

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**SOUVISLOST KVALITY ŽIVOTA A STRATEGIÍ
ZVLÁDÁNÍ STRESU U SENIORŮ VZHLEDEM
K POHYBOVÉ AKTIVITĚ**

**QUALITY OF LIFE AND COPING STRATEGIES OF
SENIORS IN RELATION TO PHYSICAL ACTIVITY**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Aneta Kozlovová
Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová

Olomouc
2017

Prohlášení

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

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Souvislost kvality života a strategií zvládnání stresu u seniorů vzhledem k pohybové aktivitě*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce PhDr. Romaně Mazalové za její ochotu, vstřícnost a podporu. Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. mi poskytl jednu výzkumnou metodu pro sběr dat společně s velmi podstatnými informacemi, za to, i za jeho vyjádření podpory, bych mu velice ráda poděkovala. Dále děkuji své rodině a především Kryštofovi Kovářovi.

Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část	6
1 Senior, stárnutí a stáří.....	7
1.1 Stárnutí.....	7
1.2 Psychické změny	8
1.3 Tělesné změny.....	10
1.3.1 Zdraví.....	11
1.4 Úspěšné stárnutí	11
1.5 Studie a výzkumy související se stářím	12
2 Kvalita života.....	14
2.1 Pojem kvalita života	14
2.2 Rozsah pojetí kvality života.....	16
2.3 Měření kvality života.....	17
2.4 Kvalita života ve stáří.....	18
3 Strategie zvládnání stresu	20
3.1 Pojem stres a stresor	20
3.1.1 Stres	20
3.1.2 Stresor	21
3.2 Strategie zvládnání stresu (copingové strategie).....	21
3.3 Druhy strategií zvládnání stresu.....	22
3.4 Výzkumy orientované na copingové strategie	24
4 Pohybová aktivita.....	26
4.1 Definice pojmu pohybová aktivita	26
4.2 Pohybová aktivita ve stáří.....	26
4.3 Specifika doporučení pro pohybovou aktivitu seniorů.....	30
4.4 Studie a výzkumy pohybové aktivity u seniorů	30
5 Výzkumy kvality života, strategií zvládnání stresu	
a pohybové aktivity u seniorů	32
5.1 Pohybová aktivita a kvalita života.....	32
5.2 Strategie zvládnání stresu a kvalita života.....	33
5.3 Pohybová aktivita a strategie zvládnání stresu	34

II. Empirická část	35
1 Výzkumný problém a cíle výzkumu	36
2 Hypotézy	37
3 Metodologický rámec	38
3.1 Metoda získávání dat	38
3.1.1 Nestandardizovaný strukturovaný dotazník.....	38
3.1.2 SVF 78 – strategie zvládnání stresu	38
3.1.3 OPQOL-CZ-20.....	40
3.2 Metoda analýzy a zpracování dat	41
3.3 Etické aspekty výzkumu	41
3.4 Vysvětlivky zkratk.....	42
4 Výzkumný soubor	43
4.1 Sběr dat a výběr výzkumného souboru.....	43
4.2 Základní populace a výzkumný soubor	43
4.2.1 Základní populace.....	44
4.2.2 Výzkumný soubor.....	44
5 Výsledky výzkumu	50
6 Platnost hypotéz	58
7 Diskuze	60
8 Závěry	65
9 Souhrn	67
Seznam použitých zdrojů a literatury	70
Přílohy diplomové práce	

Úvod

Tato bakalářská práce si klade za cíl explorovat souvislost kvality života a strategií zvládání stresu u lidí ve věku 65 let a více s ohledem na pohybovou aktivitu. Chceme se tedy v tomto kontextu zaměřit na poněkud opomíjenou populaci seniorů, na kterou bývá často pohlíženo jako na stejnorodou skupinu. Senioři se však (jako i ostatní věkové kohorty) liší mezi sebou nejen chronologickým věkem, zdravotním stavem, hodnotami, sociálním a rodinným zázemím, životními zkušenostmi, ale i svými zájmy a aktivitami. Liší se též ve vnímané kvalitě života, kterou ovlivňují kromě výše jmenovaných faktorů také jimi užívané strategie zvládání stresu. Proto považujeme za smysluplné se těmito copingovými strategiemi v souvislosti s kvalitou života zabývat. Dané téma jsme zvolili z důvodu osobního zájmu o témata, kterými jsou například strategie zvládání stresu, pohybová aktivita, kvalita života či období stáří.

V teoretické části se budeme věnovat těmto tématům: vývojové období stáří, kvalita života, strategie zvládání stresu, pohybová aktivita a výzkumy, které souvisí s tématem naší práce. Na podkladě těchto informací budeme moci definovat výzkumné hypotézy, které budeme následně naším výzkumem kvantitativně ověřovat.

Empirická část bude zaměřena na popis zvoleného metodologického přístupu, výzkumného souboru a sběru dat. Dále zde například popíšeme výsledky našeho výzkumu, které budeme následně diskutovat a propojovat s poznatky z teoretické části.

I. Teoretická část

1 SENIOR, STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Kapitola se bude věnovat období stárnutí a stáří. Nejprve popíšeme několik modelů rozdělení stáří a pak se zaměříme na psychické a tělesné změny v tomto vývojovém období. Předkládaný text bude vycházet ze skutečnosti, že se v našem výzkumném šetření, o kterém budeme referovat v empirické části této práce, věnujeme lidem ve věku 65 let a více. Z tohoto důvodu bude následující část bakalářské práce popisovat proměny člověka od věku 65 let. Tato hranice je totiž v současnosti nejčastěji používána v rozvinutých zemích (Thorová, 2015).

Stáří je nevratný fenomén, často je nazýván poslední etapou života. Tato fáze bývá označována jako postvývojová, protože již došlo k realizaci všech latentních schopností rozvoje. Stále delší část dospělosti budeme prožívat ve stáří, je tedy potřeba mu věnovat dostatek pozornosti a více ho poznávat. O starších lidech můžeme hovořit jako o lidech ve *třetím věku* (*první věk* je věk dítěte a *druhý věk* odkazuje k věku dospělého člověka). Stárnutí je plynulý proces, který se včlenil do života člověka a je jeho nedílnou součástí. Je to období, které by v tomto optimálním případě mělo přinášet nadhled, moudrost, relativní svobodu, pocit naplnění, úbytek energie, nezbytnou proměnu osobnosti, nové role v životě, ale i dobu kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech. (Ondrušová, 2009; Krivohlavý, 2002; Vágnerová, 2007).

1.1 STÁRNUTÍ

Farková (2009) píše, že periodizace stáří se ukázala být důležitou převážně z toho důvodu, že se prodloužilo období stáří a náhled se na něj historicky proměňuje. Nejčastěji používané rozdělení je od Světové zdravotnické organizace (*World Health Organization*): *rané stáří* (60-75 let), *pokročilý věk* (76-90) a *vysoký věk či dlouhověkost* (91 let a více), (Říčan, 2014). Jejich koncept je vyjádřen chronologickým věkem, ale také vychází ze změn, které jsou součástí této části života. Další možné dělení, které se užívá především v anglosaských zemích, rozděluje seniory na: *mladé seniory* (od 65-74 let), *staré seniory* (věk 75-84 let) a *velmi staré seniory* (85 let a více).

Příhoda ve své *Ontogenezi lidské psychiky* označuje poslední období jako *senium*, které dělí na tři kategorie: *senesce* (od 60 – 75 let), *kmetství* (od 76 let do 90) a *patriarchum* (od 91 let a více), (Šimíčková-Čížková et al., 2008).

Thorová (2015) ve své publikaci rozlišuje tato období: *pozdní dospělosti* (50-70 let), *stáří* a *dlouhověkost* (71 let a více). Uvádí také, že někteří rozlišují stáří na základě

sociálního fungování, ukončení aktivního rodičovství a odchodu do důchodu. Jiní rozdělují stárnutí na: *biologické (senescing)*, *psychologické (geronting)* a *sociální (eldering)*, (Hartl & Hartlová, 2009).

Jak je řečeno výše: stárnutí je proces. Lze na něj nahlížet z různých úhlů pohledu. *Demografie* se věnuje otázkám starých lidí a stárnoucí populace. *Biologie* zkoumá biologickou problematiku stárnutí buněk a organismů. *Psychologický* pohled vnímá například změny jednotlivých kognitivních funkcí (myšlení, paměť, vnímání a podobně). *Sociologie* se může na stáří dívat v kontextu společenském a ekonomie prostřednictvím *ekonomické* úrovně dospělé populace a změn, jež nastanou po odchodu jedinců do starobního důchodu (Křivohlavý, 2002).

Stáří člověku přináší nové zkušenosti, se kterými se musí nějak vyrovnat. Záleží pouze na jedinci, jak se tohoto vývojového úkolu zhostí. Po 60. roce věku si lidé uvědomují, že se stáří nevyhnutelně přibližuje se všemi svými problémy. Je na nich, jak budou očekávanou proměnu interpretovat a jak se jí přizpůsobí. Většina z nich se snaží udržet přijatelnou hladinu tělesných a duševních schopností. Vědomost relativně větší volnosti v rozhodování o sobě i svém životním programu může být vnímána s uspokojením nebo s pocitem zátěže a ohrožení. Starší člověk již zpravidla není zaměřen na výkon (ve smyslu projevu soupeření) a může si dovolit uskutečnění dosud nenaplněných vnitřních potřeb. Nemusí se do jisté míry řídit tlakem společnosti, ale může se nechat vést svými autentickými potřebami. Někdy se může objevit na začátku stáří dočasná stagnace, která může odrážet vnitřní nejistotu z toho, co bude, pocity marnosti nebo chybění smyslu života. Tyto pocity obvykle však člověk později či dříve alespoň do jisté míry zvládne (Vágnerová, 2007).

Na závěr této části textu musíme dodat, že formulovat stáří (i stárnutí) je obtížný úkol. Je samozřejmě zapotřebí odlišovat typy stárnutí na *normální* a *patologické*, ke kterému patří choroby nebo například zažitá trauma (Thorová, 2015).

1.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Při psychickém stárnutí typicky dochází k nerovnoměrnému *snížení duševních funkcí* (vlivem biologických změn – snížení zapamatování si, vybavování si informací a podobně), (Šimíčková-Čížková et al., 2008). U stárnoucích lidí dochází především ke zpomalení duševní činnosti (Říčan, 2014).

Jung (2008) říká, že stárnoucí člověk by si měl být vědom, že jeho život nestoupá, ale postupně klesá. Vidí jako nutné to, aby se senior dostatečně věnoval svému bytostnému Já. Psychika člověka se s postupujícím věkem stále více noří do nevědomí a pomalu v něm mizí. Stáří Jung označil jako bezproblémovou etapu života.

Ve stáří dále dochází k postupnému snižování pružnosti myšlení a ochoty přizpůsobit se změnám. Pokud má člověk ke své momentální životní situaci pasivní přístup, dochází u něj k pocitům méněcennosti a může tento přístup vést až ke společenské izolovanosti seniora. Významným rozdílem oproti předcházejícím vývojovým obdobím je u seniorů znatelné zpomalení poznávacích procesů a s tím spojené prodloužení reakčních časů (můžeme si toho všimnout například u sportujících jedinců). Toto snížení rychlosti může mít za následek nejen prodloužení výkonu v nějaké činnosti, ale také má vliv na kognitivní schopnosti. Značným úbytkem kognitivních funkcí trpí zhruba 25-30 % lidí v seniorském věku. U některých jedinců se projeví demence (například při Parkinsonově či Alzheimerově nemoci), výskyt demence se stoupajícím věkem narůstá. Kognitivní plasticita se postupně s přibývajícím roky snižuje. Schopnost zapamatování, udržení a vybavení informací se zhoršuje (Thorová, 2015; Vágnerová, 2007).

Vlivem biologicky zapříčiněných změn se mohou v průběhu stáří měnit některé osobnostní vlastnosti. Jejich změna se může týkat rozvoje nových projevů, které se dříve u daného jedince nevyskytovaly. Další možností je, že jedinec dává najevo sklony nebo vlastnosti, které do té doby „hlídal“ a projevoval ve společensky přijatelné formě. Ve většině případů však jde o plynulé a ne radikálně nápadné změny. Příčinou nemusí být jen samotné stárnutí. Spoustu z nich lze vnímat jako reakci na novou životní situaci a omezenou životní perspektivu. Jedná-li se o změny v osobnosti, které jsou nové, nápadné a neodpovídající dřívějším vlastnostem, jedná se často o symptomy chorobného procesu. Je třeba podotknout, že pokud vnímáme člověka jako individuální a jedinečnou bytost, zůstává jí ve stáří, pouze se v tomto období může jeho jedinečnost stát výraznější. Bylo zjištěno, že výrazným osobnostním rysem starých lidí je zvýšení egocentrismu (orientace na vlastní osobu). Příčina může souviset s nižší mírou přítomnosti jedince ve společnosti a s menším množstvím intelektuálních podnětů. Je nezpochybnitelné, že ve stáří se mění osobnostní vlastnosti, je avšak obtížná jejich bližší charakteristika (Vágnerová, 2007; Šimíčková-Čížková et al., 2008).

Některé změny u seniorů nejsou jen projevem biologického stárnutí, ale jsou podmíněny i *sociálně*. Na postupné snížení funkčních rezerv, kognitivních kompetencí a na zhoršení adaptačních schopností mohou působit i psychosociální činitele jako je kohortová

příslušnost (lidé stejné generace byli velmi podobně sociokulturně ovlivněni, mají podobné, vzdělání a podobně), individuálně specifický životní styl, návyky a očekávání či postoje společnosti. Společnost se někdy může pokoušet manipulovat starší jedince ke zvnitřnění určitého sobě nevlastního postoje (Vágnerová, 2007).

1.3 TĚLESNÉ ZMĚNY

S přibývajícím věkem dochází ke zhoršení nejen psychické stavu, ale i k interindividuálně rychlému úpadku somatické kondice. Průběh stárnutí ovlivňují geny. Tento biologický proces je individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů, také závisí na dědičných předpokladech a různých exogenních vlivech (Vágnerová, 2007). Rozlišování, zda za změnami stojí přímo či nepřímo nemoci nebo stárnutí, je čím dál obtížnější (Říčan, 2014).

Na procesu a rychlosti involučních změn mají tedy značný vliv genetické faktory, dále způsob životního stylu, pohybová aktivita, druh (současného nebo bývalého) zaměstnání, zdravá či nezdravá strava, choroby a v neposlední řadě distres (Thorová, 2015). Od posledně citované autorky uvedeme ještě tuto (nadějnou) citaci. „*Ve stáří člověk zúročí zdraví a aktivní životní styl, v němž obvykle nadále pokračuje*“ (Thorová, 2015, 475).

Říčan (2014) zmiňuje snížení síly a vitální kapacity plic o polovinu ve srovnání s mladšími jedinci. Dále poznamenává, že postupně ubývá funkčních tkání, u některých jejich částí dochází k nahrazování vazivem. Zhoršuje se chrup, zrak je často přecitlivělý k silnému světlu a zvyšuje se výskyt očních chorob (vedoucích ke zhoršení zraku nebo slepotě). Dochází také ke snižování výkonnosti sluchu (po 70. roce rapidně klesá citlivost na vysoké tóny) i nedoslýchavosti. Je vhodné, aby se člověk dbal na životosprávu, především v oblasti příjmu potravy. Ve stáří klesá látková výměna, hrozí tedy výskyt nadváhy a obezity nebo přílišného snížení příjmu jídla. Po 60. roce se zvyšuje výskyt seniorů se srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubů, vysokým krevním tlakem, chorobami zad a nohou. Věk 70 let a více je hranicí pro výskyt takzvané polymorbidity, tedy současného výskytu více chronických nemocí. Autor varuje před snížením imunity a nižší odolností proti infekcím. Langmeier a Krejčířová (2013) doplňují následující: sklon k nádorovým onemocněním, zpomalení hojení ran a sklerotizace cév.

Konkrétním fyziologickým změnám (tedy změnám v metabolismu a pohybovém ústrojí nebo změnám ve smyslu snížení výkonnosti orgánů), které popisuje Thorová (2015), se věnujeme blíže v kapitole 4, v podkapitole 4.2.

Thorová (2015) dává do souvislosti s tělesnými změnami i vzhled jedince. Zdůrazňuje, že cílem stárnoucí osoby by mělo být přirozené pečování o svůj vzhled v souladu s uměním stárnout. K tomuto tématu dodává, že především po psychické stránce je splnění takového požadavku náročné více pro ženy. Důvodem je, že společnost často znevažuje z rozmanitých hledisek starší a stárnoucí ženy, kdežto na muže se obecně hledí spíše opačným způsobem. Na toto téma se vyjadřuje i Říčan (2014), který píše, že se senior musí vyrovnat s narůstajícími stigmaty stáří a musí se dále vyrovnávat například s pocity méněcennosti nebo ošklivosti. Zdůrazňuje však toto: „*Na tváři geronta lze spatřit krásu. Výměnou za mladistvý půvab získávají někteří jedinci oduševnělý, zajímavý, někdy vznešený výraz, přitažlivou osobitost*“ (Říčan, 2014, 336).

1.3.1 ZDRAVÍ

Doposud jsme v této kapitole hovořili o fyziologických změnách, s nimi však úzce souvisí zdraví. Zdraví má významný vliv nejen na psychiku jedince, ale i na jeho životní spokojenost a na to, jak a do jaké míry bude jedinec pohybově aktivní.

Za jednu z velmi důležitých položek globálního zdraví senioři označují mentální zdraví (nelitovat se a trénovat kognitivní funkce). Za významné považují sociální vztahy, společenské aktivity, radost z potkávání lidí a riziko osamělosti (sociální zdraví), (Křivohlavý, 2011).

1.4 ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ

V literatuře věnované tématu stáří a stárnutí se často setkáváme s pojmem úspěšné stárnutí. Pod tímto výrazem si můžeme představit „*snahu seniorů o úspěšný život, začlenění do veřejně prospěšné činnosti, vytváření pozitivních vztahů k okolí a vzájemné pochopení mezi mladou a starou generací; rozhodující je aktivita a úspěšné pěstování nejrůznějších činností*“ (Hartl & Hartlová, 2009, 562). Langmeier a Krejčířová (2013) ve své práci zmiňují, že současné celospolečenské programy se soustřeďují na podporu kvality života ve stáří a koncepce úspěšného stárnutí. Autoři dodávají, že je vyzdvihována nezávislost seniora, jeho seberealizace a také důstojnost. Důraz je zaměřen na udržení

dostatečné aktivity člověka. Většina doporučení pro úspěšné stárnutí se slučuje se zásadami psychické hygieny, které lze následujícím způsobem vyjádřit.

Zachovat si šíři zájmů, udržet se v aktivitě – v rovnováze s nezbytným odpočinkem, uspořádat si životní náplň podle svého dřívějšího zaměření tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, být stále otevřen vůči novým poznatkům, udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat nové, mít potěšení z dobrých věcí, které život dosud dává, plně jich užívat (Langmeier & Krejčířová, 2013, 212).

1.5 STUDIE A VÝZKUMY SOUVISEJÍCÍ SE STÁŘÍM

Vztahem mezi prostředím a kognitivním stárnutím člověka se zabývali autoři Cassarino, Kenny, O'Sullivan a Setti (2016). Irská longitudinální studie použila metody osobního interview pomocí počítače (*CAPI – computer-assisted personal interview*) a dotazník SCQ (*SCQ – self-completion questionnaire*). Výsledky ukazují vyšší fungování globální kognice a exekutivních funkcí jedinců (lidí ve věku 50 let a výše) žijících v městském prostředí.

Lazarus a DeLongis (1983) se ve své studii věnovali otázce psychologického distresu, copingových strategií a stárnutí. Hledali odpověď na otázku, jak se dynamika distresu a strategií zvládnání mění v průběhu života a stárnutí. Autoři došli k závěru, že dle jejich průzkumu i podle bádání jiných autorů nelze nalézt uspokojující odpověď.

Autoři Bowling, Hankins, Windle, Bilotta a Grant (2012) se zaměřili na měření kvality života ve starším věku (konkrétně ve věku 65 a více let). Ve své studii představili dotazník OPQOL-BREF (*Older People's Quality of Life questionnaire*). Tento dotazník je zkrácená verze přímo určená pro seniory. V této práci uvádějí, že jimi vytvořená metoda je reliabilní a validní.

Studii o vnímaném zdraví a motivaci k pohybové aktivitě seniorů napsali Mudrák, Slepíčka a Slepíčková (2014). Autoři využili korelační dotazníkovou studii na 315 seniorech. Prostřednictvím jejich výzkumu došli autoři k závěru, že existuje významný vztah mezi pohybovou aktivitou a subjektivně vnímaným tělesným i psychickým zdravím. Další zjištění se týkalo pozitivního vztahu motivačních konstruktů – vnímané osobní účinnosti a sociální podpory.

Zajímavý výzkum realizovali Cohen, Bailey a Nilsson (2002), kteří zkoumali důležitost hudby pro život starší populaci. Na toto téma se zaměřili ve druhé fázi Kanadské studie zdraví a stárnutí. Dotazník jim vyplnilo přes 300 seniorů. Autoři došli k závěru,

že zvyšující se možnost přístupu k hudbě (pomocí veřejnoprávního vysílání, hudebních sborů, hudebních terapií a podobně) může mít značný pozitivní dopad na kvalitu života v pozdním věku.

2 KVALITA ŽIVOTA

V této kapitole se budeme zabývat kvalitou života. Nejprve se zaměříme na samotný pojem, pokusíme se přiblížit jeho význam, užití i definování. Poté se budeme věnovat rozsahu výrazu kvalita života, metodám měření a v neposlední řadě zprostředkujeme pohled na kvalitu života, jak je vnímána ve stáří. Kvalita života je nedílnou součástí existence každého člověka a je nepochybně důležité, aby se jí věnovalo dostatečné množství pozornosti, ať už v kontextu seniorů, dětí nebo dospělých.

2.1 POJEM KVALITA ŽIVOTA

Mareš zdůrazňuje, že slovní spojení kvalita života (*quality of life*) není původně pojem vědecký. Prvně se objevil ve dvacátých letech dvacátého století. Někteří američtí autoři však došli k úvaze, že odborně byl použit až v pracích amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna v letech 1953-1954. Do povědomí veřejnosti se dostal v šedesátých letech dvacátého století jako metaforické pojetí. Zasluhu na tom měly sociálně-politické cíle administrativy USA v době vlády prezidenta Johnsona (Mareš, 2006; Mareš, 2014). Ten v roce 1964 prohlásil: „*Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, kterou naši občané prožívají*“ (Mareš, 2006, 11).

V pozdějších letech byl pojem kvalita života více propracováván a mohl vstoupit do odborné literatury mnoha vědních oborů. Vzhledem k tomu, že s tímto výrazem pracuje značné množství oborů, liší se jeho definování. Obtížně se nachází zastřešující koncept, proto je prvním problémem oborová různost. Další potíž spojená s tímto konceptem je skutečnost, že je potřeba jeho rozčlenění či rozdělení na jeho jednotlivé aspekty, ať už z teoretických nebo praktických důvodů. Existuje značné množství oborů, teoretických přístupů i diagnostických metod, a proto není shoda v náhledu na množství domén, jejich pojmenování a též je nejasné, co můžeme považovat za konstitutivní oblast (Mareš, 2014).

Profesor Mareš (2006) poukazuje na to, že se pojem nejprve rozvíjel ve třech směrech: a) *objektivním* (vnímán jako souhrn objektivních indikátorů – například kvalita životních podmínek v konkrétní zemi), b) *subjektivním* (souhrn subjektivních indikátorů – kvalita jedince během života a podobně), c) *kombinací* objektivních a subjektivních indikátorů. S výše uvedenými pojmy pracuje Ondrušová (2009) jako s dimenzemi konceptu kvality života. Popisuje *objektivní* kvalitu jako naplnění požadavků jedince v souvislosti se sociálními a materiálními podmínkami života a fyzického zdraví.

Subjektivní kvalitu dává do spojitosti s psychickou pohodou a celkovou spokojeností s životem člověka.

Rozlišujeme dva přístupy k pojmu kvalita života. První ho chápe jako jednotný a samostatný konstrukt, kdežto druhý jako složeninu tvořenou několika oddělenými oblastmi (Mareš, 2014). Cummins analyzoval značné množství odborných článků o kvalitě života. Z nich dle stanovených kritérií vyčlenil 32 textů. Nepřekvapí nás, že v nich našel 351 názvů domén, které se vztahují ke kvalitě života. Ty uspořádal do obecných skupin, které tvoří sedm kategorií. Tyto kategorie jsou: materiální zabezpečení (*material well-being*), zdraví (*health*), produktivita (*productivity*), intimita (*intimacy*), bezpečí (*safety*), komunita (*community*) a emoční pohoda (*emotional well-being*), (Cummins, 1996).

Psychologický slovník (2009) chápe kvalitu života jako projev pocitu životního „štěstí“. K základním znakům přiřazuje pohyblivost a soběstačnost při obsluze vlastní osoby. Z psychologického hlediska na kvalitu života nahlíží jako na míru seberealizace a duševní harmonie, rozlišuje dva póly: *životní spokojenost* a *nespokojenost*.

Naproti tomu pozitivní psychologie dává kvalitu života do kontextu s pochopením lidské existence, smyslu života jedince a samotného bytí. Dále dodává, že obsahuje hledání důležitých a podstatných faktorů bytí a sebepochopení. Zahrnuje materiální, psychologické, sociální, duchovní a další aspekty, jež se spolu promítají do života jedince (Křivohlavý, 2002). Někteří autoři spojují pojem s pojetím bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu (Baštecká & Goldmann, 2001).

Mareš (2014) uvádí, že výraz kvalita života lze pokládat za multiúrovňový a dynamický. Společně s Křivohlavým (2002) chceme podotknout, že pokud o něm hovoříme ve smyslu jednotlivce, vybíráme z celé problematiky pouze její dílčí oblast. S tímto výrokem se shoduje tvrzení, že se lépe a snáze zkoumají dílčí složky kvality života, než samotný vše-zahrnující pojem, na který může být nahlíženo subjektivně či „objektivně“ (Baštecká & Mach, 2015).

Výskyt pojmu kvalita života dnes nalezneme napříč různými obory. Prvně se objevoval v ekonomii, politologii i sociologii a postupně se rozšířil do filozofie, teologie, sociální práce, psychologie, medicínských a biologických oborů, ošetrovatelství i do ekologie. Dále jej nalezneme v technických oborech jako architektura, stavebnictví i doprava. Můžeme tedy říci, že se výraz ujal v oborech, které se zajímají o živé organismy, a také v těch, které ovlivňují prostředí pro život člověka (Mareš, 2006).

Doposud jsme definovali kvalitu života v kontextu s člověkem. Veenhoven (2000) však ve svém článku podotýká, že se tento výraz užívá i pro zvířata (například v diskuzi o podmínkách porážky dobytka, chovu slepic) a ve více abstraktním významu se může použít pro všechny formy života.

Je třeba podotknout, že zpočátku snahy definovat pojem „kvalita života“ vycházely především ze snahy jednotlivců nebo výzkumných skupin. Avšak existují i snahy v širší míře: národní (celostátní) a mezinárodní. Jako příklad mezinárodní snahy o jednotné definování uvádíme Světovou zdravotnickou organizaci (WHO), která navrhla možnou „širokou“ definici. České znění definice si propůjčujeme z díla Mareše (1993, in Mareš, 2006, 25):

Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“.

2.2 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA

Engel a Bergsma problematiku pojetí kvality života odlišují do třech hierarchicky oddělených sfér: *makro-rovinu*, *mezo-rovinu* a *personální rovinu* (1988, in Křivohlavý, 2002). Do *makro-roviny* se zahrnují otázky kvality života velkých společenských celků (dané země, kontinentu a podobně), z tohoto důvodu se její problematika dotýká základních politických úvah (boj s chudobou, terorismem, investice do zdravotnictví a podobně). Život takto chápeme jako absolutní morální hodnotu a jeho kvalita to proto musí ve své definici respektovat. V *mezo-rovině* se jedná o otázky kvality života v tak zvaných malých sociálních skupinách (domov důchodců, pečovatelský dům atd.). Opět zde zahrnujeme morální hodnotu, ale k tomu připojujeme otázky sociálního klimatu, vzájemné vztahy mezi jednotlivci, sdílené hodnoty a také např. uspokojování nebo neuspokojování potřeb každého, který je součástí společenské skupiny. Nejjednoznačněji je formulovaná *osobní (personální) rovina*. Ta je vnímána jako samotný život člověka. Kvalita života je subjektivně definována jedincem na základě ohodnocení vlastního zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti, osamocení a tak podobně. Důležité je zdůraznit, že se v hodnocení promítají osobní hodnoty.

2.3 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Způsobů, jak zjišťovat či měřit kvalitu života, máme několik. V následujícím textu si uvedeme několik příkladů metod, které se nám nabízejí.

Z hlediska metodologického přístupu rozlišujeme tři typy možností zjišťování informací: *kvalitativní*, *kvantitativní* a *smíšený*. Jistě nás nepřekvapí, že kvalita života není výjimkou a prozkoumává se stejnými způsoby. Na úvod musíme podotknout, že i zde se setkáme s překážkou v podobě různého výkladu a definování pojmu. V medicíně se například zaměřili na vývoj metod, které měří kvalitu života vztaženou ke zdraví (*health-related quality of life*). Vytvořené metodiky mají snahu psychologicky a ekonomicky posoudit dopad konkrétních léčebných zásahů nebo neléčených chorob na kvalitu života daného člověka. Mnohdy monitorují úroveň soběstačnosti, úlevy od bolesti a schopnost provozovat každodenní činnosti, jež jsou náplní běžného dne. Jako příklad uvádíme metodu ILF (*Index kvality života pacienta*), ve které se pracuje s kritérii: sebeobslužnost pacienta, sociální podpora, zvládání těžkostí v souvislosti s chorobou, vnímaná bolest a celkový emocionální stav nebo metodu HRQoL (*Health Related Quality of Life – Měření kvality života z hlediska zdraví*), (Baštecká & Goldmann, 2001; Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý (2002) rozlišuje tři přístupy měření kvality života: metody, kde kvalitu života *hodnotí druhá osoba*, metody, kde je *hodnotitelem sama* určitá *osoba* a metody *smíšené* (kombinace dvou předchozích metod).

Nejčastějším způsobem se kvalita života zjišťuje strukturovanými rozhovory nebo dotazníky (Ondrušová, 2009). V našich zemích se již od poloviny devadesátých let zkoumání kvality života věnuje Psychiatrické centrum v Praze. Především pro klinickou praxi a výzkum byla v České republice validizována česká verze dotazníku WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life) a WHOQOL-BREF (Abbreviated vision of the World Health Organization Quality of Life Assessment), které vytvořila výše zmiňovaná Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato metoda předpokládá tři základní aspekty života (well-being – stav, kdy je jedinci zdravotně dobře): tělesnou, duševní a sociální funkci člověka (Křivohlavý, 2002).

Dalším příkladem možnosti zjišťování kvality života je metoda SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života*). Metoda vnímá kvalitu života jako individuální záležitost. Základní data jsou poskytnuté informace prostřednictvím výpovědi jedince. Lze říci, že se jedná o unikátní záležitost, protože neexistuje vnější kritérium, podle kterého by se zpracovávaly informace. Velká výhoda SEIQoL je, že názvy oblastí a jejich váhu proband uvádí ve svém

vlastním jazyce, proto není nutné metodu standardizovat pro každou zemi zvlášť. Tato metoda, jež vyžaduje strukturovaný rozhovor vedený odborníkem, byla do naší země uvedena profesorem Jarem Křivohlavým (Zeman, 2008; Mareš, 2006).

Další možností volby je dotazník OPQOL-35 nebo kratší česká verze OPQOL-CZ-20 (*Older People's Quality of Life Questionnaire*), (Mareš, Cígler, & Vachková, 2016). Vzhledem k tomu, že jsme zkrácenou verzi dotazníku použili ve svém výzkumu, budeme se této metodě blíže věnovat v empirické části práce, v kapitole 3.1.3.

2.4 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

Arnold (1991) definuje tyto oblasti kvality života následovně: *fungování fyzické, emocionální, behaviorální, intelektuální, kognitivní, sexuální a sociální, existence sociální podpory, životní spokojenost, hodnocení vlastního zdraví, ekonomický status, uspokojování zájmů a rekreace, energie a vitalita*. Na závěr autor zdůrazňuje, že zdravotní stav je klíčový komponent kvality života. Mareš (2014) podotýká, že se jedná o naprosto stejné oblasti po celou dobu období dospělosti, avšak se přemísťuje důraz na jiné oblasti a tak vznikají jiné priority.

Je nutné doplnit, že kvalita života je (a má být) chápána z hlediska subjektivity (jedná se o subjektivní údaje), nemá se na ni nahlížet jako na soustavu objektivních dat. Důležité je svébytné vnímání daného člověka, jak jedinec prožívá a hodnotí jednotlivé atributy kvality života, ne závěr, který stanoví vnější pozorovatel. Ve stáří jsou z kvality života jako velmi důležité vnímány oblasti: zdravotní stav a funkční schopnost jedince, vnímání své užitečnosti nebo neužitečnosti pro druhé lidi, sociální vztahy, míra vnímané opory v sociálním prostředí, finanční situace a kvalita i spokojenost s bydlením (Mareš, 2014; Carr & Higginson, 2001).

Se subjektivním vnímáním kvality života seniora nepochybně souvisí také to, jestli dochází k naplnění jeho potřeb. Potřeba je nutnost něco získat nebo se něčeho zbavit – jinak řečeno může dojít k nadbytku či nedostatku a to vede k požadavku vyrovnání stavu (Hartl & Hartlová, 2009). Tuto myšlenku dává Mareš (2006) do kontextu s kvalitou života dětí i dospívajících, ale můžeme vidět souvislost i se starším jedincem. Zmíněný autor uvádí možnost založení definice a zkoumání kvality života na teorii uspokojování potřeb jedince. Tento možný přístup se snaží naleznout vztahy mezi třemi skupinami proměnných: různé (mnohokrát protichůdné) *potřeby* konkrétního člověka, *spokojenost s poskytovanou péčí* a jednotlivé *okruhy vnímané kvality života*. Jako rozumné využití této

koncepte se jeví např. oblast zdravotnictví – zkoumání kvality života v souvislosti se zdravím.

Jako příklad uvedeme Vágnerovou, která ve své knize (2007) uvádí, že člověk má potřebu stimulace, orientace, adaptace, aktivity, sociálního kontaktu, citové jistoty, bezpečí a potřeba seberealizace.

Potřeba *stimulace* zdůrazňuje důležitost přísunu smysluplných podnětů. Problém může nastat, jestliže se do jedincova života dostává velké množství stereotypu, který může vést až k nudě nebo pocitům zbytečnosti. Je třeba, aby si člověk sám reguloval množství stimulů. U potřeby *orientace* a *adaptace* je třeba, aby se senior, zvláště ten, který je již v důchodu, učil novým adaptačním strategiím a nebránil se novým činnostem a situacím. Udržení určité úrovně činnosti a *aktivity* má značný význam v každém věku, tedy i v období stáří. Někdy může být složitější v tomto věku nalézt vhodnou podobu. Nejčastěji je aktivita soustředována na domácnost, domácí zvířata apod. Ve vyšším věku se zvyšuje možnost snížení *sociálního kontaktu*, což může vést k pocitům osamělosti a ztráty sounáležitosti. Shodneme se zajisté na tom, že potřeba *citové jistoty* a *bezpečí* má svůj nezpochybnitelný význam v životě i jeho kvalitě. V neposlední řadě je naší důležitou součástí uspokojování potřeby *seberealizace* a sebepotvrzení. Jako příklad nám poslouží ztráta profesní role, která může mít za následek neuspokojení této oblasti a je tedy třeba nacházet nové možnosti (Vágnerová, 2007).

3 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU

Následující kapitola se bude zabývat tématem strategie zvládání stresu. Na začátku si vysvětlíme, co je to stres a stresor, následovat bude přiblížení výrazu strategie zvládání stresu neboli způsobů zpracování stresu a v neposlední řadě se budeme věnovat některým studiím a výzkumům na dané téma.

Život nám přináší rozmanité situace a zkušenosti. Může se stát, že se dostaneme do situace, která bude nežádoucí, nechtěná a bude na nás působit nepříjemným dojmem. V tomto případě se snažíme udělat něco, co nás z této situace dostane. Existuje značné množství způsobů (účinných i neúčinných), kterými se snažíme aktuální situaci čelit (Křivohlavý, 2001).

3.1 POJEM STRES A STRESOR

Na úvod této podkapitoly je nutné podotknout, že existuje značné množství vysvětlení a definic pojmů stres a stresor. V následujícím textu si proto uvedeme několik definic, které na problematiku nahlízejí rozličnými způsoby.

3.1.1 STRES

Výraz stres je v Psychologickém slovníku (2009) chápán jako nadměrná zátěž, ze které nelze uniknout. Stres vede k trvalé stresové reakci a může mít za následek poškození tkáně, vysokou aktivaci adrenokortikálních funkcí anebo psychosomatické poruchy. Je zde poznamenáno, že rozsah psychologických stresorů je pro každého jedince odlišný a může být ve skutečnosti až nekonečný.

Jinou definici stresu uvádí Baštecký, Šavlík a Šimek (1993). Stres popisují jako: *„integrováný soubor celulárních, tkáňových, orgánových a psychických změn, jejichž cílem je nastolení nové rovnováhy organismu, která v podmínkách působení stresoru zamezuje dezintegraci jedince a zvyšuje pravděpodobnost jeho přežití, uspokojení jeho potřeb nebo zachování druhu“* (Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993, 307).

Švancara (2003) vysvětluje, že se stres odvozuje od somatických a psychických změn. Somatické změny jsou spojeny s vegetativními (zvýšení aktivity sympatiku) a endokrinními obměnami (aktivace nadledvinek a tvorba hormonů adrenalinu a kortikosteroidu). Mezi psychické změny řadíme úroveň emočního prožívání, vnitřní vzrušení, napětí, cílené nebo bezcílné činnosti a chování (dezorganizované při velké síle stresu).

V neposlední řadě je nutné podotknout, že stres rozlišujeme na pozitivní neboli *eustres* a negativní, tedy *distres*. Eustres má svou důležitou úlohu, protože člověka aktivizuje a vede k jeho lepší odolnosti vůči náročnému stresu. Distres je pro jedince nepříznivý. Dnes se také rozlišuje tak zvaný *alostatický stres*, který má za následek patologické změny a tělesné poškození (Bartůňková, 2010).

3.1.2 STRESOR

Baštecký, Šavlík a Šimek (1993) definují stresor jako organismem percipovaný podnět nebo signál podnětu. Působení stresoru vede k nevýhodě z pohledu přežití jedince nebo z hlediska uspokojení jeho potřeb.

Stresor v pojetí Bartůňkové (2010) je faktor, který v organismu vyvolává stres. Tento stav vede ke zvýšení produkce adrenokortikotropního hormonu. Intenzita stresoru může být různorodá a individuální. Autorka zdůrazňuje, že svou úlohu hraje nejen samotná intenzita, ale i míra akceptace stresoru. Bartůňková také poukazuje na možnost, jak lze rozlišovat lidské stresory. Uvádí tyto: *fyzikální* (například teplo, chlad či elektrický proud), *chemické* (jedy, toxiny, hypoglykémie a podobně), *biologické* (hlad, žízeň, ale i popáleninový nebo hemoragický stres) a *psychosociální* (úzkost, strach z konkrétních situací jako například z hospitalizace nebo ze smrti).

Stresory, které jsou součástí běžného života, vznikají velice často všemožnými kombinacemi různorodých vlivů. Autorka Bartůňková považuje za zajímavé analyzovat vztahy mezi stresory a stresovou situací. Uvádí tyto příklady vzájemných vztahů: *bolest* jako výrazný stresor, avšak při stresové odezvě dojde k potlačení bolesti; *infekce* je nepochybně stresor, ale odezva na stres je snížení imunity a vystavení se tak riziku infekce; *alkohol* je prostředek často využívaný proti stresu a přitom je sám původcem stresu; a dále například *sex*, který může sám o sobě vyvolat stres a v protikladu při stresové reakci klesá libido i sexuální aktivity (Bartůňková, 2010).

3.2 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU (COPINGOVÉ STRATEGIE)

V psychologické literatuře, která se týká problematiky zvládání stresu, se setkáváme s pojmem *coping*. Tento výraz má původ od řeckého slova „*kolaphus*“, což znamená rána podaná soupeři v boxu. Pomyslný úder mívá člověk v náročné životní situaci (ve stresu) na těžkost, která má na něj vliv (stresor – činitel vnějšího prostředí, který spustí v organismu člověka stres neboli stresovou reakci (Hartl & Hartlová, 2009). Baštecká

a Goldmann (2001) podotýkají, že výraz coping je obtížný pro překlad do českého jazyka. Anglický pojem „*to cope*“ lze v češtině nazvat jako „vyrovnávat se s něčím“ nebo „zvládat něco“.

Jaro Křivohlavý (2001) ve své publikaci zdůrazňuje, že lze obecně tvrdit, že strategie zvládání (neboli způsoby zpracování) stresu jsou specifické způsoby postoje ke zvládání stresu.

Baštecká a Goldmann uvádějí, že dnešní pojetí zvládacích strategií zavedl ve své studii *Psychological Stress and the Coping Process* Richard Stanley Lazarus v roce 1966. Chování, které používáme ke zvládnutí stresových a náročným situací, může být přizpůsobené dobře, nebo špatně. Můžeme tedy prohlásit, že strategie zvládání stresu mohou být *adaptivní* či *maladaptivní*. „*Takto obvykle popisujeme člověka a jeho chování zvenku. Jedinec, který se vypořádává s náročnou situací, dělá většinou to, co dělat může*“ (Baštecká & Goldmann, 2001, 167).

Švancara (2003) vysvětluje, že způsoby užívané pro zpracování stresu se mají chápat jako psychické pochody, které nastupují *plánovitě*, nebo *neplánovitě*, dále také *vědomě*, či *nevědomě* ve stresových situacích. Cílem copingových strategií je zmírnění nebo ukončení stresu. Strategie zvládání neboli způsoby zpracování stresu lze dělit dle druhu, zaměření, funkce a podle jejich účinnosti.

Autoři Baštecká a Goldmann (2001) ve své publikaci dodávají, že pojetí zvládacích postupů je zpravidla odvozováno od elementárních reakcí na zátěž. Konkrétně mají na mysli: útok, útek a ochromení. Podotýkají, že v chování svém i druhého máme možnost vidět, jak více či méně si tyto reakce uvědomujeme a jak je můžeme změnit svou vůlí.

3.3 DRUHY STRATEGIÍ ZVLÁDÁNÍ STRESU

Zaměříme-li se na strategie zvládání dle druhu, zjistíme, že se rozlišují na *akční* způsoby (vedou jedince k nějakému jednání) a *intrapsychické* způsoby (Švancara, 2003).

Mezi *akční* strategie řadíme: útok, útek, nečinnost, vytvoření sociálního kontaktu, společenská uzavřenost, dále i různé komplexní činnosti a řetězce chování, které vedou ke změně nebo odstranění zátěžové situace a (nebo) reakce na zátěž (Švancara, 2003).

Do *intrapsychických* strategií zahrnujeme kognitivní procesy jako: vnímání, imaginace, myšlení a motivačně emoční status. Mezi důležité intrapsychické způsoby zpracování patří: odklon, podceňování, popírání a přehodnocování stresoru a stresové reakce, dále i zdůraznění a nadhodnocení osobních zdrojů v souvislosti k možnosti

zvládnout stresor a (nebo) stres. Je důležité zmínit, že některé intrapsychické strategie zvládání stresu je náročné definovat a z tohoto důvodu jsou těžce operacionalizovatelné (Švancara, 2003). „*Některé mechanismy zpracování, formulované a postulované v klasické hlubinné psychologii a v psychologii osobnosti, jsou jen obtížně vymežitelné konstrukty, pro něž nelze najít operacionalizovatelné indikátory*“ (Švancara, 2003, 7).

Na stejném stupni důležitosti spolu s rozlišením druhu strategie při zpracování stresu je i perspektivní hledisko (což znamená cílenost jednání a funkce). Perspektivní hledisko lze rozlišovat podle toho, jestli se způsoby nebo opatření vztahují více k *reakci* při zátěžovém momentu nebo k zátěžové *situaci* (vztahují se nepřímým způsobem). Lze jednoduše říci, že výše uvedené akční a intrapsychické způsoby zvládání můžeme odlišit na: situačně orientované (zaměřené na stresor) a na reakčně orientované (na stres) (Švancara, 2003). Bartůňková (2010) popisuje konkrétní možnosti způsobů reakcí. Rozlišuje je na *pasivní* techniky a *aktivní* techniky. Pasivní techniky spojuje s reakcí úniku a řadí k nim: popření, regresi, izolaci, denní snění a únik do nemoci. K aktivním technikám přiřazuje: agresi, upoutávání pozornosti, identifikaci, kompenzaci a sublimaci.

Autor Švancara (2003) ve své publikaci zdůrazňuje mimo jiné následující. „*Velký význam má rovněž posuzování účinnosti různých způsobů zvládání stresu: akční a intrapsychické způsoby, zaměřené na stres či na stresovou reakci, mohou mít rozdílnou účinnost, to znamená: ovlivňují různou mírou stav stresu a (nebo) jeho důsledky*“ (Švancara, 2003, 7). Také podotýkají, že ze stránky směru působení můžeme odlišit takové způsoby, které mají za důsledek *snížení* nebo *zvýšení* stresu. Švancara považuje za důležité mít na paměti, že směr působení i jeho intenzita jsou většinou podmíněné časem. Některé strategie zpracování mohou totiž redukovat stres v kratším časovém horizontu, ale dlouhodobě stres zvyšovat (například vyhýbání se, bagatelizování). Výše zmíněný směr a intenzita efektivity konkrétní strategie zvládání jsou závislé na situačních kontextech, konkrétním druhu, intenzitě stresorů a na charakteru určitého jedince. Pokud například člověk zvolí rezignaci, následkem je zvýšení nebo udržení stresu. Pokud však jedinec využije akční tendence směřující k vyřazení či odstranění stresoru, dojde posléze k redukci stresu.

Jaro Křivohlavý v Psychologii zdraví (2001) popisuje dva druhy strategií zvládání stresu, které byly rozlišeny již před čtvrt stoletím. První je strategie soustředěná na *řešení* problému, ta vznikla jako odezva na stres. V tomto případě se jedná o využití osobní aktivity a o snahu řešit situaci konstruktivním způsobem. Druhá strategie je nasměrovaná na *vyrovnání se* s emocionálním stavem vzniklým v důsledku stresu. Tato strategie se

soustředí na regulaci emocionálního stavu, který vznikl na základě působení stresu. Autor podotýká, že již u malých dětí můžeme pozorovat typ první – strategie řešení problému. Druhý typ zaměřený na ovládnání emocí se vyskytuje až u adolescentů.

Je více než pravděpodobné, že jedinec si strategie zvládnání stresu osvojuje učením. Toto učení pravděpodobně probíhá dle principu učení na bázi efektu a modelu zátěžových situací. Další roli má podle všeho také učení vhladem (v nejširším smyslu) (Švancara, 2003).

3.4 VÝZKUMY ORIENTOVANÉ NA COPINGOVÉ STRATEGIE

Ong, Phillips a Chai (2013) zkoumali vztah životních událostí a stresu, konkrétně otázku, jestli starší muži a ženy používají coping odlišně. Tato studie se soustředila na stárnoucí Malajsijce z hlediska copingových strategií a genderových odlišností v souvislosti reagování na stresové životní události. Pomocí interview výzkumníci získali odpovědi od 645 respondentů ve věku 50 let a výše. Výsledky odhalily, že starší ženy více inklinují k vyšší míře chronického stresu než muži. Avšak hypotéza, že seniorky budou častěji volit emočně zaměřené strategie zvládnání, se nepotvrdila.

Dopad věku, kognitivních a copingových zdrojů na coping zjišťovali Trouillet, Doan-Van-Hay, Launay a Martin (2011). Data získali od jedinců ve věku od 20 do 90 let. Jejich výzkum odhalil, že věk predikuje pouze strategii zvládnání zacílenou na problém. Dále se potvrdilo, že se zvyšujícím se věkem se signifikantně nemění využívání emočně zaměřené strategie zvládnání stresu.

Další studie je zaměřená na roli copingových vzorců a zdrojů. Autoři zkoumali zdroje a vzorce strategií způsobu zpracování stresu v souvislosti s úspěšným stárnutím. Pomocí dvou rozhovorů s rozestupem 12 měsíců získali data od 262 seniorů. Použitá analýza ukázala, že na úspěšném stárnutí se pozitivně podílejí tyto zdroje: sociální podpora, self-efficacy a proaktivní způsob - konkrétní plánování. Negativní dopad mělo rozhodování o preferencích (Tovel & Carmel, 2013).

Výzkum strategií zvládnání stresu spojený s kvalitou života realizovali Levasseur a Couture (2015). Za cíl si stanovili prozkoumat vztahy mezi copingovými strategiemi, které jsou používanými pro vyrovnávání se s problémy v určitém věku, a se zdravím spolu s kvalitou života. Pomocí průřezové studie zkoumali účastníky ve věku 65 let a více. V závěru uvádějí zjištění, že participanti užívali jak strategie zaměřené na problém, tak

strategie soustředěné na emoce, aby se vypořádali s limity danými věkem a zdravotními problémy.

Zajímavé téma studie si zvolili Bergland, Thorsen a Loland (2010). Zkoumali vztah copingových strategií, sebevědomí a zdraví v souvislosti se schopností „outdoorové“ chůze u norské seniorské populace. Do svého výzkumu autoři získali poměrně úctyhodných 3069 respondentů. Analýza ukázala, že ti, co mají dobrou schopnost „outdoorového“ chození (minimálně 1 kilometr a více), převážně muži, pociťují signifikantně méně bolesti, mají lepší subjektivní zdraví a užívají více vnímaného copingu.

4 POHYBOVÁ AKTIVITA

Tato kapitola je věnována tématu pohybová aktivita. Nejprve si popíšeme, co tento pojem zahrnuje, pak se budeme věnovat pohybové aktivitě v seniorském věku. Dále stručně popíšeme, jaká jsou specifika pohybu ve stáří a v neposlední řadě si představíme několik výzkumů a studií zaměřených na danou problematiku.

To, jakým způsobem stárneme, je výsledkem mnoha vlivů, které na nás mají dopad po celou dobu života. Mezi tyto vlivy můžeme zařadit osobní zkušenosti, sociální vztahy, genetiku, prostředí i spoustu dalších faktorů. Od devadesátých let dvacátého století se Světová zdravotnická organizace (WHO) zamýšlí nad konceptem aktivního stárnutí – v něm spojují aktivitu, zdraví a význam aktivního stárnutí. Aktivní stárnutí definovali jako proces, při kterém dochází k zajištění optimálních příležitostí pro zdraví, účast na životě společnosti a bezpečí s cílem zajistit co nejlepší kvalitu života starších lidí (Slepička, Mudrák, & Slepičková, 2015). Všechny významné organizace (včetně WHO) se shodují v názoru, že pohybová aktivita je jednou z několika nejdůležitějších komponent zdraví a zdravého životního stylu (Kalman, Hamřík, & Havelka, 2009).

4.1 DEFINICE POJMU POHYBOVÁ AKTIVITA

Psychologický slovník (2009) definuje pohyb jako základní vlastnost hmoty a aktivitu označuje za pohyb nebo činnost, která vede k uspokojení základních životních potřeb. Působí na ní vnitřní fyziologické mechanismy a podněty přicházející z okolí. Dále podotýká, že u člověka odlišujeme *uvědomovanou* a *neuvědomovanou* aktivitu, tedy *autonomní, automatickou* a *neovlivnitelnou vůlí*.

Světová zdravotnická organizace (WHO) na svých oficiálních stránkách formulovala pohybovou aktivitu jako jakýkoliv tělesný pohyb zapříčiněný kosterním svalstvem, který vyžaduje výdej energie (Physical activity, nedat.).

Kalman, Hamřík a Pavelka (2009) představují pohybové aktivity, které zahrnuje SIGPAH (*Strategic Inter-Governmental forum on Physical Activity and Health*) do svého konceptu: *tělocvičná rekreace, aktivní domácí práce, sport, aktivní sport, tanec, tělesná výchova a aktivní hra*.

4.2 POHYBOVÁ AKTIVITA VE STÁŘÍ

Definitivní odchod z pracovního prostředí, ke kterému dochází v tomto období lidského života, může značně zapůsobit na všechny složky osobnosti, na náhled na svět

i na jedince samého. Důsledkem může být kognitivní zpoždění, ale i rozvinutí některých schopností, které podpoří nové aktivity (například pohyb, sport) (Vágnerová, 2007).

Lidé mají možnosti flexibilní volby při rozhodování, jak využít volný čas učením, prací, účastí ve volnočasových aktivitách a při umožňování péče od společnosti. Tyto volby však mohou být v případě stáří a stárnutí ovlivněny několika faktory, kam bychom zařadili např. nemoci, finanční situaci, mobilitu nebo poskytovanou péči starým lidem (Slepička et al., 2015).

Myšlenka aktivního stárnutí může být do budoucnosti řešením nejen pro celou společnost, ale i pro samotného seniora. Není nutností se ve vyšším věku vzdát aktivit, kterým se senior věnoval v mladších letech, pokud mu v tom nebrání nemoc či snížená soběstačnost. Důležité je, aby člověk vyššího věku nacházel smysluplnosti svého života a byla mu co nejdéle zachována jeho autonomie (Dvořáčková, 2009, in Dvořáčková, 2012, 24-25).

Autorka této bakalářské diplomové práce považuje zjištění, že naše i zahraniční studie docházejí k závěru, že pouze nevýznamnou menšinu seniorů lze označit za pohybově aktivní, za alarmující (Macháček & Radvanský, 2011).

Existuje sedm klíčových principů aktivního stárnutí (Walker, 2002):

Aktivita neboli činnost, jež musí být součástí celého úsilí, které přispívá k pohodě člověka, jeho nejbližších, místní komunitě nebo společnosti jako celku a tato aktivita není pouze v rámci placeného zaměstnání či práce.

Aktivní stárnutí se musí dotýkat *všech lidí*, tím samozřejmě myslíme i křehké, závislé nebo stárnoucí. Autor zdůrazňuje, že je třeba věnovat pozornost nejen „mladým“ starým lidem, ale též „starým“ starým lidem.

Další princip lze označit jako *preventivní* nebo *výchovný*. Stárnoucí jedinci budou se zvyšujícím se věkem stále více potřebovat lékařskou péči, prevenci zdraví nebo učení se novým dovednostem.

Jakožto moderní přístup ke stárnoucí populaci je nutné zapojit *férovost* a *rovné příležitosti* pro rozvoj aktivit všech generací. Stárnutí se přece netýká pouze starých lidí, ale celé lidské společnosti.

Výše uvedený koncept zastřešuje také *práva* i *povinnosti*. Je nutné směřovat k jejich vyváženosti.

Je třeba zdůraznit, že aktivní stárnutí stojí na *účasti - zapojení* jedince do možností vedoucích k úspěšnému stárnutí. Tím se zamýšlí činnost těch, co vytvářejí a uskutečňují podmínky realizace, ale i samotné občany a jejich aktivní přístup k dané věci.

Poslední princip se týká respektu k *národní a kulturní zvláštnosti* a jedinečnosti. Autor podotýká, že je nemožné stanovit určitý druh aktivity jako absolutně správný pro všechny lidi a prostředí.

Výše zmíněné principy propojují dvě základní a navzájem propojené dimenze: *společenskou* (vztah společnosti k seniorům z různých hledisek, např. politické, zdravotnické, sociální) a *individuální* (zapojení samotných seniorů do aktivního způsobu stárnutí) (Walker, 2002; Slepíčka et al., 2015).

Podstatné téma, často spojované se stárnutím, je zdraví a zdravotní politika. Je nutné, aby senior byl co nejvíce soběstačný, nezávislý a měl co nejdelší dobu kvalitní život. Stárnout zdravým způsobem je výzva nejen pro samotné seniory, ale i pro společnost a její instituce. Někteří volí zdravý životní styl a přístup včas a snaží se tak ovlivnit své zdraví. Jiní se k němu přikloní až ve chvíli, kdy se začnou „ozývat“ projevy stáří nebo různé nemoci (Slepíčka et al., 2015).

Fyziologické změny probíhají po celou dobu života jedince, ale mohou se stát výraznými v období pozdní dospělosti-stáří. Mnohé změny mohou mít značný dopad na pohyb a aktivitu člověka. Thorová (2015) uvádí tyto změny:

Změny v metabolismu: zpomalení o 5-10 % v období každých deset let.

Snížení schopnosti termoregulace: zhoršení přizpůsobivosti teplotním výkyvům a měnám.

Změny na kůži: ztráta pevnosti, elasticity, snížení vrstvy podkožního tuku.

Oslabení smyslových receptorů: zhoršení zraku, snížení vnímání sluchu.

Snížení výkonnosti orgánů: nižší okysličování a výkonnost, postupné zmenšování objemu mozku.

Involuce endokrinního a rozmnožovacího systému: hormonální změny – snížení jejich hladiny.

Degenerativní změny v pohybovém ústrojí: pokles svalové hmoty, opotřebovanost a nižší pohyblivost kloubů, ochablost svalů, zmenšování obsahu vápníku v kostech.

Vyšší náchylnost k nemocem a sekundární změny v důsledku chorob: nižší obranyschopnost, nespavost, únava.

Macháček a Radvanský (2011) uvádějí změny, které nastanou, pokud probíhá pohybová aktivita ve vyšším věku. Dochází-li k pohybu, pozorujeme znatelný,

kladný a mnohostranný vliv na celkový funkční stav organismu. Jako příklad uvedeme vytrvalostní trénink, který prokazatelně snižuje určitá rizika onemocnění oběhového ústrojí nebo skutečnost, že vytrvalostní aktivity snižují vytváření otoků dolních končetin a zlepšují prokrvení kapilár. Značné množství studií dochází k závěru, že pohybová aktivita může zpomalit věkově podmíněné proměny ve struktuře kosterního svalstva, kostí, šlach i vaziva. Pravidelné cvičení může mít za následek zamezení ztrát bílkovin a zastavení či omezení úbytku aktivní hmoty a svalové síly. U seniorů, kteří se pravidelně věnují aktivitě, je mnohem nižší výskyt úrazů pohybového systému.

World Health Organisation (WHO, 2003) popisuje tyto efekty pohybové aktivity: snížení rizika předčasného úmrtí, snížení možnosti prodělání cévní mozkové příhody a úmrtí kvůli srdeční nemoci, onemocnění diabetem typu II. Pohybová aktivita slouží jako prevence proti vysokému krevnímu tlaku, redukuje ho a snižuje též míru bolestí pohybového aparátu, podílí se na kontrole nadváhy, zamezuje distresu, úzkosti, úzkostné a depresivní symptomatologii a v neposlední řadě napomáhá kontrole a prevenci rizikového chování (převážně u dětí a adolescentů v souvislosti s užíváním alkoholu, tabáku, drog, nezdravých diet, násilí apod.). Ve své novější publikaci (2010) zdůrazňuje WHO tyto kladné dopady pohybu pro dospělé a stárnoucí osoby: zvýšení balance, síly, koordinace, flexibility, vytrvalosti, udržení mentálního zdraví, kontrola motoriky a udržení kognitivních funkcí. V důsledku posílení síly, flexibility, balance a koordinace dochází mnohem méně k pádům, které jsou častou příčinou invalidity u starších osob. Vassileva (2015) dodává k výše uvedeným efektům, že fyzická aktivita (včetně tréninku určitých svalových skupin) má důležitou a nezastupitelnou roli v zlepšování kvality života u seniorské populace. Slepíčka, Hošek a Hátlová ve své publikaci (2006) zdůrazňují psychologickou antistresovost sportu, což nepochybně můžeme rozšířit i na celkovou pohybovou aktivitu. Pohyb odvede pozornost ze zátěžové pracovní roviny do roviny odpočinkové, bez psychické námahy. „*Jde o mechanismus emočního přeladění s dobrými psychohygienickými důsledky. Prožitky radosti (flow) mají harmonizační účinky a jsou momentem zkvalitnění života*“ (Slepíčka, Hošek, & Hátlová, 2006, 218). V pohybu se snižuje nelibé napětí nastřádané z běžného života. Jedná se o mechanismus odreagování, který způsobuje snížení předpokladů vytvoření stresu. Dále také dochází například k mechanismu kompenzace. V tomto případě dojde k vyrovnání se nebo k nahrazení aktivit. Je důležité dodat, že už v dětském věku má aktivita (sport) nezpochybnitelně důležitý význam pro biologickou, psychologickou i sociální (psychosociální a psychohygienickou) stránku rozvoje člověka (Slepíčka et al., 2006).

4.3 SPECIFIKA DOPORUČENÍ PRO POHYBOVOU AKTIVITU SENIORŮ

V předchozí kapitole jsme si uvedli změny, ke kterým výrazně dochází v průběhu období stáří. Tyto změny úzce souvisí s možnostmi a vhodnou volnou pohybové aktivity pro stárnoucí jedince.

Pelclová (2015) podotýká, že různá doporučení se shodují v myšlence, že pohybová aktivita je naprosto nezbytný předpoklad pro stárnutí, které bude probíhat zdravým způsobem. Autorka uvádí, že senioři vykonávající jakékoliv množství pohybu dosáhnou určitých zdravotních efektů (například udržení dobrých tělesných a kognitivních funkcí). Senioři by měli provádět jakoukoliv pohybovou aktivitu bez ohledu na chronologický věk, hmotnost, zdravotní problémy a choroby. Stárnoucí lidé mají být aktivní nejlépe každý den, a to do takové míry, kterou jim umožní současný zdravotní stav a možné nemoci – lze tedy jednoduše říci, že každá aktivita je lepší a zdraví mnohem prospěšnější, nežli žádná.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své publikaci (2010) uvádí tato doporučení pohybových aktivit pro osoby ve věku 65 let a více: mělo by se jednat o aktivity rekreačního a volnočasového rázu, dále transport (chůze, cyklistika), pracovní činnost (chodí-li jedinec stále do práce), domácí činnosti, hry (*play, games*), sport a plánovaný výkon v kontextu denních činností, rodiny nebo komunity. Doporučují alespoň mírnou kumulativní fyzickou aktivitu, která bude mít trvání minimálně 30 minut a bude probíhat každý den. Je-li však aktivita provozovaná kvůli snížení hmotnosti jedince, v tomto případě uvádějí 60 minut mírné až energické aktivity každý den.

4.4 STUDIE A VÝZKUMY POHYBOVÉ AKTIVITY U SENIORŮ

Jako první uvedeme výzkum z českého prostředí od autorů Mudrák, Slepíčka a Slepíčková (2014). Ti zkoumali vztah pohybové aktivity, vnímaného zdraví a motivaci k aktivitě pomocí dotazníků *The Leisure Time Exercise Questionnaire*, *Physical Activity Survey* a *12-Item Short-Form Health Survey*. Zjistili relativně pozitivní subjektivní vnímání zdraví, poměrně vysoký počet aktivních seniorů (49,3% z 315 lidí) a že pohybové aktivity značně souvisejí s některými motivačními konstrukty (nejsilnější vztah se projevil mezi škálou pohybu, vnímanou vlastní účinností při překonávání překážek cvičení a přesvědčením o pohybové aktivitě jako součásti životního stylu).

Śławińska, Posłuszny a Rożek (2013) se zaměřili na vztah mezi fyzickou zdatností a kvalitou života u dospělých a starších osob. Použili *Senior Fitness Test* a dotazník *WHOQOL-BREF*. Ve výsledcích výzkumu uvádějí vztah mezi hodnocením kvality života

a silou s flexibilitou horních končetin častěji vyskytující se u žen. U mužů se projevila pozitivní korelace posouzení vlastního zdravotního stavu a kardiopulmonální účinností.

Jaké faktory se podílejí na tom, aby starší lidé začali a pokračovali ve cvičení v tělocvičně pro seniory, zkoumali Lübecke, Martin a Hellström (2012). V jejich případě se jednalo o kvalitativní výzkum pomocí interview. Autoři dospěli k úsudku, že mezi pozitivní faktory pro pokračování v navštěvování tělocvičny se řadí: možnost cvičení vlastním tempem, kontakt s vrstevníky, kompetentní personál a vhodné cvičební stroje. Z původní snahy prostřednictvím cvičení převzít kontrolu nad životem (fyzicky i časově) se stala potřeba tréninku investic do zdraví a sociální aktivitou.

Vztah mezi pravidelnou chůzí, fyzickou aktivitou a kvalitou života související se zdravím byl předmětem výzkumného záměru kanadských odborníků (Blacklock, Rhodes, & Brown, 2007). Jako nástroj zvolili *Godin Leisure Time Questionnaire, SF-36* a škálu *Satisfaction with Life*. Použité korelace ukázaly malé až střední souvislosti mezi chůzí (fyzickou aktivitou), celkovým zdravotním stavem, vitalitou a sociálním fungováním jedince. Závislý t-test označil chůzi a fyzickou aktivitu jako stejně související s vitalitou a společenským fungováním.

Studie o kondičním cvičení a mentálním zdraví (Folkins & Sime, 1981) pojednává o efektu pohybu a psychiky. Teoretické bádání autorů tvrdí, že kondiční cvičení vede ke zlepšení nálady, k psychické pohodě, lepšímu sebepojetí a pracovnímu chování.

5 VÝZKUMY KVALITY ŽIVOTA, STRATEGIÍ ZVLÁDÁNÍ STRESU A POHYBOVÉ AKTIVITY U SENIORŮ

Tato kapitola bude věnována popisu vybraných relevantních výzkumů kvality života, strategií zvládnání stresu a pohybové aktivity u seniorů. Tyto výzkumy nám poslouží jako teoretický podklad pro tvorbu výzkumných hypotéz.

Na úvod je důležité podotknout, že se blíže zaměříme na zahraniční výzkumy, protože relevantní české výzkumy se nám nepodařilo získat k bližšímu probádání. Je důležité zmínit, že české výzkumy se zpravidla zaměřují na jednu z oblastí zájmu naší bakalářské práce (kvalita života, pohybová aktivita, copingové strategie u seniorů) a my jsme vyhledávali ty, které zkoumají a dávají do souvislostí alespoň oblasti dvě.

Ze zahraničních studií, kromě níže zmíněných, představujeme: výzkum efektů fyzické aktivity na kvalitu života seniorů žijících v Brazílii (Da Fonte et al., 2016), studii věnovanou vztahu mezi fyzickou aktivitou a doménami kvality života u starších žen (Vagetti et al., 2015), dále studii o vlivu aktivity a nezávislosti na kvalitu života seniorů žijících ve městě (Bonk, 2016), jiný výzkum se soustředil na kvalitu života a účinek tělesné aktivity na zdraví starších lidí (Lundendorff et al., 2016), na copingové strategie nejčastěji užívané seniory se zaměřili Filiatrault a Desrosiers (2011), copingové strategie, sociodemografické ukazatele a úroveň aktivity u španělských seniorů sledovali Rubio, Dumitrache, García a Cordon-Pozo (2016) a v neposlední řadě Treviño a kolektiv (2014) věnovali svou pozornost fyzické aktivitě jako strategii zvládnání stresu, která facilituje ukončení užívání nikotinu u lidí středního věku a u seniorů.

5.1 POHYBOVÁ AKTIVITA A KVALITA ŽIVOTA

Nejprve se zaměříme na výzkum, který se věnoval souvislosti mezi pohybovou aktivitou a kvalitou života. Lok, Lok a Canbaz (2017) svůj výzkum zaměřili na vliv fyzické aktivity v souvislosti s depresivní symptomatikou a kvalitou života u seniorů žijících v domově s pečovatelskou službou. Jejich cílem bylo zjistit, jaký dopad má jimi vytvořený program fyzické aktivity na život a na depresivní symptomatiku jedinců obývajících dům s pečovatelskou službou. Tento program se skládal z 10 minutového zahřátí svalstva, 20 minutového rytmického cvičení, 10 minutové tělo ochlazující aktivity a 30 minut trvající chůze. Program probíhal ve čtyři dny v týdnu po dobu 10 týdnů a účastnila se ho pouze experimentální skupina. Jejich experimentální pretest-posttest studie náhodně rozdělila účastníky ve věku 65 let a výše do 2 skupin (experimentální

a kontrolní) po 40 probandech. Pro sběr dat autoři použili Beckovu sebesuzovací škálu (*Beck Depression Inventory*), dotazník kvality života (*SF 36 Quality of Life Scale*) a jimi vytvořený dotazník na sociodemografické údaje. Data zpracovali v programu SPSS 18.0. K vyhodnocování využili Mann-Whitneyův U test a dvouvýběrový Wilcoxonův test. Výsledky, týkající se sociodemografických údajů, neodhalily žádné signifikantní rozdíly mezi kontrolní a experimentální skupinou. V kontrolní skupině se neobjevily signifikantní změny ve výsledcích BDI-II a v dotazníku kvality života SF 36, obě metody byly administrované před začátkem a po skončení studie. U experimentální skupiny bylo zjištěno, že po skončení programu pohybové aktivity došlo k statisticky významnému ($p < 0,05$) zvýšení skóre 4 subškál dotazníku týkajícího se kvality života (konkrétně *physical health* $p=0,001$, *physical role* $p=0,02$, *pain* $p=0,001$, *general health perception* $p=0,02$). Rovněž došlo k statisticky významnému výsledku u použitého dotazníku BDI-II ($p=0,001$). Závěr této studie zní, že u seniorů, kteří absolvovali program pohybové aktivity, došlo ke snížení depresivních symptomů a ke zlepšení kvality života.

5.2 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU A KVALITA ŽIVOTA

Následující výzkum zkoumal vztah mezi strategiemi zvládání stresu a kvalitou života. Gattino, Rollero a De Piccoli (2014) zaměřili svůj výzkum na vliv copingových strategií na kvalitu života z genderové perspektivy. Cílem výzkumu bylo otestovat souvislost strategií zvládání stresu a čtyř domén kvality života (tělesnou-PH, psychickou-PS, relační-SR a environmentální-E doménu). Dále zkoumali vliv pohlaví na vztah mezi copingovými strategiemi a dimenzemi kvality života. Studie se účastnilo celkem 600 probandů (z toho 56 % byly ženy) ve věku 25 let až 70 let (průměrný věk=42,73, směrodatná odchylka=13,02) žijících v Itálii. Pro získání údajů byl použit standardizovaný 24 položkový dotazník WHOQoL-BREF, italská verze, 28 položkový Brief COPE (dotazník měřící 14 copingových strategií a konečně nestandardizovaný dotazník zjišťující sociodemografické údaje (pohlaví, věk, rodinný status, vzdělání, zaměstnání a příjem). Statistickou analýzu vyhotovili pomocí programu SPSS 20.0, použili konkrétně faktorovou analýzou, t-test a regresní modely. Výsledky ukazují (na hladině významnosti $p < 0,05$), že copingové strategie zaměřené na problém, konkrétně aktivní coping (korelace s jednotlivými subškálami WHOQoL: PH=0,19; PS=0,30; SR=0,14; E=0,15 při $p < 0,01$), pozitivní změna náhledu a akceptace (PH=0,13; PS=0,24; SR=0,15; E=0,15 při $p < 0,01$), využívání podpory (PH=0,13; PS=0,12; SR=0,14; E=0,16 při $p < 0,01$), zvyšují kvalitu

života ve všech jejích dimenzích. Strategie zvládání stresu zaměřené na emoce (sebeobviňování) snižují domény kvality života, které jsou spojené s psychikou. Pohlaví má roli moderátorové proměnné: strategie sebeobviňování je častěji užívaná muži a u žen se objevuje používání těchto copingových strategií: pozitivní změna náhledu a akceptace, seberozptýlení, podpora, dávání uvolňování a projevování emocí a náboženství.

5.3 POHYBOVÁ AKTIVITA A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU

V neposlední řadě představíme výzkum věnovaný fyzické aktivitě a copingovým strategiím. Laybourne, Biggs a Martin (2011) se zaměřili na prozkoumání vlivu fyzické aktivity u seniorů, kteří se někdy potýkali s pádem (nebo více pády). Tato studie rozdělila účastníky ve věku 65 let a více do dvou programů: cvičební program prováděný v nemocnici a cvičební program probíhající v komunitě. Program v nemocnici byl vedený dvěma zkušenými instruktory a zahrnoval zahřívací techniky, strečink se závažími, balanční cvičení a plán na pravidelné chození. Program v komunitě zahrnuje rámec specifických cvičení, tento program mohl být mírně upraven pro potřeby staršího jedince z hlediska jeho fyzických možností. Cvičení obsahovalo pohyby inspirované Tai-Chi, strečink, nácvik vstávání ze země a cviky na správný postoj i chůzi. V neposlední řadě docházelo k povzbuzování jedinců, aby pokračovali ve fyzické aktivitě. Účastníci se po dobu jednoho měsíce zapojili do programů, dále měli pokračovat sami a po 6 měsících byl zjištěn výsledný efekt. Celkově se výzkumu účastnilo 22 lidí. Výsledky zahrnovaly porovnání stavu před programem a po 6 měsících, konkrétně zjišťovaly objektivní výslednou aktivitu seniora, copingové strategie a dále sociální podporu. Pohybová aktivita byla zjišťována pomocí monitorů (*Stepwise Activity Monitors*), které jedinci nosili na kotnících, copingové strategie byly zjišťovány dotazníkem SOC (*Selection, Optimization, Compensation*) a sociální opora dotazníkem zaměřeným na sociální zázemí (*The Social Support Questionnaire*). Ke zpracování dat použili lineární mix-effects modely, program SPSS 15.0 a S-Plus. Výsledky odhalily, že v pohybové aktivitě jedinců nedošlo k signifikantní změně, avšak po časovém odstupu došlo k jejímu mírnému zvýšení. Autoři zmiňují, že dvě copingové strategie se nejvíce podílely na změně v pohybové aktivitě mezi jednotlivými měřeními, a to: optimalizace ($p=0,06$) a selekce založená na ztrátě ($p=0,02$). Význam sociální opory jako prediktoru v pokračování cvičení dosahoval hodnoty $p=0,17$.

II. Empirická část

1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU

Stáří je přirozenou součástí života. I tento úsek života s sebou nese své charakteristické radosti, ale též starosti, kterým musí daný senior (adaptivním či maladaptivním způsobem) čelit, a které mohou i znatelně ovlivňovat jeho kvalitu života. V této diplomové práci se proto zaměřujeme na vztahy mezi strategiemi zvládnání stresu a kvalitou života společně s ohledem na pohybovou aktivitu u seniorů. Chceme více porozumět naznačeným vztahům a zjistit, čím a jakým způsobem jsou tyto souvislosti specifické v tomto vývojovém období.

Cílem této práce je prozkoumání souvislosti kvality života a strategií zvládnání stresu ve vztahu k pohybové aktivitě u lidí ve věku 65 let a více. Pokusíme se explorovat souvislost copingových strategií (jednotlivých strategií i celkově pozitivních či negativních copingových strategií) podle pojetí metody SVF 78 a kvality života (souhrnně vzato i dle jednotlivých dimenzí) dle inventáře OPQOL-CZ-20, který nám byl doporučen profesorem Jiřím Marešem, který tuto metodu zavádí do českého prostředí. Dále se zaměříme na sociodemografické proměnné našich respondentů v souvislosti s copingovými strategiemi i kvalitou života.

Výsledky našeho bádání mohou přispět k zevrubnějšímu prozkoumání dané problematiky. Také by mohly inspirovat vědecké badatele k novým výzkumům (například s využitím námi aplikovaných metod SVF 78 a OPQOL-CZ-20) a studiím věnovaným stárnoucím lidem. Potenciál vnímáme nejen v dalším možném vědeckém výzkumu na tomto poli, ale i v možnosti, že by tato práce mohla do jisté míry podnítit vznik rozličných edukačních programů pro seniory (ať už by byly zaměřeny na zlepšení kvality života, zvýšení pohybové aktivity nebo redukci a možné způsoby zvládnání vnímaného stresu specifického pro toto věkové období).

2 HYPOTÉZY

V souvislosti s cílem naší bakalářské diplomové práce a na podkladu rešerše výzkumných studií a související literatury definujeme následujících pět hypotéz.

H1: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi aktivitou v mládí a skórem v subtestu Celkové pozitivní zvládací strategie stresu (POZ) v rámci našeho výzkumného souboru.

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi kvalitou života a Celkovými pozitivními zvládacími strategiemi stresu (POZ) v rámci našeho výzkumného souboru.

H3: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi kvalitou života a Celkovými negativními zvládacími strategiemi stresu (NEG) v rámci našeho výzkumného souboru.

H4: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi aktuálním zdravotním stavem a kvalitou života v rámci našeho výzkumného souboru.

H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi strategií zvládání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života typu Úloha víry a náboženství v rámci našeho výzkumného souboru.

3 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Tato kapitola bude věnována popisu aplikované metodiky a použité výzkumné baterie. Ke sběru dat jsme využili tři dotazníkové metody (dva inventáře a jeden strukturovaný dotazník naší konstrukce). Dále se zde zaměříme na etické aspekty našeho výzkumu, jehož cílem byla explorace souvislosti kvality života a strategií zvládání stresu u seniorů s ohledem na pohybovou aktivitu. V této kapitole neopomeneme vysvětlit zkratky, které se budou objevovat v textu. Pro sběr dat jsme použili kvantitativní přístup, konkrétně dotazníkové šetření.

3.1 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT

V našem výzkumu jsme použili nestandardizovaný strukturovaný dotazník, který se skládal ze 12 námi zkonstruovaných otázek, které se týkaly sociodemografických údajů, pohybové aktivity, zdravotního stavu a pohybového omezení. Dále byla naše výzkumná baterie metod tvořena inventáři SVF 78 a OPQOL-CZ-20 (česká zkrácená verze původní metody OPQOL-35).

3.1.1 NESTANDARDIZOVANÝ STRUKTUROVANÝ DOTAZNÍK

Nestandardizovaný strukturovaný dotazník jsme vytvořili pro získání bližších údajů o účastnících výzkumu. Byl tvořen otázkami na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a pracovní úvazek respondenta. Dále se dotazoval na aktuální zdravotní stav a na to, zda má respondent pohybové omezení (pokud ano, tak jaké). Další část se zaměřila na pohybovou aktivitu a zjišťovalo se v ní následující: jestli proband provozoval pohybovou aktivitu v mládí, jakou aktivitu vykonává nyní, jaký způsobem ji realizuje (sám, skupinově a tak podobně), jak často se věnuje pohybu (dle těchto kategorií: denně, týdně, měsíčně a výjimečně) a v neposlední řadě měl proband odhadnout průměrný čas trávený pohybovou aktivitou v průběhu běžného dne.

3.1.2 SVF 78 – STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU

Dotazník SVF 78 (*Stressverarbeitungsfragebogen*) vypracovali autoři Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová (1997, 2002) a jeho český překlad pro Testcentrum zhotovil Josef Švancara (2003). Tato vícedimenzionální sebesposuzovací metoda zachycuje osobní tendence pro používání různorodých způsobů reagování na stres v zátěžových a stresujících situacích. Inventář se skládá ze 13 subtestů: 1. *Podhodnocení*, 2. *Odmítání*

viny, 3. Odklon, 4. Náhradní uspokojení, 5. Kontrola situace, 6. Kontrola reakcí, 7. Pozitivní sebeinstrukce, 8. Potřeba sociální opory, 9. Vyhýbání se, 10. Úniková tendence, 11. Perseverace, 12. Rezignace a 13. Sebeobviňování. Vyhodnocení můžeme provést podle jednotlivých subtestů nebo podle sekundárních hodnot. Sekundárními hodnotami myslíme to, že u každého jednotlivce můžeme vypočítat *pozitivní strategie* a *negativní strategie*. Pozitivní strategie je množina tvořená prvními 7 subtesty, výsledek vznikne sečtením jejich hrubých skóre a následným vydělením 7. Negativní strategie zahrnují 4 subtesty (10. Úniková tendence, 11. Perseverace, 12. Rezignace a 13. Sebeobviňování), výsledek získáme opět jejich sečtením a vydělením jejich počtem (4). Zbývající 2 subtesty (8. Potřeba sociální opory a 9. Vyhýbání se) nespádají pod žádnou z výše uvedených strategií. Je možná jejich samostatná interpretace, ale doporučuje se je uvádět do kontextu s ostatními strategiemi (Švancara, 2003).

Nyní si blíže vysvětlíme, co jednotlivé subtesty znamenají. Subtest 1 (Podhodnocení) zaznamenává tendence jedince podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s druhými, nebo je považovat za příznivější. Subtest 2 (Odmítání viny) vyjadřuje skutečnost, že u jedince chybí tendence k přiznání si vlastní odpovědnosti za zátěžovou situaci. Typické je využívání devalvace. Subtest 3 (Odklon) souvisí s tendencí k odklonu při zátěži. Konkrétně se jedná o odvrácení zátěže a navozování psychických stavů zmírňujících stres. Subtest 4 (Náhradní uspokojení) představuje příklon jedince k chování zaměřeného na kladné city, které se nevztahují ke stresu, časté je sebezpešnění pomocí vnějších odměn. Subtest 5 (Kontrola situace) vyjadřuje snahu získat kontrolu nad stresujícími situacemi (obsahuje analýzu nynější situace i jejího vzniku či aktivní zásah do situace). Subtest 6 (Kontrola reakcí) značí snahu kontrolovat osobní reakce na zátěž. Subtest 7 (Pozitivní sebeinstrukce) se týká sklonu jednotlivce k dodávání si odvahy a připisování si kompetencí. Subtest 8 (Potřeba sociální opory) je tendence člověka vyhledat kontakt s druhými ve stresu. Subtest 9 (Vyhýbání se) představuje snahy o vyhnutí se zátěžové situaci i další možné konfrontaci. Subtest 10 (Úniková tendence) značí tendenci k rezignaci v dané situaci. Subtest 11 (Perseverace) znamená nemožnost se myšlenkově odpoutat od vnímaných těžkostí. Subtest 12 (Rezignace) obsahuje tendence k prožívání pocitů bezmocnosti a beznaděje v souvislosti se stresovou situací i vlastními možnostmi. Subtest 13 (Sebeobviňování) odkazuje ke sklonu ke sklíčenosti a k tendenci připisovat chyby vlastnímu jednání (Švancara, 2003).

Dotazník SVF 78 je určen pro dospělé jedince (od 20 let). Je důležité podotknout, že při administraci testu úmyslně neříkáme slovo stres. Proband má metodu vyplňovat

samostatně. Dotazník lze zadat jednotlivě i ve skupině, bylo totiž prozkoumáno, že nedochází k ovlivnění jinými osobami nebo různými ostatními vlivy. Práce na dotazníku probandům trvá zhruba 10-15 minut. Metodu tvoří 78 výroků. Proband vyjadřuje míru svého souhlasu s daným výrokem tak, že označí číslo z pětistupňové škály (1-5) Likertova typu. Číslo 1 značí odpověď *vůbec ne*, 2 znamená *spíše ne*, 3 zastupuje odpověď *možná*, 4 *pravděpodobně* a 5 *velmi pravděpodobně* (Švancara, 2003).

3.1.3 OPQOL-CZ-20

Česká verze OPQOL-CZ-20 je zkrácenou verzí dotazníku OPQOL-35 (*Older People's Quality of Life Questionnaire*), jehož autorkou je Ann Bowling z Univerzity College v Londýně ve Velké Británii. Tento dotazník byl vytvořen, aby pomohl určit vnímanou kvalitu života seniorů. Na tvorbě české zkrácené verze se podíleli profesor Mareš, doktor Cígler a doktorka Vachková. Z pohledu této metody je kvalita života vnímána jako multidimenzionální pojem. Původní verze OPQOL-35 obsahovala 8 domén kvality života. Česká zkrácená verze se po důkladné analýze (pomocí například explorační faktorové analýzy, korelací extrahovaných faktorů, lineární regresní analýzy či zjištění odhadu reliability kompozitního skóre) skládá ze 7 domén: 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* (7 faktorů vysvětluje 68,9 % variability dat kvality života, 1. faktor sám o sobě vysvětluje 27,2 %). Reliabilita (konkrétně odhad reliability kompozitního skóre) celého dotazníku dosahuje $r=0,92$ (kompozitní skóre – je vhodnější vzhledem k multidimenzionalitě dat, hodnota Cronbachovo alfa celé metody je rovna 0,857). V české zkrácené verzi dotazníku se na 20 položek odpovídá prostřednictvím vyjádření míry souhlasu s pomocí pětistupňové škály Likertova typu. Číslo 1 znamená *souhlasím*, 2 značí *spíše souhlasím*, 3 *těžko rozhodnout*, 4 označuje *spíše nesouhlasím* a číslo 5 je *nesouhlasím*. Na první otázku týkající se celkového hodnocení kvality života se odpovídá rovněž ze škály Likertova typu. V tomto případě jedinec vybírá z možností: 1 *velmi dobrá*, 2 *dobrá*, 3 *vyhovující*, 4 *špatná* a 5 *velmi špatná* (Mareš et al., 2016; J. Mareš, osobní sdělení 2. prosince 2016). Z důvodu snadnější a praktičtější možnosti následné interpretace statistických výsledků - aby tedy vyšší hodnota hrubého skóre za danou dimenzi kvality života znamenala vyšší (a nikoliv nižší) vnímanou kvalitu života v dané konkrétní dimenzi - jsme inverzně skórovali všechny položky této metody kromě těchto pěti položek: 5, 7, 8, 11, 18. Pokud bychom tuto úpravu

neprovedli a ponechali stávající škálu hodnocení, reverzními položkami by bylo pět výše vyjmenovaných.

3.2 METODA ANALÝZY A ZPRACOVÁNÍ DAT

Jak jsme již výše zmínili, zvolili jsme pro sběr dat kvantitativní způsob, proto i následná práce a zpracování dat jsou typické pro kvantitativní metodologický přístup. Pomocí dotazníkových metod jsme získali data, která jsme následně vyhodnotili deskriptivní a inferenční statistikou. Data jsme nejprve zpracovali v prostředí Microsoft Office Excel 2007, kam jsme převedli údaje z dotazníků. Pro statistickou analýzu jsme využili programu Statistica 12 CZ.

Ověření hypotéz jsme realizovali pomocí Spearmanova a Pearsonova korelačního koeficientu. Dále jsme využili Studentova dvouvýběrového t-testu významnosti korelačního koeficientu. Koeficient Cronbachova alfa (koeficient vnitřní konzistence) jsme spočítali pro celý dotazník OPQOL-CZ-20 i pro jeho jednotlivé dimenze. Také pro dotazník SVF 78 (pro jeho jednotlivé subtesty i sekundární hodnoty) jsme vypočítali koeficient Cronbachova alfa.

Vzhledem k tomu, že jsme pro distribuci našeho dotazníku použili online formulář, mohli jsme si nastavit, že všechny vyplňované položky byly povinné. Kdyby došlo k tomu, že nějaká položka nebyla zodpovězena, dotazník nebylo možné odeslat a respondent byl upozorněn, aby odpověděl na nevyplněnou položku. Z tohoto důvodu nenastaly problémy, že by nám chyběly nějaké nevyplněné odpovědi, proto jsme nemuseli dopočítávat chybějící hodnoty.

3.3 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Během procesu sbírání dat se nevyskytly žádné etické problémy. Účast na našem výzkumu byla dobrovolná, sběr dat byl anonymní a byl určen pro jedince ve věku 65 let a více. Tyto uvedené důvody nám umožnili nepožadovat od probandů podepsaný písemný informovaný souhlas s prováděným výzkumem. Před tím, než respondenti zahájili odpovídání na položky výzkumné baterie, dostali informace o průběhu výzkumu, jeho náplni a cílech. Tyto informace byly poskytnuty na začátku celé dotazníkové baterie a bylo v nich zdůrazněno, že jejich vyplnění je dobrovolné, anonymní a bude využito výhradně pro výzkumné účely bakalářské práce. Na konci naší baterie byl uveden kontakt (emailová adresa) na výzkumníka (autorku této bakalářské diplomové práce). Tento email využilo jen

malé množství respondentů, nejčastější důvody se týkaly „technických“ problémů (špatně načtená stránka způsobila problém s odesláním dotazníku), prosba o nové poslání dotazníku nebo se jednalo o dotazy ohledně položek námi užitých metod. Všem tazatelům bylo bez prodlení odpovězeno. Osobám účastnícím se výzkumu byla poskytnutá informace, že mohou kdykoliv od vyplňování dotazníkového archu i bez udání důvodu odstoupit. Respondentům nebyla věnována žádná odměna (finanční či materiální) za jejich účast ve výzkumu.

3.4 VYSVĚTLIVKY ZKRATEK

V textu, který bude následovat, budeme používat následující zkratky.

N - počet probandů (respondentů)

M - aritmetický průměr

SD - směrodatná odchylka

Mo - modus

Me - medián

Min - minimální naměřená hodnota konkrétního znaku

Max - maximální naměřená hodnota konkrétního znaku

SVF 78 - Dotazník pro měření strategií zvládání stresu

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

α - Cronbachovo alfa (koeficient vnitřní konzistence)

p - p-hodnota (dosažená hladina testu)

4 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Tato kapitola bude věnována popisu sběru dat pro náš výzkum a přiblíží metody výběru výzkumného souboru. Také se zaměříme na popis našeho souboru z pohledu získaných sociodemografických proměnných.

4.1 SBĚR DAT A VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Ve své práci jsme se zaměřili na seniory vykonávající pohybovou aktivitu. Z hlediska praktičnosti a potenciálu získat větší počet respondentů s rozmanitými charakteristikami jsme využili online formulář. Nejprve jsme oslovili různé uzavřené internetové skupiny seniorů (Veselí senioři, Aktivní senioři Bruntálu a tak dále) a skupiny zaměřené na konkrétní pohybové aktivity (cyklistika, běh, nordic walking a podobně). Podařilo se nám získat kontaktní osobu, která nám ochotně pomohla a rozeslala internetový odkaz na náš dotazníkový arch několika desítkám seniorů, kteří navštěvují univerzitu třetího věku. Také se nám povedla uskutečnit spolupráce s Klubem českých turistů. Značnou zásluhu má též Neoficiální nezávislý informační server o Sokole, který poskytl náš formulář respondentům mimo jiné i vnitřními sokolskými kanály.

Pro sběr respondentů jsme zvolili záměrný (účelový) výběr (oslovili jsme jedince podle kritérií, které jsme si již uvedli) a výběr metodou sněhové koule (námi oslovení jedinci poskytli odkaz na naši výzkumnou baterii dalším respondentům).

Sběr dat probíhal od 26. prosince 2016 do 6. března 2017. V zadání bakalářské práce jsme si určili získat pro výzkum minimální počet 30 účastníků ve věku 65 let a více, což se nám úspěšně podařilo přesáhnout, protože celkové číslo vyplněných dotazníků je 68.

4.2 ZÁKLADNÍ POPULACE A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V následujícím textu se zmíníme základní populaci a budeme se především věnovat popisu našeho výzkumného souboru a jeho základním charakteristikám, které jsme získali prostřednictvím našeho nestandardizovaného strukturovaného dotazníku. Účastníci výzkumu byli lidé ve věku 65 let a výše. Horní věková hranice pro účast v našem výzkumu nebyla nijak stanovena či omezena.

4.2.1 ZÁKLADNÍ POPULACE

Český statistický úřad k datu 31. prosince 2015 uvádí celkový počet 1 932 412 lidí (z řad obyvatelstva žijícího v naší republice) ve věku 65 let a více. Z pochopitelných důvodů nelze říci, kolik seniorů z tohoto celkového počtu je pohybově aktivních (Český statistický úřad, 2015).

4.2.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Náš výběrový soubor se skládal z 68 respondentů (z toho bylo 44 žen a 24 mužů). Nejčastější věková kategorie byla 65-69 let (50 %), na dalším místě byla kategorie 70-79 let (33,82 %) a poslední kategorií je věk od 80 let a více (16,18 %). Nejčastější věková kategorie byla shodná pro obě pohlaví, tedy 65-69 let. Pořadí zbylých kategorií se opět u mužů i žen shodovalo, druhé bylo tak rozmezí 70-79 let a poslední 80 let a více.

Tab. 1: *Struktura výzkumného souboru podle pohlaví*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	24	35,29
Ženy	44	64,71
Celkem	68	100,00

Podle výše uvedené tabulky číslo jedna máme přehled o rozložení mužů a žen v našem souboru. Je patrné, že převahu mají ženy, a to o 20 respondentek. Zhruba dvě třetiny našeho souboru tvoří ženy a asi jedna třetina je tvořena muži. Z hlediska pohlaví je tedy patrné, že náš soubor je nevyvážený.

Tab. 2: *Struktura výzkumného souboru podle věkových kategorií*

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
65-69	34	50,00
70-79	23	33,82
80 a více	11	16,18
Celkem	68	100,00

V tabulce číslo dva vidíme rozložení věkových kategorií v souboru. Nejčastější věk byl v rozmezí 65-69 let a byl uveden 34 probandy. Druhou kategorií v počtu 23 respondentů zastupuje věkové rozmezí 70-79 let. 11 účastníků výzkumu označilo kategorii

80 let a více, která je na posledním místě z hlediska četnosti. Je zřejmé, že bezmála 85 % našeho souboru tvořili probandi ve věku od 65 do 79 let.

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

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Základní škola	1	0	1	4,17	0	1,47
Střední škola bez maturitní zkoušky	2	2	4	8,33	4,55	5,88
Střední škola s maturitní zkouškou	8	24	32	33,33	54,55	47,06
Vyšší odborná škola	2	1	3	8,33	2,27	4,41
Vysoká škola	11	17	28	45,83	38,64	41,18
Celkem	24	44	68	100,00	100,00	100,00

Tabulka číslo tři obsahuje absolutní a relativní četnosti nejvyššího dosaženého vzdělání účastníků výzkumu. Nejvyšší počet respondentů má jakožto nejvyšší stupeň vzdělání absolvovanou střední školu s maturitní zkouškou, a to 47,06 %. Na pomyslném druhém místě se vyskytuje vysokoškolské vzdělání s 41,18 %. Nejméně probandů má základní vzdělání (1,47 %).

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

Rodinný stav	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Svobodný/á	1	0	1	4,17	0	1,47
Ženatý/á	21	27	48	87,50	61,36	70,59
Žiji s partnerem/partnerkou	0	1	1	0	2,27	1,47
Rozvedený/á	2	8	10	8,33	18,18	14,71
Vdovec/vdova	0	8	8	0	18,18	11,76
Celkem	24	44	68	100,00	100,00	100,00

Výše uvedená tabulka číslo čtyři obsahuje přehled rodinného stavu seniorů našeho výzkumného souboru. Celkově nejčastěji uváděný stav byl: ženatý/ženatá (celkem 70,59 %), ale nejvyšších hodnot dosahoval i u obou pohlaví (87,50 % u mužů, 61,36 % u žen). U mužského pohlaví byl druhý nejčastější údaj: rozvedený s 8,33 % a u žen to byly dva stavy: rozvedená a vdova (obě 18,18 %). Nejméně označovaný údaj celkově byl stav:

svobodný/svobodná a žiju s partnerem/partnerkou (oba údaje dosahovaly 1,47 %). V našem výzkumném souboru se u mužů neobjevily údaje: žiji s partnerem/partnerkou a vdovec. U žen to byl rodinný stav: svobodná.

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

Bydlení	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Žiji doma (samostatně bez pomoci druhých)	21	38	59	87,50	86,36	86,76
Žiji doma (pomáhají mně druzí)	2	4	6	8,33	9,09	8,82
Žiji s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)	1	2	3	4,17	4,55	4,41
Žiji v penzionu, v domě s pečovatelskou službou	0	0	0	0	0	0
Žiji v domově důchodců, v domově pro seniory	0	0	0	0	0	0
Celkem	24	44	68	100,00	100,00	100,00

Z tabulky číslo pět je očividné, že žádný z respondentů neuvedl jako typ bydlení: žiji v penzionu, v domě s pečovatelskou službou a žiji v domově důchodců, v domově pro seniory. Nejčastěji vyskytovaný typ bydlení u celého souboru s 86,76 % byl: žiji doma (samostatně bez pomoci druhých). Muži se v tomto typu bydlení shodovali v 87,50 % a ženy v 86,36 %. Dle četnosti následující se vyskytlo prohlášení: žiji doma (pomáhají mně druzí) s celkovým podílem 8,82 %. Žiji s rodinou (ne ve vlastní domácnosti) označilo 4,41 % našich probandů.

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

Aktuální zdravotní stav	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Zdravý/á	9	17	26	37,50	38,64	38,24
Jen nemoci přiměřené věku	14	27	41	58,33	61,36	60,29
Dost nemocný/á	1	0	1	4,17	0	1,47
Celkem	24	44	68	100,00	100,00	100,00

V tabulce číslo šest vidíme strukturu výzkumného souboru podle aktuálního zdravotního stavu. Nejvíce naši probandi uváděli možnost jen nemoci přiměřené věku (60,29 %). Tato kategorie byla nejčastější jak u mužů (58,33 %), tak i u žen (61,36 %).

Žádná z žen neuvedla kategorii: dost nemocná. Pouze jeden muž vybral, že je dost nemocný (1,47 %). Z celého souboru si 38,24 % vybralo variantu zdravý/zdravá.

Probandů jsme se také tázali na pracovní úvazek, pohybové omezení a na aktivitu v mládí. Z celkového počtu lidí jich 12 odpovědělo, že mají pracovní úvazek (17,65 %). Z toho byla polovina mužů (50,00 %) a polovina žen (50,00 %). Celkově 20 lidí zvolilo, že mají pohybové omezení, což je 29,41 % z celého souboru. Ze souboru mužů jich bylo 6 (25,00 %) a z řad žen 14 (31,82 %). Osob bez pohybového omezení bylo v našem výběrovém souboru 52 (76,47 %). Z těch, kteří pohybové omezení mají, jich 6 uvedlo artrózu (8,82 %). Dále se objevovaly v menším množství tato omezení: Bechtěrevova choroba, bolesti pohybového aparátu, osteoporóza ovlivňující pohyblivost, při větší zátěži piriformis, syndrom neklidných nohou, omezení rotačních cvičení z důvodu operace páteře, odkázání na invalidní vozík nebo diabetická polyneuropatie nohou. Aktivitu v mládí provozovalo 60 lidí, tedy 88,24 % z našich probandů. Dva muži z 24 zvolili, že neměli aktivitu v mládí (8,33 %). U žen se objevil počet 6 respondentek v mládí bez aktivní činnosti, z hlediska relativní četnosti jde o 13,64 %.

V neposlední řadě uvedeme vnímanou celkovou kvalitu života našich respondentů. Na tuto otázku odpovídali pomocí škály Likertova typu a uváděli: *velmi dobrou, dobrou, vyhovující, špatnou a velmi špatnou* kvalitu života.

Tab. 7: *Struktura výzkumného souboru podle kvality života*

Kvalita života	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Velmi dobrá	11	10	21	45,83	22,73	30,88
Dobrá	10	22	32	41,67	50,00	47,06
Vyhovující	2	11	13	8,33	25,00	19,12
Špatná	0	1	1	0	2,27	1,47
Velmi špatná	1	0	1	4,17	0	1,47
Celkem	24	44	68	100,00	100,00	100,00

V sedmé tabulce můžeme vidět vnímanou celkovou kvalitu života u našeho výzkumného souboru. Nejčastěji označovaná je možnost: dobrá kvalita života, kterou zvolilo 47,06 % souboru. U žen byla tato volba nejčastější, a to u 50,00 %. U mužů se ocitla na druhém místě s 41,67 %. Na další pozici dle četnosti soubor udával velmi dobrou kvalitu života (30,88 %). Tato varianta byla nejčastěji označována muži (45,83 %). Ženy ji

volili v 22,73 % případech. Kvalita života vnímaná jako špatná a velmi špatná se objevila v obou případech u 1,47 % výzkumného souboru.

V rámci výzkumu k bakalářské práci jsme chtěli též zmapovat nejoblíbenější a nejběžnější pohybové aktivity, které volí senioři, tedy lidé ve věku 65 let a výše. Nejčastěji uváděná byla turistika (35 lidí, tedy 51,47 %). Druhá nejvíce jmenovaná aktivita byla jízda na kole u 32 respondentů (47,06 %). Oblíbené byly pohybové aktivity zdravotní a rehabilitační cvičení (23 lidí, což odpovídá 33,82 %), aktivní domácí práce a zahradničení u 21 probandů (30,88 %), plavání u 17 lidí (25 %) a cvičení v Sokole s 14 výskyty (20,59 %). Další a relativně častá byla rychlá chůze u 10 respondentů (14,71 %), lyžování a běžky též u 10 účastníků výzkumu (14,71%). Méně častá byla jóga s 5 odpověďmi (7,35 %) a běh (4 lidé, tedy 5,88 %). Dále naši respondenti uvedli v nižším počtu tyto pohybové aktivity: fitness, tanec, veslování, tajči, pilates, box pro seniory (bylo uvedeno s poznámkou, že jsou zapsáni v Pelhřimově v knize rekordů), také rybaření, volejbal, kondiční cvičení, kruhový trénink, dále stolní tenis, pétanque, golf nebo předcvičování pro děti.

Nyní se zaměříme na odpovědi na otázku: „*Jak vykonáváte pohybovou aktivitu?*“, kde byly možnosti: sám nebo sama, skupinově, kombinací obojího a konečně i organizovaně v klubu. Nejprve musíme upozornit, že respondenti dostali instrukci, ať k jednotlivým možnostem přiřadí své (již v předchozí otázce zodpovězené) vyjmenované pohybové aktivity. Nastal však problém, že několik probandů na tuto otázku odpověděli špatným, nežádoucím způsobem, tedy pouze potvrdili nebo vyvrátili nabízenou možnost. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli otázku vyhodnotit pouze absolutními a relativními četnostmi.

Tab. 8: *Struktura výzkumného souboru podle způsobu vykonávání pohybové aktivity*

Způsob realizace aktivity	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sám/sama	42	61,76
Skupinově	55	80,88
Kombinace obojího	30	44,12
Organizovaně	36	52,94

Tabulka číslo osm obsahuje přehled preferencí našeho výzkumného souboru z hlediska způsobu vykonávání pohybové aktivity. Nejčastější volbou byla skupinová aktivita, kterou označilo 80,88 % souboru. Druhou možností se ukázala být varianta sám

nebo sama, u 42 lidí (61,76 %). Nejméně volenou možností byla kombinace obojího, tedy provozování jednoho typu pohybové aktivity samostatně i ve skupině. Tato varianta se objevila u 30 respondentů, tedy u 44,12 %.

Respondentů jsme se také tázali na to, jaké pohybové aktivity provádějí denně, týdně, měsíčně a výjimečně (příležitostně, dle sezóny a podobně). Na variantu *denně* uvedlo 17 lidí chůzi (25 %), dále 15 účastníků výzkumu cvičení (22,06 %), aktivní domácí práce a zahradničení zvolilo 15 respondentů (22,06 %), jízda na kole se objevila 6 krát (8,82 %) a plavání 5 krát (7,35 %). V nízkém počtu se objevila turistika. Na variantu *týdně* byla nejčastější odpověď cvičení u 17 lidí (25 %) a druhá byla turistika s 12 výskyty (17,65 %). Aktivita v podobě jízdy na kole byla identifikována u 8 lidí (11,76 %). Následující byly aktivní domácí práce a zahradničení s 6 výskyty (8,82 %). V malém množství se vyskytly odpovědi: běh, fitness, jóga, tajči, box, pilates, tenis nebo golf. U položky *měsíčně* se nejvíce objevilo 12 odpovědí u varianty turistika (17,65 %). Dále se objevila jízda na kole u 6 probandů (8,82 %), plavání také s 6 absolutními četnostmi (8,82 %). Další méně časté varianty byly například tanec, lyžování nebo běžky, stolní tenis a také cestování. V možnosti *výjimečně* nejvýše skórovalo plavání s počtem 7 odpovědí (10,29 %) a jízda na kole u 5 lidí (7,35 %). Další odpovědi byly v nízkém počtu, například: veslování, dovolená se cvičením, tanec, ozdravný pobyt, běžky, běh na lyžích či neplánované aktivity prostřednictvím pozvání známých a přátel.

Tab. 9: *Struktura doby věnované aktivitám*

Čas aktivity strávený:	M	SD	Min	Max	Mo	Me
Dopravou	90,62	79,00	15	450	60	60
Sportem	102,87	74,26	10	300	60	70

Výše uvedená tabulka číslo devět představuje strukturu doby (hodnoty v tabulce jsou v minutách) věnované jmenovaným aktivitám. Respondentů jsme se tázali na to, jaký čas tráví přibližně dopravou (jako příklad jsme uvedli jízdu na kole nebo rychlou chůzi) a sportem za běžný den. Uvedené odpovědi jsme převedli na minuty a následně jsme je statisticky zpracovali. V tabulce jsou uvedené tyto hodnoty: aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota, modus a medián.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tato kapitola představí výsledky našeho výzkumu. Nejprve se zaměříme na vnitřní konzistenci dvou použitých dotazníkových metod. Dále se budeme zabývat výsledky našich dat prostřednictvím například Pearsonova či Spearmanova korelačního koeficientu a souvisejících hodnot signifikance.

V této části textu si přiblížíme koeficient alfa. Koeficient Cronbachovo alfa nám pomůže v rozhodnutí, jestli určitá výzkumná metoda je vnitřně konzistentní a zda ji tedy budeme moci k našemu výzkumnému záměru využít. Dosáhne-li hodnota koeficientu alfa 0,7 a více, můžeme naši metodu použít ke sběru dat, protože hodnota jmenovaného koeficientu je na uspokojivé hladině. V případě, že se hodnota vyskytne v intervalu od 0,6 až do 0,69, jedná se o tak zvanou sníženou hodnotu koeficientu vnitřní konzistence, ale stále máme možnost danou metodu použít. Získá-li koeficient alfa hodnotu nižší než 0,6, nedoporučuje se zvolit danou metodu. Jsme si samozřejmě vědomi, že zmíněný koeficient Cronbachovo alfa nerozhoduje sám o použitelnosti či nepoužitelnosti dané metody k výzkumu, jsou zde pochopitelně i jiná kritéria reliability či validity dané metody, které naznačují její použitelnost či naopak nepoužitelnost ke sběru výzkumných dat.

Tab. 100: *Vnitřní konzistence české verze dotazníkové metody OPQOL-CZ-20*

Škála a subškály OPQOL-CZ-20	α	Počet položek	N
Škála OPQOL-CZ-20	0,80	20	68
F1_Spokojenost se životem	0,93	3	68
F2_Úloha víry a náboženství	0,75	2	68
F3_Finanční situace	0,85	5	68
F4_Osamění	0,79	2	68
F5_Pozitivní přístup	0,75	2	68
F6_Rodina a bezpečné zázemí	0,57	3	68
F7_Zdraví, samostatnost, činnost	0,67	3	68

V tabulce číslo 10 vidíme výsledky vnitřní konzistence české zkrácené verze dotazníkové metody OPQOL-CZ-20, která zjišťuje kvalitu života. První řádek tabulky je věnován vnitřní konzistenci celé metody a následující řádky obsahují jednotlivé faktory (například faktor číslo jedna je označen takto: F1_Spokojenost se životem) a jejich koeficienty Cronbachovo alfa. Jak si můžeme povšimnout, tak vnitřní konzistence celé dotazníkové metody je naprosto uspokojivá (0,80). Koeficient Cronbachovo alfa u prvního faktoru (Spokojenost se životem) má velice dobrou hodnotu vnitřní konzistence, konkrétně

0,93. Faktor 2 (Úloha víry a náboženství), faktor 3 (Finanční situace), faktor 4 (Osamění) i faktor 5 (Pozitivní přístup) mají velice uspokojivou hodnotu vnitřní konzistence, přestože obsahují poměrně značně malé množství položek. Faktor 7 (Zdraví, samostatnost, činnost) má sníženou hodnotu koeficientu alfa (0,67). Z celé metody má pouze faktor 6 (Rodina a bezpečné zázemí) neuspokojivou hodnotu (0,57), respektive dosahuje téměř dolní hranice (0,60) hodnoty Cronbachova alfa, kterou už lze považovat za sníženou hodnotu daného koeficientu. Ačkoliv tento faktor vykazuje poměrně nízkou reportovanou hodnotu Cronbachova alfa, celá metoda dosáhla uspokojivé hodnoty Cronbachova alfa a proto ji můžeme ke sběru dat použít. Faktor číslo 6 jsme se též rozhodli zahrnout do statistické analýzy, neboť jeho hodnota je jen těsně pod hodnotou 0,6. Navíc je třeba dodat, že tento faktor (či subškála) obsahuje pouze 3 položky a uvedená hodnota Cronbachova alfa u takto málo početné subškály je z určitého hlediska vlastně poměrně dobrý výsledek.

Tab. 11: *Skóre dotazníkové metody OPQOL-CZ-20*

OPQOL-CZ-20	M	SD	N
Celá metoda	78,27	9,54	68
Faktor 1	12,63	2,42	68
Faktor 2	6,81	2,44	68
Faktor 3	18,16	4,35	68
Faktor 4	5,82	2,34	68
Faktor 5	8,78	1,47	68
Faktor 6	13,27	1,95	68
Faktor 7	12,79	2,20	68

Výše uvedená tabulka číslo 11 zobrazuje aritmetické průměry skóre u celé metody a také u jednotlivých faktorů, dále jsou zde popsány jejich směrodatné odchylky a také počet respondentů, který všude dosahuje hodnoty 68, což je velikost našeho výzkumného souboru. Je tedy patrné, že každý proband odpověděl na všechny položky metody OPQOL-CZ-20. Můžeme připomenout, že čím vyšší byla kvalita života daného probanda, tím vyššího hrubého skóre (či zde aritmetického průměru) dosáhl v daném faktoru či v celé metodě. Vidíme, že náš soubor vykázal nejvyšší hodnotu aritmetického průměru ve faktoru číslo 3 a naopak nejnižší hodnotu ve faktoru číslo 4.

Tab. 12: *Vnitřní konzistence dotazníkové metody SVF 78*

Subškály SVF 78	α	Počet položek	N
POZ	0,90	42	68
POZ 1	0,75	12	68
POZ 2	0,81	12	68
POZ 3	0,88	18	68
NEG	0,89	24	68
Subtest 1	0,84	6	68
Subtest 2	0,47	6	68
Subtest 3	0,75	6	68
Subtest 4	0,79	6	68
Subtest 5	0,65	6	68
Subtest 6	0,67	6	68
Subtest 7	0,82	6	68
Subtest 8	0,83	6	68
Subtest 9	0,69	6	68
Subtest 10	0,40	6	68
Subtest 11	0,92	6	68
Subtest 12	0,78	6	68
Subtest 13	0,82	6	68

Uvedená tabulka číslo 12 obsahuje přehled počtu položek jednotlivých subtestů, počet probandů a dále hodnoty vnitřní konzistence dle koeficientu Cronbachovo alfa u následujících proměnných: u subtestu Celkové pozitivní strategie (tvořen subtesty 1 až 7), dále u dílčích subtestů Pozitivní strategie jedna (tedy subtesty 1 a 2), dva (tedy subtesty 3 a 4) a tři (tedy subtesty 5 až 7), dále u subtestu Celkové negativní strategie (zahrnuje subtesty 10 až 13) a v poslední řadě u jednotlivých subtestů jednotlivě - tedy číslo jedna až třináct. Všechny hodnoty se týkají dotazníkové metody SVF 78. Lze prohlásit, že všechny celkové, dílčí i jednotlivé subtesty, až na dvě výjimky, mají velmi uspokojující hodnoty koeficientu Cronbachovo alfa. Pouze tedy subtesty číslo dva a číslo deset mají nízkou, přesněji řečeno nedostatečnou hodnotu vnitřní konzistence. Z tohoto důvodu jsme v následujícím vyhodnocování tyto dva subtesty vyřadili ze statistické analýzy.

Tab. 13: Možnosti změn ve vnitřní konzistenci druhého a desátého subtestu SVF 78

Pořadí položky	α při vyřazení dané položky
S2_SVF 78_5	0,35
S2_SVF 78_21	0,68
S2_SVF 78_35	0,38
S2_SVF 78_44	0,43
S2_SVF 78_56	0,24
S2_SVF 78_70	0,34
S10_SVF 78_9	0,12
S10_SVF 78_18	0,46
S10_SVF 78_28	0,36
S10_SVF 78_41	0,28
S10_SVF 78_59	0,53
S10_SVF 78_78	0,24

Tabulka číslo 13 uvádí možnosti změn ve vnitřní konzistenci u druhého a desátého subtestu. Z předchozí tabulky víme, že hodnota vnitřní konzistence u subtestu číslo dva byla rovna 0,47 a u subtestu číslo deset byla rovna hodnotě 0,40. Tato tabulka číslo 13 nám ukazuje, jak by se změnil koeficient alfa u daného subtestu, když bychom vyřadili danou položku patřící k subtestu dva či k subtestu deset. Můžeme si všimnout, že například v případě vyřazení položky S2_SVF 78_56 (tedy položky číslo 56, která spadá pod druhý subtest v metodě SVF 78) by se koeficient alfa změnil z hodnoty 0,47 na 0,24. Pokud bychom dále například vyřadili 9. položku (S10_SVF 78_9), hodnota vnitřní konzistence by u subtestu číslo 10 klesla z 0,40 na 0,12. Je patrné, že při odstranění 21. položky (subtest 2) a 59. položky (subtest 10) by u obou subtestů hodnota Cronbachovo alfa podstatně stoupla.

Tab. 14: *Skóre dotazníkové metody SVF 78*

SVF 78	M	SD	N
POZ	13,96	2,59	68
POZ 1	11,53	3,09	68
POZ 2	13,03	3,62	68
POZ 3	16,20	3,09	68
NEG	11,34	3,21	68
Subtest 1	10,74	4,70	68
Subtest 2	12,32	3,01	68
Subtest 3	14,72	3,99	68
Subtest 4	13,34	4,63	68
Subtest 5	16,04	3,21	68
Subtest 6	16,69	3,21	68
Subtest 7	15,88	4,13	68
Subtest 8	13,10	4,37	68
Subtest 9	17,07	3,31	68
Subtest 10	11,84	2,78	68
Subtest 11	14,31	5,67	68
Subtest 12	9,07	4,15	68
Subtest 13	10,15	4,32	68

Tabulka číslo 14 ukazuje aritmetické průměry skóre, směrodatné odchylky a počet probandů u subtestu Celkové pozitivní strategie, dílčích subtestů pozitivní strategie jedna, dva a tři, subtestu Celkové negativní strategie a také jednotlivých subtestů jedna až třináct.

Tab. 15: Korelační matice dat

SVF 78	OPQOL-CZ-20	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Subtest 1	0,418	0,474	-0,023	0,305	-0,022	0,448	0,062	0,382
Subtest 3	0,238	0,199	0,123	0,119	-0,071	0,245	0,129	0,239
Subtest 4	-0,049	0,007	-0,070	0,065	-0,376	0,104	-0,055	0,108
Subtest 5	0,178	0,257	0,320	-0,066	-0,250	0,345	0,051	0,254
Subtest 6	0,197	0,198	0,156	-0,016	0,020	0,328	0,149	0,122
Subtest 7	0,379	0,336	0,189	0,139	-0,032	0,467	0,213	0,323
Subtest 8	-0,158	-0,285	0,061	-0,083	-0,172	-0,185	0,096	-0,054
Subtest 9	0,017	0,100	-0,054	-0,077	-0,124	0,182	0,029	0,160
Subtest 11	-0,360	-0,342	0,090	-0,278	-0,300	-0,234	-0,055	-0,210
Subtest 12	-0,500	-0,542	-0,282	-0,206	0,032	-0,562	-0,237	-0,303
Subtest 13	-0,412	-0,463	-0,068	-0,183	-0,083	-0,370	-0,329	-0,214
POZ	0,315	0,368	0,118	0,108	-0,146	0,463	0,147	0,331
POZ 1	0,358	0,486	-0,056	0,141	0,039	0,461	0,145	0,326
POZ 2	0,100	0,114	0,023	0,107	-0,280	0,201	0,036	0,201
POZ 3	0,298	0,307	0,249	0,034	-0,093	0,441	0,164	0,274
NEG	-0,519	-0,523	-0,166	-0,254	-0,163	-0,470	-0,249	-0,280

Výše uvedená tabulka číslo 15 nám ukazuje korelační matici (konkrétně hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu; N=68) mezi dotazníkovými metodami OPQOL-CZ-20 a SVF 78. Na úvod je nutné podotknout, že jsme vyřadili subtest dva a subtest deset z dotazníkové metody SVF 78, protože oba vykazovaly nízké hodnoty koeficientu Cronbachovo alfa. Dále zdůrazňujeme, že tučně uvedené hodnoty dosahovaly hodnoty $p < 0,05$, byly tedy signifikantní. Hodnoty uvedené v tabulce jsme zaokrouhlili na tři desetinná místa. Tabulka číslo 16 (níže) poskytuje hodnoty signifikance (tedy p-hodnoty) korelačních koeficientů, které se vztahují se k tabulce 15. Z tabulky číslo 15 je zřejmé, že celková kvalita života statisticky významně pozitivně koreluje se subtestem Celkové pozitivní strategie (POZ) a se subtestem pozitivní strategie číslo 1 a číslo 3. Naopak je zde patrné statisticky významná negativní korelace mezi celkovou kvalitou života a Celkovými negativními strategiemi zvládání stresu (NEG). Subškály, které zastupují jednotlivé negativní strategie zvládání stresu, též statisticky významně negativně korelují s jednotlivými dimenzemi kvality života.

Tab. 16: Hodnoty Studentova dvouvýběrového t-testu významnosti korelačního koeficientu

SVF 78	OPQOL-CZ-20	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Subtest 1	0,000	0,000	0,853	0,011	0,858	0,000	0,616	0,001
Subtest 3	0,051	0,103	0,316	0,334	0,565	0,044	0,296	0,050
Subtest 4	0,694	0,953	0,573	0,596	0,002	0,401	0,658	0,380
Subtest 5	0,147	0,034	0,008	0,594	0,040	0,004	0,682	0,037
Subtest 6	0,107	0,105	0,203	0,899	0,868	0,006	0,225	0,321
Subtest 7	0,001	0,005	0,123	0,257	0,798	0,000	0,081	0,007
Subtest 8	0,198	0,018	0,623	0,499	0,161	0,130	0,434	0,663
Subtest 9	0,888	0,417	0,664	0,535	0,315	0,138	0,813	0,192
Subtest 11	0,003	0,004	0,468	0,022	0,013	0,055	0,658	0,085
Subtest 12	0,000	0,000	0,020	0,092	0,795	0,000	0,052	0,012
Subtest 13	0,000	0,000	0,581	0,134	0,500	0,002	0,006	0,080
POZ	0,009	0,002	0,340	0,380	0,234	0,000	0,230	0,006
POZ 1	0,003	0,000	0,652	0,253	0,753	0,000	0,240	0,007
POZ 2	0,418	0,353	0,849	0,384	0,021	0,100	0,772	0,101
POZ 3	0,013	0,011	0,041	0,785	0,449	0,000	0,182	0,024
NEG	0,000	0,000	0,176	0,036	0,184	0,000	0,041	0,021

Tabulka číslo 16 poskytuje hodnoty signifikance korelačních koeficientů, které jsou uvedeny v tabulce číslo 15. Je patrné, že někdy jsme identifikovali korelační koeficienty na velmi vysoce statisticky významné hladině signifikance (například u hodnot korelačních koeficientů mezi celkovou kvalitou života a subtesty NEG, Subtest 13 či Subtest 1).

Mimo výše zmíněných výsledků jsme také vypočítali korelační matici dat mezi inventáři OPQOL-CZ-20 a SVF 78 a ostatními proměnnými (otázkami z dotazníku naší konstrukce týkajícími se pohlaví, pohybového omezení a aktivity v mládí). Z výsledků je důležité uvést korelaci mezi pohlavím a 11. subtestem, 13. subtestem a Celkovou negativní strategií (NEG). Hodnota negativní korelace mezi pohlavím a 11 subtestem metody SVF 78 dosahovala signifikantního negativního vztahu dle těchto hodnot bodově biseriálního korelačního koeficientu: $r_{pb} = -0,37$; $p = 0,002$. Ženy v našem souboru tedy statisticky významně více užívaly tohoto typu strategie zvládání stresu. Korelace mezi pohlavím a 13. subtestem měla též negativní hodnotu $r_{pb} = -0,24$; $p = 0,048$ a byla tedy statisticky významná. Signifikantní negativní korelační vztah se také projevil mezi pohlavím

a Celkovou negativní strategií (NEG) s hodnotou $r_{pb} = -0,31$ a $p = 0,010$. Je patrné, že ženy v našem souboru statisticky významně více používaly tyto strategie zvládnání stresu - Perseverace, Sebeobviňování a souhrnně i Celkové negativní strategie (NEG).

Statisticky významná se ukázala být korelace mezi pohybovým omezením a 7. faktorem metody OPQOL-CZ-20, která dosáhla negativního vztahu dle hodnoty bodově biseriální korelace $r_{pb} = -0,43$ s $p = 0,000$. Aktivita v mládí prokázala signifikantní pozitivní vztah s 6. subtestem (kontrola reakcí) SVF 78 dle hodnot $r_{pb} = 0,27$ s $p = 0,029$, s 12. subtestem SVF 78 vykázala negativní vztah ($r_{pb} = -0,31$; $p = 0,009$) a též byl nalezen negativní vztah s celkovou negativní strategií SVF 78 dle následujících hodnot: $r_{pb} = -0,25$; $p = 0,039$.

Korelační matice dat nám ukázala signifikantní pozitivní korelační vztah mezi celkovou kvalitou života OPQOL-CZ-20 a aktuálním zdravotním stavem, hodnota Spearmanova korelačního koeficientu je tato: $r_p(n = 68) = 0,38$ s hladinou významnosti $p < 0,05$. Další statisticky významný vztah byl identifikován mezi 7. faktorem metody OPQOL-CZ-20 a aktuálním zdravotním stavem: $r_p(n = 68) = 0,50$ s hodnotou $p < 0,05$. Korelace mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a Celkovou negativní strategií SVF 78 dosáhla této hodnoty: $r_p(n = 68) = -0,24$; $p < 0,05$.

6 PLATNOST HYPOTÉZ

H1: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi aktivitou v mládí a skórem v subtestu Celkové pozitivní zvládací strategie stresu (POZ) v rámci našeho výzkumného souboru.

Mezi aktivitou v mládí a skórem v subtestu Celkové pozitivní zvládací strategie stresu (POZ) nebyla nalezena v rámci našeho výzkumného souboru statisticky významná pozitivní korelace. Identifikovali jsme tuto hodnotu bodově biseriálního korelačního koeficientu: $r_{pb}(68)=0,17$ na nesignifikantní hladině významnosti $p=0,173$. **Hypotézu H1 proto zamítáme.**

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi kvalitou života a Celkovými pozitivními zvládacími strategiemi stresu (POZ) v rámci našeho výzkumného souboru.

Dle námi získaných hodnot existuje v rámci našeho výzkumného souboru mezi kvalitou života a Celkovými pozitivními zvládacími strategiemi stresu (POZ) statisticky významná pozitivní korelace, jejíž hodnotu uvádíme zde: $r(68)= 0,32$ na signifikantní hladině významnosti $p=0,009$. **Hypotézu H2 proto přijímáme.**

H3: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi kvalitou života a Celkovými negativními zvládacími strategiemi stresu (NEG) v rámci našeho výzkumného souboru.

Mezi kvalitou života a Celkovými negativními strategiemi stresu (NEG) existuje dle námi získaných výsledků u našeho souboru statisticky významná negativní korelace $r(68)= -0,52$ na signifikantní hladině významnosti $p=0,000$. **Hypotézu H3 proto přijímáme.**

H4: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi aktuálním zdravotním stavem a kvalitou života v rámci našeho výzkumného souboru.

Mezi aktuálním zdravotním stavem a kvalitou života v rámci našeho výzkumného souboru existuje statisticky významná pozitivní korelace $r_p(n=68)= 0,38$ na signifikantní hladině $p<0,05$. **Hypotézu H4 proto přijímáme.**

H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi strategií zvládnání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života typu Úloha víry a náboženství v rámci našeho výzkumného souboru.

Mezi strategií zvládnání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života Úloha víry a náboženství existuje v našem souboru dle námi zjištěných dat statisticky významná negativní korelace $r(68) = -0,28$ na signifikantní hladině významnosti $p < 0,05$. **Hypotézu H5 proto přijímáme.**

7 DISKUZE

V této části textu se budeme věnovat diskuzi nad provedeným výzkumem. Budeme hodnotit sběr dat, okomentujeme výzkumný soubor či náš výběr výzkumných metod (jejich výhody a nevýhody), srovnáme získaná data se souvisejícími výzkumy. Neopomeneme zmínit také potenciální chyby či nepřesnosti, které se mohly v rámci našeho výzkumu objevit. V neposlední řadě v této kapitole uvedeme naše podněty na pokračující výzkum.

Na začátek musíme podotknout, že jsme nepoužili pravděpodobnostní metody výběru. Z tohoto důvodu náš výzkumný soubor nelze označit za reprezentativní vzorek z aktivních seniorů České republiky. Považujeme nicméně námi zvolený záměrný (účelový) výběr a výběr metodou sněhové koule za vhodnou a designu našeho výzkumu odpovídající variantu realizace sběru dat k našemu výzkumnému šetření. Nevýhodou při využití online formuláře bylo v našem případě to, že probandi – senioři, kteří nepoužívají počítač a internet, neměli de facto možnost se do našeho výzkumu zapojit. Existuje nicméně varianta, že by těmto probandům byl nápomocen například rodinný příslušník (vnuk, dcera a tak dále), který ovládá práci na počítači a pomohl by s vyplněním naší výzkumné baterie. Nevíme, v kolika případech (a jestli vůbec někdy) se tato naše domněnka stala skutečností, ale je nutné s ní též počítat.

Náš výzkumný soubor tvoří 68 lidí ve věku 65 let a více, tento počet považujeme za poměrně dostačující, minimální počet probandů, stanovený v zadání bakalářské práce, jsme přesáhli o 38 jedinců, byť vyšší počet probandů by nebyl zajisté nadbytečný. Zastoupení mužského pohlaví je tvořeno 35,29 % (24 mužů). Je tedy zřejmé, že náš soubor nebyl vyvážen z hlediska pohlaví, ženy v našem souboru početně převažovaly. Četnosti probandů v jednotlivých věkových kategoriích můžeme hodnotit jako vcelku uspokojivé, seniorů ve věku 65-69 jsme získali 34 (tvoří tedy 50,00 % našeho souboru), osob věku mezi 70-79 máme 23 (33,82 %) a probandů ve věku od 80 let a více máme 11, tedy 16,18 %. 59 probandů z našeho souboru žije doma, a to samostatně bez pomoci druhých, šesti probandům, kteří žijí též doma, pomáhají druzí a pouze tři probandi žijí s rodinou, tedy ne ve vlastní domácnosti. V našem souboru se neobjevil ani jeden proband, který by žil aktuálně v domě s pečovatelskou službou či v domově pro seniory. Osob bez pohybového omezení se v našem výzkumném souboru vyskytlo 52, což jsou zhruba tři čtvrtiny našeho souboru. Co se týká aktuálního zdravotního stavu, pouze jeden proband uvedl, že je dost nemocný, zbývajících 67 uvedlo, že je zdravo či že se u nich vyskytují nemoci přiměřené

věku. Účastníků výzkumu jsme se také tázali na jejich nejoblíbenější a nejčastěji provozované aktivity. Tímto jsme chtěli zjistit, jaké konkrétní aktivity mají u seniorů v našem souboru přednost. Výsledky nám ukazují přibližný přehled oblíbených aktivit. Tento přehled považujeme za přínosný, neboť jsme v rámci rešerše relevantní literatury nenašli podobný přehled u lidí ve věku 65 let a výše. Domníváme se, že by preferované aktivity seniorů mohly být využity u preventivních programů (jako jsou programy úspěšného stárnutí) nebo u programů cílených na aktivitu seniorů. Stejným způsobem mohou být v praxi využita i námi získaná data o preferencích realizace aktivit (sám/sama, skupinově, kombinací nebo organizovaně). Z prezentovaných dat o našem souboru je patrné, že byl nevyvážen z hlediska pohlaví a ani věku, že většina probandů je schopna žít doma samostatně a nemá pohybové omezení. Také je zřejmé, že zdravotní stav většiny probandů byl poměrně dobrý či odpovídající chronologickému věku. Zůstává tedy otázkou, jak by se naše výsledky změnily, pokud bychom měli například vyvážený soubor z hlediska pohlaví i věku, pokud by většina probandů žila v domově s pečovatelskou službou nebo v domově pro seniory a pokud by aktuální zdravotní stav byl horší, než jak tomu bylo u našeho výzkumného souboru.

Inventář SVF 78 jsme ke sběru dat zvolili mimo jiné z důvodu, že jeho výsledky lze interpretovat celkovými i dílčími subtesty. Tuto skutečnost jsme hodnotili jako vhodnou ke kombinaci s inventářem OPQOL-CZ-20, jehož výsledky lze také interpretovat v jednotlivých dimenzích i celkově. Metoda SVF 78 je tvořena 78 výroky, což lze považovat za relativně dlouhou metodu pro seniory, zkrácenou verzi této metody jsme však nemohli použít, protože zatím neexistuje. Domníváme se, že délka této metody mohla odradit několik potenciálních respondentů, proto by byl obecně vhodnější kratší inventář či dotazník. Metoda OPQOL-CZ-20 toto doporučení splňuje, neboť má pouze 20 položek a je tedy i dle profesora Jiřího Mareše snáze vyplnitelná seniory.

Dotazníkovou metodu OPQOL-CZ-20 jsme mohli použít díky profesorovi Marešovi, který ji s kolegy zavádí do českého prostředí. Jak jsme již výše popsali, metoda je poměrně krátká, a tudíž o mnoho méně zatěžující ve srovnání s metodou SVF 78. Obě zmíněné metody jsou metodami dotazníkovými, u těchto metod je obecně nevýhodou to, že probandi nemohou formulovat odpověď svými slovy. Dále je také možné, že některý výrok z daného inventáře danému probandovi zní nesrozumitelně a ten si pak není jist svou odpovědí.

Nyní ještě krátce k metodě OPQOL-CZ-20. Profesor Mareš nám mimo jiné poskytl hodnoty koeficientu Cronbachovo alfa, které s kolegy získal při převodu metody

OPQOL-35 na zkrácenou dotazníkovou metodu OPQOL-CZ-20. Tyto hodnoty využijeme k porovnání s našimi hodnotami koeficientu Cronbachovo alfa (naše hodnoty budeme uvádět vždy v závorce). Poskytnuté hodnoty první až sedmé subškály OPQOL-CZ-20 byly tyto. Spokojenost se životem: 0,89 (0,93); Úloha víry a náboženství byla: 0,78 (0,75); Finanční situace: 0,80 (0,85); Osamění: 0,72 (0,79); Pozitivní přístup: 0,84 (0,75); Rodina a bezpečné zázemí: 0,71 (0,57); Zdraví, samostatnost, činnost: 0,84 (0,67). Z uvedených hodnot je zřejmé, že většina hodnot vnitřní konzistence je zcela uspokojivých – také vzhledem k tomu, že většina subškál obsahovala pouze dvě nebo tři položky a hodnota zmíněného koeficientu je velmi silně svázaná s počtem položek (obecně platí, že čím více položek, tím vyšší hodnota Cronbachovo alfa). U některých subškál jsme dosáhli vyšší hodnoty, u jiných hodnoty nižší, u sedmé subškály byl rozdíl hodnot největší. U subškály Rodina a bezpečné zázemí jsme dosáhli hodnoty, která je mírně pod dolní hranicí intervalu (0,6 – 0,69), který vymezuje sníženou hodnotu vnitřní konzistence.

Definovali jsme pět hypotéz, ze kterých jsme čtyři přijali, jedna hypotéza byla na základě výsledků zamítnuta. První hypotéza předpokládala, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi aktivitou v mládí a skórem v subtestu Celkové pozitivní zvládací strategie (POZ). Toto tvrzení jsme sice zamítli, avšak za zajímavé považujeme zjištění, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi aktivitou v mládí a Celkovými negativními zvládacími strategiemi (NEG). Tato bodově biserální korelace nabyla hodnoty $r_{pb}(68) = -0,31$; $p = 0,010$. Vztah mezi pohybovou aktivitou a strategiemi zvládání stresu zkoumali také Laybourne et al. (2011). Ti zjistili, že určité copingové strategie mají pozitivní vliv na dlouhodobé provozování pohybové aktivity. Dle vzoru studie Gattina et al. (2014), kteří zkoumali vztahy mezi konkrétními strategiemi zvládání stresu a dimenzemi kvality života, jsme definovali hypotézu, která předpokládala vztah mezi konkrétní copingovou strategií a dimenzí kvality života. Gattino et al. (2014) odhalili několik signifikantních hodnot korelací mezi subškálami strategií zvládání stresu a kvalitou života (například aktivní coping pozitivně koreluje s kvalitou života). Naše výsledky odhalily signifikantní pozitivní korelaci mezi subtestem Celkové pozitivní strategie (POZ) a kvalitou života. Také jsme ověřili existenci statisticky významné negativní korelace mezi kvalitou života a Celkovými negativními zvládacími strategiemi (NEG). Dále jsme potvrdili statisticky významnou negativní korelaci mezi strategií zvládání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života typu Úloha víry a náboženství, což naznačuje, že pokud naši respondenti statisticky významně méně často používají strategii zvládání stresu typu Rezignace, která spočívá v subjektivním nedostatku možností zvládat náročné životní

situace, dosahují vyšších skóre v subškále kvality života Úloha víry a náboženství. Jimi vyznávané náboženství, víra a též jimi zastávaná filozofie či jejich účast na kulturních událostech je tedy alespoň částečně odvádí od prožívání pocitů beznaděje či bezmocnosti ve stresových situacích.

Hypotézou, která předpokládala statisticky významnou pozitivní korelaci mezi aktuálním zdravotním stavem a kvalitou života, jsme do jisté míry dodali výzkumnou evidenci pro tvrzení Cumminse (1996) o tom, že zdraví je jednou z kategorií, která se vztahuje ke kvalitě života. Také lze usuzovat, že tendence některých autorů spojovat kvalitu života s modelem bio-psycho-sociálně spirituálním (například Baštecká & Goldmann, 2001) koresponduje s námi potvrzenou výše zmíněnou hypotézou.

Z výsledků statistické analýzy dále vyplynulo, že v rámci našeho souboru existuje statisticky významná negativní korelace mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a Celkovou negativní strategií (NEG), hodnoty byly tyto: $r_p(n = 68) = -0,24$; $p < 0,05$. Spearmanova korelace tak naznačuje, že čím vyšší stupeň vzdělání proband dosáhl, tím signifikantně méně často užívá negativní strategie zvládání stresu. Musíme ovšem dodat, že v našem souboru zhruba 47 % probandů uvedlo střední školu s maturitní zkouškou a asi 41 % probandů uvedlo vysokou školu jako nejvyšší dosažený stupeň vzdělání. Z uvedeného je zřejmé, že náš soubor byl dle nejvyššího dosaženého vzdělání nevyvážený, neboť bylo minimum probandů, kteří označili za nejvyšší dosažené vzdělání základní školu, střední školu bez maturitní zkoušky a vyšší odbornou školu. Výzkum v budoucnu by se tedy mohl zaměřit na ověření námi zjištěné korelace, ovšem u souboru, který bude vyvážen dle nejvyššího dosaženého vzdělání.

Nyní se krátce zamyslíme nad potenciálními zdroji chyb či nepřesností, které se mohly objevit v našem výzkumu a ovlivnit výsledky. Postulované hypotézy jsme přijali či zamítli na základě zjištěných korelačních koeficientů a vztažných hodnot signifikance. Pokud bychom shromáždili více početný výzkumný soubor, velmi pravděpodobně by nám vyšlo více hodnot korelačních koeficientů na statisticky významné hladině signifikance. Dále je třeba uvést, že korelační vztah je vztahem souvislosti mezi závislou a nezávislou proměnnou, neznačí však vztah kauzální. Samotná souvislost mezi dvěma proměnnými může být ovlivňována i dalšími skrytými intervenujícími proměnnými (například různé osobnostní rysy, které jsme v našem výzkumu nezkoumali), které mohou daný vztah různým způsobem ovlivňovat (ve smyslu moderátorové proměnné) či dokonce daný vztah zprostředkovat (ve smyslu mediátorové proměnné). Bylo by tedy smysluplné, aby budoucí výzkum použil v jistém smyslu sofistikovanější metody analýzy, například regresní

analýzou by bylo možné zjistit, jaké konkrétní prediktory (a do jaké míry) se podílejí například na dané dimenzi kvality života či na dané strategii zvládnání stresu.

Na závěr bychom se chtěli zamyslet nad praktickou využitelností našich výsledků. Jak jsme již výše zmínili, domníváme se, že naše výsledky z výzkumu by bylo možné využít při realizaci preventivních programů zaměřených na seniory v České republice. Dále by bylo možné informace, které jsme v naší práci nastínili, využít při různorodé práci se seniory (v pečovatelských zařízeních, v klubech či volnočasových organizacích či obecně též například ve vícegenerační rodině, kde žijí senioři).

8 ZÁVĚRY

V rámci naší bakalářské práce jsme si stanovili cíl prozkoumat vztahy mezi strategiemi zvládání stresu a kvalitou života u souboru seniorů s ohledem na sociodemografické proměnné. Data jsme získali prostřednictvím metody záměrného výběru a metody sněhové koule, kvalitu života jsme zachytili pomocí inventáře OPQOL-CZ-20 (česká zkrácená verze původní metody OPQOL-35), copingové strategie byly operacionalizovány metodou SVF 78. Ke zjištění sociodemografických proměnných (například pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, typ bydlení, rodinný stav) a informací ohledně pohybové aktivity (například druh aktivity, pohybové omezení, aktuální zdravotní stav) byl použit strukturovaný dotazník naší konstrukce.

Z pěti formulovaných hypotéz jsme jednu zamítli a čtyři přijali. V rámci našeho výzkumného souboru se nám nepodařila prokázat statisticky významná pozitivní korelace mezi aktivitou v mládí a substemem Celkové pozitivní zvládací strategie (POZ), získali jsme následující hodnoty: $r_{pb}(68)=0,17$; $p=0,173$. Dále jsme u našeho souboru zjistili statisticky významnou pozitivní korelaci mezi kvalitou života a Celkovými pozitivními zvládacími strategiemi (POZ), statistická analýza přinesla tyto výsledky: $r(68)=0,32$; $p=0,009$. Je tedy patrné, že čím kladněji hodnotí probandi z našeho souboru kvalitu svého života, tím statisticky významně častěji užívají pozitivní copingové strategie. Námi předpokládaný vztah negativní korelace mezi kvalitou života a Celkovými negativními strategiemi stresu (NEG) se v rámci našeho souboru podařilo prokázat na základě těchto hodnot: $r(68)=-0,52$; $p=0,000$. Středně silná hodnota Pearsonova korelačního koeficientu na velmi vysoce statisticky významné hladině signifikance značí, že čím více pozitivně naši probandi hodnotí kvalitu svého života, tím méně často ve svém životě volí negativní copingové strategie. Dále jsme identifikovali pozitivní signifikantní korelaci mezi aktuálním zdravotním stavem a kvalitou života (na základě hodnot: $r_p(n=68)=0,38$; $p<0,05$).

V neposlední řadě se také potvrdila statisticky významná negativní korelace mezi strategií zvládání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života typu Úloha víry a náboženství, vztažené hodnoty jsou tyto: $r(68)=-0,28$; $p<0,05$.

Lze tedy prohlásit, že pokud námi zkoumaní probandi statisticky významně méně často užívají copingovou strategii Rezignace, která spočívá v subjektivním nedostatku možností zvládat náročné životní situace, skórují výše v subškále kvality života Úloha víry a náboženství. Jimi vyznávané náboženství, víra a též jimi zastávaná filozofie či jejich

účast na kulturních událostech je tedy (do jisté míry) chrání od prožívání pocitů beznaděje či bezmocnosti v zátěžových situacích.

V neposlední řadě se také potvrdila statisticky významná negativní korelace mezi strategií zvládání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života typu Úloha víry a náboženství, vztažné hodnoty jsou tyto: $r(68) = -0,28$; $p < 0,05$.

Tuto korelaci nemůžeme porovnat s žádnými výsledky realizovaných studií, protože nikdo doposud neprovedl dostatečně podobný výzkum, jako je ten náš. Můžeme však porovnat souvislosti, ke kterým dospěli Gattino et al. (2014). Ti zjistili signifikantní korelace mezi konkrétními typy strategií zvládání stresu a dimenzemi kvality života, konkrétně mezi Aktivním copingem a všemi subškálami kvality života nebo mezi typem copingových strategií Pozitivní změna náhledu, akceptace a opět všemi dimenzemi kvality života. Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že existují statisticky významné korelace mezi konkrétními typy strategií zvládání stresu a dimenzemi kvality života.

9 SOUHRN

Naše bakalářská práce se věnovala tématu souvislosti kvality života a strategií zvládnání stresu u lidí ve věku 65 let a více s ohledem na pohybovou aktivitu. Teoretická část je tvořena 5 kapitolami a empirická část 9 kapitolami.

První kapitola teoretické části byla věnována poslednímu vývojovému období stárnutí, tedy stáří. Považovali jsme za důležité nejprve přiblížit toto téma, protože populace seniorů tvoří středobod naší bakalářské práce. Přiblížili jsme několik periodizací stáří dle různých modelů. Poté jsme proces stárnutí popsali z hlediska psychických i tělesných změn. Zde jsme popsali konkrétní změny jako kupříkladu deteriorace duševních funkcí, proměny osobnostních vlastností i snížení fyzické síly či imunity. Dále jsme se zaměřili na související pojmy zdraví a úspěšné stárnutí. Výraz úspěšné stáří je v odborné literatuře často užívaný, ale neexistuje shoda na jeho definici. Na konci kapitoly jsme uvedli několik výzkumů věnovaných stáří a seniorům, jeden z nich je longitudinální studii o vztahu mezi prostředím a kognitivním stárnutím, další výzkum se zabýval měřením kvality života ve starším věku. Uvedli jsme dále například také studii, která se věnovala vnímanému zdraví a motivaci k pohybu u seniorů.

Druhá kapitola byla zaměřená na kvalitu života. Nejprve jsme tento pojem popsali a definovali z různých hledisek. Nikoliv nepodstatné je zjištění, že někdo vnímá kvalitu života jako jednotný samostatný konstrukt a jiný jako výsledek složený z několika oddělených oblastí. Někteří odborníci používají výraz kvalita života pouze u lidí, jiní ovšem tohoto výrazu užívají též ve spojitosti se zvířaty či dokonce obecně se všemi formami života. Část druhé kapitoly jsme zaměřili na rozbor rozsahu pojetí kvality života, který je tvořen makro-rovinou, mezo-rovinou a personální rovinou. Uvedli jsme několik metod, které se věnují zjišťování a měření kvality života. Existují kvalitativní, kvantitativní i smíšené typy metod (například dotazník WHOQL-100 a WHOQL-BREF, SEIQoL a podobně). Dále jsme se věnovali kvalitě života ve stáří, která je určována mnoha rozličnými faktory, jako jsou například hodnocení vlastního zdraví, fyzické, sociální a kognitivní fungování nebo realizace zájmů.

Kapitola třetí popisovala strategie zvládnání stresu. Nejprve jsme přiblížili základní termíny stres a stresor. Následně jsme se zabývali copingovými strategiemi, konkrétně původem tohoto pojmu a jeho definováním dle různých expertů. Někdo spojuje původ slova coping (vyrovnávat se, zvládat) od řeckého pojmu „*kolaphus*“, což znamená rána podaná v boxu. Značná část této kapitoly se věnovala druhům strategií zvládnání stresu,

kam patří například akční strategie, intrapsychické strategie nebo strategie zaměřené na řešení problému. Dále jsme uvedli několik studií, které se soustředili na strategie zvládnání stresu, a to především u lidí ve vyšším věku. Jako příklad můžeme uvést výzkum zaměřený na životní události a stres či případně studii o kvalitě života v souvislosti s copingovými strategiemi u seniorů.

Čtvrtá kapitola zacílila svou pozornost na pohybovou aktivitu. Na začátku jsme definovali pojem pohybová aktivita a popsali specifika pohybové aktivity ve stáří, které mají těsnou souvislost s fyziologickými změnami člověka. Popsali jsme velké množství pozitivních změn, které mají úzkou vazbu na pravidelné provozování pohybové aktivity. Patří k nim například snížení rizika předčasného úmrtí, nižší výskyt úrazů pohybového aparátu, pozitivní vliv na kontrolu optimální tělesné hmotnosti nebo snížení distresu či úzkostné a depresivní symptomatologie. Také jsme věnovali v textu prostor specifikám doporučení pro pohybovou aktivitu seniorů, kde se mimo jiné zdůrazňuje, že pohyb je nutno považovat jako nezbytný předpoklad zdravého stárnutí. Pro lidi ve věku 65 let a více se doporučují aktivity rekreačního a volnočasového rázu, aktivní transport (například chůze či jízda na kole), pracovní i domácí činnosti, hry, sport a plánovaný výkon v sociálním kontextu. V neposlední řadě jsme se zabývali studii zaměřenými na pohybovou aktivitu seniorů (pro příklad výzkum o kondičním cvičení v souvislosti s mentálním zdravím).

Poslední kapitola teoretické části se zabývala relevantními výzkumy kvality života, copingovými strategiemi a též výzkumy pohybové aktivity u stárnoucích lidí. Uvedli jsme přehled několika zahraničních studií. Tuzemské výzkumy, které by se v minulosti (s využitím dvou námi aplikovaných psychologických metod) zaměřily na zcela totožné téma, jakým jsme se zabývali my v této práci, se nám nepodařilo dohledat. Dále jsme se detailněji věnovali několika vybraným studiím. Jedna z nich například zkoumala vliv fyzické aktivity na kvalitu života a depresivní symptomatiku u seniorů žijících v domově s pečovatelskou službou. Další studie se zaměřila na vztah mezi copingovými strategiemi a kvalitou života. Tento výzkum prokázal statisticky významné vztahy mezi konkrétními typy copingových strategií a dimenzemi kvality života (například typ strategie zvládnání stresu Využívání podpory pozitivně koreluje se všemi dimenzemi kvality života).

V empirické části bakalářské práce jsme se zabývali mimo jiné výsledky, které přinesl náš výzkum na téma souvislosti kvality života a strategií zvládnání stresu s ohledem na pohybovou aktivitu u lidí ve věku 65 let a více. Realizovali jsme kvantitativní výzkum pomocí inventáře SVF 78, dále pomocí metody OPQOL-CZ-20, kterou nám poskytl

a doporučil profesor Jiří Mareš. Data jsme též získali prostřednictvím námi zkonstruovaného strukturovaného dotazníku na sociodemografické proměnné (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání či rodinný status), též jsme zjišťovali u našich probandů pohybovou aktivitu a pohybové omezení. Sběr dat proběhl od 26. prosince 2016 do 6. března 2017 pomocí záměrného výběru a metodou sněhové koule. Náš výzkumný soubor se skládal z 68 seniorů. Formulovali jsme pět hypotéz. Čtyři hypotézy jsme přijali, jednu zamítli. Výsledky statistické analýzy prokázaly statisticky významnou pozitivní korelaci mezi kvalitou života a Celkovými pozitivními zvládacími strategiemi stresu (POZ). Potvrdila se také statisticky významná negativní korelace mezi kvalitou života a Celkovými negativními zvládacími strategiemi stresu (NEG). Také jsme identifikovali signifikantní pozitivní korelaci mezi aktuálním zdravotním stavem a kvalitou života. Postulovanou hypotézu, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi strategií zvládání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života typu Úloha víry a náboženství, jsme na základě výsledků přijali. Zamítli jsme na základě statistického vyhodnocení však hypotézu, která předpokládala statisticky významnou pozitivní korelaci mezi aktivitou v mládí a skórem v subtestu Celkové pozitivní zvládací strategie stresu (POZ). Naše výsledky by určitým dílem mohly přispět k zevrubnějšímu vhledu do dané problematiky a mohou se v budoucnu stát inspirací či východiskem pro další výzkum. Naše výsledky by mohly být poměrně cenným zdrojem relevantních informací při tvorbě preventivních programů pro seniory na téma zvyšování kvality života, s čímž souvisí využívání pozitivních copingových strategií i začlenění pohybové aktivity.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Arnold, S. (1991). Measurement of quality of life in frail elderly. In Birren, J. E., Lubben, J. E., & Rowe, J. C. (Eds.). *The concept and measurement of quality of life in frail elderly*. 28-73. San Diego: Academic Press.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- Bergland, A., Thorsen, K., & Loland, N. W. (2010). The relationship between coping, self-esteem and health on outdoor walking ability among older adults in Norway. *Ageing and society*, 30(6), 949-963.
- Blacklock, R. E., Rhodes, R., E., & Brown, S. G. (2007). Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life. *Journal of physical activity and health*, 4(2), 138-152.
- 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
- Bowling, A., Hankins, M., Windle, G., Bilotta, C., & Grant, R. (2012). A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-BREF). *Archives of gerontology and geriatrics*, 56(1), 181-187.
- Carr, J. A., & Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centered?. *British medical journal*, 322 (7298), 1357-1360.
- Cassarino, M., Kenny, R. A., O'Sullivan, V., & Setti, A. (2016). Environment and cognitive aging: A cross-sectional study of place of residence and cognitive performance in the Irish longitudinal study on aging. *Neuropsychology*, 30(5), 543-557.
- Cohen, A., Bailey, B., & Nilsson, T. (2002). The importance of music to seniors. *Psychomusicology*, 18, 89-102.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social indicators research*, 38(3), 303-328. doi:10.1007/BF00292050

- Český statistický úřad. (2015). *Počet a věkové složení obyvatel k 31. 12. - územní srovnání*. Získáno 15. března 2017 z https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&z=T&f=TABULKA&skupId=606&katalog=30845&pvo=DEM01&pvo=DEM01&str=v33&evo=v866_!_VUZEMI97-100_1&c=v3~2__RP2015MP12DP31#w=
- Da Fonte, E., Feitosa, P. H., de Oliveira Neto, L. T., de Araújo, C. L., Figueiroa, J. N., & Alves, J. G. (2016). Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *Journal of family medicine and primary care*, 5(1), 139-142. doi: 10.4103/2249-4863.184639
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada.
- Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada.
- Filiatrault, J., & Desrosiers, J. (2010). Coping strategies used by seniors going through the normal aging process: does fear of falling matter?. *Gerontology*, 57(3), 228-236. doi: 10.1159/000314529
- Folkens, C., H., Sime, W., E. (1981). Physical fitness training and mental health. *American psychologist*. 36(4), 373-389.
- Gattino, S., Rollero, C., & De Piccoli, N. (2015). The influence of coping strategies on quality of life from a gender perspective. *Applied research in quality of life*, 10(4), 689-701. doi: 10.1007/s11482-014-9348-9
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Jung, C. G. (2008). *Duše moderního člověka*. Praha: Atlantis.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2013). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Laybourne, A. H., Biggs, S., & Martin, F. C. (2011). Predicting habitual physical activity using coping strategies in older fallers engaged in falls-prevention exercise. *Journal of aging and physical activity*, 19(3), 189-200.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American psychologist*, 38(3), 245-254.

- Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*, 70, 92-98.
- Lübcke, A., Martin, C., & Hellström, K. (2012). Older adults' perceptions of exercising in a senior gym. *Activities, adaptation & aging*, 36, 131-146. doi: 10.1080/01924788.2012.673157
- Ludendorff Queiroz, L., Silveira de Brito, C., Gomes de Almeida, F., Martins Pereira, N., de Almeida Silva, H., Pena Porto, J., ... Marques Ribas, R. (2016). Quality of life and impact of physical activity time in the health of elderly. *Revista da faculdade de ciências médicas de sorocaba*, 18(1), 24-29. doi: 10.5327/Z1984-4840201623854
- Macháček, M., Radvanský, J. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.
- Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD.
- Mareš, J. (2014). Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař*, 94(1), 22-31.
- Mareš, J., Cigler, H., & Vachková, E. (2016). Czech version of OPQOL-35 questionnaire: the evaluation of the psychometric properties. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 1-13. doi: 10.1186/s12955-016-0494-7
- Mudrák, J., Slepíčka, P., & Slepíčková, I. (2014). Vnímané zdraví a motivace k pohybové aktivitě u seniorů. *Kontakt*, 1, 50-57
- Ondrušová, J. (2009). Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*, 7(1), 36-39.
- Ong, F. S., Phillips, D. R., & Chai, S. T. (2013). Life events and stress: do older men and women in Malaysia cope differently as consumers?. *Journal of cross-cultural gerontology*, 28(2), 195-210.
- Pelclová, J. (2015). *Pohybová aktivita v životním stylu dospělé a seniorské populace České republiky*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Physical activity*. (nedat.). Získáno 26. února 2017 z http://www.who.int/topics/physical_activity/en/.
- Rubio, L., Dumitrache, C. G., García, A. J., & Cerdón-Pozo, E. (2016). Coping strategies in Spanish older adults: a MIMIC model of socio-demographic characteristics and activity level. *Aging & mental health*, 1-7.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.

- Sławińska, T., Posluszny, P., & Rožek, K. (2013). The relationship between physical fitness and quality of life in adults and the elderly. *Human movement*, 14(3), 200-204.
- Slepička, P., Hošek, V., & Hátlová, B. (2006). *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum.
- Slepička, P., Mudrák, J., & Slepičková, I. (2015). *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Karolinum.
- Šimíčková-Čížková, J., Binarová, I., Holásková, K., Petrová, A., Plevová, I., & Pugnerová, M. (2008). *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Tovel, H., & Carmel, S. (2013). Maintaining successful aging: The role of coping patterns and resources. *Journal of happiness studies*, 15(2), 255-270.
- Treviño, L. A., Baker, L., McIntosh, S., Mustian, K., Seplaki, C. L., Guido, J. J., & Ossip, D. J. (2014). Physical activity as a coping strategy for smoking cessation in mid-life and older adults. *Addictive behaviors*, 39(5), 885-888.
- Trouillet, R., Doan-Van-Hay, L., Launay, M., & Martin, S. (2011). Impact of age, and cognitive and coping resources on coping. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30(4), 541-550.
- Vagetti, G. C., Filho, V. C. B., Moreira, N. B., de Oliveira, V., Mazzardo, O., & de Campos, W. (2015). The association between physical activity and quality of life domains among older women. *Journal of aging and physical activity*, 23(4), 524-533.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Vassileva, V. (2015). Physical activity – decisive factor for full life in age. *Activities in physical education and sport*, 5(2), 214-217.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of happiness studies*, 1(1), 1-39.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International social security review*, 55(1), 121-139.
- World Health Organization. (2003). *Health and development through physical activity and sport*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization.

Zeman, M. (2008). Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*, 1, 140-149.

Přílohy diplomové práce

1. Zadání BcDP
2. Abstrakt BcDP v českém jazyce
3. Abstrakt BcDP v anglickém jazyce
4. Výzkumná baterie použitých metod
5. Výstupy dotazníkového šetření (ukázka matice dat)

Příloha 1

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

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

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
KOZLOVOVÁ Aneta	Podboří 1019, Týniště nad Orlicí	F14699

TÉMA ČESKY:

Souvislost kvality života a strategií zvládnání stresu u seniorů vzhledem k pohybové aktivitě

TÉMA ANGLICKY:

Quality of Life and Coping Strategies of Seniors in Relation to Physical Activity

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Romana Mazalová - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury týkající se kvality života, copingových strategií a pohybové aktivity.
2. Analýza zdrojů a metod zabývajících se studiem a měřením kvality života, strategií zvládnání stresu a pohybové aktivity.
3. Stanovení cílů výzkumu, výzkumných hypotéz a testové baterie.
4. Realizace kvantitativního výzkumu na souboru o velikost alespoň 30 probandů ve věku 65 let a více.
5. Statistická analýza získaných dat s ohledem na sociodemografické parametry výzkumného souboru a psychometrické parametry použitých metod.
6. Kritická analýza teoretických východisek, použitých metod, parametrů výzkumného souboru a výzkumných výsledků.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bartůňková, S. (2010). Stres a jeho mechanismy. Praha: Karolinum.
- Blacklock, R. E., Rhodes, R. E., & Brown, S. G. (2007). Relationship Between Regular Walking, Physical Activity, and Health-Related Quality of Life. *Journal Of Physical Activity & Health*, 4(2), 138-152.
- Folkins, C. H., & Sime, W. E. (1981). Physical fitness training and mental health. *American psychologist*, 36(4), 373.
- Křivohlavý, J. (2009). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2011). Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Praha: Grada.
- Mareš, J. (2014). Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *General Practitioner / Praktický Lékař*, 94(1), 22-31.
- Mareš, J., Vachková, E., & Cigler, H. (2016). Czech version of OPQOL-35 questionnaire: The evaluation of the psychometric properties. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 14(1), doi:10.1186/s12955-016-0494-7.
- Mudrák, J., Slepíčka, P., & Slepíčková, I. (2014). Perceived health and motivation to physical activity in seniors. *Scopus*, 16(1), e44-e50. doi:10.1016/j.kontakt.2013.10.001.
- Slepíčka, P., Hošek, V., & Hátlová, B. (2009). Psychologie sportu. Praha: Karolinum.
- Tod, D., Thatcher, J., Rahman, R., Holt, N. & Lewis, R. (2012). Psychologie sportu. Praha: Grada.

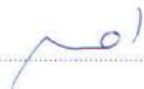
Podpis studenta:



Datum:

6. 12. 2016

Podpis vedoucího práce:



Datum:

6. 12. 2016

Příloha 2

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:	Souvislost kvality života a strategií zvládnání stresu u seniorůvzhledem k pohybové aktivitě
Autor práce:	Aneta Kozlovová
Vedoucí práce:	PhDr. Romana Mazalová
Počet stran a znaků:	69 stran, 141 571 znaků
Počet příloh:	5
Počet titulů použité literatury:	60

Abstrakt: Bakalářská práce zkoumá souvislost kvality života a copingových strategií u seniorů vzhledem k pohybové aktivitě. Cílem této práce je explorace vztahu mezi kvalitou života a copingovými strategiemi s ohledem na sociodemografické proměnné u probandů ve věku 65 let a více. Teoretická část práce popisuje například stárnutí, stáří, kvalitu života, copingové strategie, pohybovou aktivitu či relevantní výzkumy. Empirická část popisuje realizovaný výzkum. Data byla získána prostřednictvím metod SVF 78 a OPQOL-CZ-20 a také nestandardizovaným strukturovaným dotazníkem. Sběr dat byl proveden pomocí formuláře dostupného online, který vyplnilo 68 seniorů. Byla zjištěna signifikantní pozitivní korelace mezi kvalitou života a Celkovými pozitivními zvládacími strategiemi stresu a dále mezi aktuálním zdravotním stavem a kvalitou života. Signifikantní negativní korelace byla prokázána mezi strategií zvládnání stresu typu Rezignace a dimenzí kvality života Úloha víry a náboženství a též mezi kvalitou života a Celkovými negativními zvládacími strategiemi. Neidentifikovali jsme signifikantní pozitivní korelaci mezi aktivitou v mládí a Celkovou pozitivní zvládací strategií stresu.

Klíčová slova: senioři, kvalita života, strategie zvládnání stresu, pohybová aktivita

Příloha 3

ABSTRACT OF THESIS

Title:	Quality of life and coping strategies of seniors in relation to physical activity
Author:	Aneta Kozlovová
Supervisor:	PhDr. Romana Mazalová
Number of pages and characters:	69 pages, 141 571 characters
Number of appendices:	5
Number of references:	60

Abstract: The Bachelor's thesis analyses coherence between a quality of life and coping strategies of seniors due to their physical activity. The aim of this thesis is an exploration of a relationship between the quality of life and coping strategies considering sociodemographic variables in probands aged 65 years and over. The theoretical part describes for instance, aging, old age, the quality of life, coping strategies, physical activity or relevant research. The empirical part depicts an implemented research. A data was obtained using methods SVF 78, OPQOL-CZ-20 and also unstandardized structured questionnaire. The data was acquired via an online questionnaire completed by 68 seniors. A statistically significant positive correlation was detected between the quality of life (QoL) and overall positive stress coping strategies (OPSCS), and between a current health status and the quality of life. A significant negative correlation was found between the Resignation coping strategy and dimension of QoL - The Role of Faith and Religion, as well as between QoL and overall negative coping strategies. A significant positive correlation between an activity in youth and OPSCS was not proved.

Key words: seniors, quality of life, coping strategies, physical activity

Příloha 4

Vážená paní, vážený pane,
jsem studentkou psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V současné době pracuji na své bakalářské práci, která je zaměřená na *souvislost kvality života a strategií zvládnání stresu u seniorů s důrazem na vliv pohybové aktivity*. Touto cestou se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníků.

Získané údaje budou použity výhradně pro výzkumné účely bakalářské práce. Vyplnění dotazníků je **anonymní, dobrovolné** a je **určeno pro věkovou kategorii 65 let a více**. Pokud si nebudete u některých otázek jistí svou odpovědí, zvolte tu, která Vás nejvíce vystihuje (nebo tu odpověď, která Vás napadne jako první). Pokuste se, prosím, odpovědět na **každou otázku. Neexistují správné nebo špatné odpovědi**.

Prosím Vás o vyplnění obou dotazníků a následujících položek.

- 1. Pohlaví:** muž žena (odpověď označte křížkem)
2. Věk: 65-69 70-79 80 a více

můžete vypsát číslicí: _____

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní škola
- střední škola **bez** maturitní zkoušky
- střední škola **s** maturitní zkouškou
- vyšší odborná škola
- vysoká škola

4. Rodinný stav:

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- s partnerem/partnerkou
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

5. Mám pracovní úvazek:

- ano
- ne

6. Aktuální zdravotní stav:

- zdravý/á jen nemoci přiměřené věku dost nemocný/á

7. Jaké máte pohybové omezení: _____

(nemáte-li, napište žádné)

Následující otázky se týkají pohybové aktivity. Pohybovou aktivitou jsou myšleny činnosti jako: **tělocvičná rekreace, aktivní domácí práce, sport, aktivní sport, tanec, tělesná výchova a aktivní hra** (tedy aktivita, která způsobí zvýšení tepové nebo dechové frekvence).

Ptám se na činnosti prováděné **za dobu posledních 3-6 měsíců**.

8. Prováděli jste pohybovou aktivitu ve svém mládí:

- ano
 ne

9. Jakou pohybovou aktivitu vykonáváte (př. jízda na kole, turistika, tanec, zdravotní cvičení...):

10. Jak vykonáváte pohybovou aktivitu (k jednotlivým možnostem přiřaďte Vaši(e) odpověď(i) u předchozí otázky č. 9)

- sám(sama):
 skupinově:
 kombinace obojího:
 organizovaně v klubu (př. Klub českých turistů):

11. Jak často vykonáváte pohybovou aktivitu (k jednotlivým možnostem přiřaďte Vaši(e) odpověď(i) u otázky č. 9)

- denně:
 týdně:
 měsíčně:
 výjimečně:

12. Napište, kolik přibližně trávíte času pohybovou aktivitou za den v rámci: (neděláte-li sport/zájmovou pohybovou aktivitu denně, napište odhad času dne, kdy se tomu věnujete)

- dopravy (chůze z místa na místo, jízda na kole apod.):
 sportu/zájmové pohybové činnosti:

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

Za vyplnění dotazníků Vám srdečně děkuji! Pokud byste měl/a nějaký dotaz nebo zájem dozvědět se o výzkumu a jeho výsledcích více, můžete mě kontaktovat emailem na adrese, která je uvedená za mým jménem.

Aneta Kozlovová (aneta.kozlovova@gmail.com)

Příloha 5

ID	Pohl	Vek	Vzd	Rod	Bydl	Zdrav	P_omez	Ak_ml	F-1_1	F-1_2	F-1_3
1	1	1	3	4	1	2	0	1	1	2	2
2	0	1	3	5	1	2	1	1	2	3	2
3	1	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1
4	0	1	3	2	1	2	0	1	3	3	2
5	0	2	5	2	1	2	1	1	2	4	2
6	0	1	3	2	1	2	0	1	1	1	1
7	0	2	3	4	1	1	0	1	2	3	2
8	1	2	5	2	1	2	0	1	1	1	1
9	0	1	5	2	1	1	0	1	1	1	1
10	0	1	3	2	1	2	0	1	2	3	2
11	0	2	3	4	1	2	0	1	2	2	3
12	0	2	3	2	1	1	0	0	1	2	2
13	1	3	5	2	1	2	1	1	2	2	1
14	0	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1
15	0	1	3	5	1	1	0	1	1	2	1
16	1	1	5	2	1	1	0	1	2	2	2
17	0	1	3	2	1	2	1	1	2	3	3
18	1	2	5	2	1	2	0	1	1	1	1
19	1	1	3	4	1	2	1	1	1	2	1
20	1	2	3	2	1	1	0	1	1	1	1
21	0	3	5	4	1	2	0	1	1	1	1
22	0	1	5	3	1	1	0	1	1	1	1
23	0	1	3	2	1	2	0	1	1	1	1
24	0	2	5	5	1	2	0	1	3	2	2
25	0	2	5	2	3	1	0	1	1	1	1
26	0	1	3	4	2	2	1	1	2	2	1
27	1	2	4	2	1	1	0	1	1	2	1
28	0	3	3	2	1	2	1	1	2	2	2
29	0	1	3	2	2	2	0	1	5	4	4
30	0	1	2	2	3	2	0	0	1	2	2
31	0	2	3	5	1	1	0	1	1	2	2
32	0	1	3	2	1	1	0	0	1	1	1
33	1	1	1	2	1	2	0	1	3	3	3
34	0	2	5	4	1	1	0	1	3	3	3
35	0	1	5	2	1	2	1	1	1	2	1
36	0	3	3	5	1	2	1	1	2	3	2
37	1	1	5	1	1	1	0	0	3	3	2
38	0	1	5	2	1	1	0	1	1	2	2