, teologii, psychologii nebo v biologických oborech. S pojmem kvalita života se můžeme však i setkat v technických oborech jako je architektura, stavebnictví nebo v dopravě (Mareš et al., 2006).

Kvalita života (anglicky quality of life, QoL) zjednodušeně symbolizuje pocit „životního štěstí“. Jejimi základními znaky jsou: osobní soběstačnost a pohyblivost, seberealizace a duševní harmonie (ve smyslu životní spokojenosti nebo nespokojenosti), životní úroveň a také vnímaná podpora sociálního okolí. Jednotlivé prvky, které zvyšují kvalitu života jsou individuální, protože i samotnou kvalitu života si může každý jedinec představovat odlišně. Ve stáří má nezanedbatelnou důležitost aktivní životní styl a plánované duševní a tělesné činnosti (Hartl & Hartlová, 2009; Baštecká & Goldmann, 2001). „*Zdraví, sociální prostředí, mezilidské vztahy, životní styl, hmotné zabezpečení, aktivita a také zdravotní péče a sociální služby patří k faktorům, které výrazně ovlivňují spokojenost seniorů a kvalitu jejich života*“ (Ondrušová, 2009, 37).

Koncept kvality života získává stále více větší význam a začíná být klíčový pro hodnocení jak individuálního, tak i kolektivního lidského života (Dvořáčková, 2012). Lze identifikovat dvě roviny kvality života: rovina subjektivní (souhrn indikátorů subjektivních, například osobní spokojenost) a rovina objektivní (soubor indikátorů objektivních, patří sem například životní podmínky). Neexistuje ucelená a jednotná definice kvality života. Lze však s jistotou říci, že tento pojem je interdisciplinární a multidimenzionální, ale také obtížně uchopitelný. Lze pod něj zahrnout koncept materiální (existenční), pojetí psychologické (pozitivní či negativní emoce, životní spokojenost a podobně), taktéž koncepci kulturně antropologickou (ve smyslu odlišného chápání kvality života v různých kulturních oblastech), pojetí morální (souvislost kvality života a morálních hodnot), nebo pojetí sociologické (odlišnosti v rozmanitých sociálních skupinách) a medicínské (oblast fyzického a duševního zdraví). V oblasti užívané terminologie se v některých případech zaměňuje termín kvalita života za podobné ekvivalentní pojmy, například za: well-being (pocit pohody), social well-being (sociální pohoda), social welfare

(sociální blahobyt), human development (lidský rozvoj), happiness (štěstí), satisfaction (spokojenost) a podobně (Ludíková et al., 2013; Heřmanová, 2012). V této práci se však budeme držet užívání tradičního pojmu kvalita života. Dvořáčková (2012) zastává postoj, že existuje skupina oblastí, které mají přímý nebo nepřímý vliv na vývoj lidstva i společnosti. Těmito oblastmi jsou: zdravotní, sociální a environmentální. Existují i specifické faktory, které ovlivňují kvalitu života (seniora): například věk, pohlaví, rodinná situace, ekonomická situace nebo hodnoty jedince.

### **3.1 Objektivní a subjektivní kvalita života**

Termínem objektivní kvalita života se míní ve většině případů měřitelné životní podmínky a dosažená životní úroveň jedince nebo určitého obyvatelstva. Faktory, které působí na objektivní kvalitu života, jsou rozmanité. Některé jsou snadno měřitelné a jiné jsou postižitelné obtížněji. Do kvantifikovatelných životních podmínek můžeme zařadit například dostupnost služeb, zdravotní péče a vzdělání, dosažitelnost uspokojivého bydlení, kvalita životního (přírodního) prostředí, dopravní dostupnost a tak dále. Životní úroveň se zkoumá jako měřítko materiálního bohatství nebo chudoby pomocí zavedených kvantitativních ukazatelů (například šetření příjmů) (Heřmanová, 2012).

Subjektivní kvalita života je ovlivňována různými okolnostmi. Lze hovořit o sociodemografických aspektech, jako je věková skupina a s ní spojené generační nároky, úroveň vzdělanosti a oblast profese. Mezi dalšími faktory můžeme jmenovat osobní zkušenosti, osobnostní nastavení, kulturní kontext, genderová specifika, religiozitu nebo sociální status. Z hlediska metodologie je oblast subjektivní kvality života složitá, neboť se jedná o citlivou záležitost a celkově se setkáváme s problematikou nedostatečné definice souvisejících pojmů. Respondenti mohou při zjišťování kvality života zažívat rozpačité pocity. Mohou nastat problémy ohledně ochoty sdílet s examínátorem osobní informace, případně sběr dat může komplikovat i nedostatečná schopnost sebereflexe na straně probanda (Heřmanová, 2012). Mareš (2014) tvrdí, že kvalita života musí být vnímána jako záležitost subjektivních údajů a ne objektivních dat. V tomto případě se jedná o svébytnost seniora, o jeho vnímání, prožívání a hodnocení určitých oblastí kvality života. V mezinárodním výzkumu zaměřeném na kvalitu života (Dragomirecká & Šelepová, 2004) byly použity řízené skupinové rozhovory s 28 staršími lidmi. Bylo zjištěno, že kvalitu života dle daných seniorů ovlivňuje: aktivita (například práce, zájmy, studium, společenský život a plány), svoboda ve výběru a rozhodování (cestování, volný čas, informace a zdravotní

péče), zájem a opora rodiny (ve smyslu těšit se na něco, mít z něčeho radost), míra zachovaných duševních schopností, soběstačnost (především vůle k životu a nevzdávání se v těžkých životních situacích).

### **3.2 Zdraví, nemocnost a kvalita života**

Zdravotní stav seniorů do jisté míry determinuje kvalitu života i životní styl (Sak & Kolesáková, 2012). Zdraví není jen absence nemoci, má rozměr ve smyslu funkčního prospívání (funkční zdraví) a jeho aspekty jsou biologické (i neurobiologické), psychické (například prožívání, osobnostní charakteristiky nebo motivace), sociální (samota, komunita) a spirituální (vůle ke smyslu). Dále můžeme k funkčnímu zdraví připočítat také faktory prostředí (Čevela et al., 2014).

Specializovanou zdravotní péčí o nemocné vyššího věku (přibližně osoby nad 65 let) zajišťuje lékařský obor geriatric. Geriatric si klade za cíl mimo jiné: zvýšit šance seniora na uchování si zdraví, včasné rozpoznání akutních nemocí a jejich léčbu, sledování a léčení chronických nemocí, primární a sekundární prevenci, udržení soběstačnosti, nezávislosti a fyzické zdatnosti seniora a také přispívání k udržení kvality života včetně kvality života v souvislosti se zdravotním stavem (health-related quality of life, HRQoL) (Topinková, 2010).

Značná nemocnost starších osob je primární příčinou vysoké spotřeby zdravotní péče. Skoro třetina všech ošetřených pacientů se pohybuje ve věku 65 let a více, náklady na zdravotní péči o starší osoby přesahují 35 procent z celkových nákladů na zdravotnictví. Ve věku 60 až 64 let užívá léky 83 procent lidí a ve věkové skupině 65 až 74 let se číslo zvyšuje k 89 procentům. Výsledky gerontologického průzkumu indikují, že včasné a náležité rozpoznání chorob včetně správně zvolené léčby zvyšují šanci nemocných ve vyšším věku na plné uzdravení a také snižují následnou invaliditu či nesoběstačnost, což přispívá k vyšší subjektivní kvalitě života. Ve stáří narůstá celková prevalence nemocnosti, dochází ke změně výskytu chorob (jedinci trpí více chronickými a degenerativními nemocemi, jsou častěji hospitalizováni), zvyšuje se riziko chronicity a invalidizujícího potenciálu a ovlivňuje se také sociální aspekt života člověka (Topinková, 2010).

Kromě obecného zdraví se hovoří také o zdraví sexuálním. Na sexuální zdraví je nahlíženo jako na míru uspokojení souboru tělesných, citových, rozumových a společenských potřeb jedince jako sexuální bytosti. Sexuální život má mnohem větší roli u starších lidí, než se v minulosti předpokládalo. Mezi jeho úlohy patří obohacení života,

pozitivní přispění ke vztahu s partnerem či partnerkou a tak dále. Sexualitou ve stáří se zabývá obor gerontosexuologie, pracuje se změnami involučními, chorobnými, psychickými, sociálními (například ovdovění) nebo se změnami ve vnímání a prožívání sexuality včetně sexuálních dysfunkcí (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012). *“Současné pojetí sexuality akceptuje všechny formy sexuálního života v partnerském životě seniorů za předpokladu souhlasu obou partnerů, vzájemného respektu a ochoty si vyhovět”* (Čevela et al., 2012, 35).

Zdraví se úzce váže s pojmy nezávislost a aktivita. Těmi se zabývala Bonková (2016) ve své studii zaměřené na vliv nezávislosti a aktivity na kvalitu života seniorů. Respondenti byli starší lidé s průměrným věkem 69,5 let v celkovém počtu 99. Data byla sesbírána pomocí dotazníků a dvou škál (na úspěšné stárnutí a spokojenost se životem). Výzkum poukázal na to, že nezávislost (ve smyslu fyzického i psychického fungování) má mnohem větší vliv na subjektivní kvalitu života než aktivita. Funkční nezávislost má pozitivní efekt na celkovou spokojenost se životem a také na její dílčí aspekty jako: spokojenost s finanční situací rodiny, zdraví, vyhlídky do budoucnosti a trávení volného času. Mezi závěry je zahrnuto doporučení, že v souvislosti se seniory je velmi dobré podporovat životní styl, který přispívá k udržení jejich nezávislosti co nejdéle.

### **3.3 Sociální aspekty kvality života**

Autoři Čevela et al. (2014) zdůrazňují, že mimo jiného se stárnutí a jeho prožívání odvíjí od funkční náročnosti okolí, od prostředí fyziologického a sociálního (může být vstřícné, limitující, přetěžující či dekompenzující). Je tedy žádoucí stárnout nejen zdravě a prospěšně, ale i ve vstřícném prostředí, které nepřidává překážky, ale má za svůj cíl kompenzovat.

Mezi sociální aspekty kvality života v této diplomové práci řadíme důležitá témata jako rodinu a partnerský život, samotu, odchod do starobního důchodu a sociální okolí.

Stáří se pojí se změnami v sociálním životě. Odchod do starobního důchodu seniora oddělí od jeho pracovních rolí, které byly často zdrojem subjektivně vnímané hodnoty a spolupodílely se na sociálním statusu. Život ve starobním důchodu může být vnímaný jako série ztrát: ztráta pravidelné aktivity, změna ve finančním příjmu, ztráta prestiže nebo sociální sítě. Další zátěží seniora může znamenat smrt životního partnera, která značí ztrátu intimity a do jisté míry sociální opory, společnosti či zdroje citové nebo sexuální potřeby. Avšak i jedinci, kteří již ukončili svou ekonomickou činnost, mohou úspěšně stárnout.

Mohou toho dosáhnout, když si zodpovědně vyberou svůj “druhý životní program” (například univerzitu třetího věku) a budou si takto udržovat praktickou soběstačnost (Jirák et al., 2013; Haškovcová, 2012).

Zdraví i nemocní senioři často pociťují smutek a samotu. Někteří starší lidé mohou zůstat sami, protože například ovdoví, postupně umřou jejich blízcí vrstevníci či vlastní děti se přestěhují daleko od jejich bydliště. Někdy mezi seniorem a jeho okolím vznikne bariéra, která je způsobena zdravotním stavem (ztráta či zhoršení sluchu, zraku, imobilita a podobně). U některých může vzniknout prohloubení jejich pasivity, vystupňuje se úzkost, reaktivně depresivní prožívání či tendence k somatizaci. Je smysluplné a zdraví prospěšné, aby starší lidé, pokud možno nezůstali osamoceni a měli možnost být součástí společenského života, alespoň do té míry, do které jim to jejich zdravotní či finanční možnosti dovolí. V současné době existují rozmanité nabídky pro seniory: volnočasové kluby, speciální programy akademií a univerzit třetího věku, různorodá i pravidelná setkávání a tak dále. V rezidenčních zařízeních jsou hojně organizovány pravidelné kulturní programy (Haškovcová, 2012; Ondrušová, 2009). Je třeba dodat, že samota neznamená osamělost. Značné množství lidí bez ohledu na věk se může cítit mezi lidmi osaměle. Přirozenou snahou člověka je potřeba sdílet společné zážitky. Je prospěšné, když má senior svůj životní program plánovaný: čas na děti, vnoučata, koníčky, aktivitu a tak dále (Tošnerová, 2009).

Smithová (2012) se zaměřila na osamělost seniorů. Ve své interpretační fenomenologické studii bádala s 12 staršími osobami ve věku 70 let a více o zdrojích osamělosti. Nejčastěji vyskytovaná témata, která se objevila jako zdroj prožívání osamělosti, byla: pokles úrovně zdravotního stavu, odchod do starobního důchodu, ztráta manžela nebo manželky a skončení s řízením auta. Je zřejmé, že udržení smysluplných vztahu s druhými může značně zlepšit kvalitu života a zamezit či snížit pocity osamělosti.

Sak a Kolesáková (2012) zaznamenali, kdo a v jaké frekvenci se vyskytuje v sociálním poli seniora. Autoři zjistili, že nejčastěji je senior ve společnosti zvířete (především psa a kočky; 51 procent uvedlo „nejčastěji“ a 37 procent jako „druhé nejčastější“). Lze spekulovat ohledně toho, zda zařadit zvíře pod termín sociální okolí. Je však nesporné, že (nejen) u starších lidí domácí mazlíček může plnit množství psychosociálních funkcí (například nahrazuje chybějící nebo nedostatečné sociální vztahy). Manžel či manželka je pro seniora (zpravidla) nejvýznamnější vztahová osoba. „Podle hodnocení seniorů nejživějšími prvky jejich sociálního pole ve smyslu frekvence kontaktu jsou vnoučata, děti, zdravotnický personál, manžel/ka, zvíře” (Sak & Kolesáková, 2012, 101).

### 3.4 Spiritualita, víra a náboženství

Kvalita života má úzkou souvislost se spiritualitou a vírou. Jedná-li se o kvalitu života starších lidí, kteří prožívají poslední část svého života, nelze tento spirituální aspekt opomenout (Dvořáčková, 2012). McNamara (2002) se domnívá, že náboženské praktiky souvisejí s vyšší úrovní mentálního zdraví, subjektivního well-being, s vysokou mírou empatie a morálního vhledu. V kontextu všedního života může religiozita či spiritualita pomoci v navýšení (minimálně subjektivní) kvality života do pomyslné základní úrovně vůči jiným starším lidem podobného věku, kteří ji takto sníženou nemají (Suchomelová, 2016). Senioři této doby jsou ve vyšší míře nábožensky orientovaní než mladší generace. Tato skutečnost je dána jejich životní fází (starší lidé se více věnují duchovním otázkám) a také fenoménem stále větší sekularizací českých lidí (Sak & Kolesáková, 2012).

Lewinson, Hurt a Hughes (2015) se zabývali spiritualitou a vírou jakožto strategiemi zvládnání stresu. Provedli kvalitativní studii s 16 seniory, kteří se potýkali s problémy s bydlením (pobyt v hotelech s prodlouženým pobytem) a zdravotními problémy. Jedinci popisovali, že víra jim pomáhala se vypořádat s úzkostnými pocity. Starší participant si pomocí modliteb ulevovali od pocitů zahlcení a stresu. Některým pomohla emocionální a sociální podpora (v některých případech i materiální) od náboženských organizací. Senioři vypověděli, že jim Bůh poskytl úlevu a zdroje pomoci skrze lidi nebo organizace. Tato pomoc jim vytvořila zdroj, aby zvládli situaci, na kterou již sami neměli sílu.

Agli, Bailly a Ferrand (2014) zkoumali spiritualitu a víru u starších osob s demencí. Realizovali analýzu 51 článků, ze kterých jich vybrali 11 na podrobný rozbor. Výsledky indikují pozitivní dopad víry a spirituality na zdravotní stav. Tři články popisují, že u seniorů, kteří aktivně praktikují svou víru a udržují tak i sociální vztahy, dochází u kognitivních poruch ke snížení rychlosti progresu stavu, případně dokonce i ke stabilizaci stavu. V osmi člancích je zmíněno, že u lidí, kteří se pravidelně věnují aktivitám spojeným s náboženstvím, došlo k vytvoření a následnému užívání určitých strategií zvládnání stresu. Tyto copingové strategie napomáhaly seniorům přijmout svou chorobu, také pozitivně ovlivnily udržování vztahů s druhými lidmi, udržovaly naději a pomáhaly nacházet životní smysl, tím vším zlepšovaly kvalitu jejich života. Za zajímavé považujeme, že provádění modlitebních ztišení často signifikantně koreluje s lepším duševním zdravím, protože duchovní cvičení posiluje frontální-subkortikální systémy, trénuje epizodickou paměť a zlepšuje introspekci a pozornost.

V českém prostředí realizovaly výzkum zaměřený na religiozitu a kvalitu života v seniorské populaci Vidovičová a Suchomelová (2013). Respondenti starší 60 let byli vybráni z dat Evropského výzkumu hodnot pro Českou republiku. Celkový počet seniorů byl 560. Kvalita života byla zjištěna pomocí subjektivního hodnocení zdraví, štěstí a spokojenosti se životem. Religiozita byla zkoumána z pohledu individuální (privátní) religiozity a institucionální religiozity. Výsledky výzkumu byly velmi překvapivé. Předpokládaný pozitivní vztah mezi religiozitou a kvalitou života se nepotvrdil. Bylo zjištěno, že lidé s vyšší mírou religiozity vykazují nižší skóre ve vybraných indikátorech kvality života. Senioři se subjektivně negativněji vnímaným zdravím jsou více religiózní. Dalším zjištěním je významná souvislost mezi ranou religiózní socializací a současnou mírou religiozity u lidí v České republice ve věku nad 60 let.

### **3.5 Ekonomická situace a kvalita života**

Senioři považují “ekonomické bezpečí” za velmi důležitý aspekt svého života. Mají potřebu mít finanční autonomii, na kterou nahlíží jako na symbol, jak se o sebe materiálně postarat a zajistit si tak určitou míru nezávislosti. Je pro ně důležité vědět, že mají dostatek financí na udržení svého živobytí. Když je tato potřeba nenaplněná, mohou pociťovat úzkost či strach z toho, co je čeká. Někteří senioři si finanční nezávislost udrží jen v případě, že žijí skromně a hlídají si své finanční výdaje. Starší lidé považují svou ekonomickou situaci za citlivé téma, především v případě, když se jim mnoho financí nedostává (Příbyl, 2015). Starší lidé dávají větší důraz na prospěšnost druhým, schopnost potlačit svá určitá přání, dále pak vyzdvihují slušnost, střídmost a udržování řádu (Payne et al., 2005).

V rámci longitudinálního výzkumu EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) realizovaného v letech 2010-2013 byl zkoumán vliv odchodu do starobního důchodu na subjektivní ekonomický well-being. Data byla sbírána v 29 evropských zemích, například v České republice, Polsku, Bulharsku, Dánsku či na Slovensku. Výsledky ukazují, že odchod do starobního důchodu obecně negativně souvisí se subjektivním ekonomickým well-being. Takto se v podstatě potvrzuje názor, že odchod do starobního důchodu je vnímán jako zdroj snížení finanční spokojenosti. Podrobnější analýza poukazuje na to, že odchod do starobního důchodu má jasné nepříznivé důsledky pro lidi, kteří odcházejí z pracovního poměru. Naopak subjektivní ekonomický well-being se zvýší u osob, které odcházejí z nezaměstnanosti (Palomäki, 2018).



Vztah mezi ekonomickým well-being a zdravotním postižením ve starším věku zkoumali Ozawa a Hong (2003). Autoři výzkumu porovnávali dvě skupiny stejné věkové kohorty: seniory se zdravotním postižením (typ postižení nebyl blíže specifikován) a seniory bez zdravotního postižení. Celkový počet respondentů byl 2535. Výsledky přinesly zjištění, že postižení nemá přímý vliv na finanční příjem starších lidí ve starobním důchodu. Na základě této studie lze však říci, že zdravotní postižení nepřímo ovlivnilo finanční příjem po odchodu do starobního důchodu skrze tyto proměnné: rasa, rodinný stav, vzdělání, zaměstnání, ve kterém vydrželi nejdéle, a počet odpracovaných měsíců měřeno na čtvrtletí. Je třeba sdělit, že někteří jedinci se zdravotním postižením neměli stejné příležitosti se vdát či oženit, z různých důvodů nemohli dosáhnout stejné úrovně vzdělání a nemohli mít stejně placenou práci jako lidé bez postižení. Na druhou stranu lidé ve starobním důchodu se zdravotním postižením vykazali více odpracovaného času (měřeno na kvartály) v porovnání s penzisty bez zdravotních omezení.

### **3.6 Měření kvality života**

Nejvíce je kvalita života zjišťována za užití dotazníků a strukturovaných rozhovorů (Ondrušová, 2009). Pro posouzení kvality života určitého seniora je potřeba vědět jeho hodnotový systém i očekávání. To je nutné dát do souvislosti, zda jsou jeho očekávání shodná se subjektivně vnímanou životní realitou (tedy jakým způsobem jeho život probíhá) (Slezáčková, 2012).

Křivohlavý (2002) rozděluje metody měření kvality života na tři skupiny: 1. metody, kde hodnotí kvalitu života druhá osoba, 2. metody, u kterých hodnotí kvalitu života osoba samotná a 3. metody smíšené (spojení první a druhé metody). Jako příklad metody, kde hodnotí druhá osoba, uvedeme Symbolické vyjádření kvality života. V této metodě osoba hodnotí stav pacienta pomocí jednoho až čtyř křížků. S vyšším počtem křížků je hodnocení kvality života pacienta více negativní. Mezi kritéria hodnocení patří soběstačnost, kontakt s druhými nebo psychický stav pacienta. Tento druh metody má nevýhodu v tom, že se dané hodnocení druhé osoby (posuzovatele) nemusí shodovat se sebehodnocením daného pacienta (posuzovaného). Systém individuálního hodnocení kvality života (SEIQoL) je příklad metody, u které je hodnotitelem samotný senior. Metoda počítá s tím, že kvalita života je individuální a souvisí s osobním systémem hodnot. Smíšené metody kombinují subjektivní a objektivní pohled na kvalitu života a patří tam například Škála životního uspokojení (LSS).

Jiný přístup zvolil Mareš (2014). Ten rozlišuje tři přístupy ke zjišťování kvality života na: kvalitativní, kvantitativní a smíšené. Kvalitativní přístupy nejsou příliš běžné v porovnání s kvantitativními. V kvalitativním přístupu se používají ke získání informací rozhovory (mohou být strukturované, polostrukturované i nestrukturované), další možností je předložit otevřené otázky a nechat seniory na ně písemně odpovědět. Kvantitativní přístup nabízí možnost použití obecných, generických dotazníků (jsou použitelné bez ohledu na věk jedince, jeho pohlaví či onemocnění). Obecné dotazníky jsou vytvořeny pro určitou věkovou skupinu (v našem případě takové inventáře, které berou v úvahu aspekty kvality života seniorů). Existují též specifické dotazníky určené pro konkrétní věkovou skupinu (například je středem jejich zájmu kvalita života seniora, který trpí konkrétní chorobou). Lze dodat, že existuje ještě čtvrtý typ kvantitativního přístupu, který je výsledkem kombinace obecného generického dotazníku a specifického dotazníku určeného pro jeden typ nemoci.

### **3.7 Vybrané metody na měření kvality života**

Jako první metodu na měření kvality života uvedeme World Health Organization Quality of Life – Older Adults Module (WHOQOL-OLD). Tato verze dotazníkové metody je určená pro starší populaci. Českou verzi validizovaly v roce 2009 Dragomirecká a Prajsová. Inventář je zaměřen na 6 proměnných souvisejících s kvalitou života: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, blízké vztahy a postoje ke smrti. Postoje ke smrti zde měří spíše strach ze smrti či z umírání, ostatní typy postojů ke smrti tedy tato metoda není schopna zjistit. WHOQOL-OLD je tvořen 24 položkami, které jsou navrženy jako pětistupňová Likertova škála. (Vachková, Čermáková, Mareš, & Gígalová, 2015; Peel, Bartlett, & Marshall, 2007). Dotazníková metoda je určena jako přídatný modul k metodám na měření kvality života WHOQOL-100 (pro obecnou populaci) a WHOQOL-BREF (zkrácená verze). WHOQOL-OLD umožňuje posouzení dopadu služeb a různých struktur zdravotních a sociálních na kvalitu života (Power, Quinn, & Schmidt, 2005).

Mezi další metody patří Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-35). Dotazník má 35 položek a zjišťuje 8 domén kvality života. Na české variantě pracovali Vachková, Mareš a Cígler. Na rozdíl od originální anglické verze má český překlad upravenou pětistupňovou Likertovu škálu (čeští senioři preferovali „otočené“ hodnocení jako známkování ve škole, konkrétně jedna značí nejlepší známku a pět nejhorší). Dalším rozdílem je skutečnost, že v české verzi je pouze 7 domén kvality života. Těmito doménami jsou: 1. role víry, náboženství a kultury, 2. zdraví, nezávislost a aktivní životní styl,

3. finanční situace, 4. rodina a bezpečné prostředí, 5. osamělost, 6. spokojenost se životem a 7. pozitivní přístup k životu. Vachková a Mareš se domnívají, že je tento dotazník pro většinu seniorů relativně dlouhý (Mareš, Cígler, & Vachková, 2016a).

Zanedlouho po vytvoření české verze dotazníku OPQOL-35 začali poslední jmenovaní autoři pracovat na zkrácené verzi dotazníku. Vznikla tedy novější metoda s názvem Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-20). Pomocí faktorové analýzy zkrátily původní dotazník na 20 položek. Faktorů zůstal stejný počet: 1. spokojenost se životem, 2. úloha víry a náboženství, 3. finanční situace, 4. osamění, 5. pozitivní přístup, 6. rodina a bezpečné zázemí, 7. zdraví, samostatnost, činnost. Touto metodou se budeme blíže zabývat v kapitole číslo tři (Metodologický rámec) v empirické části práce.

Existuje značné množství metod na měření kvality života. Mezi další, které jsme ještě nezmiňovali, můžeme uvést například: The Assessment of Quality of Life (AQoL, domény: nemoc, samostatný a nezávislý život, sociální vztahy, smyslové vnímání, psychologický well-being), jeho zkrácená verze Short Assessment of Quality of Life-8 Instrument (AQoL-8) a Quality of Life at The End of Life (QUAL-E, s doménami: vyrovnanost s koncem života, dopad zdravotních obtíží, vztah s poskytovatelem zdravotní péče a připravenost na konec života) (Hawthorne, Richardson, & Day, 2001; Hawthorne, 2009; Steinhauser et al., 2004). Také uvedeme metodu CASP-19 - Control, Autonomy, Self-realisation, Pleasure (faktory jsou: kontrola, autonomie, seberealizace a radost ze života) a Elderly Quality of Life Index (EqoLI s proměnnými: dimenze fyzického zdraví, dimenze funkční kapacity či autonomie, psychologická dimenze, sociální či rodinná dimenze, ekonomická dimenze, dimenze zvyků a životního stylu, dimenze spirituality /transcendence/ a dimenze prostředí) (Howel, 2012; Paschoal, Filho, & Litvoc, 2008).

Nyní uvedeme několik specifických metod na měření kvality života (například takové, které berou v úvahu přítomnost určité nemoci či handicapu). Existují: Osteoporosis-Targeted Quality of Life Questionnaire (OPTQoL, jehož doménami jsou: fyzické obtíže, adaptace a obavy), Stroke-Specific Quality of Life Scale (SS-QOL, proměnnými jsou: funkce horních končetin, míra sebeděče, práce či produktivita, energie, role rodiny, kvalita řeči, mobilita, nálada, osobnost, sociální role, myšlení a zrak) nebo Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID, proměnné obsahují pozorovatelné chování indikující kvalitu života: úsměvy, projevy smutku, pláč, výrazy diskomfortu, výrazy emocionálního klidu a pohodlí, podrážděnost nebo agresivita) (Chandler et al., 1998; Lin et al., 2010; Resnick et al., 2018).

## **4 Vybrané výzkumy postojů ke smrti a kvality života**

V poslední kapitole teoretické části se budeme zabývat vybranými výzkumy a studii zaměřenými na postoje ke smrti, kvalitu života i na další relevantní témata u seniorů. Dále zmíníme některé tuzemské diplomové či rigorózní práce, které jsou věnovány výše uvedeným tématům.

### **4.1 Vybrané výzkumy a studie zaměřené na postoje ke smrti**

Rurup et al. (2011) realizovali kvalitativní studii, která se soustředila na porozumění tomu, proč si starší lidé začnou přát umřít. V této studii byly realizovány hloubkové rozhovory s 31 staršími lidmi, u kterých se objevilo přání zemřít. Průměrný věk respondentů byl 74 let. Výsledky studie přinesly zjištění, že někteří jedinci mají už toto přání od dětství a u jiných se objevilo relativně nedávno. Přání umřít u respondentů vzniklo buď náhle po nějaké tragické životní události, nebo se postupně rozvíjelo po životě plném nepřízně. Dále se u některých lidí objevilo jako důsledek stárnutí, nízké kvality života, nemoci nebo po opakované depresivní fázi. Lze říci, že respondenti se cítili být v nepříjemné situaci, kterou nedokázali změnit ani kontrolovat, proto se "vzdali" svých pokusů. Témata, která se v rozhovorech objevila jako stěžejní, byla: odovnění, pocit osamělosti, pocit stávání se obětí, závislost na druhých a nemožnost být užitečný. Rozvíjení myšlenek o smrti ve smyslu uvolnění mysli z problémů respondentům připadalo jako způsob, jak získat zpět kontrolu.

Fortner a Neimeyer (1999) zkoumali 49 publikovaných i nepublikovaných výzkumných studií zaměřených na vztah mezi strachem ze smrti, věkem, integritou ega, pohlavím, institucionalizací (zda senior bydlí nebo nebydlí v domově s pečovatelskou službou), somatickými a psychickými problémy a religiozitou u starších lidí. Za cíl si položili vyhodnotit a shrnout podskupinu literatury, která má speciální význam pro starší lidi. Autoři se domnívají, že studium strachu ze smrti u seniorů může vést k vytvoření více efektivních strategií zaměřených na zlepšení kvality života této značně rostoucí skupiny. Bylo zjištěno, že nižší míra ego integrity, přítomnost somatických i psychických problémů a institucionalizovanost byly spolehlivými prediktory vyšší míry strachu ze smrti. Naproti tomu věk, pohlaví a religiozita nevykazovaly silný vztah ke strachu ze smrti u starších lidí.

Moreno, De La Fuente Solana, Rico a Fernández (2008) ve svém výzkumu s probandy staršími 65 let sice také nenašli signifikantní vztah mezi pohlavím a strachem ze smrti, ukázalo se však, že v jejich výzkumném souboru existuje statisticky významný vztah mezi věkem a postoji ke smrti. Konkrétně, že probandi jejich výzkumného souboru

jsou častěji přesvědčeni, že smrt je vysvobození z utrpení. Se zjištěními Fortnera a Neimeyera (1999) jsou také v rozporu výsledky výzkumu Azaiza, Rona, Shohama a Giginiho (2010). Ti zkoumali strach ze smrti a umírání u 145 lidí ve věku 60 let a více a zjistili signifikantní vztah mezi strachem ze smrti a umírání a ženským pohlavím. Cicirelli (2001) ve svém výzkumu zaměřeném na osobní význam smrti a strachu ze smrti u starších a mladších dospělých také odhalil existenci rozdílu strachu ze smrti u mužů a žen. Ženy vykazovaly vyšší míru strachu z umírání a strachu o blízké osoby, kdežto muži skórovali výše ve strachu z neznámého. Byla také zjištěna pozitivní korelace mezi věkem a strachem ze smrti. Naopak negativní vztah mezi věkem a strachem z předčasné smrti byl objeven u souboru 197 amerických seniorů ve výzkumu Depaoli, Griffinové, Youngové a Neimeyera (2003). Výsledky též přinesly zjištění, že starší ženy výše skórují v dimenzi strach ze smrti.

## **4.2 Vybrané výzkumy a studie zaměřené na kvalitu života u seniorů**

Butlerová a Ciarrochi (2007) zkoumali psychologické přijetí (ve smyslu ochoty zažívat psychologické obsahy nebo myšlenky, pocity či vzpomínky, nevyhýbat se jim nebo se jimi nenechat nadměrně ovlivňovat) a kvalitu života u 187 osob ve věku 65 až 96 let. Respondenti byli rozděleni do tří skupin: skupina lidí žijících ve vlastní domácnosti, kteří využívají pečovatelskou službu, osoby žijící v instituci pro lidi ve starobním důchodu a skupina žijící ve vlastní domácnosti bez podpory externí podpůrné služby. Data byla sesbírána pomocí Dotazníku přijetí a akce (AAQ) a Komplexní škály kvality života (COMQoL). Výsledky ukazují následující zjištění. Jedinci, kteří skórovali vysoko v psychologickém přijetí, dosahovali vyšší kvalitu života v dimenzích: zdraví, pocit bezpečí, účast v komunitě a emoční well-being. Osoby s vyšší mírou psychologického přijetí měli v menší míře negativní psychické reakce na snižující se produktivitu. Bylo zjištěno, že objektivní kvalita života se snižovala, jak se zvyšoval věk a míra využívání podpůrných služeb. S přibývajícím věkem participanti vykazovali snížení stupně produktivity, nedošlo, avšak ke snížení jejich spokojenosti s vlastní produktivitou. Autoři se domnívají, že intervence či programy, které cílí na zvýšení psychologického přijetí, mohou vést ke zvýšení subjektivní kvality života a resilience u starších osob.

Zaninottová, Falaschettová a Sackerová (2009) se podíleli na longitudinálním výzkumu realizovaném v Anglii, který byl soustředěn na věkové trajektorie kvality života u starších dospělých. Data byla sesbírána pomocí rozhovorů a metody CASP-19 (zkratka je vytvořena z anglických pojmů: control, autonomy, self-realisation, pleasure) ve dvou

vlnách: v letech 2002 až 2003 a v období 2006 až 2007 u 11 392 probandů ve věku 50 let a výše. Bylo zjištěno, že kvalita života u starších seniorů dosahuje nižší úrovně než u mladších, tyto rozdíly se s věkem zvyšují. Na kvalitu života měly také negativní vliv: pohlaví, dosažené vzdělání, přítomnost depresivních symptomů, omezení způsobené dlouhodobými onemocněními, potíže s aktivitami denního života (oblékání, mobilita, koupání a podobně), nedostatek finančních prostředků, nízký počet přátel a nízká míra pozitivní podpory od okolí (od rodiny, dětí či přátel). Muži vykazovali statisticky významně nižší celkovou kvalitu života než ženy. Podrobnější analýza přinesla zjištění, že muži dosahovali vyšší kvality života, když sdíleli domácnost s partnerkou.

### **4.3 Vybrané výzkumy a studie zaměřené na postoje ke smrti a kvalitu života**

V českém prostředí byl realizován výzkum vybraných aspektů kvality života (smrt, umírání a blízké vztahy) seniorů, ke sběru dat byla použita metoda z dotazníku WHOQOL-OLD. Probandi byli ve věku nad 60 let a byli rozděleni do dvou skupin: skupina seniorů z domovů pro seniory v Jihočeském kraji (celkem 156 probandů) a kontrolní skupina absolventů univerzity třetího věku žijících ve vlastní domácnosti (v počtu 74 jedinců). Cílem realizovaného výzkumu bylo prozkoumat, jak kvalitu života seniorů ovlivňuje vnímání smrti i umírání a jaký vliv mají blízké vztahy u seniorů žijících v domovech pro seniory. Výsledky poskytly následující zjištění. Posuzováno dimenzí Smrt a umírání prostřednictvím metody WHOQOL-OLD je kvalita života mužů – absolventů univerzity třetího věku vyšší než u mužů z domovů pro seniory. Ženy v této dimenzi hodnotí subjektivní kvalitu života výše než muži. Seniori bez potomků v dimenzi Blízké vztahy vnímají svou kvalitu života jako nižší v porovnání se seniory, kteří mají vlastní děti. Vyšší subjektivní kvalitu života vykázali respondenti, kteří jsou v partnerském vztahu než ti bez něj. Autorky výzkumu zmiňují, že otázky zaměřené na smrt a umírání seniory velmi zajímaly a měli potřebu se k nim podrobněji vyjadřovat (nad rámec dotazníkové metody) (Dvořáčková & Kajanová, 2012).

Neimeyer, Currier, Coleman, Tomer a Samuel (2011) provedli studii, která byla zaměřená na prozkoumání souvislostí mezi demografickými charakteristikami, religiozitou, psychosociálními faktory, životní lítostí a postoji ke smrti včetně psychologického well-being. Data byla sbírána pomocí rozhovorů, Revidovaného profilu postoje ke smrti, dotazník kvality života WHOQOL a také pomocí několika škál zaměřených na strach ze smrti, životní cíle, lítost či na sebevědomí. Probandů bylo 153 ve věku 39 až 99 let, kteří

využívají služby hospiců ve vlastním bydlení a zbývá jim několik týdnů nebo měsíců života. Výsledky indikují, že jedinci s intrinsickým typem religiozity vykazovali méně emočního utrpení a větší přijetí smrti. Kvalita sociálních vztahů se ukázala být významnou proměnnou ve vztahu k emočnímu zdraví probandů. Přítomnost životních zklamání souvisela s vyšší mírou emočního utrpení a větším strachem ze smrti. Bylo dále zjištěno, že existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi kvalitou života a strachem ze smrti a statisticky významná pozitivní korelace mezi vstřícným přijetím smrti a kvalitou života. U některých účastníků výzkumu byly přítomny pocity lítosti, strach ze smrti a snížená kvalita života navzdory tomu, že usilovali o větší míru sebezpřijetí. Autoři vyjádřili překvapení nad zjištěním, že v tomto výzkumném souboru muži dosahovali vyšší míry strachu ze smrti než ženy.

#### **4.4 Tuzemské kvalifikační práce zaměřené na postoje ke smrti a kvalitu života**

Ve svých diplomových pracích se tématu postoje ke smrti věnovalo značné množství jedinců. Například se jím zabývala Chalupová (2017) v práci *“Postoje dospělých osob ke smrti a umírání”*, Ševčíková (2015) v práci *“Narativní analýza postojů ke smrti pracovníků v pomáhajících profesích”*. Zapletalová (2016) se zaměřila na postoje seniorů ke smrti, umírání a paliativní péči, u vybrané klinické populace se postoji ke smrti zabýval Kovář (2017).

Kvalita života byla předmětem výzkumného zájmu například: Kalousové (2014), která se věnovala tématu kvalita života pracujících seniorů; Melkusové (2018) v diplomové práci *“Kvalita života seniorek vdov v mezigeneračním soužití na venkově”*; Drábkové (2014), která zacílila svou pozornost na kvalitou života seniorů s močovou inkontinencí. Jakubec (2014) se v rigorózní práci věnoval vlivu preventivního programu SENIOR AKADEMIE na kvalitu života seniorů.

Souvislostí kvality života a postojů ke smrti se v rámci kvalifikačních vysokoškolských prací dosud zabývalo velmi málo diplomantů. Jako příklad můžeme zmínit práci Hrabalové (2014), která zkoumala blízké vztahy a postoj ke smrti v kontextu kvality života seniorů v domácí péči.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST



## **1 Výzkumný problém a cíle výzkumu**

Období stáří s sebou přináší nevyhnutelné vývojové změny, specifické úkoly i otázky, které mohou nezdědka vést jedince k promýšlení toho, co přinese závěr života, jak se staví ke smrti a co po ní může následovat. Značné množství studií i výzkumů zdůrazňuje navíc zjištění, že starší lidé často cítí potřebu myšlenky týkající se smrti sdílet s druhými. Faktorem, který má alespoň do jisté míry potenciál postoj ke smrti u seniora ovlivnit, je i subjektivní kvalita života. V této diplomové práci se zaměříme na vztahy mezi postoji ke smrti a kvalitou života u seniorů. Naší snahou je těmto vztahům blíže porozumět a prozkoumat, jakým způsobem jsou specifické ve vývojovém stádiu raného stáří.

Cílem této diplomové práce je explorovat souvislosti postojů ke smrti a kvality života společně s vybranými sociodemografickými proměnnými u probandů ve věku 60 až 75 let včetně. Chceme prozkoumat souvislost postojů ke smrti (pět možných typů dle multidimenzionální metody Revidovaný profil postoje ke smrti DAP-R) a kvality života (celkovou i její jednotlivé faktory dle metody OPQOL-CZ-20) včetně dalších vybraných sociodemografických proměnných (například věk, pohlaví, účast v programu tak zvané univerzity třetího věku).

Výsledky našeho výzkumu mohou svým dílem dosáhnout podrobnějšího prozkoumání dané problematiky, mohou inspirovat další výzkumníky ke zvolení námi užitých metod pro sběr dat. Doufáme, že naše práce by mohla mít podíl na snížení tabuizace tématu smrti nejen v seniorské populaci.

## 2 Hypotézy

V souvislosti s cílem naší diplomové práce na základě rešerše výzkumných studií i související literatury formulujeme těchto následujících 8 hypotéz. Pro přehlednost a nezpochybnitelnost interpretací hypotéz číslo 6 a 7 zde úvodem ještě dodáváme, že proměnná *pohlaví* byla kódována následujícím způsobem: muži jako 0 a ženy jako 1.

**H1:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Únikové přijetí smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

**H2:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

**H3:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Vstřícné přijetí smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

**H4:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *dimenzí F1 Spokojenost se životem metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

**H5:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *věkem* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

**H6:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *pohlavím* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

**H7:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *pohlavím* a *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* v rámci našeho výzkumného souboru.

**H8:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *navštěvováním programu univerzity třetího věku* v rámci našeho výzkumného souboru.

### **3 Metodologický rámec**

V této kapitole empirické části se zaměříme na popis použité výzkumné metodiky a aplikované výzkumné baterie. Dále uvedeme, jakým způsobem jsme získaná data zpracovávali a analyzovali. V následném textu této kapitoly také neopomeneme popsat etické aspekty výzkumu a vysvětlíme zkratky, se kterými budeme pracovat.

Sběr dat byl realizován kvantitativním přístupem jako dotazníkové šetření, výhradně formou online formuláře. Ke sběru dat byly využity tři dotazníkové metody (jeden námi zkonstruovaný strukturovaný dotazník zaměřený na sociodemografické proměnné a dva inventáře).

#### **3.1 Metoda získávání dat**

V námi realizovaném výzkumu jsme použili výše zmíněný nestandardizovaný strukturovaný dotazník, který obsahoval sedm otázek na vybrané proměnné (pohlaví, zdravotní stav nebo zda proband navštěvuje univerzitu třetího věku). Naši výzkumnou baterii dále tvořil dotazník na kvalitu života OPQOL-CZ-20 (jedná se o českou zkrácenou verzi metody OPQOL-35) a inventář Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R). Na konci výzkumné baterie byl prostor pro to, aby proband mohl zanechat svůj vzkaz či komentář.

##### **3.1.1 Nestandardizovaný strukturovaný dotazník**

Nestandardizovaný strukturovaný dotazník byl tvořen sedmi otázkami a sloužil ke zjištění bližších informací o probandech. Otázky zjišťovaly následné proměnné: pohlaví, věk, rodinný stav, aktuální bydlení a nejvyšší dosažené vzdělání účastníka výzkumu. Také se dotazoval, zda proband navštěvuje univerzitu třetího věku a jaký je jeho aktuální zdravotní stav.

##### **3.1.2 Inventář kvality života OPQOL-CZ-20**

Český inventář kvality života OPQOL-CZ-20 (Older People's Quality of Life Questionnaire) vznikl jako zkrácená varianta z české verze dotazníku OPQOL-35. Původní dotazník OPQOL-35 obsahuje 35 položek, na které lze odpovídat pomocí Likertovy škály. Autorkou je britská socioložka Anna Bowlingová. Metoda celkově obsahuje 8 domén kvality života: 1. celkové hodnocení života, 2. zdravotní stav, 3. sociální vztahy, 4. nezávislost, 5. svobodné rozhodování a kontrola nad vlastním životem, 6. domov a sousedé, 7. psychologická a emoční pohoda, 8. finanční situace a náboženství (kulturní

původ) (Vachková et al., 2015). Českou verzi OPQOL-35 se souhlasem Bowlingové přeložila Vachková a Mareš. Obě varianty metody vnímají kvalitu života jako multidimenzionální koncept. Česká varianta však obsahuje pouze 7 domén kvality života, kterými jsou: 1. role víry, náboženství a kultury, 2. zdraví, nezávislost a aktivní životní styl, 3. finanční situace, 4. rodina a bezpečné prostředí, 5. osamělost, 6. spokojenost se životem a 7. pozitivní přístup k životu. Další odlišností od původní verze je způsob hodnocení. Autoři na základě výsledků pilotní studie se seniory otočili Likertovu škálu, takže klasifikace v tomto případě odpovídá “známkování ve škole” (1 znamená “nejlepší”, tedy silně souhlasím, a 5 “nejhorší”, tedy silně nesouhlasím) (Mareš et al., 2016a).

Na české zkrácené verzi následně pracovali Mareš, Cígler a Vachková (2016b). Na základě faktorové struktury (faktorových nábojů jednotlivých položek), interkorelací jednotlivých faktorů a škál i reliability originální metody se čeští autoři rozhodli ke snížení nejen položek, ale i faktorů. Začátek dotazníkového formuláře obsahuje otázky na: pohlaví, věk, rodinný stav, bydlení a aktuální zdravotní stav. Tyto otázky jsme do testové baterie nezahrnuli, protože jsme se na tyto položky tázali už v námi vytvořeném strukturovaném dotazníku na sociodemografické proměnné. Zkrácená česká varianta (OPQOL-CZ-20) obsahuje 20 položek, na které se odpovídá pomocí pětistupňové Likertovy škály. První položka, která není součástí samotné metody, se táže, jak proband hodnotí svou celkovou kvalitu života, a vybírá se z možností “velmi dobrou” až “velmi špatnou”. Následujících 20 tvrzení je zaměřených na jednotlivé dimenze kvality života a probandi volí z odpovědí “souhlasím” až “nesouhlasím”. OPQOL-CZ-20 tvoří sedm faktorů: 1. spokojenost se životem, 2. úloha víry a náboženství, 3. finanční situace, 4. osamění, 5. pozitivní přístup, 6. rodina a bezpečné zázemí a 7. zdraví, samostatnost, činnost (Mareš et al., 2016b; Jiří Mareš, osobní sdělení 2. prosince 2016).

### **3.1.3 Revidovaný profil postoje ke smrti DAP-R**

Revidovaný profil postoje ke smrti (Death attitude profile-revised) byl vytvořen Wongem, Rekerem a Gesserem a vychází z metody Profil postoje ke smrti (DAP, tato metoda obsahovala pouze čtyři subškály). Je to multidimenzionální metoda, která je schopna měřit široké spektrum postojů ke smrti. DAP-R obsahuje celkem 32 položek (například: “Fakt, že smrt bude znamenat konec všeho tak, jak to znám, mě děsí”). Na položky se odpovídá pomocí sedmistupňové Likertovy škály z variant “zcela souhlasím” až po “zcela

*nesouhlasím*”. Inventář obsahuje pět následujících subškál: 1. strach ze smrti, 2. vyhýbavý postoj ke smrti, 3. neutrální přijetí smrti, 4. vstřícné přijetí smrti a 5. únikové přijetí smrti. Lze říci, že jednotlivé subškály jsou mezi sebou poměrně nezávislé. Tato metoda je schopna zachytit negativní postoj ke smrti (pomocí subškál Strach ze smrti a Vyhýbání se smrti), pozitivní postoj (Vstřícné přijetí smrti a Únikové přijetí smrti) i neutrální postoj (Neutrální přijetí smrti) (Neimeyer, 1994).

Subškála Strach ze smrti obsahuje 7 položek. Jedinec se strachem ze smrti pociťuje obavy ze smrti a umírání, ale nevyhýbá se těmto pocitům. Vyhýbavý postoj ke smrti má 5 položek. Osoba s vyhýbavým postojem ke smrti se vyhýbá přemýšlení a mluvení stran smrti za účelem snížení úzkosti. Neutrální přijetí smrti je tvořeno 5 položkami. Člověk s neutrálním přijetím smrti nahlíží na smrt jako na běžnou součást života (nebojí se jí, ale ani ji nevíta). Subškála Vstřícné přijetí smrti obsahuje 10 položek. Jedinec se vstřícným přijetím smrti vnímá smrt jako prostředek k dosažení šťastného posmrtného života. Poslední subškála Únikové přijetí smrti čítá 5 položek. Osoba s postojem únikového přijetí smrti považuje smrt za únikovou cestu ze své bolestivé existence (Neimeyer, 1994). Na české verzi Revidovaného profilu postoje ke smrti pracovala Machů (2012).

### **3.2 Metoda analýzy a zpracování dat**

Ke sběru dat jsme zvolili kvantitativní přístup, z tohoto důvodu následné zpracování dat a výsledků výzkumu bude vycházet z kvantitativního metodologického přístupu s jednou výjimkou – kvalitativním způsobem jsme vyhodnocovali zanechané komentáře a vzkazy z konce výzkumné baterie, které nám někteří probandi napsali.

Sběr dat byl realizován formou online dotazníkového formuláře, použili jsme dotazníkové metody OPQOL-CZ-20, DAP-R a nestandardizovaný strukturovaný dotazník. Všechny položky dotazníkové baterie jsme nastavili jako povinné. V případě, že by nějakou položku účastník výzkumu zapomněl vyplnit a chtěl by formulář odeslat, ukázalo by se mu oznámení, kterou položku či položky vynechal. I navzdory takovému opatření se z technických důvodů stalo, že odpovědi na položku číslo 13. metody OPQOL-CZ-20 nebylo možno od provozovatele online platformy, prostřednictvím které byla naše data sbírána, získat. Z tohoto důvodu jsme přikročili k imputaci dat, neboť nechybělo nadlimitní množství položek v daném inventáři a nebylo tak nutné celý dotazníkový arch vyřadit. Protože tedy chyběla vždy pouze jedna položka z 20 položek metody OPQOL-CZ-20, imputaci dat jsme realizovali pomocí řádkového průměru (hodnoty odpovědí na 19 zbývajících položek jsme

sečetli a vydělili jejich počtem). Nicméně z analýzy dat jsme byli nuceni vyřadit faktor číslo 5 *Pozitivní přístup* metody OPQOL-CZ-20. Tento faktor je tvořen pouze položkami 13 a 14 a při absenci 50 procent položek tohoto faktoru přirozeně není již možné s ním dále pracovat. V analýzách tedy pracujeme buď s metodou OPQOL-CZ-20 jako s celkem (20 položek) či s jejími faktory kromě zmíněného faktoru číslo 5.

Data jsme vyhodnotili pomocí deskriptivní a inferenční statistiky za pomoci programu Microsoft Office Excel 2007 a STATISTICA 13 EN. Nejprve jsme z důvodu zjištění reliability (ve smyslu vnitřní konzistence) našich metod vypočítali hodnoty koeficientu Cronbachova alfa u jednotlivých subškál i metody OPQOL-CZ-20 jako celku. Pomocí výpočtu hodnot Pearsonova korelačního koeficientu a bodově biseriálního korelačního koeficientu včetně zjištění jejich statistické významnosti (Studentův dvouvýběrový t-test významnosti korelačního koeficientu) jsme ověřili naše hypotézy. Dále jsme ověřili podmínky pro užití vícenásobné lineární regresní analýzy, kterou jsme pak následně realizovali.

### **3.3 Etické aspekty výzkumu**

V průběhu sbírání dat pro tuto magisterskou práci se nevyskytly žádné etické problémy. Účast v našem výzkumu byla zcela dobrovolná. Sběr dat byl určen pro osoby ve věku 60 až 75 let včetně a byl anonymní. Z těchto důvodů jsme nemuseli od probandů vyžadovat písemný informovaný souhlas. Na začátku výzkumné baterie byly napsány základní informace o výzkumu, čím se zabývá, jaké má cíle a kdo ho iniciuje. Také jsme probandy informovali, že získaná data budou využita výhradně pro účely diplomové práce. Výzkum byl uskutečněn výhradně prostřednictvím online sběru dat. Po úvodním slovu následovalo sdělení, že neexistují žádné správně či špatné odpovědi. Na konci výzkumné baterie byla uvedena emailová adresa na výzkumníka (autorku této magisterské práce) a možnost pro vyplňujícího zanechat nějaký vzkaz. Žádný proband nekontaktoval autorku tohoto výzkumu prostřednictvím emailu, nicméně několik probandů zaslalo vzkaz či komentář skrze kolonku k tomu určenou na konci výzkumné baterie (rozborem vzkazů a komentářů se blíže zabýváme v kapitole Diskuze). Účastníci výzkumu nebyli žádným způsobem odměňováni (finančně ani materiálně).

### 3.4 Vysvětlivky použitých zkratk

V nadcházejícím textu empirické části této magisterské práce budeme používat následující zkratky a označení.

**N:** počet probandů (účastníků výzkumu)

**M:** aritmetický průměr

**Mo:** modus

**Me:** medián

**Min:** minimální naměřená hodnota konkrétního znaku

**Max:** maximální naměřená hodnota konkrétního znaku

**SD:** směrodatná odchylka

**DAP-R:** Revidovaný profil postoje ke smrti

**OPQOL-CZ-20:** Dotazník pro měření kvality života u starších lidí

**U3V:** univerzita třetího věku

**$\alpha$ :** Cronbachovo alfa (Koeficient reliability typu vnitřní konzistence)

**p:** p-hodnota (dosažená hladina významnosti testu)

**r:** hodnota Pearsonova korelačního koeficientu

**$r_{pb}$ :** hodnota bodově biseriálního korelačního koeficientu

**Šikmost:** míra tvaru (míra podobnosti Gaussovu normálnímu rozdělení)

**Špičatost:** míra tvaru (míra podobnosti Gaussovu normálnímu rozdělení)

**$R^2$ :** koeficient determinance

**Upravené  $R^2$ :** upravený koeficient determinance (bere v úvahu počet regresorů nebo celkový počet probandů souboru a je oproštěn od vlivu náhodného kolísání dat)

**b:** koeficient označující změnu hodnoty Y při změně hodnoty X o jednu jednotku

**$\beta$ :** standardizovaný regresní koeficient

**t:** hodnota testového kritéria

**F:** F-test (regresní průměr čtverců)



## 4 Výzkumný soubor

Tato kapitola empirické části se zaměří na popis sběru dat a okomentuje metodu výběru výzkumného souboru. Následně popíšeme náš výzkumný soubor z pohledu pohlaví, věku, rodinného stavu, způsobu bydlení, nejvyššího dosaženého vzdělání, absolvování či neabsolvování univerzity třetího věku a aktuálního zdravotního stavu probanda. Na konci této kapitoly se budeme zabírat komentáři a vzkazy, které nám zanechali někteří účastníci výzkumu.

### 4.1 Sběr dat a výběr výzkumného souboru

V diplomové práci jsme se soustředili na seniory ve věku 60 až 75 let včetně. Naším cílem bylo prozkoumat vztah mezi postoji ke smrti a dimenzemi kvality života i celkovou kvalitou života. Z důvodu praktičnosti (ekonomicky výhodná forma) a potenciálu oslovit široké spektrum seniorů z celé České republiky jsme zvolili ke sběru dat online formulář. Mezi zařazujícími kritérii, která jsme stanovili pro sběr probandů, byly: věk v rozmezí 60 až 75 let včetně, základní znalost obsluhy počítače, notebooku, tabletu či mobilního telefonu (zařízení, na kterém náš online dotazník mohl proband vyplnit a odeslat), ochota vyplnit testovou baterii, souhlas se zpracováním údajů pro účely diplomové práce, adekvátní znalost českého jazyka a schopnost pochopit dané instrukce.

V první vlně rozesílání dotazníkové baterie, kterou jsme zahájili v červenci 2018, jsme oslovili značné množství univerzit třetího věku. Pozitivní odezvu jsme obdrželi například z Fakulty potravinářské a biochemické technologie v Praze, Technické univerzity Ostrava, Vysokého učení technického v Brně, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně nebo z Jihočeské univerzity. Tyto univerzity laskavě rozeslali odkaz na náš online formulář studentům univerzity třetího věku emailovou cestou. Univerzita Palackého v Olomouci nám ochotně vyvěsila odkaz na svých webových stránkách určených pro studenty univerzity třetího věku.

V druhé vlně jsme distribuovali naši dotazníkovou baterii na vybraných internetových skupinách, mimo jiné ve skupině: Senioři Čelákovice, Senioři Praha, Senioři Bruntál, Senioři Mladá Boleslav, Senioři v pohybu Otrokovice či Senioři Zahradní město.

Z výše uvedeného je patrné, že jsme ke sběru dat zvolili záměrný (účelový) výběr. Také jsme při distribuci dotazníkové baterie žádali probandy o případné sdílení odkazu s jejich blízkými či příbuznými. Několik jedinců nám ochotně odkaz sdílelo, takže jsme využili také výběr pomocí metody sněhové koule.

Sběr dat byl ukončen 1. března 2019. V zadání diplomové práce jsme stanovili nejnižší počet účastníků výzkumu roven 100, tohoto bodu se nám podařilo úspěšně dosáhnout. Celkově jsme shromáždili 205 vyplněných dotazníkových archů, ze kterých jsme museli 36 vyřadit kvůli nesplnění kritérií pro zařazení. Z výzkumného souboru jsme nejprve vyřadili jedince, kteří nespádali do určené věkové kategorie (například nám vyplnilo inventáře několik lidí ve věku 20 až 30 let). Také jsme vyřadili probandy, kteří nám zanechali poměrně značně vulgární vzkaz, ze kterého bylo patrné, že nám chtěli pouze “sdělit svůj názor” a neměli v úmyslu pravdivě odpovědět na položky našich výzkumných metod, jejich odpovědi byly evidentně šablonovité. Dále bylo několik dotazníkových archů vyřazeno, protože celková doba vyplnění byla příliš nízká, respektive za daný čas nebylo v lidských silách položky naší výzkumné baterie přečíst, natož na ně adekvátně odpovědět.

## **4.2 Základní populace a popis výzkumného souboru**

V následující části textu přiblížíme základní populaci, popíšeme náš výzkumný soubor pomocí sociodemografických proměnných, jako je věk, aktuální zdravotní stav či nejvyšší dosažené vzdělání.

### **4.2.1 Základní populace**

Český statistický úřad uvádí celkový počet 2 040 183 obyvatel ve věku 65 let a více na území České republiky k datu 12. prosince 2017 (datum aktualizace: 26. dubna 2018). Bohužel není k dispozici četnost seniorů ve věkové kategorii 60 až 75 let včetně, proto uvádíme alespoň orientační údaj výše (Český statistický úřad, 2017).

### **4.2.2 Popis výzkumného souboru**

Náš výzkumný soubor tvoří celkem 169 probandů ve věku 60 až 75 let včetně. Z tohoto množství je 112 žen (66,27 %) a 57 mužů (33,73 %). Vyřadili jsme celkem 36 probandů (17,56 %) z výše uvedených důvodů. Průměrný věk účastníků výzkumu je 67 let. Průměrný čas vyplnění dotazníku byl 10 minut.

**Tab. 1:** *Struktura výzkumného souboru dle pohlaví*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	57	33,73
Ženy	112	66,27
Celkem	169	100,00

Tabulka číslo jedna popisuje rozložení mužů a žen našeho souboru. Značnou převahu mají ženy, je jich téměř dvojnásobné množství. Muži tvoří zhruba 34 % výzkumného souboru. Z hlediska pohlaví je patrné, že náš soubor není vyvážený.

**Tab. 2:** *Struktura výzkumného souboru dle věku*

Věk dle pohlaví	N	Min	Max	M	SD	Mo	Me
Muži	57	62	75	68,47	3,70	68	68
Ženy	112	60	75	66,41	4,05	68	66
Celkem	169	60	75	67,11	4,05	68	67

Výše uvedená tabulka popisuje strukturu výzkumného souboru dle věku. Uvádíme hodnoty celého souboru i hodnoty skupiny mužů a skupiny žen. Nejčastější věk probandů našeho výzkumného souboru celkově i ve skupině žen a mužů byl 68 let. Nejnížší věk u mužů byl 62 let a nejvyšší 75 let. Nejnížší věk u žen byl 60 let a nejvyšší 75 let. Průměrný věk souboru byl 67,11 let.

**Tab. 3:** *Struktura výzkumného souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání*

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Základní škola	6	8	14	10,53	7,14	8,28
Střední škola bez maturitní zkoušky	6	10	16	10,53	8,93	9,47
Střední škola s maturitní zkouškou	14	50	64	24,56	44,64	37,87
Vyšší odborná škola	2	3	5	3,51	2,68	2,96
Vysoká škola	29	41	70	50,88	36,61	41,42
Celkem	57	112	169	100,00	100,00	100,00

Tabulka číslo tři ukazuje strukturu souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejčastěji naši výzkumnou baterii vyplňovali jedinci s absolvovanou vysokou školou, následně se střední školou s maturitní zkouškou, což znamená bezmála 80 % probandů výzkumného souboru. Nejméně se výzkumu účastnili lidé s vyšší odbornou školou – celkem 2,96 % souboru.

**Tab. 4:** *Struktura výzkumného souboru dle rodinného stavu*

Rodinný stav	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Svobodný/á	2	2	4	3,51	1,79	2,37
Ženatý/á	36	60	96	63,16	53,57	56,80
Žijí s partnerem/partnerkou	4	3	7	7,02	2,68	4,14
Vdovec/vdova	8	30	38	14,04	26,79	22,49
Vdovec/vdova s partnerem	2	2	4	3,51	1,79	2,37
Rozvedený/á	5	15	20	8,77	13,39	11,83
Celkem	57	112	169	100,00	100,00	100,00

Uvedená tabulka číslo čtyři prezentuje strukturu výzkumného souboru podle rodinného stavu. Z výsledků je patrné, že nejčastější status u mužů i žen byl *ženatý či vdaná*. Druhý nejčastěji vyskytovaný status byl *vdovec nebo vdova*. Nejnižší četnost vykazoval status *svobodný či svobodná* a *vdovec nebo vdova s partnerem*. Rozvedených probandů bylo téměř 12 % a seniorů žijících s partnerem či partnerkou bylo 4,14 %.

**Tab. 5:** *Struktura výzkumného souboru dle typu bydlení*

Typ bydlení	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Žijí doma (samostatně bez pomoci druhých)	45	93	138	78,95	83,04	81,66
Žijí doma (pomáhají mně druzí)	4	11	15	7,02	9,82	8,88
Žijí s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)	5	6	11	8,77	5,36	6,51
Žijí v penzionu, v domě s pečovatelskou službou	2	1	3	3,51	0,89	1,78
Žijí v domově důchodců, v domově pro seniory	1	1	2	1,75	0,89	1,18
Celkem	57	112	169	100,00	100,00	100,00

V této tabulce uvádíme strukturu výzkumného souboru podle typu bydlení. Výrazně nejvyšší četnost s hodnotou 81,66 % byla u položky *žijí doma (samostatně bez pomoci druhých)*. Nejméně se vyskytovaly varianty *žijí v penzionu, v domě s pečovatelskou službou* a *žijí v domově důchodců, v domově pro seniory* v celkovém počtu 2,96 %. Probandů, kteří žijí s rodinou (tedy ne ve vlastní domácnosti) bylo 6,51 %.

**Tab. 6:** *Struktura výzkumného souboru dle aktuálního zdravotního stavu*

Aktuální zdravotní stav	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Zdravý/á	21	41	62	36,84	36,61	36,69
Jen nemoci přiměřené věku	31	65	96	54,39	58,04	56,80
Dost nemocný/á	5	6	11	8,77	5,36	6,51
Celkem	57	112	169	100,00	100,00	100,00

Výše uvedená tabulka prezentuje strukturu výzkumného souboru dle aktuálního zdravotního stavu. Probandi nejčastěji (56,80 %) svůj stav subjektivně hodnotili tak, že mají *jen nemoci přiměřené věku*. Subjektivně *zdravých* účastníků výzkumu bylo 36,69 %. Celkem pouze 6,51 % probandů svůj zdravotní stav ohodnotilo jako *dost nemocný* či *nemocná*.

**Tab. 7:** *Struktura výzkumného souboru dle univerzity třetího věku*

Univerzita třetího věku	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Již jsem absolvoval/a alespoň jednu přednášku za posledních šest měsíců	11	40	51	19,30	35,71	30,18
Mám podanou přihlášku, ale ještě jsem nenastoupil/a	0	2	2	0	1,79	1,18
Nenavštěvuji	46	70	116	80,70	62,50	68,64
Celkem	57	112	169	100,00	100,00	100,00

Tabulka číslo sedm obsahuje přehled struktury výzkumného souboru dle navštěvování programu univerzity třetího věku. 68,64 % našeho souboru bylo tvořeno seniory, kteří nenavštěvují univerzitu třetího věku. Dvě ženy zvolily variantu *mám podanou přihlášku, ale ještě jsem nenastoupila*. Program univerzity třetího věku v posledních šesti měsících (vztaženo k datu vyplnění dotazníkové baterie příslušným probandem) navštěvovalo 30,18 % našeho výzkumného souboru. V rámci našeho souboru je patrné, že se o programy univerzity třetího věku zajímají častěji ženy oproti mužům.

**Tab. 8:** *Struktura výzkumného souboru dle celkové kvality života*

Kvalita života	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Velmi dobrá	19	39	58	33,33	34,82	34,32
Dobrá	24	40	64	42,11	35,71	37,87
Vyhovující	10	27	37	17,54	24,11	21,89
Špatná	4	4	8	7,02	3,57	4,73
Velmi špatná	0	2	2	0	1,79	1,18
Celkem	57	112	169	100,00	100,00	100,00

Poslední tabulka této kapitoly ukazuje strukturu výzkumného souboru podle celkové subjektivní kvality života. Nejnižší výskyt byl u položky *velmi špatná* kvalita života, kterou zvolily dvě ženy. Nejčastěji (v počtu 64 jedinců, 37,87 %) probandi volili *dobrou* celkovou kvalitu života, na druhém místě byla *velmi dobrá* kvalita života zvolená 58 probandy. Drtivá většina našeho souboru subjektivně ohodnotila svoji celkovou kvalitu života jako vyhovující

až velmi dobrou. Bezmála 6 % probandů svou celkovou kvalitu života hodnotilo jako špatnou až velmi špatnou.

Závěrem této podkapitoly stručně rozebereme vzkazy a komentáře, které někteří probandi dobrovolně uvedli na konci výzkumné baterie, kde pro jejich vyjádření byl dán prostor. Celkově jsme zaznamenali 48 vzkazů či komentářů různého charakteru. Některé komentáře byly povzbuzující, pochvalné, v jiných se probandi zamýšleli nad konstrukcí dotazníkové baterie. Nepatrné množství komentářů mělo vulgární obsah.

Čtyři vyplněné dotazníkové baterie obsahovaly hrubě vulgární komentáře, které není třeba blíže analyzovat. Jeden proband vyjádřil zájem o výsledky výzkumu a uvedl svou emailovou adresu. Část komentářů obsahovala sdělení, která měla doplnit odpovědi daného probanda v dotazníkovém archu. Například: „*Mám ráda život mezi lidmi, přáteli, dětmi a mým heslem je: Žít a užít.*“; „*Život je krásný.*“; „*Nic nás tady nedrží a na smrt se celkem někdy i těšíme. Jen se každý bojí zůstat bezmocný a na někoho odkázaný. Pokud už nebudeme moci dál, rádi bychom zemřeli rychle a bez bolesti. Ale to bohužel nemůžeme ovlivnit.*“.

Celkem 12 vzkazů mělo povzbudivou povahu: „*Přeji úspěšné dokončení magisterské práce.*“, „*Mnoho štěstí při zpracování diplomky. Ať se Vám daří.*“ nebo „*Přeji úspěšné studium. Je to asi nejkrásnější období života i přes všechny zkoušky, tak ať jsou vždy s nejlepším výsledkem.*“ Značné množství probandů se vyjadřovalo ke struktuře dotazníkové baterie. Mnoho z nich uvádělo rozpaky nad tím, že obsah některých položek byl velmi podobný, tudíž se jim zdály některé položky nadbytečné. Objevil se však i pochvalný názor: „*Zajímavý a dobře vystavěný dotazník. Přeji úspěch v DP. Zajímavé téma...*“.

Jedna seniorka vnímala položky dotazníkové baterie jako značně zasahující intimitu probanda. Jeden účastník výzkumu považoval dotazníkovou baterii za příliš dlouhou. V jednom případě by senior uvítal možnost odpovídat pomocí sedmistupňové Likertovy škály. Několik probandů se chtělo vyjádřit k tématu smrti či víry. Uváděli, že nejsou věřící, proto bylo pro ně problematické vybrat odpověď na některé položky z Revidovaného profilu postoje ke smrti. Například: „*...Více než smrt mě děsí myšlenka na bolest a utrpení zaviněné nemocí, na to, že je člověk odkázaný na cizí pomoc, že obtěžuje – to mi pak vlastní smrt připadá jako skutečné vysvobození z toho "pozemského" trápení.*“ nebo „*Snažila jsem se vyplnit dotazník co nejpravdivěji, ale jelikož nejsem věřící, tak otázky týkající se posmrtného života mi moc nešly.*“

Tři seniorky by v dotazníkové baterii uvítali také položky zaměřené na eutanázii, paliativní nebo hospicovou péči či na suicidium.

## 5 Výsledky výzkumu

V následující kapitole empirické části práce se budeme zabývat výsledky výzkumu. Jako první popíšeme reliabilitu (ve smyslu vnitřní konzistence) našich výzkumných metod OPQOL-CZ-20 a DAP-R. Tuto analýzu reliability jsme provedli, protože zmíněné metody nejsou v našem prostředí standardizovány (nicméně již byly v oblasti výzkumu ke sběru dat úspěšně použity) a je tedy potřebné rámcově ověřit, zda prostřednictvím těchto metod získané výsledky můžeme považovat za spolehlivé. Chceme též porovnat naše hodnoty vnitřní konzistence s hodnotami ostatních výzkumníků. V této kapitole se dále zaměříme na prezentaci popisné statistiky našeho souboru, korelační matice dat a v závěru poskytneme data z provedené vícenásobné lineární regresní analýzy.

**Tab. 9:** *Vnitřní konzistence dotazníkové metody OPQOL-CZ-20*

Škála a subškály OPQOL-CZ-20	$\alpha$	Počet položek	N
Škála OPQOL-CZ-20	0,85	20	169
F1_Spokojenost se životem	0,90	3	169
F2_Úloha víry a náboženství	0,64	2	169
F3_Finanční situace	0,85	5	169
F4_Osamění	0,87	2	169
F6_Rodina a bezpečné zázemí	0,63	3	169
F7_Zdraví, samostatnost, činnost	0,83	3	169

V tabulce číslo 9 ukazujeme hodnoty koeficientu Cronbachovo alfa u metody OPQOL-CZ-20 jako celku i hodnoty u jednotlivých faktorů mimo faktor číslo 5 Pozitivní přístup, který jsme vyřadili z důvodu nadlimitního počtu chybějících položek (konkrétně jedna položka z celkového počtu dvou položek 5. faktoru). Pro jistotu ještě jednou zopakujeme, že z hlediska celé metody (20 položek) vždy chyběla pouze jedna položka, tedy pouze 5 % položek z celkového počtu, proto jsme mohli aplikovat imputaci dat a můžeme tedy pracovat s metodou OPQOL-CZ-20 jako s celkem. Z uvedené tabulky vyplývá, že celá metoda OPQOL-CZ-20 vykazuje naprosto uspokojivou vnitřní konzistenci ( $\alpha=0,85$ ). Naprosto uspokojivou vnitřní konzistenci mají faktory číslo 1 (Spokojenost se životem), číslo 3 (Finanční situace), číslo 4 (Osamění) a číslo 7 (Zdraví, samostatnost, činnost). Naopak faktor číslo 2 (Úloha víry a náboženství) a 6 (Rodina a bezpečné zázemí) vykazuje



sníženou vnitřní konzistenci, hodnoty ovšem nejsou nižší než 0,60, takže i tyto faktory lze považovat za vnitřně konzistentní a je možno s nimi dále ve statistické analýze pracovat.

**Tab. 10:** *Vnitřní konzistence dotazníkové metody DAP-R*

Subškála DAP-R	$\alpha$	Počet položek	N
Strach ze smrti	0,88	7	169
Vyhýbání se smrti	0,90	5	169
Neutrální přijetí smrti	0,67	5	169
Vstřícné přijetí smrti	0,95	10	169
Únikové přijetí smrti	0,82	5	169

Tabulka číslo 10 prezentuje hodnoty vnitřní konzistence subškál metody Revidovaný profil postoje ke smrti. Neutrální přijetí smrti vykazuje sníženou hodnotu vnitřní konzistence, ostatní subškály dosahují naprosto uspokojivých hodnot Cronbachovo alfa, subškála Vstřícné přijetí smrti dosáhla dokonce vysoké hodnoty  $\alpha=0,95$ . Lze tedy konstatovat, že všechny subškály metody DAP-R jsou použitelné v dalších statistických analýzách.

**Tab. 11:** *Popisná statistika metod OPQOL-CZ-20 a DAP-R*

Proměnná	Popisná statistika								
	N	M	SD	Me	Mo	Min	Max	Šikmost	Špičatost
OPQOL-CZ-20	169	75,93	10,27	78	vícenásobný	33	97	-0,99	1,64
OPQOL-CZ-20_F1	169	12,32	2,72	13	15	3	15	-1,13	0,70
OPQOL-CZ-20_F2	169	5,90	2,43	6	6	2	10	0,05	-0,94
OPQOL-CZ-20_F3	169	18,31	5,06	19	25	5	25	-0,51	-0,49
OPQOL-CZ-20_F4	169	5,42	2,52	5	4	2	10	0,29	-1,07
OPQOL-CZ-20_F6	169	13,12	2,47	14	15	3	15	-1,78	3,22
OPQOL-CZ-20_F7	169	12,75	2,54	13	15	3	15	-1,48	2,29
DAP-R_Strach ze smrti	169	22,78	8,79	22	vícenásobný	7	49	0,24	-0,21
DAP-R_Vyhýbání se smrti	169	20,35	7,79	21	22	5	35	-0,07	-0,48
DAP-R_Neutrální přijetí smrti	169	29,19	3,71	29	29	17	35	-0,59	0,33
DAP-R_Únikové přijetí smrti	169	20,08	6,70	21	vícenásobný	5	35	-0,33	-0,34
DAP-R_Vstřícné přijetí smrti	169	31,15	13,99	32	40	10	69	0,17	-0,65

Výše uvedená tabulka číslo 11 udává přehled základní popisné statistiky metod OPQOL-CZ-20 a DAP-R. Tabulka obsahuje informace o počtu probandů, aritmetickém průměru, směrodatné odchylce, mediánu, modu, minimální i maximální hodnotě měřené proměnné a mírách tvaru (šikmosti a špičatosti). Počet probandů je vždy roven 169. Nejvyšší hodnota aritmetického průměru byla zjištěna u faktoru číslo 3 metody OPQOL-CZ-20, naši probandi tedy z jednotlivých domén kvality života průměrně dosahovali nejvyšších hodnot v doméně finanční situace. V metodě DAP-R nejvyšší hodnota aritmetického průměru byla naměřena u subškály Vstřícné přijetí smrti ( $M=31,15$ ;  $SD=13,99$ ), hodnota aritmetického průměru u subškály Neutrální přijetí smrti dosáhla velmi podobné hodnoty ( $M=29,19$ ;  $SD=3,71$ ). Nicméně srovnání hodnot směrodatných odchylek těchto dvou subškál se poměrně dosti liší. Naši probandi se nejvíce kloní k těmto dvěma postojům ke smrti. Z tabulky číslo 11 též vyplývá, že ve třech proměnných byl identifikován vícenásobný modus. Hodnoty šikmosti a špičatosti udávají míru podobnosti Gaussovu normálnímu rozdělení dat. Většina našich hodnot variuje v intervalu od -1 do 1, což odpovídá normálnímu rozdělení. Z hlediska šikmosti se z uvedeného intervalu odchyluje v záporném směru 6. a 7. faktor metody kvality života, převládají tedy spíše hodnoty nad průměrem. Z hlediska špičatosti se ze zmíněného intervalu odchylují v pozitivním směru hodnoty

u 6. a 7. faktoru metody kvality života i u metody kvality života OPQOL-CZ-20 jako celku. Probandi tedy u faktorů Rodina a bezpečné zázemí a Zdraví, samostatnost, čínorodost uváděli často vysoké hodnoty. I přes tyto dílčí odchylky vůči normálnímu rozdělení jsme se rozhodli dané proměnné zahrnout do statistické analýzy. Důvody jsou tyto: velikost výzkumného souboru je poměrně početně dostačující (připomeňme základní statisticko-metodologickou poučku, že ověření normality rozdělení je potřebné především při  $N < 30$ ). V našem souboru je též zcela eliminována možnost výrazně odlehých hodnot, protože odpovědi na položky naší výzkumné baterie byly jasně ohraničeny pěti, respektive sedmistupňovou Likertovou škálou, což dokládají i hodnoty ve sloupcích označených v záhlaví jako Min a Max.

V tabulkách číslo 12 a 13 (níže) najdeme hodnoty korelačních koeficientů námi sledovaných proměnných. Vztah mezi dvěma metrickými proměnnými (v našem případě například mezi skóry Strach ze smrti a celkovou kvalitou života) odpovídá Pearsonovu korelačnímu koeficientu, vztah mezi dichotomickou a metrickou proměnnou (například mezi pohlavím a skórem Strachu ze smrti) je vyjádřena bodově biseriálním korelačním koeficientem. Tučně vyznačené hodnoty jsou statisticky signifikantní ( $p < 0,05$ ). Pro úplnost informací uvedeme, že při kódování dat jsme ženy kódovali číslem 1 a muže číslem 0.

Mez, která odděluje neexistující korelační vztah od již existujícího, není v psychologii zcela striktně stanovena, někteří autoři tuto mez (v absolutní hodnotě) spojují s hodnotou korelačního koeficientu  $r=0,1$ , jiní s hodnotou  $r=0,2$ . Je tedy možné do jisté míry si danou mez určit. Proto jsme se rozhodli, že pokud hodnota korelačního koeficientu bude v absolutní hodnotě rovna či vyšší než  $0,1$ , budeme ji považovat již za existující.

Z tabulek 12 a 13 například plyne, že v rámci našeho výzkumného souboru existuje statisticky významná negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a postojem únikového přijetí smrti ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,001$ ), ačkoliv se jedná o slabou hodnotu korelačního koeficientu. Nicméně byla shledána významná pozitivní korelace mezi zmíněným postojem ke smrti a druhou dimenzí kvality života Úloha víry a náboženství ( $r = 0,21$ ;  $p = 0,005$ ). V rámci našeho souboru nebyla zjištěna statisticky významná negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a postojem strachu ze smrti ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,078$ ). Projevila se však statisticky významná negativní korelace mezi postojem strachu ze smrti a s dimenzí kvality života Spokojenost se životem ( $r = -0,25$ ;  $p = 0,001$ ). Subškála Strach ze smrti statisticky významně korelovala dále se třetí ( $r = -0,16$ ;  $p = 0,035$ ) a šestou ( $r = 0,19$ ;  $p = 0,011$ ) dimenzí kvality života, byť se opět jedná o slabé hodnoty korelačních koeficientů. Nebyla zjištěna statisticky signifikantní hodnota korelačního vztahu mezi postojem vstřícného přijetí smrti

a celkovou kvalitou života ( $r=0,06$ ;  $p=0,469$ ). Z hlediska jednotlivých dimenzí kvality života se ale korelační vztahy projeví takto: vstřícné přijetí smrti pozitivně koreluje s druhým ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ) a šestým ( $r=0,24$ ;  $p=0,013$ ) faktorem kvality života, s faktorem číslo čtyři koreluje negativně ( $r= -0,19$ ;  $p=0,001$ ).

Neprokázal se statisticky signifikantní vztah mezi celkovou kvalitou života a pohlavím ( $r=0,01$ ;  $p=0,915$ ), ani mezi pohlavím a postojem strachu ze smrti ( $r=0,14$ ;  $p=0,074$ ). Věk probandů a subškála Strach ze smrti v rámci našeho souboru statisticky významně negativně nekoreloval ( $r=0,00$ ;  $p=0,953$ ). Byla zjištěna statisticky významná slabá pozitivní korelace mezi celkovou kvalitou života a navštěvováním programu univerzity třetího věku ( $r=0,16$ ;  $p=0,033$ ). Navštěvování univerzity třetího věku v rámci našeho souboru probandů souvisí s nižší mírou osamění, zvyšuje spokojenost se životem a pozitivně souvisí se zdravím, samostatností a činorodostí.

**Tab. 12:** Korelační matice dat – první část

Proměnná	Hodnoty korelačních koeficientů (N=169)						
	1	2	3	4	5	6	7
1 Pohlaví	1,00	<b>-0,24</b>	<b>0,17</b>	0,01	-0,05	<b>0,25</b>	-0,06
2 Věk	<b>-0,24</b>	1,00	0,03	-0,03	-0,09	-0,07	0,12
3 U3V	<b>0,17</b>	0,03	1,00	<b>0,16</b>	<b>0,17</b>	<b>0,28</b>	0,02
4 OPQOL-CZ-20	0,01	-0,03	<b>0,16</b>	1,00	<b>0,77</b>	<b>0,35</b>	<b>0,74</b>
5 OPQOL-CZ-20_F1	-0,05	-0,09	<b>0,17</b>	<b>0,77</b>	1,00	<b>0,22</b>	<b>0,35</b>
6 OPQOL-CZ-20_F2	<b>0,25</b>	-0,07	<b>0,28</b>	<b>0,35</b>	<b>0,22</b>	1,00	0,01
7 OPQOL-CZ-20_F3	-0,06	0,12	0,02	<b>0,74</b>	<b>0,35</b>	0,01	1,00
8 OPQOL-CZ-20_F4	<b>-0,24</b>	<b>0,16</b>	<b>-0,18</b>	<b>0,37</b>	<b>0,21</b>	<b>-0,21</b>	<b>0,30</b>
9 OPQOL-CZ-20_F6	<b>0,20</b>	-0,10	0,14	<b>0,52</b>	<b>0,33</b>	<b>0,32</b>	<b>0,18</b>
10 OPQOL-CZ-20_F7	0,02	<b>-0,21</b>	<b>0,23</b>	<b>0,69</b>	<b>0,64</b>	0,15	<b>0,33</b>
11 DAP-R Strach ze smrti	0,14	0,00	-0,05	-0,14	<b>-0,25</b>	0,14	<b>-0,16</b>
12 DAP-R Vyhýbání se smrti	0,07	-0,02	0,05	0,06	0,01	0,07	-0,01
13 DAP-R Neutrální přijetí smrti	-0,15	0,12	<b>0,16</b>	<b>0,32</b>	<b>0,34</b>	0,09	<b>0,20</b>
14 DAP-R Únikové přijetí smrti	<b>0,25</b>	-0,05	0,05	<b>-0,26</b>	<b>-0,33</b>	<b>0,21</b>	<b>-0,23</b>
15 DAP-R Vstřícné přijetí smrti	<b>0,28</b>	-0,06	0,14	0,06	-0,06	<b>0,53</b>	-0,09

**Tab. 13:** Korelační matice dat – druhá část

Proměnná	Hodnoty korelačních koeficientů (N=169)							
	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Pohlaví	<b>-0,24</b>	<b>0,20</b>	0,02	0,14	0,07	-0,15	<b>0,25</b>	<b>0,28</b>
2 Věk	<b>0,16</b>	-0,10	<b>-0,21</b>	0,00	-0,02	0,12	-0,05	-0,06
3 U3V	<b>-0,18</b>	0,14	<b>0,23</b>	-0,05	0,05	<b>0,16</b>	0,05	0,14
4 OPQOL-CZ-20	<b>0,37</b>	<b>0,52</b>	<b>0,69</b>	-0,14	0,06	<b>0,32</b>	<b>-0,26</b>	0,06
5 OPQOL-CZ-20_F1	<b>0,21</b>	<b>0,33</b>	<b>0,64</b>	<b>-0,25</b>	0,01	<b>0,34</b>	<b>-0,33</b>	-0,06
6 OPQOL-CZ-20_F2	<b>-0,21</b>	<b>0,32</b>	0,15	0,14	0,07	0,09	<b>0,21</b>	<b>0,53</b>
7 OPQOL-CZ-20_F3	<b>0,30</b>	<b>0,18</b>	<b>0,33</b>	<b>-0,16</b>	-0,01	<b>0,20</b>	<b>-0,23</b>	-0,09
8 OPQOL-CZ-20_F4	1,00	-0,10	0,12	-0,14	<b>-0,23</b>	0,08	<b>-0,34</b>	<b>-0,19</b>
9 OPQOL-CZ-20_F6	-0,10	1,00	<b>0,28</b>	<b>0,19</b>	<b>0,30</b>	<b>0,16</b>	0,11	<b>0,24</b>
10 OPQOL-CZ-20_F7	0,12	<b>0,28</b>	1,00	-0,11	0,12	<b>0,20</b>	<b>-0,27</b>	-0,07
11 DAP-R Strach ze smrti	-0,14	<b>0,19</b>	-0,11	1,00	<b>0,53</b>	<b>-0,48</b>	<b>0,23</b>	<b>0,24</b>
12 DAP-R Vyhýbání se smrti	<b>-0,23</b>	<b>0,30</b>	0,12	<b>0,53</b>	1,00	<b>-0,22</b>	<b>0,16</b>	0,04
13 DAP-R Neutrální přijetí smrti	0,08	<b>0,16</b>	<b>0,20</b>	<b>-0,48</b>	<b>-0,22</b>	1,00	-0,08	-0,11
14 DAP-R Únikové přijetí smrti	<b>-0,34</b>	0,11	<b>-0,27</b>	<b>0,23</b>	<b>0,16</b>	-0,08	1,00	<b>0,54</b>
15 DAP-R Vstřícné přijetí smrti	<b>-0,19</b>	<b>0,24</b>	-0,07	<b>0,24</b>	0,04	-0,11	<b>0,54</b>	1,00

V tabulkách číslo 14 a 15 jsou uvedeny hodnoty signifikance korelačních koeficientů prezentovaných v tabulkách 12 a 13. Tučně vyznačené hodnoty jsou statisticky významné ( $p < 0,05$ ).

**Tab. 14:** Hodnoty Studentova dvouvýběrového *t*-testu významnosti korelačního koeficientu  
– první část

Proměnná	Signifikance korelačního koeficientu (p-hodnoty)						
	1	2	3	4	5	6	7
1 Pohlaví	-	<b>0,002</b>	<b>0,028</b>	0,915	0,483	<b>0,001</b>	0,453
2 Věk	<b>0,002</b>	-	0,663	0,742	0,238	0,367	0,116
3 U3V	<b>0,028</b>	0,663	-	<b>0,033</b>	<b>0,028</b>	<b>0,000</b>	0,810
4 OPQOL-CZ-20	0,915	0,742	<b>0,033</b>	-	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
5 OPQOL-CZ-20_F1	0,483	0,238	<b>0,028</b>	<b>0,000</b>	-	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>
6 OPQOL-CZ-20_F2	<b>0,001</b>	0,367	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	-	0,919
7 OPQOL-CZ-20_F3	0,453	0,116	0,810	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,919	-
8 OPQOL-CZ-20_F4	<b>0,002</b>	<b>0,038</b>	<b>0,018</b>	<b>0,000</b>	<b>0,005</b>	<b>0,006</b>	<b>0,000</b>
9 OPQOL-CZ-20_F6	<b>0,008</b>	0,200	0,060	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,021</b>
10 OPQOL-CZ-20_F7	0,758	<b>0,005</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,057	<b>0,000</b>
11 DAP-R Strach ze smrti	0,074	0,953	0,508	0,078	<b>0,001</b>	0,072	<b>0,035</b>
12 DAP-R Vyhýbání se smrti	0,361	0,794	0,532	0,420	0,853	0,360	0,944
13 DAP-R Neutrální přijetí smrti	0,058	0,113	<b>0,032</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,245	<b>0,011</b>
14 DAP-R Únikové přijetí smrti	<b>0,001</b>	0,485	0,505	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,005</b>	<b>0,003</b>
15 DAP-R Vstřícné přijetí smrti	<b>0,000</b>	0,404	0,075	0,469	0,458	<b>0,000</b>	0,259

**Tab. 15:** Hodnoty Studentova dvouvýběrového *t*-testu významnosti korelačního koeficientu  
– druhá část

Proměnná	Signifikance korelačního koeficientu (p-hodnoty)							
	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Pohlaví	<b>0,002</b>	<b>0,008</b>	0,758	0,074	0,361	0,058	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>
2 Věk	<b>0,038</b>	0,200	<b>0,005</b>	0,953	0,794	0,113	0,485	0,404
3 U3V	<b>0,018</b>	0,060	<b>0,003</b>	0,508	0,532	<b>0,032</b>	0,505	0,075
4 OPQOL-CZ-20	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,078	0,420	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,469
5 OPQOL-CZ-20_F1	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,853	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,458
6 OPQOL-CZ-20_F2	<b>0,006</b>	<b>0,000</b>	0,057	0,072	0,360	0,245	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>
7 OPQOL-CZ-20_F3	<b>0,000</b>	<b>0,021</b>	<b>0,000</b>	<b>0,035</b>	0,944	<b>0,011</b>	<b>0,003</b>	0,259
8 OPQOL-CZ-20_F4	-	0,198	0,112	0,074	<b>0,003</b>	0,298	<b>0,000</b>	<b>0,013</b>
9 OPQOL-CZ-20_F6	0,198	-	<b>0,000</b>	<b>0,011</b>	<b>0,000</b>	<b>0,037</b>	0,170	<b>0,001</b>
10 OPQOL-CZ-20_F7	0,112	<b>0,000</b>	-	0,166	0,123	<b>0,011</b>	<b>0,000</b>	0,353
11 DAP-R Strach ze smrti	0,074	<b>0,011</b>	0,166	-	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>
12 DAP-R Vyhýbání se smrti	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	0,123	<b>0,000</b>	-	<b>0,004</b>	<b>0,033</b>	0,606
13 DAP-R Neutrální přijetí smrti	0,298	<b>0,037</b>	<b>0,011</b>	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	-	0,274	0,151
14 DAP-R Únikové přijetí smrti	<b>0,000</b>	0,170	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,033</b>	0,274	-	<b>0,000</b>
15 DAP-R Vstřícné přijetí smrti	<b>0,013</b>	<b>0,001</b>	0,353	<b>0,002</b>	0,606	0,151	<b>0,000</b>	-

V závěrečné části této kapitoly popíšeme výstupy z provedené vícenásobné lineární regresní analýzy. Byly ověřeny podmínky pro její užití, v našich datech se například

nevyskytuje multikolarita, odlehlá data nejsou přítomna (zajištěno navržením odpovědí na položky pomocí několikasupňové Likertovy škály). Závisle proměnná (jednotlivé postoje ke smrti) byla měřena na metrické úrovni, nezávisle proměnné (regresory) byly na metrické či dichotomické (pohlaví a U3V) úrovni. Vzhledem k velikosti našeho výzkumného souboru (N=169) je možné užít v modelu námi vybraných 9 regresorů. Ačkoliv opět není v psychologii jasná shoda na maximálním možném počtu regresorů v závislosti na velikosti souboru, vycházíme z pravidla  $108 + k$ , kde  $k$  je počet regresorů. V následujících tabulkách budou opět statisticky významné hodnoty vyznačeny tučným písmem.

**Tab. 16:** Regresní analýza – subškála Strach ze smrti

N=169	Závisle proměnná: Strach ze smrti			
	$\beta$	b	t(159)	p-hodnota
Abs. člen		13,88	1,08	0,283
Pohlaví	0,05	0,88	0,60	0,548
Věk	0,05	0,10	0,61	0,540
U3V	-0,10	-1,82	-1,22	0,226
OPQOL-CZ-20_F1	<b>-0,38</b>	<b>-1,22</b>	<b>-3,75</b>	<b>0,000</b>
OPQOL-CZ-20_F2	0,14	0,50	1,70	0,091
OPQOL-CZ-20_F3	-0,12	-0,20	-1,44	0,152
OPQOL-CZ-20_F4	0,01	0,03	0,10	0,923
OPQOL-CZ-20_F6	<b>0,27</b>	<b>0,97</b>	<b>3,37</b>	<b>0,001</b>
OPQOL-CZ-20_F7	0,11	0,37	1,07	0,286

Tabulka číslo 16 poskytuje regresní analýzu u závisle proměnné Strach ze smrti. Regresory (nezávislé proměnné) jsou v tomto modelu i ostatních modelech tyto: pohlaví, věk, navštěvování programu univerzity třetího věku a dále šest dimenzí kvality života (Spokojenost se životem, Úloha víry a náboženství, Finanční situace, Osamění, Rodina a bezpečné zázemí a Zdraví, samostatnost, činnost) bez faktoru číslo pět (Pozitivní přístup), který jsme byli nuceni z analýzy vyřadit kvůli chybění 50 % položek tohoto faktoru. Tento model je statisticky významný ( $p < 0,001$ ), dále je potřeba doplnit tato data:  $R^2 = 0,19$ ; Upravené  $R^2 = 0,14$ ;  $F(9,159) = 4,02$ . Našich 9 regresorů vysvětluje 19 % rozptylu závisle proměnné, respektive dle upraveného koeficientu determinance regresory vysvětlují procent 14. Jako signifikantní se ukázal faktor číslo 1 a 6. Za každý bod v první dimenzi kvality života se celkový skóre Strachu ze smrti sníží o 1,22 bodu. Naopak za 1 bod v šesté dimenzi kvality života se celkový skóre strachu ze smrti zvýší téměř o 1 bod (respektive přesně o 0,97 bodu). Spokojenost se životem (dle pojetí OPQOL-CZ-20) tedy snižuje strach ze smrti.

**Tab. 17:** Regresní analýza – subškála Vyhýbání se smrti

N=169	Závisle proměnná: Vyhýbání se smrti			
	$\beta$	b	t(159)	p-hodnota
Abs. Člen		2,08	0,18	0,858
Pohlaví	-0,02	-0,35	-0,27	0,790
Věk	0,07	0,13	0,83	0,406
U3V	-0,04	-0,67	-0,49	0,622
OPQOL-CZ-20_F1	-0,12	-0,35	-1,18	0,240
OPQOL-CZ-20_F2	-0,05	-0,18	-0,66	0,511
OPQOL-CZ-20_F3	-0,01	-0,02	-0,17	0,864
OPQOL-CZ-20_F4	<b>-0,23</b>	<b>-0,70</b>	<b>-2,71</b>	<b>0,007</b>
OPQOL-CZ-20_F6	<b>0,31</b>	<b>0,98</b>	<b>3,74</b>	<b>0,000</b>
OPQOL-CZ-20_F7	0,17	0,53	1,71	0,089

Tabulka 17 zachycuje regresní model u subškály Vyhýbání se smrti. Tento model vysvětlil 16 % rozptylu závisle proměnné ( $R^2=0,16$ ), kterou je zmíněný postoj ke smrti. Dle upraveného  $R^2$  respektive vysvětlil o 5 % méně (Upravené  $R^2=0,11$ ). Navržený model je statisticky významný ( $p=0,001$ ). Zbývá dodat:  $F(9,159)=3,27$ . V tomto modelu jsou statisticky významné dvě dimenze kvality života – Osamění a Rodina a bezpečné zázemí. Za 1 bod v dimenzi Osamění se skóre subškály Vyhýbání se smrti sníží o 0,7 bodu, zatímco v dimenzi Rodina a bezpečné zázemí zvýšení skóre o 1 bod povede ke zvýšení skóre postoje Vyhýbání se smrti téměř o jeden bod (přesná hodnota je 0,98 bodu).

**Tab. 18:** Regresní analýza – subškála Neutrální přijetí smrti

N=169	Závisle proměnná: Neutrální přijetí smrti			
	$\beta$	b	t(159)	p-hodnota
Abs. člen		<b>16,61</b>	<b>3,03</b>	<b>0,003</b>
Pohlaví	-0,14	-1,12	-1,80	0,074
Věk	0,10	0,09	1,31	0,193
U3V	0,13	1,02	1,61	0,110
OPQOL-CZ-20_F1	<b>0,31</b>	<b>0,42</b>	<b>3,06</b>	<b>0,003</b>
OPQOL-CZ-20_F2	0,01	0,01	0,09	0,928
OPQOL-CZ-20_F3	0,07	0,05	0,89	0,375
OPQOL-CZ-20_F4	-0,02	-0,03	-0,24	0,812
OPQOL-CZ-20_F6	0,08	0,12	0,96	0,338
OPQOL-CZ-20_F7	-0,05	-0,08	-0,52	0,601

Tabulka číslo 18 prezentuje regresní analýzu u subškály Neutrální přijetí smrti. Statistické ukazatele u tohoto modelu jsou tyto:  $R^2=0,18$ ; upravené  $R^2=0,13$ ;  $F(9,159)=3,79$ ;  $p<0,001$ . Model je statisticky významný a vysvětluje dle upraveného koeficientu



determinance 13 % rozptylu u závisle proměnné Neutrální přijetí smrti. Významným se ukázala první dimenze kvality života Spokojenost se životem. Za každý bod v této dimenzi získá proband našeho souboru 0,42 bodu v tomto typu postoji ke smrti.

**Tab. 19:** Regresní analýza – subškála Únikové přijetí smrti

N=169	Závisle proměnná: Únikové přijetí smrti			
	$\beta$	b	t(159)	p-hodnota
Abs. člen		<b>29,65</b>	<b>3,21</b>	<b>0,002</b>
Pohlaví	0,11	1,60	1,52	0,130
Věk	-0,02	-0,03	-0,28	0,781
U3V	0,01	0,14	0,13	0,894
OPQOL-CZ-20_F1	<b>-0,28</b>	<b>-0,70</b>	<b>-3,00</b>	<b>0,003</b>
OPQOL-CZ-20_F2	<b>0,18</b>	<b>0,51</b>	<b>2,40</b>	<b>0,018</b>
OPQOL-CZ-20_F3	-0,05	-0,07	-0,70	0,484
OPQOL-CZ-20_F4	<b>-0,16</b>	<b>-0,43</b>	<b>-2,09</b>	<b>0,038</b>
OPQOL-CZ-20_F6	0,14	0,38	1,85	0,066
OPQOL-CZ-20_F7	-0,12	-0,33	-1,33	0,186

Tabulka číslo 19 ukazuje hodnoty regresního modelu u subškály Únikové přijetí smrti. Doplnující statistika:  $R^2=0,28$ ; upravené  $R^2=0,24$ ;  $F(9,159)=6,82$ ;  $p<0,001$ . Opět můžeme prohlásit model statisticky významným, dle upraveného koeficientu determinance vysvětluje 24 % rozptylu závisle proměnné. Jako i v předchozích modelech, rozdíl mezi  $R^2$  a upraveným  $R^2$  není nijak významně odlišný. V našem souboru se tedy například vliv náhodného kolísání dat nezdá být nijak zásadní. 3 dimenze kvality života (Spokojenost se životem, Úloha víry a náboženství, Osamění) jsou statisticky významné. S rostoucím počtem bodů hrubého skóru v dimenzích Spokojenost se životem a Osamění klesá celkový skór v subškále Únikové přijetí smrti, naopak dimenze Úloha víry a náboženství má opačný vliv na skór zmíněného postoje ke smrti.

**Tab. 20:** Regresní analýza – subškála Vstřícné přijetí smrti

N=169	Závisle proměnná: Vstřícné přijetí smrti			
	$\beta$	b	t(159)	p-hodnota
Abs. člen		22,81	1,25	0,215
Pohlaví	0,12	3,46	1,66	0,098
Věk	-0,02	-0,07	-0,27	0,785
U3V	0,01	0,19	0,09	0,929
OPQOL-CZ-20_F1	-0,14	-0,72	-1,55	0,123
OPQOL-CZ-20_F2	<b>0,50</b>	<b>2,91</b>	<b>6,96</b>	<b>0,000</b>
OPQOL-CZ-20_F3	-0,03	-0,08	-0,40	0,688
OPQOL-CZ-20_F4	0,01	0,06	0,15	0,883
OPQOL-CZ-20_F6	0,13	0,75	1,83	0,069
OPQOL-CZ-20_F7	-0,09	-0,52	-1,06	0,291

Tabulka číslo 20 obsahuje data z regresního modelu u subškály Vstřícné přijetí smrti. Doplnující statistika obsahuje:  $R^2=0,35$ ; upravené  $R^2=0,31$ ;  $F(9,159)=9,55$ ;  $p<0,001$ . I tento model je statisticky významný, našich 9 regresorů vysvětluje 31 % rozptylu proměnné Vstřícné přijetí smrti, tedy největší díl při porovnání s ostatními modely. Poměrně nepřekvapivě vzhledem k povaze zkoumaného postoje ke smrti lze konstatovat, že statisticky významným regresorem se ukázala druhá dimenze kvality života (Úloha víry a náboženství), za každý bod v této dimenzi stoupne hodnota hrubého skóru subškály Vstřícné přijetí smrti o téměř 3 body (přesně o 2,91 bodu).

## 6 Platnost hypotéz

**H1:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Únikové přijetí smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

Na základě výsledků korelační matice dat jsme zjistili, že v rámci našeho výzkumného souboru existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a únikovým přijetím smrti:  $r = -0,26$ ;  $p = 0,001$ . **Hypotézu H1 proto přijímáme.**

**H2:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

Vypočítaná korelační matice dat neprokázala v rámci našeho výzkumného souboru existenci statisticky významné negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a strachem ze smrti:  $r = -0,14$ ;  $p = 0,078$ . **Hypotézu H2 proto zamítáme.**

**H3:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Vstřícné přijetí smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

V rámci našeho výzkumného souboru se neprokázala statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovou kvalitou života a vstřícným přijetím smrti:  $r = 0,06$ ;  $p = 0,469$ . **Hypotézu H3 proto zamítáme.**

**H4:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *dimenzí F1 Spokojenost se životem metody OPQOL-CZ-20* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

Statisticky významná negativní korelace mezi spokojeností se životem a strachem ze smrti byla v rámci našeho souboru prokázána:  $r = -0,25$ ;  $p = 0,001$ . **Hypotézu H4 proto přijímáme.**

**H5:** Existuje statisticky významná negativní korelace mezi *věkem* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

Na základě výsledků korelační analýzy se v rámci našeho souboru neprokázala statisticky významná negativní korelace mezi věkem a strachem ze smrti:  $r=0,00$ ;  $p=0,953$ . Je patrné, že v rámci našeho souboru neexistuje korelační vztah mezi zmíněnými dvěma proměnnými. **Hypotézu H5 proto zamítáme.**

**H6:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *pohlavím* a *skórem subškály Strach ze smrti* v rámci našeho výzkumného souboru.

Výsledky statistické analýzy dokládají, že v rámci našeho výzkumného souboru neexistuje statisticky signifikantní pozitivní korelace mezi pohlavím a strachem ze smrti:  $r_{pb}=0,14$ ;  $p=0,074$ . **Hypotézu H6 proto zamítáme.**

**H7:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *pohlavím* a *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* v rámci našeho výzkumného souboru.

V rámci našeho souboru se neprokázala statisticky významná pozitivní korelace mezi pohlavím a celkovou kvalitou života:  $r_{pb}=0,01$ ;  $p=0,915$ . **Hypotézu H7 proto zamítáme.**

**H8:** Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi *celkovou kvalitou života dle celkového skóru metody OPQOL-CZ-20* a *navštěvováním programu univerzity třetího věku* v rámci našeho výzkumného souboru.

V rámci našeho souboru byla prokázána statisticky významná pozitivní korelace mezi celkovou kvalitou života a navštěvováním programu univerzity třetího věku:  $r_{pb}=0,16$ ;  $p=0,033$ . Nicméně je potřebné dodat, že ačkoliv byl korelační vztah prokázán, hodnota korelačního koeficientu je slabá. Senioři našeho souboru, kteří za posledních šest měsíců navštěvovali programy univerzity třetího věku, vykazují vyšší celkovou kvalitu života oproti seniorům našeho souboru, kteří tyto programy nenavštěvovali. **Hypotézu H8 proto přijímáme.**

## 7 Diskuze

Tato kapitola empirické části bude zaměřena na diskuzi nad realizovaným výzkumem. Zhodnotíme uskutečněný sběr dat a výzkumný soubor. Zamyslíme se nad možnými zdroji chyb či nad nepřesnostmi, které se mohly v průběhu realizace výzkumu objevit. Neopomeneme výsledky našeho výzkumu srovnat s vybranými relevantními výzkumy a dát je do souvislostí s poznatky z teoretické části práce. V závěru se zamyslíme nad přesahem práce a podněty k dalšímu výzkumu.

Nebylo v našich silách (ať už časových či finančních) realizovat sběr dat pomocí pravděpodobnostních metod výběru. Data byla shromážděna pomocí nepravděpodobnostních metod: záměrný výběr a metoda tak zvané sněhové koule. Z uvedeného vyplývá, že náš výzkumný soubor nelze označit za reprezentativní. K použitým metodám sběru dat bychom rádi doplnili, že je považujeme v našem případě za vhodně zvolené. Tímto designem jsme získali potenciál oslovit poměrně široký okruh seniorů ve věku 60 až 75 let včetně napříč republikou a případně i získat značné množství dat efektivně a z pohledu probandů poměrně komfortní formou (senior mohl dotazníkovou baterii vyplnit v preferovaném čase i prostředí). Na druhou stranu kvůli online sběru dat jsme neměli možnost oslovit probandy naší cílové věkové skupiny, kteří nepoužívají internet, počítač či jiná elektronická zařízení umožňující vyplnění internetového formuláře. V jednom případě jsme nicméně obdrželi vzkaz, ze kterého bylo patrné, že vnuk pomáhal svému prarodiči s vyplněním dotazníku. Je tedy možné, že v několika případech mohl mít senior při vyplňování asistenci.

Celkově jsme sesbírali 169 validně vyplněných dotazníkových archů. Za minimální množství jsme si ve výzkumném záměru stanovili 100 probandů, což se nám tedy podařilo splnit. Stanovený počet jsme přesáhli o 69 probandů. Četnost mužů byla rovna 57, žen bylo 112, z čehož plyne, že náš výzkumný soubor není z hlediska pohlaví vyvážený. V našem souboru jasně převažovali senioři s vyšším dosaženým vzděláním (většina seniorů absolvovala maturitní zkoušku), zhruba 57 % souboru má rodinný status *ženatý či vdaná*, bezmála 82 % seniorů našeho souboru bydlí doma samostatně bez pomoci druhých, pouze 11 seniorů hodnotilo subjektivně svůj aktuální zdravotní stav jako *dost nemocný či nemocná*, v posledních šesti měsících téměř jedna třetina našeho souboru navštívila alespoň jednu přednášku v rámci programu univerzity třetího věku, zhruba 35 % seniorů našeho souboru ohodnotilo celkovou kvalitu života jako *velmi dobrou* a přibližně 38 % seniorů jako *dobrou*. Je zřejmé, že výsledky výzkumu je nutno posuzovat v kontextu struktury našeho souboru,

kteřou jsme výše ve stručnosti popsali. Je na místě předpokládat, že výsledky by mohly být jiné, pokud by soubor byl vyvážen například z hlediska pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, aktuálního zdravotního stavu a tak podobně. Také je možné předpokládat alespoň dílčí změnu ve výsledcích, pokud by byla velikost výzkumného souboru větší než stávající. Jako další zdroj nepřesností či zdroj ovlivnění výsledků je možné uvést obecně platnou nevýhodu sebeposuzujících metod. U těchto metod je výsledná odpověď dána výhradně subjektivním posouzením probanda. Proband tedy může záměrně upravovat své odpovědi. Vzhledem ke zkoumané věkové skupině je možné též očekávat i případné zkreslení výsledků kvůli možné zhoršující se schopnosti realistického sebeposouzení, což může být zapříčiněno i kognitivní deteriorací u seniora.

Výsledky výzkumu jsou také dány i výzkumnými nástroji a jejich psychometrickými kvalitami, proto se nyní chceme zabývat alespoň srovnáním reliability užitých metod. Pokud porovnáme získané výsledky hodnot Cronbachovo alfa s hodnotami z bakalářské diplomové práce, kterou realizovala a úspěšně obhájila autorka této magisterské práce, zjistíme následující: hodnota vnitřní konzistence metody OPQOL-CZ-20 v bakalářské práci byla rovněž naprosto uspokojivá, faktory číslo 1 a 3 dosahovaly velmi podobných hodnot, faktory číslo 4, 6 a 7 v magisterské práci dosáhly nezanedbatelně vyšších hodnot. Faktor číslo 2 v bakalářské práci měl hodnotu  $\alpha=0,75$ , v magisterské práci byla hodnota nižší ( $\alpha=0,64$ ). Celkově lze tedy konstatovat zlepšení hodnot vnitřní konzistence při zvýšení velikosti výzkumného souboru ( $N=68$  u bakalářské práce,  $N=169$  u této magisterské práce) (Kozlovová, 2017). Nyní porovnáme námi získané hodnoty vnitřní konzistence metody DAP-R s hodnotami, které reportovali ostatní autoři. V rámci našeho výzkumu jsme shledali uspokojivé hodnoty Cronbachovo alfa u čtyřech subškál, pouze pátá subškála Neutrální přijetí smrti vykázala sníženou hodnotu vnitřní konzistence  $\alpha=0,67$ . Též Machů (2016) došla k obdobným hodnotám u souboru o velikosti  $N=300$ , nicméně u subškály Neutrální přijetí smrti reportuje hodnotu  $\alpha=0,56$ , tedy již hodnotu pod hranicí přijatelnosti. Kovář (2018) potvrdil uspokojivou vnitřní konzistenci čtyř subškál z pěti, pátá subškála Neutrální přijetí smrti dosáhla v jeho výzkumu hodnoty  $\alpha=0,73$ , velikost výzkumného souboru byla  $N=947$ . Zdá se, že zmíněná subškála vykazuje nižší hodnoty vnitřní konzistence, ostatní subškály se jeví jako zcela dostatečně vnitřně konzistentní. Závěrem lze konstatovat, že námi vybrané výzkumné metody sběru dat se jeví jako reliabilní a výzkumně použitelné, tudíž možný zdroj zkreslení výsledků v užitých metodách neshledáváme.

Nyní se budeme zabývat srovnáním výsledků našeho výzkumu s výsledky vybraných relevantních výzkumů ostatních autorů. Formulovali jsme 8 hypotéz, z nichž 3 jsme

na základě výsledků přijali a 5 jsme zamítli. V rámci našeho souboru byla zjištěna statisticky významná: negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a únikovým přijetím smrti ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,001$ ), negativní korelace mezi spokojeností se životem a strachem ze smrti ( $r = -0,25$ ;  $p = 0,001$ ) a pozitivní korelace mezi celkovou kvalitou života a navštěvováním programu univerzity třetího věku ( $r_{pb} = 0,16$ ;  $p = 0,033$ ). Zamítli jsme hypotézy o statisticky významné: negativní korelaci mezi celkovou kvalitou života a strachem ze smrti ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,078$ ), pozitivní korelaci mezi celkovou kvalitou života a vstřícným přijetím smrti ( $r = 0,06$ ;  $p = 0,469$ ), negativní korelaci mezi věkem a strachem ze smrti ( $r = 0,00$ ;  $p = 0,953$ ), pozitivní korelaci mezi pohlavím a strachem ze smrti ( $r_{pb} = 0,14$ ;  $p = 0,074$ ), pozitivní korelaci mezi pohlavím a celkovou kvalitou života ( $r_{pb} = 0,01$ ;  $p = 0,915$ ).

Rurup et al. (2011) dospěli ve svém výzkumu ke stejnému zjištění jako my – existuje negativní souvislost mezi celkovou kvalitou života a únikovým přijetím smrti. Výzkum Rurupa a kolegů byl kvalitativní, průměrný věk celkového počtu 31 probandů byl 74 let. Ve svém výzkumu mimo jiné uvádějí, že postoj únikového přijetí smrti vykrytalizoval u jedinců na základě déletrvajících nízké kvality života plného strastí a nepřízně nebo byl zapříčiněn náhlou tragickou životní událostí. Dále jsme v rámci našeho souboru prokázali negativní korelaci mezi spokojeností se životem a strachem ze smrti. K témuž výsledku dospěl i Neimeyer et al. (2011), ačkoliv citovaný výzkum byl založen na souboru probandů částečně odlišného věkového spektra. Rozpětí bylo 39 až 99 let a jednalo se o pacienty, kteří využívali hospicové služby. Z výzkumu konkrétně vyplynulo, že vyšší míra strachu ze smrti byla konkrétně spojena s životními zklamáními a citovým strádáním. Výsledky našeho výzkumu potvrdily pozitivní korelaci mezi celkovou kvalitou života a navštěvováním programu univerzity třetího věku. Toto zjištění též výzkumně potvrdily Dvořáčková a Kajanová (2012), nicméně tyto výsledky autorky zjistily u skupiny mužů a ke sběru dat použily ve srovnání s našimi metodami sběru dat odlišnou metodu – WHOQOL-OLD.

Námi realizovaný výzkum nezjistil signifikantní negativní korelaci mezi celkovou kvalitou života a strachem ze smrti. K opačnému výsledku dospěl Neimeyer et al. (2011). Ten s kolegy dále zjistil statisticky významnou pozitivní korelaci mezi vstřícným přijetím smrti a kvalitou života, což se v našem výzkumném souboru nepodařilo prokázat. V rámci našeho výzkumu se neprokázala signifikantní negativní korelace mezi věkem a strachem ze smrti, respektive dle naměřené hodnoty  $r = 0,00$  je patrné, že mezi těmito dvěma proměnnými v rámci našeho souboru neexistuje korelační vztah. Russac et al. (2007) zkoumali vztah mezi věkem a strachem ze smrti a prokázali, že strach ze smrti s věkem klesá. Nicméně upozorňují na bimodální distribuci u žen – ženy mají nejvyšší míru strachu ze smrti

v období kolem 20. a 50. roku věku. Jejich výsledky jsou s naším zjištěním v rozporu. S naším zjištěním o neexistenci korelačního vztahu mezi věkem a strachem ze smrti je v souladu tvrzení z metaanalýzy, kterou provedli Fortner a Neimeyer (1999). Tito autoři dodávají, že ani pohlaví a religiozita významně nesouvisí se strachem ze smrti u seniorů. Cicirelli (2001) naopak uvádí, že zjistil pozitivní souvislost mezi věkem a strachem ze smrti. Na okraj můžeme zmínit, že Depaoli et al. (2003) prokázali negativní vztah mezi věkem a strachem z předčasné smrti u seniorů.

V rámci našeho výzkumu se nepotvrdilo, že by ženy statisticky významně dosahovaly vyšší míry strachu ze smrti oproti mužům. Naopak námi formulovanou hypotézu potvrdili Azaiza et al. (2010) u výzkumného souboru o velikosti 145 probandů ve věku 60 a více let. Také Depaoli et al. (2003) došli k totožnému závěru jako předchozí skupina autorů. K opačnému zjištění dospěl Neimeyer et al. (2011). V jejich souboru naopak muži dosahovali vyšší míry strachu ze smrti oproti ženám. Moreno et al. (2008) stejně jako autorka této diplomové práce nenašel signifikantní vztah mezi pohlavím a strachem ze smrti ve výzkumném souboru seniorů ve věku 65 let a více.

Dále jsme neprokázali statisticky významný pozitivní korelační vztah mezi ženským pohlavím a celkovou kvalitou života. Z našich výsledků plyne, že neexistuje zmíněná souvislost ( $r_{pb}=0,01$ ). Dvořáčková a Kajanová (2012) naopak zjistily, že ženy vykazují vyšší míru kvality života než muži. K totožnému závěru dospěla i Zaninottová et al. (2009).

Je zřetelné, že s některými výsledky výzkumů se naše výsledky neshodují, důvodů může být celá řada. Mnoho výzkumníků nepoužilo ke sběru dat námi vybrané metody či použili odlišný metodologický přístup, věková struktura byla do jisté míry odlišná (například jiní autoři zkoumali období senia v celé šíři), odlišné mohly být i ostatní proměnné – například aktuální zdravotní stav, ekonomický status či typ bydlení. Dále nelze zanedbat vliv kultury, srovnávání výsledků evropských a například amerických výzkumů je tudíž limitováno.

Získaná data jsme zkoumali též pomocí vícenásobné lineární regresní analýzy. Vytvořili jsme 5 modelů dle pěti různých postojů ke smrti, všechny modely se ukázaly jako statisticky významné. Jako nezávisle proměnné (regresory) byly vždy: pohlaví, věk, návštěvování programu U3V a šest dimenzí kvality života. U postoje strachu ze smrti model vysvětlil dle upraveného  $R^2$  14 % rozptylu. Model ukázal, že spokojenost se životem snižuje strach ze smrti. Naopak zvýšení skóru v dimenzi Rodina a bezpečné zázemí vede ke zvýšení strachu ze smrti, což je kupříkladu v rozporu se zjištěním Hallberga (2004), který v publikované metaanalýze hovoří o tom, že sociální opora u seniorů snižuje strach ze smrti.



Model u postoje vyhýbání se smrti vysvětlil 11 % rozptylu. Opět za každý bod v dimenzi Rodina a bezpečné zázemí je zvýšen skór zkoumaného postoje, opačný vliv má dimenze Osamění. 13 % rozptylu závisle proměnné Neutrální přijetí smrti vysvětlilo našich 9 regresorů. V tomto případě lze předpokládat, že čím více bude proband spokojený se životem, tím spíše se bude klonit k neutrálnímu přijetí smrti. Z celkového rozptylu postoje únikového přijetí smrti je syceno 24 procent 9 regresory. V rámci našeho souboru lze vysledovat, že čím více je senior spokojený se životem a není osamělý, tím méně se bude přiklánět k tomuto postoji. Naopak pokud bude považovat za důležitou ve svém životě úlohu víry a náboženství, bude se spíše identifikovat s únikovým přijetím smrti. K podobnému výsledku dospěl i Kovář (2018). Stejně jako citovaný autor i my bychom očekávali, že se tento vztah spíše projeví u postoje vstřícného přijetí smrti vzhledem k povaze tohoto postoje. Z našeho pohledu by bylo užitečné v budoucím výzkumu tuto souvislost blíže prozkoumat. Nejvíce procent rozptylu vysvětlil regresní model u vstřícného přijetí smrti, konkrétně 31 %. I v tomto modelu zvyšuje skór daného postoje ke smrti dimenze Úloha víry a náboženství.

Z výsledků regresní analýzy u jednotlivých postojů ke smrti je zřejmé, že negativní postoje ke smrti (strach a vyhýbání se) ovlivňuje vždy šestá dimenze kvality života (Rodina a bezpečné zázemí), pozitivní postoje ke smrti jsou ovlivňovány vždy druhou dimenzí kvality života (Úloha víry a náboženství). První dimenze kvality života (Spokojenost se životem) ovlivňuje pozitivní postoj ke smrti (Únikové přijetí smrti), negativní postoj (Strach ze smrti) i neutrální postoj (Neutrální přijetí smrti). Pouze u neutrálního přijetí smrti tento faktor působí přímo úměrně (čím více je člověk spokojený se životem, tím více se přiklání k neutrálnímu přijetí smrti). Z uvedeného je patrné, že jednotlivé faktory kvality života poměrně specificky ovlivňují dané postoje ke smrti. Domníváme se, že by bylo prospěšné tyto vztahy hlouběji analyzovat v budoucím výzkumu.

V závěru kapitoly se zamyslíme nad vedlejšími výsledky, které přinesla statistická analýza. Uvedeme na základě těchto statistických výsledků i kvalitativní analýzy komentářů od probandů možné budoucí směry výzkumu v této oblasti. Zjistili jsme, že v rámci našeho souboru dimenze kvality života Osamění statisticky významně negativně koreluje s únikovým přijetím smrti ( $r = -0,34$ ;  $p < 0,001$ ), což je například v rozporu se zjištěním Rurupa et al. (2011). V tomto výzkumu byl jako jeden z faktorů přispívajících k přání umřít u seniorů identifikován pocit osamělosti. Zjištění z našeho výzkumu naopak vypovídá o tom, že čím více se naši probandi cítili osamělí, tím méně chtěli z tohoto života odejít, jako by jim tedy osamělost nesnižovala kvalitu života. Také toto zjištění by mohlo být zajímavé více prozkoumat. V budoucím výzkumu by z našeho pohledu i z pohledu několika našich

probandů bylo prospěšné zahrnout mezi nezávisle proměnné: religiozitu, postoje k eutanázii (včetně jejích subtypů) či k hospicové péči. Například religiozita dle Hallberga (2004) poměrně silně ovlivňuje strach ze smrti. Domníváme se, že postoje k eutanázii by mohly vykazovat též souvislost s určitými postoji ke smrti.

V rámci rešerše literatury k této práci se často objevovalo tvrzení, že senioři cítí potřebu o smrti a umírání mluvit nejen s příbuznými, ale i třeba s ošetřujícím personálem. I někteří naši probandi cítili tuto potřebu a zanechali nám v prostoru pro komentáře svá sdělení, která se týkala smrti. Rádi bychom přispěli k detabuizaci tématu smrti, neboť je evidentní i z našeho výzkumu, že probírání tohoto tématu má smysl. Doporučuje, aby se další výzkumníci zaměřili například na: do jaké míry je ošetřující personál v institucích, které poskytují péči seniorům, ochoten a schopen s nimi o otázkách smrti a umírání hovořit; jaké konkrétní potřeby v této oblasti mají senioři; co by ošetřující personál potřeboval, aby byl adekvátně připraven se seniory tento dialog vést a tak dále.

## 8 Závěry

Cílem naší magisterské diplomové práce bylo u souboru seniorů v období raného stáří prozkoumání souvislostí postojů ke smrti a kvality života současně s dalšími nezávisle proměnnými popisujícími sociodemografické charakteristiky. Náš soubor tvořilo 169 probandů ve věku od 60 do 75 let včetně, data byla získána pomocí metod DAP-R, OPQOL-CZ-20 a strukturovaného dotazníku na sociodemografické proměnné.

Z osmi stanovených hypotéz jsme tři přijali a pět zamítli. Byla potvrzena statisticky signifikantní negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a únikovým přijetím smrti ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,001$ ) i mezi spokojeností se životem a strachem ze smrti ( $r = -0,25$ ;  $p = 0,001$ ). Prokázali jsme také pozitivní korelační vztah mezi celkovou kvalitou života a navštěvováním programu U3V ( $r_{pb} = 0,16$ ;  $p = 0,033$ ).

Na základě našich výsledků jsme zamítli tyto předpokládané signifikantní vztahy: negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a strachem ze smrti ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,078$ ) i mezi věkem a strachem ze smrti ( $r = 0,00$ ;  $p = 0,953$ ). Dále jsme zamítli zbývající tři hypotézy předpokládající: pozitivní korelaci mezi celkovou kvalitou života a vstřícným přijetím smrti ( $r = 0,06$ ;  $p = 0,469$ ), mezi pohlavím a strachem ze smrti ( $r_{pb} = 0,14$ ;  $p = 0,074$ ) a konečně i mezi pohlavím a celkovou kvalitou života ( $r_{pb} = 0,01$ ;  $p = 0,915$ ). V rámci našeho souboru neexistuje statisticky významná souvislost mezi ženským pohlavím a vyšší mírou strachu ze smrti a také mezi zmíněným pohlavím a vyšší mírou celkové kvality života.

Některé výsledky našeho výzkumu jsou ve shodě se vztažnými výzkumnými závěry ostatních autorů. Například Rurup et al. (2011) též dospěl k negativní korelaci mezi celkovou kvalitou života a únikovým přijetím smrti. Neimeyer et al. (2011) zjistil negativní korelační vztah mezi spokojeností se životem a strachem ze smrti, k čemuž jsme dospěli i v našem výzkumu. V rámci našeho souboru se neprokázalo, že ženy mají vyšší celkovou kvalitu života než muži. Ve výzkumném souboru Dvořáčkové a Kajanové (2012) i Zaninottové et al. (2009) se ale tento vztah podařilo prokázat. Vztah pohlaví a kvality života je tedy otevřený dalšímu zkoumání.

Regresní analýza například odhalila, že šestý faktor kvality života (Rodina a bezpečné zázemí) saturuje v kladném směru negativní typ postojů ke smrti. Dále bylo zjištěno, že dimenze kvality života Úloha víry a náboženství v kladném směru působí na pozitivní postoje ke smrti. První faktor kvality života Spokojenost se životem působí různým způsobem na všechny tři typy postojů ke smrti (pozitivní, negativní i neutrální). U neutrálního přijetí smrti tento faktor působí přímo úměrně.

## 9 Souhrn

Tato diplomová práce se soustředila na postoje ke smrti v souvislosti s kvalitou života a sociodemografickými proměnnými u seniorů ve věku 60 až 75 let. Teoretickou část tvoří 4 kapitoly a empirickou 9 kapitol.

První kapitola teoretické části byla věnována vývojovému období stáří. Nejprve jsme se krátce zabývali různými periodizacemi zmíněného období například dle Příhody, Vágnerové či Thorové. Soustředili jsme se na popis psychických aspektů stáří, jakými jsou například změny v osobnosti, kognici, emočním prožívání. Zmínili jsme nejčastější psychické poruchy i významný mezník – odchod do starobního důchodu. Následně jsme přiblížili fyzické aspekty stárnutí jako je snížení citlivosti všech pěti smyslů nebo v některých případech přítomnost polymorbidity. Výše zmíněné zpravidla ovlivňuje kvalitu života seniora. Na konci první kapitoly poskytujeme stručný přehled o historii a současnosti univerzit třetího věku na našem území. Programy univerzit třetího věku mohou v současnosti senioři navštěvovat ve městech napříč republikou, tyto vzdělávací aktivity jsou zde dostupné již od roku 1986.

V druhé kapitole hovoříme o pojmu smrt a postojích k ní. Postoje ke smrti začaly být v centru zájmu psychologů již v polovině 20. století. Byla vytvořena řada jednodimenzionálních i multidimenzionálních metod k jejich měření, v této kapitole zmiňujeme například Revidovanou Collet-Lesterovu škálu strachu ze smrti, Škálu strachu ze smrti či Revidovaný profil postoje ke smrti. Definujeme pojmy umírání, dobrá smrt či paliativní péče. Popisujeme pětistupňový model vyrovnávání se se smrtí dle Kübler-Rossové.

Následná kapitola je zaměřena na kvalitu života a související aspekty. Kvalita života se zjednodušeně pojí s pocity “životního štěstí”, s duševní harmonií, zdravím či se soběstačností. Lze rozlišit objektivní a subjektivní kvalitu života. Kvalitu života ovlivňují sociální a ekonomické aspekty, religiozita či spiritualita, zdravotní stav a podobně. Kvalitu života lze u seniorů měřit například pomocí metod OPQOL-35, OPQOL-CZ-20 či WHOQOL-OLD, jejíž jedna subškála zjišťuje strach ze smrti a umírání.

Poslední kapitola teoretické části popisuje relevantní zahraniční i tuzemské výzkumy postojů ke smrti a kvality života. Nejprve jsme se soustředili na samotné výzkumy postojů ke smrti u seniorů, následně pak na vybrané výzkumy kvality života u starších lidí. Přiblížili jsme i zjištění výzkumů, které zkoumaly oba koncepty současně. Uvedli jsme také několik tuzemských diplomových či rigorózních prací, které byly zaměřeny na zmíněné koncepty.

Empirická část diplomové práce přibližuje provedený výzkum, jehož cílem bylo prozkoumání souvislostí mezi postoji ke smrti a kvalitou života společně s určitými sociodemografickými proměnnými u seniorů ve věku 60 až 75 let včetně. Data byla získána v průběhu osmi měsíců (červenec 2018 až únor 2019) pomocí nepravděpodobnostních metod výběru – záměrný výběr a metoda sněhové koule. Ke sběru dat byl výhradně použit online formulář tvořený Inventářem kvality života OPQOL-CZ-20, Revidovaným profilem postoje ke smrti a nestandardizovaným strukturovaným dotazníkem zaměřeným na sociodemografické proměnné. Z celkového počtu 205 vyplněných dotazníkových baterií bylo 169 validních. Z osmi formulovaných hypotéz jsme tři přijali a pět zamítli. Na základě výsledků statistické analýzy můžeme konstatovat, že v rámci našeho souboru byla zjištěna statisticky významná negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a únikovým přijetím smrti i mezi spokojeností se životem a strachem ze smrti. Dále byla zjištěna významná pozitivní korelace mezi celkovou kvalitou života a navštěvováním programu univerzity třetího věku. Zjistili jsme statisticky nevýznamnou korelaci mezi celkovou kvalitou života a strachem ze smrti. Mezi celkovou kvalitou života a vstřícným přijetím smrti, mezi celkovou kvalitou života a pohlavím či mezi věkem a strachem ze smrti nebyl u našich probandů identifikován korelační vztah. Také nebyla prokázána vyšší míra strachu ze smrti u žen oproti mužům. Některé naše výsledky jsou v souladu se zjištěními z relevantních výzkumů, jiné se s nimi rozcházejí. Dosažené výsledky je nutné posuzovat v kontextu struktury našeho výzkumného souboru, který nebyl vyvážen z hlediska pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání či aktuálního zdravotního stavu – drtivá většina souboru prohlásila, že se cítí zdravá či že má nemoci přiměřené věku.

Vícenásobná lineární regresní analýza přinesla mimo jiné tyto výsledky. Vybraných 9 regresorů (pohlaví, věk, navštěvování programu U3V a šest dimenzí kvality života) se snažilo vysvětlit rozptyl závisle proměnné, tedy daného postoje ke smrti. Nejmenší část rozptylu regresory vysvětlily u vyhýbavého postoje ke smrti (11 %), nejvíce u vstřícného přijetí smrti (31 %). Rozptyl u únikového přijetí smrti byl vysvětlen ze 24 %, u strachu ze smrti ze 14 % a u neutrálního přijetí smrti ze 13 %. Za zajímavé lze považovat, jaké dimenze kvality života a jakým způsobem sytí příslušné postoje ke smrti. Například dimenze Rodina a bezpečné zázemí v kladném směru (ve smyslu přímé úměry) působí na negativní typ postojů ke smrti (strach ze smrti a vyhýbání se smrti). Dimenze Spokojenost se životem působí na všechny tři typy postojů ke smrti – na pozitivní a negativní postoje v záporném směru, na neutrální postoj v kladném směru. Jako poměrně inovativní výsledek sledujeme

zjištění, že v rámci našeho souboru působí dimenze kvality života Úloha víry a náboženství v kladném směru na únikové přijetí smrti. K podobnému zjištění došel ve svém výzkumu i Kovář (2018).

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- Abdel-Khalek, A. M., & Neimeyer, R. A. (2017). Death anxiety scale. *Encyclopedia of personality and individual differences*, 1–4. doi: 10.1007/978-3-319-28099-8\_21-1
- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2014). Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 27(5), 715-725. doi:10.1017/S1041610214001665
- Asociace univerzit třetího věku. (nedat.). *Historie AU3V*. Získáno 19. 12. 2018 z <http://www.au3v.org/home/historie>
- Asociace univerzit třetího věku. (nedat.). *Základní informace o AU3V*. Získáno 19. 12. 2018 z <http://www.au3v.org>
- Ayers, S., & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada.
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly arab muslims in Israel. *Death studies*, 34(4), 351-364. doi: 10.1080/07481181003613941
- Báčová, V. et al. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Bengtson, V. L., Cuellar, J. B., & Ragan, P. K. (1977). Stratum contrasts and similarities in attitudes toward death. *Journal of gerontology*, 32(1), 76-88.
- Blatný, M. (Ed.). (2017). *Psychologie celoživotního vývoje*. Univerzita Karlova: Karolinum.
- Bonk, E. (2016). The influence of activeness and independence on the quality of life of senior citizens. *Polish psychological bulletin*, 47(3), 338-345. doi: 10.1515/ppb-2016-0040
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *In oncology nursing forum*, 37(1), 43-49.
- Bužgová, R., & Janíková, E. (2017). Czech adaption of the Collett–Lester fear of death scale in a sample of nursing students. *OMEGA*, 0(0) 1–15. doi: 10.1177/0030222817725183
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death studies*, 25(8), 663-683.
- Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of psychology*, 72, 179-181.
- Český statistický úřad. (15. 2. 2018). *Ne všechny státy stárnou stejně rychle*. Získáno 2. 3. 2019 z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ne-vsechny-staty-starnou-stejne-rychle>

- Český statistický úřad. (2017). *Počet a věkové složení obyvatel k 31. 12. - územní srovnání*. Získáno 7. 3. 2019 z [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEM01&z=T&f=TABULKA&skupId=606&katalog=30845&pvo=DEM01&str=v33&evo=v866\\_!\\_VUZEMI97-100\\_1&c=v3~2\\_\\_RP2017MP12DP31#w=](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEM01&z=T&f=TABULKA&skupId=606&katalog=30845&pvo=DEM01&str=v33&evo=v866_!_VUZEMI97-100_1&c=v3~2__RP2017MP12DP31#w=)
- Čevela, R., Čeledová, L., Kalvach, Z., Holčík J., & Kubů, P. (2014). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada.
- Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death studies*, 27(4), 335-354. doi: 10.1080/07481180390199091
- Drábková, P. (2014). *Kvalita života seniorů s močovou inkontinencí*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Dragomirecká, E., & Šelepová, P. (2004). *Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum*. In *Kvalita života, Sborník příspěvků z konference*, (91-101). Získáno 11. 1. 2019 z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf>
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.
- Dvořáčková, D., & Kajanová, A. (2012). Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*, 14(3), 331–339.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: meaningful rediscovery. *American psychologist*, 45(4), 537-543.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387-411.
- Hallberg, I. R. (2004). Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging clinical and experimental research*, 16(2), 87-103.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén.
- Hawthorne, G. (2009). Assessing utility where short measures are required: Development of the short assessment of quality of life-8 (AQoL-8) instrument. *Value in health*, 12(6), 948–957. doi: 10.1111/j.1524-4733.2009.00526.x
- Hawthorne, G., Richardson, J., & Day, N. (2001). *Using the assessment of quality of life (AQoL) version 1*. Melbourne: Centre for health program evaluation.



- Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon).
- Howel, D. (2012). Interpreting and evaluating the CASP-19 quality of life measure in older people. *Age and ageing*, 41(5), 612–617. doi: 10.1093/ageing/afs023
- Hrabalová, Š. (2014). *Blízké vztahy a postoj ke smrti v kontextu kvality života seniorů v domácí péči*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Chalupová, J. (2017). *Postoje dospělých osob ke smrti a umírání*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Chandler, J. M., Martin, A. R., Girman, C., Ross, P. D., Love-McClung, B., ... Yawn, B. P. (1998). Reliability of an osteoporosis-targeted quality of life survey instrument for use in the community: OPTQoL. *Osteoporosis international*, 8(2), 127-135. doi: 10.1007/BF02672508
- Jakubec, P. (2014). *Vliv preventivního programu SENIOR AKADEMIE na kvalitu života seniorů*. (Nepublikovaná rigorózní práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Jiráček, R., et al. (2013). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén.
- Kalousová, M. (2014). *Kvalita života pracujících seniorů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Kandler, C., Kornadt, A. E., Hagemeyer, B., & Neyer, F. J. (2015). Patterns and sources of personality development in old age. *Journal of personality and social psychology*, 109(1), 175-191.
- Kelnarová, J., & Matějková, E. (2010). *Psychologie 1. díl. Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada.
- Kovář, K. (2017). *Postoje ke smrti u vybrané klinické populace*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kovář, K. (2018). *Postoje ke smrti v souvislosti s nadějí, životní smysluplností a sebehodnocením u studentů vysokých škol*. (Nepublikovaná rigorózní práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kozlovová, A. (2017). *Souvislost kvality života a strategií zvládání stresu u seniorů vzhledem k pohybové aktivitě*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Kübler-Rossová, E. (2015). *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
- Kutnohorská, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada.

- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2013). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lewinson, T., Hurt, K., & Hughes, A. K. (2015). "I overcame that with God's hand on me": Religion and spirituality among older adults to cope with stressful life situations. *Journal of religion & spirituality in social work: social thought*, 34(3), 285-303. doi: 10.1080/15426432.2015.1009610
- Lin, K. Ch., Fu, T., Wu, Ch. Y., Hsieh, Y. W., Chen, Ch. L., & Lee, P. Ch. (2010). Psychometric comparisons of the stroke impact scale 3.0 and stroke-specific quality of life scale. *Quality of life research*, 19(3), 435-443. doi: 10.1007/s11136-010-9597-5
- Ludíková, L. et al. (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lužný, J. (2012). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton.
- Machů, K. (2012). *Postoje ke smrti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Machů, K. (2016). *Spiritualita a postoje ke smrti*. (Nepublikovaná disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mareš, J. (2014). Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař*, 94(1), 22-31.
- Mareš, J. et al. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD.
- Mareš, J., Cígler, H., & Vachková, E. (2016a). Czech version of OPQOL-35 questionnaire: the evaluation of the psychometric properties. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 1-13.
- Mareš, J., Cígler, H., & Vachková, E. (2016b). *Dotazník OPQOL-CZ-20*. Hradec Králové: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy.
- McNamara, P. (2002). The motivational origins of religious practices. *Zygon*, 37(1), 143-160. doi:10.1111/1467-9744.00418
- Meier, E. A., Gallegos, J. V., Thomas, L. P. M., Depp, C. A., Irwin, S. A., & Jeste, D. V. (2016). Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *The american journal of geriatric psychiatry*, 24(4), 261-271.
- Melkusová, K. (2018). *Kvalita života seniorek vdov v mezigeneračním soužití na venkově*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Moreno, R. P., De La Fuente Solana, E. I., Rico, M. A., & Fernández, L. M. L. (2009). Death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elderly people in Spain. *OMEGA*, 58(1), 61-76. doi: 10.2190/OM.58.1.d

- Naderi, F., & Esmaili, E. (2009). Collet-Lester fear of death scale validation and gender-based comparison of death anxiety, suicide ideation and life satisfaction in university students. *Journal of applied sciences*, 9(18), 3308-3316.
- Nakonečný, M. (2012). *Emoce*. Praha: Triton.
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (1994). *Death anxiety handbook*. Washington: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Coleman, R., Tomer, A., & Samuel, E. (2011). Confronting suffering and death at the end of life: The impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death studies*, 35(9), 777-800. doi: 10.1080/07481187.2011.583200
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death studies*, 28(4), 309-340. doi: 10.1080/07481180490432324
- Nešporová, O. (2013). *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Nezbeda, O. (2016). *Průvodce smrtelníka. Prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka.
- Ondrušová, J. (2009). Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*, 7(1), 36-39.
- Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada.
- Ostravská univerzita (nedat.). *Univerzita třetího věku*. Získáno 10. 2. 2019 z <https://www.osu.cz/univerzita-tretiho-veku/>
- Palomäki, L. M. (2018). Does it matter how you retire? Old-age retirement routes and subjective economic well-being. *Social indicators research*, 1-19. doi: 10.1007/s11205-018-1929-9
- Paschoal, S. M. P., Jacob Filho, W., & Litvoc, J. (2008). Development of elderly quality of life index – EqoLI: item reduction and distribution into dimensions. *Clinics*, 63(2), 179-188. doi: 10.1590/S1807-59322008000200005
- Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Peel, N. M., Bartlett, H. P., & Marshall, A. L. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian journal on ageing*, 26(4), 162-167. doi: 10.1111/j.1741-6612.2007.00249.x
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-old module. *Quality of life research*, 14(10), 2197-2214. doi: 10.1007/s11136-005-7380-9
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.

- Příhoda, V. (1974). *Ontogeneze lidské psychiky IV. Vývoj člověka v druhé polovině života*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Příhoda, V. (1977). *Ontogeneze lidské psychiky I. Vývoj člověka do patnácti let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Querfurth H. W., LaFerla, F. M. (2010). Alzheimer's disease. *New england journal of medicine*, 362(19), 1844–1845. doi: 10.1056/NEJMc1002323
- Resnick, B., Galik, E., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Ellis, J., ... Flanagan, N. M. (2018). Reliability and validity testing of the quality of life in late-stage dementia scale. *American journal of alzheimer's disease & other dementias*, 33(5), 1-7. doi: 10.1177/1533317518765133
- Robbins, R. A. (1991). Bugen's coping with death scale: reliability and further validation. *OMEGA*, 22(4), 287–299. doi:10.2190/hntd-rwrw-y3yn-vwx1
- Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die, a qualitative interview study. *Crisis*, 32(4), 204–216. doi: 10.1027/0227-5910/a000078
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death studies*, 31(6), 549–561. doi: 10.1080/07481180701356936
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem. vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Scarre, G. (2012). Can there be a good death? *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(5), 1082-1086. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01922.x
- Schultz-Larsen, K., Lomholt, R. K., & Kreiner, S. (2007). Mini-mental status examination: a short form of MMSE was as accurate as the original MMSE in predicting dementia. *Journal of clinical epidemiology*, 60(3), 260-267. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.06.008
- Schwarz, B., & Benson, J. J. (2018). The “medicalized death”: dying in the hospital. *Journal of housing for the elderly*, 32(3-4), 379-430. doi: 10.1080/02763893.2018.1505462
- Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J., & Kabelka, J. (2011). Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada.
- Smith, J. M. (2012). Portraits of loneliness: emerging themes among community-dwelling older adults. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 50(4), 34-39. doi:10.3928/02793695-20120306-04

- Smith, R. (2000). A good death: an important aim for health services and for us all. *BMJ*, 320(1), 129-130.
- Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., Bosworth, H. B., McNeilly, M., Christakis, N. A. ... Tulsky, J. A. (2004). Measuring quality of life at the end of life: validation of the QUAL-E. *Palliative & supportive care*, 2(1), 3-14. doi: 10.1017/S1478951504040027
- Suchomelová, V. (2016). *Senioři a spiritualita, duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů.
- Ševčíková, K. (2015). *Narativní analýza postojů ke smrti pracovníků v pomáhajících profesích*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Šiklová, J. (2013). *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich.
- Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., ... Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a death anxiety scale—extended. *OMEGA*, 53(3), 209–226. doi: 10.2190/bqfp-9uln-nuly-4jdr
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Topinková, E. (2010). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.
- Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press.
- Univerzita Hradec Králové (2. 11. 2018). *Univerzita třetího věku*. Získáno 10. 2. 2019 z <https://www.uhk.cz/cs-CZ/PDF/Studium/Centrum-celozivotniho-vzdelavani/Univerzita-tretiho-veku>
- Univerzita Karlova (29. 5. 2018). *Univerzita třetího věku*. Získáno 10. 2. 2019 z <https://www.cczv.cuni.cz/CCZV-15.html>
- Univerzita Palackého v Olomouci (nedat.). *Informace o studiu*. Získáno 10. 2. 2019 z <https://u3v.upol.cz/info-775/>
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum.
- Vachková, E., Čermáková, E., Mareš, J., & Cigalová, V. (2015). Kvalita života seniorů – hodnocení kvality života pomocí dotazníku WHOQOL-OLD a OPQoL-35. In Kozoň, V., & Bašková, M. (Eds.), *Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovatel'stva* (51-55). Martin: Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine.
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2011). *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf.
- Vokurka, M., Hugo, J., et al. (2005). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
- Wettstein, M., Tauber, B., Kužma, E., & Wahl, H. W. (2017). The interplay between personality and cognitive ability across 12 years in middle and late adulthood: Evidence for reciprocal associations. *Psychology and aging*, 32(3), 259-277.

World Health Organization (nedat.). *What is healthy ageing?* Získáno 2. 2. 2019 z <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

Zaninotto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: results from the english longitudinal study of ageing. *Quality of life research*, 18(10), 1301-1309. doi: 10.1007/s11136-009-9543-6

Zapletalová, M. (2016). *Postoje seniorů ke smrti, umírání a paliativní péči*. (Nepublikovaná diplomová práce). Ostravská univerzita v Ostravě.

## **Přílohy diplomové práce**

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce
3. Nestandardizovaný strukturovaný dotazník
4. Ukázka matice dat

## Příloha 1

### ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

<b>Název práce:</b>	Postoje ke smrti a kvalita života u seniorů
<b>Autor práce:</b>	Bc. Aneta Kozlovová
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.
<b>Počet stran a znaků:</b>	85 stran, 172 538 znaků
<b>Počet příloh:</b>	4
<b>Počet titulů použité literatury:</b>	115

**Abstrakt:** Diplomová práce se zabývá postoji ke smrti a kvalitou života u seniorů. Cílem práce je zkoumání vztahů mezi postoji ke smrti a kvalitou života spolu s vybranými sociodemografickými proměnnými u seniorů ve věku 60 až 75 let. Teoretická část popisuje základní pojmy a metody měření postojů ke smrti a kvality života, zmiňuje relevantní výzkumy. Empirická část přibližuje výzkum realizovaný metodou záměrného výběru a sněhové koule u 169 seniorů. Sběr dat proběhl od 7/2018 do 2/2019 pomocí online formuláře. Použili jsme metody OPQOL-CZ-20, DAP-R a strukturovaný dotazník. Z výsledků vyplývá, že u našeho souboru existuje: negativní korelace mezi kvalitou života a únikovým přijetím smrti i mezi spokojeností se životem a strachem ze smrti, pozitivní korelace mezi kvalitou života a navštěvováním programu U3V. Nebyla prokázána: významná negativní korelace mezi kvalitou života a strachem ze smrti a mezi věkem a strachem ze smrti. Nebyla zjištěna korelace mezi kvalitou života a vstřícným přijetím smrti i mezi pohlavím a kvalitou života. Ženy našeho souboru nevykazovaly významně vyšší míru strachu ze smrti. Regresní analýza vysvětlila největší díl rozptylu (31 %) u vstřícného přijetí smrti.

**Klíčová slova:** senior, postoje ke smrti, kvalita života



## Příloha 2

### ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Attitudes toward death and quality of life among elderly people

**Author:** Bc. Aneta Kozlovová

**Supervisor:** PhDr. Romana Mazalová, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 85 pages, 172 538 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 115

**Abstract:** The thesis analyses attitudes toward death and quality of life among elderly people. The main goal is to examine relationships among attitudes toward death and quality of life and selected sociodemographic variables in seniors (60 - 75 years old). The theoretical part describes basic terms, methods measuring attitudes toward death and quality of life (QoL) and relevant research. The empirical part depicts research implemented by self-selecting sample and snowball sampling among 169 seniors. Data were collected from 7/2018 to 2/2019 using an online form. We used OPQOL-CZ-20, DAP-R and structured questionnaire. Our results show: negative correlation between QoL and escape acceptance of death and between satisfaction with life and fear of death, positive correlation between QoL and attending U3V program. Significant negative correlation between QoL and fear of death and between age and fear of death was not proved. There was not found correlation between QoL and approach acceptance and between sex and QoL. Women of our group did not show significantly higher level of fear of death than men. Regression analysis succeeded in accounting for 31 % of the variance of approach acceptance.

**Key words:** senior, attitudes toward death, quality of life

### Příloha 3

Vážená paní, vážený pane,

jako studentka psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci se na Vás obracím s prosbou ohledně své magisterské práce, která je zaměřená na postoje ke smrti a kvalitu života u seniorů. Laskavě bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníků.

Získané informace budou použity pouze pro výzkumné účely magisterské práce. Vyplnění dotazníků je **anonymní** a zcela dobrovolné. Dotazníky jsou určeny **pro věkovou kategorii 60 až 75 let včetně**. Pokud si nebudete u některých otázek jistí svou odpovědí, zvolte tu, která Vás nejvíce vystihuje (nebo tu odpověď, která Vás napadne jako první). Neexistují správné nebo špatné odpovědi.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci na výzkumu,

Bc. Aneta Kozlovová

1) **Jste:** muž  žena

2) **Váš věk:** \_\_\_\_\_ (vypište číslem)

**3) Rodinný stav:**

Svobodný/á

Ženatý/á

Žiji s partnerem/partnerkou

Vdovec/vdova

Vdovec/vdova s partnerem

Rozvedený/á

**4) Bydlení:**

Žiji doma (samostatně bez pomoci druhých)

Žiji doma (pomáhají mně druzí)

Žiji s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)

Žiji v penzionu, v domě s pečovatelskou službou

Žiji v domově důchodců, v domově pro seniory

**5) Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- Základní škola
- Střední škola bez maturitní zkoušky
- Střední škola s maturitní zkouškou
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

**6) Univerzita třetího věku:**

- Již jsem absolvoval/a alespoň jednu přednášku za posledních šest měsíců
- Mám podanou přihlášku, ale ještě jsem nenastoupil/a
- Nenavštěvuji

**7) Aktuální zdravotní stav:**

- Zdravý/á
- Jen nemoci přiměřené věku
- Dost nemocný/á

## Příloha 4

ID	Pohl	Vek	Rod st	Bydl	Dos_vzd	U3V	Akt_zdr_st	Celk_QoL	OPQOL_1	OPQOL_2
15	0	67	1	1	1	0	1	1	5	5
143	1	60	2	1	3	0	1	1	5	5
149	1	60	2	1	3	0	1	1	4	4
14	1	62	2	1	5	0	1	1	5	5
79	0	68	2	1	5	0	1	1	3	3
101	0	63	2	1	5	0	1	1	5	5
103	1	67	2	1	5	0	1	1	5	5
152	0	65	2	1	5	0	1	1	5	4
171	0	72	2	1	5	0	1	1	5	5
177	0	70	2	1	5	0	1	1	5	4
189	1	60	2	1	5	0	1	1	5	4
198	1	65	2	1	5	0	1	1	5	5
200	1	69	2	1	5	0	1	1	5	5
3	0	69	3	1	5	0	1	1	5	5
74	0	70	3	1	5	0	1	1	5	5
12	1	69	4	1	3	0	1	1	5	5
128	1	67	4	1	3	0	1	1	2	1
75	1	68	4	1	5	0	1	1	5	5
83	1	68	4	1	5	0	1	1	5	5
117	0	74	4	1	5	0	1	1	5	5
141	0	63	6	1	1	0	1	1	5	5
10	1	61	6	1	3	0	1	1	4	4
95	1	66	6	1	5	0	1	1	5	5
192	1	60	6	1	5	0	1	1	5	5
140	1	61	2	3	3	0	1	1	4	5
107	1	60	2	3	5	0	1	1	4	5
98	0	68	6	3	5	0	1	1	5	5
158	1	66	2	1	4	1	1	1	5	4
21	1	64	2	1	5	1	1	1	5	5
37	1	68	2	1	5	1	1	1	5	5
65	1	64	2	1	5	1	1	1	5	4
202	1	64	2	1	5	1	1	1	5	5
129	1	65	4	1	5	1	1	1	5	5
194	1	71	4	1	5	1	1	1	4	4
67	1	63	6	1	3	1	1	1	5	4
19	1	67	6	1	5	1	1	1	5	5
99	1	67	4	2	4	1	1	1	5	5