

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

## **Diplomová práce**

Bc. Michaela Horváthová

Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů

Olomouc 2021

vedoucí práce: Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů“ vypracovala samostatně pod vedením vedoucí mé práce, paní doktorky Kurkové a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou řádně uvedeny v referenčním seznamu zdrojů na konci práce.

V Olomouci dne 18.4.2021

---

Bc. Michaela Horváthová

## **Poděkování**

Děkuji vážené Mgr. Petře Kurkové, Ph.D. za její nekonečnou energii a ochotu, odborné vedení práce, cenné rady a především čas, který mi v průběhu zpracování nejen diplomové práce věnovala. Rovněž děkuji Mgr. Petru Zemánkovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření. Děkuji i každému jednomu respondentovi, který mi věnoval svůj čas a díky kterému jsem mohla výzkumnou práci v tak nelehké době realizovat.

# OBSAH

ÚVOD .....	6
1 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI .....	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY .....	8
2.1 Senior, stáří a stárnutí .....	8
2.2 Aktivní stárnutí .....	9
2.3 Kvalita života .....	12
2.4 Postoje .....	14
2.5 Postoje ke stáří a stárnutí .....	15
2.5.1 Vybrané aspekty postojů ke stáří a stárnutí .....	16
2.5.1.1 Dlouhověkost.....	16
2.5.1.2 Nemocnost.....	18
2.5.1.3 Tělesná zdatnost.....	20
2.5.1.4 Soběstačnost.....	22
2.5.1.5 Strach z pádů.....	24
2.5.1.6 Negativní stereotypy a předsudky o stáří.....	25
2.5.1.7 Deprese.....	27
2.6 Přehled výzkumů souvisejících s postoji ke stáří a stárnutí .....	28
2.6.1 České výzkumy .....	29
2.6.2 Zahraniční výzkumy .....	30
3 METODOLOGIE VÝZKUMU .....	33
3.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	33
3.1.1 Výběr lokace výzkumného souboru .....	34
3.2 Postup při získávání dat a popis použitých metod .....	36
3.2.1 Metoda pro sběr dat .....	36
3.2.2 Měřicí nástroje .....	36
3.2.3 Dotazníkové šetření .....	39
3.2.4 Statistické zpracování a vyhodnocení dat .....	39
3.3 Výzkumné otázky .....	40
3.4 Hypotézy .....	40
4 VÝSLEDKY .....	42
4.1 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č.1 .....	42
4.2 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 2 .....	43

4.3 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 3 .....	44
4.4 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 4 .....	45
4.5 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 5 .....	46
4.6 Popisné vyhodnocení demografického dotazníku v poměru s vybranými proměnnými .....	46
4.6.1 Popis k nejvyššímu dosaženému vzdělání .....	48
4.6.2 Popis k sociální situaci .....	49
4.6.3 Popis k onemocněním respondentů .....	49
4.6.4 Popis ke sportu (pohybové aktivitě) v minulosti a současnosti .....	50
4.6.5 Popis k celkově hodnocené fyzické zdatnosti seniorů .....	51
4.7 Popisné vyhodnocení věku a pohlaví seniora vůči GDS-15 .....	52
4.8 Popisné vyhodnocení vybraných proměnných AAQ vůči pohlaví .....	54
5 DISKUSE.....	60
5.1 Diskuse k výzkumné otázce 1 .....	60
5.2 Diskuse k výzkumné otázce 2 .....	61
5.3 Diskuse k výzkumné otázce 3 .....	61
5.4 Diskuse k výzkumné otázce 4 .....	62
5.5 Diskuse k výzkumné otázce 5 .....	62
5.6 Diskuse k popisnému vyhodnocení demografického dotazníku v poměru s vybranými proměnnými .....	62
5.7 Diskuse k popisnému vyhodnocení věku a pohlaví seniora vůči GDS-15.....	64
5.8 Diskuse k popisnému vyhodnocení vybraných proměnných AAQ vůči pohlaví.....	64
5.9 Limity práce .....	65
ZÁVĚR.....	67
SOUHRN.....	68
SUMMARY.....	69
REFERENČNÍ SEZNAM .....	70
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	79
SEZNAM PŘÍLOH .....	81
ANOTACE	

# ÚVOD

Podzim života, stáří, představuje neoddělitelnou součást našeho bytí, ke kterému fázemi postupné involuce směřuje takřka od narození postupně každý živý organismus na naší planetě. Je to období, které si díky evolučnímu rozmachu můžeme ve třetím tisíciletí užít, nejen prožít v nemoci, nebo doufat, že se jej snad dožijeme, jak tomu bývalo dříve. Stáří a stárnutí se z důvodů politických, ekonomických i sociálních stává tématem, které je ve společnosti stále aktuálnější. Porodnost nám populačně neustále klesá, avšak délka života se prodlužuje a náš evropský svět se stárnoucí populací se začíná, v obavě o to, kdo se o nás ve stáří postará, zajímat o aktivního stárnutí, jakožto stěžejní aktuální postoj ke stáří a stárnutí jako takovému.

V rámci svého studijního programu učitelství výchovy ke zdraví se primárně soustavně připravuji na žáky druhého stupně základních škol a jelikož při studiu vývojových fází lidského života je obecným dlouhodobým trendem věnovat pozornost především období prenatalnímu, dětství, adolescenci a rané dospělosti, rozhodla jsem se věnovat svou pozornost spíše období stáří, jakožto krajině, která nabízí spoustu neprobádaného území.

Je pravdou, že právě kvůli charakteristice stáří, jakožto období regrese, je tato fáze lidského života brána často jako čas nemoci, deprese a samoty. Práci na téma postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů chceme prokázat, že aktivní přístup ke stáří a stárnutí tyto stereotypizační teze vyvrací, a že stáří může být čas prožitý naplno, ve zdraví a radosti a že postoje ke stáří a stárnutí jsou právě u aktivních seniorů výrazně pozitivnější.

Částečným východiskem pro psaní této diplomové práce byla bakalářská práce na téma Strach z pádu u aktivních seniorů města Olomouce. Hlavně pak svým zaměřením na cílovou skupinu seniorů a již zmíněné aktivní stárnutí. Diplomová práce Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů bude v teoretické části zahrnovat náhled na aktivní stárnutí, kvalitu života seniorů a vybraná témata od kterých se odvíjejí postoje ke stáří a stárnutí, jako je dlouhověkost, nemocnost, fyzická zdatnost, soběstačnost, negativní stereotypy a předsudky společnosti, ale i deprese, která je velmi palčivým tématem stáří a stárnutí.

# 1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem je zjistit na záměrném vzorku aktivních seniorů jak tělesná zdatnost, úroveň deprese a demografické charakteristiky ovlivňují u seniorů postoj ke stáří a stárnutí. Demografická sekce výzkumu, konkrétně otázky na pohybovou aktivitu, nemocnost a subjektivní pojetí současné jedincovy zdatnosti a pohybové aktivity nám poslouží jako vodítko k vyhodnocení způsobu zdravého životního stylu seniorů.

Dílčí cíle:

- V teoretické části práce seznámit čtenáře s informacemi, které byly vyhledány pro účely této práce v odborných knihách, či vědeckých člancích.
- Stanovit hypotézy a na základě statistického vyhodnocení sesbíraných dat jejich platnost přijmout, či zamítnout.
- Shromáždit vyplněné dotazníky od respondentů, zkontrolovat kompletní vyplnění, vyřadit dotazníky, které nemohou být zařazeny do výzkumného šetření.
- Zpracovat a analyzovat výsledky výzkumného šetření.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

### 2.1 Senior, stáří a stárnutí

Stáří – nezvratný osud každého organismu a zároveň přirozená součást života, řízená geneticky podmíněnými involučními změnami. Involuce je jednoznačně vysvětlována jako opak evoluce, tedy jednoduše řečeno regrese – úbytek funkcí. Stáří je také označováno jako pozdní fáze ontogeneze, tedy jedna z posledních fází vývoje jedince, které jsou přirozeným průběhem lidského života. Stárnutí a stáří je proces individuální, stejně jako celý život člověka. Ačkoli každý z nás stárne svým vlastním tempem, které je dáno naším zdravotním stavem, jsou zde shodné vzorce, kterými každý člověk dříve či později projde (Kalvach, 2004).

Asi nejzákladnějším uznávaným vzorcem je ten, že za seniora považujeme člověka ve věku od 65 let (Mühlpachr, 2008). Zajímavý detail uvádí Švancara (1983), hovořící ve své publikaci i o klasifikačním období tzv. presenia, které přisuzuje mezi 46.- 65. rok života. Tato léta člověka posuzuje Kalvach jako léta stárnutí (2004).

Další shodnou charakteristikou u každého člověka je dělení stáří na stáří kalendářní (kolik hodin, dní a let jsme na světě), sociální (jaké jsou naše aktuální vykonávané sociální role) a biologické (jak je na tom zdravotně naše tělesná schránka) (Mühlpachr, 2008).

Pokud hovoříme o stáří, které se odvíjí od našeho zdravotního stavu, je zajímavé shrnout si, do jaké míry naše zdraví ovlivňují jaké faktory. Konkrétně je náš zdravotní stav dán z 20 % genetickým základem, dle různé literatury ze 40-50 % našim životním stylem, z přibližně 20 % životním prostředím ve kterém žijeme a pro mnohé překvapivě jen z 10 % úrovní zdravotnických služeb (Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík, & Kubů, 2014). A jestliže až z poloviny za naše zdraví zodpovídá náš životní styl, tedy nikdo jiný než my sami a to, jak vedeme svůj život, první volbou pro pozitivní postoj ke stáří bude trend aktivního stárnutí, který stáří jednoznačně přidává na kvalitě. (Petrová, 2013)

Z vědeckého pohledu se seniory, stářím a stárnutím zabývá **gerontologie**, věda, kterou ve své publikaci dobře popisuje Kalvach (2004). Je to soubor vědomostí o stáří a stárnutí, které mají seniorům i celé společnosti pomoci maximálně zmírnit negativní



dopady. Tato disciplína pomáhá napříč nejrůznějšími skupinami seniorů a jejich specifickými potřebami a má za úkol zkvalitňovat jejich život na základě doposud získaných poznatků. Gerontologie se, obecně řečeno, snaží vnést trochu více plnohodnotného života do stáří a stárnutí.

Kalvach (2004) taktéž osvětluje, co přesně gerontologie zkoumá. Celkem vymezuje totiž tři druhy pohledu – jednak se zabývá v rámci pod disciplíny biogerontologie a psychogerontologie tím, proč z biologického pohledu živé organismy naší planety stárnou, dále v rámci sociální gerontologie, jaké má stáří a stárnutí dopady na vztah jedince se společností a v rámci klinické gerontologie, též geriatrie, jak je na tom stáří a stárnutí z pohledu zdravotního stavu a funkcemi organismu.

Neméně podstatnou samostatnou disciplínou je gerontologie vzdělávací, v zahraničí označována jako geragogika, která má za úkol všechny poznatky gerontologie předat samotným seniorům v rámci jejich vzdělávání. Je to jakási výchova ke stáří a ve stáří, která reaguje na potřeby seniorů s ohledem na demografický vývoj, trendy a současné potřeby seniorů. Cílem je samozřejmě zkvalitňovat kvalitu jejich života a pomáhat jim mít stáří prožito v co nejpozitivnějším smyslu slova. Geragogika je v tuto chvíli ve svých počátcích, nicméně pokud máme stářím za dobu historie lidstva poprvé prožívat podstatnou část našich životů a má to být pro nás díky dlouhověkosti celá etapa s vlastní hodnotou, je to jednoznačně správná cesta, která nám pomůže projít ji bezpečně a radostně (Špatenková & Smékalová, 2015).

## **2.2 Aktivní stárnutí**

Tomuto fenoménu byla věnována pozornost již v rámci bakalářské práce na téma Strach z pádů u aktivních seniorů (Horváthová, 2019), nicméně je potřeba pro kompletní informovanost čtenáře problematiku znovu, alespoň stručně, otevřít.

Aktivní stárnutí je velice vyzdvihovaným trendem posledních tří desetiletí, který klade důraz na boření mýtů o stárnutí a prosazuje zdravé stárnutí ve všech jeho směrech. Vyvrací, že stárnutí je jen o nemocech, samotě a depresích a ukazuje veškeré populaci čerstvý, zdravý pohled, díky kterému je možné přijmout stáří jako čas neustálého zlepšování se, začleňování se, fyzické i psychické zdatnosti, pohody a radosti (Petrová, 2013). Kisvetrová (2019) dodává důležitost projevu respektu společnosti vůči znalostem, zkušenostem, moudrosti a autoritě starší generace. Dle definice WHO se aktivní stárnutí

pojímá jako proces co nejlepšího využití potenciálu zdraví, podílení se seniorů na veškerém dění a zajišťování bezpečí pro zvýšení kvality jejich života. Slovo aktivní má být v souvislosti s tímto konceptem chápáno jako pokračující v účasti ve všech myslitelných oblastech, ať společenských, ekonomických, kulturních, občanských, či duchovních (WHO, 2002). Trend aktivního stárnutí patří jednoznačně ke klíčovým tématům, které řeší například geragogika (Špatenková & Smékalová, 2015), ale i pedagogika a andragogika (= výchova a vzdělávání dospělých), protože tento koncept se nemá zabývat explicitně jen starými lidmi, nýbrž i procesem připravování se na vstup do tohoto období, ještě před jeho samotným nástupem (Slepička, Mudrák, & Slepičková, 2015).

Je dobré znát, že aktivní stárnutí není zdaleka jediným existujícím konceptem, který popisuje, jak správně pojmut stárnutí. Dalšími, zejména v zahraničí aplikovanými koncepty jsou například úspěšné stárnutí, produktivní stárnutí, pozitivní stárnutí nebo zdravé stárnutí. Ačkoli jsou všechny mírně odlišné, spojuje je zdůrazňování aktivity pro dosažení zdravého stáří a stárnutí (Petrová, 2013).

Aktivní stárnutí však zahrnuje daleko širší pohled, než jen obecně řečeno zdravé a produktivní stárnutí. Mezi determinanty charakterizující aktivní stárnutí řadíme následující:

- *Osobní predispozice*: kultura, pohlaví, genetické a psychologické faktory.
- *Zdravotní a sociální zabezpečení*: podpora zdraví, prevence nemocí, zkvalitňování lékařské péče, podpora dlouhodobé péče, péče o duševní zdraví jedince.
- *Způsob chování jedince*: omezování tabakismu, alkoholismu a drog, zdravé a přiměřené stravování, pravidelný výkon fyzické aktivity přiměřený schopnostem a dovednostem daného seniora.
- *Psychického prostředí jedince*: bezpečné bydlení, bezpečné bydliště, řešení strachu z pádů, dostupná pitná voda, zajištění kvalitních potravin, čistota ovzduší.
- *Sociálního prostředí jedince*: sociální podpora seniorů, maximalizace osvěty lokální i státní pomoci pro seniory, prevence násilí a obtěžování seniorů, podpora vzdělávání třetího věku a všestranné gramotnosti vč. technické gramotnosti.

- *Ekonomické zázemí*: společenská ochrana seniorů, pracovní příležitosti, zabezpečený příjem (Van Malderen, Mets, De Vriendt, & Gorus, 2013).

WHO (2002) vnímá charakteristiku aktivního stárnutí v hlavních bodech následovně:

- *Autonomie* – schopnost sebeovládání, schopnost mít vše pod kontrolou, schopnost činit vlastní rozhodnutí na každodenní bázi s ohledem na vlastní hodnoty a preference jedince.

- *Nezávislost* – schopnost obsloužit sebe sama v každodenním životě bez, či za minimální pomoci druhých.

- *Kvalita života* – individuálně vnímaná na základě hodnotového systému jedince, jeho postojů, kultury, cílů, očekávání, či standardů, odrážejících se v jeho fyzickém zdraví, psychickém stavu, míře nezávislosti, sociálních vztazích, osobních přesvědčeních a vztahu k prostředí, ve kterém senior žije. Čím lidé stárnou, do jisté míry jejich kvalitu života definuje jejich autonomie a nezávislost.

- *Zdravý život bez handicapů* – život, který není zásadně ovlivněn nemocí, či nezpůsobilostí, neschopností.

Slepička et al. (2015) rozdělují aktivní stárnutí jednoduchým dvojitým způsobem:

- *Společenská dimenze* – vztah společnosti k postavení seniorů s ohledem na sociální, zdravotnické, ekonomické zabezpečení, dále s ohledem na veřejnou správu a občanskou vybavenost.

- *Individuální dimenze* – je individuální zapojení jednotlivých seniorů do realizace jejich aktivního života a aktivního stárnutí za pomoci vhodně vytvořených podmínek z dimenze společenské. Zároveň podílení se na spoluvytváření a udržení těchto vhodných podmínek.

V neposlední řadě nesmí být při definování aktivního stárnutí opomenuta *snaha seniora o udržení dobré fyzické kondice cvičením*. Fyzická kondice, fyzické zdraví, fyzická aktivita, cvičení jsou klíčovými pojmy, které vychází i ze samotného názvu celého konceptu aktivní stárnutí (Petrová, 2014).

## 2.3 Kvalita života

Zabýváme-li se postoji ke stáří a stárnutí, nevyhnutelným tématem v drtivé většině všech literatur je kvalita života seniorů. V praktické části této práce není explicitně kvalita života zkoumána, avšak jednoznačně zastřešuje téma postojů ke stáří a stárnutí, ba dokonce je jedním z klíčových východisek těchto postojů, proto je ve stručnosti zahrnuta.

Barofsky (2012) ve svém výzkumu popisuje, že ačkoli je téměř nemožné kvalitu života popsat, můžeme alespoň říci, že kvalita života je souborem objektivně i subjektivně hodnocených faktorů, které působí na nás, na člověka, jakožto bytost bio-psycho-sociální a spirituální. Termín kvalita života se podle Barofského často používá, či synonymizuje, pro vyjádření zdravotního stavu, psychosociálního přizpůsobení jedince, životní spokojenosti, nebo pocitu blaženosti.

Dvořáčková (2012) uvádí, že dříve se kvalita života hodnotila nejčastěji *z objektivního hlediska*. Věda na ni nahlížela hlavně jako na soubor materiálního zabezpečení jedince, dále jeho sociálních podmínek pro život, sociálního statusu a fyzického zdraví. Butler a Ciarrochi (2007) jsou co se týče objektivního hodnocení kvality života více konkrétní. Představují příklady objektivního vnímání jako je finanční příjem, sociální zabezpečení, zdraví, rodinný stav, pohlaví a věk. Intuitivně by si jeden mohl myslet, že čím vyšších cílů v těchto faktorech člověk dosáhne (pochopitelně kromě faktoru pohlaví a věku, u kterých není jak vyššího cíle dosáhnout), tím šťastnější bude a tím bude i jeho kvalita života lepší. Jejich výzkum však prokázal, že objektivní vnímání kvality života je méně vlivné, než bychom mohli očekávat.

Butler a Ciarrochi (2007) pokládali ve svém výzkumu konkrétní otázku, a sice jestli si staří jedinci navzdory výše zmíněným objektivním faktorům mohou kvalitu života subjektivně udržet, nebo jestli se kvalita života stárnutím prostě jen zhoršuje. Zjistili, že jejich respondenti z různých sociálních prostředí vykazovali velmi často subjektivně vysokou kvalitu života i navzdory jejich horšímu objektivně hodnocenému stavu (zhoršené zdraví, méně financí, snížená produktivita apod.)

Aktuálním trendem je tedy posuzovat kvalitu života na základě *subjektivního hodnocení jedince*, tedy na základě jeho vlastního vnímání svého postavení ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou, životním prostředím a vlastním žebříčkem hodnot. Toto

subjektivní vnímání je však taktéž velmi složité pro přesnou klasifikaci kvality života. Pro každého z nás je totiž žebříček hodnot jiný a každý ho má poskládaný dle svých vlastních preferencí. Důležité je v této souvislosti tedy pochopit, že navzdory tomu, že někdo například považuje za více nutné získat vysokoškolský titul a jiný přivést na svět co nejvíce dětí, každému z těchto dvou jedinců tato jejich jedna hodnota nějakým způsobem ovlivní kvalitu jejich života a bohužel nelze předem jednoznačně říci jak, a kterému z nich lepším směrem. Protože vždy bude záležet na postojích a okolnostech, které k těmto hodnotám jedinci zaujmou. Dalším příkladem na vysvětlenou mohou být dva jedinci, v tomto případě se stejnou hodnotou – pít často alkohol, kdy každý z těchto dvou může mít kvalitu života kvůli odlišnému postoji a okolnostem naprosto jinou. Z jednoho může být alkoholik s diagnózou jaterního onemocnění, druhý může být celý život příležitostně pijan bez potíží. A tak se charakteristika kvality života stává vysoce osobní záležitostí, která je pro každého jedince naprosto odlišná a individuální (Dvořáčková, 2012).

Špatenková a Smékalová (2015) charakterizují kvalitu života rovnou jako soubor subjektivního a objektivního hodnocení životní situace, vycházející ze sociokulturního a ekonomického prostředí jedince, který má přesah do mnoha sfér jedinceva života.

Autorky zkoumaly, stejně jako jiní, zda má větší význam subjektivní, nebo objektivní popis kvality života, dále zda je kvalita života relativní, nebo absolutní, zda je kvalita relativně předurčena, nebo se v průběhu života jedince mění a jaké jsou ovlivňující faktory. Prokázaly, že kvalita života souvisí nejvíce s dostatečným množstvím kvalitních aktivit a s nepřítomností příznaků deprese. Dále, že tuto determinantu kvalitního života více ovlivňuje zdraví jedincevy psychiky a sociální statut, nežli dispozice biologické a ekonomické. Dostatek kvalitních aktivit v souvislosti se stářím a stárnutím odkazuje na aktivní stárnutí, v rámci kterého můžeme vyzdvihnout propagaci fyzických aktivit, či celoživotního vzdělávání.

Kvalitu života hodnotí v závěru Špatenková a Smékalová (2015) jako nejen individuální záležitost jednotlivců, kterou si utváří oni sami, ale jako záležitost celé společnosti. Pokud totiž dbáme na vyšší kvalitu života seniorů, musíme brát v potaz například i otázky jako jsou finanční a sociální podpora ze strany státu, ale i diskriminace, nebo šikana seniorů, které formujeme my, naše společnost, naše zákony.

## 2.4 Postoje

Abychom mohli dále rozvíjet téma postojů ke stáří a stárnutí, je potřeba definovat slovo postoj.

Původní význam tohoto slova je v tělesné pozici člověka, tvaru jeho postury, rozložení částí těla v prostoru. V sociální sféře označujeme postoj jako postoj myslí, tedy směr vnímání, který je buďto negativní, nebo pozitivní (Oskamp & Schulz, 2005). Ibrahim a Bayen (2019) mají postoje za ustálené zkušenosti, které vznikají na základě našeho poznání, ovlivnění a chování.

Neexistuje však jednotná definice, na které by se autoři shodli pro postoj, jako něco nehmataelného a spirituálního. Každý totiž vnímá tento druh postoje v trochu jiném úhlu pohledu. Níže jsou uvedeny příklady vysvětlení různých autorů.

Nakonečný (2009) ve své publikaci objasňuje, že do vědy vnesli slovo postoj dvojice Thomas a Znaniecki, kteří popsali sociální psychologii jako vědecké zkoumání postojů. Definovali, že *postoje charakterizují vztah k určité hodnotě*. Jestliže tedy chceme vyjádřit postoj k osobě, předmětu, situaci, nebo čemukoli jinému, provádíme v tu chvíli hodnocení toho daného objektu.

Křivohlavý (2011) vnímá postoje podobně jako Oskamp a Schulz. Vysvětluje však definici postoje spíše z psychologického hlediska, a sice jako tendenci reagovat vyhraněným způsobem na objekty, osoby, situace kolem nás a také na sebe sama. Tvrdí, že postoje jsou získanou a relativně trvalou součástí individua, které stanovují jeho vnímavost, pochopení, myšlení i pocity. Postoje jsou naše názory, které se ustalují v našich přesvědčeních, podle kterých ve svém životě nadále jednáme. Postoje jsou součástí naší osobnosti.

Sak a Kolesárová (2012) charakterizují postoje jako životní názory člověka.

Kapitola vymezení postojů by mohla být uzavřena definicí Špatenkové a Smékalové (2015), které charakterizují postoje jako předsudky, stereotypy, představy a názory, které má každý člověk zakořeněné ve svých vzorcích chování na základě předchozích zkušeností.

## 2.5 Postoje ke stáří a stárnutí

Postoje ke stáří a stárnutí jsou v každé kultuře odlišné a vycházejí ze zakořeněných tradic daného národa, z preferovaného náboženství i ze sociokulturních názorů a většinového smýšlení. Jsou to názory ovlivněné historií a kulturou na daném území, které jsou pak jednotlivci individuálně přejímány (Kisvetrová, 2020).

Obecně můžeme postoje ke stáří a stárnutí vnímat ze dvou různých pohledů.

Jednak ze strany společnosti nahlízející na starší generaci, která v současné době toto téma stáří a stárnutí vnímá s jistým skepticismem, strachem a obavami. Společnost bere stáří jako období, kdy člověk přestává být užitečný a ocitá se na okraji společnosti (Kisvetrová, 2019). Kalvach a Hrabětová (2005) k tomuto pohledu připojují obdobné teze, například že vnímání stáří a stárnutí společností je bohužel doposud ve většině založeno na mylných představách, že stáří je pouze čas nemoci, samoty, závislosti a depresí.

Druhý pohled na postoje ke stáří a stárnutí zprostředkovávají jednotliví jedinci. Totiž to, jak dnes vnímáme seniory jako společnost, výrazně ovlivní i to, jak budeme vnímat subjektivně sami sebe, až se v seniorském věku ocitneme. V důsledku tedy můžeme říct, že způsob, jakým sami sebe senioři vnímají, je dán stigmatizací ze strany společnosti, kterou však tvoří i oni sami (Kisvetrová, 2019). Je tedy dobré, aby společnost jako celek, tedy i mladí lidé a dospělí, nejen stárnoucí, začali mít v povědomí pozitivní pohled na stáří, třeba i skrze trend aktivního stárnutí, který světu přináší takový postoj ke stáří a stárnutí, jaký dá seniorům daleko prospěšnější pohled na sebe sama a rozsáhlejší možnost seberealizace ve stáří, než kdy dřív (Van Malderen et al., 2013).

Ačkoli jsou postoje obecně formovány a ovlivňovány na základě tradic dané společnosti, náboženstvím a kulturou (Kisvetrová, 2019), postoje ke stáří a stárnutí si každý člověk vytváří sám a několikrát je v průběhu své životní dráhy i pozmění. Ke změně dojde zejména ve chvíli, kdy se se stářím konfrontuje – ať na vlastní kůži, či skrze stárnutí svých blízkých. Za klíčový postoj ke stáří a stárnutí se považuje i ten, který si člověk vytvoří v dětství. Ačkoli je stáří ve svých charakteristických rysech stále stejné, vysvětlení pojmů starý, stáří a stárnutí se mohou v interpretaci lišit a ovlivnit tak jedincovo vnímání již od jeho útlého věku (Špatenková & Smékalová, 2015). Z tohoto pohledu je tedy znovu důležité při výchově a vzdělávání klást důraz nejen u dospělých,

ale i u dětí na to, aby stáří a stárnutí nevnímali pouze negativně (Kalvach & Hrabětová, 2005).

Pozitivní postoje ke stáří a stárnutí totiž výrazně přispívají k lepšímu psychickému i fyzickému zdraví jedince. Senior, který je laicky řečeno dobře naladěný, aktivní a pozitivní, má vyšší predispozici k životní spokojenosti, psychické pohodě, dobré fyzické výkonnosti a dostatečné soběstačnosti. Pozitivní postoje jsou ve své podstatě základem spokojeného stáří (Kisvetrová, 2020).

### **2.5.1 Vybrané aspekty postojů ke stáří a stárnutí**

Pokud bychom postoje ke stáří a stárnutí více rozfázovali na jednotlivé oblasti zkoumání v souvislosti s kvalitou života, hovořili bychom z pohledu socio-demografického o dlouhověkosti, fyzické zdatnosti a nemocnosti. Dále také o fyzické zdatnosti, soběstačnosti seniorů, strachu z pádů, ale i negativních stereotypch stáří. V neposlední řadě se k těmto tématům řadí otázka deprese, která s postoji ke stárnutí jednoznačně souvisí.

#### **2.5.1.1 Dlouhověkost**

Jev zejména posledních dvou staletí zapříčiněný postupným zlepšováním ekonomických, sociálních a životních podmínek, podstatnou měrou také pokrokem medicíny, které dohromady prodlužují délku života, tedy dlouhověkost jedince i společnosti. Dlouhověkost lze považovat tedy jako společenský jev stárnoucí populace, kdy se velice zjednodušeně přenastavením hodnotového žebříčku dané společnosti snižuje míra porodnosti a zároveň se kvalitou bytí prodlužuje délka života a tím snižuje demografická míra úmrtnosti (Petrová, 2013).

V roce 2017 byla dle průzkumu Honelové a Petrové (2017) střední délka života v nejnávýspějších zemích kolem 80 let. Prognóza z roku 2013 byla, že do roku 2060 by se průměrná délka života měla ještě více zvyšovat a počet osob ve věku nad 80 let by se měl až zčtyřnásobit. Naději na dožití dlouhého věku však můžeme spojovat i s individuálně vyvíjející se kvalitou života každého jedince (viz kapitola 2.3). Prognózy českého statistického úřadu mají taktéž zajímavá čísla. V roce 2015 byly odhady takové, že v roce 2020 vystoupá počet seniorů v České republice na 28 %, což je takřka čtvrtina celkového počtu obyvatelstva.



Sak a Kolesárová (2012) shrnují **doposud zjištěné příčiny dlouhověkosti:**

- *Genetika:* lidé, jejichž předci se dožili dlouhého věku mají předpoklad, že se jej dožijí taktéž.
- *Pohlaví:* ženy se dožívají déle nežli muži.
- *Somatologie:* lidé s tenkými končetinami žijí déle.
- *Prostředí:* lidé žijící v mírném podnebí, bezkonfliktní lokaci, či na vesnici, se dožívají déle.
- *Stravování:* jedinci s vyváženým stravováním se dožívají vyššího věku, k dlouhověkosti přispívá ve velké míře konzumace antioxidantů a častá konzumace ryb.
- *Manželství:* prokazatelně se ukázalo, že ženatí muži se dožívají 70 a více let, u vdaných žen tento úkaz však nebyl potvrzen.
- *Vzdělání:* lidé, kteří strávili ve škole déle času a mají vyšší vzdělání, mají delší život.
- *Fyzická aktivita:* hodina zvýšené fyzické aktivity denně může prodloužit život o 2-5 let.

Špatenková a Smékalová (2015) ve své publikaci vnímají dlouhověkost a stárnutí neboli „šednutí“ populace mimo jiné jako jev, který může mít odraz zejména ve sféře ekonomické. Snaží se tak nastínit reálnou situaci způsobenou přibývajícemi dlouhověkými seniory. Hovoří o významné **stinné stránce**, která může zapříčinit velký ekonomický propad. Senioři jsou totiž ta část společnosti, která těží z veřejných financí, avšak nadále se nepodílí na jejich tvorbě. A čím více seniorů budeme mít, tím více jich z veřejných financí budeme muset podporovat. Základní otázkou tedy zůstává, zda bude díky průběžné porodnosti (která nám bohužel neustále klesá) dostatečné množství obyvatel v ekonomicky aktivním věku, kteří tyto seniory důstojně zajistí. Pozitivem u tohoto zamýšlení je fakt, že díky osvětě nejen tolik vyzdvihovaného aktivního stárnutí se spolu s dlouhověkostí výrazně zlepšuje zdravotní stránka kvality života seniorů a jejich náklady na zdravotní péči tak v tomto ohledu dlouhodobě klesají.

K zamyšlení také je, jak se změní náš svět, vyhlídky na dlouhověkost a stárnoucí populaci po drtivé pandemii Covid-19 počínající svůj vzestup v roce 2020, která otrásla celosvětovou populací, zejména pak populací seniorů, kteří jsou jednou z nejohroženějších skupin, které nemoc zasahuje. Prvotní výzkumy ukazují, že množství seniorů se jednoznačně snížilo a nadále i sníží. Příčinou snižování není jen umírání bezprostředně na tuto nemoc, ale i faktory, které s nemocí souvisle působí. Například omezený chod nemocnic, kvůli kterému se zákroky odkládají na později, také přeplněné kapacity nemocnic, kvůli kterým se k potřebné péči senioři mnohdy ani nedostanou, nebo

už jen strach z nákazy, kvůli kterému senioři mnohdy bagatelizují svůj stav, pomoc nehledají a jejich zdravotní stav se postupně zbytečně zhoršuje, ačkoli by za normálních okolností vůbec nemusel a mohl by býval být řádně léčen (Kraef, Juma, Kallestrup, & Mucumbitsi, 2020).

### 2.5.1.2 Nemocnost

Nemocnost je faktor, kterého se česká populace v souvislosti se stářím a stárnutím obává nejvíce. Sak a Kolesárová (2012) ve svém výzkumu uvádějí, že nemocnost je v obavách ze stáří a stárnutí na prvním místě se 78 %. Pro zajímavost, dalším faktorem byla zjištěna obava z finanční a existenční nouze u 58 % respondentů, na třetím místě byl strach z osamocení u 48 % respondentů, dále například strach ze smrti u 43 %, nebo obava z nedostupnosti a nedostatečnosti lékařské péče u 37 % respondentů.

Prevalence nemoci je však v seniorském věku kvůli regresi funkcí lidského těla něčím tak běžným, že lze pozorovat jen velice malé procento obyvatelstva, které by nemělo žádnou nemoc, nebo mělo nemoc bez chronických příznaků. Z výzkumu Dvořáčkové (2012) plyne, že výskyt chronické nemoci se u seniorů ve věku 60–74 let objevuje až z 80 % a u osob ve věkovém pásmu nad 70 let se objevuje až ze 87 %. Kalvach (2004) ve své starší publikaci uvádí výsledky výzkumu, které měly prevalenci chronické nemoci u seniorů nad 60 let u žen 95 %, u mužů 97 %. V porovnání s novějším výzkumem Dvořáčkové z roku 2012 pozorujeme signifikantní pokles nemocnosti, který může být způsoben zlepšením životního stylu seniorů, aktivním stárnutím, lepším lékařským zabezpečením, ale i jinými, individuálními faktory, které nejsou jednoznačně určitelné.

Při posuzování závažnosti onemocnění daného seniora je potřeba brát v potaz těžkost a závažnost onemocnění, stejně jako stupeň postižení výkonu funkcí (Dvořáčková, 2012).

Jsme zde totiž na jednu stranu opět u kvality života jedince, která nezáleží až tak na objektivně vnímaném stavu jedince, jakožto na subjektivním vnímání sebe sama. Pokud například senior trpí závažným onemocněním, které jej ale nijak neomezuje, jeho nemocnost je subjektivně na nízké úrovni, i když objektivně třeba daleko hůře. Senior může naopak trpět objektivně málo omezujícím onemocněním, subjektivně jej však omezuje daleko více, než by se mohlo zdát (Butler & Ciarrochi, 2007).

Nemocnost v souvislosti s kvalitou života je v zahraničních studiích spojována s pojmem Well-being, tedy osobní pohodou, která u jedince seniorského věku hraje nesmírnou roli (Dvořáčková, 2012). Obdobu osobní pohody shledáváme i v definici zdraví dle WHO, která na zdraví nahlíží jako na „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1948).

Téma nemocnosti řeší gerontologie hlavně kvůli soběstačnosti seniorů. Čím více je totiž jedinec nemocný, tím vyšší je pravděpodobnost, že nebude schopný se samostatně postarat o každodennosti svého života. Senior se závažným a omezujícím chronickým onemocněním je skrze vygradování do bezmocnosti často odkázán na pomoc blízkých, rodiny, či ústavů jako jsou u nás například léčebny pro dlouhodobě nemocné (Dvořáčková, 2012). To pak jednoznačně snižuje kvalitu života jedince, jak uvádí WHO ve své definici kvalitního života (WHO, 2002).

Jelikož riziko nemoci přibývá s věkem, účinným předcházením u seniorů je zejména pravidelné zkoumání zdravotního stavu pomocí **preventivních lékařských prohlídek** (Augirre, 2009). Českou gerontologickou a geriatrickou společností je doporučeno v seniorském věku navštěvovat pravidelně a minimálně jednou ročně svého praktického lékaře, taktéž jednou ročně zubního lékaře a u žen alespoň jednou za tři roky gynekologa. Tito specialisté mají možnost zavčas odhalit případnou patologii a mohou seniory objednat k dalším specialistům, kteří prověří detailní stav dalších částí lidského těla (Topinková, 2005).

**Odpovědné užívání léků** ve správný čas a ve správných dávkách je téma, které rozvíjí Kalvach (2004). Jedná se o další faktor, který napomáhá ke zvratu již probíhající nemocnosti seniora. Problém nastává u seniorů, kteří mají degenerativní poruchy mozku jako například Alzheimerova choroba, či demence, kdy je dobré, aby užívání léků kontrolovala způsobilá druhá osoba.

Nemocnost seniorů se dá zkoumat na základě třech metod:

- Dle návštěvnosti zdravotnických zařízení, tedy hodnocením údajů ze zdravotnické dokumentace.
- Na základě individuálních rozhovorů s respondenty.
- Zkoumáním přímých lékařských prohlídek (Kalvach, 2004).

**Nejčastějšími chronickými onemocněními**, které se u osob seniorského věku objevují, jsou dle Kalvacha (2004):

- *nemoci oběhové soustavy* jako je hypertenze, ischemické choroby srdce, či nemoci žil;

- *nemoci svalové a kosterní soustavy* jako například skolióza (= vychýlení páteře do stran), zvětšená kyfóza (= nadměrně zvětšení zakřivení páteře v oblasti hrudní a křížové), či lordóza (= nadměrné zvětšení bederního prohnutí páteře), také osteoartróza (= onemocnění kloubů);

- *nemoci endokrinní a metabolické*, kde nejvýznamnějším zástupcem je diabetes melitus, dále například nemoci trávicího, dýchacího, močového, či pohlavního ústrojí, nemoci nervové soustavy a duševní poruchy;

- velkou pozornost věnuje Kalvach také *chronickým defektům kůže, chronickým ranám*, jako jsou například otlaky, dekubity, či bérkové vředy, které se v seniorském věku těžce hojí a léčí;

- WHO (2014) připojuje mezi nejčastější onemocnění poruchy sluchu a zraku.

Co se týče **akutních onemocnění**, které se do nemocnosti seniorů taktéž řadí, Kalvach (2004) uvádí nejčastěji nemoci dýchacího ústrojí, úrazy, pády, nemoci trávicího ústrojí, pohybového ústrojí a oběhového systému.

### 2.5.1.3 Tělesná zdatnost

Tělesná zdatnost je schopnost zvládat fyzickou zátěž, je to funkční stav našeho těla (Kalvach, 2004). Dvořáčková a Holczerová (2014) uvádějí, že opotřebení pohybového aparátu, které s tělesnou zdatností souvisí, je naprosto jednoznačným důsledkem činnosti postupné degradace našeho organismu a nelze mu bohužel kompletně zabránit. Ve stáří se časem určitě u každého jedince individuálně projevuje redukce hybnosti, snížení rychlosti a obratnosti, ale i ubytok síly a vytrvalosti. Kalvach (2004) potvrzuje, že míra tělesné zdatnosti se zejména po 75. roku trvale a výrazně zhoršuje. Hůře jsou na tom dle jeho výzkumu ženy, nicméně u celkové fyzické zdatnosti přihlížíme zejména na samostatnost a soběstačnost jedince. Měrou fyzické zdatnosti jedince můžeme předpovídat jeho morbiditu (nemocnost) i mortalitu (úmrtí). Obecně se totiž potvrzuje, že lidé s nízkou fyzickou aktivitou zvyšují svůj potenciál nemocnosti a dále se

ukazuje, že naopak tělesná zdatnost chrání před předčasným úmrtím. Znovu zde můžeme tedy uzavřít kruh spojitostí, když vyzdvihneme aktivní stárnutí jakožto pevný základ pro udržení zejména tělesného zdraví, které popisuje například Petrová (2013).

Fyzická zdatnost seniora se odvíjí zejména pak od jeho pohyblivosti, hybnosti, pohybové schopnosti. Přičemž onen pohyb je klíčem k prevenci onemocnění, ke dlouhověkosti, k samostatnosti, důstojnosti a soběstačnosti. Pohybem – cvičením snižujeme bolesti pohybového aparátu, udržujeme tělo v dobré kondici, udržujeme svalový tonus a rozsah kloubů. Dobré je připomenout, že studie prokázaly schopnost adaptace svalového vlákna bez podmíněnosti věkem – i seniorům se tedy při dodržování pravidelného cvičení zvyšuje množství jejich svalstva, které vede k výrazně lepší tělesné zdatnosti. V seniorském věku je zaznamenán pokles svalové hmoty o 25–30 %, oproti tomu však v těle přibývají tukové tkáně a vazivo. Proto je zvyšování množství svalstva cvičením v seniorském věku více než důležité (Klevetová, 2017). Zapojením seniora do rehabilitačního, cvičebního, či jiného pohybového programu posílíme mimo výše zmíněné taktéž seniorovu psychickou pohodu, socializaci, snížíme depresi a celkově zlepšíme kvalitu jeho života (Kalvach, 2004).

Tělesná zdatnost seniora tedy jednoznačně vychází z množství zařazených tělesných aktivit během jeho každodenního života nejen během důchodového věku, ale samozřejmě i daleko před ním. Tělesná zdatnost člověka se totiž formuje od mládí a pokud člověk nenajde vztah k aktivnímu životu v pohybu během produktivního věku, ve stáří se hledá tento vztah už jen těžko (Čevela et al., 2014). Tělesné, fyzické neboli pohybové aktivity lze vnímat také jako bránu ke smysluplné výplni volného času. Tento úhel pohledu popisují ve své publikaci Dvořáčková a Holczerová (2014), které pohybovým aktivitám připisují hodnotu motivační, rekreační, společenskou, relaxační i kondiční.

Autorky rozdělují tělesné aktivity do čtyř kategorií:

- **Léčebné** tělesné aktivity– tyto tělesné aktivity a výchova k tělesnému zdraví jsou zaměřeny na jedince se změnou zdravotního stavu, kteří za pomoci lékařského dohledu cílí na rekonvalescenci a navrácení do původního stavu. Stává se tak nejčastěji v lázních, či zdravotnických střediscích a příkladem mohou být pohyby za pomoci stimulace speciálních přístrojů, relaxační a kondiční cvičení, dechová cvičení, pasivní pohyby apod.

- **Zdravotní** tělesné aktivity – pro jedince se zdravotním omezením, či postižením. Příkladem realizace jsou kluby astmatiků, alergiků, diabetiků, pro paraplegiky, obézní jedince/seniory, pro celiaky, pro jedince po cévní mozkové příhodě, pro nevidomé, ... Cvičení probíhá pod vedením profesionálního trenéra, cvičení jsou většinou skupinová, může se jednat i o ozdravné pobyty, či turistické akce a zacílení rozsahu tělesné aktivity odpovídá možnostem zdravotního omezení, či postižení.
- **Habituaální** tělesná aktivita – tj. každá pohybová aktivita běžného každodenního života, volného času, relaxace, či rekreace. Pro udržení tělesného zdraví u seniorů doporučuje Dvořáčková a Holczerová (2014) univerzálně hodinu přirozené chůze rychlostí 4-5 km/h, což odpovídá svižnější chůzi.
- **Rekreační** sportovní aktivity – hry se zapojením pohybového aparátu, cyklistika, plavání, lyžování apod.

#### 2.5.1.4 Soběstačnost

Aspekt soběstačnosti jde ruku v ruce s tělesnou zdatností, proto je součástí teoretických poznatků této diplomové práce. V praktické části této práce je však zkoumána jen okrajově, a sice v dotazníku AAQ, otázka 15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.

Dosahování soběstačnosti je cílem nejen seniora jako jedince, ale s ohledem na dlouhověkost i celé naší společnosti (Dvořáčková, 2012). Proto je soběstačnost vyzdvihována jakožto zásadní vliv na kvalitu života jedince, označována jako osobní autonomie, ale i jako zásadní priorita aktivního stárnutí (WHO, 2002). Soběstačnost vysvětlujeme jako schopnost seniora zajistit adekvátním způsobem své každodenní potřeby a svou domácnost. Soběstačnost rozlišujeme fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou a v případě seniorů může dojít k narušení jen jedné nebo některých, ne vždy všech zároveň (Dvořáčková, 2012). V případě oslabení jedné z uvedených složek neomezovat přímo soběstačnost, nýbrž pomoci upravit a organizovat prostředí kompenzačními mechanismy tak, aby soběstačnost jedince mohla být zachována (Čeleda et al., 2014), nebo v případě dočasné bezmocnosti co nejdříve obnovena (Špatenková & Smékalová, 2015). Více soběstačné a samostatné jsou do vyššího věku spíše ženy než muži, což je zapříčiněno pravděpodobně i vyhlídkou ženského pohlaví na dosažení

vyššího věku (Sak & Kolesárová, 2012). V publikaci Hudákové a Majerníkové (2013) je uvedeno, že více soběstační jsou senioři žijící v domácím prostředí oproti seniorům žijícím v sociálním zařízení.

Dvořáčková (2012) popisuje, že se často objevují případy, kdy jedinci odmítají přijmout změny stáří a stárnutí natolik, že to dokazují až přehnaně svou soběstačností, nadměrnou aktivitou a vyhledávají jakékoli situace, kde by mohli být užiteční v pomoci druhým. Tito senioři jsou velmi houževnatí, bojují proti negativním stereotypním představám o stáří a stárnutí a přijímají myšlenku aktivního stárnutí za svou. Problém může nastat, pokud v dobré víře přecení své síly a v rámci odmítání pomoci druhých si ublíží. Na druhou stranu se dostáváme i k opačnému extrému, a sice k seniorům, jejichž soběstačnost se snížila v důsledku nejrůznějších faktorů natolik, že jsou na pomoci druhých závislí. Pro takové jsou zřízeny domovy pro seniory, či pečovatelská služba. V nejhorším stádiu snížení soběstačnosti dochází k bezmocnosti, kdy je vyžadována naprosto soustavná pomoc druhého člověka. Čevela et al. (2014) rozvádí toto téma oslabené soběstačnosti až bezmocnosti jako něco, kvůli čemu senioři ztrácí smysl života a mají pocit, že jsou již jen na obtíž.

Zajímavý vhled přináší Hudáková a Majerníková (2013), které zmiňují průzkum zabývající se soběstačností obyvatel starších 60 let na Slovensku. 38 % participantů tohoto výzkumu bylo zdravých a soběstačných, 32 % respondentů bylo nemocných, avšak za pomoci kompenzací soběstačných, 21 % bylo nemocných a ohrožených ztrátou soběstačnosti a 9 % velmi těžce nemocných se závislostí na pomoci druhých.

Soběstačnost seniora tedy prokazatelně nemá naprosto přímou souvislost s nemocností. Záleží totiž na povaze nemoci a na míře omezení, které seniorovi přináší. Ve velké míře zaleží spíše i na subjektivním vnímání nemoci seniorem, nežli na objektivním zhodnocení omezení plynoucích z nemoci (Dvořáčková, 2012). Obecně se však má za to, že chronická a degenerativní onemocnění časem výrazně přispívají ke snižování soběstačnosti (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

Podstatným oborem, který podporuje dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti nejen seniorů je ergoterapie. Jedná se o samostatnou disciplínu, která má své vyhraněné postupy a činnosti, jejichž působením v rámci rehabilitace cílí na soběstačnost nejen v domácím, ale i pracovním a sociálním prostředí. Ergoterapie se zaměřuje například na koordinaci pohybu končetinami, jemnou motoriku ruky,

stimulování, cvičení udržení rovnováhy, uchovávání v paměti, podmiňování, či použití dostupné technologie pro pomoc v nezávislosti na pomoci druhých (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

#### 2.5.1.5 Strach z pádů

Dříve nazýván jako po-pádový syndrom, který se považoval za důsledek psychického traumatu z pádu, se strach z pádu ukotvil jako samostatně definovaná, vyhraněná zdravotní vada, která má, zejména ve stáří, vážné dopady na naše zdraví a vitalitu (Horváthová, 2019). S postojí ke stáří a stárnutí jednoznačně souvisí, protože člověk trpící tímto strachem má postoj ke svému životu s okamžitou platností signifikantně změněn (Todd & Skelton, 2004). Okrajově je tedy pro obecný přehled čtenáře taktéž zahrnut jako podkapitola vybraných aspektů ke stáří a stárnutí.

Strach z pádů je definován jako *neustála obava z padání*, která se vyskytuje nejvíce u osob staršího věku, zejména seniorů. Jednoznačně se vyskytuje u osob, které mají s pádem předchozí zkušenost. Není však výjimkou, že mají tento strach senioři i přesto, že předtím nespadli a jsou zcela zdraví. Tento neutichající strach z pádů způsobuje následné zhoršení kvality života, pokles soběstačnosti i sebedůvěry. Senioři trpící tímto problémem se pro jistotu vyhýbají aktivitám, kterých by beze svého strachu byli normálně schopni, aby tomu možnému pádu předešli (Kurková, Kisvetrová, Horváthová, Tomanová, & Bretšnajdrová, 2020). Pád jako takový je totiž nejen pro seniory výrazně negativní zkušeností, která přináší bolest, strach, nejistotu, obavy, případně i následky v podobě zdravotních obtíží. Jedině pád ovlivní jak po fyzické, tak psychické stránce. Pád představuje pro seniory především představu snížení jejich vlastní soběstačnosti a následnou závislost na pomoci druhých, proto mají senioři z pádů strach (Miertová, 2019).

Kdybychom měli být konkrétnější v dopadech strachu z pádů u seniorů, hovořili bychom o poklesu schopnosti vykonávat každodenní činnosti, jako je podávání si věci nad hlavou, zohýbání se k věcem dolů, či sprchování. Dále je zaznamenán signifikantní pokles ve společenských aktivitách, protože tito senioři chodí minimálně ven a považují za nebezpečnou například i chůzi v davu, nebo do schodů. Také značně omezují svou fyzickou aktivitu a tím zhoršují svůj zdravotní stav. Například nezahrnují žádná kondiční cvičení, protahování, minimalizují chození, mají strach z kluzkého, nerovného,



či kamenitého povrchu. Tímto všim zhoršují svou kvalitu života, a navíc si sami zvyšují i riziko toho, že doopravdy upadnou (Horváthová, 2019).

Nejlepší možnou prevencí strachu z pádu je edukace v oblasti aktivního stárnutí (WHO, 2007), Kalvach a Hrabětová (2005) však kladou důraz také na bezpečnost domácího prostředí, jako je bezbariérová úprava k zamezení zakopnutí, úprava osvětlení, protiskluzové prvky a opěrné pomůcky zejména v koupelně, na toaletě a u postele.

#### 2.5.1.6 Negativní stereotypy a předsudky o stáří

Stereotypní představy a předsudky ohledně stáří a stárnutí jsou zejména v naší západní kultuře spíše negativního charakteru. Přičemž tyto představy, názory a postoje jsou rozšířené nejen u populace neseniorského věku, ale bohužel i u mnohých samotných seniorů. Přitom negativní stereotypy a předsudky vznikají především na základě nedostatečné vlastní povědomosti o daném tématu. Lidé zevšeobecňují názory, vytváří si názory na základě mylných pocitů bez vlastní osobní zkušenosti, či přebírají názory od jiných lidí, kteří se taktéž mohou mýlit (Špatenková & Smékalová, 2015).

S negativními stereotypy a předsudky o stáří souvisí pojem **ageismus**, v češtině **věková diskriminace**, která spočívá ve sdíleném přesvědčování o kvalitativním nepoměru různých věkových fází lidského života. Po rasismu a sexismu je ageismus dalším závažným celospolečenským tématem, které řeší rovnost práv a příležitostí. Jedná se o nevhodné jednání, zanedbávání, projevy dis respektu až diskriminační chování mladších vůči starším ať v domácím prostředí, tak ve zdravotnických zařízeních, na úřadech, v obchodech a zkrátka kdekoli, kde staří lidé přichází do kontaktu se společností. Například i v městské hromadné dopravě, když mladší nepustí seniora sednout, protože on jde unavený z práce, kde vydělával na důchod seniorům a senior přece vydrží chvíli stát. Ageismus se projevuje symbolickou, ale i reálnou stereotypizací osob na základě jejich věku, či příslušnosti do určité generace (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

Dokud mezi námi tyto negativní postoje stále existují, ba dokonce pokud se objevují stále více častěji, je dobré si je touto cestou připomenout a vyjmenovat. V následující části jsou popsány vybrané **předsudky a stereotypy** o stáří:

- *Nemoc* – Představa, že stáří je zákonitě doprovázeno nemocemi a kvůli nemocnosti nemohou senioři provádět běžné aktivity
- *Impotence* – Postoj, že sexualita ve stáří je tabu, které považuje se za nemístné, nemožné, snad i neexistující.
- *Nevzhlednost* – Stereotypní názor, že krása je pro mladé, staří lidé jsou oškliví.
- *Pokles duševních schopností* – Kvůli představě degradace lidského organismu ve stáří si lidé myslí, že starý člověk není schopen zapamatování, poznání, učení se. Proto vzniká i mýtus toho, že seniory je zbytečné vzdělávat a učit něčemu novému.
- *Duševní onemocnění* – Představa, že staří lidé trpí psychickými obtížemi, které jsou takřka nevyhnutelné.
- *Zbytečnost* – Postoj říkající, že jelikož klesá míra fyzické a psychické výkonnosti, klesá i jejich produktivita, a tak jsou docela zbyteční a neužiteční. Někteří mají názor, že staří lidé jsou na obtíž ekonomickému systému, další tvrdí, že jelikož staří nemají tak dobrou výkonnost, neměli zabírat pracovní místa schopnějším, mladším lidem.
- *Izolace* – Častý stereotypní názor, že stáří rovná se samota, osamocení, vyhýbání se společnosti, kontaktům
- *Chudoba/bohatství* – Další z řady negativně založených názorů, které tvrdí, že stáří odpovídá žití v chudobě, nebo v chudobě.
- *Deprese* – Představa navazující na ostatní představy – pokud jsou staří lidé oškliví, neužiteční, nemocní a psychicky zdeptaní, jistojistě musí nevyhnutelně přijít i deprese. Staří lidé jsou depresivní.
- *Politická moc* – Velice častá negativní představa zejména nyní, kdy žijeme v době dlouhověkosti seniorů – lidé se domnívají, že pokud je seniorů velké množství, tvoří politickou převahu a mohou výrazně ovlivnit chod politiky státu svými volebními hlasy a ovlivňovat tak životy mladých (Špatenková & Smékalová, 2015).

Dobrou cestou, jak z kola předsudků a stereotypních představ ven, je jednoznačně edukace. Například v rámci tolik důležitého souboru aktivního stárnutí, které se přenáší do povědomí nejen seniorům, ale i lidem, které stáří a stárnutí teprve čeká. Stáří a stárnutí

totiž v dnešním světě rozhodně není o samotě, depresi, smutku a nemocech (Petrová, 2013).

### 2.5.1.7 Deprese

Deprese je u starších lidí nejčastějším negativním fenoménem. Setkáváme se s ním u stárnoucích a starých lidí prožívajících například smutek, životní ztrátu, vnitřní napětí, skleslost, únavu, pokles chuti do života, úbytek životní energie, či snížení sebevědomí. Často se projevuje zároveň s pocity úzkosti. Objevuje se i při zvýšené sebekritice, přehánění ohledně vlastních nezdarů a selhávání a u přespříliš negativního hodnocení nepříjemných situací, ve kterých se člověk ocitá (Křivohlavý, 2011).

Deprese je téma, které se stářím a stárnutím přichází nejčastěji **v souvislosti s odchodem ze zaměstnání, ze zaběhlého života plného povinností** – do důchodu, času odpočinku a spousty volného času. Zejména onen odchod do důchodu navozuje lidem pocity méněcennosti, zbytečnosti, pocit, že ztratili ve světě své místo a snad i svůj smysl a prohlubující pocity mohou vést ke krátkodobým, ale i dlouhodobým depresím (Dvořáčková, 2012). Deprese je v tomto kontextu taktéž jev, který lze charakterizovat jako určitý postoj ke stáří a stárnutí, tedy že představa a realizace stáří a stárnutí navozují stav deprese, protože jsou vnímány často ryze negativně a osoba k nim nechce přistoupit (Křivohlavý, 2011).

Velmi často se ve stáří deprese projevuje **kvůli pocitu nenaplnění smyslu života, nebo kvalitního života**. Jedinec má pocity, že nestihl vše, co kdy chtěl a teď už nezbývají k naplnění představ ani síly ani čas (Hudáková & Majerníková, 2013).

Nejčastěji se však objevuje deprese **v souvislosti s umíráním**. Lidé, kteří mají strach z blízkého konce, nebo nevléčitelně nemocní, kterým nezbývá než přijmout úděl svého osudu, si procházejí dokonce specifickými fázemi umírání, kterým taktéž říká pět fází smutku. To proto, že platí jak pro vlastní vyrovnávání se s konečností lidského života, ale i pro vyrovnávání se se ztrátou blízkého člověka. Tyto fáze se mohou různě opakovat, některé mohou být přeskočeny, nebo prožité v jiném pořadí, nicméně odpovídají průběhu smířování se s umíráním.

Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové:

- *Popírání*: odmítání skutečnosti, že lidský život je konečný, osoba se cítí dobře, namlouvání si, že to nemůže být pravdou.
- *Vztek*: hledání viníka za tento stav, naštvání se, proč zrovna teď, zrovna já.
- *Smlouvání*: naděje, že lze odchod ze světa odložit, promluvy s Bohem, prosby okolí, osoba je schopna dát cokoli, aby se dožila více dnů.
- *Deprese*: propad hořkosti reality, když se to nedá zvrátit, proč vynakládat nějakou jakoukoli námahu, uvědomování si blížící se smrti, uzavřenost, beznaděj.
- *Smíření*: když proti tomu nemohu bojovat, je potřeba se na to připravit (Munzarová, 2005).

Slepička et al. (2015) spojuje útlum deprese s pravidelným pohybem. Fyzická aktivita, která je u starších osob značně snížena, nebo zanedbávána, podporuje mimo jiné totiž i psychickou pohodu, která vede k odstranění depresí.

Křivohlavý (2011) navrhuje jakožto vhodnou prevenci i fungující řešení stávajících depresí sílu pozitivní psychologie. Aby měl senior zachován celkový pocit životní pohody a deprese mu nesnižovala kvalitu jeho života, je vhodné edukovat o pozitivním myšlení, optimismu a pozitivních postojích. Ve své pozdější publikaci se Křivohlavý (2015) věnuje pozitivní psychologii více do hloubky a objasňuje její podstatu. Pozitivní psychologie si neklade za cíl vsadit nás do růžového světa bez problémů, učí nás a usiluje o péči o zdravý psychický vývoj, o vývin našich osobností, o kvalitní sociální život plný radosti, o zrání k moudrosti a o vedení života, který má pro člověka smysl. Centrálními tématy pozitivní psychologie jsou mnohostranná láska, citové porozumění, přátelství, moudrost, empatie, morálka, sebe ocenění, vděčnost, duševní pohoda a nezdolnost – neboli schopnost nedat se, pružnost a nezlomnost v těžkých životních situacích. Pozitivní psychologie také jednoznačně zapadá do ideálního konceptu aktivního stárnutí, protože kromě prevence depresí pečuje i o všeobecné blaho a pohodu, dodává seniorovi sílu řešit věci s nadhledem a vybízí ke zdatnosti jak fyzické, tak psychické.

## 2.6 Přehled výzkumů souvisejících s postoji ke stáří a stárnutí

Tato kapitola je zaměřena na již realizované výzkumy jiných výzkumníků, které souvisejí s tématem postoje ke stáří a stárnutí a také s aspekty, které s tímto tématem

korelují. Vyhledané české i zahraniční výzkumy poslouží i pro diskusi a porovnání získaných výsledků z výzkumného šetření této práce se zjištěními jiných autorů.

### **2.6.1 České výzkumy**

Marková a Jedlinská (2013) zkoumaly postoje seniorů ke stáří a stárnutí a význam reminiscenčních aktivit. Reminiscenčními aktivitami rozumíme rozhovory se seniorem o jeho stávajícím stavu, jeho minulosti, zkušenostech, vzpomínkách, a to za využití pomůcek jako jsou fotografie, filmy, oblíbená hudba apod. Seniorům tato metoda pomáhá vyrovnat se se stresem, s náročnými životními situacemi a má pozitivní efekt na jejich celistvý zdravotní stav. Výrazně tak pomáhá k pozitivním postojům ke stáří a stárnutí. Výzkum Markové a Jedlinské byl kvalitativního charakteru, za částečného použití dotazníku AAQ a doplňující vlastní konstrukcí výzkumného šetření. Zaměřen byl na seniory žijící v institucionální péči. Bylo zjištěno, že senioři v domovech pro seniory jsou sice spokojeni s komfortem a službami, ve kterých žijí, na druhou stranu trpí depresi kvůli ztrátě blízkých osob, stáří vnímají jako omezení zdraví a fyzické zdatnosti, stáří jim nepřináší nic příjemného, ani moudrosti, ani zralost, chybí jim sociální začlenění a rodina. Pozitivní hodnocení postojů ke stáří a stárnutí bylo zaznamenáno u seniorů, kteří žijí aktivně. Pasivně žijící senioři byli spíše negativní.

Janečková, Dragomirecká, Holmerová a Vaňková (2013) prezentovaly postoje seniorů žijících v institucionální péči a jejich opatrovníků vůči stárnutí. Byla dokázána převaha negativních stereotypů vůči stárnutí v české společnosti. Výsledky AAQ dotazníku byly výrazně ovlivněny pohlavím, věkem, depresí, subjektivním vnímáním svého zdraví i kvalitou života. Obecně bylo zjištěno, že opatrovníci mají pozitivnější postoje ke stáří a stárnutí, zatímco senioři žijící v těchto zařízeních mají postoje spíše negativní.

Bužgová a Klechová (2011) realizovaly výzkum Měření postojů ke stáří a stárnutí za pomoci dotazníkového šetření AAQ, kdy výzkumný soubor tvořili respondenti z různých prostředí. Respondenti obecně nejhůře hodnotili možnost navazovat nová přátelství, tolerantnost vůči sobě a stárnutí považovali za horší, než dříve očekávali. Psychosociální ztráty byly vnímány negativně především u seniorů v institucionální péči a pozitivní postoje této domény byly zaznamenány u vdaných/ženatých seniorů oproti ovdovělým.

Bužgová realizovala později další výzkum, společně s Urbanovou (2016), tentokrát na téma Hodnocení postojů ke stáří mezi stárnoucími v institucionální péči. Tento výzkum měl za cíl porovnat postoje seniorů vůči společenským standardům. Jejich výzkum prokázal pozitivní postoje ke stáří a stárnutí v oblasti fyzických změn u mužů a seniorů s vysokoškolským vzděláním, oblast psychologického růstu byla pozitivně hodnocena spíše seniory nad 85 let a seniory se základním vzděláním. Psychosociální ztráty byli přijímány pozitivně spíše muži a seniory a mírnou závislostí.

Heissler, Červenková, Kopeček a Georgi (2020) vytvořili Českou normativní studii pro Geriatrickou škálu deprese (GDS-15). Jejich kvantitativní průzkum seniorů neprokázal u proměnných jako je věk, pohlaví, vzdělání, či rodinný stav a sociální situace žádné statisticky signifikantní souvislosti, která by ovlivňovaly GDS-15.

## **2.6.2 Zahraniční výzkumy**

Low, Molzahn a Schopflocher (2013) zkoumali Postoje ke stárnutí ve vztahu k subjektivnímu hodnocení zdraví a kvality života. Autoři považují vzhledem k celosvětově se prodlužující délce života za důležité znát, jak senioři hodnotí a vnímají své vlastní stáří a jak jsou na tom senioři s přibývajícím věkem se zdravotním stavem. Svým výzkumem prokázali, že senioři, nehledě na věk a pohlaví, zastávají své postoje ke stárnutí na základě míry spokojenosti se svým zdravím.

Top a Dikmetaş (2015) zkoumali kvalitu života a postoje ke stárnutí u tureckých seniorů v domovech pro seniory. Jejich studie potvrdila, že existují významná propojení mezi kvalitou života a následnými postoji ke stárnutí. Stejně jako Low et al. (2013) potvrdili, že pohlaví nemá na postoje ke stáří žádný vliv. Šťastní senioři měli lepší postoje ke stáří, než senioři nešťastní.

Chachamovich, Fleck, Laidlaw a Power (2008) vytvořili studii na téma Dopad deprese na kvalitu života a na postoje ke stáří a stárnutí v mezinárodním vzorku seniorských respondentů. Výsledkem jejich zkoumání bylo, že i menší úroveň deprese je spojována se signifikantním poklesem kvality života a s negativními postoji ke stáří a stárnutí. Zároveň bylo prokázáno, že čím se zvyšuje hladina deprese, tím horší je kvalita života i postoje ke stáří.

Korkmaz, Kartal, Çinar a Koştu (2017) sepsali studii o vztahu mezi postoji ke stáří a stárnutí a vlastním, zdravím prospívajícím chováním u seniorů v Turecku. Závěrem jejich

studie bylo, že postoje ke stáří a stárnutí jsou faktorem, který přímo ovlivňuje, jak senior podporuje své zdraví. Pozitivní postoj ke stárnutí by měl být brán v potaz kdykoli chceme u seniorů zdravé stárnutí, v českém kontextu aktivní stárnutí (Petrová, 2013), prosazovat. Staří senioři, kteří mají spíše negativní postoje ke stáří a stárnutí potřebují více povzbuzení, podpory a motivace, aby k aktivitám podporující jejich zdraví přistoupili. Zde dle autorů hrají zejména v institucionálních zařízeních nezastupitelnou roli zdravotní sestry, které mohou seniory správně povzbudit, nebo přesvědčit.

Lu, Kao a Hsieh (2009) pozorovali pozitivní postoje ke stárnutí a následně zkoumali spojitost s všeobecným blahem v čínské komunitě seniorů. Oproti všem ostatním zmíněným studiím výše, tito nepoužili dotazník AAQ a namísto toho vytvořili svůj vlastní nástroj na měření postojů ke stáří a stárnutí. Jak sami autoři zmínili, není lehké porovnávat jejich výzkum s výsledky jiných studií, nicméně pro značnou zajímavost jejich výzkumu a kulturní diverzitu zahrnujeme jejich výsledky i pro čtenáře naší práce. Lu et al. zjistili, že jejich čínští senioři mají obecně pozitivní postoje ke stáří a stárnutí, které vskutku jsou následně zdrojem pro jejich všeobecné blaho, nicméně lidé všech věkových kategorií, kromě seniorů samotných, mají ke stáří a stárnutí některé postoje spíše negativní. Autoři dále zmiňují, že by bylo dobré preventivně implementovat programy podporující pozitivní postoje ke stáří ve školách i v široké veřejnosti, stejně jako aplikují tyto programy výzkumníci na východě.

Trigg, Watts, Jones, Tod a Elliman (2012) posuzovali postoje ke stáří a stárnutí u jedinců s demencí. Jejich hypotézy potvrdily, že senioři s diagnostikovanou demencí měli své postoje výrazně negativnější a jednoznačně to ovlivňovalo i kvalitu jejich života.

Thorpe, Pearson, Schluter, Spittlehouse a Joyce (2014) posuzovali sociodemografické faktory, chronická onemocnění a projevy deprese s postoji ke stárnutí ve středním věku. Zajímali se, jaký je vliv na celkovou kondici a náladu jedince. Tento výzkum je ojedinělý v tom, že za pomoci dotazníku AAQ zkoumali postoje u lidí ve věku 49-51 let. Zjistili, že respondenti vnímají své fyzické stárnutí negativněji v případě, že mají diagnózu hypertenze, artritidy, či astma. Deprese a úzkosti mají až výraznou spojitost s negativním postoji ke stárnutí. Výsledkem této studie je, že jak fyzické, tak psychické zdraví jednoznačně ovlivňují postoje ke stáří a stárnutí. Postoje mohou být pozitivní i v případě, že jedinec má diagnostikovanou nemoc, tento jev je však velmi individuálního charakteru a závisí také na aktuálním náladovém rozpoložení.

Martin et al. (2019) chtěli prokázat vztah mezi vlastním postojem ke stárnutí se zdravotními výsledky u stárnoucích respondentů nad 50 let, kteří se vyléčili s rakovinou. Tento výzkum zkoumá postoje ke stárnutí, avšak za pomoci jiného dotazníkového šetření než AAQ. Výsledkem tohoto šetření je, že jednotliví jedinci, kteří prožili rakovinu, vykazují mírně pesimističtější postoj k vlastnímu stárnutí než jedinci, kteří rakovinu neměli. Prokázali, že postoje ke stárnutí souvisejí s fyzickým i psychickým zdravím.



## 3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Diplomová práce byla studií cílící na postoje aktivních seniorů ke stáří a stárnutí. Do výzkumu byli zapojeni v zástupu obou pohlaví senioři nad 65 let, kteří podporují a vykazují svým chováním koncept aktivního stárnutí. Výzkum byl pojat kvantitativní formou a výzkumnou metodou bylo dotazování a měření za pomoci čtyř různých dotazníků.

### 3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Do studie postojů ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů bylo osloveno celkem 120 respondentů (muži,  $n = 29$ , 100,0 %; ženy,  $n = 91$ , 100,0 %). Průměrný věk byl se směrodatnou odchylkou  $73,95 \pm 6,04$  let, věkové rozmezí 65 až 92 let a hodnota mediánu byla 73 let. Vybráni byli respondenti z klubů pro seniory v Olomouckém a Moravskoslezském kraji. Zařazovacím kritériem byl věk respondenta nad 65 let, samostatná hybnost, maximálně s pomocí berle. Z výzkumu byli vyloučení respondenti, kteří používají invalidní vozík, či jinou kompenzační pomůcku, která plně zastává funkci pohybového aparátu. Neméně podstatným zařazovacím faktorem bylo vstoupit do výzkumného šetření dobrovolně na základě pročtení a podepsání informovaného souhlasu – viz Příloha 1.

Preferované rozdělení respondentů dle věku bylo částečně převzato od Šimíčkové-Čížkové (2003), která kategorizuje seniory následovně:

1. **stárnoucí** od 60 do 74 let
2. **starý** od 75 do 89 let
3. **stařecký** od 90 let

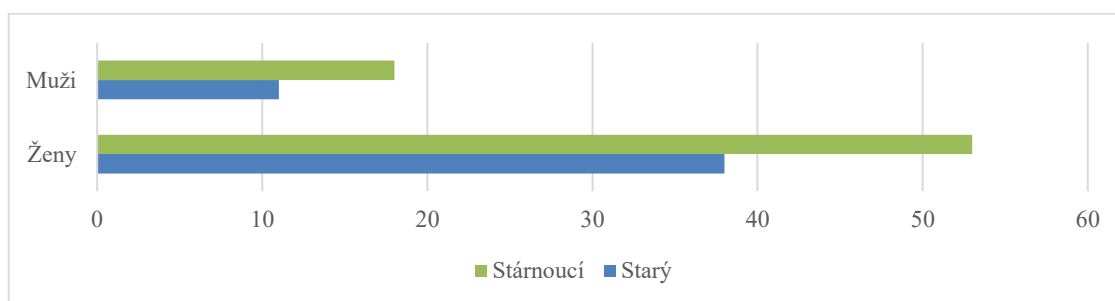
Jelikož však bylo po prozkoumání ostatních studií podobného charakteru našim východiskem zkoumat seniory nad hranici 65 let (přičemž Šimíčková-Čížková má hranici 60 let) a ve stařeckém věku jsme měli pouhé tři respondenty, bylo rozhodnuto kategorizaci věku pro účely této práce redukovat následujícím způsobem:

1. **stárnoucí** 65-74 let
2. **starý** 75-94 let

(Tabulka 1., Graf 1.).

**Tabulka 1. Redukovaná kategorizace respondentů dle věku a pohlaví (zdroj: vlastní výzkum)**

	Věk		Celkem N (%)
	Stárnoucí 65-74 let N (%)	Starý 75-94 let N (%)	
<b>Pohlaví</b> N (%)	71 (59,2)	49 (40,8)	120 (100,0)
<b>Muži</b> N (%)	18 (61,1)	11 (37,9)	29 (100,0)
<b>Ženy</b> N (%)	53 (58,2)	38 (41,8)	91 (100,0)



**Graf 1. Redukovaná kategorizace respondentů dle věku a pohlaví (zdroj: vlastní výzkum)**

### 3.1.1 Výběr lokace výzkumného souboru

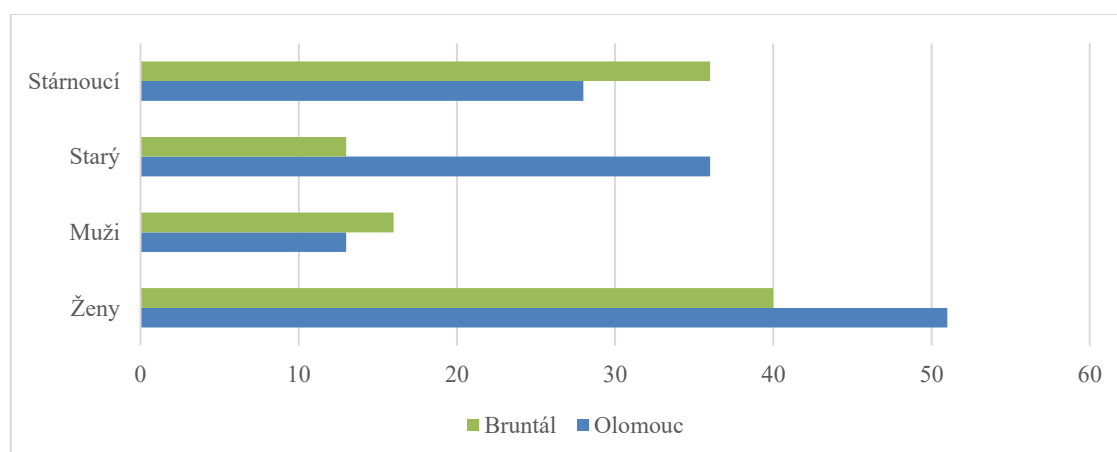
Při hledání míst s kumulací aktivních seniorů byly záměrně vybrány kluby pro seniory. To z toho důvodu, že tyto kluby navštěvují lidé, kteří odpovídají konceptu aktivního stárnutí. Kluby pro seniory jsou známě zejména svou vysoce socializační funkcí, stmelují lidi stejného věku, vytváří přátelství, senioři zde mohou v bezpečném kruhu sdílet své radosti i starosti, sdílet své zkušenosti. Dále jsou kluby význačné pro svůj zájem o fyzickou aktivitu seniorů – podporují kondiční cvičení, tanec, plavání, relaxační techniky, pořádají ve všech ročních obdobích společné poznávací výlety, túry, poskytují seniorům možnost účasti na různých společenských akcích, kde mohou předvést například nacvičené taneční vystoupení apod. Senioři zde nabývají dojmu, že patří do jedné z dalších institucí a nevypadnou po nástupu do důchodu ze sociálního života a dění. Společně se účastní besed, přednášek, divadelních představení a mimo jiné

i vzdělávacích aktivit. Kluby jsou výjimečným místem, které přináší unikátní prostor pro pohodové a radostné stárnutí.

Spolupráce na tomto výzkumném šetření byla zajištěna v Olomouckém kraji, konkrétně v klubech pro seniory v Olomouci a v Moravskoslezském kraji, v klubu pro seniory Bruntál.

**Tabulka 2. Kategorizace respondentů dle pohlaví, věku a místa klubu pro seniory (zdroj: vlastní výzkum)**

	Město výskytu klubu pro seniory		Celkem N (%)
	Olomouc N (%)	Bruntál N (%)	
<b>Věk</b> N (%)	64 (53,3)	56 (46,7)	120 (100,0)
<b>Stárnoucí 65-74 let</b> N (%)	28 (39,4)	36 (73,5)	71 (100,0)
<b>Starý 75-94 let</b> N (%)	36 (73,5)	13 (26,5)	49 (100,0)
<b>Pohlaví</b> N (%)	64 (53,3)	56 (46,7)	120 (100,0)
<b>Muži</b> N (%)	13 (44,8)	16 (55,2)	29 (100,0)
<b>Ženy</b> N (%)	51 (56,0)	40 (44,0)	91 (100,0)



**Graf 2. Kategorizace respondentů dle pohlaví, věku a místa klubu pro seniory (zdroj: vlastní výzkum)**

## 3.2 Postup při získávání dat a popis použitých metod

V této kapitole je popis použitých metod a nástrojů, kterými byla získávána data k realizaci výzkumu celé práce a dále je zde popsán přesný postup pro sběr dat včetně realizace dotazníkového šetření, zpracování a neméně podstatné vyhodnocení dat.

### 3.2.1 Metoda pro sběr dat

Pro naplnění cílů práce Postoje ke stáří a stárnutí byl zvolen **kvantitativní** přístup, jehož výhodou je kompletní oproštění od subjektivního vnímání, a naopak se zaměřuje na objektivní objasnění zkoumané problematiky pomocí číselného měření u velké skupiny osob. Jelikož každý respondent odpovídá na totožnou sadu otázek, dají se mezi sebou proměnné nejrůzněji a libovolně porovnávat, mohou se spočítat průměrné hodnoty, ale i hodnotit obecné jevy (Chráska, 2016).

Kvantitativní přístup se jevil jako jednoznačná volba i vzhledem k předem prostudované literatuře, ve které výzkumníci s podobným zaměřením svých prací využívali ve většině totožný přístup. Například Gobbens, Luijckx a Van Assen (2013) ve svém výzkumu Kvalita života stárnoucích lidí v Nizozemí za použití multidimenzionálního hodnocení křehkosti, provedli kvantitativní výzkum na 1 031 seniorech ve věku nad 65 let.

Kvantitativní výzkum byl naplněn pomocí **anonymního dotazníkového šetření**. To bylo realizováno **osobní formou**. Osobní způsob vyplňování popisuje Chráska (2016) jako ideální způsob vyplňování dotazníkového šetření, protože je výzkumník přítomen jednak pro prvotní objasnění obsahu, může být nápomocný, hlavně však koná dohled při samotném vyplňování. návratnost je u této formy takřka stoprocentní. návratnost vždy podporuje i anonymnost. Pokud se respondent cítí v bezpečí a ví, že se jeho osoba nebude v budoucnu propojovat, vyplní pravdivé a kompletní informace.

### 3.2.2 Měřicí nástroje

Po rešerši dostupných standardizovaných dotazníků byly vybrány celkem tři pro výzkum postojů ke stáří a stárnutí a jeden doplňující dotazník byl výzkumníky této práce sestavený pro zkoumání socio-demografické situace seniora. Dohromady pojaly tyto čtyři dotazníky cíle a výzkumné otázky celé práce.

Standardizované dotazníky byly zvoleny záměrně. Zaručují totiž oproti vlastním sestaveným dotazníkům jasnou srozumitelnost, přesnost měření a exaktně odpovídají požadavkům, které jsou u dotazníkového šetření normami vyžadovány. U standardizovaných dotazníků není potřeba realizovat ani pilotáž neboli předvýzkum, který by zachytil případně nesrovnalosti (Chráška, 2013). Standardizovaný dotazník má pilotáž dávno za sebou a výzkumník jej může rovnou použít. Neméně podstatnou výhodou je, že standardizované dotazníky využívají výzkumníci po celém světě, a tak při porovnávání výsledků různých prací, různých zemí, nebo při hledání obecných faktů k danému jevu je dobré hledat odpovědi ve výsledcích, které navzájem korelují.

*Zvolené dotazníky:*

• **AAQ – Attitudes to Ageing Questionnaire –Postoj ke stáří a stárnutí, česká verze** (Příloha 2)

Česká verze 24položkového standardizovaného dotazníku zkoumajícího postoje ke stáří a stárnutí. Dotazník má své otázky rozděleny do třech domén, z nichž každá doména obsahuje 8 otázek.

První doména (I) pod názvem *psychosociální ztráty* (AAQ\_PSZTRAT) se zaměřuje na prožitky samoty ve stáří, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti;

Druhá doména (II) pod názvem *fyzické změny* (AAQ\_FYZMEN) zkoumá fyzické zdraví jedince, jeho kondici, cvičení a celkovou reflexi jeho stárnutí.

Třetí, poslední doména (III) s názvem *psychologický růst* (AAQ\_PRUST) je doména zabývající se kladnými zkušenostmi jako je moudrost a zralost seniora a zkoumá pozitivní vztah k sobě samému i k okolí. (Dragomirecká & Prajsová, 2009)

• **GDS – The Geriatric Depression Scale – Škála deprese pro geriatrické pacienty, česká verze** (Příloha 3)

Jedná se o standardizovaný dotazník s oficiálním názvem Geriatrická škála deprese – 15, neboli GDS-15, celosvětově využívaný nástroj pro hodnocení deprese u všech věkových kategorií. Výsledek tohoto dotazníku není považován za komplexní vyšetření deprese, má se spíše za nástroj, který na nutnost klinického vyšetření respondenta upozorní. Dotazník má 15 otázek rozdělených do čtyř kategorií zkoumání,

příčemž na každou otázku je volba odpovědi pouze ano či ne. Kategorie zahrnují smutnou náladu, sníženou výkonnost, vyhýbání se kontaktům a kladné prožívání. Respondent, který má skóre vyhodnocení 0-5 bodů má normální afektivitu (bez deprese), 6-10 bodů značí mírnou či střední depresivitu a respondenti s více než 11 body mají tzv. manifestní depresi, a měli by tedy navštívit odborníka. (Dragomirecká & Prajsová, 2009)

#### • **Demografický dotazník** (Příloha 4)

Tento dotazník byl vytvořen na základě prozkoumání českých i zahraničních prací podobného charakteru, kde byla načerpána inspirace pro realizaci vlastního měřicího nástroje, dotazník dále vycházel i z konceptu aktivního stárnutí.

Respondentů se dotazuje jak na standardní demografické otázky, jako je věk, pohlaví, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání, tak i na sociodemografické charakteristiky jako jsou stávající onemocnění, sport (pohybová aktivita) v minulosti, sport (pohybová aktivita) v současnosti, hodnocení své vlastní pohybové aktivity a hodnocení své vlastní fyzické zdatnosti.

Otázka „Jakými trpíte onemocněními“ nám poslouží pro zhodnocení zdravotního stavu výzkumného vzorku a pro porovnání s odbornou literaturou včetně výsledků prezentovaných WHO. Otázka „Sport (pohybová aktivita) v minulosti“ a „Sport (pohybová aktivita) v současnosti“ poslouží pro zhodnocení míry aktivity seniorů. Vlastní subjektivní pocitové zhodnocení s otázkami „Jak hodnotíte svoji pohybovou aktivitu“ a „Jak hodnotíte svoji fyzickou zdatnost“ budou použity pro porovnání s objektivně naměřenou fyzickou zdatností v rámci Krátké škály pro hodnocení fyzické zdatnosti, což je poslední použitý dotazník celého šetření.

#### • **Index seniorské křehkosti – Krátká škála pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů** (Příloha 5)

Tento poslední použitý nástroj je standardizovaným testem, který objektivně hodnotí seniorovu fyzickou zdatnost. Test je rozdělen do tří částí. V první se měří rovnováha seniora, který je vyzván 1. ke stožení spojněmu, 2. stojí v semi – tandemové pozici a 3. stojí v tandemové pozici. Druhá část testu hodnotí rychlost chůze na vzdálenost čtyř metrů a třetí část hodnotí rychlost pěti za sebou následujících postavení se ze židle do vzpřímeného postoje se složenýma rukama na prsou. Výzkumník zapíše u každého cviku podle naměřeného času bodové skóre a na konci testu vyhodnotí, zda má

respondent dobrou fyzickou zdatnost (10-12 bodů), sníženou fyzickou zdatnost (7-9 bodů), nebo zda-li je to křehký senior ( $\geq 6$  bodů). (Topinková et. al, 2013)

### **3.2.3 Dotazníkové šetření**

K realizaci sběru dat docházelo osobní formou v období září–říjen 2020 v klubech pro seniory v Olomouci a v období leden–únor 2021 v klubu pro seniory v Bruntále. Každý respondent byl na začátku šetření obeznámen s významem práce a podepsal po přečtení informovaný souhlas (Příloha 1).

V našem výzkumu se objevili celkem čtyři senioři, kteří po pečlivém obeznámení s výzkumem odmítli svou účast na sběru dat a dotazníkové šetření nepodstoupili. Důvodem byl strach ze zapojení se a obava z budoucí spojitosti s jejich osobou, a to zejména proto, že na informovaný souhlas uváděli své jméno příjmení a podpis. Bylo vysvětleno, že dotazníkové šetření je i přesto anonymní, nezapojení se však bylo ze strany výzkumníků respektováno. Například jedna seniorka měla obavy z bagatelizování stavu seniorů a z toho, že tento výzkum nebude mít vážnost, kterou by mu ona sama ráda přikládala. V rámci podvodných článků na internetu se dozvěděla o výsměchu seniorů a tímto si chtěla ochránit svou čest a soukromí.

Daleko významnější překážkou se však stala pandemická situace roku 2020, která výrazně zhoršila průběh dotazníkového šetření. Senioři byli považováni za kritickou skupinu, kluby seniorů, ale i celý společenský život se nejen v České republice, ale i všude ve světě uzamkl a lidé museli přebývat co nejvíce doma. Sociální život utichl, lidstvo bojovalo se zákeřnou nemocí Covid-19. Spolupráce s olomouckými kluby byla bohužel na neurčito nemožná. V lednu 2021 byla tedy navázána zprostředkovaně spolupráce s klubem seniorů v Moravskoslezském kraji, ve městě Bruntál, kde senioři souhlasili s vyplněním dotazníků ve svém domácím prostředí. Index seniorské křehkosti byl měřen taktéž u nich doma, za dodržení všech hygienických opatření, aby se dostatečně předešlo případnému šíření nákazy.

### **3.2.4 Statistické zpracování a vyhodnocení dat**

Po shromáždění všech dat došlo k přepisu do elektronické verze v programu Microsoft Excel a následnému statistickému zpracování, které bylo celé provedeno v programu IBM SPSS Statistics, verze 20. Data ze statistického vyhodnocení jsou dále

prezentována pomocí grafů a tabulek, včetně procentuálních poměrů N (%). Data jsou popsána pomocí absolutních a relativních četností a hladina statistické významnosti je stanovena  $p = 0,05$ . Pokud je hladina p-hodnoty nižší než 0,05, rozdíly jsou vyhodnoceny jako významné. Hypotézy byly testovány Chí-kvadrát testem.

### 3.3 Výzkumné otázky

1. Mají senioři s pozitivnějšími postoji ke stáří nižší úroveň deprese?
2. Existuje souvislost mezi věkem seniora a jeho postoji ke stáří?
3. Má věk seniora vliv na úroveň deprese?
4. Mají fyzicky zdatnější senioři nižší úroveň deprese?
5. Existuje rozdíl mezi fyzickou zdatností seniorek žen a seniorů mužů?

### 3.4 Hypotézy

#### Statistické hypotézy k výzkumné otázce 1:

Hypotéza  $H_{01}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst nemají vliv na úroveň deprese.

Alternativní hypotéza  $H_{A1}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst mají vliv na úroveň deprese.

#### Statistické hypotézy k výzkumné otázce 2:

Hypotéza  $H_{02}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst nejsou závislé na věku seniora.

Alternativní hypotéza  $H_{A2}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst jsou závislé na věku seniora.



### **Statistické hypotézy k výzkumné otázce 3:**

Hypotéza  $H_{03}$ : Věk seniora nemá vliv na úroveň deprese.

Alternativní hypotéza  $H_{A3}$ : Věk seniora má vliv na úroveň deprese.

### **Statistické hypotézy k výzkumné otázce 4:**

Hypotéza  $H_{04}$ : Není souvislost mezi fyzickou zdatností a úrovní deprese.

Alternativní hypotéza  $H_{A4}$ : Existuje souvislost mezi fyzickou zdatností a úrovní deprese.

### **Statistické hypotézy k výzkumné otázce 5:**

Hypotéza  $H_{05}$ : Neexistuje souvislost mezi pohlavím a fyzickou zdatností seniora.

Alternativní hypotéza  $H_{A5}$ : Existuje souvislost mezi pohlavím a fyzickou zdatností seniora.

## 4 VÝSLEDKY

Tento oddíl seznamuje se zpracovanými výsledky výzkumného šetření, jehož metodika byla popsána v kapitole 3 Metodologie výzkumu od strany 33. Jsou zde k dispozici odpovědi na postulované výzkumné otázky, dále potvrzené, či vyvrácené navrhované hypotézy a pomocí popisného vyhodnocení jsou předneseny zajímavé anomálie, či většinové shody napříč dotazníkovým šetřením.

### 4.1 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 1

*Výzkumná otázka 1: Mají senioři s pozitivnějšími postoji ke stáří nižší úroveň deprese?*

*Statistické hypotézy k výzkumné otázce 1:*

*Hypotéza  $H_{01}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst nemají vliv na úroveň deprese.*

*Alternativní hypotéza  $H_{A1}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst mají vliv na úroveň deprese.*

Zařazení této výzkumné otázky bylo z důvodu možnosti porovnání našeho výzkumu s jinými výzkumy podobného charakteru. Vliv postojů ke stáří na depresi zkoumali například i Chachamovich et al. (2008), nebo Thorpe et al. (2014).

Dle hypotéz k výzkumné otázce 1 se očekávalo, že domény Postojů ke stáří a stárnutí, tedy psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst budou mít vliv na úroveň deprese. Pro zjištění výsledku této otázky byly statisticky porovnány dotazníky AAQ a GDS-15. Signifikance byla zjištěna u všech tří domén nižší než stanovená hladina významnosti  $p = 0,05$ . Konkrétně u psychosociálních ztrát byla signifikance  $p = 0,000$ , u fyzických změn  $p = 0,003$  a u psychologického růstu  $p = 0,000$ . Přičemž jestliže je signifikance nižší než  $p = 0,05$ , postulovaná  $H_{01}$  se zamítá. V našem případě byla tedy přijata alternativní hypotéza  $H_{A1}$ . Z toho lze konstatovat, že Postoje ke stáří a stárnutí mají vliv na úroveň deprese a v důsledku toho také platí, že s pozitivnějšími postoji je pak úroveň deprese nižší.

**Tabulka 3. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 1 (zdroj: vlastní výzkum)**

	AAQ_PSZTRAT	AAQ_FYZMEN	AAQ_PRUST
Chi-Square	35,216	11,675	18,503
df	2	2	2
Asymp. Sig.	0,000	0,003	0,000

Vysvětlivka: AAQ\_PSZTRAT – doména psychosociální ztráty

AAQ\_FYZMEN – doména fyzické změny

AAQ\_PRUST – doména psychologický růst

Chi-Square – Chí kvadrát

df – počet stupňů volnosti

Asymp. Sig. – p signifikance testu

## 4.2 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 2

*Výzkumná otázka 2: Existuje souvislost mezi věkem seniora a jeho postoji ke stáří?*

**Statistické hypotézy k výzkumné otázce 2:**

*Hypotéza H<sub>02</sub>: Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst nejsou závislé na věku seniora.*

*Alternativní hypotéza H<sub>A2</sub>: Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst jsou závislé na věku seniora.*

Úkolem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda má věk seniora vliv na jeho postoje ke stáří a stárnutí. Dle postavení hypotéz bylo očekáváno, že jednotlivé domény Postojů ke stáří a stárnutí budou závislé na věku seniora. Pro vyhodnocení této otázky byl statisticky porovnán dotazník AAQ s věkem respondentů. Signifikance jednotlivých domén AAQ vyšla vyšší než stanovená hladina významnosti  $p = 0,05$  a tím byla přijata a potvrzena hypotéza H<sub>02</sub>. Ze statistického vyhodnocení lze usuzovat, že u respondentů našeho výzkumného vzorku neměl věk závislost na jejich postojích ke stáří a stárnutí. Souvislost mezi věkem a postoji ke stáří a stárnutí v našem výzkumu tedy nebyla potvrzena.

**Tabulka 4. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 2 (zdroj: vlastní výzkum)**

	AAQ_PSZTRAT	AAQ_FYZMEN	AAQ_PRUST
Chi-Square	27,615	28,380	16,239
Df	26	26	26
Asymp. Sig.	0,231	0,202	0,845

### 4.3 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 3

*Výzkumná otázka 3: Má věk seniora vliv na úroveň deprese?*

*Statistické hypotézy k výzkumné otázce 3:*

*Hypotéza  $H_{03}$ : Věk seniora nemá vliv na úroveň deprese.*

*Alternativní hypotéza  $H_{A3}$ : Věk seniora má vliv na úroveň deprese.*

Po komparaci věku s postoji ke stáří a stárnutí ve výzkumné otázce 2 nás dále zajímalo, jakou má věk souvislost s úrovní deprese. K vyhodnocení výzkumné otázky 3 byly statisticky porovnány věk a výsledky dotazníku GDS-15. Jelikož signifikance byla zjištěna  $p = 0,046$ , tedy nižší než stanovená hladina významnosti  $p = 0,05$ , hypotéza  $H_{03}$  byla zamítnuta a alternativní hypotéza  $H_{A3}$  byla přijata. Z našeho výzkumu tedy plyne, že věk seniora má vliv na úroveň deprese.

**Tabulka 5. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 3 (zdroj: vlastní výzkum)**

Chi-Square	6,142
df	26
Asymp. Sig.	0,046

## 4.4 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 4

*Výzkumná otázka 4: Mají fyzicky zdatnější senioři nižší úroveň deprese?*

**Statistické hypotézy k výzkumné otázce 4:**

*Hypotéza  $H_{04}$ : Není souvislost mezi fyzickou zdatností a úrovní deprese.*

*Alternativní hypotéza  $H_{A4}$ : Existuje souvislost mezi fyzickou zdatností a úrovní deprese.*

Tato výzkumná otázka cílila na poznatky o aktivním stárnutí, které vyzdvihuje pohyb a fyzickou zdatnost jakožto jedny ze svých hlavních pilířů (Petrová, 2013). V rámci teoretické části této práce bylo taktéž zmíněno, viz kapitola 2.5.1.7 Deprese, že Slepíčka et al. (2015) doporučuje fyzickou aktivitu seniorů jako možnou prevenci a řešení depresí.

Cílem této výzkumné otázky 4 bylo dle navržených hypotéz prokázat i na našem výzkumném vzorku, že fyzicky zdatnější senioři mají nižší úroveň deprese, a tedy že existuje souvislost mezi fyzickou zdatností a úrovní deprese. Pro možnost statistického vyhodnocení byl vypočítán 1. poměr mezi subjektivně hodnocenou fyzickou zdatností, viz Demografický dotazník, otázka „Jak hodnotíte svoji fyzickou zdatnost“, společně s výsledky GDS-15 a 2. poměr mezi objektivně hodnocenou fyzickou zdatností, viz dotazník Index seniorské křehkosti, společně s GDS-15. Signifikance obou těchto vyhodnocení byly vyšší než hladina významnosti  $p = 0,05$  a v rámci našeho výzkumu byla přijata hypotéza  $H_{04}$ . Respondenti našeho výzkumu nevykazují souvislosti mezi subjektivní ani objektivní fyzickou zdatností a úrovní deprese a tím tedy vyvracíme, že by fyzicky zdatnější senioři měli nižší úroveň deprese.

**Tabulka 6. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 4 (zdroj: vlastní výzkum)**

	Fyzická aktivita subjektivně	Fyzická aktivita objektivně
Chi-Square	5,866	5,202
df	2	2
Asymp. Sig.	0,053	0,074

## 4.5 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 5

*Výzkumná otázka 5: Existuje rozdíl mezi fyzickou zdatností seniorek žen a seniorů mužů?*

**Statistické hypotézy k výzkumné otázce 5:**

*Hypotéza  $H_{05}$ : Neexistuje souvislost mezi pohlavím a fyzickou zdatností seniora.*

*Alternativní hypotéza  $H_{A5}$ : Existuje souvislost mezi pohlavím a fyzickou zdatností seniora.*

Poslední výzkumná otázka 5 byla postavena tak, aby zjistila rozdílnost ve fyzické zdatnosti obou pohlaví. Statistické vyhodnocení proběhlo 1. na základě porovnání subjektivně hodnocené fyzické zdatnosti, viz Demografický dotazník – otázka „Jak hodnotíte svoji fyzickou zdatnost“, vůči pohlaví respondentů a 2. za porovnání objektivně hodnocené fyzické zdatnosti, viz dotazník Index seniorské křehkosti, vůči pohlaví respondentů. Obě vypočítané signifikance byly vyšší než stanovená hladina významnosti  $p = 0,05$  a tím je potvrzena hypotéza  $H_{05}$ . Respondenti našeho výzkumu vykazují, že neexistuje souvislost mezi pohlavím a fyzickou zdatností.

**Tabulka 7. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 5 (zdroj: vlastní výzkum)**

	Fyzická aktivita subjektivně	Fyzická aktivita objektivně
Chi-Square	5,010	1,477
df	4	2
Asymp. Sig.	0,286	0,478

## 4.6 Popisné vyhodnocení demografického dotazníku v poměru s vybranými proměnnými

V této kapitole jsou pomocí Tabulky 8. k dispozici kompletní výsledky demografického dotazníku a níže za pomoci grafů i popisné vyhodnocení vůči některým dalším proměnným z výzkumného šetření. Jsou zde okomentována a graficky znázorněná data, která vyhodnocují např. fyzickou zdatnost seniorů, jejich nemocnost, pohybovou aktivitu, sociální situaci, stupeň vzdělání a jsou vyzdvihovány i nejzajímavější úkazy celého šetření.

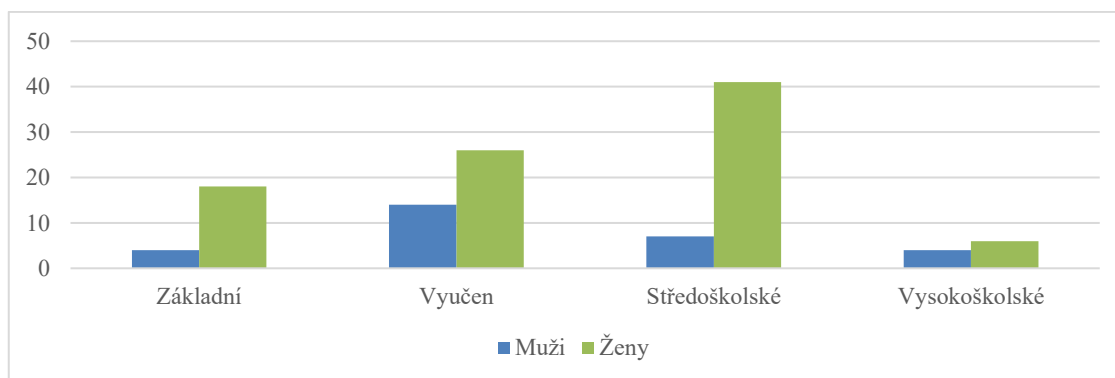
**Tabulka 8. výsledky demografického dotazníku (zdroj: vlastní výzkum)**

	<b>Muži (N = 29)</b>		<b>Ženy (N = 91)</b>		<b>Celkem (N = 120)</b>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Věková kategorie</b>						
Stárnoucí	18	62,1	53	58,2	71	59,2
Starý	11	37,9	38	41,8	49	40,8
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>						
Základní	4	13,8	18	19,8	22	18,3
Vyučen	14	48,3	26	28,6	40	33,3
Středoškolské	7	24,1	41	45,1	48	40,0
Vysokoškolské	4	13,8	6	6,6	10	8,3
<b>Sociální situace</b>						
Žijí doma sám/sama	7	24,1	37	40,7	44	36,7
Žijí doma s partnerem/partnerkou	19	65,5	38	41,8	57	47,5
Žijí doma s dalšími příbuznými	2	6,9	14	15,4	16	13,3
Žijí v domově pro seniory	1	3,4	2	2,2	3	2,5
<b>Jakými trpíte onemocněními</b>						
Žádné onemocnění neuvedeno	9	31,0	9	9,9	18	15,0
Kardiovaskulární onemocnění	5	17,2	21	23,1	26	21,7
Diabetes	4	13,8	18	19,8	22	18,3
Cholesterol	1	3,4	3	3,3	4	3,3
Problémy pohybového aparátu	3	10,3	19	20,9	22	18,3
Jiné onemocnění	7	24,1	21	23,1	28	23,3
<b>Sport (pohybová aktivita) – v minulosti</b>						
Vůbec jsem nesportoval/a	6	20,7	25	27,5	31	25,8
Rekreačně	18	62,1	60	65,9	78	65,0
Závodně	5	17,2	6	6,6	11	9,2

<b>Sport (pohybová aktivita) – v současnosti</b>						
Vůbec	5	17,2	9	9,9	14	11,7
Dvakrát až tři krát za měsíc	5	17,2	14	15,4	19	15,8
Jedenkrát za týden	7	24,1	36	39,6	43	35,8
Dvakrát a více za týden	12	41,4	32	35,2	44	36,7
<b>Jak hodnotíte svoji pohybovou aktivitu</b>						
Nedostatečně pohybově aktivní	1	3,4	6	6,6	7	5,8
Trochu pohybově aktivní	5	17,2	27	29,7	32	26,7
Dostatečně pohybově aktivní	17	58,6	38	41,8	55	45,8
Velmi pohybově aktivní	6	20,7	20	22,0	26	21,7
<b>Jak hodnotíte svoji fyzickou zdatnost</b>						
Velmi zdatný/á	6	20,7	20	22,0	26	21,7
Dostatečně zdatný/á	12	41,4	22	24,2	34	28,3
Průměrně zdatný/á	9	31,0	38	41,8	47	39,2
Méně nezdatný	1	3,4	10	11,0	11	9,2
Velmi nezdatný	1	3,4	1	1,1	2	1,7

#### 4.6.1 Popis k nejvyššímu dosaženému vzdělání

Respondenti našeho výzkumu měli největší zástup vyučených mužů 14 (48,3 %) a středoškolsky vzdělaných žen 41 (45,1 %). Výzkum poukazuje na vyšší stupeň vzdělanosti žen oproti mužům a na velmi nízké zastoupení vysokoškolského vzdělání.

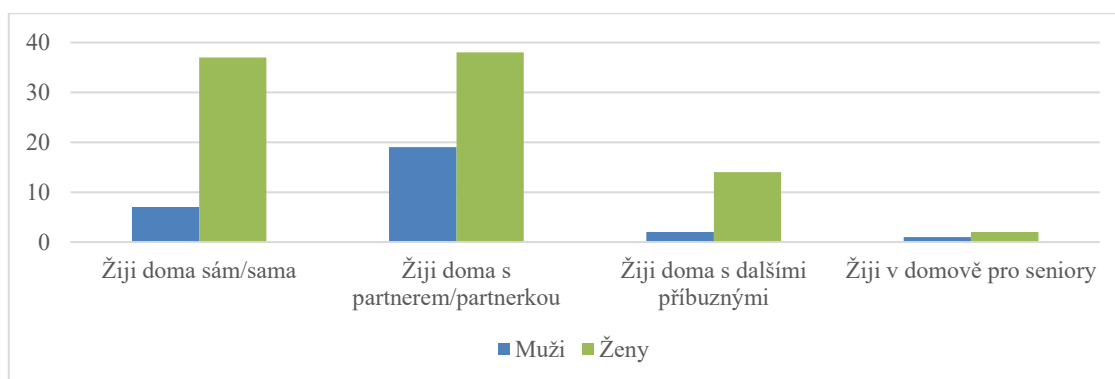


**Graf 3. Nejvyšší dosažené vzdělání (zdroj: vlastní výzkum)**



## 4.6.2 Popis k sociální situaci

Toto zhodnocení poukazuje na více faktorů. Jednak, že aktivní senioři žijí nejčastěji doma, ať sami, s partnerem, případně v domácím prostředí s dalšími příbuznými, nicméně spíše nežijí v domovech pro seniory. Dále pak, že je největší procento mužů 19 (65,5 %) i žen 38 (41,8 %) vykazují žití doma s partnerem/partnerkou. A v neposlední řadě, že druhé nejvyšší procento mužů 7 (24,1 %) i žen 37 (40,7 %) žije raději samo, než aby žili s dalšími příbuznými, či v domově pro seniory.



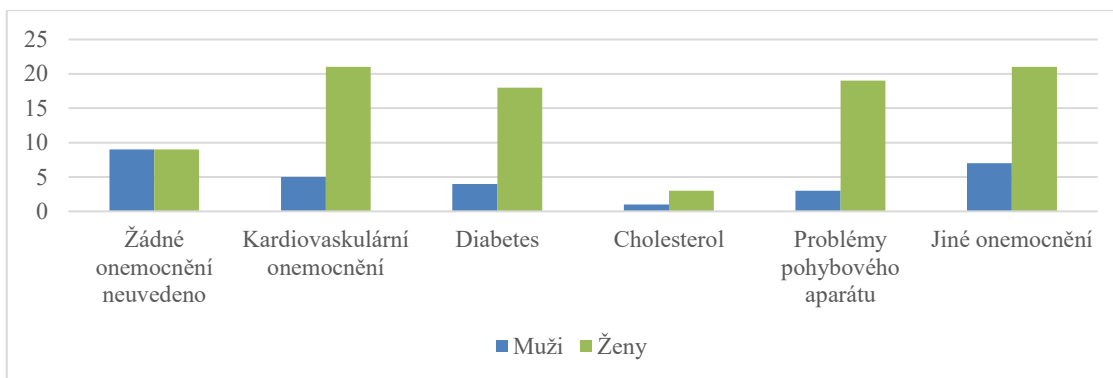
**Graf 4. Sociální situace (zdroj: vlastní výzkum)**

## 4.6.3 Popis k onemocněním respondentů

Pro vyhodnocení této otázky demografického dotazníku, která měla volnou možnost pro vyjádření, bylo rozhodnuto vybrat nejčastěji se objevující nemoci, ty oklasifikovat a zjistit jejich četnost v celkovém výzkumném vzorku.

Do vyhodnocení byly zařazeny kardiovaskulární onemocnění, diabetes, cholesterol, problémy pohybového aparátu a jiné. V rámci sekce jiné uváděli respondenti nemoci jako např. obezita, duševní onemocnění, sluchové a zrakové potíže, potíže s ledvinami, Parkinsonova choroba, Crohnova nemoc, Alzheimerova choroba, zažívací potíže, otoky nohou, hemoroidy, problémy se štítnou žlázou, či rakovina.

Graf 5. znázorňuje množstevní výskyt zařazených onemocnění mezi muži a ženami. Mezi našimi respondenty bylo zřetelné, že aktivní stárnutí přispívá k dobrému zdraví, protože z celkového počtu 120 (100,0 %) respondentů nevedlo 9 (31,0 %) mužů a 9 (9,9 %) žen dokonce žádné onemocnění. Nejčastěji uváděným bylo u mužů 5 (17,2 %) i u žen 21 (23,1 %) kardiovaskulární onemocnění.

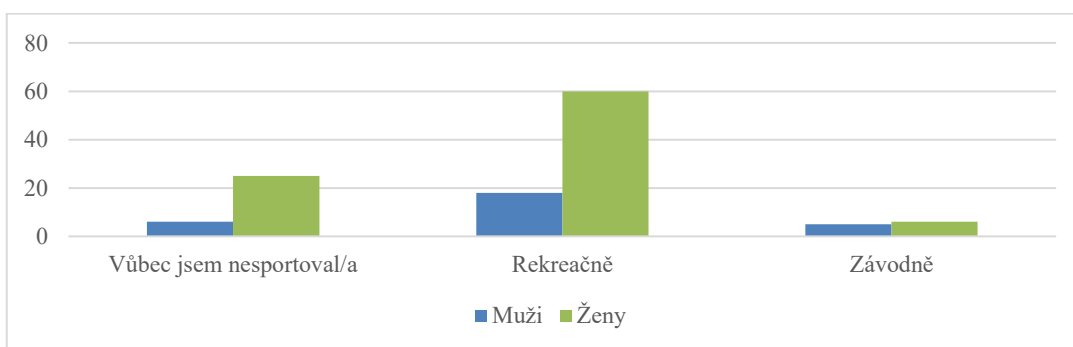


**Graf 5. Onemocnění respondentů (zdroj: vlastní výzkum)**

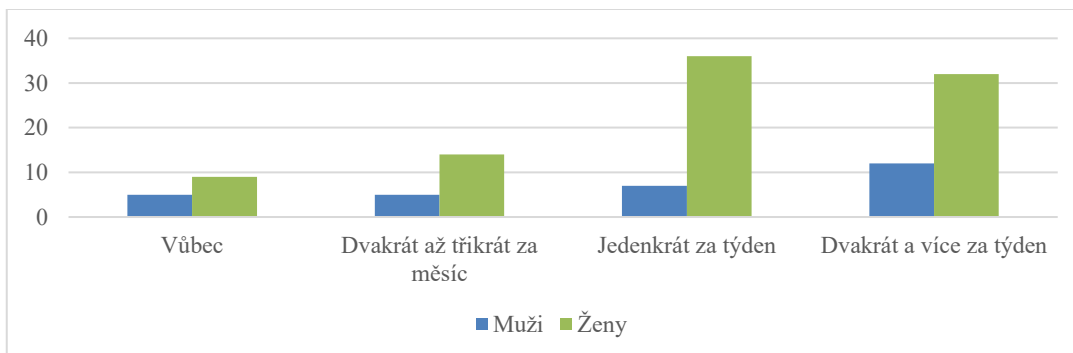
#### 4.6.4 Popis ke sportu (pohybové aktivitě) v minulosti a současnosti

V rámci demografického dotazníku nás zajímalo srovnání pohybové aktivity v minulosti vs. současnosti. Graficky je toto znázorněno na grafu 6. a 7.

Z grafického znázornění je jednoznačné, že respondenti našeho výzkumu vykazovali vysokou pohybovou aktivitu v minulosti a vykazují ji nadále i v současnosti. Položky, které stojí za zmínku jsou nejčetnější počet respondentů, kteří zaznačili pohybovou aktivitu v současnosti Jedenkrát za týden – muži 7 (24,1 %), ženy 36 (39,6 %) a Dvakrát a více za týden – muži 12 (41,4 %), ženy 32 (35,2 %).



**Graf 6. Sport (pohybová aktivita) – v minulosti (zdroj: vlastní výzkum)**

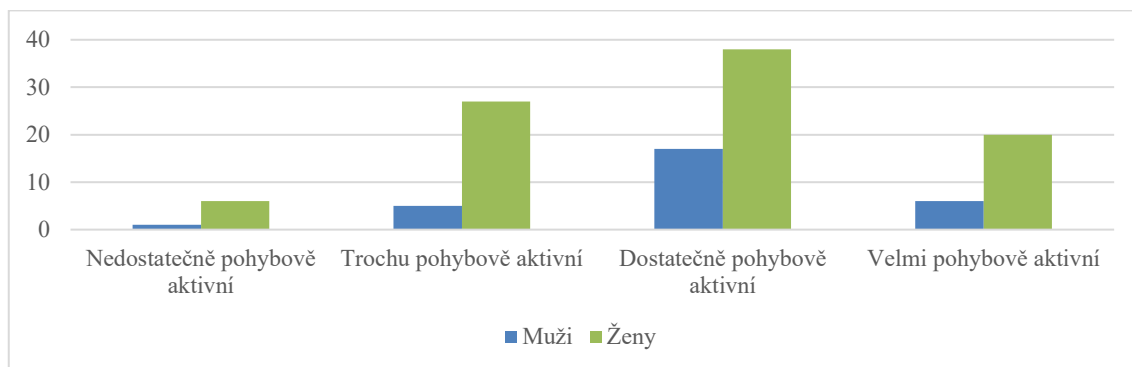


**Graf 7. Sport (pohybová aktivita) – v současnosti (zdroj: vlastní výzkum)**

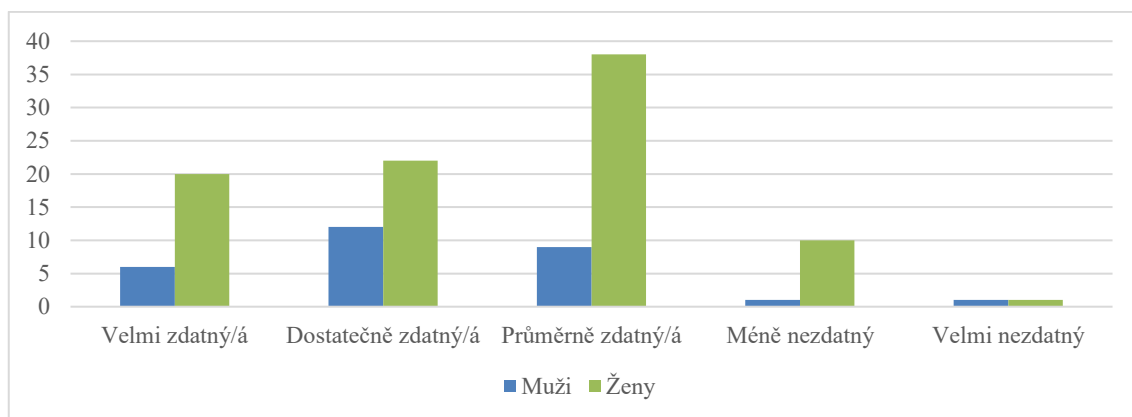
#### 4.6.5 Popis k celkově hodnocené fyzické zdatnosti seniorů

Fyzická zdatnost seniorů byla ve výzkumném šetření zkoumána ze subjektivního i objektivního hlediska. Subjektivní pojetí znázorňují Tabulka 8. a Grafy 8. a 9., na které odpovídali respondenti v rámci demografického dotazníku na základě svých vlastních pocitů. Objektivní stanovisko fyzické zdatnosti našich respondentů znázorňuje Tabulka 9. a Graf 10., tedy reálně naměřené hodnoty v Krátké škále pro hodnocení fyzické zdatnosti seniorů neboli Indexu seniorské křehkosti viz Příloha 5.

Po shlédnutí níže uvedených grafických znázornění lze konstatovat, že seniori sami sebe subjektivně spíše podceňují, než jaká je pak reálná objektivní pravda. Nejvíce mužů 17 (58,6 %) i žen 38 (41,8 %), se označili jako Dostatečně pohybově aktivní, v otázce hodnocení své fyzické zdatnosti se označilo nejvíce mužů 12 (41,4 %) jako Dostatečně zdatný a nejvíce žen 38 (41,8 %) jako Průměrně zdatná, přitom Index seniorské křehkosti měl nejvíce respondentů v nejvyšší dosažené kategorii s Dobrou fyzickou zdatností v zastoupení muži 19 (65,5 %) a ženy 60 (65,9 %).



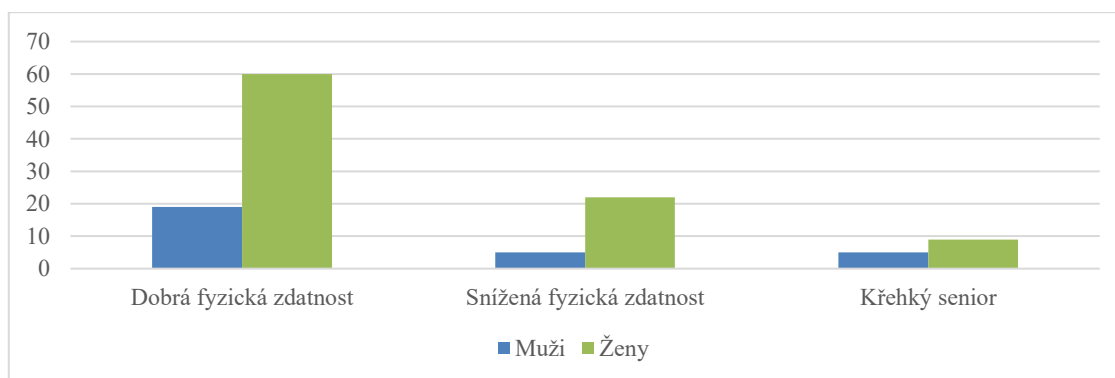
**Graf 8. Jak hodnotíte svoji pohybovou aktivitu (zdroj: vlastní výzkum)**



**Graf 9. Jak hodnotíte svoji fyzickou zdatnost (zdroj: vlastní výzkum)**

**Tabulka 9. Index geriatrické křehkosti dle dosaženého stupně (zdroj: vlastní výzkum)**

	Pohlaví		Celkem N (%)
	Muži N (%)	Ženy N (%)	
<b>Index seniorské křehkosti</b>	29 (100,0)	91 (100,0)	120 (100,0)
<b>Dobrá fyzická zdatnost</b> N (%)	19 (65,5)	60 (65,9)	79 (65,8)
<b>Snížená fyzická zdatnost</b> N (%)	5 (17,2)	22 (24,2)	27 (22,5)
<b>Křehký senior</b> N (%)	5 (17,2)	9 (9,9)	14 (11,7)



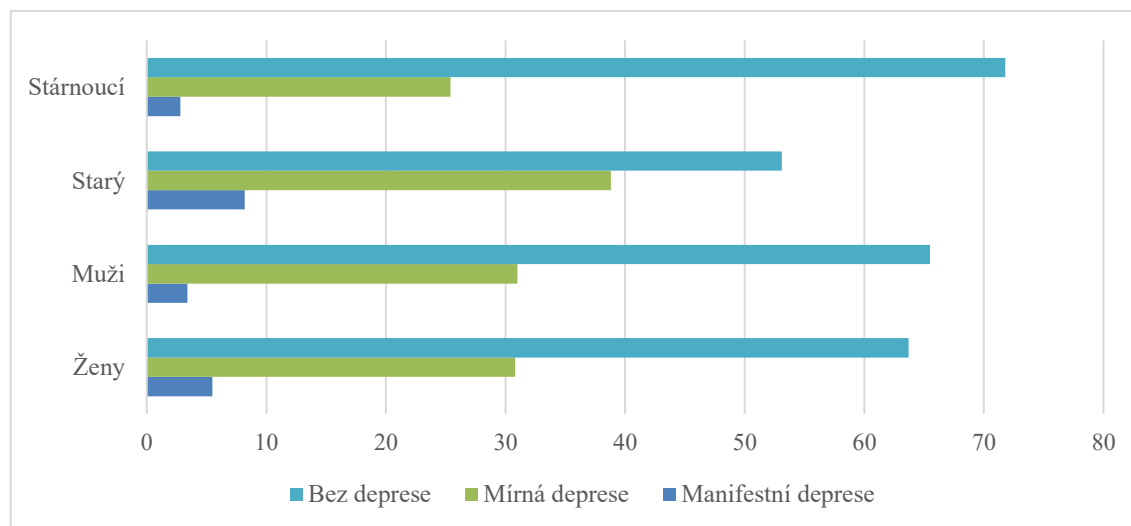
**Graf 10. Index geriatrické křehkosti dle dosaženého stupně (zdroj: vlastní výzkum)**

#### 4.7 Popisné vyhodnocení věku a pohlaví seniora vůči GDS-15

Při porovnání proměnných z demografického dotazníku – věk a pohlaví – vůči výsledkům dotazníku GDS-15 je zajímavé sledovat rozdíly. Zatímco z hlediska věku je trendem nižší míra deprese u stárnoucích seniorů a zvyšující se míra deprese u starých seniorů, z hlediska pohlaví se zdá, že je procentuální skóre takřka vyrovnané. Výzkumný vzorek vykazuje, že s přibývajícím věkem přibývá hladina deprese (taktéž viz 4.3 Interpretace výsledků k výzkumné otázce a hypotézám č. 3), a že mezi muži a ženami není skoro žádný rozdíl v míře deprese.

**Tabulka 10. Vyhodnocení GDS-15 v poměru s věkem a pohlavím (zdroj: vlastní výzkum)**

	Vyhodnocení GDS-15			Celkem N (%)
	Bez deprese N (%)	Mírná deprese N (%)	Manifestní deprese N (%)	
<b>Věk</b> N (%)	77 (64,2)	37 (30,8)	6 (5,0)	120 (100,0)
<b>Stárnoucí</b> N (%)	51 (71,8)	18 (25,4)	2 (2,8)	71 (100,0)
<b>Starý</b> N (%)	26 (53,1)	19 (38,8)	4 (8,2)	49 (100,0)
<b>Pohlaví</b>				
<b>N (%)</b>	77 (64,2)	37 (30,8)	6 (5,0)	120 (100,0)
<b>Muži</b> N (%)	18 (65,5)	9 (31,0)	1 (3,4)	29 (100,0)
<b>Ženy</b> N (%)	58 (63,7)	28 (30,8)	5 (5,5)	91 (100,0)



**Graf 11. Vyhodnocení GDS-15 v poměru s pohlavím a věkem (zdroj: vlastní výzkum)**

## 4.8 Popisné vyhodnocení vybraných proměnných AAQ vůči pohlaví

Na závěr výsledků celé práce bylo rozhodnuto prezentovat vybrané proměnné z dotazníku AAQ v porovnání s demografickou charakteristikou pohlaví respondenta. Vybrány byly jednak ty otázky z dotazníku AAQ (viz Příloha 2), které byly význačné pro svou četnost, či překvapivost stejně zaznačených odpovědí, a zároveň ty otázky, které korelují s konceptem aktivního stárnutí, tedy korelují s vyvrácením stereotypních představ o stáří. Při výběru otázek z dotazníku AAQ bylo částečně vycházeno z kapitoly teoretické části této práce 2.5.1.6 Negativní stereotypy a předsudky o stáří.

Konkrétně byly pak posuzovány následující otázky z dotazníku AAQ:

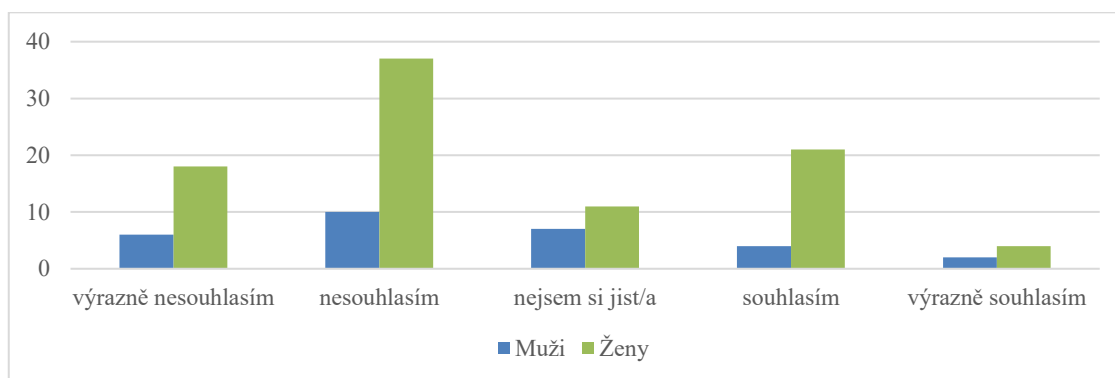
3. Stáří je čas samoty.
5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.
6. Stáří je čas depresí.
7. Cvičení je důležité v každém věku.
12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.
15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.
24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

**Tabulka 11. Vyhodnocení vybraných otázek dotazníku AAQ v poměru s pohlavím (zdroj: vlastní výzkum)**

	Muži (N = 29)		Ženy (N = 91)		Celkem (N = 120)	
	N	%	N	%	N	%
<b>3. Stáří je čas samoty.</b>						
výrazně nesouhlasím	6	20,7	18	19,8	24	20,0
nesouhlasím	10	34,5	37	40,7	47	39,2
nejsem si jist/a	7	24,1	11	12,1	18	15,0
souhlasím	4	13,8	21	23,1	25	20,8
výrazně souhlasím	2	6,9	4	4,4	6	5,0

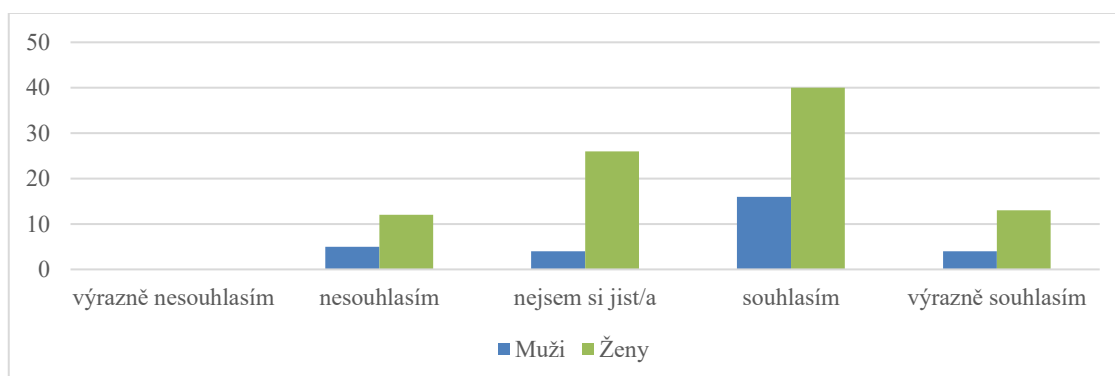
<b>5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.</b>						
výrazně nesouhlasím	0	0,0	0	0,0	0	0,0
nesouhlasím	5	17,2	12	13,2	17	14,2
nejsem si jist/a	4	13,8	26	28,6	30	25,0
souhlasím	16	25,0	40	44,0	56	46,7
výrazně souhlasím	4	13,8	13	14,3	17	14,2
<b>6. Stáří je čas depresí.</b>						
výrazně nesouhlasím	4	13,8	8	8,8	12	10,0
nesouhlasím	14	48,3	38	41,8	52	43,3
nejsem si jist/a	6	20,7	29	31,9	35	29,2
souhlasím	5	17,2	16	17,6	21	17,5
výrazně souhlasím	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>7. Cvičení je důležité v každém věku.</b>						
výrazně nesouhlasím	0	0,0	1	1,1	1	0,8
nesouhlasím	0	0,0	3	3,3	3	2,5
nejsem si jist/a	3	10,3	6	6,6	9	7,5
souhlasím	18	62,1	57	62,6	75	62,5
výrazně souhlasím	8	27,6	24	26,4	32	26,7
<b>12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.</b>						
vůbec neplatí	4	13,8	12	13,2	16	13,3
trochu platí	7	24,1	20	22,0	27	22,5
středně platí	5	17,2	25	27,5	30	25,0
hodně platí	11	37,9	29	31,9	40	33,3
maximálně platí	2	6,9	5	5,5	7	5,8
<b>15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.</b>						
vůbec neplatí	11	37,9	24	26,4	35	29,2
trochu platí	9	31,0	43	47,3	52	43,3
středně platí	5	17,2	19	20,9	24	20,0
hodně platí	4	13,8	4	4,4	8	6,7
maximálně platí	0	0,0	1	1,1	1	0,8
<b>24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.</b>						
vůbec neplatí	3	10,3	3	3,3	6	5,0
trochu platí	5	17,2	21	23,1	26	21,7
středně platí	8	27,6	16	17,6	24	20,0
hodně platí	6	20,7	29	31,9	35	29,2
maximálně platí	7	24,1	22	24,2	29	24,2

Otázka 3. Stáří je čas samoty, byla zařazena do hodnocení především kvůli negativním stereotypům a předsudkům ohledně stáří a stárnutí. Senioři jsou považováni za skupinu, která žije v izolaci, v osamocení, domněle se vyhýbají sociálním kontaktům (Špatenková & Smékalová, 2015). Otázka však byla respondenty zhodnocena většinovým nesouhlasem. Většina mužů i žen s tvrzením, že stáří je čas samoty, buďto nesouhlasí, nebo dokonce výrazně nesouhlasí. Stáří tedy samotnými seniory není považováno za čas samoty.



**Graf 12. AAQ 3. Stáří je čas samoty. (zdroj: vlastní výzkum)**

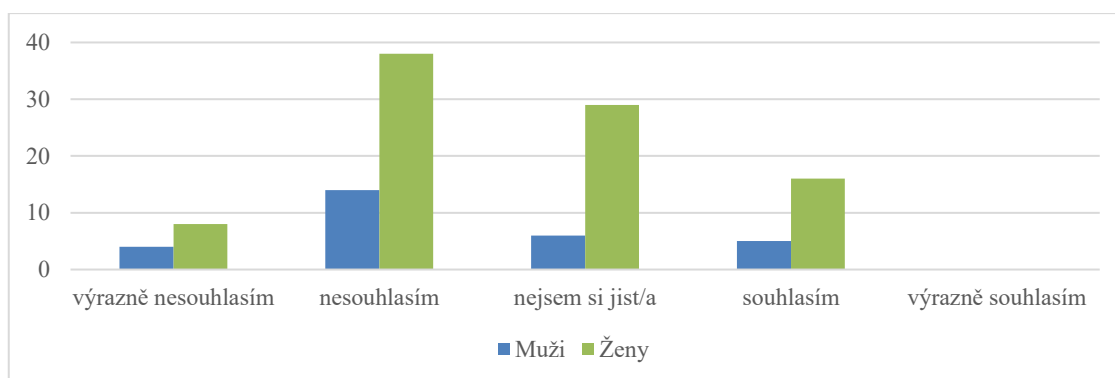
Předsudky společnosti zahrnují i tezi, která popírá smysluplnost seniorského věku. Senioři jsou na základě negativních předsudků zbytečným článkem společnosti, stáří nese samé deprese (Kalvach & Hrabětová, 2005). V řešení otázky 5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí, bylo ale zajímavým zjištěním, že většina respondentů, v zástupu mužů i žen, s tvrzením této otázky souhlasí. Pozoruhodné také je, že žádný z celkového počtu respondentů nezaznačil výrazný nesouhlas. Výzkumný vzorek tedy vykazuje, že stáří s sebou vskutku nese mnoho příjemných věcí a není jen o depresi beze smyslu.



**Graf 13. AAQ 5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí. (zdroj: vlastní výzkum)**

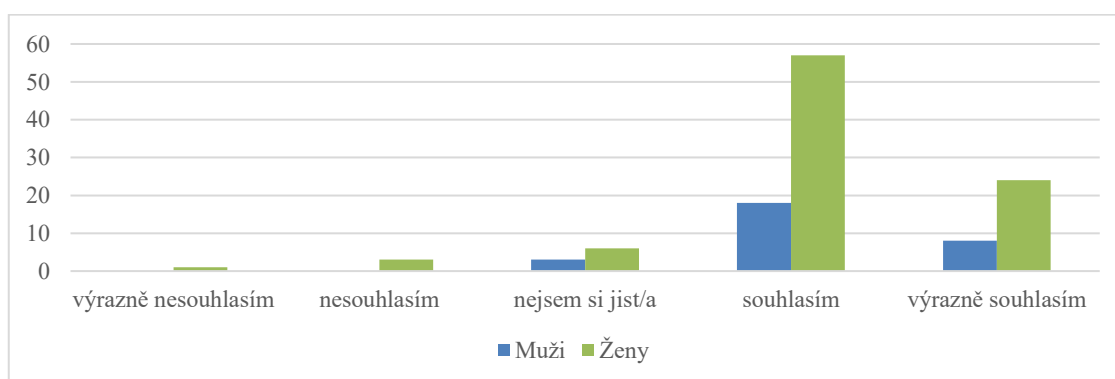


Otázka 6. Stáří je čas depresí, byla do výsledků zařazena jako další z řady pro nalezení subjektivní reality našich respondentů, která zhodnotí negativní stereotypy vůči stáří a stárnutí. Muži i ženy celého výzkumného šetření zaznačili v nejvyšším počtu nesouhlas s tímto tvrzením. U této otázky se znovu objevil zajímavý jev, a sice že žádný respondent z celého výzkumného vzorku nezaznačil, že by výrazně souhlasil. Stáří tedy dle výzkumného vzorku tohoto šetření spíše není časem depresí.



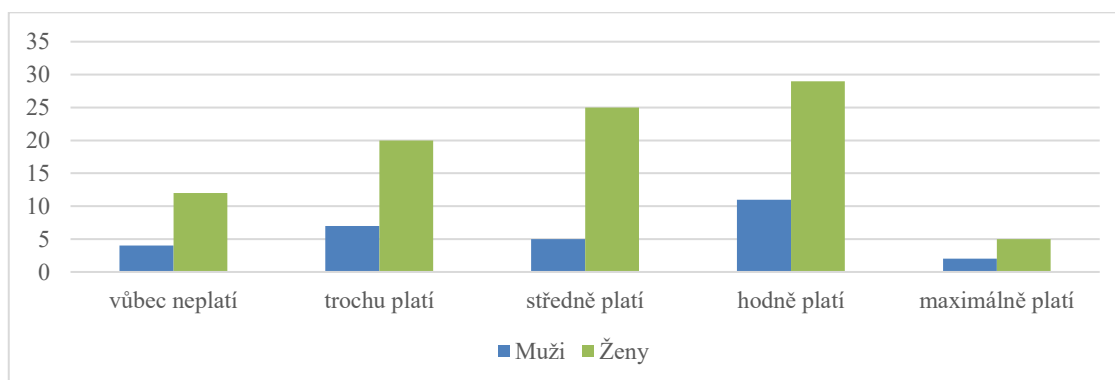
**Graf 14. AAQ 6. Stáří je čas depresí. (zdroj: vlastní výzkum)**

Otázka 7. Cvičení je důležité v každém věku, byla zařazena z hlediska zhodnocení přístupu ke stáří ve vztahu k pilířům aktivního stárnutí, které považuje cvičení a vůbec pohybovou aktivitu za jeden z klíčových pojmů celého tématu (Petrová, 2013). Naši respondenti se ve většině shodli na souhlasu s tímto tvrzením. Sousta mužů i žen zaznačila taktéž výrazný souhlas. Výrazný nesouhlas a nesouhlas byl vyjádřen pouze u jednotek žen. Dle aktivních seniorů tohoto šetření je potvrzeno, že cvičení je důležité v každém věku.



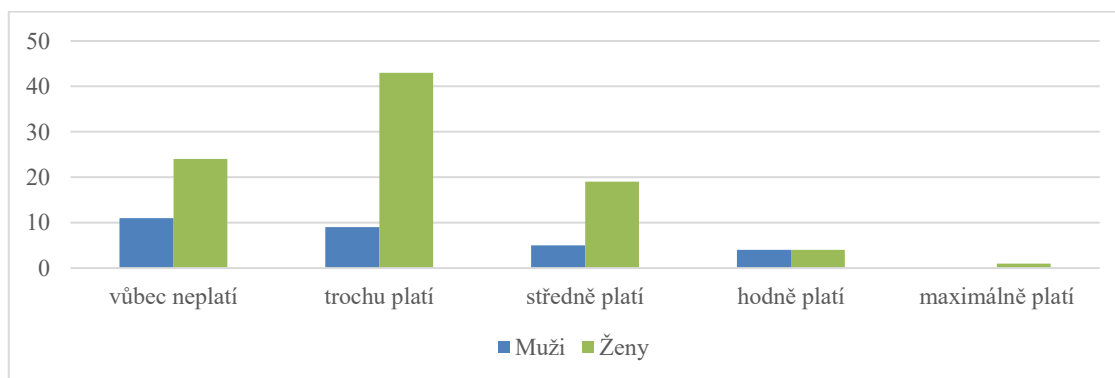
**Graf 15. AAQ 7. Cvičení je důležité v každém věku. (zdroj: vlastní výzkum)**

Otázka 12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát, byla zařazena do vyhodnocení znovu ve vztahu k negativním stereotypům o stáří souvisejících částečně s depresí. Stáří a stárnutí je považováno za období, kdy všechno dobré spíše odchází – zdraví, rodina, chuť do života, životní partner atd. a nic nového a příjemného nepřichází (Petrová, 2013). Respondenti našeho výzkumu však přistupovali k odpovědi na tuto otázku různorodě. Většina mužů i žen však byla v kategorii středně platí a hodně platí. Výzkum tedy potvrzuje, že stáří je hlavně obdobím ztrát.



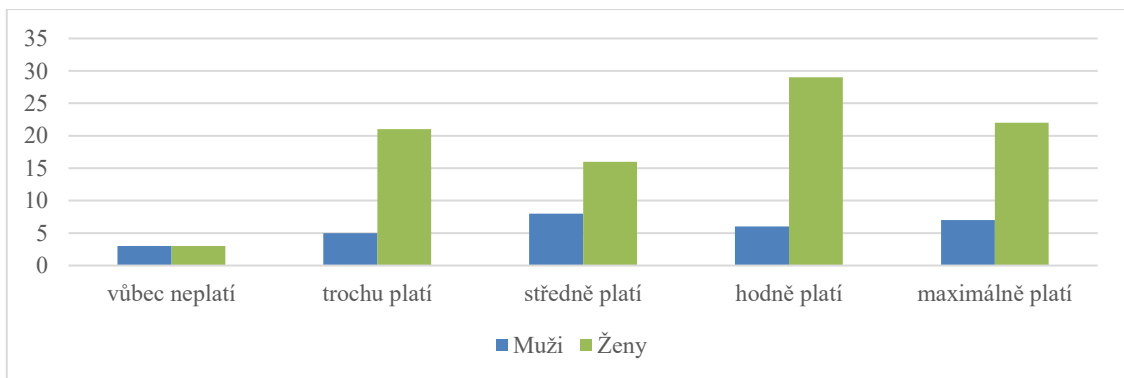
**Graf 16. AAQ 12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát. (zdroj: vlastní výzkum)**

Tato otázka 15. reaguje na poznatky o aktivním stárnutí a předpoklad, že s aktivním přístupem se zvyšuje soběstačnost jedince, která úzce koreluje i s fyzickou zdatností (WHO, 2002). Zároveň reaguje opět i na předsudky o stáří, které tvrdí, že senioři ztrácí soběstačnost, výkonnost a zdatnost (Špatenková & Smékalová, 2015). Pozitivním zjištěním je, že aktivní senioři tohoto výzkumu se v otázce 15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný, vyjádřili nejčastěji jako trochu platí, nebo vůbec neplatí, což koreluje s WHO (2002). Aktivní senioři nebývají méně soběstační.



**Graf 17. AAQ 15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á. (zdroj: vlastní výzkum)**

Poslední vybraná otázka z dotazníku AAQ – 24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné, byla zařazena pro porovnání s poznatky o aktivním stárnutí. Předpokládá se totiž, že aktivní senioři se udržují cvičením v dobré kondici (Klevetová, 2017). Senioři našeho výzkumného vzorku se pouze v jednotkách případů řadili k odpovědi vůbec neplatí, a naopak ve většinovém zastoupení volili odpovědi jako hodně platí, maximálně platí, nebo středně platí.



**Graf 18. AAQ 24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné. (zdroj: vlastní výzkum)**

## 5 DISKUSE

Výzkumným záměrem celé práce na téma Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů bylo na záměrném vzorku respondentů navštěvujících kluby pro seniory zjistit, jak jejich přístup k aktivnímu stárnutí přispívá k postojům ke stáří a stárnutí. Konkrétně byly v rámci praktické části měřeny postoje ke stáří a stárnutí pomocí dotazníku AAQ (Příloha 2), úroveň geriatrické deprese pomocí dotazníku GDS-15 (Příloha 3), demografické charakteristiky (Příloha 4) a fyzická zdatnost seniora pomocí indexu geriatrické křehkosti (Příloha 5). Na základě zjištěné úrovně deprese, fyzické zdatnosti a demografických charakteristik byly posuzovány postoje ke stáří a stárnutí.

Následné diskuse projednávají podobnosti a rozdílnostmi výsledků této práce s výsledky ostatních českých i zahraničních výzkumů podobného charakteru.

### 5.1 Diskuse k výzkumné otázce 1

Výzkumná otázka 1 zkoumala, zda mají senioři s pozitivnějšími postoji ke stáří nižší úroveň deprese. Důvodem pro zařazení této otázky byla možnost porovnání tohoto výzkumu s výzkumy jiných autorů. Deprese je totiž jev, který je s postoji ke stáří a stárnutí velmi často spojován (Kalvach & Hrabětová, 2005). Ve výzkumném šetření této práce byla potvrzena alternativní hypotéza  $H_{A1}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst mají vliv na úroveň deprese. Což znamená potvrzení – že senioři s pozitivnějšími postoji ke stáří mají nižší úroveň deprese.

Tento výsledek jednoznačně koreluje s výzkumem Janečková et al. (2013), který potvrzuje, že respondenti bez diagnostikované deprese mají lepší postoje ke stáří a stárnutí v porovnání s těmi respondenty, kteří mají mírnou nebo manifestní depresi. Výzkum Chachamovich et al. (2008) zjistil v mezinárodním měřítku totéž, jen v jiném úhlu pohledu, než jak je postavena naše výzkumná otázka. A sice že se i menší známky deprese projevují v negativních postojích ke stáří a stárnutí (přeformulováno: senioři s negativnějšími postoji ke stáří mají vyšší úroveň deprese). Totožný výsledek prezentuje dále i Thorpe et al. (2014), i když na výzkumném vzorku mladšího charakteru, na dospělých ve věku 49-51 let. I tento výzkum prokázal, že výskyt deprese potvrzuje negativní postoje ke stáří a stárnutí.

## 5.2 Diskuse k výzkumné otázce 2

Ve výzkumné otázce 2 bylo předmětem zkoumání, zda existuje souvislost mezi věkem seniora a jeho postoji ke stáří. Podnět pro zařazení této otázky byl opět ve výzkumech jiných autorů, kteří se zabývali podobnou tezí. V rámci našeho výzkumného vzorku byla potvrzena hypotéza  $H_{02}$ : Psychosociální ztráty/fyzické změny/psychologický růst nejsou závislé na věku seniora. To znamená zajímavé zjištění, že u respondentů našeho výzkumného šetření neexistuje souvislost mezi věkem seniora a jeho postoji ke stáří a stárnutí.

Naše výsledky však vyvrací např. práce Korkmaz et al. (2017), ve které bylo potvrzeno, že staří senioři mají postoje ke stáří a stárnutí výrazně negativnější. Podle nich tedy existuje souvislost mezi věkem seniora a postoji ke stáří. Výzkum Trigg et al. (2012), ačkoli posuzoval postoje ke stáří a stárnutí u seniorů s diagnostikovanou demencí, taktéž potvrdil, že věk seniora má vliv na postoje ke stáří a stárnutí a že staří senioři mají postoje negativnější.

Na druhou stranu, práce Janečková et al. (2013) vykazuje stejný výsledek jaký jsme naměřili i v našem výzkumném šetření. Taktéž zjistili, že věk seniora nemá signifikantní vliv na jeho celkové postoje ke stáří a stárnutí.

## 5.3 Diskuse k výzkumné otázce 3

Výzkumná otázka 3 zkoumala, zda má věk seniora vliv na úroveň deprese. Tato výzkumná otázka byla zahrnuta do šetření pro komparaci výsledků s výzkumnou otázkou 2, která porovnávala vliv věku na postoje ke stáří a stárnutí. Zatímco u výzkumné otázky 2 bylo zjištěno, že věk nemá vliv na postoje ke stáří a stárnutí, u výzkumné otázky 3 bylo zjištěno, že věk ale naopak má vliv na úroveň deprese. Byla přijata alternativní hypotéza  $H_{A3}$ : Věk seniora má vliv na úroveň deprese.

Top a Dikmetaş (2015) naměřili stejné hodnoty i u svého výzkumného vzorku. Popisují, že šťastní senioři (tedy senioři bez deprese) mají pozitivnější postoje ke stáří a stárnutí, než senioři nešťastní (tyto vnímáme jako seniory s mírnou, nebo manifestní depresí). Victor et al. (2005) taktéž potvrzuje, že deprese a mimo jiné třeba i pocity osamělosti přichází spíše až u starých seniorů, jinými slovy věk má vliv na úroveň deprese.

## **5.4 Diskuse k výzkumné otázce 4**

Interesantní zjištění přišlo s výsledky výzkumné otázky 4., zda mají fyzicky zdatnější senioři nižší úroveň deprese. Po zpracování teoretické části, ve které např. Slepíčka et al. (2015) navrhuje fyzickou aktivitu jako prevenci a řešení deprese, bylo předpokládáno, že výzkumný vzorek potvrdí, že fyzicky zdatnější senioři opravdu mají nižší úroveň deprese. Opak byl však pravdou. Na našem výzkumném vzorku se potvrdila hypotéza H<sub>04</sub>: Není souvislost mezi fyzickou zdatností a úrovní deprese.

Kuchařová, Rabušic a Ehrenbergerova (2003) postulují stejně jako Slepíčka et al. (2015), že dostatečná fyzická zdatnost, stejně jako aktivní přístup k životu mají za výsledek nižší úroveň deprese.

## **5.5 Diskuse k výzkumné otázce 5**

Poslední výzkumná otázka 5. zjišťovala, zda existuje rozdíl mezi fyzickou zdatností senierek žen a seniorů mužů. Rozdíl ve fyzické zdatnosti byl hodnocen jak z pohledu subjektivního, tak objektivního a ani v jednom z případu nebyl prokázán. Byla přijata hypotéza H<sub>05</sub>: Neexistuje souvislost mezi pohlavím a fyzickou zdatností seniora. Tomuto však oponuje Kalvach (2004), který zjistil, že ženy jsou na tom s pohybovou, fyzickou zdatností po 75. roce života hůře než muži (viz 2.5.1.3 Tělesná zdatnost).

## **5.6 Diskuse k popisnému vyhodnocení demografického dotazníku v poměru s vybranými proměnnými**

Aby byla co nejvíce využita data všech postulovaných dotazníků, byly po vyhodnocení hypotéz porovnávány i doplňující proměnné, které následně potvrzovaly, případně vyvracely poznatky teoretické části celé práce.

Tato diskuse tedy reaguje na kapitulu 4.6. Popisné vyhodnocení demografického dotazníku v poměru s vybranými proměnnými.

Úroveň vzdělání – Vyšší úroveň vzdělanosti žen viz Graf 3. může poukazovat na míru emancipace, stále větší prosazování feminismu a obecnou snahu žen v naší společnosti o vyšší vzdělání (Bártová, 1975). Celkový nízký počet respondentů s vysokoškolským vzděláním v našem výzkumu můžeme přisuzovat většímu množství příležitostí k vysokoškolskému vzdělání až po Sametové revoluci z roku 1989, kdy došlo

ke změně politického režimu (Simonová a Soukup, 2009). Tato premisa odpovídá dle hrubého propočtu skutečnosti našich respondentů. Pokud totiž máme ve výzkumném vzorku seniory ve věku 65–92 let, znamená to, že se narodili v letech 1929–1956, za předpokladu nástupu do školy v 7 letech, následné osmileté základní školy a čtyřletého středoškolského studijního oboru, své středoškolské vzdělání ukončovali ± v letech 1948–1975, což je u všech našich respondentů jednoznačně ještě před změnou režimu v roce 1989 a tou dobou měla široce uznávanou prioritu střední škola s maturitou, či výuční list (Simonová a Soukup, 2009).

Sociální situace – náš výzkum prokázal, že aktivní stárnutí má za důsledek také fakt, že vzhledem k míře soběstačnosti a fyzické zdatnosti mohou senioři nadále žít v domácím prostředí – sami, s partnerem, případně s dalšími příbuznými a neumisťují se do institucionálních zařízení viz Graf 4. Stejně výsledky vykazuje i Van Malderen et al. (2013), nebo WHO (2002). Senioři žijící podle standardů aktivního stárnutí neodcházejí do domovů pro seniory.

Onemocnění – WHO (2014) definuje nejčastější zdravotní problémy ve stáří jakožto důsledek chronických onemocnění, které měly pomalou progresi během předchozího života jedince. Spoustě nemocem seniorského věku se dá efektivně předejít včasnou prevencí, zdravým životním stylem, fyzickou aktivitou a zdravým stravováním. Nicméně mezi nejčastější nemoci ve stáří stále patří poruchy sluchu, zraku a pohybu a skupina civilizačních onemocnění, což jsou chronické neinfekční choroby jako kardiovaskulární onemocnění, reparativní potíže, diabetes melitus, artritida, osteoporóza, rakovina, deprese, demence a obezita.

Výzkumný vzorek výzkumu naší práce potvrdil prevalenci všech zmíněných onemocnění s největším zástupem kardiovaskulárních onemocnění, diabetu, cholesterolu a problémů pohybového aparátu viz Graf 5. Dále jsme našim výzkumem potvrdili tvrzení Dvořáčkové (2012), že výskyt chronického onemocnění se objevuje u seniorů ve věku 60-74 let až z 80 % a u seniorů ve věku nad 70 let až ze 87 %. Náš výzkumný vzorek čítal 120 (100,0 %) seniorů, z nichž 18 (15 %) mužů a žen nevyplnilo žádné onemocnění.

Pohybová aktivita a fyzická zdatnost – na výzkumu Postojů ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů se potvrdilo, stejně jako např. Petrová (2014), Klevetová (2017), nebo Čevela et al. (2014), že aktivní stárnutí jde ruku v ruce s pohybovou aktivitou (Graf 7.,8.) a fyzickou zdatností (Graf 9., 10.). Překvapivé a zároveň pozitivní je, že naši respondenti

vykazovali kladné hodnoty pohybové aktivity i přes převládající pandemickou situaci, která jejich pohyb po dobu výzkumu značně omezovala.

## **5.7 Diskuse k popisnému vyhodnocení věku a pohlaví seniora vůči GDS-15**

Souvislost úrovně deprese s věkem seniora byla popsána již v kapitole 5.3 Diskuse k výzkumné otázce 3, zbývá tak okomentovat souvislost mezi úrovní deprese a pohlavím. Tento jev měl v našem výzkumu zajímavé výsledky. Muži i ženy vykazovali téměř totožnou míru deprese a souvislost mezi pohlavím a mírou deprese tak nebyla prokázána. Tento výsledek koreluje s českou normativní studií Heissler et al. (2020), která neprokázala žádné signifikantní rozdíly v pohlaví, mimo to ani ve věku, vzdělání, rodinném stavu, či sociální situaci, které by ovlivňovaly výsledky GDS-15.

## **5.8 Diskuse k popisnému vyhodnocení vybraných proměnných AAQ vůči pohlaví**

Tato diskuse reaguje na kapitolu 4.8 a posuzuje výsledky vybraných proměnných AAQ s výsledky jiných vědeckých výzkumů. Obecně nebyly v našem výzkumu rozdíly v pohlaví nijak význačné, což souhlasí např. s výzkumy Low et al. (2013) a Top a Dikmetaş (2015), které taktéž neshledaly rozdílnost mezi pohlavím a postoji ke stáří a stárnutí.

Význačné bylo však pozorovat, jak výsledky AAQ zobrazené v porovnání s pohlavím vyvracejí negativní stereotypy společnosti vůči stáří a stárnutí a podporují premisy konceptu aktivního stárnutí. Respondenti této práce vykazovali v souvislosti s AAQ samé pozitivní a reprezentativní hodnoty jako například že stáří není časem samoty, stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí, stáří není časem depresí, cvičení je důležité v každém věku a že se respondenti udržují tak aktivní a v dobré kondici, jak je to jen možné. Senioři našeho výzkumu neviděli stáří pouze jako období ztrát a nevykazovali, že by se s věkem stávali výrazně méně soběstační. Tyto hodnoty následně potvrzují teoretické poznatky z kapitoly 2.2 Aktivní stárnutí a podporují tak práci o aktivním stárnutí WHO (2002), výzkum Van Malderen et al. (2013) a poznatky o aktivním stárnutí Petrová (2014).



## 5.9 Limity práce

Tato závěrečná kapitola diskuse pojednává o limitujících faktorech, které provázely výstavbu celé práce, zejména pak praktické části.

Velmi často bylo potřeba seniory ujišťovat, že i když vyplňují informovaný souhlas, jejich zapojení do výzkumu je anonymní a že informovaný souhlas a dotazníky se archivují odděleně.

Při vyplňování AAQ jsme se u otázky „18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.“ často setkali s názorem, že by rádi své zkušenosti předali mladším generacím, problémem je ale generační propast, kvůli které se zkušenosti seniorů zdají mladším jako zastaralé a s nemožným přesahem do dnešní doby.

V AAQ dotazníku se participanti často doptávali, jak mají chápat záporně položené otázky. Domníváme se tedy, že někteří senioři mohli tyto otázky vyplnit kvůli nedostatečné jednoznačnosti jinak, než jak to doopravdy cítí. Jsou to otázky jako např.:

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

V GDS dotazníku u otázky „2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů“ nám zejména respondenti z Bruntálu referovali, že zde často odpovídali „ano“ jen kvůli právě probíhající pandemické situaci, ve které žijí. Že kdyby nebylo Covid-19, zaznačili by jistojistě odpověď „ne“, protože před pandemií byly jejich životy kompletně jiné. Nyní jim chybí sociální kontakt s přáteli, rodinou, docházka do klubů pro seniory a možnost volného pohybu.

Senioři z Bruntálu byli značně ovlivněni společenskou situací nejen u této jedné otázky z dotazníku GDS. Často byli vděční, že jsme s nimi strávili kousek času a vyslechli jejich trápení. Jsou z pandemického stavu unavení, vyčerpaní, ztrácí chuť do života, jsou velmi omezení, co se týče fyzické aktivity a cítí na sobě, jak chřádnou. Toto

byl velice negativní faktor, který bude v budoucnu jistě předmětem zkoumání a nápravy nejen v rámci konceptu aktivního stárnutí.

## ZÁVĚR

Cílem práce Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů bylo prostřednictvím teoretických poznatků obeznámit čtenáře o stáří a stárnutí v jiném nežli tradičním kontextu, poukázat na postoje ke stáří a stárnutí z hlediska společnosti a z hlediska seniorů, edukovat o trendu aktivního stárnutí a o reálných problémech, které stáří a stárnutí popisuje. V teoretické části byly popsány i české a zahraniční studie, které postoje ke stáří a stárnutí zkoumaly v posledních patnácti letech.

Prostřednictvím praktické části práce bylo cílem na záměrném vzorku aktivních seniorů docházejících do klubů pro seniory zjistit, jak jejich tělesná zdatnost, úroveň deprese a demografické charakteristiky ovlivňují jejich postoje ke stáří a stárnutí. Demografické otázky sloužily taktéž pro vyhodnocení korelace aktivních seniorů s teoretickými poznatky celé práce.

V rámci výzkumných cílů bylo zjištěno, že senioři s pozitivnějšími postoji ke stáří mají nižší úroveň deprese, dále že neexistuje souvislost mezi věkem seniora a jeho postoji ke stáří a stárnutí. Potvrdilo se, že věk seniora má vliv na úroveň deprese, a naopak pohlaví vliv na úroveň deprese nemá žádný. Nenašli jsme souvislost mezi fyzickou zdatností a úrovní deprese, ani souvislost mezi pohlavím a fyzickou zdatností seniora.

Výsledky výzkumného šetření dále prokázaly vyšší úroveň vzdělanosti žen a celkový nízký počet respondentů s vysokoškolským vzděláním. Bylo také zřetelné, že aktivní senioři našeho výzkumu žijí ve většině případů v domácím prostředí a neumisťují se do institucionálních zařízení. V otázce onemocnění náš výzkum potvrdil prevalenci onemocnění stárnoucích osob z výzkumu WHO (2014), nejčastěji byla evidována kardiovaskulární onemocnění, diabetes melitus, cholesterol a problémy pohybového aparátu. Potvrdilo se taktéž, že aktivní stárnutí jde ruku v ruce s pohybovou aktivitou a fyzickou zdatností, které jsou u aktivních seniorů na velmi dobré úrovni.

Výsledky dotazníku AAQ vyvrátily stereotypní představy a předsudky společnosti o stáří a podpořily vyzdvihovaná témata aktivního stárnutí.

## SOUHRN

Diplomová práce se zabývá tématem Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů. Je zaměřena na vybranou skupinu seniorů nad 65 let docházejících do klubů pro seniory. Cílem práce bylo zjistit jak tělesná zdatnost, úroveň deprese a demografické charakteristiky ovlivňují u seniorů postoj ke stáří a stárnutí.

Teoretická část popisuje klíčová témata, která souvisejí s postoji ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů jako jsou aktivní stárnutí, dlouhověkost, nemocnost, tělesná zdatnost, deprese, negativní předsudky ke stáří. Popisuje i již realizované české i zahraniční výzkumy podobného charakteru.

Praktická část práce obznamuje s metodickým postupem pro vypracování výzkumu a vyhodnocuje výsledky cílů celé práce. Cílů bylo dosaženo kvantitativním šetřením formou dvou standardizovaných dotazníků, vlastního demografického dotazníku a krátkým měřením geriatrické křehkosti.

**Klíčová slova:** Postoje, stáří, stárnutí, senior, aktivní stárnutí, fyzická zdatnost, dlouhověkost, deprese, negativní stereotypy, předsudky o stáří, nemocnost, AAQ, GDS-

15

## SUMMARY

This diploma thesis deals with the topic Attitudes toward old age and ageing at active seniors. It is focused on a chosen group of seniors above 65 years who attends the clubs for seniors. The aim of this thesis was to discover how physical ability, degree of a depression and demographic characteristics influence the attitudes of seniors toward old age and ageing.

Theoretical part describes the crucial topics related to attitudes toward old age and ageing at active seniors such as active ageing, longevity, morbidity, physical ability, depression, negative prejudices toward old age. It also describes already done research on similar topics, both Czech and foreign.

Practical part of this thesis familiarizes with the methodical procedure of making the research and evaluate results of the thesis goals. Goals were gained by quantitative investigation, using two standardized questionnaires, one self-made demographic questionnaire and by using a brief measure of geriatric fragility.

**Key words:** Attitudes, old age, ageing, senior, active ageing, physical ability, longevity, depression, negative stereotypes, prejudices about old age, morbidity, AAQ, GDS-15

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. AGUIRRE, Isabel Yordi. Tackling Gender Equity in Health Policy in Europe: A Partnership. *Eurohealth* [online]. 2009, (15), 16-18 [cit. 2021-04-09]. ISSN 1356-1030. Dostupné z:  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/169531/Eurohealth-Vol-18-No-2.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/169531/Eurohealth-Vol-18-No-2.pdf)
2. BAROFSKY, Ivan. Can quality or quality-of-life be defined? *Quality of Life Research* [online]. 2012, **21**(4), 625-631 [cit. 2020-12-30]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-011-9961-0
3. BÁRTOVÁ, Eva. Zaměstnaná žena a rodina. *Sociologický Časopis* [online]. 1975, **11**(4), 401-405 [cit. 2021-04-08]. Dostupné z:  
<https://www.jstor.org/stable/41128937>
4. BUTLER, Jodie a Joseph CIARROCHI. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research* [online]. 2007, **16**(4), 607-615 [cit. 2020-12-30]. ISSN 1573-2649. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-006-9149-1
5. BUŽGOVÁ, Radka a Helena KLECHOVÁ. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař* [online]. 2011, **91**(7), 396-401 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-7/mereni-postoju-senioru-ke-stari-35906>
6. ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, HOLČÍK, Jan, KUBŮ, Pavel, 2014. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2
7. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 9788087142059.
8. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
9. GOBBENS, Robbert J. J., Katrien G. LUIJIKX a Marcel A. L. M. VAN ASSEN. Explaining Quality of Life of Older People in the Netherlands Using a Multidimensional Assessment of Frailty. *Quality of Life Research* [online]. 2013, **22**(8) [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/24724757>

10. HEISLER, Radek, Markéta ČERVENKOVÁ, Miloslav KOPEČEK a Hana GEORGI. Geriatrická škála deprese (GDS-15) : česká normativní studie. *Československá psychologie* [online]. 2020, **64**(1), 49-65 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?id=1097>
11. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
12. HUDCOVIC, Michal a Jindřich GROH. *Aktivní život ve stáří a prevence předčasného stárnutí*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1983. Na pomoc přednášejícím (Ústav zdravotní výchovy).
13. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
14. HONELOVÁ, Michaela a Marcela PETROVÁ KAFKOVÁ. Dlouhověkost jako nová otázka sociálních věd. *Sociální studia / Social Studies* [online]. 2017, **14**(2), 9-25 [cit. 2020-12-29]. ISSN 1803-6104. Dostupné z: [doi:10.5817/SOC2017-2-9](https://doi.org/10.5817/SOC2017-2-9)
15. HORVÁTHOVÁ, Michaela, 2019. *Strach z pádů u aktivních seniorů města Olomouce: bakalářská práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 51 s. Vedoucí bakalářské práce Petra Kurková.
16. CHACHAMOVICH, Eduardo, Marcelo FLECK, Ken LAIDLAW a Mick POWER. Impact of Major Depression and Subsyndromal Symptoms on Quality of Life and Attitudes Toward Aging in an International Sample of Older Adults. *The Gerontologist* [online]. 2008, **48**(5), 593-602 [cit. 2021-03-26]. ISSN 1758-5341. Dostupné z: [doi:10.1093/geront/48.5.593](https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593)
17. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
18. IBRAHIM, Camelia N., BAYEN, Ute J. *Attitudes toward aging and older adults in Arab culture: A literature review*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. [online]. 2019, **52**, 180–187. [cit. 2021-12-03]. ISSN 0948-6704. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01554-y>
19. JANEČKOVÁ, Hana, Eva DRAGOMIRECKÁ, Iva HOLMEROVÁ a Hana VAŇKOVÁ. The Attitudes of Older Adults Living in Institutions and Their Caregivers to Ageing. *Central European Journal of Public Health* [online].

- 2013, **21**(2), 63-71 [cit. 2021-03-26]. ISSN 12107778. Dostupné z: doi:10.21101/cejph.a3774
20. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
21. KALVACH, Zdeněk a Eva HRABĚTOVÁ. *Senior a já-- já a senior?*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2005.
22. KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5708-6.
23. KISVETROVÁ, Helena. *Postoje ke stáří a stárnutí v současné společnosti* [online]. Centrum vědy a výzkumu, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika, 2019, **12/1**, 2 [cit. 2020-12-10]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: [https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201901-0004\\_postoje\\_ke\\_stari\\_a\\_starnuti\\_v\\_soucasne\\_spolecnosti.php](https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201901-0004_postoje_ke_stari_a_starnuti_v_soucasne_spolecnosti.php)
24. KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.
25. KORKMAZ ASLAN, Gülbahar, Asiye KARTAL, İlgün ÖZEN ÇINAR a Nazan KOŞTU. The relationship between attitudes toward aging and health-promoting behaviours in older adults. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2017, **23**(6) [cit. 2021-03-26]. ISSN 13227114. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12594
26. KUCHAROVÁ, Věra, RABUŠIC, Ladislav a EHRENBERGEROVA, Lucie, *Život ve stáří - Zpráva o výsledcích empirického šetření* [online], 2003 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <http://www.ncss.cz/files/ivot-ve-stari.pdf>
27. KURKOVÁ, Petra, Helena KISVETROVÁ, Michaela HORVÁTHOVÁ, Jitka TOMANOVÁ, Milena BRETŠNAJDROVÁ and Roman HERZIG, 2020. Fear of falling and physical performance among older Czech adults. *Family Medicine & Primary Care Review* 22 (1): 32-35. doi:10.5114/fmpcr.2020.92503.
28. KRAEF, Christian, Pamela JUMA, Per KALLESTRUP, Joseph MUCUMBITSI, Kaushik RAMAIYA a Gerald YONGA. The COVID-19 Pandemic and Non-communicable Diseases—A Wake-up Call for Primary Health Care System Strengthening in Sub-Saharan Africa [online]. *J Prim Care Community Health*. 2020 Jan-Dec; **11**: 2150132720946948. [cit. 2020-12-30]. ISSN 2150-1327.



29. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
30. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. Psychologie (Portál). ISBN 978-80-262-0978-2.
31. LOW, Gail, Anita E MOLZAHN a Donald SCHOPFLOCHER. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2013, **11**(1) [cit. 2021-03-25]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: doi:10.1186/1477-7525-11-146
32. LUO LU, Shu-Fang KAO a Ying-Hui HSIEH. Positive Attitudes Toward Older People and Well-being Among Chinese Community Older Adults. *Journal of Applied Gerontology* [online]. 2009, **29**(5), 622-639 [cit. 2021-03-26]. ISSN 0733-4648. Dostupné z: doi:10.1177/0733464809343289
33. MARKOVÁ, Kamila a Martina JEDLINSKÁ. Postoje seniorů ke stáří a význam reminiscenčních aktivit. *Florence* [online]. 2013, (10), 23-25 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/10/postoje-senioru-ke-stari-a-vyznam-reminiscencnich-aktivit/>
34. MARTIN, A`verria, Graham M L EGLIT, Yadira MALDONADO, Rebecca DALY, Jinyuan LIU, Xin TU a Dilip V JESTE. Attitude Toward Own Aging Among Older Adults: Implications for Cancer Prevention. *The Gerontologist* [online]. 2019, **59**(Supplement\_1), S38-S49 [cit. 2021-03-26]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: doi:10.1093/geront/gnz039
35. MIERTO VÁ, Michaela. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0850-3.
36. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
37. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
38. Official definitiv of Health, 1948. In: Official Records of WHO, no. 2, p. 100. Dostupné z: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
39. OSKAMP, Stuart, & SCHULZ, P. Wesley. Attitudes and opinions. (3rd ed., xii, 578 p.) Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates, 2005. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid>

=4ed8be9ab3b5-4303-a670-e74f647ba138%40sessionmgr114&vid=1&hid=128  
10.1111/j.0021-9029.2006.00062.x”

40. PETROVÁ, Marcela. Aktivní stárnutí - příležitost, nebo nové dogma?. In ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, HÖSCHL Cyril a Lucie VIDOVIČOVÁ (Eds.). *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. s. 65-76. ISBN 978-80-246-2628-4.
41. PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Šedivějící hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013. ISBN 978-80-210-6310-5.
42. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
43. SLEPIČKA, Pavel, Jiří MUDRÁK a Irena SLEPIČKOVÁ. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3110-3.
44. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0629-2
45. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace Seniorů: Geragogika a gerontodidaktika* [online]. Pardubice: Grada Publishing, 2015 [cit. 2021-01-11]. ISBN 978-80-247-9917-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/edukace-senioru-370846/#>
46. ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: SPN, 1983.
47. THORPE, Anna M., John F. PEARSON, Philip J. SCHLUTER, Janet K. SPITTLEHOUSE a Peter R. JOYCE. Attitudes to aging in midlife are related to health conditions and mood. *International Psychogeriatrics* [online]. 2014, **26**(12) [cit. 2021-03-26]. ISSN 1041-6102. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610214001550
48. TOP, Mehmet a Elif DIKMETAŞ. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations* [online]. 2015, **18**(2), 288-300 [cit. 2021-03-26]. ISSN 13696513. Dostupné z: doi:10.1111/hex.12032
49. TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

50. TOPINKOVÁ, Eva, Marie BERKOVÁ, Pavla MÁDLOVÁ, Jan KLÁN, Martina VLACHOVÁ a Jaromír BĚLÁČEK. Krátká baterie pro testování fyzické zdatnosti seniorů: - pilotní studie a validizace testu u starších osob v České republice. *Vnitřní lékařství* [online]. Geriatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, 2013, **59**(4) [cit. 2019-04-06]. ISSN 1801–7592. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/236947516\\_The\\_Short\\_Physical\\_Performance\\_Battery\\_in\\_the\\_Czech\\_Republic\\_the\\_pilot\\_and\\_validation\\_study\\_in\\_older\\_persons](https://www.researchgate.net/publication/236947516_The_Short_Physical_Performance_Battery_in_the_Czech_Republic_the_pilot_and_validation_study_in_older_persons)
51. TODD, Chris a Dawn SKELTON. *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004 [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>
52. TRIGG, Richard, Simon WATTS, Roy JONES, Anne TOD a Rachel ELLIMAN. Self-reported quality of life ratings of people with dementia: the role of attitudes to aging. *International Psychogeriatrics* [online]. 2012, **24**(7), 1085-1093 [cit. 2021-03-26]. ISSN 1041-6102. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610212000038
53. URBANOVÁ, Pavlína a Radka BUŽGOVÁ. EVALUATION OF ATTITUDES TOWARDS OLD AGE AMONG OLDER ADULTS IN AN INSTITUTIONAL FACILITY. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2017, **8**(1), 565-571 [cit. 2021-03-25]. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2017.08.0003
54. VAN MALDEREN, Lien, Tony METS, Patricia DE VRIENDT a Ellen GORUS. The Active Ageing–concept translated to the residential long-term care. *Quality of Life Research* [online]. 2013, **22**(5), 929-937 [cit. 2020-12-30]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-012-0216-5
55. VICTOR, Christina R., Sasha J. SCAMBLER, Ann BOWLING a John BOND. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society* [online]. 2005, **25**(6), 357-375 [cit. 2021-04-07]. ISSN 0144-686X. Dostupné z: doi:10.1017/S0144686X04003332
56. WHO. *Active ageing: a policy framework* [online]. 2002 [cit. 2021-01-14]. Dostupné z: [https://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/)
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *global report on falls prevention in older age* [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007 [cit. 2021-01-30]. ISBN 978-924-1563-536. Dostupné z:

[https://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)

- 58.** WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Report on Ageing and Health*.  
Luxembourg: WHO, 2014. ISBN 978-92-4-069481-1.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	procento
>	matematické znaménko pro více než
<	matematické znaménko pro méně než
≥	matematické znaménko pro méně nebo rovná se
±	plus mínus, rozmezí hodnot, přibližně
AAQ	Attitudes to Ageing Questionnaire (Postoje ke stárnutí, dotazník)
AAQ_PSZTRAT	psychosociální ztráty
AAQ_FYZMEN	fyziologické změny
AAQ_PRUST	psychologický růst
apod.	a podobně
Asymp. Sig.	p signifikance testu
atd.	a tak dále
BP	bakalářská práce
č.	číslo
ČR	Česká republika
df	počet stupňů volnosti
et al.	et alii (a další)
GDS-15	The Geriatric Depression Scale (Škála deprese pro geriatrické pacienty)
H <sub>0</sub>	nulová hypotéza
H <sub>A</sub>	alternativní hypotéza
Chi-Square	Chí kvadrát
kol.	kolektiv

např.	například
nezm.	nezměněný
obr.	obrázek
rozš.	rozšířené
tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvaný
tzn.	to znamená
UP	Univerzita Palackého v Olomouci
přeprac.	přepracované
viz	imperativ od slovesa vidět
vs.	versus
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization, světová zdravotnická organizace
www.	world wide web (celosvětová síť)

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

1. Tabulka 1. Redukovaná kategorizace respondentů dle věku a pohlaví (zdroj: vlastní výzkum) .....	34
2. Graf 1. Redukovaná kategorizace respondentů dle věku a pohlaví (zdroj: vlastní výzkum) .....	34
3. Tabulka 2. Kategorizace respondentů dle pohlaví, věku a místa klubu pro seniory (zdroj: vlastní výzkum) .....	35
4. Graf 2. Kategorizace respondentů dle pohlaví, věku a místa klubu pro seniory (zdroj: vlastní výzkum) .....	35
5. Tabulka 3. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 1 (zdroj: vlastní výzkum) .....	43
6. Tabulka 4. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 2 (zdroj: vlastní výzkum) .....	44
7. Tabulka 5. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 3 (zdroj: vlastní výzkum) .....	44
8. Tabulka 6. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 4 (zdroj: vlastní výzkum) .....	45
9. Tabulka 7. Statistický výsledek k výzkumné otázce a hypotézám č. 5 (zdroj: vlastní výzkum) .....	46
10. Tabulka 8. výsledky demografického dotazníku (zdroj: vlastní výzkum) .....	47
11. Graf 3. Nejvyšší dosažené vzdělání (zdroj: vlastní výzkum) .....	48
12. Graf 4. Sociální situace (zdroj: vlastní výzkum) .....	49
13. Graf 5. Onemocnění respondentů (zdroj: vlastní výzkum) .....	50
14. Graf 6. Sport (pohybová aktivita) – v minulosti (zdroj: vlastní výzkum) .....	50
15. Graf 7. Sport (pohybová aktivita) – v současnosti (zdroj: vlastní výzkum) .....	50
16. Graf 8. Jak hodnotíte svoji pohybovou aktivitu (zdroj: vlastní výzkum) .....	51
17. Graf 9. Jak hodnotíte svoji fyzickou zdatnost (zdroj: vlastní výzkum) .....	51
18. Tabulka 9. Index geriatrické křehkosti dle dosaženého stupně (zdroj: vlastní výzkum) .....	52
19. Graf 10. Index geriatrické křehkosti dle dosaženého stupně (zdroj: vlastní výzkum) .....	52
20. Tabulka 10. Vyhodnocení GDS-15 v poměru s věkem a pohlavím (zdroj: vlastní výzkum) .....	53

21. Graf 11. Vyhodnocení GDS-15 v poměru s pohlavím a věkem (zdroj: vlastní výzkum) .....	53
22. Tabulka 11. Vyhodnocení vybraných otázek dotazníku AAQ v poměru s pohlavím (zdroj: vlastní výzkum) .....	54
23. Graf 12. AAQ 3. Stáří je čas samoty. (zdroj: vlastní výzkum) .....	56
24. Graf 13. AAQ 5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí. (zdroj: vlastní výzkum) .....	56
25. Graf 14. AAQ 6. Stáří je čas depresí. (zdroj: vlastní výzkum) .....	57
26. Graf 15. AAQ 7. Cvičení je důležité v každém věku. (zdroj: vlastní výzkum) ....	57
27. Graf 16. AAQ 12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát. (zdroj: vlastní výzkum) .....	58
28. Graf 17. AAQ 15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á. (zdroj: vlastní výzkum) .....	58
29. Graf 18. AAQ 24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné. (zdroj: vlastní výzkum) .....	59



## SEZNAM PŘÍLOH

1. Informovaný souhlas
2. Dotazník postoj ke stáří a stárnutí – AAQ – česká verze
3. Dotazník škála deprese pro geriatrického pacienta – GDS-15
4. Dotazník demografické údaje
5. Index geriatrické křehkosti – Krátká škála pro hodnocení geriatrické křehkosti

## **Příloha 1 – Informovaný souhlas**

### **Informovaný souhlas**

pro výzkumný projekt: **Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů**

období realizace: 2020-2021

řešitelka projektu: Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož hlavním cílem je zjistit pomocí standardizovaných dotazníků „Postoj ke stáří a stárnutí (WHO AAQ)“, „Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)“ a krátké škály pro hodnocení fyzické zdatnosti postoj ke stáří a stárnutí u seniorů. Dílčím cílem je zjistit jak fyzická zdatnost, úroveň deprese a socio-demografické charakteristiky ovlivňují u seniorů postoj ke stáří a stárnutí. Otázky v demografické sekci pohybová aktivita, subjektivní pojetí zdatnosti a pohybové aktivity nám poslouží jako vodítko vyhodnocení způsobu zdravého životního stylu seniorů.

Výzkumná metodika je již ověřena jak u nás i v zahraničí a splňuje všechna zdravotní, sociální a etická kritéria.

Senioři vyplní dotazníky, které jsou anonymní. Poté podstoupí jednoduchý praktický test geriatrické křehkosti, zjišťující rovnovážné schopnosti. Z dotazování nevyplynou pro seniory žádná nebezpečí, naopak pomáhají nám získat informace, které mohou být užitečné pro tuto populaci.

Spolupracovníci při organizaci výzkumu je: Bc. Michaela Horváthová

Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte, prosím, podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

#### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Spolupracovnice projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitelka projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitelky projektu: Mgr. Petra Kurková, Ph.D.

V Olomouci dne 1.9.2020

Jméno, příjmení, datum a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce):

---

## Příloha 2 – Dotazník postoj ke stáří a stárnutí – AAQ – česká verze

### Postoj ke stáří a stárnutí – AAQ – česká verze

#### Instrukce

#### Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte prosím v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých **celkových životních zkušeností**.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí. Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí “hodně” bojíte, nebo zakroužkovat číslo 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte. Přečtěte si laskavě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Následující otázky zjišťují, **nakolik souhlasíte** s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovem „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

#### 1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

#### 2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

#### 3. Stáří je čas samoty.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

**4. Moudrost přichází s věkem.**

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

**5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.**

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

**6. Stáří je čas depresí.**

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

**7. Cvičení je důležité v každém věku.**

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **nakolik** pro Vás níže uvedené výroky **platí**. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovem „maximálně platí“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod „vůbec neplatí“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec neplatí“ a „maximálně platí“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

**8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.**

vůbec se nehodí	trochu se hodí	středně se hodí	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

**11. Necítím se starý/á.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**19. Věřím, že můj život má význam.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.**

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

**Příloha 3 – Dotazník škála deprese pro geriatrické pacienty – GDS-15**

**ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY (GDS)**

<i>Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete.</i>			
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne
06.	Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne
09.	Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval	ano	ne
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?	ano	ne
11.	Myslíte si, že je krásné býti na živu?	ano	ne
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď <b>ano</b> u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď <b>ne</b> u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	0-5 bodů														
Mírná deprese	6-10 bodů														
Manifestní deprese	Nad 10 bodů														

Zdroj:

Vojtěchovský Miloš. Deprese ve stáří -některé novější poznatky a praktické rady. Sestra – příloha, 1999, 9(5): 3. ISSN 1210-0404.

## Příloha 4 – Dotazník demografické údaje

### DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Váš věk ..... let

#### Pohlaví

1. muž
2. žena

#### Nejvyšší dosažené vzdělání

1. základní
2. vyučen
3. středoškolské
4. vysokoškolské

#### Sociální situace

1. Žiji doma sám/sama
2. Žiji doma s partnerem/partnerkou
3. Žiji doma s dalšími příbuznými
4. Žiji v domově pro seniory

#### Jakými trpíte onemocněními?

.....

#### Sport (pohybová aktivita) – v minulosti

1. vůbec jsem nesportoval/a
2. rekreačně (nezávodil/a, sportoval/a jsem jen tak, když jsem měl/a náladu, např. procházky, plavání)  
*Napište, jaký sport či aktivitu jste dělal/a jen tak: .....*
3. závodně (pravidelně v rámci sportovního klubu) *Napište, jaký sport jste dělal/a: .....*

**Sport (pohybová aktivita) – v současnosti** (Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, které trvala nepřetržitě alespoň 10 minut, např. jízda na kole, plavání, kopání, rytí, úklid):

1. vůbec
2. dvakrát až tři krát za měsíc
3. jedenkrát za týden
4. dvakrát a více za týden

#### Jak hodnotíte svoji pohybovou aktivitu

1. Nedostatečně pohybově aktivní
2. Trochu pohybově aktivní
3. Dostatečně pohybově aktivní
4. Velmi pohybově aktivní

#### Jak hodnotíte svoji fyzickou zdatnost

1. Velmi zdatný/á
2. Dostatečně zdatný/á
3. Průměrně zdatný/á
4. Méně nezdatný
5. Velmi nezdatný



## Příloha 5 - Index geriatrické křehkosti

KRÁTKÁ ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ FYZICKÉ ZDATNOSTI SENIORŮ (INDEX SENIORSKÉ KŘEHKOSTI)	
Položky:	Bodové skóre:
<p><b>A. Testy rovnováhy</b></p> <p>1. Stoj spojný /nohy vedle sebe) <i>méně než 10 sekund</i> <i>po dobu 10 sekund</i></p> <p>2. Stoj v semitandemové pozici (pata jedné nohy vedle palce na druhé noze) <i>méně než 10 sekund</i> <i>po dobu 10 sekund</i></p> <p>3. Tandemová pozice ve stoje (pata jedné nohy vpředu před dotýkající se prsty druhé nohy) <i>&lt; 3 sekundy</i> <i>3 – 9,99 sekund</i> <i>≥10 sekund</i></p>	<p>0 1</p> <p>0 1</p> <p>0 1 2</p>
<p><b>B. Test rychlosti chůze</b></p> <p>4. Měření doby chůze na vzdálenost 4 m obvyklým způsobem (započítáme rychlejší čas ze dvou pokusů) <i>chůze neschopen nebo s dopomocí druhé osoby</i> <i>&gt; 8,7 sekund</i> <i>6,21 – 8,70 sekund</i> <i>4,82 – 6,20 sekund</i> <i>&lt; 4,82 sekund</i></p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><b>C. Test vstávání ze židle</b></p> <p>Pacient sedí na židli, zkříží si ruce na hrudi a postavuje se bez pomoci rukou. Měříme čas v sekundách nutný k provedení 5 postavení ze sedu do vzpřímeného stoje co nejrychleji bez pomoci rukou. <i>&gt;60 sekund nebo neschopen</i> <i>&gt;16,7 sekund</i> <i>13,70 – 16,69 sekund</i> <i>11,20 – 13,69 sekund</i> <i>≥ 11,19 sekund</i></p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<b>Celkové skóre</b>	

### Celkové hodnocení

<b>10 – 12 bodů</b> dobrá fyzická zdatnost	<b>≥ 6 bodů</b> křehký senior, vysoké riziko budoucí neschopnosti
<b>7 – 9 bodů</b> snížená fyzická zdatnost, nutné klinické hodnocení a intervence „pre-frailty“	

Podle Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM et al. Low-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. NEJM 1995; 332: 556–560. Český překlad a validace: Topinkova E et al, Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha, 2010

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Michaela Horváthová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Petra Kurková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2021

<b>Název práce:</b>	Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů
<b>Název v angličtině:</b>	Attitudes toward old age and ageing at active seniors
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá tématem Postoje ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů. Je zaměřena na vybranou skupinu seniorů nad 65 let docházejících do klubů pro seniory. Cílem práce je zjistit jak tělesná zdatnost, úroveň deprese a demografické charakteristiky ovlivňují u seniorů postoj ke stáří a stárnutí.</p> <p>Teoretická část popisuje klíčová témata, která souvisejí s postoji ke stáří a stárnutí u aktivních seniorů jako jsou aktivní stárnutí, dlouhověkost, nemocnost, tělesná zdatnost, deprese, negativní předsudky ke stáří. Popisuje i již realizované české i zahraniční výzkumy podobného charakteru.</p> <p>Praktická část práce obzvláště se zabývá s metodickým postupem pro vypracování výzkumu a vyhodnocuje výsledky cílů celé práce. Cílem bylo dosaženo kvantitativním šetřením formou dvou standardizovaných dotazníků, vlastního demografického dotazníku a krátkým měřením geriatrické křehkosti.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Postoje, stáří, stárnutí, senior, aktivní stárnutí, fyzická zdatnost, dlouhověkost, deprese, negativní stereotypy, předsudky o stáří, nemocnost, AAQ, GDS-15, geriatrická křehkost

<p><b>Anotace v angličtině:</b></p>	<p>This diploma thesis deals with the topic Attitudes toward old age and ageing at active seniors. It is focused on a chosen group of seniors above 65 years who attends the clubs for seniors. The aim of this thesis was to discover how physical ability, degree of a depression and demographic characteristics influence the attitudes of seniors toward old age and ageing.</p> <p>Theoretical part describes the crucial topics related to attitudes toward old age and ageing at active seniors such as active ageing, longevity, morbidity, physical ability, depression, negative prejudices toward old age. It also describes already done research on similar topics, both Czech and foreign.</p> <p>Practical part of this thesis familiarizes with the methodical procedure of making the research and evaluate results of the thesis goals. Goals were gained by quantitative investigation, using two standardized questionnaires, one self-made demographic questionnaire and by using a brief measure of geriatric fragility.</p>
<p><b>Klíčová slova v angličtině:</b></p>	<p>Attitudes, old age, ageing, senior, active ageing, physical ability, longevity, depression, negative stereotypes, prejudices about old age, morbidity, AAQ, GDS-15, geriatric fragility</p>
<p><b>Přílohy vázané v práci:</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informovaný souhlas</li> <li>2. Dotazník postoj ke stáří a stárnutí – AAQ – česká verze</li> <li>3. Dotazník škála deprese pro geriatrického pacienta – GDS-15 – česká verze</li> <li>4. Dotazník demografické údaje</li> <li>5. Index geriatrické křehkosti – Krátká škála pro hodnocení geriatrické křehkosti</li> </ol>

<b>Rozsah práce:</b>	81
<b>Jazyk práce:</b>	český