

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

Psychosociální faktory zvládání stáří

Diplomová práce

Autor: Bc. Lenka Havlínová
Studijní program: N7507 - Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Iva Junová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor:	Lenka Havlínová
Studium:	P18P0621
Studijní program:	N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Název diplomové práce:	Psychosociální faktory zvládnání stáří
Název diplomové práce AJ:	Psychosocial factors of coping with old age

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá psychosociálními faktory zvládnání stáří. Teoretická část práce popisuje vývojové zvláštnosti v séniu, v souladu s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci charakterizuje faktory ovlivňující kvalitu života seniora v kontextu optimálního stárnutí. Bližší pozornost je věnována zvládnání stáří. Analyzovány jsou stresové a zátěžové situace v životě seniorů a pozitivní strategie, které senioři využívají k jejich zvládnání. Cílem empirické části práce je zmapovat vybrané faktory kvality života seniorů a zjistit, které faktory ovlivňují tzv. optimální stárnutí. Výzkumná metoda kvantitativního šetření: standardizované dotazníky.

JONES, J. S., FITZPATRICK, J. J., ROGERS, V. L. Psychiatry - Mental Health Nursing An Interpersonal Approach. New York: Springer Publishing Company, 2012. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4. PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017, 362 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5646-2. 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. ŽUMÁROVÁ, Monika. Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů. Prešov: Akcent print, 2012, 178 s. ISBN 978-8089295-43-2.

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce, PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a podporu při psaní práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi vyplnili dotazníky, a obzvláště moc děkuji svým prarodičům, kteří mi ochotně pomohli se sběrem dat.

Anotace

HAVLÍNOVÁ, Lenka. *Psychosociální faktory zvládnání stáří*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 79 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá psychosociálními faktory zvládnání stáří. V teoretické části práce jsou popsány vývojové zvláštnosti v séniu, definovány jsou zde základní pojmy a periodizace stáří. Dále je stručně shrnuto populační stárnutí a demografické změny, stejně tak i aktuální koncepční dokumenty o aktivním a zdravém stárnutí. Větší pozornost je věnována kvalitě života seniora a faktorům, které ji ovlivňují. Faktory jsou popsány v souladu s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci, a jsou členěny na biologické a psycho-sociální. Stěžejní část práce tvoří kapitola o zvládnání stáří. Analyzovány jsou stresové a zátěžové situace v životě seniorů a pozitivní strategie, které senioři využívají k jejich zvládnání. Kvantitativní výzkumné šetření mapuje vybrané faktory kvality života seniorů, které se spolupodílejí na úspěšném zvládnání stáří, a dále zjišťuje, co ovlivňuje zvládnání stáří pozitivně, a co naopak negativně.

Klíčová slova:

stárnutí, zvládnání stáří, senioři, kvalita života seniorů

Annotation

HAVLÍNOVÁ, Lenka. *Psychosocial factors of coping with old age*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2020. 79 pp. Diploma dissertation Degree Thesis.

The Diploma dissertation Degree Thesis deals with psychosocial factors of coping with old age. In the theoretical part of the thesis is described developmental peculiarities of the elderly, basic terms and periods of old age. It also briefly summarizes population aging and demographic changes, as well as current policy documents on active and healthy aging. Greater attention is paid to the quality of life of the elderly and the factors that influence it. The factors are described by following the bio-psycho-social model of health and disease and divided into biological and psycho-social. The main part of the thesis is a chapter on coping with old age. There are analyzed stress and stressful situations in old age and positive strategies that older people use to manage them. A quantitative research study examines selected factors of quality of life that participate in successful coping with old age, and further finds out what influences coping with old age positively and negatively.

Keywords:

aging, coping with old age, the elderly, quality of life of the elderly

Obsah

Úvod	8
1 Vývojové zvláštnosti v séniu.....	9
1.1 Stáří a stárnutí.....	10
1.2 Periodizace stáří.....	13
1.3 Demografické stárnutí populace	16
1.4 Aktivní a zdravé stárnutí.....	19
2 Kvalita života seniorů.....	22
2.1 Biologické faktory	25
2.2 Psycho-sociální faktory	30
3 Úspěšné stárnutí	36
3.1 Stres a zátěžové situace v životě seniorů.....	37
3.2 Nezdolnost a strategie zvládnání stáří	40
4 Vybrané faktory kvality života seniorů a úspěšné zvládnání stáří.....	44
4.1 Výzkumný cíl a stanovní hypotéz	45
4.2 Popis použitých metod a sběru dat	46
4.3 Výzkumný vzorek	49
4.4 Výsledky šetření	52
4.5 Ověření hypotéz.....	68
4.6 Shrnutí výzkumného šetření	69
Závěr.....	71
Seznam použité literatury	73
Seznam internetových zdrojů	77
Seznam grafů a tabulek.....	79
Seznam příloh.....	79

Úvod

Stárnutí populace je nevratný jev, který zásadně proměňuje věkovou strukturu obyvatelstva. Lze ho chápat jako společenský a medicínský úspěch. Předpokládá se, že v roce 2050 bude každý pátý člověk této planety starší 80 let. Celosvětově to bude v součtu odpovídat 2 bilionům lidí. Nejde však jen o narůstající počet seniorů. Jelikož se neustále dožíváme vyššího věku, pak stále větší část dospělého života budeme prožívat ve stáří. Je proto nezbytné položit si otázku prožité kvality těchto let. Kvalita života ve stáří je velmi aktuální téma, které se postupně stává výzvou pro celou společnost. Potřeby sociálně-právní, psychologické a poradenské podpory budou neustále narůstat, a pomáhající profese pracující se seniory budou muset znát faktory, které ovlivňují život ve stáří, aby mohli poskytovat seniorům efektivní péči a podporu ve prospěch zlepšování kvality jejich života.

Cílem diplomové práce je proto seznámit čtenáře s nejdůležitějšími faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří. Práce se zabývá především psychosociálními faktory. Nejprve jsou v práci charakterizovány vývojové zvláštnosti v senu a definovány základní pojmy. Stáří je poté periodizováno. Dále je stručně shrnuto téma populačního stárnutí, a nastíněny jsou také aktuální koncepční dokumenty týkající se aktivního a zdravého stárnutí. Větší pozornost je věnována kvalitě života seniora a faktorům, které ji ovlivňují. Faktory jsou popsány v souladu s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci, a jsou členěny na biologické a psycho-sociální. Práce se následně zaměří na to, jak úspěšně stáří zvládat. Definuje rizikové faktory, stresové a zátěžové situace v životě seniorů, a následně uvede faktory protektivní, které zvládnutí stáří ovlivňují pozitivně.

Kvantitativní výzkumné šetření si klade za cíl zmapovat vybrané faktory kvality života seniorů, které se spolupodílejí na úspěšném zvládnutí stáří. Jeho účelem bude zjistit, co ovlivňuje kvalitu života seniora pozitivně, a co naopak negativně. Kromě samotné kvality života seniorů výzkumné šetření zkoumá hlavně vztahy mezi kvalitou života seniorů, vybranými osobnostními vlastnostmi a copingovými strategiemi, které jedinec využívá ke zvládnutí zátěžových situací a stresu. Z tohoto důvodu byly k výzkumnému šetření využity 4 standardizované dotazníky: dotazník kvality života seniorů OPQOL-35, dotazník nezdolnosti SOC-29, Zungova sebesposuzující stupnice deprese SDS a dotazník strategie zvládnutí stresu SVF-78.

1 Vývojové zvláštnosti v séniu

K obecným charakteristikám současné seniorské populace patří podle Ondrušové (2009) zejména převaha žen, heterogenita a ohroženost. Seniorská populace bývá často vnímaná jako zdánlivě stejnorodá, faktem nicméně je, že senioři představují nejrozličnější skupinu lidí v naší společnosti. Odlišují se výrazně zdravotním stavem, věkem, vzděláním, funkční zdatností, sociálním zázemím, rodinou situací, ekonomickými podmínkami, životními zkušenostmi i hodnotovým žebříčkem. Senioři mají také rozdílné priority, přání a potřeby ve vztahu ke zdraví a nemoci.

Přes vliv individuálních rozdílů lze nalézt znaky, které jsou pro toto vývojové období typické: změna životního stylu v důsledku ukončení profesní dráhy a odchodu do důchodu, zhoršená finanční situace, ubývání sil, zhoršení zdravotního stavu, postupná ztráta přátel, rodičů, partnera, osamostatnění dětí, vnoučata, stigmatizace a diskriminace z okolí. Velkým tématem stárí je také samota, nevyřešené mezilidské vztahy a konečnost života, která má podobu smrti (Čeledová a Čevela, 2017; Ondrušová, 2009).

Stárnutí je věkem, kdy se hlásí různé poruchy zdravotního stavu a je tudíž potřebná větší péče o tělesný i duševní stav. Stárnutí a stárí může být úspěšné a zdravé, a i do velmi pokročilého věku se lze dožít ve výborné kondici. Lidé vyšších věkových skupin jsou dnes všeobecně v lepším zdravotním stavu, než tomu bývalo v minulosti. Demografické prognózy ale naznačují, že v budoucnu nás čeká vzestup seniorů s omezenou soběstačností, kteří budou vyžadovat specifický přístup ve zdravotní i sociální oblasti (Ondrušová, 2009; Weber, 2018).

Weber (2018) dále poukazuje na to, že aktuální demografická situace potvrzuje současný celosvětový trend nárůstu absolutního i relativního počtu seniorů. Ten je nejnápadnější mezi seniory nad 85 let. V tomto věku jsou u seniorů často vyčerpány fyziologické rezervy. Senioři mají problém s poklesem funkční zdatnosti i celkového zdraví, imunity a adaptability. Tento fakt přinese mnoho nových problémů jak do oblasti zdravotnictví, tak i do sociální péče.

MPSV (2019, online) dodává, že s růstem počtu starších lidí nabývá na významu pojem kvalita života. Pro tu není hlavním faktorem délka dožití, ale především délka dožití ve zdraví, tedy v jakém zdravotním stavu lidé svůj zbytek života prožijí. Úkolem společnosti, a tudíž nás všech, je podílet se na tvorbě nových příznivých okolností pro seniory, aby stálo za to se vysokého věku dožít.

1.1 Stáří a stárnutí

Definice stáří není jednotná. Autor od autora má pro vymezení stáří a stárnutí odlišnou definici, periodizaci i charakteristiku tohoto období. Na čem se autoři shodnou je konstatování, že stáří je poslední etapou života, která zasáhne jedince na všech úrovních a ovlivní jeho fyzický, psychický, sociální i duchovní život. Čeledová a Čevela (2017) např. definují **stáří** jako poslední vývojovou etapu, která završuje a uzavírá život tělesně, duševně, osobnostně i spirituálně. Stáří je označení pro pozdní fázi ontogeneze a zároveň jde o společenský status a sociální charakteristiku. Mühlpachr (2005) k tomu dodává, že stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které upravují další faktory, především pak choroby, životní způsob a životní podmínky. Pojí se také s řadou velkých sociálních změn např. osamostatněním dětí, odchodem do důchodu a dalších změn sociálních rolí. Gruss (2009) shodně uvádí, že se stáří vyznačuje velkou rozdílností, variabilitou mezi osobami i funkcemi a vysokou mírou individuality. Z tohoto důvodu staří lidé nevytváří homogenní skupinu osob. Právě naopak, vyznačují se velkou heterogenitou. Sak a Kolesárová (2012) shrnují důvody, proč tomu tak je. Jevy a procesy tvořící stáří nastupují u konkrétního člověka v určitém limitovaném věkovém rozpětí, ale nejde stanovit konkrétní věk. Diferenciace je způsobena genetickými zvláštnostmi jedince, jeho životní historií ale také důsledkem společenských a kulturních faktorů. Patří sem např. životní styl, zdravotní a sociální systém, hodnotový systém, charakter práce a povolání, kvalita životního prostředí, vývoj technologií aj. Stáří a jeho atributy se také mění podle toho, jak se vyvíjí společnost. Jevy a procesy, které naplňují stáří, nejsou pouze biologického charakteru, ale zasahují jedince též po psychické, kulturní a sociální stránce. Z těchto důvodů je stáří předmětem multidisciplinárního zkoumání.

Manuál aktivního stáří (ERA, 2012, online) pak představuje ucelenou definici stáří. Stáří chápe jako pozdní fázi vývoje života člověka, se kterou se pojí řada přirozených degenerativních procesů, jež mají za následek pokles výkonu určitých funkcí. Dochází k výskytu a rozvoji chronických onemocnění charakteristických polymorbiditou - souběhem několika onemocnění. Zhoršuje se smyslové vnímání, klesá celková pohyblivost, schopnost učení, regulace a artikulace emocí, mění se také struktura a funkčnost paměti, snižuje se kognitivní výkon a celková soběstačnost. Stáří přináší mnoho změn a jejich důsledky mají různou povahu. V každém případě vedou ke změnám životního stylu, přístupu k životu, očekáváním a potřebám.

Se stářím souvisí i proces stárnutí. Žumárová (2012) vymezuje **stárnutí** jako přirozený, biologicky zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností a úbytkem funkčních rezerv. Manuál aktivního stárnutí (ERA, 2012, online) představuje stárnutí jako přirozený a nezvratný biologický proces, trvající od početí až po smrt jednotlivce. V tomto smyslu proto není nutné vymezovat hranice ani životní etapy. Stárnutí se týká všech a stejným způsobem. Rozdíly pak nacházíme ve formě a průběhu tohoto procesu. Jasně stanovit hranici stáří a určit, kdy se člověk stává starým, je složité. Mezi hlavní charakteristiky procesu stárnutí totiž patří individuální rozdíly závislé na aktuálním zdravotním a psychickém stavu jedince, jeho rodinném zázemí, dlouhodobých vztazích uvnitř rodiny, vlastním sebepojetí a hodnotách, a především také na vývoji života a životním stylu. Obecně lze konstatovat, že stárnutí je série změn, které se projevují na těle i na duši.

Žumárová (2012) udává, že existují tři klasifikace stárnutí a stáří - biologické, psychologické a sociální. Biologické stárnutí je označení pro soubor fyzických a biologických změn, které přicházejí s vyšším věkem. Sociální stárnutí je označení pro nahlížení na stáří z pohledu společnosti. Z tohoto úhlu pohledu lze říci, že člověk je starý ve chvíli, kdy je za starého považován společností. Biologickému a sociálnímu stáří je věnována větší pozornost v následující podkapitole. Zde je shrnuta problematika psychologického stárnutí. Manuál aktivního stárnutí (ERA, 2012, online) pojmem **psychologické stárnutí** rozumí přístup ke stárnutí z hlediska jednotlivce a psychologických změn jeho vnímání, myšlení, chování a prožívání. Jde hlavně o změny v oblasti poznávacích procesů (pokles aktivační úrovně, smyslového vnímání, paměťových kompetencí a učení), regulačních procesů (labilnější emoční prožívání, pokles aktivní vůle a zvětšení vůle pasivní, zvláště v podobě zarputilosti), a změn osobnosti (úzkostnost, nespokojenost, opatrnost, nerozhodnost, prohloubená introverze či vztahovačnost). V pozdních fázích stáří pak nastupují změny v psychice člověka, které souvisejí s prohlubováním závažnosti některých onemocnění, nesoběstačnosti a v neposlední řadě také s přípravou na smrt.

Záleží na každém jedinci, jak ke stárnutí přistoupí. Za optimální je považován model well-being, který směřuje k navození stavu pohody ve všech oblastech života. Úspěšné stárnoucí lidi poznáme podle jejich tělesné a duševní zdatnosti, podle sociálních vztahů, podle nálady a samozřejmě podle zdraví. Úspěšně stárnoucí člověk má zájem o dění kolem sebe a vyhledává možnosti dále se vzdělávat, dozvídat se něco nového (Čeledová a Čevela, 2017).

Čeledová a Čevela (2017) uvádí fakt, že slovo stáří a starý člověk se stává tabuizovaným a není vhodné ho užívat. Lepší je používat slovo **senior, seniorka**. Problém je, že pojem senior není v České republice legislativně ukotven. I přesto se velmi často používá. Dvořák (2018, online) na stránkách Senioři České republiky, napsal sdělení, že Svaz důchodců České republiky změní svůj název na Senioři České republiky. Pojem „důchodci“ se zamění za modernější, a dnes více užívaný termín „senioři“. V článku dále rozebírá potřebu právního zakotvení termínu senior. *„Pojem „senior“ se v naší společnosti zažil. Je používán médii, politiky, v obecném jazyce a komunikaci atd. Máme domy pro seniory, projekty pro seniory, máme leccos pro seniory. Jen nevíme, kdo to ten senior je! Bylo by proto dobré a žádoucí, kdyby byl přijat jednoduchý a logický zákon, který by tento pojem definoval. Seniořem by měl být každý občan, který splnil podmínky pro nabytí starobního důchodu stanovené legislativou České republiky. Bez ohledu na věk a bez ohledu na to, zda starobní důchod pobírá či nepobírá.“*

Cieslar, tiskový mluvčí ČSÚ (2012, online), v tiskové zprávě též informuje, že definice seniora je nejednotná a není právně ukotvená. Pojem senior je spíše kategorií sociologickou, než právní či statistickou. Statistická definice není u nás ani jinde ve světě jednotná. Nejčastěji se za seniora bere osoba, která patří do věkové skupiny 65 a více let. V demografických, ekonomických i sociálních statistikách je nejčastější členění 0-14 let, 15-64 let a 65 a více let. Toto členění je vymezeno v souladu s obecnými zvyklostmi užívanými OSN i Eurostatem. Používá se pro výpočet ukazatelů jako je index stáří a index závislosti tak, aby bylo možné mezinárodní srovnávání.

V dokumentu Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025 (MPSV, 2019, online) je uvedeno, že stárnutí společnosti je fenomén, který bude vyžadovat změnu v chápání toho, **kdo je to senior**. Představy, které doposud o stárnutí a lidech v určitém věku panují, jsou často zastaralé a nerespektují fakt, že dnešní senioři představují velmi heterogenní skupinu, která tvoří přes dva miliony osob. Tento dokument za seniory považuje osoby starší 60 let. Tato hranice je dána vzhledem k zaokrouhlenému průměrnému věku přiznání starobního důchodu, který v roce 2017 činil 61,7 let.

Vymezení pojmu senior je z uvedených důvodů značně obtížné. Označení je v naší společnosti již hodně zažitá a používá se všude, ale je velmi nejednotné, zejména díky tomu, že nemá jasnou právní definici.

1.2 Periodizace stáří

Nelze přesně stanovit věk, kdy se jedinec stane starým, hranice stáří není jednoznačně určena a závisí na řadě faktorů. Někdo je pracovně a sociálně aktivní do velmi vysokého věku a jiný se kvůli zdravotním problémům musí vzdát zaměstnání, koníčků, apod. Jak moudře uvádí Mühlpachr (2005) periodizace stáří je velmi obtížná, jelikož stáří provází mnoho změn, které se vzájemně prolínají, u každého jedince nastupují jindy, a každý k nim přistupuje jinak. Slepíčka, Mudrák a Slepíčková (2015) připomínají, že stáří se tradičně rozlišuje na kalendářní, biologické a sociální.

Biologické stáří nastupuje s involučními změnami a poklesem zdraví. Dle Slepíčky, Mudráka a Slepíčkové (2015) však neexistují přesná kritéria pro jeho stanovení. Biologické stáří je hodně individuální, ovlivněné předchozím způsobem života, genetickými předpoklady, životními podmínkami a prodělanými chorobami. Projevuje se snížením výkonnosti, somatickými změnami těla a jeho funkcí (úbytkem svalové hmoty, snížení zdatnosti atd.) a souvisí se subjektivním vnímání těchto změn. Křivohlavý (2011, s. 19) k tomu dodává, že biologickému stárnutí byla a stále je věnována velká pozornost. Zkoumá se, jak celý komplex biologických jevů formuje člověka v průběhu jeho života, i to, jak tyto biologické jevy mění patologicky v průběhu života svou funkci. *„Stárnutí samo o sobě není chorobnou změnou ale normálním biologickým pochodem.“*

Kalendářní nebo chronologické stáří je posuzováno podle času coby fyzikální jednotky, proto ho lze jednoznačně určit. Využívá se zejména v demografii při popisu poznatků o určitých věkových skupinách, tedy i o starší populaci. Jedná se ovšem jen o rámcové vymezení, nepostihuje individuální znaky jedince a jeho života. Nepřihlíží ani k ontogenetickým rozdílům mezi muži a ženami. Periodizace slouží zejména k orientačnímu odhadu potřeb, rizik a nároků u osob určitého věku. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoduchost a snadné srovnání. V roce 1980 byla na doporučení Světové zdravotnické organizace přijata dohoda o věkové kategorizaci. Opírá se o patnáctileté periody lidského života a za hranici stáří označila věk 60 let. Z hlediska věkové struktury byla hranice mezi produktivní a poproduktivní částí populace v posledních letech posunuta z 60 let na 65 let. Stalo se tak kvůli zvýšení naděje na dožití a schopnosti žít delší dobu aktivně, bez zdravotních potíží a bez závislosti na jiných (Slepíčka, Mudrák a Slepíčková, 2015; Žumárová, 2012).

Ve věkové kategorizaci stáří tudíž nacházíme dvě základní členění. Jedno udává WHO (Světové zdravotnická organizace) a druhé AGS (Americká geriatrická společnost). Mrázková et al. (2016) pak představila jejich základní rozdíly. Světová zdravotnická organizace využívá patnáctiletou periodizaci a za hranici stáří považuje věk 60 let. Stáří člení do 3 věkových skupin: rané, vlastní a dlouhověkost.

- 60-74 let – rané stáří
- 75-89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost

Americká geriatrická společnost využívá desetiletou periodizaci a za hranici stáří považuje věk 65 let. Stáří člení do 4 věkových skupin: mladší stáří, stáří, velmi staří a dlouhověkost.

- 65-74 let – mladší stáří (young-old)
- 75-84 let – stáří (old-old)
- 85-94 let – velmi staří (oldest-old)
- 95 let a více - dlouhověkost

Mühlpachr (2005) dodává k tomuto členění krátkou charakteristiku. U mladších seniorů dominuje problematika adaptace na odchod do důchodu, spousta volného času, a s tím spojené aktivity a seberealizace. U starých seniorů jsou hlavními znaky změna funkční zdatnosti, specifické nemoci a atypický průběh chorob. U velmi starých seniorů na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení.

Sociální stáří je spojeno s rozličnými životními změnami, které se k vyššímu věku váží. Jde např. o odchod do důchodu, odchod dětí z rodiny, úmrtí partnera, ztráta životní perspektivy, přijetí role seniora, u něhož nastupují různé choroby apod. Lze říci, že člověk je starý ve chvíli, kdy je za starého považován ostatními členy společnosti. V posledních letech se hranice sociálního stáří ve srovnání s minulostí oddálila. Důvodem je zvýšení hranice odchodu do důchodu a lepší zdravotní péče umožňující být dlouho pracovně produktivní. Na posunu hranice se dále podílí změna životního stylu, kde významnou úlohu hraje volný čas, který nabízí prostor pro seberealizaci a uplatnění i po odchodu do důchodu. Toto je pochopitelně možné za předpokladu, že jsou lidé dostatečně ekonomicky zajištěni a mohou si služby a výrobky zpříjemňující volný čas dovolit (ERA, 2012, online; Slepíčka, Mudrák a Slepíčková, 2015).

Sociální stáří dnes může trvat dlouho, i více jak 30 let. Tradičně se člení do 2 velkých období, na třetí a čtvrtý věk. V tomto členění se notně odráží realita stáří.

Třetí věk - zahrnuje plně soběstačné seniory, žijící nezávislý a aktivní život. Někteří z nich ještě chodí do zaměstnání a jiní jsou již v důchodu. Přijímají nové role a nalézají nová uplatnění v osobním, sociálním i občanském životě. Ve třetím věku se hodně bilancuje, ptá se na otázky smyslu života, začíná se pátrat po trvalých hodnotách a kriticky se hledí na dosavadní počínání. Je to čas výzvy a šance pro duchovní růst. Vstup do třetí fáze života provází hodně radikálních změn. Můžeme je rozdělit na dvě etapy. První je rozloučení se s předchozí etapou, tedy produktivním věkem a další fází je hledání a najetí smyslu další fáze života, která právě začíná (Křivohlavý, 2011; Slepíčka, Mudrák a Slepíčková, 2015).

Čtvrtý věk - již provází rozvrat integrity jedince, funkční nedostatečnost. Senior je z větší části v uspokojování základních životních potřeb závislý na jiných. Toto období je spojeno s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem, kumulací různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Míra závažnosti zátěže závisí na osobnosti jedince, na jeho hodnotovém systému a zkušenostech, ale i na aktuálním psychickém a somatickém stavu. Někdy může být stáří čtvrtého věku navozeno nevhodnými prostorovými podmínkami, kde např. chybí bezbariérovost. Jindy třeba naučenou závislostí či bezmocností, kdy senior odmítá aktivní přístup k péči o sebe (Slepíčka, Mudrák a Slepíčková, 2015; Vágnerová, 2012).

Hodně se odlišují názory na to, kdy začíná třetí a kdy čtvrtý věk. Mnozí ztotožňují počátek třetího věku s kalendářním věkem 65 let. Petrová Kafková (2013) však hovoří o těžké stanovitelnosti jak vstupu do třetího věku, tak i přechodu mezi třetím a čtvrtým věkem. První pohled vychází ze struktury populace. Třetí věk nastává ve věku 70-80 let a čtvrtý ve věku 80-85 let, tj. věk, kdy je naživu ještě polovina věkové kohorty – jedinců, kteří nezemřeli v mladém věku. Druhý pohled je z pohledu jedince. Třetí věk představuje období v letech 50-74 a čtvrtý věk začíná na hranici 75 let, což odpovídá medicínskému přístupu. Přechodová hranice mezi třetím a čtvrtým věkem se určuje velmi těžko, jelikož je u každého seniora individuální. Závisí na genetickém potenciálu, zdravotních a psychických předpokladech, i na sociokulturním prostředí jedince.

1.3 Demografické stárnutí populace

Demografie je definována jako věda o obyvatelstvu. Zkoumá populační jevy a procesy související s reprodukcí obyvatelstva. Sleduje jeho počet, strukturu a vývoj. Základní informace o obyvatelstvu v České republice zveřejňuje Český statistický úřad. Zdrojem informací je sčítání lidu, které se provádí v desetiletých intervalech. Poslední bylo provedeno v roce 2011. Z výsledků demografických šetření je vidět, jak se populace a její struktura v posledních desetiletí změnila. Ve všech vyspělých zemích dochází k nárůstu osob vyššího věku. **Stárnutí populace** lze chápat jako společenský a medicínský úspěch. Vysokého věku se díky úspěšné léčbě dožívají lidé, kteří by dříve zemřeli předčasně, např. díky kardiochirurgickým operacím, transplantaci orgánů, aj. (Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015; Čeledová a Čevela, 2017).

Česko se řadí mezi země s regresivním typem věkové struktury, v populaci převažuje post-reprodukční složka obyvatelstva nad dětskou. Věková struktura se neustále mění. Dle posledních dostupných údajů z roku 2018 se populační vývoj v posledních letech nese v duchu růstu. **Celkový počet obyvatel** na konci roku 2018 překlenul hranici 10,6 milionu, což je nejvíce od konce druhé světové války. Nárůst obyvatel je dán zejména zahraniční migrací. Obyvatel přibývá hlavně ve skupině lidí starších 65 let. Meziročně se **počet seniorů** zvýšil o 3 %, na 2,09 milionu, což je v tomto případě doposud nejvyšší hodnota. Dle prognózy ČSÚ se do roku 2030 počet seniorů zvýší na 2,4 milionů a do roku 2050 na 3 miliony. **V relativních číslech to znamená, že v roce 2018 byl každý pátý člověk starší 65 let, v roce 2030 to bude každý čtvrtý a v roce 2050 to bude každý třetí člověk.** Naopak ubývá lidí v produktivním věku a dle analýzy Českého statistického úřadu by se měl podíl osob v produktivním věku do počátku roku 2050 snížit ze současných 65,0 % na 56,5 % (Křesťanová, 2018, online; ČSÚ, 2020, online).

V populačním vývoji Česka lze zřetelně vidět **trend stárnutí populace**. To se projevuje nejen zvyšováním podílu osob ve věku 65 a více let, ale také zvyšujícím se průměrným věkem obyvatel a růstem hodnot ukazatelů, jako jsou index stáří a index ekonomické závislosti. Mezi další demografické změny, které ovlivňují stárnutí populace, patří pokles počtu dětí na celkové populaci a zvyšování střední délky života neboli naděje dožití (Křesťanová, 2018, online; Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015).

Od počátku 80. let **průměrný věk obyvatel** postupně narůstá. V roce 2018 se zvýšil o jednu desetinu na 42,3 roku (u žen na 43,7 let a u mužů na 40,9 let), a byl tak o dva roky vyšší než v roce 2008. Do roku 2050 by se měl podle projekce ČSÚ zvýšit až na 46,3 roku. **Index stáří**, který porovnává vzájemný počet závislých složek populace, tj. dětí a seniorů, se neustále zvyšuje. V roce 2001 připadalo na sto dětí do 15 let věku 87 seniorů, v roce 2018 již 122 a v roce 2050 by jich mělo být 193. Zvyšují se také hodnoty **indexu ekonomické závislosti**, jež závislé skupiny obyvatelstva vztahují k osobám v produktivním věku. Podle klasického modelu jsou za produktivní část populace brány osoby ve věku 15–64 let a v roce 2018 se za posledních 10 let index závislosti zvýšil ze 40,4 na 53,8 závislých osob na 100 osob v produktivním věku. Z toho vyplývá, že na osoby v produktivním věku připadá stále více závislých osob (ČSÚ, 2020, online; Křesťanová, 2018, online).

Pokles podílu dětí na celkové populaci je faktor způsobující stárnutí populace. Zároveň je to obecně alarmující jev ve srovnání hospodářsky rozvinutých zemí se zeměmi méně rozvinutými, kde počet narozených je i několikanásobně vyšší. V současné konzumní společnosti je pro mnoho lidí prioritou dobrá životní úroveň a náklady na děti jsou považovány za omezení jak materiální, tak i časové. Mezi další faktory poklesu porodnosti je nejistota udržení práce, zajištění adekvátního bydlení a posouvání mateřství do vyššího věku. Ukazatelem, který vypovídá o věkovém vývoji populace je **úhrnná plodnost**. Vyjadřuje průměrný počet potomků na jednu ženu v reprodukčním věku. Pro udržení počátečního stavu je adekvátní hodnota 2,1 (Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015). Z aktuálních údajů ČSÚ vyplývá, že za posledních 7 let úhrnná plodnost rostla až na současných 1,71 dítěte na ženu. V letech 1994 až 2011 se úhrnná plodnost držela pod hladinou 1,5 dítěte na jednu ženu, což je považováno za hranici „nízké“ plodnosti. Avšak žádoucí hodnoty k prosté reprodukci populace 2,1 let nedosahujeme, a tudíž ani současná úroveň plodnosti v dlouhodobém pohledu nezajišťuje reprodukci populace (ČSÚ, 2020, online).

Střední délka života neboli naděje dožití je dalším ukazatelem, který dokládá trend stárnutí populace. **Naděje dožití** udává v průměru, kolik let má před sebou osoba v daném věku. Obvykle se používá ukazatel **naděje dožití při narození**. Udává počet let, kterých se průměrně dožije právě narozený člověk. V České republice se naděje dožití každým rokem o něco zvyšuje, za posledních 15 let se zvýšila u mužů o 4,1 let a u žen o 3,6 let. V roce 2018 naděje dožití při narození meziročně vzrostla o 0,1 roku, u mužů na 76,1 let, u žen na 81,9 let (MPSV, 2019, online; ČSÚ, 2020, online).

Podle věku se bude nejnápadněji měnit **seniorská populace**. V roce 2001 tvořil její procentuální podíl 13,9 % celkové populace, v roce 2018 narostl na 19,2 % a v roce 2050 by měl představovat až 28,6 %. Počet a podíl osob seniorského věku se ale nemění jen jako celek, proměňuje se též věková struktura uvnitř této složky. Nejpočetnější věkovou skupinou v seniorské populaci je stále nejmladší skupina ve věku 65-69 let. Tvoří třetinu všech seniorů. Za posledních 10 let však nejvíce posílila věková skupina seniorů nad 90 let. Její procentuální zastoupení v seniorské populaci se zvýšilo z 1,4 % na 2,4 %. Při porovnání údajů za posledních 30 let můžeme konstatovat, že nejdynamičtěji přibýlo právě nejstarších seniorů. Počet osob ve věku 90–94 let se za posledních 10 let téměř zčtyřnásobil a osob nad 95 let je dokonce až 4,6 krát více. Procentuální zastoupení nejstarších dvou skupin v seniorské populaci zůstává však dlouhodobě velmi nízké. Zastoupení seniorů ve věku 90–94 let se pohybuje mezi 1,0 až 2,5 % a nad 95 let pouze 0,2 až 0,4 % (Křest'ánová, 2018, online).

Dochází tak ke stárnutí populace a tento trend by měl pokračovat i v následujících dekadách. Dle prognózy ČSÚ bude **v roce 2050 ve věkové kategorii nad 65 let každý třetí obyvatel České republiky a ve věkové kategorii 80+ každý jedenáctý obyvatel ČR** (Křest'ánová, 2018, online; ČSÚ, 2020, online).

Rodí se méně dětí, a to společně s prodlužováním života mění podíl zastoupení dětské a seniorské populace. Tento trend se očekává i v příštích 50 letech a je proto nutné uvažovat o ekonomických souvislostech na straně seniorů i společnosti. Změny podílu ekonomicky aktivní populace a seniorské populace na celkovém počtu obyvatel, vyvolává potřebu úprav penzijních a sociálních systémů. Demografické stárnutí populace bude představovat vyšší potřebu i spotřebu péče. Zvyšováním věku narůstá i počet osob, které trpí onemocněními provázející stáří. V budoucnu bude situace nárokovat vyšší náklady na zdravotní a sociální péči, a porostou také výdaje na důchody (Čeledová a Čevela, 2017; Gabalec, Čáp, 2015).

1.4 Aktivní a zdravé stárnutí

Aby pro společnost i pro seniory samotné nepředstavovalo stárnutí příliš velký problém, hledají se způsoby, jak se s touto periodou života úspěšně vypořádat. Vyvíjí se různé strategie usilující o zvýšení individuální pohody seniorů, a zároveň je snaha snížit sociální a zdravotní péči spojenou se stárnutím (Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015).

Světová zdravotnická organizace reagovala na problematiku celosvětového populačního stárnutí konceptem **aktivního stárnutí**, který byl přijat koncem devadesátých let 20. století. Dle Manuálu aktivního stárnutí (ERA, 2012, online) se jedná o koncept přístupu ke stáří a seniorům, který vyjadřuje potřebu změny v otázkách začleňování seniorů do společnosti. Za hlavní změnu je považováno prohloubení vztahu široké společnosti k seniorům ve smyslu respektování jejich práv a hodnot jako jsou důstojnost, nezávislost, seberealizace a účast na životě společnosti. Jestli chceme, aby stárnutí bylo pozitivní zkušeností, pak musí být provázáno s rovnými příležitostmi ke zdraví, bezpečí a účasti všech lidí. Aktivní stárnutí se snaží seniorům poskytnout možnost začlenění do společnosti dle jejich potřeb, přání a možností, dále usiluje o poskytování ochrany, bezpečí a péče, a na závěr se jim snaží umožnit žít ve fyzické, psychické i sociální pohodě. V tomto kontextu slovo „aktivní“ znamená nejen schopnost být fyzicky aktivní, ale hlavně schopnost účastnit se společenského, ekonomického, kulturního, duchovního i občanského dění.

Čeledová a Čevela (2017) připomínají, že model aktivního stárnutí se týká celých skupin obyvatelstva, ne pouze jednotlivců. Důraz je zde kladen na mezigenerační solidaritu, která přispívá k lepší psychické a sociální stránce jednotlivce. Hlavním cílem aktivního stárnutí je zlepšení kvality života stárnoucí populace. Snaží se zapojit seniory do sociálních, kulturních ekonomických a občanských aktivit. Tímto konceptem by mělo docházet k obratu v chápání stárnutí – senioři mohou aktivně ovlivňovat své životní podmínky namísto toho, aby byli pouze pasivními příjemci. Aktivní stárnutí je založeno na 3 pilířích:

- Zdraví – pomocí prevence snížit nárůst chronických onemocnění a předčasných úmrtí
- Bezpečnost – zajistit bezpečí a důstojnost osobám vyššího věku
- Participace – vytvořit podmínky pro celoživotní učení a vzdělávání

Důležité body modelu aktivního stárnutí obsahují dokumenty Evropské komise. Dále jsou realizovány prostřednictvím národních programů a plánů, které jsou pravidelně aktualizovány. Česká republika se též zapojila do programu aktivního stárnutí občanů. Mezi lety 2013-2017 probíhal Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí. Na Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 navazuje **Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019 – 2025**. Jejím účelem je formulovat strategický přístup k přípravě společnosti na stárnutí, což je ze své podstaty průřezovou agendou. Zahrnuje různé oblasti života jedince i společnosti, a tudíž i různé oblasti veřejných politik. Strategie by měla reagovat na problémy, které se týkají dnešních seniorů, ale rovněž by měla formulovat opatření přípravy na stárnutí společnosti jako celku a obsáhnout obyvatele všech věkových kategorií. Strategie se konkrétně zabývá socioekonomickou a demografickou analýzou, kde jsou mimo jiné projednány témata jako finanční zajištění ve stáří, bydlení, zdraví a prevence, prevence sociální izolace, podpora mezigeneračních vztahů, diskriminace atd. (Čeledová a Čevela, 2017; MPSV, 2019, online).

Termín aktivní stárnutí je tedy v podstatě označení pro přípravu společnosti na populační stárnutí a lepší začleňování seniorů do společnosti. Pak zde ale existuje ještě další pojem a to zdravé stárnutí. Macháčová a Holmerová (2019) uvádějí, že cílem **zdravého stárnutí** dle Světové zdravotnické organizace je rozvoj a udržení funkčních schopností, které umožní pohodu a kvalitní život ve vyšším věku. Základní rámec zdravého stárnutí se soustřeďuje na udržení vitality, tj. dobrého a zdravého stárnutí a dobrého funkčního stavu v průběhu celého života, nejen ve stáří. Zdravé stárnutí představuje komplexní návod k tomu, jak co nejvíce posílit funkční schopnosti starších lidí, aby mohli vést co nejdéle samostatný život podle svých hodnot a preferencí. MPSV (2019, online) připomíná skutečnost, že zdravotní problémy provázejí přibližně poslední pětinu života. Z údajů v ČR vyplývá, že muži prožijí 13,4 let s nějakou zdravotní indispozicí a ženy, které se obecně dožívají vyššího věku, až 18,1 let.

Světová zdravotnická organizace vydala na základě analýzy dosud existujících vědeckých důkazů doporučení, jak je možné co nejefektivněji ovlivnit nejzávažnější problémy a zlepšit zdravotní stav a kvalitu života stárnoucí populace. V roce 2017 publikovala **Globální strategii a akční plán pro stárnutí a zdraví**. Zdůrazňuje zde, že zdraví a životní styl nejsou výsadou žádné specifické životní etapy, ale jsou významné v průběhu celého života. Prodloužení lidského věku přináší nové příležitosti, ale možnost jejich využití je dána zdravím. Globální strategie vytváří politický mandát

pro aktivity jednotlivých členských zemí, které by měly zajistit svým občanům co nejdělsí a nejzdravější život. Strategie si k tomu vytyčila 5 základních cest, jak tohoto cíle dosáhnout:

1. Zvýšit zájem jednotlivých zemí zajistit občanům lepší a zdravější stárnutí,
2. Vytvořit prostředí přátelské lidem každého věku,
3. Vytvořit systém péče o zdraví, který bude lépe odpovídat potřebám stárnoucí populace,
4. Vytvořit udržitelný a spravedlivý systém dlouhodobé péče,
5. Zlepšit informační systém, sběr a zpracování dat o zdraví a zdravotní péči, a zapojit starší lidi do všech rozhodovacích procesů, které se jich týkají.

Strategie je východiskem pro Dekádu zdravého stárnutí 2020-2030. Vychází ze skutečnosti, že největší hrozbu pro seniory představují s věkem související poruchy sluchu, zraku, hybnosti a zdravotní problémy jako je demence, kardiální onemocnění, cévní mozkové příhody, chronická respirační onemocnění, artróza a diabetes. Dále považuje za důležité v co největší míře omezit s věkem související úbytek funkčních schopností a prosazovat zásady zdravého stárnutí. Tento inovativní model má potenciál zásadně ovlivnit způsob, kterým se ubírá klinické uvažování. Nahradit postoje zaměřené na diagnózy za postoje zaměřené na funkční stav a kvalitu života (Macháčová a Holmerová, 2019).

Nakonec krátké shrnutí. Rozdíl mezi aktivním a zdravím stárnutím je po přečtení předchozích odstavců jasný. Aktivní stárnutí je koncept, který připravuje a upravuje podmínky ve společnosti pro lepší život seniorů. Zdravé stárnutí je naproti tomu koncept, který se snaží o rozvoj a udržení funkčních schopností seniorů, který jim umožní ve stáří lepší život. Kromě definic zde byly představeny nejdůležitější koncepční dokumenty a strategie týkající se aktivního a zdravého stárnutí. Čeledová a Čevela (2017, s. 475) závěrem uvádí krásné motto Světové zdravotnické organizace: „*Jde nejen o to, přidat léta životu, ale i přidat život létům.*“

2 Kvalita života seniorů

Každý člověk o svém životě nějak uvažuje a subjektivně ho hodnotí, snaží se tak vyjádřit jeho kvalitu. **Kvalita života** má mnoho definic a pohledů. Je to velice široký a nejednoznačně definovaný pojem. S jistým zjednodušením lze říci, že koncept kvality života má dvě hlediska, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života vychází z jedincova vnímání svého postavení ve společnosti a souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita života pak znamená naplnění požadavků, které se týkají materiálních a sociálních podmínek života a fyzického zdraví. Zahrnuje položky jako sociální podmínky života, materiální zabezpečení, sociální status a fyzické zdraví (Ondrušová, 2009; Žumárová, 2012).

Existují 3 odlišné pohledy na kvalitu života, a to z pohledu medicíny, psychologie a sociologie. Pro medicínský pohled je důležitý pojem zdraví a nemoc. Tento pohled vychází z definice Světové zdravotnické organizace, podle níž je kvalita života definována jako *„jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“* (Antošová a kol., 2016, online).

Žumárová (2012) pak sumarizuje psychologický a sociologický pohled. Z psychologického pohledu jde především o subjektivní pohodu jednotlivců a spokojenost s vlastním životem. Ze sociologického hlediska jde zejména o životní styl a životní podmínky společnosti, např. sociální status, majetek, vzdělání, rodinný stav apod.

Kvalitu života tudíž můžeme vymezit jako koncepci, která vychází především ze subjektivní spokojenosti s vlastním životem na základě vlastních očekávání, představ a přesvědčení. Odráží jak materiální podmínky, tak i sociální vztahy a okolnosti, ve kterých člověk žije. Ondrušová (2009) pak připojuje přehled možných **měření kvality života** se zaměřením na kvalitu života ve stáří, která zahrnuje více dimenzí. Kvalita života se nejčastěji zjišťuje pomocí dotazníků a strukturovaných rozhovorů. Na podnět Světové zdravotnické organizace vznikla na počátku 90. let mezinárodní pracovní skupina WHOQOL - World Health Organization Quality of Life s cílem vyvinout dotazníky pro měření kvality života. Tato pracovní skupina, složená ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa, vytvořila dotazník o 100 položkách

WHOQOL-100, který zjišťuje kvalitu života v 6 oblastech - fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita. Pro potřeby klinické praxe byl dotazník zkrácen na 26 položek a prioritně zkoumá 4 oblasti - fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. U nás se od poloviny 90. let měřením kvality života zabývá Psychiatrické centrum v Praze. Zde byla validizována česká verze dotazníku WHOQOL-100 i jeho zkrácená verze. Pro seniory byl vyvinut mezinárodně srovnatelný Dotazník kvality života pro starší populaci - WHOQOL-OLD. Dotazník zkoumá, jaké faktory příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří, a hodnotí 6 oblastí, které jsou důležité pro osoby vyššího věku: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, postoj ke smrti a umírání a intimitu. Dotazníky kvality života jsou určeny zejména pro klinické studie, pomoci ale mohou rovněž lékařům. Jejich struktura může posloužit jako osnova při rozhovoru o problémech, které lékař při běžném vyšetření nezjišťuje.

Pro **mezinárodní srovnávání kvality života** seniorů jsou nejčastěji používány indexy stárnutí. Antošová a kol. (2016, online) nicméně upozorňují na fakt, že v ČR je velmi obtížné shromáždit potřebná data, tedy vstupy do uvedených indexů, a není proto možné, aby MPSV mohlo tyto indexy běžně využívat. Čeledová a Čevela (2017) poté představují index aktivního stárnutí, což je nejvíce využívaný nástroj, který hodnotí kvalitu života seniorů v členských státech EU. Zahrnuje čtyři dimenze: zaměstnanost ve vyšším věku, participace na společnosti, nezávislý život seniorů a prostředí podporující aktivní stárnutí. Výsledky ukazují, jak si evropští senioři stojí v jednotlivých kategoriích a jaké jsou možnosti zlepšení. Česká republika se pohybuje se skórem 34,4 mírně nad evropským průměrem. Na předních příčkách je Švédsko a Dánsko, a nejhůře jsou na tom východoevropské země.

V následujících kapitolách jsou uvedené **faktory, které kvalitu života seniorů nejvíce ovlivňují**. Zahraniční literatura (Jones, Fitzpatrick a Rogers, 2012) za nejvýznamnější faktory ovlivňující kvalitu života seniorů považuje fyzikální změny spojené se stářím - chronická onemocnění, bolest, nespavost, postižení a pokles funkčních schopností, dále stres a změny, ztráty, rodinné vztahy, osamělost, sociální izolaci a vliv společnosti.

Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů jsou následně členěny na biologické a psycho-sociální, v souladu s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci.

Mezi **biologické faktory** je řazena genetika, věk, pohlaví, a samozřejmě zdraví a zdravotní stav. Genetické faktory budou zmíněny jen okrajově, jelikož patří spíše do oboru medicíny. Věk samotný je faktor, který stárnutí a stáří velmi ovlivňuje. Vyšší věk s sebou nese riziko jistých onemocnění, ale jak tvrdí např. Ondrušová (2009) stáří se nerovná nemoci. I přesto s vyšším věkem roste počet zdravotních a funkčních problémů. Stárnutí mužů a žen se v ledasčem odlišuje, a proto je pohlaví také faktor, který musí být zmíněn. Za hlavní biologický faktor je označován zdravotní stav seniora. Je to logické, jelikož zdraví je jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. O fyziologickém stárnutí seniorů je napsaná spousta publikací. Práce se proto zaměřila hlavně na psycho-sociální faktory a fyzické zdraví seniora je zde pouze shrnuto.

Mezi **psycho-sociální faktory** se řadí spousta faktorů. Z psychologických jde zejména o osobnost jedince, jeho individuální charakteristiky a schopnost adaptace na změny. Stárnutí ale současně provázejí fyziologické změny v kognitivních schopnostech – věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí a možný výskyt demence či deprese. Ondrušová (2009) tvrdí, že ve stáří je jedním ze závažných rizikových faktorů postupné ubývání samostatnosti a narůstání závislosti. Mezi její nejčastější příčiny patří nízký důchod, špatné bytové podmínky a nemožnost nebo neochota pomoci ze strany rodiny. Právě rodina a dobře fungující vztahy představuje pro většinu seniorů zdroj radosti, jistoty a bezpečí. Jančová a Kohlíková (2007) se zabývají vlivem zlomových událostí vyššího věku, jako je osamostatnění dětí, vnoučata, menopauza, odchod do důchodu, úmrtí partnera. Ondrušová (2009) dodává, že ztráta životního partnera patří k nejtěžším zkouškám v životě staršího člověka, a může vést k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Osamělost představuje pro seniora psychickou zátěž a ztrátu jistot. Někdy může vystupňovat v úzkosti, depresivitu a somatizaci. Důležitým faktorem je odchod do důchodu. Ten s sebou nese spoustu změn a pokles životní úrovně. Vůbec psychicky nejnáročnějších situací je pro seniora situace, kdy musí odejít do ústavního zařízení. Tam je nucen přizpůsobit se novým podmínkám, je ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem, a tzv. „syndromem poslední štace“.

Mezi faktory, které nejvíce ovlivňují kvalitu života seniorů, patří především **zdraví a zdravotní stav, osobnost jedince a jeho schopnost adaptace, psychické a duševní zdraví, soběstačnost, rodina a mezilidské vztahy, hmotné zabezpečení, zdravotní a sociální služby, ageismus** a pak **zlomové události vyššího věku**, které často mohou vést k osamělosti či depresi.

2.1 Biologické faktory

Po biologické stránce je proces stárnutí spojený s poškozením na úrovni molekulární a buněčné. Časem tato poškození vedou k poklesu fyziologických rezerv a zhoršení kondice jedince. Proces stárnutí se pojí s degenerativními změnami v mnoha orgánových systémech. Rozsah těchto změn závisí na genetice, přítomnosti jiného onemocnění, životním stylu, ale i na socioekonomických, environmentálních a dalších faktorech. Zvyšováním věku zároveň dochází k častějšímu výskytu nemocí, které ve svém důsledku vedou ke smrti organismu (Gabalec, Čáp, 2015; Výška, Kubešová, 2018). V této kapitole proto bude pozornost věnována zejména zdraví, zdravotnímu stavu seniora a onemocnění, která se v tomto období nejčastěji vyskytují. Z ostatních biologických faktorů musíme zmínit genetiku, věk a pohlaví.

Při zkoumání biologické povahy stárnutí je potřeba zaměřit se na **genetiku**. Brdlička (2009) totiž tvrdí, že proces stárnutí má své genetické podmínky. Ovlivňuje ho celá řada genů, které bylo možno vysledovat při zkoumání a analýze syndromů předčasného stárnutí. Proces stárnutí je možné sledovat jak na úrovni jednotlivých buněk, tak i organismů jako celku. Oba procesy spolu úzce souvisí. Otová, Kalvach a Šnejdrlová (2006) podotýkají, že zkoumání v oblasti genetické povahy stárnutí se dnes odehrává převážně na molekulární úrovni. Zkoumá se především vztah mezi genotypem, demografickými a funkčními parametry, jako je délka života a funkční zdatnost ve stáří, a vlivy prostředí. **Molekulární gerontologie** je dynamická vědní oblast, která nabízí lepší pochopení mechanismů stárnutí, a zároveň možné výstupy do klinické diagnostiky a terapie.

Věk je jistě faktor, který se stárnutím souvisí, je však vysoce individuální a variabilní. Procesy stárnutí a stáří mohou, ale nemusejí korelovat s chronologickým věkem. Ve vyšším věku je častější výskyt chronických onemocnění. Často se také vyskytuje multimorbidita, tzn. současný výskyt několika chorob, které vyžadují dlouhodobou léčbu a ošetrovatelskou péči. Dnešní dokonalejší diagnostické metody umožňují lépe odlišit fyziologické stárnutí od chorob stáří. Můžeme konstatovat, že vyšší věk je závažný rizikový faktor pro různé nemoci a zdravotní potíže, ale sám o sobě chorobou není (Čeledová a Čevela, 2017; Otová, Kalvach, Šnejdrlová, 2006).

Při výčtu biologických faktorů, které ovlivňují stárnutí a stáří nesmí chybět **pohlaví**. Muž i žena prožívají proces stárnutí trochu jinak a stárnou odlišně. To, že ženy se dožívají vyššího věku než muži, je všeobecně známá skutečnost. Ze Strategie

přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025 (MPSV, 2019, online) můžeme vyčíst, že rozdíl mezi nadějí dožití muže a ženy je přibližně 6 let. Žena má naději na dožití 82,1 let, kdežto muž jen 76,1 let. Slepíčka, Mudrák a Slepíčková (2015) dodávají, že rozdíly se postupně smazávají a tato tendence je patrná zejména ve vysokém věku. Když se muži dožijí vysokého věku, mají před sebou přibližně stejnou délku života, jako ženy. Role pohlaví hraje dále důležitou roli v samotném procesu stárnutí. Jak uvádí Novák (2019) s věkem se pohlavní rozdíly mezi muži a ženami více zvýrazňují, a to jak morfologické, tak i funkční.

Zdravotní stav je pravděpodobně nejdůležitějším biologickým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života ve stáří. Zdraví je závislé na způsobu, jakým lidé nakládají se svým životem, zda sportují nebo vedou spíše sedavý způsob života, zda chodí na preventivní prohlídky k doktorům, zda kouří, pije alkohol, nebo požívají drogy, zda se snaží držet zdravou životosprávu atd. Poté se hodně odvíjí od sociálního prostředí, roli hraje míra stresu, mezilidské vztahy i např. chudoba. V neposlední řadě jedince ovlivňuje znečištěné životní prostředí. ČSÚ (2018, online) podotýká, že se situace zhoršuje, když jsou uvedené faktory dlouhodobě v kombinaci. Velkým problémem jsou též onkologická onemocnění. V posledních 35 letech vzrostla incidence zhoubných novotvarů u mužů 1,7 krát a u žen 1,99 krát. Prevalence (výskyt diagnostikovaných onemocnění) je celkem 5,89 % osob v ČR, z toho 4,86 % mužů a 6,88 % žen.

Nemoc, která podle ČSÚ (2018, online) postihuje nejvíce obyvatel České republiky je **vysoký krevní tlak**. 23,7 % celkové populace v Česku trpí tímto onemocněním. Lidé ve věku 65-74 let mají vysoký tlak v 52,6 % a lidé ve věku nad 75 let dokonce v 58,6 %. Topinková, Berková a Richter (2014) uvádí, že vysoký krevní tlak neboli arteriální hypertenze je nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním vyššího věku, se kterým se pojí velké riziko dalších komplikací. Rozvoj hypertenze u starších osob souvisí s řadou genetických i behaviorálních faktorů, ale především s řadou cévních strukturálních změn spojených s věkem. Hlavní příčinou zvyšujícího se krevního tlaku je arteriální stárnutí tepen. ČSÚ (2018, online) upozorňuje, že státní zdravotní ústav dává toto onemocnění do souvislosti se znečištěným ovzduším.

Artróza (osteoartróza) je další velmi rozšířenou nemocí. Jde o nejběžnější formu poškození či opotřebení kloubů. Dle ČSÚ (2018, online) postihuje obzvláště nejstarší obyvatelstvo. Ve věku 65-74 let jí trpí 25,3 % seniorů a ve věku nad 75 let již 43,1 % seniorů. Kubešová a Bielaková (2019) připomínají, že osteoartróza patří

k nejčastěji léčeným pohybovým onemocněním vyššího věku se závažnými důsledky pro soběstačnost a kvalitu života seniorů. Nejvíce se vyskytuje osteoartróza nosných kloubů, případně drobných kloubů ruky. Hlavním cílem léčby je zmírnění bolesti a zachování, eventuálně i zlepšení funkce kloubu. Léčba bolesti je hlavním faktorem navracejícím soběstačnost a zlepšujícím kvalitu života seniorů s osteoartrózou.

Další velmi rozšířené onemocnění u starší populace je **cukrovka**. Cukrovka neboli diabetes mellitus je onemocnění, při kterém organismus není schopen dodat dostatečné množství inzulínu. Podle ČSÚ (2018, online) jí ve věku nad 75 let trpí více než čtvrtina obyvatel a ve věkové kategorii 65-74 let téměř pětina. ČSÚ zde nerozlišuje, zda se jedná o cukrovku I. typu, která spočívá v poškození slinivky břišní a její schopnosti vyrábět inzulín, nebo o cukrovku II. typu, kdy je inzulínu dost, ale vstup do buněk pro cukry je ucpan vlivem průmyslově vyráběných tuků. Cukrovka II. typu postihuje převážně starší obyvatelstvo, kdežto cukrovka I. typu se objevuje i u mladých pacientů. Gabalec a Čáp (2015) dodávají, že téměř polovina případů zůstává nediodagnostikována. Hlavními příčinami jsou neadekvátní strava, zvýšený podíl abdominálního tuku, fyzická neaktivita a snížení svalové hmoty. U starších jedinců je léčba komplikovanější než u mladších. Častá je zde rovněž přítomnost dalších závažných chorob.

Mezi další nemoci, které podle ČSÚ (2018, online) nejvíce postihují seniory nad 65 let, se řadí alergie, chronická deprese, astma, inkontinence, srdeční onemocnění, chronická onemocnění dolních cest dýchacích a problémy s ledvinami. Nejstarší obyvatelstvo ve věku nad 75 let postihuje kromě výše jmenovaných zejména **inkontinence** (28,3 %) a **nemoci srdce** (21,7 %). Ve větší míře tuto věkovou kategorii také ohrožuje **infarkt** nebo chronické okolnosti vedoucí k srdečnímu selhání (8,1 %) a mrtvice či chronické okolnosti vedoucí k **mrtvicí**. (7,3 %)

Macháčová a Holmerová (2019) rozpracovali ve své publikaci klíčové problémy stárnutí dle Globální strategie a akčního plánu pro stárnutí a zdraví, kterou vydala Světová zdravotnická organizace v roce 2017. Mezi hlavní **klíčové problémy stárnutí** patří zachování mobility, zraku a sluchu, problém inkontinence, předcházení pádům, zlepšení výživy a kognitivních schopností a prevence deprese. Posledním dvěma jmenovaným bude věnována pozornost v následující kapitole.

Mobilita je v pozdním věku naprosto zásadní pro soběstačnost a do značné míry určuje kvalitu života ve stáří. Je dána základními složkami tělesné kondice, především svalovou silou, flexibilitou, rovnováhou a vytrvalostí. S přibývajícím věkem je nutné

počítat s úbytkem svalové hmoty, síly i celkové kondice a bylo by ideální, kdyby si každý pro toto období vytvořil funkční rezervu a ve stáří tělesnou kondici udržoval (Macháčová a Holmerová, 2019). V průběhu stáří začíná člověk chátrat nejprve úbytkem svalů, a později se projeví také sklon k pádům a zlomeninám. Tento jev se nazývá **sarkopenie**. „*Sarkopenie je progresivní a generalizované postižení skeletálních svalů spojené s větší pravděpodobností nepříznivých událostí včetně pádů, zlomenin, fyzické nemohoucnosti a mortality*“ (Jenšovský, 2019, s. 14). Autor článku pak toto onemocnění detailně popisuje. Z klinického hlediska se sarkopenie dělí na primární a sekundární. Primární je spojena se stárnutím organismu, kde nejsou identifikovatelné další zjevné příčiny. Za sekundární je označována v případě, kdy jsou známy další příčiny – zánětlivé nemoci, orgánová selhání, snížená mobilita apod. Pokud sarkopenie není včas podchycena a léčena, tak má významné následky pro zdraví jednotlivců, a může vést k vysokým ekonomickým nákladům v sociální oblasti. Snižuje kvalitu života, schopnost samoobslužných činností, zvyšuje riziko pádů, zlomenin, poruch mobility, kognice, je častým důvodem nutnosti ústavní péče, a zvyšuje mortalitu. Autor též upozorňuje na fakt, že se termín sarkopenie nesmí zaměňovat se **syndromem křehkosti**, se kterým se úzce pojí. Syndrom křehkosti je termín pro označení geriatrického syndromu, kdežto sarkopenie je definovaná nemoc, která má přesně stanovená kritéria. Intervenční postupy jsou pro oba stavy shodné – jde zejména o podporu fyzické aktivity, proteinovou nutriční a doplnění vitamínu D.

Jedním z ukazatelů seniorské křehkosti jsou **pády**. Jak tvrdí Berková a Berka (2018) pády jsou nejčastější příčinou úrazů seniorů. Nejméně jeden pád za rok utrpí více než čtvrtina osob ve věku 65–74 let, třetina osob ve věku 75–84 let a 37 % seniorů nad 85 let. Opakovaně pak padá polovina z těch, kteří upadli alespoň jednou. Macháčová a Holmerová (2019) představují pády jako velmi diskutovanou, vědecky aktuální a zatím ne zcela vyřešenou problematiku. O jejich závažnosti svědčí četnost, ale též následky pádů, především ve vztahu k fyzickým, psychickým a ekonomickým dopadům. Pády představují komplikace pro seniora, jeho rodinu i pro poskytovatele péče. Jančová a Kohlíková (2007) tvrdí, že validní nástroj pro určení rizika pádů stále neexistuje. Nejlepší prevencí se stále jeví pohybová aktivita a úprava prostředí.

Mezi další klíčové problémy se dle Macháčové a Holmerové (2019) řadí zachování zraku a sluchu. **Zrak** je považován za nejdůležitější smyslový orgán, jelikož 80 % vnějších podnětů vnímáme právě očima. S věkem člověk ztrácí ostré vidění do všech vzdáleností, snižuje se reaktivita oka na různé podněty a snižuje se kontrastní

citlivost. Prvním projevem stárnutí je starozrakost, odborně nazývaná jako **presbyopie**. Postihuje každého okolo 45. roku a projevuje se neschopností zaostřit na blízkou vzdálenost. Mezi další častá oční onemocnění ve stáří se řadí šedý a zelený zákal nebo onemocnění sítnice oka, např. věkem podmíněná makulární degenerace. Nejlepší prevencí zachování zraku jsou pravidelné kontroly očním lékařem, a při prvních příznacích zhoršeného vidění včasné vyhledání oftalmologa. Stejně tak s postupujícím věkem fyziologicky slábne **sluch**. Nejčastější vadou sluchu ve stáří je **presbyakuze**, tedy stařecká nedoslýchavost. V sedmdesáti letech nedoslýchá asi třetina populace a v osmdesáti až polovina. Nedostatečná možnost vnímat zvukové podněty způsobuje nedostatečnou stimulaci sluchových a řečových center v mozku. V seniorském věku to může vést k sociální izolovanosti a k poklesu soběstačnosti. Prevencí jsou opět pravidelné kontroly lékařem, který při zhoršeném stavu sluchu doporučí korekci sluchadel. Některé studie ukazují, že používání sluchadel pozitivně působí na kognitivní deficit u seniorů ohrožených demencí.

Fyziologické změny ve stáří se týkají taktéž metabolických procesů, v jejichž důsledku dochází ke snížení svalové hmoty a nárůstu tukové tkáně. S přibývajícím věkem proto stoupá význam **výživy**. Nedostatečná výživa vede k riziku vzniku malnutrice neboli podvýživy, která v konečném důsledku ohrožuje kvalitu života v pozdním věku. Prevencí a léčbou je dodržování zásad správné výživy a pitného režimu. Strava by měla být pestrá a pravidelná, ale zároveň chutná, aby podporovala dobrou zdravotní kondici a přispívala k udržení dobré kvality života po co nejdelší dobu. Mezi další častý problém seniorů patří **inkontinence**, neboli samovolný únik moči či stolice. Zasahuje obě pohlaví a obvykle u člověka vyvolá pocit rozmrzelosti, odporivosti či nechuti ke společenskému životu. Je důležité se o problému nestydět mluvit. Léčba inkontinence může probíhat pomocí léků, chirurgicky nebo konzervativně. Prevencí je především posilování svalů pánevního dna a trénink močového měchýře (Macháčová a Holmerová, 2019).

Proces stárnutí provází obecně regrese organismu a všech jeho funkcí, zvýšená náchylnost k onemocnění i pádům. Mezi nejčastější onemocnění se řadí vysoký krevní tlak, osteoartróza, cukrovka a inkontinence. Zdravotní stav je velmi důležitým biologickým faktorem kvality života ve stáří, a proto je důležitá jeho prevence – pohybová aktivita, správná výživa a pravidelné kontroly u lékaře.

2.2 Psycho-sociální faktory

V této kapitole budou objasněny a stručně popsány psychické a sociální faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří. Z psychologických faktorů je stáří nejvíce ovlivněno osobností jedince, jeho individuálními charakteristikami a schopností adaptace na změny, které stáří provází. Stárnutí ale také provázejí fyziologické změny v kognitivních schopnostech – věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí. Vyšší věk je rovněž rizikovým faktorem pro řadu kognitivních poruch – výskyt demence a deprese. Sociálních faktorů je mnoho. Mezi nejpodstatnější patří odchod do důchodu, nutnost zachování soběstačnosti, sociální opora, rodina a dobré mezilidské vztahy, dále bude zmíněna důležitost hmotného zabezpečení, zdravotních a sociálních služeb, a také diskriminační role společnosti, tzv. ageismus. Nakonec nesmíme zapomenout na důležitost zlomových událostí vyššího věku, jako je např. osamostatnění dětí nebo úmrtí životního partnera, které mohou vést k osamělosti či sociální izolaci.

Prožívání stáří je u každého seniora úplně jiné a zcela individuální, vychází z osobnosti člověka, jeho životních zkušeností a povahových rysů. **Osobnost** každého jedince se vyvíjí v průběhu celého jeho života. Při stárnutí dochází ve vlastnostech osobnosti k některým změnám, nejčastěji ke zdůraznění některých povahových rysů, mohou se ale objevit i rysy nové, které se dříve nevyskytovaly. S léty se obecně zvyrazňují hlavně negativní vlastnosti člověka. Změny osobnosti ve stáří mohou, ale nemusejí souviset se samotným stárnutím, mohou být pouze reakcí na novou životní situaci. Osobnost a osobitost seniora zůstává i přes různé involuční změny ve stáří zachována pokud není přítomna nějaká závažná nemoc (Vepřeková, 2012).

Dalším důležitým psychickým faktorem je jedincova **schopnost adaptace na stáří**. Adaptace jedince na stáří je podmíněna osobností jedince a jeho schopností vyrovnávat se s novými životními situacemi a nenadálými událostmi. Ve stáří je každý jedinec konfrontován s řadou nových událostí a záleží na každém, jakým způsobem se s nimi vyrovná. Vepřeková (2012) popisuje 5 typů adaptace: **konstruktivní** – člověk je přizpůsobivý, umí navazovat vztahy a může se spolehnout na podporu okolí, **závislost** – člověk je pasivní, chce stáří prožít v klidu a spoléhá na ostatní při řešení problémů, **obranný postoj** – člověk odmítá přijmout stáří, bojí se nesoběstačnosti, jelikož byl dříve hodně aktivní, **nepřátelství** – reakce lidí nepřiliš úspěšných ve svém životě, připisují osobní selhání jiným faktorům, jsou agresivní, mrzutí a podezřívají,

často žijí v ústraní, **sebenávist** – negativně hodnotí svůj dosavadní život, trpí pocity osamělosti, lítosti a obrací nepřátelství vůči sobě.

Za nejvýznamnější psychické faktory můžeme označit **fyziologické změny v kognitivních schopnostech**. K tomu je ovšem nutné uvést, jak dodává Vepřeková (2012), že přirozená involuce nevede ke vzniku demence, intelekt zůstává dobře zachován do nejpokročilejšího stáří. S věkem sice klesá schopnost řešení nových situací, ale trpělivost, zkušenost a stálost názorů zůstává. Můžeme konstatovat, že fyziologické stárnutí mozku není provázáno závažnější kognitivní poruchou. U normálního stárnutí se často vyskytuje zhoršení paměti, jde zejména o malé detaily, které si senior nemůže vybavit – jména, data a čísla. Tento pokles paměti je označován jako **věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí**. S věkem se snižuje psychomotorické tempo a plasticita myšlení, a zpomaluje se vybavitelnost paměti. Věk je v tomto případě rizikovým faktorem řady kognitivních poruch – demence i deprese.

Poruchy paměti, chování, emotivity a vědomí se ve stáří často přiřazují k **demenci**. Kubešová (2009) udává, že výskyt demence stoupá z 5 % u seniorů ve věku 65 let na 20–25 % u seniorů ve věku 80 let. Více než polovina nemocných trpí Alzheimerovou demencí, asi 30 % vaskulárními demencemi, a pouze malou část tvoří demence sekundární a smíšené. Dle Čeledové a Čevely (2019) se demence dělí podle závažnosti na lehkou, střední a těžkou. U lehké formy je zachována soběstačnost, u střední je již nutnost jistého dohledu, a u těžké již soběstačnost není zachována vůbec. Jedinec vyžaduje krmení a péči o hygienu.

Poruchy paměti ve stáří se týkají především vstřípivosti paměti. S ní souvisí ubývající schopnost učit se novému, cizím jazykům či reagovat na změny v prostředí. Selhává u nich také chápání souvislostí a vztahů, porozumění obsahu pojmů, dříve běžně používaných. Dál se často objevují poruchy v úsudku a to do té míry, že osoba neví, co dělat dříve. Porucha se projevuje při základní činnosti jako vaření či oblékání. Mezi další patologie duševní činnosti patří poruchy orientace, kdy se osoba nedokáže vrátit do svého bytu, který před nedávnem opustila, a přitom chodí ulicí kousek od domu. Ve vyšším věku též přirozeně ubývají intelektové schopnosti, a není proto možné vyřešit matematická zadání, která v čase maturity byla zvládnutelná. Další častou poruchou paměti je neschopnost soustředění a pozornosti, která se projeví například při četbě. Při výrazné poruše senior nedokáže druhou osobu ani vyslechnout a žádá o zopakování. Velkým problémem seniorů je porucha adaptace na nové prostředí. Odloučení nebo umístění do nového prostředí je pro seniora změna, na kterou

si musí zvykat dlouho. Při chorobném průběhu stáří (těžších formách demence) dochází kromě poruch paměti navíc k **poruchám emotivity, chování a vědomí**. Poruchy emotivity se projevují emoční labilitou, kdy se jedinec neúměrně snadno rozpláče nebo se skoro bez důvodu začne radovat. Poruchy chování se dají poznat výraznou změnou v chování, senior bývá hašteřivý, používá vulgarismy, někdy i fyzickou agresi. Mezi další znaky patologického stárnutí patří sugestibilita a nerozhodnost. Senior se hůře rozhoduje mezi alternativními řešeními a nedovede adekvátně zvážit následky svého rozhodnutí. Snadno pak podléhá názoru jiné osoby. Poruchy vědomí se vyznačují halucinacemi, iluzemi a bludy. Jedinec žije v představách (Čeledová a Čevela, 2017).

Dle Kubešové (2009) právě poruchy chování, vědomí a emotivity často vedou k psychickému vyčerpání pečovatelů v domácím prostředí a k trvalému umístění nemocných do zařízení sociální péče. Hospitalizováno bývá kolem 12–14 % nemocných s poruchami chování.

Prevence proti demenci není úplně možná. K udržení duševní svěžesti je vhodná jakákoliv tělesná a duševní aktivita. Vhodná tělesná aktivita je chůze v přírodním terénu, plavání, přiměřené cvičení a společenské tance. Ještě příznivější je, když tyto aktivity probíhají ve společnosti jiných seniorů. Tím se udržují a rozvíjí sociální vztahy, které jsou ve stáří velmi důležité. Kromě tělesných a sociálních aktivit je dobré rozvíjet duševní kondici v podobě např. luštění křížovek, četby apod. Také se doporučuje cestovat, tím se cvičí prostorová orientace a adaptace (Čeledová a Čevela, 2017).

Podle Krombholze (2013) patří **deprese** ve vyšším věku vedle demencí a jejich komplikací k nejčastějším diagnózám vyžadujícím nutnost psychiatrické intervence, a mezi časté důvody hospitalizace. U pacientů vyššího věku bývá v literatuře nejčastěji uváděna 10-12% prevalence depresivní poruchy. To už je ovšem plně vyjádřená depresivní symptomatika splňující všechna kritéria depresivní fáze. Na hodnoty 15 až 25 % se dostaneme, pokud u seniorů aktivně vyhledáme depresivní příznaky, včetně neúplně vyjádřených depresivních stavů. Klinicky významné depresivní symptomy má 20-40 % starších pacientů v péči praktických lékařů, a přibližně třetina z nich prožívá plně vyjádřenou depresivní fázi. Dle Čeledové a Čevely (2019) člověk s depresí nemá o nic zájem, nic ho nebaví, nevidí v ničem smysl. Kolem sebe vidí vše špatně a nemá z ničeho radost, i když je jinak třeba i v podstatě zdrav.

„Je třeba si uvědomit, že deprese rozhodně nepatří k normálnímu stáří a i velmi staří pacienti z adekvátní léčby tohoto onemocnění výrazně profitují“ (Krombholz, 2013, s. 36).

Důležitým sociologickým faktorem a mezníkem ve stáří je **odchod do důchodu**. Jde o bezpochyby jeden z nejdůležitějších momentů v životě každého člověka. Rašticová a Bédiová (2018) uvádějí, že člověk se mentálně i sociálně stává starým dnem, kdy je jeho sociální status změněn z ekonomicky aktivního na důchodce. Odchod do důchodu provází mnoho změn, na které si senioři musí zvyknout. Jde především o změnu životního stylu, spojenou s narušením pracovního stereotypu a nadbytkem volného času. S odchodem do důchodu se mění jedincovo vnímání, chování i prožívání. Senioři se často musejí vypořádat s chybějící perspektivou a pokusit se smysluplně vyplnit všední dny. Odchod do důchodu neprobíhá ze dne na den, je to proces, kdy člověk z plného pracovního nasazení přechází do plného důchodu. Někteří senioři se často rozhodnou setrvat na trhu práce např. na zkrácený úvazek nebo se přesunou na méně náročnou pozici. Jiní se rozhodnou z plného důchodu vrátit na trh práce buďto na plný nebo zkrácený úvazek. Další se rozhodnou do důchodu odejít předčasně. Nejčastěji zmiňovaný důvod pro předčasný důchod je špatný zdravotní stav. Do brzkého důchodu mohou jít také osoby v dobrém zdraví, které se chtějí věnovat volnočasovým a mimopracovním aktivitám, dokud jim to zdraví ještě umožňuje. Příčinou odchodu do důchodu tudíž může být jak dobrý, tak i špatný zdravotní stav. Genderová role má v rozhodnutí odchodu do důchodu taktéž velký vliv. Ženy mají sklon odcházet do důchodu dříve než muži. Je to často kvůli nutnosti pečovat o blízkou osobu. V České republice je dán rozdílný věk odchodu do důchodu pro ženy a muže. Ženy odcházejí do důchodu dříve, s ohledem na počet vychovaných dětí, a muži obvykle zůstávají na trhu práce déle.

Ondrušová (2009) tvrdí, že ve stáří je jedním ze závažných rizikových faktorů postupné **ubývání samostatnosti a narůstání závislosti**. S vyšším věkem klesá počet samostatných osob. Soběstačnost je schopnost samostatné existence v daném prostředí. Pro potřeby sociální péče je důležité posoudit funkční schopnosti a soběstačnost starších osob, ne pouze diagnostikovat a léčit určitou nemoc. Jedlinská (2013) dodává, že úroveň funkčního stavu, tedy stav soběstačnosti, u seniorů ovlivňuje jejich kvalitu života významněji, než přítomnost samotného onemocnění. Proto se hodnocení soběstačnosti stává nezbytnou součástí péče o klienty ve vyšším věku. Jde zejména o to, aby senior zvládl vykonávat každodenní aktivity jako je stravování, koupání, pohyb, hospodaření s penězi atp. Změny v soběstačnosti jsou často příznakem onemocnění a mohou upozornit na potřebu institucionální péče. Mezi nejčastější příčiny závislosti patří celkové zhoršení zdravotního stavu, pády, pokles mobility, nízký důchod, špatné

bytové podmínky, nedostupnost pečovatelské služby, a stejně tak i nemožnost nebo neochota pomoci ze strany rodiny. Macháčová a Holmerová (2019) připomínají, že pro soběstačnost v pozdním věku je naprosto zásadní mobilita. Ta je dána základními složkami tělesné kondice, především svalovou silou, flexibilitou a rovnováhou. Souvislost mezi zhoršenou mobilitou a zvýšenou mortalitou byla prokázána. Do budoucna lze bohužel předpokládat ještě častější a četnější problémy související s mobilitou, když se vezme do úvahy současný sedavý způsob života, nedostatek přirozené pohybové aktivity a jednostranné zatěžování či přetěžování populace. Pro prevenci je důležitá pohybová aktivita.

Pokorná a Blažková (2012) poukazují na to, že za velmi důležitý faktor kvality života seniorů je považována **sociální síť** tvořená rodinou, přáteli, sousedy a dalšími osobami. Sociální síť je podstatná pro poskytování sociální podpory seniorům. Kvalitní sociální síť znamená pro seniory pomoc v základních denních činnostech, materiální pomoc, poskytování rad a informací, pomoc při sociálním začlenění, a hlavně podporu emocionální - empatie, projevy lásky a porozumění. Naopak nekvalitní sociální vztahy, nebo dokonce jejich absence se pojí s negativními emocemi, napětím, konflikty, involuční křehkostí, klesající obranyschopností seniora, a narůstajícího pocitu **osamělosti a sociální izolace**. Sociální vztahy představují nezbytnou a důležitou součást plnohodnotného života každého jedince. Ondrušová (2009) dodává, že pro většinu seniorů jsou dobře fungující vztahy v rodině zdrojem radosti, jistoty a bezpečí. **Rodina** pro seniory představuje důležité zázemí.

Ondrušová (2009) též upozorňuje, že kvalitu života seniora výrazně ovlivňuje **hmotné zabezpečení, a také zdravotní péče a sociální služby**. Trešlová a Bártová (2014) dodávají, že u seniorů jsou finanční problémy zásadním faktorem, který snižuje pocit vlastní hodnoty a zvyšuje depresivní symptomy. V dokumentu Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025 (MPSV, 2019, online) je uvedeno, že „*s rostoucím věkem seniorů a seniorek se zvyšuje podíl osob ohrožených chudobou. Ve vyšším věku může jít zejména o důsledek ovdovění, případně počáteční nízké důchody z důvodu nižších příjmů. Seniori nejvíce utratí za zajištění základních životních potřeb – bydlení, jídla a zdravotních potřeb.*“ Stejný dokument také připomíná, že do budoucna hrozí **neudržitelnost systému financování zdravotní a sociální péče** z důvodu stárnutí populace. Klíčovým tématem se stane specializovaná **geriatrická péče**, kde bude snaha nahlížet na zdraví i nemoci ve stáří holisticky, tak aby problémy psychické, fyzické, sociální i spirituální byly vnímány jako součást celkové kvality života seniorů. Je třeba

také rozvíjet **služby asistovaného života**, které by mohly zvýšit kvalitu života seniorů, a zároveň jim pomoci zůstat aktivními v komunitě či v práci.

Postoj společnosti vůči seniorům je považován za další faktor, který výrazně ovlivňuje kvalitu života ve stáří. Maršálková a Schmeidler (2016, s 46) poukazují na to, že problém **věkové diskriminace neboli ageismus** se stává po sexismu a rasismu hlavním tématem v diskuzi o rovnosti práv a příležitostí. Polovina Čechů považuje diskriminaci podle věku za nejvýznamnější způsob diskriminace. *„K postojům vůči seniorům může přispívat i mediální obraz starších lidí, kteří jsou občas prezentováni jako neschopní, či přihlouplí, a dále debata o penzích, kdy jsou seniori líčeni spíše jako skupina, která odčerpává ze společnosti velké množství peněz a ničím jí nepřispívá.“*

Jančová a Kohlíková (2007) kromě toho příkládají velký význam tzv. **zlomovým událostem vyššího věku**. Mezi ně patří především odchod do důchodu, osamostatnění dětí, vnoučata, menopauza, odchod do ústavního zařízení, úmrtí blízkých apod. Trešlová a Bártová (2014) podotýkají, že úmrtí člena rodiny, partnera, či blízkého přítele je obecně považováno za zátěžovou životní situaci, jak v emoční, tak i finanční rovině. Ondrušová (2009) k tomu dodává, že ztráta životního partnera patří k nejtěžším zkouškám v životě staršího člověka, a někdy může vést k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Osamělost ve stáří představuje psychickou zátěž a ztrátu jistot, což někdy může vyvolat úzkosti, somatizaci a depresi.

Mezi nejzávažnější psycho-sociální faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří, patří osobnost seniora a jeho individuální charakteristiky, schopnost adaptace na změny a psychické či duševní zdraví. Dále pak odchod do důchodu, nutnost zachování soběstačnosti, kvalitní sociální opora, hmotné zabezpečení, dobré zdravotní a sociální služby, a také postoj společnosti k seniorům. Velký význam je rovněž kladen na zlomové události vyššího věku, zejména úmrtí blízkého či odchod do ústavního zařízení. O zlomových událostech vyššího věku, respektive o stresových a zátěžových situacích v životě seniora, bude dále pojednáno v kapitole 3.1.

3 Úspěšné stárnutí

Úspěšně zvládnuté stáří je takové, které stojí za to si prožít. Jak konstatuje Křivohlavý (2011) v **úspěšném stárnutí jde o to mít svůj život rád, žít ho naplno, hodnotně a smysluplně, a naučit se aktivně využívat možnosti, které jsou v něm pro seniora stále k dispozici**. Ondrušová (2010, s. 50) upozorňuje, že i mezi zdravými seniory se dají najít rozdíly. Někteří senioři mají mimořádnou tělesnou a duševní odolnost a vitalitu. Z nich se mnozí dožijí vysokého věku. „*Úsilí o zdraví je spjato nejen s tlumením negativních činitelů životního stylu a zevního prostředí, ale i s mobilizací faktorů pozitivních, podpůrných, které označujeme jako salutogenní.*“ Některé salutogenní či protektivní faktory, které ovlivňují seniory při zvládnání stáří, budou podrobně představeny v podkapitole 3.2.

Křivohlavý (2011, s. 131) dále uvádí několik osvědčených návodů pro úspěšné stárnutí. Mottem může být „*Žít znamená hýbat se – tělesně i myšlenkově.*“

- Udržovat se ve **fyzické kondici** – chodit na procházky, pohybovat se, jezdit do lázní, dávat však na sebe při aktivitách větší pozor – na pády a nehody
- Udržovat se v **dobré psychické pohodě** – cestování, četba, učení se novým věcem, trénink duševních schopností
- Udržovat **sociální kontakty** – vážit si životního partnera a mít s ním dobré vztahy, být v kontaktu s přáteli, naučit se aktivně naslouchat, chodit s přáteli na různé sociální události – koncerty, divadla, vycházet dobře s rodinou
- Udržovat **osobnostní nadhled** – vidět věci v širším kontextu, být vděčný a pozitivní, stanovit si vlastní limity, být aktivní
- Udržovat v **životě pořádek a zdravotní gramotnost** – zajistit si finanční minimum na nečekané výdaje, mít přehled o lékářích, specialistech, onemocněních, které se pojí s věkem atd.

3.1 Stres a zátěžové situace v životě seniorů

V této podkapitole je pojednáno o stresu a zátěžových situacích v životě seniorů. Senior je ve stáří vystaven mnoha problémům a zátěžovým situacím, se kterými se musí vyrovnávat, a často tak čelí stresu. Podle Paulíka (2010) lze **stres** chápat jako stav, kde **míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu.**

Míra zátěže je dána expozičními a dispozičními faktory. Expozicí jsou myšleny požadavky, kterým je jedinec vystaven, a kterým musí čelit (stresory), a dispozice pak představuje osobnostní předpoklady pro zvládnání těchto požadavků. **Stresové situace** jsou ty, kde dochází k rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory. Stres může nastat, když jsou podněty extrémně silné či obtěžující, nebo se nakumuluje najednou řada různých nepříjemností. Tyto podněty jsou označovány za **stresory**. Stresory se dají rozlišit na reálné, které aktuálně ohrožují život člověka a na potenciální, což jsou situační aspekty, které mohou vyvolat stres při kumulaci nebo době trvání. Může jít např. o nahromadění povinností, dlouhodobé setrvání v chladu, hluku apod. Největší vliv na to, zda se potencionální stresory stanou reálnými, má zejména: subjektivní zhodnocení situace, individuální osobnostní charakteristiky, způsob zvládnání (coping), dosavadní zkušenosti se stresem, sociální status a sociální opora. K situacím, které v lidském životě často přesahují únosnou míru zátěže a bývají spojovány se stresem, obecně patří: **frustrace, deprivace, problémy, konflikty, strach, úzkost a deprese, bolest, nemoc, utrpení a krize**. Někdy se dají chápat samy o sobě jako stresující situace či zdroje stresu, jindy mohou být brány za důsledky stresu (Paulík, 2010).

U seniora dochází v rámci psychické zátěže k obranným reakcím, a pokud na ně člověk nezareaguje, tak se mohou začít projevat i změnami v tělesné oblasti. To pak může pozměnit další oblasti života seniora a výrazně ovlivnit kvalitu jeho života. V publikacích jsou výrazně popsány fyziologické změny týkající se stárnutí, méně se už ale píše o emocích a pocitech seniorů, co při stresu subjektivně prožívají. Dle Bartlové a Trešlové (2013, s. 71) **srovnání projevů a prožitků stresu a stavu deprese naznačuje, že jde o blízké a související stavy.** „*Deprese je duševním stavem charakterizovaným nadměrným smutkem, který je součástí reakce na závažnou událost. Lze říct, že dlouhotrvající stres v psychické oblasti vyvolává depresi.*“ Literatura se více zabývá depresí u seniorů než stresem a jeho prožíváním. Deprese je ve vyšším věku velmi častou diagnózou. Její prevalence je uváděna mezi 10-12 %. Neúplně vyjádřené depresivní stavy však nalezneme u 15-25 % seniorské populace (Krombholz, 2013).

Faktorů, které mohou stresovou reakci u seniorů vyvolat, je celá řada. Některé stresory jsou všeobecně známé, jelikož svým rozsahem způsobí stres u všech bez ohledu na věk, jiné se mohou zdát malicherné a snadno řešitelné, a přesto jsou pro seniory zdrojem stresu. Podle Bartlové a Trešlové (2013, s. 71) je to „z důvodu fyziologických a psychických změn ve stáří, které nedovolí vhodnou a včasnou adaptaci.“

Stresory je možné rozdělit do několika kategorií. Bártlová a Trešlová (2013) uvádějí 3 hlavní stresové oblasti: změny, vztahy a ztráty, společnost.

Mezi změny, které mohou vyvolat stres, se dle autorek (2013) řadí především odchod do důchodu. **Odchod do důchodu** je obrovská změna v životě seniora, jelikož práce člověka určitým způsobem vymezuje vůči jeho okolí. Dává mu pocit důležitosti a spojení s dalšími lidmi. Odchod do důchodu nutí seniora k omezení kontaktu s lidmi, novému uspořádání denních aktivit. Změní se také finanční rozpočet rodiny. Z dlouhodobého hlediska může být zdrojem chronického stresu. Senioři musí hledat nové místo ve společnosti, a řada z nich se dostává na základě nízkého důchodu a onemocnění na práh chudoby, sociálního vyloučení či relativní deprivace. To vše má významný vliv na jejich zdraví. Další stresovou událostí jsou **náhlé změny v zajištění bydlení, stěhování do nové oblasti**, domu, pokoje nebo instituce. Fyzické stěhování vnáší do života seniorů chaos a velký stres. Nové prostředí, sousedé, spolubydlíci mohou být zdrojem náhlého nebo postupného zhoršování zdravotního stavu či apatie. Umístění do nového prostředí je pro seniora vždy změnou, na kterou si musí zvykat dlouho. Dalšími stresujícími událostmi v této kategorii jsou **fyziologické změny, akutní diskomfort (nepohodlí) a bolest**. Tyto projevy nepohodlí a bolesti seniora omezují v účasti na společenských aktivitách. Kromě bolesti samotné se nepohodlí týká hlavně poruch smyslových schopností, používání kompenzačních pomůcek, např. používání zubní protézy, která způsobuje otlaky a změnu chuti apod. Inkontinence je pro seniory dalším závažným stresujícím faktorem. Nejenže je to nepříjemná situace, je také provázena pocitem studu. Autorky sem na poslední místo řadí také **neočekávané změny v finanční situaci**. Jde např. o neočekávané výdaje z důvodu oprav, léčby onemocnění atp. (Bártlová a Trešlová, 2013; Čeledová a Čevela, 2017).

Další kategorií jsou dle Bartlové a Trešlové (2013) **vztahy a ztráty**. Stresovými situacemi jsou zajisté **rozpory ve vztazích s blízkými**. Důvodů může být mnoho od názorových rozporů např. na výchovu vnoučat nebo nemožnosti rozhodovat o důležitých věcech v životě seniora. Mezi další stresové situace autorky řadí **problémy v rodině**. Může se jednat o vztahové problémy, odloučení, zanedbávání a týrání, nemoc

v rodině, bezmocnost partnera, nemožnost pomoci dětem atd. **Ztráta blízké osoby** způsobuje obrovský stres v jakémkoliv věku. Pro seniora se odchodem životního partnera nemění pouze citové prožívání, ale v mnoha případech jde o zásah do oblastí základních potřeb, především potřeb jistoty a bezpečí. Ať je ztráta náhlá nebo očekávaná znamená v životě seniora velkou změnu, a může s sebou nést pocity samoty, prázdnoty, úlevy nebo výčitek, a také ztrátu smyslu života. Ztrátu je pak možné vnímat i v dalších rozměrech. Senioři se ztrát obávají v obecném měřítku, bojí se např. **krádeží, přepadení, oloupení** atd. Ztrátu nesou velmi těžko také u fyzického zdraví, když se jim zhorší úroveň vnímání, např. postupnou **ztrátou zraku, sluchu** atp.

Poslední kategorií je dle Bartlové a Trešlové (2013) **společnost**. Jako stresor může totiž působit i diskriminační postoj společnosti vůči stáří a seniorům. Odborným termínem pro tento jev je **ageismus**. Maršálková a Schmeidler (2016, s. 45) připomínají, že pro termín ageismus dosud nebyl v českém jazyce zaveden příhodný ekvivalent. Ageismus je diskriminace na základě věku – „*systematické stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří*“.

Bartlová a Trešlová (2013) ještě podotýkají, že uvedený výčet faktorů není úplný. Každý senior považuje za stresovou situaci něco jiného. Pro někoho se jeden stresor bude zdát lehce zvládnutelný, pro jiného seniora bude jeho překonání působit velké obtíže. Paulík (2010) dále představuje **důsledky stresu**. Bezprostředním důsledkem může být emoční reakce, změna nálady, únava, ztráta motivace a výkonnosti, různé somatické potíže jako je bolest hlavy a břicha, nebo i krátkodobé behaviorální reakce, jako pasivita, agrese a hostilita. Dlouhodobějším a trvalejším důsledkem může být celková nespokojenost, vyčerpání, negativní změny chování, dlouhodobé bolesti hlavy, respirační a oběhové problémy, a obecně zvýšení nemocnosti a duševních poruch. Stres u seniorů může vést také ke **ztrátě sociálních kontaktů, osamění, samoty a sociální izolaci**.

V rámci problematiky důsledků stresu se řeší také otázka vztahu zátěže a zdraví. V odborných kruzích převládá názor, že vliv stresu na zdraví není přímý či jednoznačný. Je nepochybné, že **silné stresory mohou mít negativní dopad na zdraví**, ale **závisí to na mnoha dalších faktorech**, objektivních i subjektivních, a **hlavně na osobnosti jedince**. Kromě výše popsaných negativních důsledků mohou být důsledky stresu někdy dokonce i pozitivní. Tento jev se označuje jako **posttraumatický růst**. Jde o pozitivní změnu vyvolanou silným stresem v jedincově chování a prožívání, která se projevuje vyšší úrovní adaptace, odolnosti a postojem k životu (Paulík, 2010).

3.2 Nezdolnost a strategie zvládání stáří

Křivohlavý (2004) upozorňuje, že o zvládání životních problémů a těžkostí se v současné psychologii hovoří jako o **resilienci neboli nezdolnosti, odolnosti jedince**. Jsou to v podstatě určité ochranné neboli **protektivní faktory**, které napomáhají zvládnout obtížné životní situace. Paulík (2010) k tomu dodává, že procesy, které vedou k podpoře a rozvoji zdraví bývají označovány jako **salutogeneze**. Navzdory nepříznivým okolnostem někteří jedinci nepodlehnu škodlivému působení stresu, a nezhroutí se ani v situacích, které jiní nezvládnou. Kromě odolnosti a nezdolnosti souvisejí se salutogenezí také optimismus, sebedůvěra, pozitivní myšlení, psychická stabilita, vnímaná osobní účinnost, smysl pro humor, spiritualita, lokalizace kontroly aj.

Při studiu lidské schopnosti zvládat zátěž se často mluví o dispozicích, tedy o individuálních předpokladech osobnosti pomáhajících zátěži čelit. Jednou z takových psychologických charakteristik je odolnost. **Odolnost** umožňuje zvládat nároky kladené na jedince v různých situacích a nepodléhat ohrožujícím vlivům. Je to schopnost nenechat se vyvést z míry, po odeznění zátěže obnovit původní stav, a schopnost využít poznatky v další adaptaci. Odolnější člověk má v běžném životě méně důvodů k nespokojenosti, cítí se lépe, má méně zdravotních potíží a problémů v mezilidských vztazích, podává lepší výkony atd. **K nejznámějším konceptům odolnosti se řadí nezdolnost – smysl pro soudržnost neboli SOC (sence of coherence) a hardiness**. V nich jsou zachyceny kognitivní, konativní i emotivní složky adaptace (Paulík, 2010).

SOC neboli smysl pro soudržnost je dlouhodobá osobnostní orientace na svět, jako na smysluplný vnitřně soudržný celek. Základem je důvěra, že člověk žije v prostředí, které je pochopitelné, uspořádané a předvídatelné. Problémy proto bere jako výzvu při směřování k dosaženému cíli. Tvoří ji tři základní komponenty - comprehensibility (**srozumitelnost**), managability (**zvládnutelnost situace**) a meaningfulness (**smysluplnost** řešení daného problému). Srozumitelnost je kognitivní složka zahrnující dispozice chápat svět jako srozumitelný, a do značné míry předvídatelný celek. Zvládnutelnost je konativní složkou, která zahrnuje naše jednání, schopnost ovlivňovat, řídit a zvládat životní role. Smysluplnost je motivační složkou a obsahuje schopnost chápat životní pozici a smysl existence. Autor SOC (Antonovsky) vyvinul dotazník SOC-29, tedy inventář o 29 položkách k měření lidské nezdolnosti, který bude použitý v následujícím výzkumném šetření. (Paulík, 2010; Slezáčková, 2012).

Nedostatek SOC vyústí v pocit, že základem života je chaos, kde není řád, ničemu nejde věřit, nic nejde zvládnout, nelze se spolehnout na nic, ani sám na sebe. Podobné pocity vedou k úzkosti, depresi, obavám ze selhání, k pocitu odcizení, marnosti, nespokojenosti se životem atd. **Výzkumy dokládají pozitivní význam SOC pro zvládání zátěže.** Sám autor však zdůrazňuje, že se jedná o jeden ze zdrojů zdraví, ne o zvláštní zvládací styl. Osoby s vysokým skóre SOC projevují flexibilitu při využívání zdrojů a adekvátně reagují na různé stresory (Paulík, 2010)

Hardiness je schopnost usilovně a vytrvale bojovat s těžkostmi. Podobně jako SOC se u nás překládá jako nezdolnost. Složkami hardiness jsou control (přesvědčení o vlastních možnostech zvládat dění), challenge (výzva) a commitment (osobní zaujetí). Při vysokém skóre hardiness jedinec pohlíží sám na sebe jako na aktivního účastníka dění, který do něj může zasahovat, ovlivňovat ho a zvládnout tak těžkosti. Naopak nedostatek hardiness vyústí v pocity beznaděje, bezmoci, marnosti, nerozhodnosti, nedůvěry, pesimismu, deprese aj. (Paulík, 2010).

Pro aktivní a vědomý způsob zvládání stresu se ustálilo označení coping (zvládání). Ten se uplatňuje v případech, kdy je zátěž nadlimitní a je potřeba vyvinout zvýšené úsilí, aby se s ní člověk vyrovnal. Coping představuje zvládání náročné nebo stresové situace. Existují dva základní typy zvládání, podle toho, jak působí: buďto je zvládání zaměřeno na problém, nebo na emoce. Jde o aktivní boj, když jedinec usoudí, že jde se situací něco dělat, a o vyhýbání se zátěži v situaci, kdy nic dělat nelze. Ve snaze regulovat stres se jedinec zaměří na své emoce (změna názoru, myšlení na jiné věci apod.). V rámci problematiky zvládání zátěže se hovoří o **zvládacích strategiích**. Jde o volbu postupů, které se jedinec snaží uplatňovat v různých stresových situacích. Strategie jsou situačně podmíněné a přihlížejí k daným podmínkám. Je to tendence k určitému konzistentnímu způsobu chování při expozici stresovým situacím. Podstatnou charakteristikou zvládání zátěže je **účinnost**. Lidé reagují na stres různými způsoby, někteří hledají sociální oporu v okolí nebo vyhledají psychologickou, lékařskou či právní pomoc, jiní se snaží upravit svůj režim, relaxovat, meditovat apod. Často se ale také uplatňují postupy méně racionální, jako je konzumace alkoholu, léků, cigaret a jiných drog, které s sebou nesou řadu nepříznivých rizik. Úspěšnost zvládání stresu je interakcí osobnostních zdrojů, obecné úrovně psychické adaptace a konkrétního stresoru. Lidé, kteří používají aktivní zvládací strategie, se relativně snáze vyrovnávají se zhoršováním zdravotního stavu (Paulík, 2010).

Žumárová (2012) upozorňuje, že na otázku, jak se lze úspěšně vyrovnávat se stárnutím a změnami, kterou tuto etapu života provází, není jednoduchá odpověď. Zabývá se jí mnoho specialistů z různých oborů, od lékařů po sociology. Hlavní význam zde má schopnost adaptace a zvládnání zátěžových situací. Kdo se hůře vyrovnával se změnami v mládí, bude se také hůře vyrovnávat se stárnutím. Roli zde však hraje rovněž osobnost seniora a jeho zkušenosti z minulosti, jeho sociální opora – rodina, přátelé, hmotné zabezpečení apod. Dle Bartlové a Trešlové (2013) **pro prevenci vzniku stresu u seniorů a jeho zvládnání** literatura nejčastěji uvádí jako nepodstatnější **sociální oporu, autonomii a resilienci** (psychická odolnost, nezdolnost). Pokud je senior zdravý, a v dobré tělesné kondici, tak má dobrý základ pro zvládnání stresu. Dále je potřeba, aby měl povědomí o možnostech sociální podpory ze strany rodiny, přátel, sousedů a dalších lidí. Důležité je, aby měl možnost kontroly nad událostmi, a měl možnost rozhodovat. V neposlední řadě je podstatné, aby se senior cítil osobně stabilní a vyrovnaný. Což se neobejde bez trpělivosti, tolerance a osobnostních vlastností jako je odolnost, nezlomnost a odvaha.

Moderní doba nutí seniora orientovat se v množství nových informací, ohledně požadavků na zdraví, léky, prevenci onemocnění, zdravý životní styl, výživu aj. K tomuto jevu se vztahuje termín **zdravotní gramotnost seniorů**. Hejduková a kol. (2017, s. 224) upozorňují na to, že dnes je zdravotní gramotnost prioritou agendy EU, jelikož představuje problém, který byl v dřívějších letech často přehlížen. Zdravotní gramotností je míněná míra, v jaké mají jednotlivci schopnost si zajistit a pochopit zdravotní informace a služby tak, aby se mohli správně rozhodovat ohledně svého zdravotního stavu. „*Nedostatečná zdravotní gramotnost je obvyklá u starších ročníků a je spojena s mnoha problémy, jako je špatné využití preventivních zdravotnických služeb, problémy s dodržováním předepsané medikace, časté hospitalizace, zvýšené zdravotní výdaje a zvýšená mortalita.*“ Bártlová a Trešlová (2013, s. 73) dodávají, že současné změny ve vzdělávání obsahují vyučovací metody k získání těchto znalostí i na univerzitě třetího věku. Skupina seniorů, která si tyto dovednosti neměla možnost osvojit při svém vzdělávání, je proto potřeba v této oblasti vzdělávat. Vedení a pomoc takové skupině seniorů je zásadní pro činnost sociálně zdravotnických pracovníků. Někteří senioři mají schopnosti a znalosti obstarat si tyto informace sami díky rodině nebo životnímu stylu, který žili dříve. Jiní tyto znalosti nemají. „*V tom případě přichází v úvahu činnost profesionálů z pomáhajících profesí, kteří poskytují informace, rady, podporu, edukaci potřebnému člověku a jeho rodině.*“

Mezi další faktory, které pozitivně podporují zdraví a zlepšují kvalitu života, literatura (Slepička et al., Macháčová a Holmerová, Hudáková a Majerníková aj.) shodně uvádí **adekvátní pohybovou aktivitu**. Světová zdravotnická organizace hovoří o pohybové aktivitě jako o významné prioritě v politikách zdravého stárnutí. Pohybovou aktivitu klade na první místo ve výčtu priorit. Motlová a kol (2018) popisuje pohybovou aktivitu jako nedílnou součást podpory zdraví a zdravého životního stylu ve stáří. Pohybové aktivity se pozitivně podílejí na zdraví v komplexním pojetí a poskytují seniorům pocit autonomie a soběstačnosti. Aktivní způsob života má psychologický i sociální přínos, a výzkumy ukazují, že existuje přímá spojitost mezi pohybovou aktivitou a průměrnou délkou života.

Jančová a Kohlíková (2007) připomínají, že pohyb by se měl stát nedílnou součástí životního stylu každého seniora. Pravidelný pohyb je velice důležitý pro mobilitu a soběstačnost v pozdním věku, podílí se na udržování optimální tělesné hmotnosti, snižuje riziko rozvoje vysokého krevního tlaku, stimuluje krevní oběh a je důležitou součástí prevence obezity, cukrovky druhého typu nebo demence. Macháčová a Holmerová (2019) dodávají, že cílem pohybové aktivity u seniorů je zpomalit involuční děje organismu a zajistit tak, co možná nejdelší soběstačnost a nezávislost.

Je mnoho názorů na to, jaké pohybové aktivity by měli senioři provozovat. WHO doporučuje multimodální tělesné aktivity, konkrétně doporučuje 150-300 minut střední vytrvalostní zátěže týdně, a k tomu tři dny v týdnu cvičit rovnováhu a mobilitu, a dva dny posilovat. To vše samozřejmě s ohledem na funkční a zdravotní stav. I přes tato opatření a doporučení zůstává většina lidí neaktivní. Stále se hledají nějaké optimální intervenční programy a je velmi pravděpodobné, že univerzální program neexistuje. Je načase zkusit individuální přístup, jehož cílem by bylo staršímu člověku zpříjemnit den a najít způsob, jak ho přimět, aby se chtěl hýbat sám (Macháčová a Holmerová, 2019).

Motlová a kol (2018, s. 213) poukazují na úzké propojení pohybové aktivity, zdraví a kvality života. Zdravotní stav během procesu stárnutí je z velké míry výsledkem životního stylu v dospělém věku a částečně i v mládí. Výzkumy však dokládají významný vztah mezi pohybovou aktivitou a subjektivně vnímaným zdravím. Pohybová aktivita ve stáří by měla být přiměřená zdravotnímu stavu seniorů, jejich věku, pohlaví, zájmům, místu bydliště a socioekonomické situaci. *„V praxi je tedy potřebné připravit seniorům cvičební programy „šité na míru“ s ohledem na jejich specifické potřeby.“*

4 Vybrané faktory kvality života seniorů a úspěšné zvládnání stáří

V souvislosti se stářím se často hovoří o kvalitě života seniora. Uvádí se, že její koncept má dvě dimenze – subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života souvisí s psychickou pohodou a spokojeností se životem, objektivní se pak týká hlavně fyzického zdraví, materiálních a sociálních podmínek. Faktorů, které kvalitu života ve stáří ovlivňují, je mnoho. Seniori se v této fázi lidského života setkávají s řadou životních krizí a událostí, které musejí překonat. Příkladem může být samotný odchod do důchodu, osamostatnění dětí, vnoučata, postupná ztráta rodičů, přátel, partnera, zhoršení zdraví, finanční problémy, stigmatizace a diskriminaci z okolí apod. Některé události mohou vést k pocitům nízkého sebevědomí, úzkosti, deprese, sociální izolace, a následně tak mohou ovlivnit jak psychické, tak i fyzické zdraví. Aby senior těžkosti překonal a zvládl úspěšně, je potřeba znát protektivní faktory, které ovlivňují život ve stáří pozitivně, a zároveň je potřeba vědět, jaké rizikové faktory ho ovlivňují negativně.

Teoretická část diplomové práce se zabývala faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří. V empirické části práce budou zkoumány faktory, které se spolupodílejí na úspěšném zvládnání stáří. Účelem výzkumného šetření bude zjistit, co ovlivňuje kvalitu života seniora pozitivně, a co naopak negativně.

4.1 Výzkumný cíl a stanovní hypotéz

Cílem výzkumného šetření je zmapovat kvalitu života u vybraného vzorku seniorů žijících v domácím prostředí a zjistit, co ovlivňuje úspěšné zvládnání stáří. Šetření se zabývá základními vztahy mezi kvalitou života seniorů, vybranými osobnostními vlastnostmi a copingovými strategiemi, které jedinec využívá ke zvládnání zátěžových situací a stresu.

V souvislosti s výzkumným cílem a na základě prostudovaných zdrojů, které jsou uvedeny v komentářích u výsledků šetření, byly stanoveny následující hypotézy.

- **H1:** Vyšší hodnoty psychické nezdolnosti souvisejí s vyšší subjektivní spokojeností se životem.
- **H2:** Vyšší hodnoty psychické nezdolnosti pozitivně korelují s pozitivními strategiemi zvládnání stresu.
- **H3:** Vyšší hodnocení zdravotního stavu souvisí s vyšší kvalitou života.
- **H4:** Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižším hodnocením kvality života.
- **H5:** Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyššími hodnotami negativních zvládacích strategií.
- **H6:** Předpokládáme, že u více než 10 % respondentů bude přítomna depresivní symptomatika.

4.2 Popis použitých metod a sběru dat

Pro realizaci výzkumu bylo zvoleno kvantitativně orientované dotazníkové šetření. „Kvantitativní výzkum je označení pro přístup, jehož zdrojem má být pouze objektivní a co možná nejpřesnější zkoumání edukační reality, podobně jako v přírodních vědách“ (Skutil, 2011, s. 59). Kvantitativní výzkum je charakterizován číselným vyjádřením, s čímž se dá následně pracovat – kategorizovat, vypočítat průměry, modus a medián, porovnávat, zjišťovat vzájemné vztahy apod. Typický pro kvantitativní výzkum je odstup, kdy výzkumník často nepřijde do kontaktu se zkoumanými (Bělík, Hoferková, 2016). Za výzkumnou metodu je zvolen dotazník. Podstatou dotazníku je zjištění dat o respondentovi, o jeho názorech a postojích k problémům, které výzkumník zkoumá (Skutil, 2011). Výhodou dotazníkového šetření je rychlé a ekonomické shromáždění dat od většího počtu osob, ale nevýhodou je naopak to, že respondenti mohou odpovídat zkresleně, jak vidí sami sebe nebo, jak chtějí, aby je vnímalo okolí (Chráška, 2016).

Pro výzkumné šetření byly vybrány a použity **4 standardizované dotazníky** – dotazník kvality života seniorů OPQOL-35, dotazník nezdolnosti SOC-29, sebeposuzující stupnice deprese SDS a dotazník strategie zvládnání stresu SVF-78.

Dotazník kvality života seniorů OPQOL-35 hodnotí kvalitu života seniora pomocí osmi oblastí, které tvoří multidimenzionální obraz o individuálním hodnocení kvality života ve stáří. Dotazník je určen pro obě pohlaví starší 60 let s dobrými kognitivními schopnostmi. Původní verze dotazníku byla vyvinuta ve Velké Británii Ann Bowlingovou a do češtiny dotazník přeložili autoři Mareš a Vachková (2016). Dotazník tvoří 35 otázek a zabývá se 8 oblastmi kvality života: 1. kvalita života celkově, 2. zdraví, 3. společenské vztahy, 4. nezávislost, kontrola a svoboda, 5. domov a sousedé, 6. psychická a emoční pohoda, 7. finanční situace a 8. volnočasové aktivity (Mareš, Cigler, Vachková, 2016, online).

Dotazník nezdolnosti SOC-29 posuzuje psychickou odolnost. Autorem dotazníku SOC-29 je sociolog Aaron Antonovsky, v anglické verzi se dotazník jmenuje Sense of Coherence Questionnaire (Paulík, 2010). Normy pro českou populaci stanovil Pelcák. Dotazník tvoří škála s 29 položkami a měří celkovou koherenci (soudržnost) životní orientace jedince a její tři dimenze: comprehensibility – srozumitelnost (11 položek), manageability – zvládnutelnost (10 položek) a meaningfulness – smyslupnost (8 položek). Slezáčková (2012) popisuje tři dimenze detailněji.

Srozumitelnost je kognitivní složka zahrnující dispozice chápat svět jako srozumitelný, a do značné míry předvídatelný celek. Zvládnutelnost je konativní složkou, která zahrnuje naše jednání, schopnost ovlivňovat, řídit a zvládat životní role. Smysluplnost je motivační složkou a obsahuje schopnost chápat životní pozici a smysl existence. Respondenti si vybírají odpověď na sedmibodové škále se dvěma opačnými frázemi. Třináct z celkového počtu položek je formulováno negativně a při vyhodnocování je nutné to brát v potaz. „Metoda SOC-29 efektivně predikuje proaktivní zvládání akutního a chronicky působícího stresu, selhávání a zdravotní problémy při expozici stresu“ (Pelcák, Hoferková, Bělík, 2015, s. 102-103).

Sebeposuzovací stupnice deprese – SDS umožňuje kvantifikaci depresivní symptomatiky. Je tvořena 20 položkami, které se týkají příznaků deprese. Skládá se z dvaceti běžných charakteristik deprese, na které jde odpovědět čtyřbodovou škálou z možností od nikdy až po velmi často. Odpovědím jsou přisuzovány hodnoty 1-4. Součtem celkových hodnot odpovědí vznikne hrubé celkové skóre, které se musí tabulkou převést na SDS index. Podle SDS indexu jsme pak schopni určit kategorii globálního klinického dojmu – bez známek deprese, lehká deprese, středně silná a těžká deprese (Svoboda, 2010; Laňková, Siblíková, 2004).

Tabulka 1: Převod SDS indexu na klinický nález

SDS Index	Očekávaný/ pravděpodobný klinický nález
Méně než 50	Normální, nejví známky deprese
50-60	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese
60-69	Přítomna středně těžká až zcela vyjádřená deprese
70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese

Zdroj: Zung, in Laňková, Siblíková, 2004

Dotazník SVF 78 (Strategie zvládání stresu) mapuje okruh zvládacích strategií, které jedinec uplatňuje při zvládání zátěžových situací. Původní verzi vypracovali Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová, a v roce 2003 ji přeložil a upravil Josef Švancar také do češtiny. Dotazník SVF 78 je „*vicedimenzionální sebepozorovací inventář, který zachycuje individuální tendence pro nasazování různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích.*“ Pro vyhodnocování slouží vyhodnocovací listy, kde jsou položky seřazeny do sloupců – do 13 škál: podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování. U každého respondenta se pak zjišťují celkové pozitivní (součet

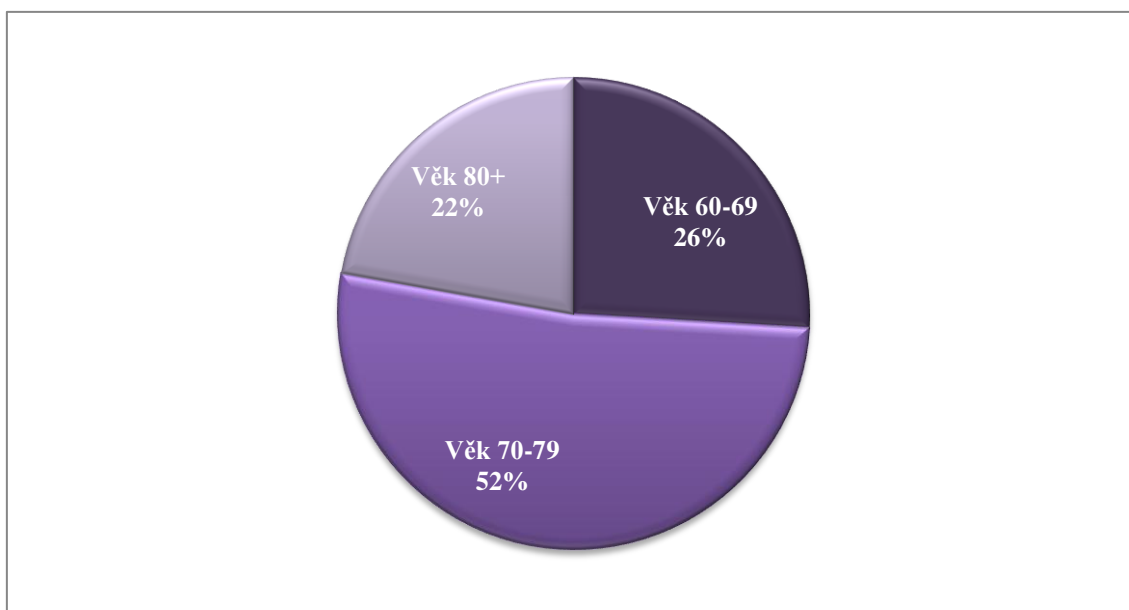
pozitivních škál) a negativní strategie (součet negativních škál). Zpracování výsledků umožňuje analýzu strategií, které zmírňují stres (pozitivní strategie) nebo které stres zesilují (negativní strategie), (Janke, Erdmann, 2003, s. 10).

Sběr dat probíhal v období od listopadu 2019 do března 2020. Výzkumnou metodou sběru dat byl řetězový výběr, metoda tzv. sněhové koule. Jde o metodu nepravděpodobnostního výběru, která se používá při výzkumu skupin těžko přístupných. V tomto případě cílovou skupinu sběru dat tvořili senioři, lidé nad 60 let, kteří stále žijí v domácím prostředí, ne ve speciálních zařízeních, např. v domovech pro seniory. Nebylo proto jednoduché se k této cílové skupině dostat, a tak byla využita sociální síť kontaktů a známých prarodičů autorky. Oslovení respondenti byli požádáni o distribuci obálek s dotazníky a konkrétními instrukcemi k vyplnění dalším respondentům z cílové kategorie. Senioři žijící doma se totiž s ostatními často setkávají na různých sociálních událostech, např. oslavy, shromáždění, návštěvy kostela apod. Celkově se mezi seniory rozdalo 132 obálek, které obsahovaly 4 standardizované výše popsané dotazníky v tištěné formě se zvětšeným písmem a s instrukcemi pro vyplnění každého z nich. Návratnost činila 121 obálek, ale při následném vyhodnocování dat muselo být dalších 13 vyřazeno kvůli neúplnosti či špatnému vyplnění. K výzkumnému šetření bylo použito celkem 108 obálek s dotazníky, a ty byly následně vyhodnoceny prostřednictvím šablon a elektronického programu - MS Excelu.

4.3 Výzkumný vzorek

Za respondenty byli zvoleni senioři. Jak je již uvedeno v první části diplomové práce, definice seniorů není jednotná a ve světě se různí. Světová zdravotnická organizace za hranici stáří považuje věk 60 let, a proto výběrový soubor tvoří 108 respondentů ve věku 60+ let.

V následujícím koláčovém grafu je graficky znázorněn poměr jednotlivých věkových kategorií, které jsou rozděleny do tří skupin po 10 letech.



Graf 1: Věk u souboru respondentů

Přes polovinu respondentů (52 %) tvoří věková skupina 70-79 let. Další dvě věkové kategorie mají podobné procentuální zastoupení. Věková skupina 60-69 let tvoří 26 % respondentů a lidé ve věku nad 80 let tvoří 22 %.

Průměrný věk souboru je 74 let \pm 6,5 let. Minimální věk je 63 let, maximální 94.

Následující tabulka zobrazuje zastoupení mužů a žen u souboru respondentů.

Tabulka 2: Pohlaví u souboru respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	41	38 %
Ženy	67	62 %
Celkem	108	100 %

Z celkového souboru 108 respondentů je 62 % žen a 38 % mužů, což víceméně kopíruje rozložení populace v seniorském věku.

Komentář: Jak uvádí ČSÚ (2014, online) poměr mužů a žen v populaci starší 65 let je 40:60 %. V populaci seniorů nad 65 let je znatelná převaha žen a index feminity (poměr počtu žen na 100 mužů) dosahuje hodnoty 148 žen na 100 mužů. Ještě markantnější je pak převaha žen ve věku nad 85 let, kdy na 100 mužů připadá 260 žen.

Do výzkumu byli vybráni pouze senioři žijící v domácím prostředí. Důvodem byla nutnost provedení výzkumu u co nejvíce homogenní skupiny seniorů, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Data o kvalitě života získaná od seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory, či v domovech s pečovatelskou službou by se zajisté hodně odlišovala.

V následující tabulce je uvedena absolutní i relativní četnost odpovědí.

Tabulka 3: Bydlení respondentů

Bydlení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žijí doma (samostatně)	64	59 %
Žijí doma (s pomocí druhých)	27	25 %
Žijí s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)	17	16 %
Domov pro seniory/pečovatelská služba	0	0 %

Skoro 60 % respondentů uvedla, že žije sama ve vlastní domácnosti bez pomoci jiných. Čtvrtina respondentů žije ve vlastní domácnosti, ale již se neobejdou bez pomoci dalších osob. 16 % respondentů pak žije s rodinou, už ale ne ve vlastní domácnosti.

Další tabulka se zaměřuje na rodinný stav respondentů.

Tabulka 4: Rodinný stav respondentů

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodná	1	1 %
Ženatá/ý	63	58 %
S partnerem	9	8 %
Rozvedená/ý	5	5 %
Vdova/ec	30	28 %

Více než polovina respondentů (58 %) zaškrtno u rodinného stavu kolonku ženatý/vdaná. Více než čtvrtina (28 %) respondentů má pak statut vdovy nebo vdovce. Je nutné podotknout, že drtivá většina (95 %) ovdovělých respondentů je ženského pohlaví. 8 % respondentů uvedlo, že žije s partnerem, 5 % je rozvedených a pouze 1 % uvedlo stav svobodný/á. Výběrový soubor i v tomto směru kopíruje rozložení populace.

Komentář: Podle ČSÚ (2014, online) se v populaci nad 65 let vyskytuje více ovdovělých žen než mužů. V roce 2011 bylo ve věku 65–69 let 27 % žen ovdovělých, ale pouze 7 % mužů vdovců.

Následující tabulka zobrazuje stupeň dosaženého vzdělání respondentů.

Tabulka 5: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní škola	40	37 %
Střední škola s maturitou	20	19 %
Střední odborná škola	42	39 %
Vysoká škola	6	6 %

Ve vzdělání respondentů převažuje střední odborné vyučení, které uvedlo 39 % dotázaných. Základní vzdělání má pak 37 % a střední školu s maturitou 19 % respondentů. Vysokoškolské vzdělání uvedlo pouze 6 % respondentů.

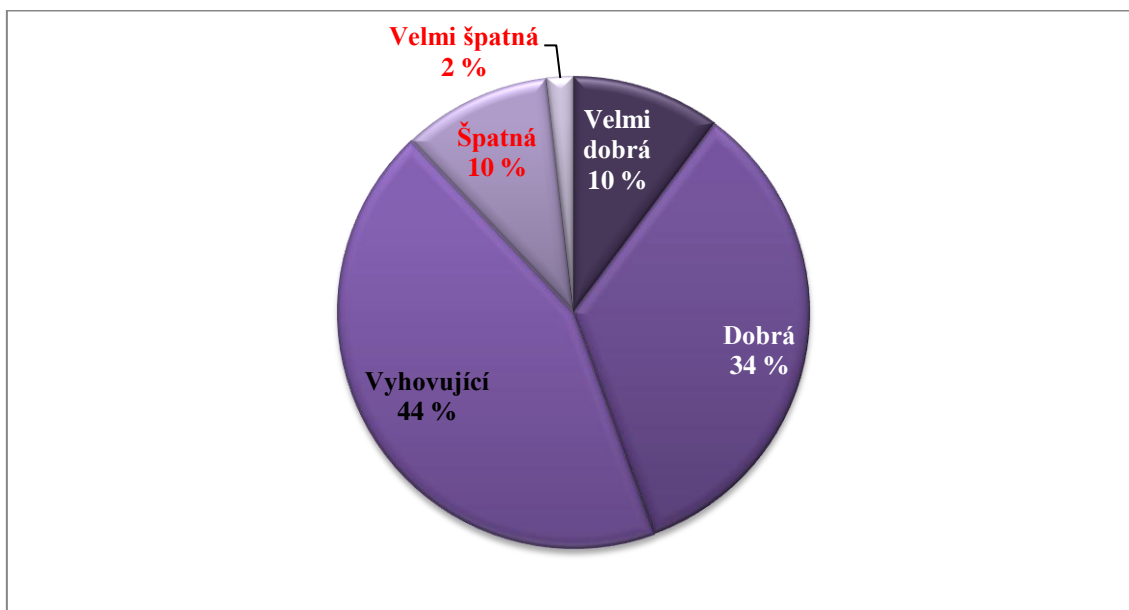
4.4 Výsledky šetření

V této kapitole budou popsány výsledky výzkumného šetření. Šetření začíná zmapováním celkové kvality života seniorů a dále hledá statistické souvislosti mezi zkoumanými jevy pomocí korelačních analýz.

Korelační analýza měří statistickou závislost dvou veličin a zabývá se otázkou, zda náhodná veličina Y je ovlivňována náhodnou veličinou X a naopak. Vztah mezi veličinami může mít různou intenzitu, od úplné nezávislosti až po úplnou funkční závislost. Stupeň závislosti mezi veličinami charakterizuje míra těsnosti statistické závislosti, která se pohybuje v pevně vymezeném intervalu. Korelace je vhodnou mírou lineární závislosti náhodných veličin X , Y . Předpokládá se, že mezi veličinami X , Y existuje lineární závislost.

Míru korelace vyjadřuje korelační koeficient, který může nabývat hodnot od -1 až po $+1$. Je-li koeficient korelace (často značený také jako Pearsonův koeficient korelace R) roven 0 pak jsou náhodné veličiny nekorelované a znamená to, že mezi nimi neexistuje lineární závislost. Hodnota $+1$ pak značí zcela přímou závislost, hodnota -1 značí zcela nepřímou závislost, tedy čím více se hodnoty zvětšují v první skupině, tím více se zmenšují v druhé skupině veličin (Budíková, Králová, Maroš, 2010).

První otázka z dotazníku kvality života se týkala **celkové kvality života**. Respondenti měli ohodnotit svoji celkovou kvalitu života a měli brát v potaz jak dobré, tak špatné věci.



Graf 2: Celková kvalita života

Výsledky: Respondenti měli možnost zvolit ze škály 5 možných odpovědí: velmi špatná, špatná, vyhovující, dobrá a velmi dobrá. 44 % respondentů hodnotí svoji celkovou kvalitu života pozitivně. **34 % ji vidí jako dobrou** a 10 % dokonce jako velmi dobrou. Stejná část respondentů (44 %) uvedlo, že shledává svoji celkovou kvalitu života jako vyhovující, tudíž ani dobrou, ani špatnou. **Negativně** hodnotí svoji celkovou kvalitu života **pouze 12 % respondentů**. Za špatnou ji považuje 10 % respondentů a za velmi špatnou 2 %.

Komentář: Z výzkumů kvality života seniorů v domácím prostředí vyplývají podobné výsledky. Např. z analýzy kvality života seniorů v České republice (Antošová a kol., 2016, s. 74-75), kterou zaštitilo MPSV, a její empirická část proběhla u 3071 seniorů, vyplývá, že „většina seniorů (52,23 %) hodnotí současnou životní situaci jako dobrou nebo velmi dobrou, více než čtyřicet procent (43,86 %) vnímá situaci jako přijatelnou, pouze marginální část respondentů hodnotí svou životní situaci jako špatnou nebo velmi špatnou (3,91 %).“ Více pozitivní výsledek je zde ovlivněn způsobem sběru dat, která se konala elektronickou formou dotazníku, a tudíž ji vyplňovali spíše respondenti v přijatelné nebo dobré životní situaci. To tam tvrdí i sami autoři výzkumu.

Za pomoci korelační analýzy je dále zkoumána statistická souvislost mezi hodnocením kvality života a psychickou odolností neboli nezdolností, a zároveň je v této analýze zkoumán vztah mezi hodnocením kvality života a depresí. Vztah kvality života, psychické nezdolnosti se všemi jejími komponenty a deprese je graficky znázorněn v následující korelační matici.

Tabulka 6: Korelace mezi kvalitou života, nezdolností a depresí

	<i>KŽ</i>	<i>SOC</i>	<i>C</i>	<i>MA</i>	<i>ME</i>	<i>DEP</i>
<i>KŽ</i>	1					
<i>SOC</i>	0,62**	1				
<i>C</i>	0,45**	0,80**	1			
<i>MA</i>	0,58**	0,91**	0,60**	1		
<i>ME</i>	0,53**	0,81**	0,41**	0,69**	1	
<i>DEP</i>	-0,60**	-0,84**	-0,63**	-0,79**	-0,71**	1

Pozn.: korelace průkazné na hladině **0,01; *0,05; *KŽ* = kvalita života, *SOC* = psychická nezdolnost, *C* = srozumitelnost, *MA* = zvládnutelnost, *ME* = smysluplnost, *DEP* = deprese

Výsledky: Byly zjištěny statisticky významné vztahy mezi kvalitou života a psychickou nezdolností ($r = 0,62$) i mezi třemi jejími složkami, které ji tvoří. Negativní korelace se prokázala u vztahu mezi kvalitou života a depresí ($r = -0,60$) a mezi depresí a nezdolností ($r = -0,84$) i všemi jejími složkami. **Vyšší psychická nezdolnost souvisí s více pozitivním hodnocením kvality života, a zároveň s nižší depresí.**

Komentář: Jak uvádí Slezáčková (2012) koncept nezdolnosti ve smyslu schopnosti odolávat zátěži byl široce přijat a mnohé výzkumy ukázaly, že osoby dosahující vyšších *SOC* hodnot lépe zvládají zdravotní obtíže, jsou psychicky i tělesně zdravější, jsou ochotny přijímat sociální oporu a častěji používají efektivní copingové strategie.

V zahraniční přehledové studii (Bjørkløf et al., 2013, online) na téma Zvládání a deprese ve stáří: shrnutí literatury, je dále potvrzen negativní vztah mezi *SOC* a depresivními příznaky. Studie uvádějí, že vyšší celkové skóre *SOC* je spojeno s nižším skóre na stupnici deprese. Studie 75 zahraničních výzkumů dále sumarizuje, že ***SOC* lze považovat za zdroj osobního zvládnutí a za zdraví posilující faktor, který podporuje kvalitu života seniorů, zvládnutí stáří i stresu.**

V následující korelační matici je zobrazen podrobný vztah mezi nezdolností a kvalitou života, kterou tvoří celkem 8 subjektivně hodnocených oblastí – život celkově, zdraví, společenské vztahy, nezávislost a svoboda, domov a sousedé, psychická a emoční pohoda, finanční situace a volnočasové aktivity.

Tabulka 7: Korelace mezi nezdolností a kvalitou života

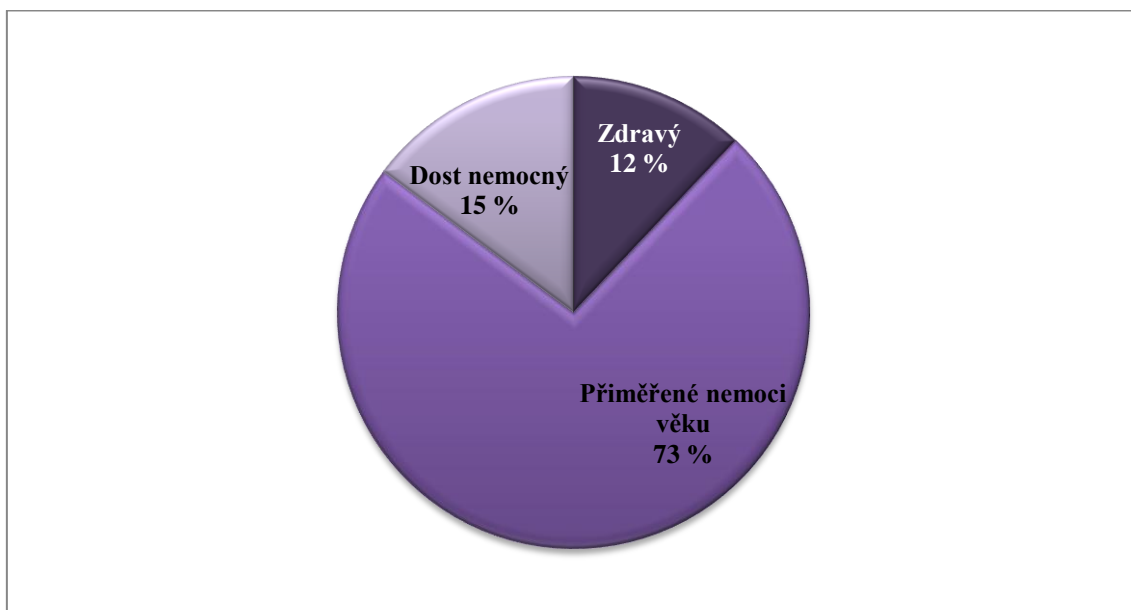
	<i>SOC</i>	<i>KŽ</i>	<i>ŽIV</i>	<i>ZDR</i>	<i>VZY</i>	<i>NZV</i>	<i>DOM</i>	<i>POH</i>	<i>FIN</i>	<i>VČ</i>
<i>SOC</i>	1									
<i>KŽ</i>	0,62**	1								
<i>Život</i>	0,70**	0,74**	1							
<i>Zdraví</i>	0,60**	0,57**	0,61	1						
<i>Vztahy</i>	0,43**	0,34**	0,32	0,36	1					
<i>Nezávis.</i>	0,64**	0,61**	0,64	0,65	0,48	1				
<i>Domov</i>	0,62**	0,58**	0,57	0,52	0,43	0,67	1			
<i>Pohoda</i>	0,74**	0,64**	0,70	0,56	0,46	0,75	0,79	1		
<i>Finance</i>	0,57**	0,44**	0,52	0,50	0,48	0,68	0,68	0,72	1	
<i>Volný čas</i>	0,55**	0,51**	0,50	0,48	0,44	0,53	0,57	0,61	0,60	1

Pozn.: korelace průkazné na hladině **0,01; *0,05; KŽ = kvalita života, ŽIV = život, ZDR = zdraví, VZY = vztahy, NZV = nezávislost, DOM = domov, POH = pohoda, FIN = finance, VČ = volnočasové aktivity

Výsledky: Vyšší hodnoty nezdolnosti souvisejí s vyšší subjektivní spokojeností se životem, která se v dotazníku rozlišuje do 8 oblastí. Pozitivní korelace byla zjištěna mezi všemi oblastmi kvality života a nezdolností a zároveň je z tabulky patrné, že kvalita života vysoce koreluje s jednotlivými oblastmi a jednotlivé oblasti pak mezi sebou.

Pro zajímavost byla z dotazníku kvality života také udělána analýza hodnocení jednotlivých oblastí kvality života. Analýza byla provedena za účelem zjistit, jaká oblast je respondenty hodnocena nejlépe, a jaká nejhůře. **Nejlépe je hodnocena oblast domov a sousedské vztahy**, až z 86 % pozitivně, poté **společenské vztahy a psychická a emoční pohoda** (přes 80 %). Naopak **nejhůře je hodnocena finanční situace**, 43 % respondentů ji považuje za špatnou, a dále více jak třetina respondentů hodnotí špatně oblast volnočasových aktivit a **28 % pak hodnotí velmi špatně své zdraví**.

U oblasti zdraví zůstaneme a u souboru respondentů se podíváme na hodnocení aktuálního zdravotního stavu, který je graficky zobrazen v následujícím koláčovém grafu.



Graf 3: Zhodnocení zdraví u souboru

Výsledky: Nejvíce respondentů (73 %) uvádělo jako odpověď nemoci přiměřené věku. Dost nemocných je 15 % respondentů a **pouze 12 % respondentů se považuje za úplně zdravé.**

Komentář: Podíl osob se subjektivně vnímaným dobrým zdravím se v populaci snižuje s věkem. Rašticová a Bédiová (2018) udávají, že v České republice se cítí zdrávo 60,7 % populace. **Ve vyšších věkových skupinách se subjektivní vnímání zdraví zhoršuje.** Ve věku 55-64 let se 44,2 % považuje za zdravé, ve věku 65-74 let už jen 28,2 % a ve věku nad 75 let už pouze 15,4 %.

V následující tabulce jsou uvedené konkrétní onemocnění, které respondenti nejčastěji uváděli. Výsledky jsou seřazeny podle relativní četnosti.

Tabulka 8: Nejčastější onemocnění u souboru respondentů

Konkrétní nemoci	Relativní četnost
Neuvedeno	18 %
Vysoký krevní tlak	34 %
Potíže se srdcem (arytmie, vadné chlopně)	19 %
Diabetes mellitus	15 %
Artróza	11 %
Alergie, páteř (změny, postižení)	5 %
Bolest zad, prostata, potíže s klouby, štítná žláza	4 %
Osteoporóza, infarkt myokardu	3 %
Cévní mozková příhoda, vys. cholesterol, oči, invalidita	2 %
Obezita, urologie, astma a další (uvedeno v textu)	1 %

Výsledky: Nejčastěji uváděným onemocněním u souboru respondentů je **vysoký krevní tlak**, trpí jím **více než třetina respondentů**. 19 % má nějaké **onemocnění srdce** (arytmie, vadné chlopně či jiné) a třetím nejvíce uváděným onemocněním (15 %) je **diabetes mellitus** neboli cukrovka druhého typu. 11 % respondentů trpí artrózou, 5 % alergiemi a problémy s páteří (změny, postižení). 4 % respondentů pak uváděla bolest zad, prostatu, potíže s klouby a štítnou žlázou, 3 % osteoporózu a infarkt myokardu. Méně častá onemocnění (2 %) jsou cévní mozková příhoda, vysoký cholesterol, trvalá invalidita a problémy s očima. Mezi další onemocnění, uvedené pouze 1 % respondentů, patří obezita, astma, problémy s močovým měchýřem, dna, bércový vřed, ušní šelesty, roztroušená skleróza, křečové žíly, rakovina kůže, spánková apnoe, neurologické potíže a chronická obstrukční plicní nemoc.

Komentář: Při porovnání nejčastěji uváděných nemocí u populace seniorů v ČR dle ČSÚ (2018, online) se výsledky v hodně oblastech shodují. V přehledu ČSÚ je na prvním místě také vysoký krevní tlak. **Lidé ve věku 65-74 trpí vysokým krevním tlakem v 52,6 %**. Mezi další nejčastější nemoci patří artróza (25 %), cukrovka (18 %), onemocnění srdce (10 %) a astma (6 %).

V následující korelační matici je zobrazen vztah aktuálního zdravotního stavu ke kvalitě života, a 4 vybraným oblastem (život celkově, zdraví, nezávislost a psychická pohoda). Zároveň je zkoumán vztah zdravotního stavu s nezdolností a depresí.

Tabulka 9: Korelace mezi zdravím, kvalitou života, nezdolností a depresí

	<i>Aktuální zdravotní stav</i>	<i>Kvalita života</i>
Aktuální zdravotní stav	1	
Kvalita života	0,42**	1
Život	0,52**	0,74
Zdraví	0,56**	0,57
Nezávislost	0,46**	0,61
Pohoda	0,40**	0,64
SOC	0,52**	0,62
DEP	-0,55**	-0,60

Pozn.: korelace průkazné na hladině **0,01; *0,05; SOC = nezdolnost, DEP = deprese

Výsledky: Pozitivní korelace byla prokázána u aktuálního zdravotního stavu a kvality života ($r = 0,42$) a také u vybraných oblastí kvality života. Pozitivní korelace byla prokázána i mezi zdravotním stavem a nezdolností ($r = 0,52$). Negativní korelace byla zjištěna mezi zdravotním stavem a depresí ($r = -0,55$). **Vyšší (lepší) hodnocení zdravotního stavu souvisí s vyšší kvalitou života, vyšší nezdolností a naopak nižší symptomatikou deprese.**

Komentář: Literatura často jmenuje zdraví jako významný faktor kvality života. Čeledová a Čvela (2017) např., uvádí, že **nemocnost je výrazně spojena s kvalitou života**. Ve vyšším věku je častější výskyt chronických onemocnění a multimorbidity – současný výskyt několika chorob, které vyžadují dlouhodobou léčbu a ošetrovatelskou péči. Posledních 10 let života jsou často senioři odkázáni na pomoc jiné osoby. Také disabilita – neschopnost postarat se sám o sebe, výrazně snižuje kvalitu života jedince.

Výše provedené analýzy a výsledky potvrzuje následně i Rašticová a Bédiová (2018, s. 127), které dávají **spokojenost se životem do příčinné souvislosti k dlouhodobému zdraví**. Pozitivní naladění mysli má pozitivní účinky na zdraví, a dlouhodobé negativní naladění poškozuje organizmus a snižuje imunitu. „*Korelace mezi spokojeností a dobrým zdravím je silná, a přitom nezávislá na věku, pohlaví a socioekonomickém postavení či na osobnosti jedince.*“ Lidé spokojení se svým životem vedou také zdravější životní styl, udržují si zdravou tělesnou váhu a více sportují. „*Pozitivní naladění je v jistém smyslu prevencí zdravotních problémů a předpokladem dlouhověkosti.*“

V další části práce je pozornost zaměřena na **zvládací strategie, které jedinci využívají při expozici zátěžovým nebo stresovým situacím**. Jak již bylo uvedeno, senioři musí v této životní etapě překonat mnoho zátěžových situací, a často tak čelí stresu. Faktorů, které mohou stresovou reakci u seniorů vyvolat, je celá řada. Některé jsou všeobecně známé, jelikož svým rozsahem způsobí stres u všech bez ohledu na věk, jiné se mohou zdát malicherné a snadno řešitelné, a přesto jsou pro seniory zdrojem stresu. Podle Bartlové a Trešlové (2013, s. 71) je to *„z důvodu fyziologických a psychických změn ve stáří, které nedovolí vhodnou a včasnou adaptaci.“*

Dle Bartlové a Trešlové (2013) **pro prevenci vzniku stresu u seniorů a jeho zvládnání** literatura nejčastěji uvádí jako nepodstatnější **sociální oporu, autonomii a resilienci** (psychická odolnost, nezdolnost). Pokud je senior zdravý, a v dobré tělesné kondici, tak má dobrý základ pro zvládnání stresu. Dále je potřeba aby měl povědomí o možnostech sociální podpory ze strany rodiny, přátel, sousedů a dalších lidí. Důležité je, aby pocit kontroly nad událostmi, a měl možnost rozhodovat. V neposlední řadě je podstatné, aby se senior cítil osobně stabilní a vyrovnaný. Což se neobejde bez trpělivosti, tolerance a osobnostních vlastností, jako je odolnost (resilience), nezlomnost a odvaha.

Autorky (2013, s. 74) dále popisují *„fenomén proaktivního zvládnání stresových situací.“* Jde v podstatě o řešení stresující situace, která potencionální stresor předvídá a realizuje takové aktivity, které předcházejí stresujícím situacím, nebo zmírňuje jejich důsledky. Tyto aktivity lze nazvat strategiemi pro zvládnání stresu. Je nezbytná komunikace k vyjádření pocitů a potřeb seniora, a zároveň je nutná přítomnost člověka, který naslouchá. U seniorů je potřeba často intervenovat od pomáhajících profesí. *„Pomáhající osoba může seniory naučit používat dobré kognitivní strategie ke zvládnutí negativních emocí. Senioři si tak mají možnost držet nadhled nad věcmi a zdržet se nadměrné reakce. Je vhodné zaměřovat se na pozitivní věci, které senioři mohou dělat, a nabízet pozitivní události a akce. Následně analyzovat dobré emoční zážitky s výběrem aktivit se známým pozitivním vlivem.“*

Nejprve bude zjištěna procentuální četnost využívání jednotlivých zvládacích strategií u souboru, následně bude zkoumána souvislost mezi kvalitou života, nezdolností a zvládacími strategiemi, a poté bude zkoumána souvislost mezi zvládacími strategiemi a depresí.

V následující tabulce jsou popsány jednotlivé subtesty - škály zvládacích strategií. Seřazeny jsou podle procentuální četnosti jejich využívání.

Tabulka 10: Strategie zvládnání stresu podle četnosti využívání

Zvládací strategie	Četnost v %
Pozitivní – celková pozitivní strategie, napomáhá zvládnání stresu	81 %
Negativní - nepříznivé tendence, které stres spíše zesilují	56 %
Vyhýbání se (9) – snaha zamezit další konfrontaci, vyhnout se jí	85 %
Kontrola reakcí (6) – kontrolovat vlastní reakce (zachovat klid)	84 %
Pozitivní sebeinstrukce (7) – sklon dodávat si odvalu, věřit si	81 %
Kontrola situace (5) – snaha získat kontrolu (analýza situace a zásah)	77 %
Odklon (3) – odklon při zátěži (odvrácení zátěže a zmírnění stresu)	76 %
Odmítání viny (2) - chybí odpovědnost za zátěž (nevinit se)	70 %
Potřeba sociální opory (8) - podpora jiné osoby při řešení situace	70 %
Perseverace (11) – neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěže	66 %
Náhradní uspokojení (4) – tendence sebeposílení vnějšími odměnami	61 %
Podhodnocení (1) – hodnotit příznivěji vlastní reakce při srovnávání	46 %
Úniková tendence (10) – rezignační tendence vyvážnutí ze situace	45 %
Sebeobviňování (13) – sklon ke skličnosti, hledání chyb u sebe	42 %
Rezignace (12) – pocity beznaděje, vzdávání snahy dalšího řešení	31 %

Pozn.: bílá barva – pozitivní subtesty, černá barva – negativní subtesty

Výsledky: Respondenti využívají více pozitivní strategie (81 %) než negativní (56 %). Nejčastěji (85 %) je využívaná strategie č. 9 - vyhýbání se, dále kontrola reakcí (84 %) a pak pozitivní sebeinstrukce (81 %). Z negativních strategií je nejvíce využívána perseverace až z 66 %.

Komentář: U souboru respondentů je **nejvíce využívána strategie č. 9 – vyhýbání se**. Tento subtest zachycuje tendence vyhnout se zátěži. Jak uvádí autoři testu, (Janke, Erdmann, 2003, s. 14) „*může to být pozitivní způsob zpracování, pokud nelze zátěž zamezit jinak, ale také negativní zpracování, jestliže jde pouze o to se zátěži vyhnout. Podle druhu zátěžové situace může tendence vyhnout se vést ke kladným nebo záporným důsledkům stresu. U tohoto subtestu je důležitý faktor věku. S přibývajícím věkem se častěji užívá možnost vyhnout se zátěži jako adaptační facilitace.*“ Faktor věku hraje roli také u další nejvíce využívané zvládací strategie u souboru – kontrola reakcí.

Z jednotlivých škál dotazníku je zjišťována celková pozitivní a celková negativní strategie. Pozitivní strategie se ještě rozlišuje na 3 další: POZ 1, POZ 2 a POZ 3, se kterými se pracuje v následujících korelačních analýzách.

Následující korelační matice zobrazuje vztah mezi kvalitou života, nezdolností a pozitivními i negativními zvládacími strategiemi.

Tabulka 11: Korelace mezi kvalitou života, nezdolností a zvládacími strategiemi

	<i>KŽ</i>	<i>SOC</i>	<i>POZ Cel</i>	<i>POZ 1</i>	<i>POZ 2</i>	<i>POZ 3</i>	<i>NEG</i>
<i>KŽ</i>	1						
<i>SOC</i>	0,62	1					
<i>POZ Celkem</i>	0,39**	0,59**	1				
<i>POZ 1</i>	0,27*	0,49**	0,90	1			
<i>POZ 2</i>	0,30**	0,39**	0,81	0,64	1		
<i>POZ 3</i>	0,42**	0,61**	0,88	0,69	0,53	1	
<i>NEG</i>	-0,42**	-0,67**	-0,44**	-0,48**	-0,34**	-0,33**	1

Pozn.: korelace průkazné na hladině ** 0,01; *0,05; *KŽ* = kvalita života, *SOC* = nezdolnost, *POZ Cel* = pozitivní strategie celková, *POZ 1* = strategie přehodnocení a devalvace, *POZ 2* = strategie odklonu, *POZ 3* = strategie kontroly, *NEG* = negativní strategie

POZ 1 – tvoří ji (1) a (2), mají snahu přehodnotit a snížit závažnost prožívání stresové situace. **POZ 2** – tvoří ji (3) a (4), zahrnují tendence odklonu od stresující události a příklonu k alternativě. **POZ 3** – tvoří ji (5), (6) a (7), mají snahy o zvládnutí situace. **Celková pozitivní strategie** pak zahrnuje všechny výše vyjmenované strategie. **Negativní zvládací strategie** tvoří ji (10-13) a zahrnují nepříznivé tendence, které stres spíše zesilují. (čísla reprezentují subtesty zvládacích strategií, viz tabulka 10)

Výsledky: Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi kvalitou života a pozitivními strategiemi, jak celkovou ($r = 0,39$), tak i mezi *POZ 1* – *POZ 3*. Negativní korelace byla potvrzena u vztahu kvality života a negativních strategií ($r = -0,42$), stejně tak i u vztahu mezi negativními strategiemi a nezdolností ($r = -0,67$). Pozitivní korelace se prokázala také u vztahu mezi nezdolností a všemi pozitivními strategiemi, konkrétně celková ($r = 0,59$). I když hodnoty korelací u kvality života a zvládacích strategií nejsou extra vysoké, je patrné, že **vyšší hodnocení kvality života je spojeno s proaktivním zvládáním (pozitivní strategie) a negativně se pojí s maladaptivním zvládáním, (negativní strategie)** - např. se sebeobviňováním, rezignací apod. **Vyšší hodnoty psychické nezdolnosti souvisejí s pozitivními strategiemi zvládání stresu, a zároveň souvisejí s nižšími hodnotami negativních strategií.**

Komentář: Bártlová a Trešlová (2013) tvrdí, že **úspěšné zvládání stresových situací závisí na míře resilience** (nezdolnost, odolnost, schopnost přizpůsobit se nepříznivým situacím). Výsledky našeho šetření tuto teorii podporují pozitivní korelací mezi nezdolností a pozitivními strategiemi zvládání stresu.

Následující korelační matice zobrazuje vztah mezi depresí a pozitivními i negativními zvládacími strategiemi.

Tabulka 12: Korelace mezi depresí a zvládacími strategiemi

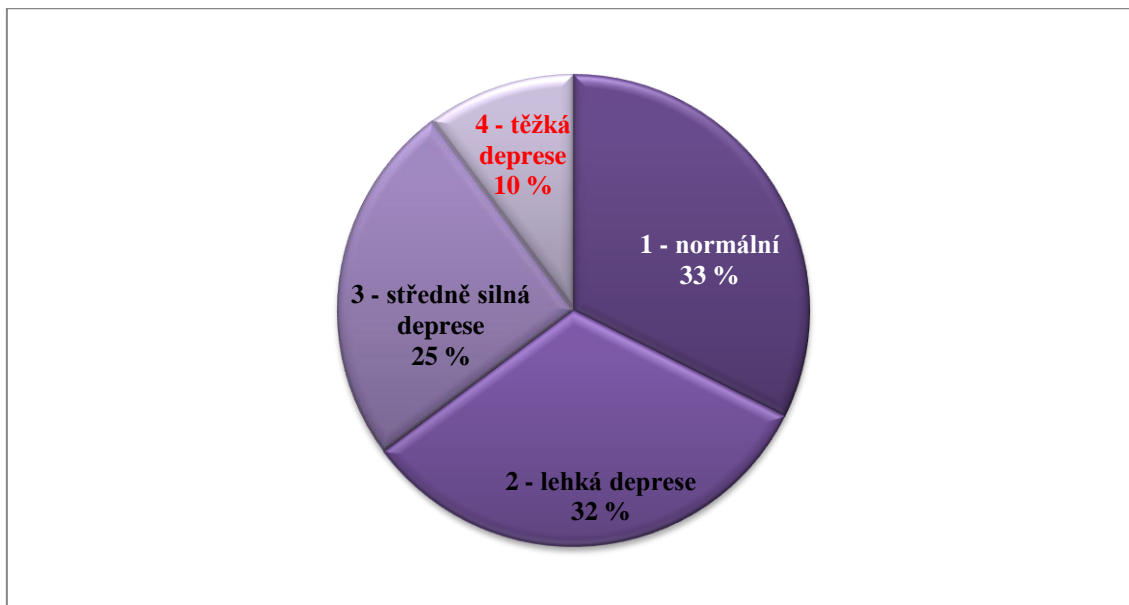
	DEP	POZ Celkem	POZ 1	POZ 2	POZ 3	NEG
DEP	1					
POZ Celkem	-0,51**	1				
POZ 1	-0,39**	0,90	1			
POZ 2	-0,36**	0,81	0,64	1		
POZ 3	-0,55**	0,88	0,69	0,53	1	
NEG	0,56**	-0,44**	-0,48**	-0,34**	-0,33**	1

Pozn.: korelace průkazné na hladině ** 0,01; *0,05; DEP = deprese, POZ Celkem = pozitivní strategie celková, POZ 1 = strategie přehodnocení a devalvace, POZ 2 = strategie odklonu, POZ 3 = strategie kontroly, NEG = negativní strategie

Výsledky: Negativní korelace byla potvrzena u vztahu mezi pozitivními zvládacími strategiemi a depresí, mezi depresí a celkovou pozitivní strategií ($r = -0,51$), i mezi depresí a POZ 1 – POZ 3. Pozitivní korelace byla prokázána mezi vztahem negativních zvládacích strategií a depresí ($r = 0,56$). **Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyššími hodnotami negativních zvládacích strategií, a zároveň s nižšími hodnotami pozitivních strategií.**

Komentář: Dle Bartlové a Trešlové (2013, s. 71) srovnání projevů a prožitků stresu a stavu deprese naznačuje, že jde o blízké a související stavy. „*Deprese je duševním stavem charakterizovaným nadměrným smutkem, který je součástí reakce na závažnou událost. Lze říct, že dlouhotrvající stres v psychické oblasti vyvolává depresi.*“ Literatura se více zabývá depresí u seniorů než stresem a stresory, které ho způsobují. Což je škoda, jelikož v ČR není pořádně zmapováno, jak velkou psychickou zátěž seniori v každodenním životě prožívají.

V následujícím koláčovém grafu je graficky zobrazena hodnota deprese u souboru respondentů.



Graf 4: Deprese u souboru respondentů

Výsledky: 33 % respondentů nejeví známky deprese. U 32 % respondentů jsou přítomny minimální nebo lehké známky deprese. U 25 % respondentů je přítomna středně silná až zcela vyjádřená deprese, a u **10 % dokonce je přítomna těžká až extrémně těžká deprese**. Můžeme říct, že **35 % respondentů má plně vyjádřené depresivní příznaky**.

Komentář: Deprese ve vyšším věku patří k nejčastějším diagnózám, které vyžadují nutnost psychiatrické péče a někdy i hospitalizace. Podle Krombholze (2013) je **prevalence depresivní poruchy u pacientů vyššího věku 10–12%**. To už je ovšem plně vyjádřená depresivní symptomatika splňující všechna kritéria depresivní fáze. Na hodnoty **15-25 %** se dostaneme, pokud vyhledáme depresivní příznaky u seniorů, včetně neúplně vyjádřených depresivních stavů. Při srovnání hodnot deprese u našeho výzkumného souboru lze vidět obdobné výsledky jako u hodnot deprese v celkové populaci. Deprese ale rozhodně nepatří k normálnímu stáří a je možné ji léčit i ve velmi vysokém věku.

V následující tabulce je zobrazena korelační analýza mezi depresí a kvalitou života, kterou tvoří 8 subjektivně hodnocených oblastí života – život celkově, zdraví, společenské vztahy, nezávislost a svoboda, domov a sousedé, psychická a emoční pohoda, finanční situace a volnočasové aktivity.

Tabulka 13: Korelace deprese a kvality života

	<i>Deprese</i>
Deprese	1
Kvalita života celkově	-0,60**
Život	-0,67**
Zdraví	-0,61**
Vztahy	-0,52**
Nezávislost	-0,68**
Domov	-0,56**
Pohoda	-0,67**
Finance	-0,53**
Volný čas	-0,55**

Pozn.: korelace průkazné na hladině ** 0,01; *0,05

Výsledky: Z tabulky je patrné, že deprese záporně koreluje se všemi 8 oblastmi, které kvalitu života tvoří. Jak bylo uvedeno již na začátku výzkumného šetření (tab. 5) tak negativní korelace ($r = -0,60$) byla prokázána také mezi depresí a celkovou kvalitou života. **Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižším hodnocením kvality života ve všech jeho oblastech, do kterých se tradičně rozlišuje.**

Komentář: Z uvedených zjištění vyplývá, že deprese výrazně souvisí s kvalitou života. Ondrušová (2009, s. 38) upozorňuje, že „*depressivní poruchy ve stáří nebývají správně rozpoznány ani léčeny, přestože zhoršují průběh somatických onemocnění a snižují kvalitu života.*“ Rozpoznání deprese a její léčba může u seniorů výrazně zlepšit jejich celkovou kvalitu života.

Jak bylo uvedeno již v úvodu šetření, tak deprese záporně koreluje s kvalitou života, i s nezdolností, a ta je jedním z faktorů podporujícím zdraví a celkovou kvalitu života. Mezi další faktory, které pozitivně podporují zdraví a zlepšují kvalitu života, literatura (Macháčová a Holmerová, Hudáková a Majerníková aj.) shodně uvádí **adekvátní pohybovou aktivitu**. Světová zdravotnická organizace, dle Slepíčky, Mudráka a Slepíčkové (2015), hovoří o pohybové aktivitě jako o významné prioritě v politikách zdravého stárnutí a pohybovou aktivitu klade na první místo ve výčtu priorit.

Jančová a Kohlíková (2007) připomínají, že pohyb by se měl stát nedílnou součástí životního stylu každého seniora. Pravidelný pohyb je velice důležitý pro mobilitu a soběstačnost v pozdním věku, podílí se na udržování optimální tělesné hmotnosti, snižuje riziko rozvoje vysokého krevního tlaku, stimuluje krevní oběh a je důležitou součástí prevence obezity, cukrovky druhého typu nebo demence. Macháčová a Holmerová (2019) dodávají, že cílem pohybové aktivity u seniorů je zpomalit involuční děje organismu a zajistit tak, co možná nejdelší soběstačnost a nezávislost.

Je mnoho názorů na to, jaké pohybové aktivity by měli senioři provozovat. WHO doporučuje multimodální tělesné aktivity, konkrétně doporučuje 150-300 minut střední vytrvalostní zátěže týdně, a k tomu tři dny v týdnu cvičit rovnováhu a mobilitu, a dva dny posilovat. To vše samozřejmě s ohledem na funkční a zdravotní stav. I přes tato opatření a doporučení zůstává většina lidí neaktivní. Stále se hledají nějaké optimální intervenční programy, přičemž je velmi pravděpodobné, že univerzální program neexistuje. Je načase zkusit individuální přístup, jehož cílem by bylo staršímu člověku zpříjemnit den a najít způsob, jak ho přimět, aby se chtěl hýbat sám. (Macháčová a Holmerová, 2019)

Z těchto důvodů bude v poslední části práce **zmapována pohybová aktivita u souboru seniorů**. Nejprve budou u souboru respondentů zjištěny procentuální četnosti sportujících v mládí a v současnosti, dále bude zanalyzováno, jakým konkrétním sportovním aktivitám se respondenti věnují, a na závěr bude provedena korelační analýza sportovních aktivit k vybraným zkoumaným jevům.

V následující tabulce je procentuální srovnání pohybové aktivity u souboru respondentů v mládí a v současnosti.

Tabulka 14: Srovnání sportovní aktivity v mládí a v současnosti

Sport v mládí	Relativní četnost
ano, rekreačně	45 %
ano, výkonnostně	5 %
ne	50 %
Sport v současnosti	Relativní četnost
ano	19 %
ne	81 %

Výsledky: Z tabulky je patrné, že v mládí se sportu věnovala polovina respondentů, z toho 45 % rekreačně a 5 % dokonce výkonnostně. **V současnosti provozuje sport pouze necelá pětina (19 %) respondentů.**

Komentář: Při srovnávání uvedených výsledků s populačními statistikami zjistíme, že sportovní aktivita se snižuje s věkem. Rašticová a Bédiová (2018, s. 126) poukazují na fakt, že „*Češi do věku 44 let jsou celkově o něco aktivnější, než je průměr v EU. Starší lidé v ČR jsou naopak pasivnější než v EU.*“ Ve věku 55-64 let je fyzicky aktivní 43,5 % populace, ve věku 65-74 let 33 % populace a ve věku nad 75 let je aktivní pouze 13,9 % populace.

V další tabulce je uvedený výčet a procentuální četnost jednotlivých pohybových aktivit, kterým se respondenti v současnosti věnují.

Tabulka 15: Sportovní aktivita v současnosti

Sportovní aktivita v současnosti	Relativní četnost
Pěší turistika	65 %
Cyklistika	30 %
Plavání	20 %
Cvičení	10 %
Běžky, bruslení, lyžování, jóga, vodní aerobik	5 %
Celkem v absolutních číslech	20 respondentů

Výsledky: Z 20 respondentů, kteří uvedli, že v současnosti provozují nějaký sport či pohybovou aktivitu jich nejvíce (65 %) uvedlo, že se věnují pěší turistice. 30 % respondentů pak cyklistice, 20 % plavání a 10 % cvičení. 5 % respondentů pak uvádělo následné aktivity: běžky, bruslení, lyžování, jógu a vodní aerobik.

Následující korelační analýza zjišťuje u souboru respondentů vztahy mezi sportem (v mládí i teď) a vybranými zkoumanými jevy. Konkrétně jde o celkovou kvalitu života, zdraví, nezdolnost, depresi a celkové pozitivní i negativní zvládací strategie.

Tabulka 16: Korelace sportovní aktivity k vybraným jevům

	<i>Sport v mládí</i>	<i>Sport teď</i>
Sport v mládí	1	
Sport teď	0,40**	1
Kvalita života celkově	0,19	0,21*
Aktuální zdravotní stav	0,30**	0,35**
SOC	0,28*	0,25*
DEP	-0,29*	-0,23*
POZ Celkem	0,12	0,15
NEG	-0,21*	-0,35**

Pozn.: korelace průkazné na hladině ** 0,01; *0,05; SOC = nezdolnost, DEP = deprese, POZ Celkem = pozitivní zvládací strategie celkem, NEG = negativní zvládací strategie

Výsledky: Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi sportovní aktivitou provozovanou v současnosti a celkovou kvalitou života ($r = 0,21$), aktuálním zdravotním stavem ($r = 0,35$), nezdolností ($r = 0,25$) a negativní korelace se potvrdila u deprese ($r = -0,23$) a negativních zvládacích strategií ($r = -0,35$). Pozitivní korelace byla zjištěna také u sportování v současnosti a sportování v mládí ($r = 0,40$). Sportování v mládí následně pozitivně koreluje se zdravím ($r = 0,30$), nezdolností ($r = 0,28$), negativně koreluje s depresí ($r = -0,29$) a negativními zvládacími strategiemi ($r = -0,21$). Korelace se naopak neprokázala mezi pozitivními zvládacími strategiemi a sportovní aktivitou. I když hodnoty korelací nejsou extra vysoké, je patrné, že **sportovní aktivita provozovaná v současnosti souvisí u souboru respondentů s vyšší kvalitou života, zdravím i nezdolností, a s nižšími hodnotami depresivity i negativních zvládacích strategií.** Z výsledků také plyne, že pohybová aktivita souvisí s návykem z mládí.

Komentář: Hudáková a Majerníková (2013) konstatují, že **fyzická aktivita souvisí s kvalitou života ve stáří** a dokládá to ve své knize mnoha zahraničními výzkumy. Uvádí také, že existuje signifikantní vztah mezi fyzickou aktivitou a životní pohodu (well-being), která má vliv na chronický stres jedince. Pohyb je pokládán za základ kvalitního života starších lidí.

4.5 Ověření hypotéz

- **H1:** *Vyšší hodnoty psychické nezdolnosti souvisejí s vyšší subjektivní spokojeností se životem. Hypotéza se potvrdila.* Pozitivní korelace byla zjištěna mezi nezdolností a všemi oblastmi kvality života. Mezi celkovou kvalitou života a nezdolností je korelace ($r = 0,62$).
- **H2:** *Vyšší hodnoty psychické nezdolnosti pozitivně koreluje s pozitivními strategiemi zvládnání stresu. Hypotéza se potvrdila.* Pozitivní korelace se prokázala u vztahu mezi nezdolností a pozitivními strategiemi. Mezi nezdolností a celkovou pozitivní strategií je korelace ($r = 0,59$).
- **H3:** *Vyšší hodnocení zdravotního stavu souvisí s vyšší kvalitou života. Hypotéza se potvrdila.* Pozitivní korelace byla prokázána u aktuálního zdravotního stavu a celkové kvality života ($r = 0,42$), a také u vybraných oblastí kvality života (život celkově, zdraví, nezávislost a psychická pohoda).
- **H4:** *Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižším hodnocením kvality života. Hypotéza se potvrdila.* Deprese záporně koreluje se všemi 8 oblastmi, do kterých se tradičně rozlišuje. Záporně koreluje také s celkovou kvalitou života ($r = -0,60$).
- **H5:** *Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyššími hodnotami negativních zvládacích strategií. Hypotéza se potvrdila.* Pozitivní korelace byla prokázána mezi vztahem negativních zvládacích strategií a depresí ($r = 0,56$).
- **H6:** *Předpokládáme, že u více než 10 % respondentů bude přítomna depresivní symptomatika. Hypotéza se potvrdila.* 35 % respondentů má plně vyjádřené depresivní příznaky. U 25 % respondentů je přítomna středně silná až zcela vyjádřená deprese, a u 10 % je dokonce přítomna těžká až extrémně těžká deprese.

4.6 Shrnutí výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat kvalitu života u vybraného vzorku seniorů žijících v domácím prostředí a zjistit, co ovlivňuje úspěšné zvládnání stáří pozitivně, a co negativně. Pro realizaci výzkumu bylo zvoleno kvantitativně orientované dotazníkové šetření, které za pomoci 4 standardizovaných dotazníků OPQOL-35, SOC-29, SDS a SVF-78 zkoumalo vztahy mezi kvalitou života seniorů ve stáří, psychickou nezdolností jedince, strategiemi zvládnání zátěžových situací a depresí. Výzkumný vzorek tvořilo 108 respondentů (průměrný věk $74 \pm 6,5$ let).

Skoro polovina respondentů hodnotí svojí celkovou kvalitu života neutrálně, ani dobře, ani špatně a stejná část respondentů ji vnímá pozitivně. Pouze marginální část (12 %) ji hodnotí negativně. Respondenti nejlépe hodnotili oblast domova, společenských vztahů a psychické pohody. Nejhůře byla hodnocena finanční situace a zdraví. Z výsledků korelačních analýz vyplývá, že celková kvalita života souvisí s psychickou nezdolností jedince, na čemž se shodují mnozí další autoři a studie. Vyšší hodnoty nezdolnosti souvisejí s vyšší subjektivní spokojeností se životem.

S vyšší kvalitou života hodně souvisí i subjektivní spokojenost se zdravím, která se dle literatury zhoršuje s vyšším věkem. Pouze 12 % respondentů se cítí být zdrávo a přibližně tři čtvrtiny respondentů uváděli, že mají nějaké nemoci přiměřené věku. Nejčastěji se jednalo o vysoký krevní tlak, onemocnění srdce, cukrovku druhého typu a artrózu. Korelace prokázala, že lepší zdravotní stav se pojí s lepším hodnocením kvality života, a s vyšší nezdolností. Naopak nemocnost je spojena s horším hodnocením života, a také s depresí.

Korelace dále prokázala souvislost kvality života se strategiemi zvládnání stresu. Vyšší hodnocení kvality života je spojeno s proaktivním zvládnáním (tj. využívání pozitivních strategií) a negativně se pojí s maladaptivním zvládnáním (využívání negativních strategií). Soubor respondentů využívá častěji pozitivní strategie než negativní. Nejvíce využívaná je strategie vyhýbání se, tedy snaha vyhnout se další konfrontaci se stresovou situací. Literatura tvrdí, že zvládnání stresových situací závisí na míře resilience, tj. nezdolnosti, schopnosti přizpůsobit se nepříznivým situacím. Výsledky šetření tuto teorii podporují pozitivní korelací mezi nezdolností a pozitivními strategiemi zvládnání stresu. Využívání negativních zvládacích strategií pak pozitivně koreluje s depresí. Jak naznačuje literatura, tak mezi depresí a stresem je velmi úzký vztah. Dlouhotrvající stres v psychické oblasti může vyvolat depresi.

Deprese ve vyšším věku patří k častým diagnózám. Podle Krombholze (2013) je prevalence depresivní poruchy u pacientů vyššího věku 10–12%. Pokud započítáme i neúplně vyjádřené depresivní stavy dostáváme se na hodnoty 15–25 %. U našeho souboru má 35 % respondentů plně vyjádřené depresivní příznaky, z toho u 10 % je přítomna těžká až extrémně těžká deprese. Korelační analýza pak prokázala negativní vztah deprese a kvality života ve všech jejích oblastech.

Za další významný protektivní faktor literatura shodně uvádí adekvátní pohybovou aktivitu. Z výsledků šetření vyplývá, že v současnosti provozuje sport pouze necelá pětina respondentů. Nejvíce se respondenti věnují pěší turistice, cyklistice a plavání. Korelační analýza prokázala, že sportovní aktivita provozovaná v současnosti souvisí u souboru respondentů s vyšší kvalitou života, lepším zdravím, a s nižší depresivní symptomatikou a maladaptivním zvládáním.

Výzkumné šetření potvrzuje, že koncept nezdolnosti lze považovat za zdraví posilující faktor, který podporuje kvalitu života seniorů a jejich zdraví, přispívá k výběru pozitivní zvládací strategie při expozici zátěžovým situacím, a rovněž snižuje pravděpodobnost výskytu deprese. Za další protektivní faktor úspěšného zvládání stáří lze považovat pohybovou aktivitu. Deprese, která je u seniorů velmi častou diagnózou, naopak negativně ovlivňuje kvalitu života seniora i jeho zdraví, a souvisí s maladaptivním zvládáním stresu a zátěžových situací. Rozpoznání deprese a její léčba může u seniorů výrazně zlepšit jejich celkovou kvalitu života.

Závěr

Z důvodu demografických změn populačního stárnutí je kvalita života seniorů velmi diskutovaným a aktuálním tématem, který se postupně stane výzvou pro celou společnost. Je nutné vytvořit takové prostředí, kde se bude stárnout dobře jak současným seniorům, tak jednou i každému z nás. Potřeby sociálně-právní, psychologické a poradenské podpory budou u seniorů pravděpodobně neustále narůstat. V rámci zdravotně sociálního systému se hovoří o péči orientované na klienta, kde je nezbytné nejprve zjistit, co klient prožívá, abychom porozuměli jeho problémům, a mohli přistoupit k plánu pomoci a péče. Proto je pro pomáhající pracovníky, kteří pracují se seniory nezbytné znát faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří, aby mohli poskytovat péči a podporu ve prospěch životní pohody seniorům efektivně. Z těchto důvodů bylo cílem práce seznámit čtenáře s nejdůležitějšími faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří a nastínit, jaké faktory mají na život ve stáří pozitivní vliv, a jaké negativní.

V práci byly vysvětleny specifika života ve stáří, od definic a periodizace stáří, přes demografické změny populačního stárnutí, až po aktuální koncepční dokumenty týkající se aktivního a zdravého stárnutí. Práce se ale především zaměřila na kvalitu života ve stáří a faktory, které ji ovlivňují. Faktory byly popsány v souladu s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci, a členěny byly na biologické a psycho-sociální. Mezi biologické patří genetické faktory, věk, pohlaví, a zejména zdraví a zdravotní stav. Mezi psycho-sociální se řadí osobnostní charakteristiky, schopnost adaptace a psychické a duševní zdraví, odchod do důchodu, soběstačnost, sociální opora, rodina a mezilidské vztahy, hmotné zabezpečení, zdravotní a sociální služby, postoj společnosti a zlomové události vyššího věku. V poslední kapitole teoretické části se práce zaměřila na to, jak stáří úspěšně zvládat. Definovány byly rizikové faktory, stresové a zátěžové situace v životě seniorů, a následně byly uvedeny faktory protektivní, které zvládání stáří ovlivňují pozitivně. Mezi protektivní faktory zvládání stáří patří hlavně sociální opora, autonomie a resilience, tj. psychická nezdolnost.

Na úspěšné zvládání stáří se blíže zaměřuje výzkumné šetření. Jeho cílem bylo zmapovat kvalitu života u vybraného vzorku seniorů žijících v domácím prostředí a zjistit, co u nich ovlivňuje úspěšné zvládání stáří pozitivně, a co negativně, tedy rozpoznat rizikové a protektivní faktory úspěšného zvládání stáří. Pro realizaci výzkumu bylo zvoleno kvantitativně orientované dotazníkové šetření, které za pomoci

4 standardizovaných dotazníků OPQOL-35, SOC-29, SDS a SVF-78 zkoumalo vztahy mezi kvalitou života seniorů ve stáří, psychickou nezdolností jedince, strategiemi zvládání zátěžových situací a depresí. Výzkumné šetření potvrdilo, že koncept nezdolnosti lze považovat za zdraví posilující faktor, který podporuje kvalitu života seniorů a jejich zdraví, přispívá k výběru pozitivní zvládací strategie při expozici zátěžovým situacím a snižuje pravděpodobnost výskytu deprese. Za další protektivní faktor úspěšného zvládání stáří lze považovat pohybovou aktivitu. Výzkumné šetření dále prokázalo, že deprese, která je u seniorů velmi častou diagnózou, negativně ovlivňuje kvalitu života seniora i jeho zdraví, a souvisí s maladaptivním zvládáním stresu a zátěžových situací. Rozpoznání deprese a její léčba může u seniorů výrazně zlepšit jejich celkovou kvalitu života.

Výsledky výzkumného šetření mohou sloužit jako podnět k dalším výzkumům problematiky kvality života ve stáří. Přínos diplomové práce lze spatřovat v komplexním shrnutí nejdůležitějších rizikových a protektivních faktorů ovlivňující kvalitu života seniorů ve stáří. Pro poskytování efektivní péče a podpory seniorům je nezbytné tyto faktory znát. Přispět tedy mohou všem pomáhajícím pracovníkům, kteří pracují se seniory, ale zároveň má práce potenciál edukovat širší veřejnost, jelikož faktory, které ovlivňují stárnutí a stáří, je důležité znát pro lepší porozumění problémům seniorské populace, které se jednou budou dotýkat také každého z nás.

Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, Sylva a Marie TREŠLOVÁ. Psychosociální faktory stresu seniorů a jejich zvládání. *Sociální práce*, 2013, roč. 13, č. 3, s. 67-77. ISSN: 1213-6204.
2. BERKOVÁ, Marie a Zdeněk BERKA. Pády: významná příčina morbidity a mortality seniorů. *Vnitřní lékařství*, 2018, roč. 64, č. 11, s. 1076-1083. ISSN: 0042-773X.
3. BĚLÍK, Václav a HOFERKOVÁ, Stanislava. *Tvorba odborné práce: vysokoškolská učebnice pro studenty sociálně pedagogických oborů*. First edition in Tribun EU. Brno: Tribun EU, 2016. 121 stran. ISBN 978-80-263-1021-1.
4. BRDIČKA, Radim. O lidském stárnutí a dlouhověkosti. *Časopis lékařů českých*, 2009, roč. 148, č. 7, s. 330-334. ISSN: 0008-7335.
5. BUDÍKOVÁ, Marie, KRÁLOVÁ, Maria a MAROŠ, Bohumil. *Průvodce základními statistickými metodami*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 272 s. Expert. ISBN 978-80-247-3243-5.
6. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017, 511 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
7. GABALEC, Filip a Jan ČÁP. Endokrinologie stárnutí – krátký přehled. *Kardiologická revue*, 2015, roč. 17, č. 2, s. 181-183. ISSN: 2336-288X.
8. HAJDUCHOVÁ, Hana a kol. Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb. *Praktický lékař*, 2017, roč. 97, č. 5, s. 223-227. ISSN: 0032-6739.
9. HUDÁKOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 115 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4772-9.
10. CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 254 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
11. JANČOVÁ, Jitka a Eva KOHLÍKOVÁ. Regresní změny stárnoucího organismu a jejich vliv na posturální stabilitu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2007, roč. 14, č. 4, s. 155-162. ISSN: cnb000359219.

12. JANKE, Wilhelm a ERDMANN, Gisela. *Strategie zvládání stresu - SVF 78*. Překlad Josef Švancara. První české vydání. Praha: Testcentrum, 2003. 27 stran. ISBN 80-86471-24-1.
13. JEDLINSKÁ, Martina. Funkční hodnocení seniorů, teorie a praxe. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 3, s. 134-137. ISSN: 1805-4684.
14. JENŠOVSKÝ, Jiří. Sarkopenie: definice a diagnostika nové nemoci. *Clinical Osteology*, 2019, roč. 24, č. 1, s. 14-18. ISSN: 2571-1326.
15. JONES, J. S., FITZPATRICK, J. J., ROGERS, V. L. *Psychiatry - Mental Health Nursing An Interpersonal Approach*. New York: Springer Publishing Company, 2012. 696 s. ISBN: 978-0-8261-0563-9.
16. KROMBHOLZ, Richard. Deprese ve vyšším věku a její léčba. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 1, s. 36-39. ISSN: 1805-4684.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN: 80-7178-835-X.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.
19. KUBEŠOVÁ, Hana. Možnosti ovlivnění poruch chování ve stáří. *Česká geriatrická revue*, 2009, roč. 7, č. 3-4, s. 131-137. ISSN: 1214-0732.
20. KUBEŠOVÁ, Hana a Katarína BIELAKOVÁ. Úskalí farmakoterapie osteoartrózy u seniorů. *Geriatric a gerontologie*, 2019, roč. 8, č. 1, s. 10-13. ISSN: 1805-4684.
21. LAŇKOVÁ, Jaroslava a Jana SIBLÍKOVÁ. *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2004. 16 s.: tab.; 30 cm. ISBN: 80-903573-1-8.
22. MACHÁČOVÁ, Kateřina a Iva HOLMEROVÁ. *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta, 2019, 247 s. Medical services. ISBN 978-80-204-5489-8.
23. MARŠÁLKOVÁ, Kateřina a Karel SCHMEIDLER. Ageismus – hrozba sociální izolace ve stáří. *Geriatric a gerontologie*, 2016, roč. 5, č. 1, s. 44-48. ISSN: 1805-4684.
24. MRÁZKOVÁ, Eva et al. Závažná onemocnění u seniorů a závratě. *Pracovní lékařství*, 2016, roč. 68, č. 1-2, s. 6-11. ISSN: 0032-6291.

25. MOTLOVÁ, Lenka a kol. Pohybová aktivita u seniorů 65+ a její souvislosti se zdravotní gramotností. *Praktický lékař*, 2018, roč. 98, č. 5, s. 209-213. ISSN: 0032-6739.
26. MÜHLPACHR, Pavel. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
27. NOVÁK, Jaroslav. Kalendářní věk a zdatnostní věk (fitness age) - editorial. *Praktický lékař*, 2019, roč. 99, č. 3, s. 95-101. ISSN: 0032-6739.
28. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*, 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39. ISSN: 1214-0732.
29. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Smysluplnost života ve stáří. *Česká geriatrická revue*, 2010, roč. 8, č. 1-2, s. 50-55. ISSN: 1214-0732.
30. OTOVÁ, Berta, Zdeněk KALVACH, a M. ŠNEJDRLOVÁ. Biologické mechanismy stárnutí. *Časopis lékařů českých*, 2006, Roč. 145, č. 9, s. 688-694. ISSN: 0008-7335.
31. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 362 stran; 24 cm. ISBN: 978-80-247-5646-2.
32. PELCÁK, S., HOFERKOVÁ, S., BĚLÍK, V. 2015. Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu u adolescentů. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*, roč. 5, č. 2, s. 98–108. ISSN 1804-526X.
33. PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Šedivějící hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013, 181 s. EDIS:ediční řada disertačních prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity. ISBN 978-80-210-6310-5.
34. POKORNÁ, Andrea a Radka BLAŽKOVÁ. Sociální vztahy ve stáří. *Geriatric a gerontologie*, 2012, roč. 1, č. 1, s. 24-28. ISSN: 1805-4684.
35. RAŠTICOVÁ, Martina a Monika BĚDIOVÁ. *Práce, nebo důchod?: seniori, trh práce a aktivní stárnutí*. Brno: B&P Publishing, 2018, 159 s. ISBN 978-80-7485-177-3.
36. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5.
37. SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 254 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

38. SLEPIČKA, Pavel, Jiří MUDRÁK a Irena SLEPIČKOVÁ. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 162 s. ISBN 978-80-246-3110-3.
39. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3507-8.
40. SVOBODA, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 4., V nakl. Portál 3. Praha: Portál, 2010. 343 s. ISBN 978-80-7367-706-0.
41. TOPINKOVÁ, Eva, BERKOVÁ, Marie a Tomáš, RICHTER. Jsou cílové hodnoty pro léčbu arteriální hypertenze odlišné ve středním a vyšším věku? *Geriatric a gerontologie*, 2014, roč. 3, č. 1, s. 12-17. ISSN: 1805-4684.
42. TREŠLOVÁ, Marie a Sylva BÁRTLOVÁ. Příčiny stresu seniorů žijících v domácím prostředí. *Geriatric a gerontologie*, 2014, roč. 3, č. 4, s. 165-170. ISSN: 1805-4684.
43. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
44. VEPŘEKOVÁ, Blanka. Vliv stárnutí na kognitivní funkce a možnosti hodnocení v terénní praxi. *Praktický lékař*, 2012, roč. 92, č. 3, s. 139-144. ISSN: 0032-6739.
45. VÝŠKA, Ondřej a Hana KUBEŠOVÁ. Imunosenescence a infekční komplikace vyššího věku. *Kardiologická revue*, 2018, roč. 20, č. 1, s. 41-43. ISSN: 2336-288X.
46. WEBER, Pavel. Stárnutí staré společnosti (seniorizace) a geriatrizace medicíny. *Geriatric a gerontologie*, 2018, roč. 7, č. 4, s. 152-155. ISSN: 1805-4684.
47. ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print, 2012, 178 s. ISBN 978-8089295-43-2.

Seznam internetových zdrojů

- 1 ANTOŠOVÁ, V. a kol. *Analýza kvality života seniorů v České republice* [online]. MPSV, 2016. [cit. 2020-06-02] Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Kvalita_zivota_senioru_-_finalni_verze.pdf/47641324-d8b7-56ac-2e78-b7ab3b83fb5a
- 2 BJØRKLØF, Guro Hanevold et al. Coping and depression in old age: a literature review. *Dementia and geriatric cognitive disorders* [online]. 2013, vol. 35, 3-4 p. 121-154. Doi:10.1159/000346633 [cit. 2020-05-05] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23392253/>
- 3 ČSÚ. *Seniori a zdraví – 2018* [online]. 2018. [cit. 2020-05-20] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a4>
- 4 ČSÚ. *Seniori v Česku* [online]. 2014. [cit. 2020-03-05] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2018>
- 5 ČSÚ. *Aktuální populační vývoj v kostce* [online]. 2020 [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
- 6 CIESLAR, Jan. *ČSÚ statistiky nezkrusuje* [online]. 2012 [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/csu_statistiky_nezkresluje20121001
- 7 DVOŘÁK, Milan. Právní definice seniora dosud stále chybí. *Seniori České republiky, z.s.* [online]. 2018 [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: <https://senioricr.cz/pravni-definice-seniora-dosud-chybi/>
- 8 KŘEŠŤANOVÁ, Jana. Osob ve věku 65 a více let bylo poprvé více než 2 miliony. *Statistika & MY: Měsíčník českého statistického úřadu* [online]. 2018, Roč. 8, č. 5. [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2018/05/osob-ve-veku-65-a-vice-let-bylo-poprve-vice-nez-2-miliony/>

- 9 ERA. *Manuál aktivního stárnutí*. [online]. Praha: Evropská rozvojová agentura, 2012 [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: http://aktivne.eracr.cz/wp-content/uploads/2013/01/A5-manual_nahled.pdf
- 10 MPSV. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025* [online]. MPSV, 2019 [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: http://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-připravy-na-stárnutí-společnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf
- 11 MARES, Jiri, Hynek CIGLER a Eva VACHKOVA. Czech version of OPQOL-35 questionnaire: the evaluation of the psychometric properties. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2016, **14**(1) [cit. 2020-05-26]. DOI: 10.1186/s12955-016-0494-7. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0494-7>

Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů

Graf 1: Věk u souboru respondentů.....	49
Graf 2: Celková kvalita života.....	53
Graf 3: Zhodnocení zdraví u souboru.....	56
Graf 4: Deprese u souboru respondentů	63

Seznam tabulek

Tabulka 1: Převod SDS indexu na klinický nález	47
Tabulka 2: Pohlaví u souboru respondentů	50
Tabulka 3: Bydlení respondentů.....	50
Tabulka 4: Rodinný stav respondentů	51
Tabulka 5: Vzdělání respondentů	51
Tabulka 6: Korelace mezi kvalitou života, nezdolností a depresí	54
Tabulka 7: Korelace mezi nezdolností a kvalitou života.....	55
Tabulka 8: Nejčastější onemocnění u souboru respondentů	57
Tabulka 9: Korelace mezi zdravím, kvalitou života, nezdolností a depresí	58
Tabulka 10: Strategie zvládání stresu podle četnosti využívání.....	60
Tabulka 11: Korelace mezi kvalitou života, nezdolností a zvládacími strategiemi	61
Tabulka 12: Korelace mezi depresí a zvládacími strategiemi	62
Tabulka 13: Korelace deprese a kvality života.....	64
Tabulka 14: Srovnání sportovní aktivity v mládí a v současnosti.....	66
Tabulka 15: Sportovní aktivita v současnosti.....	66
Tabulka 16: Korelace sportovní aktivity k vybraným jevům	67

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník kvality života seniorů OPQOL-35

Příloha B: Dotazník nezdolnosti SOC-29

Příloha C: Sebeposuzující stupnice deprese SDS (Zung)

Příloha D: Dotazník strategie zvládání stresu SVF-78

Příloha A: Dotazník kvality života seniorů OPQOL-35

Prosíme, vyplňte pravdivě svůj rok narození. MONOHRÁT DĚKUJEME.

ROK NAROZENÍ:

Odpovězte prosím na následující otázky.

1. Jste (odpověď označte křížkem)
ve věku (doplňte měsícem Vá:)

2. Rodinný stav

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

3. Bydlení

- žiji doma (samostatně bez pomoci druhých)
- žiji doma (pomáhají mně druhí)
- žiji s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)
- v domě s pečovatelskou službou
- žiji v domově důchodců, v domově pro seniory

4. Aktuální zdravotní stav

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

Uveďte konkrétní onemocnění, které/kerá máte:

5. Provozovali jste v mládí (dětsví, dospívání, mladá dospělost) aktivně nějaký sport?

- ne
- ano – rekreačně (pro zábavu): (napíšte jaký/jaké sporty)
- ano – výkonnostně/vrcholově (registrovaný sportovec, reprezentant): (napíšte jaký/jaké sporty)

6. Provozujete v současnosti nějakou sportovní aktivitu?

- ne
- ano – (napíšte jaký druh aktivity a v jaké organizaci, pokud v nějaké konkrétní)

Polyny pro vyplňování

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jistí/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která vám přijde nejbližší. Pokud nevíte, odpovězte jako první. Berte přitom v úvahu, běžně se, své pláče, starosti, úsměvy a život za poslední dva týdny.

1. Když vezmete v úvahu jak dobré, tak špatné věci, které ovlivňují Vaši kvalitu života, jak byste ohodnotili svou kvalitu života celkově?

0. Svoji kvalitu života celkově hodnotím jako	velmi špatnou 1	špatnou 2	vyhovující 3	dobrou 4	velmi dobrou 5
---	--------------------	--------------	-----------------	-------------	-------------------

2. Prosím, označte, jak moc souhlasíte nebo nesouhlasíte s každým z následujících tvrzení:

Život celkově	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
1. Celkem si užívám života	1	2	3	4	5
2. Většinu času se cítím šťastný/á	1	2	3	4	5
3. Mám radost ze života, těší mě život	1	2	3	4	5
4. Život mě ubíjí, ničí	1	2	3	4	5
Zdraví	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
5. Mám ještě dost sil, fyzické energie	1	2	3	4	5
6. Bolest mi nedovoluje cítit se dobře, být v pohodě	1	2	3	4	5
7. Můj zdravotní stav mně komplikuje péči o sebe sama a o můj domov	1	2	3	4	5
8. Jsem přiměřeně zdravý/a na to, abych se mohl/a postavit na nohy	1	2	3	4	5
Společenské vztahy	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
9. Moje rodina, přátelé, sousedé mi pomohou, když by bylo potřeba	1	2	3	4	5
10. Bylo by lepší, kdybych se víc stýkal/a s lidmi, žila společensky	1	2	3	4	5

11. Mám někoho, kdo mi vyjadřuje lásku a náklonnost	1	2	3	4	5
12. Rád/a bych měl/a kolem sebe více lidí, se kterými bych si užíval/a život	1	2	3	4	5
13. Mám své děti blízko, což je pro mě důležité	1	2	3	4	5
Nezávislost, kontrola nad životem, svoboda	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
14. Jsem přiměřeně zdravý/a, abych byl/a nezávislý/á	1	2	3	4	5
15. Těší mě to, co dělám	1	2	3	4	5
16. Z mého důchodu si mohu dovolit jen málo, životní náklady omezují můj život	1	2	3	4	5
17. Mohu rozhodovat o svém životě	1	2	3	4	5
Domov a sousedé	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
18. V místě, kde žiji, se cítím bezpečně	1	2	3	4	5
19. Místní obchody, služby a další zařízení jsou na dobré úrovni	1	2	3	4	5
20. Těším se ze svého domova, svého okolí a životního prostředí	1	2	3	4	5
21. Ve svém okolí mám přátele	1	2	3	4	5
Psychická a emoční pohoda	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
22. Beru život takový, jaký je a snažím se ho využít co nejlépe	1	2	3	4	5
23. V porovnání s většinou lidí se cítím šťastný/á	1	2	3	4	5
24. Mám tendenci brát život z té lepší stránky	1	2	3	4	5
25. Jestliže mě můj zdravotní stav omezuje v některých společenských/volnočasových aktivitách, snažím se to kompenzovat něčím jiným, co mohu dělat.	1	2	3	4	5

Finanční situace	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
26. Mám dost peněz, abych mohl/a platit/a účty	1	2	3	4	5
27. Mám dost peněz, abych mohl/a platit/a poplatky za služby	1	2	3	4	5
28. Mohu si dovolit koupit, co chci	1	2	3	4	5
29. Nemohu si dovolit koupit takové věci, kterých bych si užíval/a	1	2	3	4	5
Volnočasové aktivity	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Ani nesouhlasím ani souhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
30. Mám koníčky, společnost a užívám si je	1	2	3	4	5
31. Snažím se zůstat zapojený/á do různých aktivit, zaměstnávat se něčím	1	2	3	4	5
32. Dělán placenou (nebo neplacenou) práci nebo takové činnosti, které mě baví, dávají mému životu smysl	1	2	3	4	5
33. Musím se starat o jiné, což omezuje mé společenské nebo volnočasové aktivity	1	2	3	4	5
34. Náboženství, víra, filozofie jsou pro můj život důležité	1	2	3	4	5
35. Kulturní události, náboženské svátky, oslavy jsou pro můj život důležité	1	2	3	4	5

Příloha B: Dotazník nezdolnosti SOC-29

9

Nezdolnost

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

1	2	3	4	5	6	7
Rozhodně souhlasím	Souhlasím	neodpovídá	neodpovídá	Spolu	neodpovídá	Rozhodně souhlasím

- Když mluvíte s lidmi, kteří se vám zdají být v nevhodné situaci, máte pocit:
 - nemám ho nikdy
 - mám ho vždy
- Když jste v minulosti měl(a) dělat něco, kde byla nezbytná spolupráce s druhými lidmi, měl(a) jste pocit:
 - že to nebude uděláno
 - že to bude jistě uděláno
- Znáte dokonale lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy své vlastní rodiny)?
 - velmi zřídka mám ten pocit
 - mám jej velmi často
- Máte pocit, že se v podstatě nezajímáte o to, co se děje kolem Vás?
 - velmi zřídka mám ten pocit
 - mám jej velmi často
- Stalo se Vám v minulosti, že jste byl(a) překvapen(a) chováním lidí, o nichž jste si myslel(a), že je dobře znáte?
 - nikdy se to nestalo
 - tak tomu bylo vždy
- Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval(a) a s nimiž jste počítal(a)?
 - nikdy se to nestalo
 - tak tomu bylo vždy
- Život je:
 - velice zajímavý
 - jen běžná rutinní záležitost
- Váš život doposud:
 - neměl jasný smysl a cíl
 - měl velice jasný smysl a cíl
- Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě (nefér)?
 - velmi často
 - velmi zřídka nebo nikdy

- Když děláte něco, co Vám dává dobrý pocit, jste si v tu chvíli jistý(á), že:
 - se tak budete cítit i nadále
 - se stane něco, co Vám dobrý pocit pokazí
- Stává se Vám, že máte pocit, že se Vám něco děje, ale nevíte, proč?
 - velmi často
 - velmi zřídka nebo nikdy
- Očekáváte, že Váš budoucí život bude:
 - neúčelný a zcela bezsmyslný
 - bude mít dobrý smysl, cíl a účel
- Domníváte se, že vždy budou lidé, na které se budete moci spolehnout?
 - jsem si jistý(á), že budou takoví lidé
 - pochybuji, že budou takoví lidé
- Stane se Vám, že máte pocit, kdy nevíte dost dobře, co se bude dále dít?
 - velmi často se mi to stane
 - stane se mi to velmi zřídka nebo nikdy
- Mnozí lidé – i ti, kteří mají pevný charakter – se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se takto cítil(a) v minulosti Vy?
 - nikdy
 - velmi často
- Když se někdy něco stalo, zjistil(a) jste obvykle:
 - že jste podcenil(a) důležitost toho, co se dělo
 - že jsem viděl(a) věci správně
- Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáváte v důležitých úsecích svého života, máte pocit že:
 - vždy nad obtížemi zvítězíte
 - obtíže nezdoláte a neztěžíte nad nimi
- Jak často máte pocit, že to, co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl?
 - ten pocit mám velmi často
 - ten pocit mám jen zřídka nebo nikdy
- Jak často máte pocit, že si nejste zcela jistý(a), zda se dokonale ovládáte?
 - ten pocit mám velmi často
 - ten pocit mám jen zřídka

- V uplynulých deseti letech:
 - Váš život byl plně v souladu s tím, jak jste si představoval(a) a v pohodě kdy jste se cítil(a)
 - velice málo
 - velice často
- Většina věcí, které vám připadají důležité, jsou:
 - vzrušujících
 - velice nudných
- Máte pocit, že jste v neobvyklé situaci a že nevíte dost dobře, co dělat?
 - mám tento pocit velice často
 - tento pocit mám velmi zřídka/nikdy
- Co lépe vystihne, jak vy sám(a) hodnotíte svůj život?
 - člověk vždy může najít řešení těžkých životních situací
 - neexistuje žádné řešení těžkých životních situací
- Když myslíte na svůj život, pak velmi často:
 - čtíte, jak je dobré, že můžete žít
 - přítel se sám(sama) sebe, proč vlastně žijete
- Když stojíte před obtížným problémem, pak se Vám jeho řešení zdá:
 - vždy nejasné a těžko se hledá
 - vždy zcela jasné
- Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro Vás:
 - zdrojem hluboké radosti a uspokojení
 - zdrojem utrpení a nudy
- Váš budoucí život bude pravděpodobně:
 - plný změn, kdy sám(sama) ani nebudete vědět, co se bude dít
 - plynout souvisle a vše bude jasné
- Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše reakce na to byla:
 - užrat se a trápit se nad tím
 - řít si „ano“, stalo se to, nedá se nic dělat, musím s tím prostě žít a jde se dál
- Míváte nejasné představy a smíšené pocity?
 - velmi často je mám
 - mám je velmi zřídka nebo nikdy

Příloha C: Sebeposuzující stupnice deprese SDS (Zung)

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 20 položek	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný, skleslý a zkroušený	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Řáno se cítím nejlépe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. V noci mám potíže se spaním	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jím stejné množství jídla jako dříve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Všiml jsem si, že ubývám na váze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mám potíže se zácpou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Srdece mi buší rychleji než obvykle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Unavím se i bez příčiny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Snadno zvládám totéž co dříve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Jsem plný naděje do budoucna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jsem více podrážděný než obvykle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Snadno se rozhoduji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Cítím, že jsem užitečný a potřebný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Žiji plným životem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych zemřel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Těší mne stejné věci jako dříve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Hrubé skóre
				SDS index

Instrukce pro vyplnění:

Přečtete si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten kroužek, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil/cítila v průběhu posledních dvou týdnů.

Dodržíte-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyl/a.

Příloha D: Dotazník strategie zvládání stresu SVF-78

DOTAZNÍK SVF 78
Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

VZOR

Jméno: _____
 Věk: _____ Pohlaví: muž žena
 Povolání: _____
 Datum: _____

Pokyny ke zpracování dotazníku:
 Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím (někým) poškozen, nebo vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.
 Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď označte přeskrtnutím (křížkem X) zvoleného čísla na škále od 0 (vůbec ne), po 4 (velmi pravděpodobně).

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	3	4

Příklad:
 V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry ...
 ... zajdu navštívit dobré přátele nebo známé
 0 1 2 3 4 X

V tomto případě je označeno číslo 3 (pravděpodobně). To znamená, že „navštívit dobré přátele nebo známé“ pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

Nevyčlepte, prosím, žádný z uvedených výroků a při všíhání se přikloňte vždy k vyjádření, které Vás nejlépe vystihuje.
 Pokud omylem označíte jinou odpověď a chcete se opravit, označte křížkem X správnou odpověď a navíc ji i výrazně podtrhněte.
 Pracujte plynule, ale pečlivě; nezáležte se příliš u jednotlivých výroků. Ověřte prosím, zda jste vyplnili údaje o Vás a začněte vyplňovat dotazník.

Objednací číslo: 124-2
© Testentrum, Praha 2003

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry

	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného	0	1	2	3	4
2) ... řeknu si, že se necítím vyveden z míry	0	1	2	3	4
3) ... snažím se, aby mě při řešení nepořádku rušil jiný	0	1	2	3	4
4) ... čtím se nějak bezmocný(a)	0	1	2	3	4
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat	0	1	2	3	4
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného	0	1	2	3	4
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně	0	1	2	3	4
8) ... promyslím přesně své další jednání	0	1	2	3	4
9) ... chce se mi od toho utéct	0	1	2	3	4
10) ... řeknu si, že to vydržím	0	1	2	3	4
11) ... přemyslím, jak se přiblížit ke podobné situaci	0	1	2	3	4
12) ... vyovnam se s tím rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace	0	1	2	3	4
14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti	0	1	2	3	4
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat	0	1	2	3	4
16) ... dám si něco dobrého k jídlu, něco co mám opravdu rád	0	1	2	3	4
17) ... pak o tom znovu a znovu přemyslím	0	1	2	3	4
18) ... řeknu si: „co nejrychleji pryč od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám špatné svědomí	0	1	2	3	4
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“	0	1	2	3	4
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí	0	1	2	3	4
22) ... přiblíž se takovým situacím hned při prvních náznacích vyhnu	0	1	2	3	4
23) ... mám tendenci hned ustoupit	0	1	2	3	4
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)	0	1	2	3	4
25) ... podívám se na nějaký pěkný film	0	1	2	3	4
26) ... pomyslím si: „nedám se odradit“	0	1	2	3	4
27) ... musím o tom s někým mluvit	0	1	2	3	4

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry

	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
28) ... přepadají mne myšlenky	0	1	2	3	4
29) ... udělám vše, aby se (a) přičinilo	0	1	2	3	4
30) ... jsem rád(a), že ne	0	1	2	3	4
31) ... zabývám se pak touto situací ještě dlouho	0	1	2	3	4
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	0	1	2	3	4
33) ... urminím si, že se přiblížit takovým situacím vyhnu	0	1	2	3	4
34) ... snažím se potlačit své rozrušení	0	1	2	3	4
35) ... řeknu si, že já za to nemohu	0	1	2	3	4
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	0	1	2	3	4
37) ... dělám si výčitky	0	1	2	3	4
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	0	1	2	3	4
39) ... nevím, jak mohu takové situaci čelit	0	1	2	3	4
40) ... udělám něco příjemného pro sebe	0	1	2	3	4
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	0	1	2	3	4
42) ... požádám někoho o pomoc	0	1	2	3	4
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	0	1	2	3	4
44) ... myslím si, že za to já odpovídám nejsem	0	1	2	3	4
45) ... říkám si: „jen se nenechat odradit“	0	1	2	3	4
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	0	1	2	3	4
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	0	1	2	3	4
48) ... snažím se zachovat si pevný postoj	0	1	2	3	4
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně	0	1	2	3	4
50) ... vrhnu se do práce	0	1	2	3	4
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	0	1	2	3	4
52) ... lépe se kontroluji než druzí v téže situaci	0	1	2	3	4
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	0	1	2	3	4
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	0	1	2	3	4

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry

	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
55) ... ujasním si, že je v mých	0	1	2	3	4
56) ... myslím si, že na tom nenesu žádnou vinu	0	1	2	3	4
57) ... potřebuji k tomu slyšet názor někoho jiného	0	1	2	3	4
58) ... snažím se kontrolovat své chování	0	1	2	3	4
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	0	1	2	3	4
60) ... v myšlenkách si pak situac znovu a znovu přehrávám	0	1	2	3	4
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	0	1	2	3	4
62) ... řeknu si: „dokáže se s tím vypořádat“	0	1	2	3	4
63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
64) ... dbám na to, aby přiblíž k takovým situacím vůbec nedocházelo	0	1	2	3	4
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	0	1	2	3	4
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	0	1	2	3	4
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	0	1	2	3	4
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	0	1	2	3	4
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	0	1	2	3	4
71) ... řeknu si, že se nesmím nechat rozhodit	0	1	2	3	4
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	0	1	2	3	4
73) ... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci	0	1	2	3	4
74) ... nějak se od toho odpoutám	0	1	2	3	4
75) ... mám sklon rezignovat	0	1	2	3	4
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	0	1	2	3	4
77) ... uvažuji, jak se mohu přiblížit vyhnout takovým situacím	0	1	2	3	4
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4