

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ BĚHEM KORONAVIROVÉ PANDEMIE**

Diplomová práce  
(magisterská)

Autor: Bc. Kateřina Podhráská, tělesná výchova a sport

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Olomouc 2021

## **Bibliografická identifikace**

**Jméno a příjmení:** Bc. Kateřina Podhráská

**Název diplomové práce:** Kvalita života seniorů během koronavirové pandemie

**Pracoviště:** Katedra aplikovaných pohybových aktivit

**Vedoucí diplomové práce:** Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2021

## **Abstrakt:**

Diplomová práce se zabývá problematikou seniorské populace. Výzkumným cílem práce, bylo zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu svého života a jaký mají postoj ke stáří a stárnutí. Pro dosažení výsledků byly využity verze českých standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ. Dále byly použity doplňující otázky, pomocí kterých bylo zjišťováno, jak koronavirová pandemie ovlivňuje seniory.

Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo celkem 101 respondentů, z nichž 38 žijících v domově pro seniory (Domov Duha Nový Jičín) a 63 respondentů žijících ve vlastním prostředí.

Podle dotazníku WHOQOL-BREF respondenti hodnotí nejvýše kvalitu života v doméně sociální vztahy a nejnižší v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti se se vyskytly u proměnných věk, způsob bydlení, vzdělání, pohybová aktivita, finance a zdravotní stav. V dotazníku AAQ se senioři nejvíce shodovali s otázkami v doméně psychosociální ztráty a nejméně v doméně fyzické změny. Statistická významnost byla nalezena u proměnných věk, způsob bydlení, vzdělání, pohybová aktivita, finance a zdravotní stav. Koronavirová pandemie negativně ovlivnila psychiku, přátelství či partnerství a setkávání s rodinou a přáteli. Podle Spearmanovy korelace se v našem výzkumném souboru ukázaly korelace mezi všemi doménami dotazníku WHOQOL-BREF a AAQ.

**Klíčová slova:** stáří, stárnutí, kvalita života, senior, WHOQOL-BREF, AAQ, pohybová aktivita, COVID-19

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

## **Bibliographic identification**

**Autor 's first name and surname:** Bc. Kateřina Podhráská

**Title of master thesis:** Quality of life of seniors During the coronavirus pandemic

**Department:** Department of adapted physical activities

**Supervisor:** Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

**The year of presentation:** 2021

## **Abstract:**

The diploma thesis deals with the issue of the quality of life among the senior population during the coronavirus (Covid-19) pandemic. The research goal of the thesis was to find out seniors' evaluation of quality of their lives and their attitude to old age and aging. Versions of the Czech standardized WHOQOL-BREF and AAQ questionnaires were used to achieve the results. Additional questions were used to determine how the coronavirus pandemic affects the elderly.

A total of 101 respondents participated in the questionnaire survey, of which 38 were living in a home for the elderly (Domov Duha, Nový Jičín) and 63 respondents were living in the community.

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, respondents rate the highest quality of life in the domain of social relationships and the lowest in the domain of physical health. Statistical significance occurred for the variables age, way of living, education, physical activity, finances, and health status. In the AAQ questionnaire, seniors mostly agreed with the questions in the domain of psychosocial loss and the least in the domain of physical change. Statistical significance was found for the variables age, way of living, education, physical activity, finances, and health status. The coronavirus pandemic negatively affected the psyche, friendship or partnership, and meeting of family and friends. According to Spearman's correlation, the correlations between all domains of the WHOQOL-BREF and AAQ questionnaires were shown in our research set.

**Keywords:** old age, ageing, quality of life, senior citizen, WHOQOL-BREF, AAQ, physical activity, COVID-19

I agree to the thesis paper to be lent within the library services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržela vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D., za její cenné rady, vstřícný přístup a odborné vedení, které mi poskytla při zpracování diplomové práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>1 PŘEHLED POZNATKŮ .....</b>	<b>9</b>
1.1 Stáří.....	9
1.2 Stárnutí .....	9
1.2.1 Gerontologie a geriatrie .....	10
1.3 Periodizace stáří.....	10
1.3.1 Kalendářní stáří .....	11
1.3.2 Biologické stáří .....	12
1.3.3 Psychické stáří.....	12
1.3.4 Sociální stáří .....	13
1.4 Stáří a změny .....	14
1.5 Stáří a postoje .....	15
1.5.1 Postoje ke stáří a jejich zjišťování .....	17
1.6 Stáří a lidské potřeby .....	18
1.6.1 Lidské potřeby a jejich teorie .....	20
1.7 Stáří a aktivita.....	22
1.7.1 Aktivita a možnosti seniorů.....	23
1.8 Volný čas.....	23
1.9 Činnosti seniorů ve volném čase .....	24
1.9.1 Kulturní činnost.....	24
1.9.2 Vzdělávací činnosti.....	25
1.9.3 Rekreační a cestovatelská činnost .....	25
1.9.4 Domácí činnosti.....	26
1.9.5 Arteterapie.....	26
1.9.6 Muzikoterapie .....	26
1.9.7 Zooterapie.....	26
1.9.8 Pohybová aktivita.....	27
1.9.8.1 Pohybová aktivita seniorů .....	27
1.10 Péče o seniory .....	29
1.10.1 Rodinná péče .....	29
1.10.2 Zdravotní péče .....	30
1.10.3 Sociální péče .....	31
1.10.3.1 Příspěvek na péči.....	32
1.10.3.2 Zařízení v sociálních službách .....	33
1.10.3.3 Služby v sociální péči .....	34
1.11 Kvalita života.....	35
1.11.1 Senioři a kvalita života .....	36
1.11.2 Senioři a zjišťování kvality života.....	36
<b>2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>39</b>
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>40</b>
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
3.2 Průběh a organizace výzkumu .....	42
3.3 Použité metody .....	43
3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků .....	43

3.4.1 WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment) .....	43
3.4.2 AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire) .....	44
3.4.3 Anketa vlastní konstrukce .....	45
3.5 Statické zpracování dat .....	46
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>47</b>
4.1 Kvalita života u kompletního souboru seniorů podle dotazníku WHOQOL-BREF .....	47
4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života .....	48
4.3 Postoje ke stárnutí a stáří u kompletního souboru seniorů podle dotazníku AAQ .....	65
4.4 Vybrané proměnné a jejich vliv na postoj ke stáří a stárnutí .....	66
4.5 Vybrané proměnné a jejich vliv na seniory během koronaviru .....	79
4.6 Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníku WHOQOL-BREF a AAQ .....	84
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>85</b>
<b>6 ZÁVĚRY .....</b>	<b>88</b>
<b>7 SOUHRN .....</b>	<b>93</b>
<b>8 SUMMARY .....</b>	<b>94</b>
<b>9 REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>95</b>
<b>10 PŘÍLOHY .....</b>	<b>100</b>

## ÚVOD

Stáří bychom se nikdo neměli vysmívat, jelikož každý z nás k němu dříve či později směřuje. Již od narození začínáme stárnout. Člověk během svého života zažije několik etap, od dětství, dospívání, dospělosti až po období, které nazýváme stáří. Každá tato životní éra má svůj význam a přináší sebou nějaká úskalí, problémy, ale i radost či štěstí. Každý žijeme svůj život individuálně, je jen na nás, jaký bude a jaké si vytvoříme podmínky pro co možná nejlepší prožití třetího věku.

V současné době je často diskutovaným tématem „stárnutí populace“ a to nejen v České republice. Jedná se o celosvětový problém, který má mnoho příčin, jako je například nižší porodnost a stálý pokles narozených dětí, což způsobuje nárůst osob v seniorském věku. Tato prognóza není ani trochu veselá, jelikož za pár let bude převládat seniorská populace nad populací v produktivním věku. Prodlužování života již od středního věku nám také zajišťuje mnohonásobně zlepšená zdravotní péče. Samozřejmě nikdo z nás by neměl spoléhat pouze na zdravotní a sociální pomoc od státu. V neposlední řadě se o sebe lidé začínají více starat, a to díky rostoucím trendům jako jsou zdravá strava či různá cvičení.

V diplomové práci zjišťuji, jak osoby v seniorském věku hodnotí svou kvalitu života a jaký je jejich postoj ke stáří a stárnutí. Toto téma je v naší společnosti neustále aktuální a myslím si, že mezi mladými je pokročilý věk chápán jako období plné nemocí, samoty a slabosti. Téma se dotýká nejen osob v pokročilém věku, ale také jejich okolí.

V první části diplomové práce jsem provedla souhrn teoretických poznatků k danému tématu. Vymezuji pojmy stáří, stárnutí, kvalitu života, postoje a lidské potřeby. Zabývám se aktivním stárnutím seniorů, vhodnými pohybovými aktivitami, které mohou využít ve svém volném čase. Popisuji systém péče v České republice, možnosti bydlení a služby v zařízení.

Druhá část se zabývá výsledky dotazníkového šetření. Využila jsem dotazník, který hodnotí kvalitu života WHOQOL-BREF a dotazník vyjadřující postoje ke stáří a stárnutí AAQ. Dotazníkové šetření tvořilo 101 respondentů, z toho 63 seniorů žijících v domácím prostředí a 38 seniorů žijících v zařízení. Výzkum probíhal v jednom domově pro seniory v Novém Jičíně. Bohužel v této nelehké době nebylo dotazníkové šetření snadné zajistit a provést.



Každý vnímáme stáří jinak a pro někoho může být velmi těžké se na něj připravit. Mnoho lidí se nemůže smířit s tím, že se o nich hovoří jako o seniorech. Nemusí unést, že jim chce jejich okolí pomoci nebo že už spoustu věcí nesvedou sami. S rostoucím věkem bychom se na tento čas měli co nejlépe připravit, a především se s touto skutečností smířit. A až ten čas nastane, být schopni tuto etapu bez problému přijmout.

## **1 PŘEHLED POZNATKŮ**

### **1.1 Stáří**

Obecně můžeme označit stáří jako pozdní fázi ontogeneze. Jedná se o poslední vývojové období, které uzavírá lidský život. Stáří je důsledkem a projevem involučních funkčních i morfologických změn, které jsou dále ovlivňovány jinými faktory jako jsou například choroby, životní podmínky a způsob životního stylu (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012).

Ve stáří dochází ke změně stylu života. Z produktivního věku se člověk pomalu posouvá do období stárnutí, stáří. Často si tento stav uvědomí poprvé až s odchodem a osamostatněním dospělých dětí či narozením vnoučat. Dalším uvědoměním si je zajištění odchodu do penze. V neposlední řadě dochází k úbytku sil, začíná se zpomalovat životní tempo, dochází ke zhoršování zdravotního stavu či se mění povaha člověka (Dvořáčková, 2012).

Lidstvo je neustále fascinováno tajemstvím lidského života a smrti. Již dávno byly kladeny otázky na stáří a stárnutí. Stáří je vnímáno s odlišnou intenzitou a také rozdílnými úhly pohledu (Dvořáčková, 2012).

### **1.2 Stárnutí**

Dle Dvořáčkové (2012) je stárnutí chápáno jako souhrn změn ve struktuře a ve funkčnosti organismu, které se projevují poklesem ve výkonnosti jedince a zvýšenou zranitelností. Jedná se tedy o součet změn, kterým v průběhu času organismus podléhá.

Ke změnám však nedochází synchronně. Každý člověk stárne individuálně, asynchronně. Stárnutí můžeme chápat jako přechod mezi dospělostí a stářím (Mühlpachr, 2004).

Stárnutí je viditelné a nelze jej přehlédnout. Typickým znakem pro stárnutí bývá úbytek mnohých duševních funkcí, které jsou podmíněny přirozenými změnami.

K poklesu dochází pozvolna, již od středního věku. Jedná se o důsledek změn v nervové soustavě, ve smyslových orgánech či v pohybovém ústrojí (Pacovský, 1990).

V posledních letech se velmi často hovoří o celosvětovém problému, kterým je stárnutí populace. Z demografického hlediska to znamená přechod k modernímu demografickému režimu, kdy se prodlužuje průměrný věk dožití, ale zároveň prudce klesá porodnost. Dochází tedy ke zvyšování podílu starších osob v celkové populaci. Jelikož se během uplynulých let výrazně zlepšila zdravotní péče, dochází k prodlužování věku lidského dožití. Tento fakt je samozřejmě velmi pozitivní, současně s ním je však kladen velký tlak na finance v sociální, penzijní a zdravotní sféře (Sak & Kolesárová, 2012).

### **1.2.1 Gerontologie a geriatrie**

Pojem gerontologie pochází z řečtiny, jde o spojení dvou pojmů gerón-stařec, logos-slovo, nauka. Jedná se tedy o vědu, která se zabývá stářím. Geriatrie je lékařský obor, který se zaměřuje na stáří (Čeledová, Kalvach, & Čevela, 2016).

Čeledová et al. (2016) popisuje gerontologii jako souhrn poznatků o problematice stáří a stárnutí. Jedná se o multioborovou problematiku, která není pěstována jako samostatná disciplína.

Dle Haškovcové (2006) se gerontologie se dělí na tři odlišné, zato velmi důležité části:

- Gerontologie experimentální – její úlohou je zabývat se proč a jak stárnou organismy. Jedná se o velmi důležitou činnost, jelikož umožňuje předvídat proces stárnutí a pomáhá nám s jeho prevencí.
- Gerontologie klinická – zabývá se zvláštnostmi chorob a jak je léčit, dále se zajímá o zdravotní stav a přístup k pacientům, zejména tedy o osoby vyššího věku. Je nazývána též geriatrií za jejíž zakladatele je považován Ignaz Leo Naser. V České republice je geriatrie samostatným klinickým oborem.
- Gerontologie sociální – zaměřuje se na život ve stáří, vztahy mezi starými a okolím, vztahy napříč generacemi, sociologií.

### **1.3 Periodizace stáří**

Senior je osoba, která završuje svou životní fázi specifickým postavením ve společnosti. Postupem času se člověk přechodem ze středního věku stává seniorem. Tento

status není možné odvolat, není jiný přechod do další životní fáze. Stáří můžeme ohraničit horní věkovou hranicí, která nám vymezuje smrt. Kdežto spodní věková hranice je nejasná, a to z toho důvodu, že jevy a procesy, které stáří utváří, přicházejí do života člověka krok za krokem (Sak & Kolesárová, 2012).

Osoby ve starším věku velmi často stáří odmítají, nechtějí si připustit, že jsou staří. Jako rozhodující pro ně není věk, ale jejich zdravotní stav. Mnohdy jsou uraženi, pokud jsou nazváni seniorem (Mlýnková, 2011).

Období stáří je stejně důležité, jako jiné etapy života. Jelikož tato etapa stáří trvá 30–40 let, zaslouží si pozornost nejen u osob ve vyšším věku, ale taky zájem zdravotníků a profesí v sociální sféře (Klevetová, 2017).

### **1.3.1 Kalendářní stáří**

Kalendářní věk nám určuje stáří člověka, je to nejdůležitější ukazatel. Jedná se o administrativní nástroj využíván v demografii či při jiných popisech poznatků o starší populaci. Nepostihuje individuální znaky jedince a jeho života. Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné (Slepička, Mudrák, & Slepičková, 2015).

Dle světové zdravotnické organizace (WHO) klasifikujeme stáří takto:

- 60-74 let: počínající stáří neboli rané stáří
- 75-89 let: senium neboli vlastní stáří
- 90 let a více: nazýváme dlouhověkost

Z demografického hlediska a vzhledem k neustálému zlepšování funkčního stavu seniorů lze považovat za počátek stáří 65 let a jako vlastní stáří 75 let. Dělení je tedy následující (Ondrušová & Krahulcová, 2019).

- 65-74 let: mladí senioři
- 75-89 let: staří senioři
- 90 let a více: velmi staří senioři, dlouhověkost.

Vývojovou psychologií se zabýval také německý psycholog Erik Erikson. Rozdělil vývoj osobnosti dle faktorů biologických, kulturních, společenských a kulturních. V každém životním období se rozvíjí lidská ctnost. Erikson rozdělil éry lidského života takto:

I. stádium – kojenecké období, 0-1 rok

II. stádium – rané dětství, 1-3 roky

III. stádium – věk hry, 3-6 let

IV. stádium – latentní, 6-12 let

V. stádium – adolescence, 12-19 let

VI. stádium – raná dospělost, 20-25 let

VII. stádium – střední dospělost, 25-50 let

VIII. Stádium – pozdní dospělost, 50 let a víc – člověk přemýšlí nad svým životem a ohlíží se nad tím co dokázal, čeho dosáhl. Ke svému životu by měl zaujmout pozitivní postoj a dosáhnout pocitu dokončenosti. Moudrost je ctností této etapy (Erikson, 2015).

### **1.3.2 Biologické stáří**

Jedná se o označení pro konkrétní míru involučních změn určitého člověka. Pracoviště, která se biologickým věkem zabývají nejčastěji hodnotí funkční stav člověka, jeho výkonnost, kondici, ale i různé patologie (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, & Sucharda, 2004).

Biologický věk není možné přesně stanovit. Jedná se o míru opotřebení organismu a ta je vyjádřena hodnotami úbytku tělesných a duševních funkcí (Nováková, 2011).

Ve stáří dochází k morfologicko-funkčním změnám. Okolo 40 věku života dochází ke změnám ve struktuře meziobratlových plotének, což způsobuje pokles tělesné výšky. Od 50 věku života nastává pomalý pokles tělesné hmotnosti, většinou dojde k přírůstku tukové tkáně na úkor té svalové. Roste riziko osteoartritidy či osteoporózy. Postupně se objevují problémy nervového systému. Osoby mívají zhoršenou paměť, špatně se učí novým věcem a mají problémy s rovnováhou (Botek, Neuls, Klimešová, & Vyhnánek, 2017).

### **1.3.3 Psychické stáří**

S rostoucím věkem se vyskytují stále častěji změny psychiky. Zhoršení kognitivních funkcí bývá nerovnoměrné, jedná se o postupnou proměnu. Člověk se již nedokáže tak dobře přizpůsobovat. Nastává pokles zájmu okolí. Ve stáří bývá typický úbytek mnoha duševních funkcí. Jedná se o přirozený stav se změnami na biologické úrovni (Ondrušová & Krahulcová, 2019).

Během stárnutí dochází ke změně osobnosti člověka. Nutno podotknout, že s přibývajícím věkem se některé psychické funkce nemění, například jazykové znalosti či slovní zásoba. U některých dochází dokonce ke zlepšení (Pacovský, 1990).

- Psychické změny vzestupné tendence – patří zde vytrvalost, rozvaha, trpělivost, stálost v názorech, stálost ve vztazích, vyšší obezřetnost, větší tolerance k druhým lidem.
- Psychické změny sestupné tendence – pokles adaptability, zpomalení psychomotorického tempa, snížená koncentrace, snížení všípivosti i výbavnosti, sklony k úzkosti, lítosti i plačtivost.

Pro starší osoby je zapotřebí duševní pohody. Mnohdy se jedná o velmi důležitý faktor, který slouží jako prevence před duševním onemocněním. Existuje mnoho rad, jak zlepšovat životní spokojenost (Arnoldová, 2015).

- Kontakt – Velmi zásadní je kontakt s lidmi, ať už se jedná o rodinu, kamarády či sousedy.
- Aktivita – Fyzická aktivita prospívá naší duši, je třeba najít tu, která nás bude naplňovat a bavit.
- Zvědavost – Neustále si vychutnávat krásné chvíle na tomto světě, radovat se z maličkostí.
- Učení se – Pořád se učit něco nového, zkoušet nové věci.
- Věnovat – Úsměv, poděkování a pomoc.

### 1.3.4 Sociální stáří

Lze definovat, jako souhrn sociálních změn, postojů a rolí, kdy dochází k znevýhodnění životních událostí vyššího věku. Patří zde pokles životní úrovně, odchod do penze, ztráta partnera, odchod dětí. Za počátek sociálního stáří se považuje odchod do důchodu (Čevela et al., 2012).

Každá osoba stárne individuálně a dochází k velkým individuálním rozdílům. Se sociálním stářím souvisí i změna životního stylu. Člověk se najednou mění z ekonomicky aktivní osoby na příjemce důchodových dávek. Často bývá problémem spousta volného času, který se s penzí dostaví. Starší senioři vnímají toto období jako osamělé, s přítomností nemocí, ztrátou soběstačnosti a závislosti na druhých osobách (Ondrušová & Krahulcová, 2019).

Spousta lidí ve vyšším věku nejsou připraveni na stáří. Vyzrálý člověk by se měl dokázat smířit se svou minulostí a mít realistický pohled na budoucnost. Senioři žijící v rodině a mimo ni mívají rozdílný pohled na plánování budoucnosti. Ti, kteří žijí se svou

rodinou, mívají mnoho plánu do budoucna. Senioři žijící mimo domov už tolik plánu do budoucna nemají, často upadají do nezájmu okolí (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

#### 1.4 Stáří a změny

Psychické a tělesné změny, kterými se odlišují staří lidé od mladých se označují jako fenotyp stáří. Některé tyto změny probíhají rychle a některé naopak pozvolněji. Za nejvýraznější změny jsou považovány například vitální kapacita plic, svalová síla, rychlost reflexů a vedení vzruchu nervových vláken či sexuální aktivita u mužů (Schuler & Oster, 2010).

Dle Wernerové a Zvoníkové (2016) jsou popsány čtyři oblasti změn, které se ve vyšším věku odehrávají:

- Tělesné změny – tyto změny probíhají u každého jedince individuálně, jsou projevem přirozeného stárnutí. Dějí se v různém čase, rozsahu a s odlišnou rychlostí. Velmi důležitou roli hraje genetická dispozice, životní styl či onemocnění. Řadí se zde změny vizáže, pokles výšky, snížená výkonnost, tkáňová atrofie, úbytek kostních minerálů a matrixů a jiné.
- Duševní změny – existuje mnoho rozdílů mezi lidmi. Jedná se o výsledek biologického a sociokulturního působení. Během stárnutí a stáří dochází k postupnému ubývání duševních sil. Jsou to především změny ve vnímání, v pozornosti, paměti či změny v myšlení. Dochází ke snížení koncentrace, která je zapříčiněna vyšší únavou, objevují se sklony k úzkosti. Lidé ve vyšším věku bývají zranitelní a hůře zvládají emoční projevy. Přibývají psychické poruchy jako deprese či stařecká demence.
- Smyslové změny – způsobují zhoršené smyslové vnímání. Nejzávažnějším postižením je zrak a sluch, jelikož tím může být narušena i komunikace. Poškozený zrak vzniká jako důsledek atrofických změn oka. Způsobuje nižší ostrost či zhoršenou schopnost vidět do blízka. Oči seniorů bývají zapadlé, víčka ochablá. Poškození sluchu je u seniorů velmi časté, vzniká stařecká nedoslýchavost, která častěji postihuje muže.
- Sociální změny – tyto změny souvisí s odchodem seniorů do penze. Dochází ke změně ekonomické situace, mění se životní styl jedince. Najednou má spoustu volného času, má strach z osamělosti, z úmrtí svého partnera.

## 1.5 Stáří a postoje

V minulosti se postoje ke stáří a představy o něm střídaly. V podstatě byly pouze dvě tkz. image stáří a dominovala jen jedna. Jedna z představ byla pozitivní, kdy si jedinci představují idylické stáří, ve kterém jsou respektováni, ctěni pro své zkušenosti, jsou laskaví a trpěliví. Ve druhé představě dominuje negativní postoj, ve které je stáří pojato jako období nemoci, bolesti, útrap a marnosti. Tyto negativní postoje mohou mít podobu až ageismu. V současné době je tomu jinak. Obě tyto představy existují vedle sebe, avšak negativní postoje ke stárnutí a stáří spíše převládají. Vyskytnout se může i ambivalentní postoj, kdy jsou senioři litováni, ale naopak nejsou respektováni (Špatenková & Smékalová, 2015).

Etapa stáří a stárnutí může být pozitivním a plnohodnotným časem v životě člověka, kdy senior dokáže přijmout a vyrovnat se s věkem, užít si odpočinek a zvládne využít časový prostor k různým činnostem. Je schopen změny životního stylu a akceptuje ji s klidem a vyrovnaností. Samozřejmě ne každý má v sobě sílu přijmout a akceptovat stáří a stárnutí se všemi problémy a výhradami, které sebou může přinášet. Postoj ke stáří a stárnutí je u každého odlišný a velmi individuální. Závisí na mnoho okolnostech, jak se s tím stárnoucí jedinec vyrovná (Malíková, 2020).

*„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý“.* (Jonathan Swift)

Postoje, jaké jednotlivci volí ke stáří a stárnutí mohou být velmi rozmanité a pestré. Existuje spousta způsobů a projevů v chování, přístupu k životnímu stylu, které vypovídají o vyrovnání o tom, jak se dotyčný vyrovnává či nevyrovnává se stárnutím. Stáří se nám může zdát nešťastné z těchto čtyř důvodů:

- Oslabuje tělo
- Není daleko od smrti
- Odvádí od veřejných činností
- Odebírá všechny tělesné radosti i rozkoše (Malíková, 2020)

V průběhu života se každý vyrovnává jinak s životními situacemi, které nastanou. Do určité míry ovlivňuje postoj ke stáří právě flexibilita a schopnost, jak se s těmito situacemi dokážou jedinci vyrovnat a vypořádat. Je potřeba si uvědomit, že nelze dopředu odhadnout, jaký postoj konkrétní jedinec zaujme a jak bude schopný adaptovat se na neduhy a celkovou situaci plynoucí ze stáří. Mezi hlavní determinanty, které ovlivňují postoj patří:

- Prostředí, ve kterém jedinec žije

- Typ osobnosti, prožitky a zkušenosti během života
- Výchova, vzdělání, společenský a kulturní význam
- Zdravotní stav
- Způsob života a ekonomické možnosti
- Vrozené dispozice, schopnost a odolnost vůči náročným životním situacím (Malíková 2020)

Dle Malíkové (2020) je reakce na stáří typologicky rozdělena na pět oblastí:

- Konstruktivní přístup – jedná se o ideální postoj ke stáří. Jedinec je soběstačný, respektuje své stárnutí a jeho projevy. Udržuje svou tělesnou a duševní kondici a podporuje svou soběstačnost. Je optimistický, vstřícný, tolerantní a přizpůsobivý. Má smysl pro humor a radost ze života. Udržuje pozitivní vztahy se svou rodinou a okolím.
- Strategie závislosti – jedinec si vynucuje závislost na okolí a využívá své zdravotní a jiné problémy k manipulaci (nejčastěji to bývá přibuzenstvo). Většinou se jedná o jedince velmi ambiciózní, kteří se nevyrovnali se svým odchodem do důchodu. Preferují pohodlný způsob života a k dosažení svých cílů neváhají použít formy citového vydírání. Své chování dokážou vždy omluvit a obhájit.
- Obranná strategie – využívají ji osoby, které se snaží popřít svůj věk. Oddalují svůj odchod do penze a za každou cenu si chtějí zachovat své společenské i pracovní postavení. Většinou zde patří osoby, které v průběhu svého života hodně pracovali a byli zvyklí spíše dávat než brát. Jedná se o specifický způsob, kdy dochází k popírání a oddalování nové situace.
- Strategie nepřátelství – jedná se o velmi náročnou strategii, která zatěžuje jak samotného seniora, tak i osoby v jeho okolí. Vyzařuje jednoznačným nepřijetím situace seniora. Většinou si ji volí osoby, které i přes veškeré své úsilí neměli úspěšný život. Mají pocity vzteku, zklamání, křivdy a nenávisti. Svůj hněv projevují vůči všem ve svém okolí, bez rozdílu. Pod maskou se většinou ukrývá zraněná duše a velká emoční bolest.
- Strategie sebenenávisti – jedinec k sobě zaujímá negativní postoj. Zlobí se sám na sebe, kritizuje se za své neúspěchy v životě. Není schopen si odpustit. Obrací svou zlobu na sebe a trpí pocity osamění. Nemá zájem o žádnou činnost.



Postoje a chování seniora nemusí zcela stoprocentně odpovídat pouze jednomu z typu strategie. Dle okolností může projevovat i jiné postoje. Závisí na životních situacích, typu osobnosti a povaze. O postoji ke stáří si člověk rozhoduje především sám (Malíková, 2020).

### **1.5.1 Postoje ke stáří a jejich zjišťování**

Standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire) se využívá při zjišťování postojů ke stáří a stárnutí. Obsahuje 24 položek, které jsou sdruženy ve třech doménách:

- Psychosociální ztráty – obsahují prožitky jako je samota, sociální vyloučení, uzavření se, ztrátu fyzické soběstačnosti
- Fyzické změny – jsou různorodá a týkají se fyzického zdraví, kondice, cvičení
- Psychologický růst – obsahují pozitivní zkušenosti jako je moudrost, zralost, kladný vztah k sobě a okolnímu světu (Bužgová & Klechová, 2011).

Bužgová a Klechová (2011) využily ke svému výzkumu AAQ dotazník. Postoje ke stárnutí a stáří zkoumaly u 151 seniorů z okresu Bruntál. Do souboru byli záměrně vybíráni respondenti s odlišným způsobem života. Jednu skupinu tvořili senioři, kteří navštěvují univerzitu třetího věku. Druhou skupinou byli aktivní sportovci. Třetí soubor tvořili senioři z Domova důchodců. Posledním souborem byli senioři žijící doma, kteří aktivně nesportují a ani se nevzdělávají. Senioři pozitivně hodnotili význam života ve stáří, cvičení ve stáří a začlenění do společnosti. Naopak negativně hodnotili možnost navazovat nová přátelství, tolerance vůči sobě a také stárnutí považují za těžší, než předpokládali.

Kalfoss, Low a Molzahn (2010) posuzovali spolehlivost a platnost AAQ dotazníku u seniorů z Norska a Kanady. Bylo zachováno všech 24 položek. V Kanadě se zúčastnilo dotazníkového šetření 202 respondentů, kteří byli rozděleni dle věkového rozmezí (60-70, 71-80, nad 81). V Norsku se zúčastnilo celkem 490 respondentů z 20 geograficky rozptýlených komunit. Objevily se korelace mezi třemi doménami AAQ dotazníku z oblastí samoty, fyzického zdraví a prožívání sociálních vztahů. Autoři doporučují další zkoumání seniorů napříč zeměmi.

Marquet, Missotten, et al. (2016) využili francouzskou verzi AAQ dotazníku a zkoumali jeho spolehlivost a platnost. Výzkumu se zúčastnilo 238 Belgičanů ve věku 60 let a starších. Účastníci studie dále poskytli informace o demografii, vnímání sebe sama,

duševním i fyzickém zdraví a kvalitě svého života. Větší část respondentů tvořily ženy (65 %) z nichž 79 % žilo v domácím prostředí. Data, která vznikla posílila platnost francouzské verze AAQ dotazníku.

Albuquerque, Borges-Silva, da Silva Borges, Pereira a Dantas (2017) ve své studii posuzují vliv fyzické aktivity na paměť a kvalitu života ve stáří. Ke svému výzkumu využili dotazník kvality života WHOQOL-OLD a Mezinárodní dotazník pohybové aktivity. Do studie se přihlásilo 149 respondentů ve věku od 60–97 let, kteří byli rozděleni do dvou skupin dle frekvence pohybové aktivity. V první skupině byli senioři fyzicky aktivní (alespoň 300 minut pohybové aktivity za týden) a druhou skupinu tvořili senioři méně aktivní. Mezi skupinami byly zjištěny důležité rozdíly. Skupina fyzicky aktivních seniorů získala vyšší skóre v dotazníku kvality života WHOQOL-OLD. Fyzická aktivita může být hlavním faktorem pro uspokojení kvality života.

## **1.6 Stáří a lidské potřeby**

Lidskou potřebou se rozumí stav dynamické síly, který vzniká z pocitu nedostatku či přebytku něčeho, ať už v oblasti biologické, sociální nebo psychologické. Jejich naplněním dojde k vyrovnání rovnováhy organismu – homeostáze. Krásným příkladem nám může být příroda, kde i květiny potřebují vodu, pokud ji nemají, vadnou. Stejně je to i u lidí (Kalvach et al., 2011).

Potřeby – jedná se o pojem, který nelze jednoznačně definovat. Značí stav, kdy našemu tělu a organismu se něčeho nedostává, něco mu chybí. Buď objektivně (opravdu mu něco chybí, skutečný nedostatek) či subjektivně (má pocit, že má nárok na něco, čeho se mu nedostává). Potřeby jsou velmi důležité, jsou nutné, užitečné a úzce souvisí se zachováním kvality života (Šamánková, Lebedová, Víchová, Koláčná, & Jirků, 2011).

Existuje mnoho dělení lidských potřeb. Dle důležitosti a zachování života je dělíme na potřeby nižší (primární, biogenní, fyziologické) a vyšší (sekundární, psychogenní, psychologické). Rozdělit je můžeme i dle holistického přístupu na:

- Biologické – jedná se o potřeby dýchat, nasytit se, vylučovat, spát, hýbat se. Všechno, co potřebuje naše tělo.
- Psychologické – jsou to potřeby bezpečí, jistoty, důstojnosti či pocit důvěry.
- Sociální – potřeba kontaktu s druhými, potřeba lásky a komunikace.
- Duchovní – potřeba odpuštění a potřeba smyslu života (Vysekalová, 2007).

Lidé ve vyšším věku mají své touhy a potřeby stejně, jako kdokoliv jiný. Senioři ale často potřebují pomoc od rodiny a okolí. Jejich hlavní potřeby, které chtějí naplnit, jsou pocit bezpečí, jistoty, důvěry, spolehlivosti a stability (Čeledová & Čevela, 2017).

Mezi lidské potřeby řadíme i sexualitu a intimní vztahy. Ve společnosti se setkáváme s odlišným přístupem k těmto potřebám. Z velké části jsou ovlivněny výchovou, kulturou či osobním pojetím každé osoby. V této oblasti stále přetrvává společenské tabu. Lidé jsou přesvědčeni, že intimní vztahy a sexuální aktivita s vyšším věkem končí. Samozřejmě ne každý je na tom stejně. Pro spoustu seniorů je sexualita stále naplňujícím aspektem života. Existují chybné postoje a mýty k sexualitě ve stáří. Spoustu jedinců si myslí, že s věkem se ztrácí chuť a touha milovat se, že starší lidé nemají zájem o sex a že je sex pouze pro mladé (Venglářová, 2007).

Pravdou je, že stárnutí a stáří provází spoustu změn, které zasahují i do oblasti sexuality. Dochází ke změně vzhledu těla, vznikají obavy z potence, selhání při souloži nebo ke vzniku onemocnění, které ovlivňují sexualitu (diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, zhoršení stavu cév, snížení produkce hormonů a jiné) (Venglářová, 2007).

### 1.6.1 Lidské potřeby a jejich teorie

Jednou z nejnámějších teorií, která se týká lidských potřeb vytvořil ve 40.-50. letech minulého století americký humanista a psycholog Abraham Harold Maslow. Jedná se o členění, které vychází z postupného uspokojování jednotlivých úrovní potřeb. Maslowův model má 5 úrovní, sestavil je v pyramidě od potřeb nejnižších až po nejvyšší (Gawel, 1996).



Obrázek 1. Maslowova pyramida lidských potřeb (Maslow, 2013)

Lidské potřeby se v průběhu života mění, liší se u malých dětí, dospělých a jiné potřeby mají i senioři. U osob třetího věku dochází ke změně potřeb v závislosti na zdravotním stavu a životní situaci. Důležitější se pro ně stávají biologické a tělesné potřeby a také potřeby bezpečí a jistoty. Naopak potřeba seberealizace, úcty a uznání už pro seniory není tolik důležitá.

Teorii potřeb se také zabýval chilský ekonom Manfred Max-Neef. Zajímaly ho především otázky chudoby. Základní lidské potřeby vnímal jako nehierarchické a neměnné ve své povaze. Max-Neef klasifikuje jako základní lidské potřeby bytí/přežití, ochranu, city, porozumění, participaci, volný čas, kreaci/tvoření, identitu a svobodu. Potřeby jsou poté definovány ve čtyřech kategoriích – bytí (kvality), vlastnictví (věci), děláni (jednání), interakce (Dvořáčková, 2012).

Henry Alexander Murray je americký psycholog, který definoval potřebu, jako konstrukt označující sílu v oblasti mozku. Ta dle něj organizuje vnímání či snažení. Lidské potřeby rozdělil do dvou skupin:

- Primární (viscerogenní) – jedná se o potřeby, které jsou vrozené, zahrnují biologický proces. Vycházejí z potřeb fyziologie člověka, které se pravidelně opakují, např. potřeba tekutin, kyslíku, potravy.
- Sekundární (psychogenní) – Jsou to potřeby získané, převážně na nevědomé úrovni a vycházejí z psychického nebo povahového zakotvení jedince. Spojují je neživé předměty jako např. zisk, uchovávání či vytváření.

Dle Murraye je lidské chování ovlivněno každou potřebou. Potřeby se navzájem propojují, ovlivňují a doplňují (Šamánková, 2011).

Teorie od Davida C. McClellanda je známá také jako teorie tří potřeb. Domnívá se, že lidé mají potřebu něčeho dosáhnout, někam patřit a potřebu moci. Odlišují se jen tím, jaký vnitřní žebříček těchto potřeb preferují.

- Achiever – je ten, který chce něčeho dosáhnout, rád se nechává utvrzovat v tom, že je dobrý. Vyhýbá se neúspěchu, pokud je pravděpodobný a má tendenci excelovat.
- Affiliation seeker – je ten, který chce někam patřit. Vyhledává harmonické vztahy, tíhne spíše k souhlasu než k uznání.
- Power seeker – je ten, který potřebuje moc, ať už k ovládnutí lidí nebo k dosažení cíle. Nepotřebuje uznání ani ocenění, stačí mu jen souhlasná dohoda (Šamánková, 2011).

E. P. Fromm ve své teorii potřeb považoval za nejdůležitější síly motivující lidské chování, které souvisejí bezprostředně s existencí člověka. Uvádí potřeby základní, fyziologické a specificky lidské, které odpovídají sociálnímu vymezení jedince:

- Potřeba sociálního začlenění
- Potřeba transcendence
- Potřeba zakořenění
- Potřeba individuální identity
- Potřeba racionality (Šamánková, 2011)

## 1.7 Stáří a aktivita

Aktivní stáří lze definovat jako proces zvyšování příležitosti ke zdraví a ochraně, který má za cíl podpořit kvalitní život v průběhu stárnutí. Jednotlivec se snaží zajistit si dobrou kvalitu života. Kvalita života prezentuje nejen individuální životní standard, ale souvisí s prostředním, kde lidé žijí, jaké mají požadavky a potřeby. Jedná se o výsledek působení zdravotních, sociálních, ekonomických i enviromentálních faktorů (Dvořáčková, 2012).

Cílem aktivního stárnutí je zajistit vysokou kvalitu života i ve vyšším věku. Znamená to plnohodnotně prožívat život ve vyšším věku, mít odpovědný přístup ke zdraví, žít v bezpečí a důstojnosti, a mít možnost účastnit se dění ve společnosti. Dochází k omezení rizika vyčleňování seniorů ze společnosti a posílit tak jejich integraci. Člověk by si měl vypěstovat zdravý životní styl již v útlém věku života (Čevela et al., 2012).

Společnost by měla nabídnout příležitosti pro seniory, kteří chtějí aktivně žít a pracovat. O aktivitách ve stáří rozhodují 4 dimenze. Společenská atmosféra, zdravotní stav, nabídka možností a individualita jednotlivce. Být aktivní znamená rozšiřovat své obzory, být pozitivní, využívat efektivně svůj čas, dávat šanci novým věcem, udržovat si zdravé tělo i mysl a nebát se jít vstříc novým zážitkům (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

Ministerstvo práce a sociálních věcí v České republice vytváří politiku přípravy na stárnutí. Ta mimo jiné vychází ze zlepšujícího se zdraví v populaci. Jedná se o pětileté národní programy, které mají za cíl zajistit důstojné a kvalitní stáří. Do těchto programů řadíme: Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017. Na něj navazuje Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025. Základní prioritou těchto programů je zdravé stárnutí, celoživotní učení, kvalitní prostředí pro život seniorů, péče o seniory, dobrovolnictví a zaměstnávání osob vyššího věku (Malíková, 2011).

Vláda České republiky v roce 2006 vytvořila Radu pro seniory a stárnutí populace. Zastává funkci poradního orgánu. Prioritami této instituce je zabránění diskriminace na základě věku, ochrana seniorů, zvyšování povědomí lidem o stáří a stárnutí. Klade si za úkol poukazovat na přínos osob ve vyšším věku ve společnosti, snaží se je podporovat a rozvíjet (Malíková, 2011).

U lidí, kteří žijí v domově důchodců dochází častěji k aktivnímu stárnutí, a to z toho důvodu, že jim toto bydlení umožňuje pobyt venku a různé druhy venkovních aktivit.

I senioři, kteří mohou svou aktivitu provádět s někým či pro někoho, vykazují větší zapojení do volnočasových aktivit (Vidovičová & Kafková, 2012).

### **1.7.1 Aktivita a možnosti seniorů**

Možností, jak aktivně stárnout je mnoho. Jednou z nich může být dobrovolnictví starších osob. Dobrovolnictví je vnímáno jako činnost, která je prospěšná pro celou společnost. Posiluje soudržnost a lidé tak mohou vrátit to, co jim společnost poskytla. Můžeme tedy očekávat, že senioři v roli dobrovolníků budou aktivními seniory a budou do veřejného života výrazně zasahovat. Aktivní stárnutí je v České republice podporováno a zapojení seniorů do veřejného života je bráno, jako důležitý prvek aktivního stárnutí. Lidé ve vyšším věku za sebou mívají spoustu pracovních i životních zkušeností. Mohou uplatnit svůj potenciál a zkušenosti ve prospěch společnosti. Dobrovolnictví pro ně může znamenat sociální kontakt a mohou se cítit potřební i po odchodu z trhu práce. Dobrovolnické práce probíhají nejčastěji v zábavě a ve sportu. Často se také dobrovolnické aktivity objevují v umělecké či hudební branži. (Kafková, 2013).

Prarodičovská role je také jednou z možností aktivního stárnutí. Osman a Pospíšilová (2019) ve své práci uvádějí, že až 15 % lidí uvedlo, že jim povinnost „být prarodičem“ zabírá v běžném týdnu nejvíce času. Údaje se liší podle pohlaví a rodinného stavu. Babičky poskytují péči svým vnoučatům bez ohledu na to, zda žijí samy či s partnerem, kdežto u mužů bez partnerky se péče o vnoučata snižuje. Ač se jedná o roli obsáhlou, je naplňovaná, a především vykonávána s širokým spektrem aktivit, které zapadají do aktivního života stárnutí. Jedná se o různé výlety, návštěvy divadel, budování mezigeneračních vztahů či snížení času osamělosti.

Navštěvování center pro seniory je také jednou z možností aktivního stárnutí. Nabízejí seniorům spoustu volnočasových aktivit, které je mohou naplňovat a uspokojovat. Tyto centra se snaží o zlepšení zdraví a zpříjemnění života seniorů. Pokud je stárnutí a stáří nezvládnuté, bez jakékoliv životní náplně a probíhá pasivně, je rizikem jak pro samotného jedince, tak pro celou společnost (Kafková, 2013).

### **1.8 Volný čas**

Definice na volný čas existuje mnoho. Jedná se o dobu, ve které nemá člověk žádné povinnosti a může se věnovat činnostem, které ho naplňují a přinášejí mu pocit radosti. Jiná definice mluví o volném čase jako o svobodné volbě, která jej osvobozuje od různých druhů povinností (Janiš & Skopalová, 2016).

Joffre Dumazediera je považován za sociologa volného času, který teorii volného času významně obohatil. Dle Dumazediera má člověk právo zvolit si svůj způsob trávení

volného času. Volný čas by měl být od práce snadno oddělitelný. Dumazedier a Latouche (1962) rozlišuje tři základní funkce volného času.

- Odpočinek, zotavení
- Rozptýlení/zábava, únik z monotónnosti
- Rozvoj osobnosti, ať už sociální, fyzický či kulturní

Všechny tyto tři funkce spolu souvisejí, navzájem se prolínají a existují u každé osoby ve střídavé míře.

Abychom mohli považovat volný čas za volný, musí splňovat určité podmínky (Janiš & Skopalová, 2016).

- Prováděná činnost musí jedinci přinášet uspokojení
- Prováděná činnost je svobodným výběrem jedince
- Jedinec nemá žádné povinnosti, a to vůči nikomu a ničemu

## **1.9 Činnosti seniorů ve volném čase**

Volný čas někdy bývá brán jako synonymum slova životní styl. Součástí aktivního životního stylu je zaplnění volného času různými druhy aktivit. Podle volnočasových aktivit, které jedinec provádí, můžeme usuzovat a hodnotit jeho životní styl (Janiš & Skopalová, 2016).

Pro seniory je velmi důležité vyplnit vzniklé skulinky volného času, které vznikl s odchodem do penze. Aktivity prováděny ve volném čase se v průběhu celého života mění. Výraznou událostí je dosáhnout seniorského věku, odchod do penze a ukončení svého působení na trhu práce. Pokud senior nemůže pokračovat ve svých dosavadních aktivitách, je velmi důležité najít si aktivity nové, pro seniora přijatelné (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

Senioři mají široké spektrum možností, jaké činnosti mohou ve svém volném čase vykonávat. Může se jednat o činnosti v oblasti sportovní, kulturní, sociální, vzdělávací, rekreační či cestovatelské. Prováděná činnost by měla seniory zajímat, bavit a především naplňovat.

### **1.9.1 Kulturní činnost**

Obecně můžeme oblast kulturní činnosti rozdělit do dvou skupin. První skupina obsahuje činnosti, které nás kulturně obohacují a díky kterým získáváme kulturní hodnoty. Jedná se o činnosti jako návštěva kina, koncertů, divadelních představení, čtení



knih, poslech vážné hudby či sledování filmů. V druhé skupině můžeme zařadit aktivity, při kterých se jedinec na činnosti sám aktivně podílí a vytváří ji. Patří zde kreativní činnosti jako jsou například malby, tvorba dekorací či hudby (Bačuvčík, 2010).

### **1.9.2 Vzdělávací činnosti**

Gerontagogika je pedagogická disciplína, která se zaměřuje na výchovu a vzdělání seniorů. Vzdělávání seniorů je velmi důležité, a to především z důvodu zachování a udržování jejich intelektu. Samozřejmě s věkem a se zdravotním stavem přicházejí překážky, které jim v tom mohou bránit. Lidé vyššího věku potřebují více času na naučení se nové věci, může docházet k nepochopení vyučované látky a v neposlední řadě může být snižená síla motivace (Špatenková & Smékalová, 2015).

V dnešní době se seniorům nabízí dostatečné množství vzdělávacích činností. Jsou navrhovány různými vzdělávacími institucemi, zájmovými kroužky pro seniory, vzdělávacími besedami či kluby pro seniory. Jedná se zejména o vzdělávání v oblasti technologické a jazykové gramotnosti. Mezi velmi oblíbené řadíme univerzity třetího věku, jejichž cílem je seznámení se s nejnovějšími poznatky v oblasti vědy, kultury, historie, sportu, politiky aj. Univerzity třetího věku otevírají každý rok několik kurzů, do kterých se může přihlásit jakýkoliv občan, který dosáhl důchodového věku (Janiš & Skopalová, 2016).

### **1.9.3 Rekreační a cestovatelská činnost**

Jedná se o činnosti, která mají velmi blízko ke sportovním aktivitám. Rekreační a cestování je velmi důležitou součástí životního stylu. Významnou složku v rekreačních a cestovatelských aktivitách tvoří turismus. V dnešní době existuje řada cestovních kanceláří, internetových serverů, které pořádají zájezdy přímo pro seniory. Nabízejí spoustu programů, ze kterých můžou senioři vybírat. Jedná se o pobyty jednodenní, víkendové, turistické, poznávací, lázeňské a wellnes pobyty, pobyty u moře či jinde v zahraničí. Cestování je pouze za účelem odpočinku, relaxace či poznávání něčeho nového. Neřadíme zde obchodní ani pracovní pobyty. Zahrádkaření, houbaření, kutilství a také chalupaření řadíme do těchto aktivit (Janiš & Skopalová, 2016).

#### **1.9.4 Domáci činnosti**

Senioři velkou část svého volného času tráví ve svém domácím prostředí. Zaměstnávají se různými aktivitami jako je četba knih, vaření, pečení, sledování televizních pořadů, poslech rádia a rozhlasu, pracování na zahradě, pletení, šití, starání se o domácí zvířata, pečování o vnučátka aj. Mezi oblíbenou domácí aktivitu řadíme luštění křížovek a sudoku. Činnosti si senior volí individuálně a dle svých potřeb a preferencí. Jelikož mnoho seniorů zůstane na stáří osamoceno, velmi rádi tak tráví čas ve společnosti rodinných příslušníků (Janiš & Skopalová, 2016).

#### **1.9.5 Arteterapie**

Jedná se o využití výtvarného umění v rámci léčby. Můžeme ji využít i při aktivizaci seniorů, kdy rozvíjíme jemnou motoriku, posilujeme paměť i kognitivní funkce. Cílem není snaha vytvořit dokonalé umění, ale naopak jde o sebevyjádření bez ohledu na umělecký talent. Technika se volí dle věku, a především zdravotních schopností seniora. Arteterapie má dvě základní složky, a to individuální a sociální. Individuální složka umožňuje sebevímání, sebeprožívání a vyjádření emocí a fantazií. Sociální složka naopak zahrnuje sociální kontakt, navázání komunikace a rozvíjí skupinovou spolupráci (Ondrušová & Krahulcová, 2019).

#### **1.9.6 Muzikoterapie**

Jedná se o terapii, která využívá melodii, rytmus, harmonii a dynamiku. Obecně zahrnuje prvky z hudebního umění. Seniorský provází hudba v podstatě celý život. I proto k ní mají většinou kladný vztah. Muzikoterapie se využívá individuálně či ve skupině seniorů. Realizovat ji můžeme například psaním textů písní, skládáním melodií či přípravou na hudební vystoupení. Vhodná je také výroba alternativních hudebních nástrojů. Muzikoterapie se využívá v rámci tanečních soutěží pro seniory, kdy se pracuje s rytmem a dynamikou hudby. Velmi úzce je spojena s taneční terapií (Choolayil & Putran, 2020).

#### **1.9.7 Zooterapie**

Jedná se o metodu ucelené rehabilitace za podpory a přítomnosti zvířat. Využívá se jak v pobytových zařízeních, tak ve vlastních domovech. Zvíře může mít pozitivní vliv na vyrovnání se se samotou a osamělostí a také pomáhá eliminovat nedostatek fyzického kontaktu. V České republice se hojně využívá Canisterapie, která vychází z léčebného

působení psa na zdraví jedince. Zlepšuje fyzický i psychický stav a aktivizuje seniory. Felinoterapie pro změnu využívá k léčebným účelům kočky. Všechna zvířata musí splňovat hygienické i veterinární kritéria, aby mohla být využita k léčbě seniorů. Do zooterapie zařazujeme i farmingterapii, která využívá přímého kontaktu s domácími zvířaty (koza, prase, ovce, husy, kachny). Velkou výhodou může být zlepšení komunikace, uvolnění těla i duše. Nevýhodou může být alergie, strach ze zvířat či jejich neobliba (Ondrušová & Krahulcová, 2019).

### **1.9.8 Pohybová aktivita**

Základním projevem života je pohyb. Jedná se o přirozenou a nedílnou součást zdravého životního stylu. Bohužel v současné době zhruba 60-70% světové populace nemá dostatečné množství pohybu. Přitom stále platí, že pohybové aktivity snižují riziko kardiovaskulárních nemocí, arteriální hypertenze, rakoviny tlustého střeva apod. Pohybová aktivita má v našem životě velký význam, jelikož pohyb patří mezi základní potřeby lidského organismu. Největším přínosem pohybu a pohybových aktivit je prodloužení kvality života či zlepšení kondice (Vítek, 2008).

Holczerová a Dvořáčková (2013) dělí pohybovou aktivitu do několika okruhů – léčebná tělesná výchova, zdravotní tělesná výchova, habituální pohybová aktivita, rekreační sport. Zdravotní tělesná výchova a výchova léčebná jsou zaměřena na konkrétní léčebný/zdravotní cíl. K jeho dosažení využívají lékařské přístroje, pomůcky a cvičení probíhá dle pravidel, která jsou stanovena. Kdežto habituální pohybová aktivita je definována jako souhrn veškerého pohybu během dne. Pro zdravý a spokojený život je pohyb významným nástrojem, jak toho dosáhnout.

#### **1.9.8.1 Pohybová aktivita seniorů**

Pohybové aktivity jsou pro seniory velmi důležitou životní součástí. Zachovávají jejich tělesnou svěžest, pomáhají jim překonávat každodenní překážky bez větších úhon a udržují jejich duševní výkonnost. I když je pohybová zdatnost nejvyšší v mladším věku, neznamená to, že se senioři aktivního života mají vzdát. Právě naopak. Při nedostatku či absenci pohybu může docházet k negativním patologickým jevům (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

Ač mají senioři dostatečné množství času na pohybové aktivity, v pohybu jim může bránit velké množství překážek. Může se jednat o únavu, náročnost cviků a jejich složitost, zdravotní stav či strach z úrazu (Zrubáková & Bartošovič, 2019).

Mezi největší překážky, které mohou seniorům bránit k pohybové aktivitě jsou:

- Fyzické bariéry – tělesná zdatnost, choroba, zdraví
- Psychické bariéry – cítí se staří na sport, nepotřebují ho, bez pohybu jim je dobře, jsou pohodlní
- Sociální bariéry – okolí se mu vysmívá, nerespektuje ho, zesměšňuje jej
- Ekologické – nedostupnost dopravy, finance (Janiš & Skopalová, 2016).

Všechny pohybové aktivity pro seniory nejsou vhodné. Jedná se například o aktivity s vysokou intenzitou zátěže, které jsou již nad možností seniora. Dále se jedná o cviky, při kterých dochází k náhlé a prudké změně polohy nebo sporty při kterých je vyžadován švih, jako například squash či tenis. Nedoporučují se ani aktivity, při nichž se překonávají odpory a výdrže. Činnosti založené na skocích, poskocích a dopadech nejsou vhodná, jelikož dochází k častým úrazům. Cvičení, která jsou náročná na koordinaci a akrobacii, přetěžují nervovou soustavu a mohou vést ke stresu a únavě (Štěpánková, Höschl, & Vidovicová, 2014).

Pravidelně prováděná pohybová aktivita významně prodlužuje délku tělesné zdatnosti, výkonosti a zpomaluje proces stárnutí. Pohybový aparát s věkem vyžaduje cvičení, které slouží jako prevence a ochrana před degenerativním onemocněním. Důležité jsou také cviky na rovnováhu a správné držení těla, která slouží jako zmírnění svalové dysbalance. K aktivitám, které jsou seniorům doporučovány rozhodně patří chůze, plavání, nordic walking, jógy, turistika, jízda na kole, cvičení s pomůckami či posilování (Levinger et al., 2018).

K psychické a duševní pohodě jsou seniorům doporučována relaxační a dechová cvičení. Také cvičení v leže nebo v sedě při zapnuté hudbě se těší oblibě. Velmi oblíbená a trendy je mezi seniory i jóga, která dokáže zklidnit tělo i mysl (Zrubáková & Bartošovič, 2019).

Dle Janiše a Skopalové (2016) pozitivní dopad na seniory mají takové pohybové aktivity, které jsou vhodné a respektují jedincům zdravotní stav, věk, pohlaví a výkonnost. Pohybová činnost seniora ovlivňuje pozitivně v oblasti:

- Tělesné – dochází ke zlepšení tělesné zdatnosti, zlepšení zdravotního stavu, ulevuje od bolesti

- Psychické – zlepšuje náladu, odbourává stres, redukuje strach, přináší radost, zmírňuje rozklad jemné i hrubé motoriky
- Sociální – ve skupinových programech mohou vznikat nová přátelství, dochází k redukování samoty, zlepšování sociálních vztahů a vztahů mezi generacemi

Botek, Neuls, et al., (2017) uvádí, že cílem pravidelné pohybové aktivity není zvyšování výkonnosti, ale snaha o udržení tělesné zdatnosti a zpomalení involučních procesů, prodloužení doby soběstačnosti a sebeobslužnosti s rostoucím věkem. U seniorů je velmi důležité důkladné rozcvičení a následné závěrečné protažení. Doporučená cvičení:

- Vytrvalostní – jedná se o cvičení, která udržují aerobní kapacitu, složí jako prevence obezity, diabetu nebo aterosklerózy
- Silová – tato cvičení omezují úbytek svalové hmoty, kostní tkáně a zlepšují funkci cévního endotelu. Cviky by se měly zaměřovat na malé svalové skupiny
- Rovnovážná – rovnovážná cvičení slouží jako prevence pádů a následných zlomenin
- Protahovací – udržují flexibilitu

## **1.10 Péče o seniory**

Péče o seniory je stále diskutovaným tématem. Již v minulosti bylo vždy povinností rodiny postarat se o své nejstarší členy. Často se péče o ně odvíjela historickou dobou nebo kulturou ve které senior žil. V některých dobách, pokud senior nikoho neměl a zůstal sám bez příbuzných, přebrala péči jiná rodina. Jinde zase byli tito osamocení jedinci nuceni žebrot a často umírali na podvýživu. V současné době se dostává péče o nemocné a imobilní seniory do popředí zájmu zdravotníků i sociálních pracovníků (Procházková, 2019).

Cílem v péči o seniory je především zachování jejich soběstačnosti a sebeobslužnosti, zejména v jejich přirozeném prostředí. Zhruba 80 % jedinců starších 65 let jsou schopni se o sebe postarat, 13 % vyžaduje pomoc v domácnosti, 5 % potřebuje domácí péči a u 3 % je nezbytná ústavní péče (Příbyl, 2015).

### **1.10.1 Rodinná péče**

„Všude dobře, doma nejlépe“. Domov je místem, které velmi dobře známe a cítíme se v něm bezpečně. Většině seniorů je nejlépe v domácím prostředí, ve svém. Současné

rodiny žijí ve větší míře samostatně, v jiných příbýtcích než jejich rodiče. Stále však zůstává přirozené, že rodina je základem pro poskytnutí péče seniorovi. Sociální služby využívají členové rodiny až ve chvíli, kdy se nedokážou o seniora postarat sami (Mlýnková, 2011).

Dle Mlýnkové (2011) jsou nejčastější bariéry v péči o rodinné příslušníky:

- Nevhodné bydlení – rodina má malý byt, dochází ke ztrátě soukromí
- Zaměstnání rodinných příslušníků – rodina pracuje, nemůže si dovolit zůstat celý den doma a zajistit tak seniorovi celodenní péči
- Povinnosti vůči vlastní rodině – péče o vlastní rodinu, děti, domácnost
- Vzdálenost rodin – senioři bydlí ve svých bytech, která jsou velmi vzdálená od bydlení jejich dětí
- Vyčerpání a únava při péči o seniora – skloubení péče o seniora s chodem domácnosti a prací může být velmi náročné a vyčerpávající

Rodina pro každého z nás představuje jistotu a zázemí. Pokud rodina dobře funguje, může být pro seniora psychickou podporou, fyzickou pomocí a dokáže rozvíjet jeho aktivity. Senioři oceňují, pokud v rodině vládou dobré vztahy. Pro mladou rodinu starající se o seniora to znamená získání nových zkušeností a vytváření sociální rovnováhy skrz generace. Jedná se o významný okamžik, kdy dojde k velkým změnám v chodu domácnosti a je důležité zjistit si potřebné informace (Dvořáčková, 2012).

### **1.10.2 Zdravotní péče**

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních ambulantního nebo lůžkového typu. Ambulantní primární péči o seniory zajišťuje praktický lékař pro dospělé. Lékař by měl spolupracovat s rodinou, popřípadě i s ostatní zdravotnickou organizací, jako je například domácí ošetrovatelská péče či pečovatelská služba. Na základě doporučení praktického lékaře je poskytována domácí ošetrovatelská péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Aby mohla být domácí ošetrovatelská péče poskytována, musí být zdravotní stav seniora stabilizovaný a domácí prostředí musí umožnit poskytnutí péče. Tuto péči zajišťují státní, městské, charitativní či soukromé agentury. Většinou se jedná o ošetřování chronických ran, aplikování inzulínu, dopomoc s hygienou, podání medikamentů či poskytnutí fyzioterapie. Rodiny také oceňují vypůjčení kompenzačních, rehabilitačních a ošetrovatelských pomůcek (Dvořáčková, 2012).

Zdravotní péče je v České republice vymezena zákonem 372/2011 Sb. o zdravotnických službách. Zdravotní péče je soubor opatření a postupů, jejichž cílem je předcházet nemoci, objevení nemoci a její odstranění, prodloužení života, zlepšení kvality života, zlepšení zdravotního stavu, zmírnění utrpení apod. (Arnoldová, 2012).

Čevela (2014) zdravotní péči rozdělil dle časové naléhavosti na:

- Neodkladná péče
- Akutní péče
- Nezbytná péče
- Plánovaná péče

Dle jejího účelu můžeme dělit zdravotní péči na:

- Preventivní péči
- Diagnostickou péči
- Léčebnou péči
- Posudkovou péči
- Ošetrovatelskou péči
- Paliativní péči
- Lékárenskou péči (Čevela et al., 2014)

### **1.10.3 Sociální péče**

V České republice sociální služby poskytují pomoc osobám, které jsou společensky znevýhodněné. Cílem těchto služeb je zlepšení fyzické a psychické soběstačnosti, začlenění do běžného života společnosti, aktivně rozvíjet jejich schopnosti a zachovávat lidskou důstojnost. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována péče, ubytování, stravování, pomoc v chodu domácnosti, podpora v rozvoji či alespoň udržení stávající soběstačnosti jedince v jeho přirozeném prostředí, udržení jeho životního stylu, snížení zdravotního a sociálního rizika (Arnoldová, 2015).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v České republice upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci. Základní zásadou je nárok každé osoby na bezplatné poskytnutí sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení (Hauke, 2011).

### 1.10.3.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje těm lidem, kteří jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné fyzické osoby. Pro získání příspěvku musí být osoba starší jednoho roku a musí splňovat určité podmínky. Finanční příspěvek se pohybuje od 900,- Kč až do 13 500,- Kč závisí na stupni závislosti. O konkrétním stupni závislosti rozhoduje úřad práce na základě zdravotního stavu žadatele o finanční příspěvek (Matoušek, 2007).

Při posuzování péče o vlastní osobu se hodnotí, jak dotyčný zvládne tyto úkony:

- Příprava a přijímání stravy
- Tělesná hygiena
- Výběr oblečení, oblékání, obouvání
- Orientace v přirozeném prostředí
- Dodržování léčebného režimu
- Chůze
- Komunikace
- Mobilita
- Péče o domácnost (Matoušek, 2007).

Příspěvek je poskytován ve čtyřech úrovních:

- I. Stupeň – je definován jako lehká závislost. Osoby, kterým je tento stupeň přiznán z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, vyžadují každodenní pomoc či dohled při minimálně dvanácti úkonech péče o vlastní osobu.
- II. stupeň – je definován jako středně těžká závislost. Osoby, kterým je tento stupeň přiznán z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, vyžadují každodenní pomoc či dohled při minimálně osmnácti úkonech péče o vlastní osobu.
- III. stupeň – je definován jako těžká závislost. Osoby, kterým je tento stupeň přiznán z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, vyžadují každodenní pomoc či dohled při minimálně čtyřiaadvaceti úkonech péče o vlastní osobu.
- IV. stupeň – je definován jako úplná závislost. Osoby, kterým je tento stupeň přiznán z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, vyžadují



každodenní pomoc či dohled při minimálně třiceti úkonech péče o vlastní osobu (Matoušek, 2007).

### **1.10.3.2 Zařízení v sociálních službách**

Sociální služby poskytují pobytové, ambulantní nebo terénní služby. Pobytové služby jsou takové, které jsou spojeny s ubytováním a pobytem v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby jsou naopak takové služby, za kterými osoba pouze dochází a ubytování není její součástí. Terénní službou se rozumí poskytování péče osobě v jejím domácím prostředí (Holczerová & Dvořáčková, 2013).

Existuje mnoho zařízení, které poskytují sociální služby:

- Denní stacionář
- Týdenní stacionář
- Centrum denních služeb
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domov pro seniory
- Domov se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Azylový dům
- Zařízení pro krizovou pomoc
- Noclehárna
- Nízkoprahové denní centrum
- Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
- Dům na půl cesty
- Zařízení pro krizovou pomoc
- Terapeutická komunita
- Sociální porada
- Sociálně terapeutická dílna
- Pracoviště rané péče
- Intervenční centra
- Zařízení následné péče
- Centrum sociálně rehabilitačních služeb (Matoušek, 2007).

### 1.10.3.3 Služby v sociální péči

Cílem služeb sociální péče je pomoc zajistit osobám fyzickou a psychickou soběstačnost, podpořit a udržet život v jejich přirozeném prostředí a zapojit je v co možná nejvyšší míře do společenského života. Pokud to jejich zdravotní a psychický stav nedovoluje, zajistit jim šetrné, empatické a důstojné zacházení. Do těchto služeb řadíme:

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Týdenní stacionář
- Denní stacionář
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Chráněná bydlení
- Centra denních služeb
- Sociální služby ve zdravotních zařízeních lůžkové péče
- Centra denních služeb
- Odlehčovací služby
- Podpora samostatného bydlení
- Průvodcovské a předčitatelské služby (Malíková, 2020).

#### Pečovatelská služba

Jedná se o sociální službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení a také rodinám s dětmi, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Pečovatelská služba poskytuje základní úkony dle §40 z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služba je poskytována v domácím prostředí nebo v zařízeních sociálních služeb. Mezi základní činnosti, které pečovatelská služba poskytuje, patří pomoc při soběstačnosti, při osobní hygieně, při poskytování a zajištění stravy, při pomoci s chodem v domácnosti aj. (Hauke, 2011).

#### Domov pro seniory

Poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností a odpovídajícím věkem, jejíž situace si vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§49 zákon o

sociálních službách). K základním činnostem, které tato služba poskytuje patří poskytnutí ubytování, stravy, dopomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek k osobní hygieně, aktivizační činnosti, pomoc při zvládnání péče o vlastní osobu (Malíková, 2011).

### **1.11 Kvalita života**

Kvalita života je velmi rozsáhlý a složitý pojem. Není snadné jej uchopit pro jeho multidimenzionalitu a komplexnost. Dosud neexistuje jednoznačná definice, jelikož význam tohoto pojmu chápou jinak odborníci a laická veřejnost. Je úzce spjat s pochopením lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje klíčové faktory bytí a seberechopení a zkoumá materiální, psychologické, sociální a jiné podmínky pro zdravý a šťastný život člověka (Šubrt, 2008).

Kvalitu života můžeme posuzovat z hlediska subjektivního a objektivního. Subjektivní kvalita života je spojená s psychickou emocionalitou jedince a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita života naopak souvisí s fyzickým zdravím, se sociálním statusem a se splněním materiálních a sociálních podmínek života. Kvalita života se utváří mnoha vlivy. Za jedny z nejdůležitějších řadíme zdraví, sociální prostředí a psychický faktor. Ve velké míře je každý jedinec sám zodpovědný za svou kvalitu života (Payne, 2005).

Dle Křivohlavého (2002) se pojetí kvality života rozlišuje do tří hierarchicky různých sfér měření a zkoumání:

- Makro-rovina – vyhodnocuje kvalitu života u velkých celků, např. státu, světadílů
- Mezo-rovina – vyhodnocuje kvalitu života u malých celků, např. školka, firma, poliklinika
- Personální rovina – měří a vyhodnocuje kvalitu života jednotlivce

Veenhoven (2008) se ve svém výzkumu štěstí, psychické pohody a spokojenosti, zabýval i vztahem k fyzickému zdraví. Ve své teorii „čtyř kvalit života“ považuje kromě ekologických, ekonomických a kulturních podmínek za velmi důležité fyzické a duševní zdraví. Mezi čtyři základní faktory, které Veenhoven vymezuje patří:

- Životní předpoklady (šance)
- Životní výsledky
- Vnější kvality (charakteristiky prostředí)
- Vnitřní kvality (charakteristiky individua)

### **1.11.1 Seniori a kvalita života**

V geriatrici a gerontologii patří kvalita života mezi významné a často diskutované ukazatele. Kvalita života seniorů je často určována těžkými situacemi a faktory, které se stárnutím pojí. Jedná se o faktory, které se týkají změn zdravotního stavu, nové omezení v životě a nové role (Gurková, 2011).

Mezi další významné faktory, které ovlivňují kvalitu života, seniori řadí potřebu smyslu života, schopnost žít navzdory různým ztrátám, přátelské a bezpečné prostředí. Rozdílné jsou také priority u seniorů žijících v pobytových zařízeních a u seniorů žijících doma. Seniori žijící v pobytových zařízeních považují za důležité soukromí, nezávislost, autonomii, možnost volby a podporu v případě nutnosti. Zatímco seniori žijící ve vlastním prostředí považují pro kvalitu života za důležité sociální začlenění (Ondrušová & Krahulcová, 2019).

Zdraví je často považováno za synonymum kvality života. Mnoho lidí si myslím, že kvalitní život je možný, jen pokud je člověk zdravý. Kvalita života u seniorů není závislá pouze na stavu zdraví. Jen sám člověk může říct a posoudit, zda je spokojený a šťastný. I během nemoci může senior prožít kvalitní život. Jedná se o záležitost individuální a každý senior jí vnímá způsobem jemu vlastní (Haškovcová, 2010).

Existuje řada způsobů, jak ve stáří zlepšit kvalitu života. Jedním ze způsobů, který přispívá seniorům ke zlepšení kvality života je zdravý životní styl, pohybová aktivita a aktivní trávení volného času. Holczerová a Dvořáčková (2013) uvádějí, že pohybové aktivity ve stáří pomáhají při zvládnutí plnění každodenních úkonů a ke zlepšování tělesné zdatnosti. Slepíčka, Mudrák a Slepíčková (2015) se domnívají, že pohybová aktivita ve stáří pozitivně ovlivňuje nejen zdraví, ale také ovlivňuje psychickou pohodu. Uvádějí, že pohybová aktivita seniorů má terapeutické účinky a pomáhá tak zmírňovat deprese a pocity úzkosti. Podle Vidovičové a Kafkové (2012) jsou aktivnější ty osoby, které mají pozitivní myšlení, větší bohatství a jsou vzdělanější. Zavázalová (2001) oproti tomu tvrdí, že pohodového a zdárného stáří může dosáhnout i senior, který aktivní není. Důležití totiž není aktivní činnost, ale především vnitřní postoj ke svému vlastnímu životu.

### **1.11.2 Seniori a zjišťování kvality života**

K nejčastějším formám zjišťování kvality života u seniorů řadíme dotazníky a strukturované rozhovory. Generické neboli všeobecné dotazníky se využívají pro jakýkoliv soubor pacientů či pro zdravé obyvatelstvo. Pro pacienty s určitými obtížemi

se využívá speciálních dotazníků. V České republice se již od poloviny 90.let zabývá měřením kvality života Psychiatrické centrum v Praze (Ondrušová, 2011).

Kvalita života se obecně měří ze tří perspektiv:

- objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí
- subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
- subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Dragomirecká, 2007).

Křivohlavý (2001) rozčlenil metody měření kvality života na tři skupiny:

- objektivní metoda měření kvality života, kdy je kvalita života hodnocena druhou osobou
- subjektivní metoda měření kvality života, kdy je hodnotitelem sama daná osoba
- smíšená metoda měření kvality života, kdy se využívá kombinace prvního a druhého typu

Škvárnáková a Mandysová (2016) uvádějí příklady nástrojů, které se využívají pro hodnocení kvality života:

WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), jedná se o dotazník, který se zaměřuje na subjektivní hodnocení kvality života, zdraví a ostatních životních situací. Vyvinula jej Světová zdravotnická organizace. Dotazník WHOQOL-100 obsahuje 100 otázek, z toho 4 položky hodnotí celkovou kvalitu života a zdraví. Dále dotazník zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 kategorií: fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí, spiritualitu. Tento dotazník je určen pro osoby do 65 let, k jeho vyplnění je zapotřebí zhruba 20–30 minut.

WHOQOL-BREF – jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100, základ tvoří 4 domény: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dále 24 facet a 2 položky, které slouží jako samostatné hodnocení celkové kvality života a zdravotního stavu. V praxi se tato zkrácená verze využívá častěji. Dotazník je doporučen pro hodnocení kvality života skupin či populací s možností srovnání výsledků na mezinárodní či regionální úrovni. Je určen pro osoby do 65 let, na jeho vyplnění je potřeba 5-10 minut.

WHOQOL-OLD – dotazník hodnotí 6 oblastí, které se úzce zaměřují na spektrum oblastí důležité pro seniory: fungování smyslů, nezávislost, naplnění cílů z minulosti, přínos v přítomnosti a budoucnosti, sociální zapojení v kontaktu s lidmi a dostatek

smysluplných činností. Zahrnuty jsou i otázky týkající se intimity, postoje k umírání a smrti.

SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis), jedná se o standardizovaný dotazník, který byl v minulosti určen k hodnocení kvality života u osob s duševním onemocněním. V dnešní době jej můžeme využít pro hodnocení kvality života u širšího spektra cílových skupin. Vychází z Maslowovy teorie potřeb. Zahrnuje celkem 23 oblastí vnějších a vnitřních aspektů kvality života. Hodnotí se spokojenost a subjektivní důležitost.

## 2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ve své diplomové práci se zabývám hodnocením kvality života u osob v seniorském věku a prošetřováním jejich postojů ke stáří a stárnutí. Ke zjištění kvality života respondentů byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Pomocí standardizovaného dotazníku AAQ byly prošetřovány postoje ke stáří a stárnutí (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Šetření bylo doplněno o otázky, které zjišťovaly informace o věku, pohlaví, domácnosti, způsobu bydlení, vzdělání či finanční situaci. Dále jsem se dotazovala na frekvenci pohybových aktivit před a během situace spojené s koronavirem, zjišťovala jsem, jak moc je koronavirus ovlivnil ve společenských aktivitách. Vyjádřit se měli také o svém zdravotním stavu a kvalitě života.

Cílem mé diplomové práce je:

1. zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu svého života
2. zjistit, jaký postoj senioři zaujímají ke stárnutí a stáří
3. zjistit, zda koronavirová pandemie ovlivňuje seniory

Ke splnění výše uvedených cílů diplomové práce byly vytyčeny tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň kvality života seniorů podle dotazníku WHOQOL-BREF u kompletního souboru respondentů?
2. Mají vliv vybrané proměnné na výsledky kvality života seniorů?
3. Jaké postoje senioři zaujímají ke stárnutí a stáří podle dotazníku AAQ u kompletního souboru respondentů?
4. Mají vybrané proměnné vliv na postoje seniorů ke stárnutí a stáří?
5. Má vliv koronavirová pandemie na kvalitu života seniorů?

### 3 METODIKA

Ve výzkumném šetření bylo pro dosažení výsledků využito formy kvantitativního typu šetření u respondentů žijících ve vlastních domácnostech a v sociálním zařízení. Ke zjištění kvality života u seniorů byl využit WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Poté byl použit AAQ dotazník pro zjištění postojů seniorů ke stáří a stárnutí.

#### 3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 101 respondentů. První skupina byla tvořena respondenty žijícími v domácím prostředí (n = 63), druhou skupinu tvořili respondenti žijící v domově pro seniory (n = 38). Kritériem pro výběr respondentů byl věk 60 let a více. Charakteristika výzkumného souboru je popsána v tabulce 1.

Tabulka 1.

*Charakteristika výzkumného souboru (n = 101)*

<b>Proměnné</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Věk	rané stáří: 60–74 let	56	55
	vlastní stáří: 75–89 let	38	38
	dlohověkost: 90 let a více	7	7
Pohlaví	muž	41	41
	žena	60	59
Bydlení	v zařízení	38	38
	doma	63	62
Vzdělávání	základní	23	23
	střední bez maturity	38	38
	střední s maturitou	27	27
	vysokoškolské	13	13
Spolubydlící	ano	47	75
	ne	16	25
Finance	výrazně podprůměrné	1	1
	mírně podprůměrné	11	11
	průměrné	68	67
	mírně nadprůměrné	19	19
	výrazně nadprůměrné	2	2
Mazlíček	ano	23	36
	ne	40	63



Tabulka 1.

*Charakteristika výzkumného souboru (n = 101) - pokračování*

<b>Proměnné</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pohybová aktivita	ano 1x týdně	10	10
	ano 2x týdně	15	15
	ano 3x týdně	15	15
	ne	61	60
Pohybová aktivita během covidu	ano 1x týdně	11	11
	ano 2x týdně	13	13
	ano 3x týdně	15	15
	ne	62	61
Kouření	ano	20	20
	ne	81	80
Zdravotní stav	velmi spokojený/á	1	1
	spíše spokojený/á	39	39
	ani spokojený/á ani nespokojený/á	33	33
	spíše nespokojený/á	25	25
	úplně nespokojený/á	3	3
Kvalita života	velmi dobrá	6	6
	dobrá	65	64
	ani dobrá – ani slabá	21	21
	slabá	9	9
	velmi slabá	0	0
Vliv covidu na psychiku	vůbec ne	15	15
	trochu	38	38
	středně	25	25
	hodně	18	18
	maximálně	5	5
Vliv covidu na setkávání	vůbec ne	14	14
	trochu	26	26
	středně	17	17
	hodně	16	16
	maximálně	28	28
Vliv covidu na partnerství/přátelství	vůbec ne	43	43
	trochu	27	27
	středně	17	17
	hodně	13	13
	maximálně	1	1

Tabulka 1.

*Charakteristika výzkumného souboru (n = 101) – pokračování*

<b>Proměnné</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Vliv covidu na hádky	vůbec ne	65	64
	trochu	18	18
	středně	15	15
	hodně	2	2
	maximálně	1	1
Negativní vliv covidu na PA	vůbec ne	48	48
	trochu	27	27
	středně	17	17
	hodně	6	6
	maximálně	3	3
Vliv covidu na zdravotní stav	vůbec ne	40	40
	trochu	30	30
	středně	21	21
	hodně	5	5
	maximálně	5	5
Procházky v přírodě	vůbec ne	21	21
	trochu	18	18
	středně	33	33
	hodně	15	15
	maximálně	14	14
Další aktivity během covidu	ano našli	24	24
	ne našli	77	76
Používání mobilu/PC během covidu	ano naučili	2	2
	ne nenaučili	49	49
	už jsem to uměl/a	45	45
	nechci ho využívat/učit se to	5	5

Poznámka. n = základní soubor, % = procenta

### 3.2 Průběh a organizace výzkumu

Prováděný výzkum, který byl schválen etickou komisí, se zaměřoval na kvalitu života seniorů a jejich postojem ke stáří a stárnutí. První skupinu respondentů tvoří senioři žijící v domově pro seniory. Pro své šetření jsem si vybrala zařízení – Domov Duha v Novém Jičíně. Nejdříve jsem kontaktovala ředitelku domova a následně jsem kontaktovala vedoucí zdravotní sestru domova. Domluvit si schůzku bylo v této nelehké době velmi náročné. Vstup do domova mi zajistil negativní test na koronavirus. V domově jsem poté navštěvovala každý pokoj s respondenty zvlášť, abych co nejméně obtěžovala ty pacienty, kteří zájem o dotazníkové šetření neměli. Otázky jsem jim četla

a kroužkovala sama. Druhou skupinu respondentů tvoří senioři žijící ve domácím prostředí. Oslovila jsem je osobně či za pomoci členů mé rodiny, přátel. Všechny dotazníky byly vyplněny papírovou formou.

Každého respondenta jsem osobně seznámila s důvodem dotazníkového šetření. Pokud měl zájem se výzkumu zúčastnit, podepsal informovaný souhlas o anonymitě dotazníkového šetření (příloha 1). Poté následovně vyplnil anketu vlastní konstrukce (příloha 2), dotazník kvality života WHOQOL-BREF (příloha 3) a dotazník, který zjišťuje postoje ke stáří a stárnutí AAQ (příloha 4). U některých otázek se respondenti dlouho zamýšleli, některé se jim naopak zdály jednoznačné, jiné je zase pobavily.

Dotazníky jsem si roztřídila a zkontrolovala, následně jsem získaná data zapisovala do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2019. Poté byly zaslány ke statistickému zpracování (viz kapitola 3.5).

### **3.3 Použité metody**

Ke svému výzkumu jsem využila metodu dotazníkového šetření. Pomocí české verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, jsem zjišťovala kvalitu života u seniorů v oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Ke zjišťování postojů ke stáří a stárnutí, byl využit standardizovaný dotazník AAQ, který zahrnuje domény psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst byl využit standardizovaný dotazník AAQ. Dotazníkové šetření bylo následně doplněno o anketu vlastní konstrukce.

### **3.4 Administrace a vyhodnocení dotazníků**

#### **3.4.1 WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment)**

Jedná se o standardizovaný dotazník (příloha 3), který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Dotazník má 24 otázek a obsahuje čtyři domény: fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2), sociální vztahy (DOM3) a prostředí (DOM4). Dále jsou zahrnuty dvě samostatné otázky, které hodnotí kvalitu života a spokojenost se zdravím. Vyplnění dotazníku zabere zhruba 5–10 minut a respondenti mohou skórovat na škále od minima 4 do maxima 20. Platí, že čím vyšší je hodnota, tím více jsou respondenti spokojeni s kvalitou života (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Tabulka 2

*Domény a položky dotazníku WHOQOL–BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006)*

<b>domény</b>		<b>položky</b>
fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
	q4	závislost na lékařské péči
	q10	energie a únava
	q15	pohyblivost
	q16	spánek
	q17	každodenní činnosti
	q18	pracovní výkonnost
prožívání	q5	potěšení ze života
	q6	smysl života
	q7	soustředění
	q11	přijetí tělesného vzhledu
	q19	spokojenost se sebou
	q26	negativní pocity
sociální vztahy	q20	osobní vztahy
	q21	sexuální život
	q22	podpora přátel
prostředí	q8	osobní bezpečí
	q9	životní prostředí
	q12	finanční situace
	q13	přístup k informacím
	q14	záliby
	q23	prostředí v okolí bydliště
	q24	dostupnost zdravotní péče
	q25	doprava
2 samostatné položky	Q1	kvalita života
	Q2	spokojenost se zdravím

### 3.4.2 AAQ (Attitudes Toward Aging Questionnaire)

Jedná se o standardizovaný dotazník, který byl vytvořen za účelem zjišťování postoje ke stáří a stárnutí. Tento dotazník (příloha 4) zahrnuje 24 položek hodnotících postoje osob ve třech doménách:

- doména psychosociální ztráty (PSZTRAT) zahrnuje zkušenost samoty, sociálního vyloučení či ztrátu fyzické soběstačnosti
- doména fyzické změny (FYZZMEN) obsahuje otázky týkající se fyzického zdraví, fyzické zdatnosti a cvičení

- doména psychologický růst (PRUST) se týká kladných prožitků, které můžeme označit jako „zralost“ či „moudrost“, týká se také pozitivního vztahu k sobě sama i k okolnímu světu (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Skóre hrubé hodnoty se pohybuje v rozmezí 8-40, čím vyšší skóre, tím se senioři ztotožňují s otázkami v daných doménách dotazníku.

Tabulka 3

*Položky a dimenze dotazníku AAQ (Dragomirecká & Prajsová, 2009)*

<b>domény</b>	<b>položky</b>	
psychosociální ztráty	aaq7	stáří je čas samoty
	aaq10	stáří je čas depresí
	aaq14	je obtížné hovořit o pocitech
	aaq17	stáří je období ztrát
	aaq21	ztráta fyzické soběstačnosti
	aaq24	je obtížné najít si přátele
	aaq32	nejsem začleněný do společnosti
	aaq34	cítím se vyřazený
fyzické změny	aaq12	cvičení je důležité
	aaq13	stárnutí je snazší
	aaq16	necítím se starý
	aaq19	identita není dána věkem
	aaq20	mám dost energie
	aaq22	fyzické problémy mě neomezují
	aaq36	zdravotní stav je dobrý
	aaq37	udržuji se aktivní
	aaq30	můj život má význam
	aaq33	příklad mladým lidem
psychologický růst	aaq2	lepší vyrovnání se životem
	aaq4	je výsadou dožít se vyššího věku
	aaq8	moudrost přichází s věkem
	aaq9	stáří přináší příjemné věci
	aaq15	jsem vůči sobě tolerantnější
	aaq25	předávání zkušeností
	aaq30	můj život má význam
	aaq33	příklad mladým lidem

### 3.4.3 Anketa vlastní konstrukce

Anketa vlastní konstrukce (příloha 2) zjišťuje základní informace o seniorech ve výzkumném souboru. Patří zde otázky o věku, pohlaví, způsob bydlení, nejvyšší dosažené

vzdělání, finanční situace, zda mají domácího mazlíčka, frekvence pohybových aktivit před a během období koronaviru, kouření, zdravotní stav, kvalita života, aktivita v době koronaviru, užívání PC/mobil v koronavirové situaci.

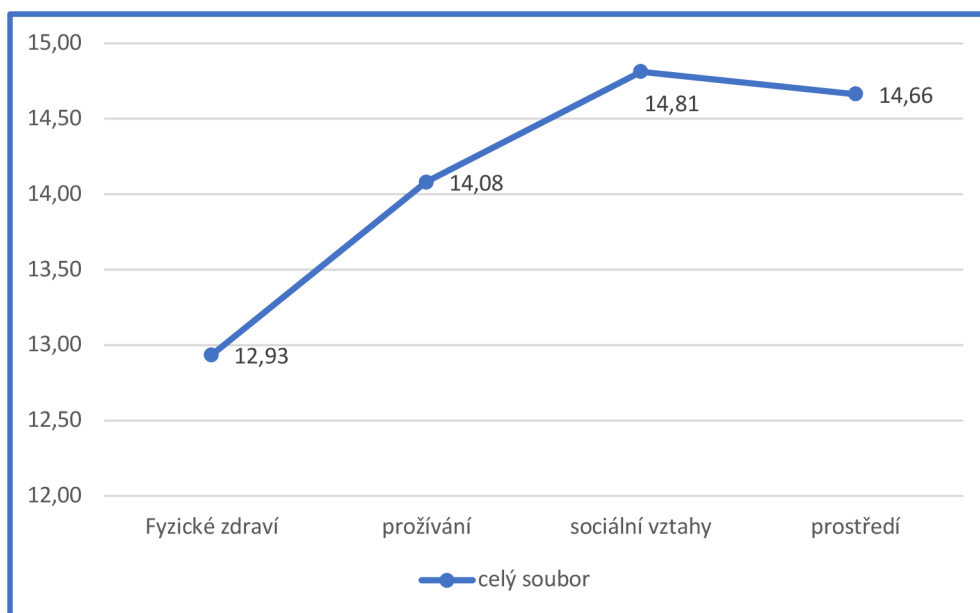
Poté budou vybrány některé proměnné, u kterých budeme zjišťovat, jestli mají vliv na výsledky šetření v rámci dotazníku WHOQOL-BREF a AAQ.

### **3.5 Statické zpracování dat**

Ke statickému zpracování dat byl využit statistický program Statistica. Opatřená data byla vložena do tabulky v Microsoft Office Excel 2019. Pro stanovení statistické významnosti byl použit Mann-Whitneyův U test a Kruskal – Wallisův ANOVA test ( $p \leq 0,05$ ). Následně byla využita Spearmanova korelace ( $p \leq 0,05$ ) k prozkoumání vztahu mezi jednotlivými dotazníky.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kvalita života u kompletního souboru seniorů podle dotazníku WHOQOL-BREF

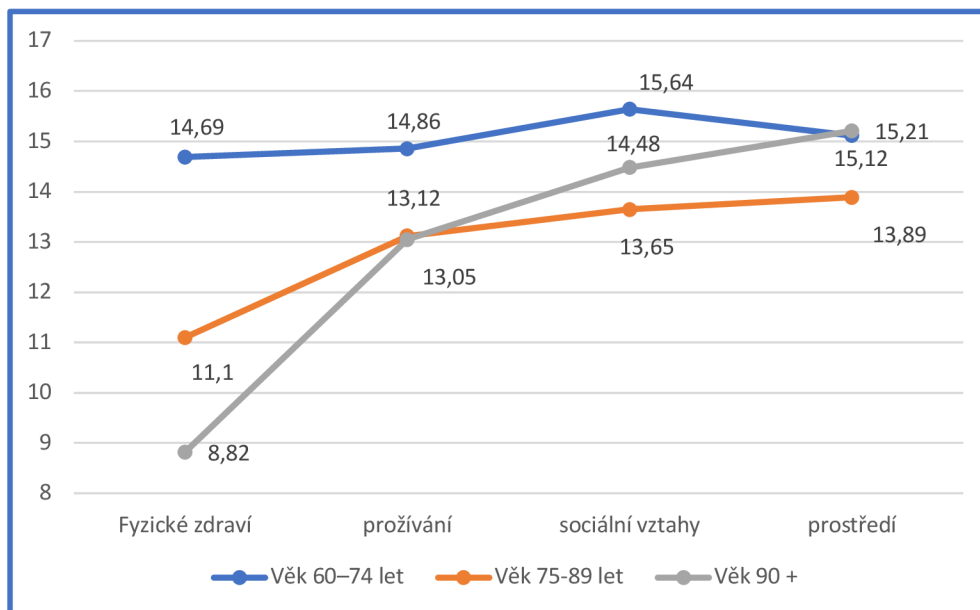


Obrázek 2. Hodnocení kvality života u všech seniorů podle WHOQOL-BREF

V grafu vidíme, že respondenti mají nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy (14, 81), ač s minimálním rozdílem mezi doménou prostředí (14, 66). Respondenti žijící v domácím prostředí a v zařízeních pro seniory jsou spokojeni s osobními vztahy v rodině, s přáteli a se sexuálním životem. Naopak nejnižší kvalitu života hodnotí respondenti v doméně fyzické zdraví (12, 93).

## 4.2 Vybrané proměnné a jejich vliv na kvalitu života

a) Má vliv věk na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 3. Hodnocení kvality života podle věku (WHOQOL-BREF)

Senioři byli rozděleni do tří skupin podle věku. Do první skupiny byli zařazeni respondenti ve věku 60–74 let ( $n = 56$ ), druhou skupina byla ve věku 75–89 let ( $n = 38$ ) a třetí skupinu tvořili senioři ve věku 90 let a více ( $n = 7$ ). Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla prokázána statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u proměnné věk, a to ve všech čtyřech doménách. V doméně fyzické zdraví (DOM1) se statistická významnost prokázala mezi seniory ve věku 60–74 let (14,69) a 90 let (8,82) a dále mezi seniory 60–74 let (14,69) a 75–89 let (11,1) (Tabulka 4). V doméně prožívání (DOM2) je statistická významnost mezi seniory ve věku 60–74 let (14,86) a věk 75–89 (13,12) (Tabulka 5). V doméně sociální vztahy (DOM3) se prokázala statistická významnost mezi seniory ve věku 60–74 let (15,64) a 75–89 let (13,89) (Tabulka 6). V poslední doméně prostředí (DOM4) je statistická významnost mezi seniory 60–74 let (15,12) a věk 75–89 (13,89) (Tabulka 7).



Tabulka 4

Doména 1 (fyzické zdraví) statistická významnost z hlediska věku

Závislá: DOM1	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1 Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 37,24238$ $p = ,0000$		
	1	2	3
	R:66,446	R:34,539	R:16,786
1		0,000001	0,000071
2	0,000001		0,42211
3	0,000071	0,42211	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = 60-74 let, 2 = 75-89 let, 3 = 90 + let, červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 5

Doména 2 (prožívání) statistická významnost z hlediska věku

Závislá: DOM2	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM2 Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 15,59598$ $p = ,0004$		
	1	2	3
	R:61,223	R:38,987	R:34,429
1		0,000915	0,067622
2	0,000915		1
3	0,067622	1	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = 60-74 let, 2 = 75-89 let, 3 = 90 + let, červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 6

Doména 3 (sociální vztahy) statistická významnost z hlediska věku

Závislá: DOM3	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM3 Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 22,40459$ $p = ,0000$		
	1	2	3
	R:62,991	R:35,737	R:37,929
1		0,000029	0,09861
2	0,000029		1
3	0,09861	1	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = 60-74 let, 2 = 75-89 let, 3 = 90 + let, červená barva = statisticky významný rozdíl

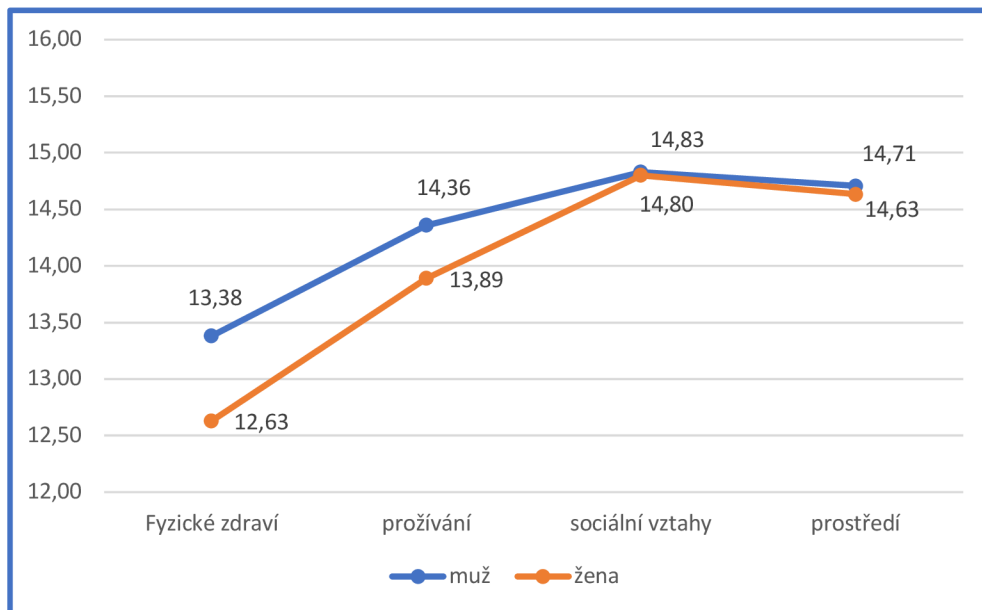
Tabulka 7

Doména 4 (prostředí) statistická významnost z hlediska věku

Závislá: DOM4	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4 Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 9,119933$ $p = ,0105$		
	1	2	3
	R:57,866	R:39,724	R:57,286
1		0,009655	1
2	0,009655		0,435128
3	1	0,435128	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = 60-74 let, 2 = 75-89 let, 3 = 90 + let, červená barva = statisticky významný rozdíl

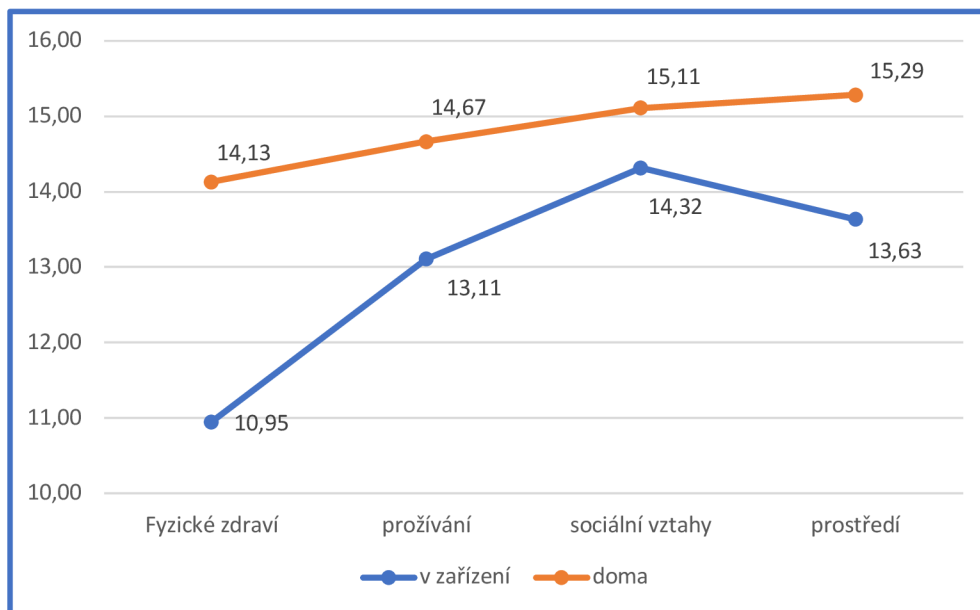
b) Má vliv pohlaví na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 4. Hodnocení kvality života podle pohlaví (WHOQOL-BREF)

Podle Mann-Whitneyova U Testu nebyla ve výzkumném souboru nalezena žádná statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) v žádné z domén u proměnné pohlaví mezi muži ( $n = 41$ ) a ženami ( $n = 60$ ). Pohlaví tedy nemá vliv na hodnocení kvality života. Muži ( $n = 41$ ) mají nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy, stejně jako ženy ( $n = 60$ ). Nejnižší kvalitu života hodnotí obě pohlaví v doméně fyzické zdraví.

c) Má vliv způsob bydlení na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 5. Hodnocení kvality života podle způsobu bydlení (WHOQOL-BREF)

Podle Mann-Whitneyova U Testu se ve výzkumném souboru prokázala statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u proměnné způsob bydlení ve třech doménách. V doméně fyzické zdraví (DOM1) byla nalezena statistická významnost mezi seniory žijícími v zařízení (10,95) a seniory žijícími v domácím prostředí (14,13). V doméně prožívání (DOM2) byla prokázána statistická významnost mezi seniory žijícími v zařízení (13,11) a seniory žijícími v domácím prostředí (14,67). V doméně prostředí (DOM4) byla nalezena statistická významnost mezi seniory žijícími v zařízení (13,63) a seniory žijícími v domácím prostředí (15,29) (Tabulka 8). V našem výzkumném souboru má vliv, zda senioři žijí v domácím prostředí ( $n = 63$ ) nebo v zařízení pro seniory ( $n = 38$ ) na kvalitu jejich života.

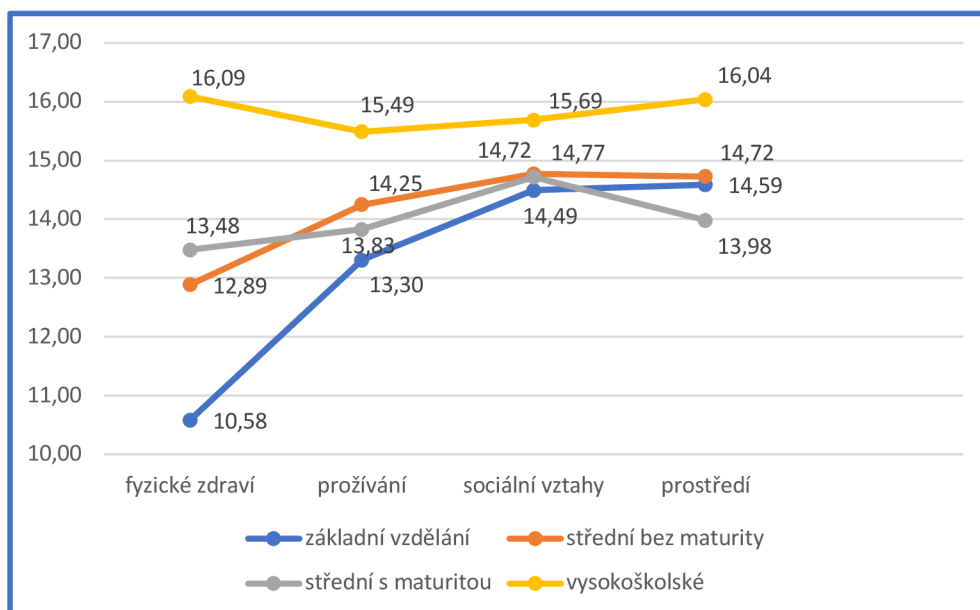
Tabulka 8

*Statistická významnost z hlediska způsobu bydlení v doméně fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2) a prostředí (DOM4)*

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost)							
Proměnná	Dle proměn. Způsob bydlení						
	Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
DOM1	3846,5	1304,5	563,5	4,437437	0,000009	4,44586	0,000009
DOM2	3697	1454	713	3,389417	0,0007	3,406001	0,000659
DOM3	3340	1811	1070	0,886786	0,375195	0,914135	0,360647
DOM4	3686,5	1464,5	723,5	3,31581	0,000914	3,333093	0,000859

*Poznámka. p = hladina významnosti: (DOM1) fyzické zdraví, (DOM2) prožívání, (DOM3) sociální vztahy, (DOM4) prostředí, červená barva = statisticky významný rozdíl*

d) Má vliv vzdělávání na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 6. Hodnocení kvality života podle vzdělávání (WHOQOL-BREF)

Další proměnou, dle které se hodnotila kvalita života u seniorů, bylo dosažené vzdělání. Seniori si mohli vybrat z možností: základní vzdělání ( $n = 23$ ), střední vzdělání bez maturity ( $n = 38$ ), střední vzdělání s maturitou ( $n = 27$ ) a vysokoškolské vzdělání ( $n = 13$ ). Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u tří domén. V doméně fyzické zdraví (DOM1) se ukázala statistická významnost mezi seniory se základním vzděláním (10,58) a mezi seniory s vysokoškolským vzděláním (16,09) a dále mezi seniory se základním vzděláním (10,58) a seniory se středním vzděláním s maturitou (13,48). Statistická významnost u domény fyzické zdraví (DOM1) byla i mezi seniory se středním vzděláním bez maturity (12,89) a seniory se vzděláním vysokoškolským (16,09) (Tabulka 9). V doméně prožívání (DOM2) se vyskytla statistická významnost mezi seniory se základním vzděláním (13,30) a se seniory s vysokoškolským vzděláním (15,49) (Tabulka 10). V doméně prostředí (DOM4) se prokázala statistická významnost mezi seniory se středním vzděláním s maturitou (13,98) a seniory s vysokoškolským vzděláním (16,04) (Tabulka 11).

Tabulka 9.

Doména 1 (fyzické zdraví) statistická významnost z hlediska vzdělání

Závislá: DOM1	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1 Nezávislá (grupovací) proměnná: Vzdělání Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=101) = 23,81487$ $p = ,0000$			
	1	2	3	4
	R:31,565	R:49,934	R:54,907	R:80,385
1		0,105853	0,029949	0,000009
2	0,105853		1	0,007312
3	0,029949	1		0,060012
4	0,000009	0,007312	0,060012	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = základní vzdělání, 2 = střední bez maturity, 3 = střední s maturitou, 4 = vysokoškolské, červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 10.

Doména 2 (prožívání) statistická významnost z hlediska vzdělání

Závislá: DOM2	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM2 Nezávislá (grupovací) proměnná: Vzdělání Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=101) = 8,896759$ $p = ,0307$			
	1	2	3	4
	R:41,522	R:52,145	R:47,852	R:70,962
1		1	1	0,022701
2	1		1	0,273826
3	1	1		0,116822
4	0,022701	0,273826	0,116822	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = základní vzdělání, 2 = střední bez maturity, 3 = střední s maturitou, 4 = vysokoškolské, červená barva = statisticky významný rozdíl

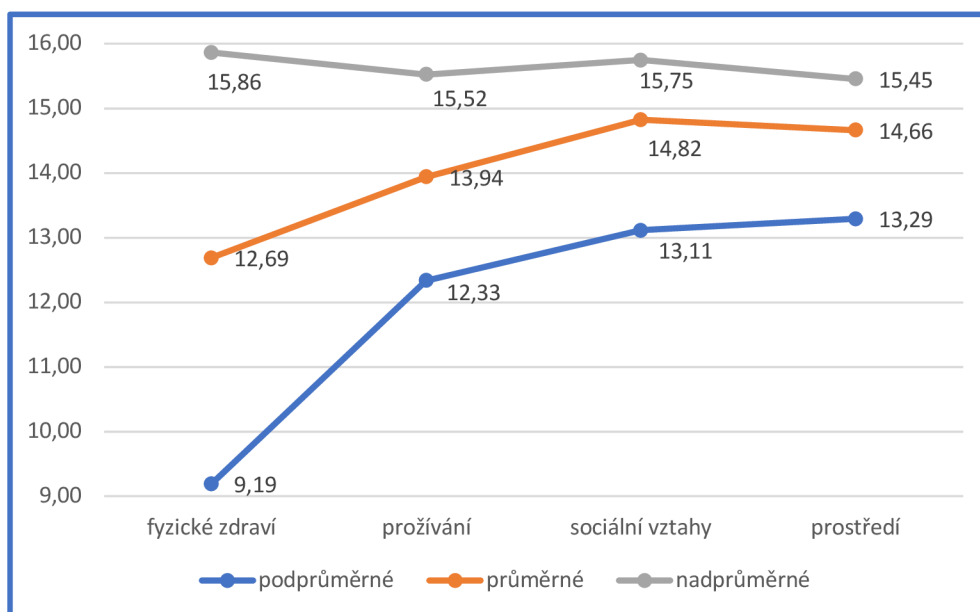
Tabulka 11.

Doména 4 (prostředí) statistická významnost z hlediska vzdělání

Závislá: DOM4	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4 Nezávislá (grupovací) proměnná: Vzdělání Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=101) = 8,353908$ $p = ,0392$			
	1	2	3	4
	R:49,587	R:50,711	R:42,907	R:71,154
1		1	1	0,20338
2	1		1	0,179361
3	1	1		0,025763
4	0,20338	0,179361	0,025763	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = základní vzdělání, 2 = střední bez maturity, 3 = střední s maturitou, 4 = vysokoškolské, červená barva = statisticky významný rozdíl

e) Mají vliv finance na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 7. Hodnocení kvality života podle financí (WHOQOL-BREF)

Další vybranou proměnou byla finanční situace. Senioři si mohli vybrat z těchto pěti variant: výrazně podprůměrná, mírně podprůměrná, průměrná, mírně nadprůměrná a výrazně nadprůměrná. Senioři svou finanční situaci hodnotili nejčastěji jako průměrnou ( $n = 68$ ). Jako výrazně podprůměrnou hodnotil svou finanční situaci 1 respondent ( $n = 1$ ) a výrazně nadprůměrnou 2 respondenti ( $n = 2$ ). Svou finanční situaci jako mírně podprůměrnou označilo 11 seniorů ( $n = 11$ ) a mírně nadprůměrnou seniorů 19 ( $n = 19$ ). Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u proměnné finance prokázala ve všech čtyř doménách. V doméně fyzické zdraví (DOM1) se statistická významnost prokázala mezi seniory jejichž finanční situace je podprůměrná (9,19) a průměrná (12,69) a dále mezi seniory, kteří hodnotili svou finanční situaci jako podprůměrnou (9,19) a nadprůměrnou (15,86). V doméně fyzické zdraví (DOM1) se statická významnost prokázala i mezi seniory s průměrnou finanční situací (12,96) a nadprůměrnou finanční situací (15,85) (Tabulka 12). V doméně prožívání (DOM2) byla nalezena statistická významnost mezi respondenty, kteří svou finanční situaci hodnotí jako podprůměrnou (12,33) a těmi co ji hodnotí, jako nadprůměrnou (15,52). Dále se v doméně prožívání (DOM2) objevila statistická významnost mezi seniory s průměrnou finanční situací (13,94) a nadprůměrnou finanční situací (15,52) (Tabulka 13). V doméně sociální vztahy (DOM3) se ukázala statistická významnost u seniorů, jejichž finanční situace je podprůměrná (13,11) a nadprůměrná (15,75) a mezi seniory, kteří uvedli svou finanční situaci jako podprůměrnou (13,11) a těmi, co ji hodnotí jako průměrnou (14,82)



(Tabulka 14). V poslední doméně prostředí (DOM4) se vyskytla statistická významnost mezi seniory, jejichž finanční situace je podprůměrná (13,29) a nadprůměrná (15,45) (Tabulka 15).

Tabulka 12.

*Doména 1 (fyzické zdraví) statistická významnost z hlediska financí*

<b>Závislá: DOM1</b>	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1 Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 29,87270$ $p = ,0000$		
	1	3	4
	R:21,333	R:48,140	R:77,214
1		0,010437	0
3	0,010437		0,000211
4	0	0,000211	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = podprůměrné, 3 = průměrné, 4 = nadprůměrné, červená barva = statisticky významný rozdíl*

Tabulka 13.

*Doména 2 (prožívání) statistická významnost z hlediska financí*

<b>Závislá: DOM2</b>	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM2 Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 18,46808$ $p = ,0001$		
	1	3	4
	R:27,875	R:48,713	R:71,619
1		0,069371	0,000111
3	0,069371		0,005218
4	0,000111	0,005218	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = podprůměrné, 3 = průměrné, 4 = nadprůměrné, červená barva = statisticky významný rozdíl*

Tabulka 14.

*Doména 3 (sociální vztahy) statistická významnost z hlediska financí*

<b>Závislá: DOM3</b>	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM3 Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 16,74319$ $p = ,0002$		
	1	3	4
	R:25,792	R:50,287	R:67,714
1		0,022756	0,000231
3	0,022756		0,051585
4	0,000231	0,051585	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = podprůměrné, 3 = průměrné, 4 = nadprůměrné, červená barva = statisticky významný rozdíl*

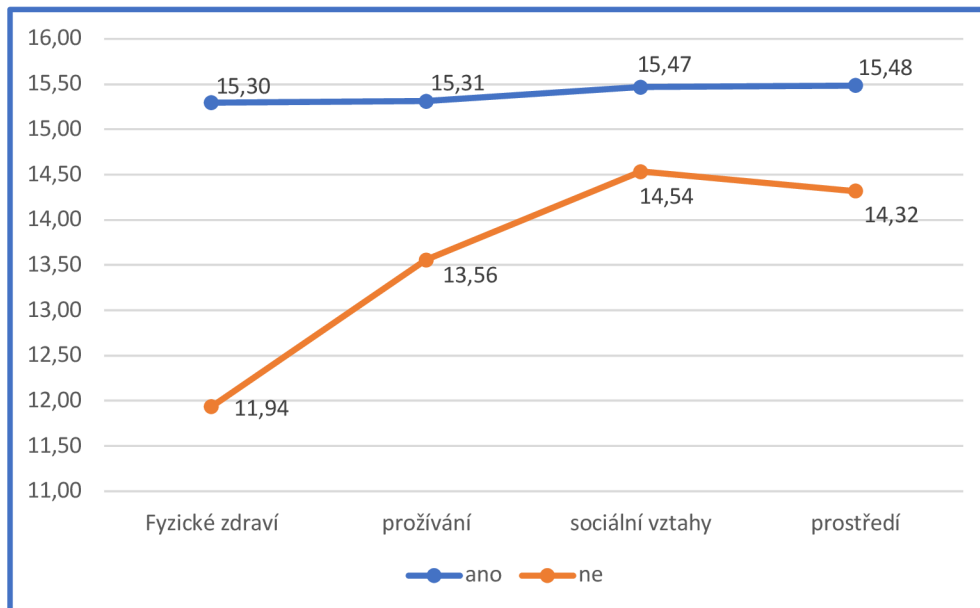
Tabulka 15

*Doména 4 (prostředí) statistická významnost z hlediska financí*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance			
Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 10,36139$ $p = ,0056$			
<b>Závislá: DOM4</b>	1	3	4
	R:31,542	R:50,066	R:65,143
1		0,130403	<b>0,004588</b>
3	0,130403		0,117873
4	<b>0,004588</b>	0,117873	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = podprůměrné, 3 = průměrné, 4 = nadprůměrné, červená barva = statisticky významný rozdíl*

f) Má vliv pohybová aktivita na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 8. Hodnocení kvality života podle pohybové aktivity (WHOQOL-BREF)

Podle Mann-Whitneyova U Testu se ve výzkumném souboru prokázala statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u proměnné pohybová aktivity, a to ve všech čtyřech doménách. Respondenti se mohli v anketě vlastní konstrukce vyjádřit k frekvenci provádění pohybových aktivit. Z celkového počtu 101 seniorů žijících v domácím prostředí a v domově pro seniory se pohybové aktivitě 1x týdně věnuje 10 respondentů, 2x – 3x týdně se pravidelné pohybové aktivitě věnuje 30 respondentů a 61 seniorů uvedlo, že necvičí. Mezi nejčastější odpovědi na otázku, proč necvičí, uvedli ve většině případů, že jim to neumožňuje zdravotní stav, nemají dostatek příležitostí anebo cvičení nemají v oblibě. Naopak osoby cvičící ve většině případů uvedly, že provádějí pohybovou aktivitu neorganizovaně. Nejčastěji se objevovala turistika, chůze, jízda na rotopedu či běžky. V doméně fyzické zdraví (DOM1) byla prokázána statistická významnost mezi seniory, kteří cvičí (15,30) a mezi těmi, kteří necvičí (11,94). V doméně prožívání (DOM2) se statistická významnost ukázala mezi cvičícími seniory (15,31) a necvičícími (13,56). V doméně sociální vztahy (DOM3) se statistická významnost projevila u seniorů, kteří cvičí (15,47) a u těch, kteří necvičí (14,54). V poslední doméně prostředí (DOM4) se prokázala statistická významnost u cvičících seniorů (15,48) a necvičících (14,32) (Tabulka 16).

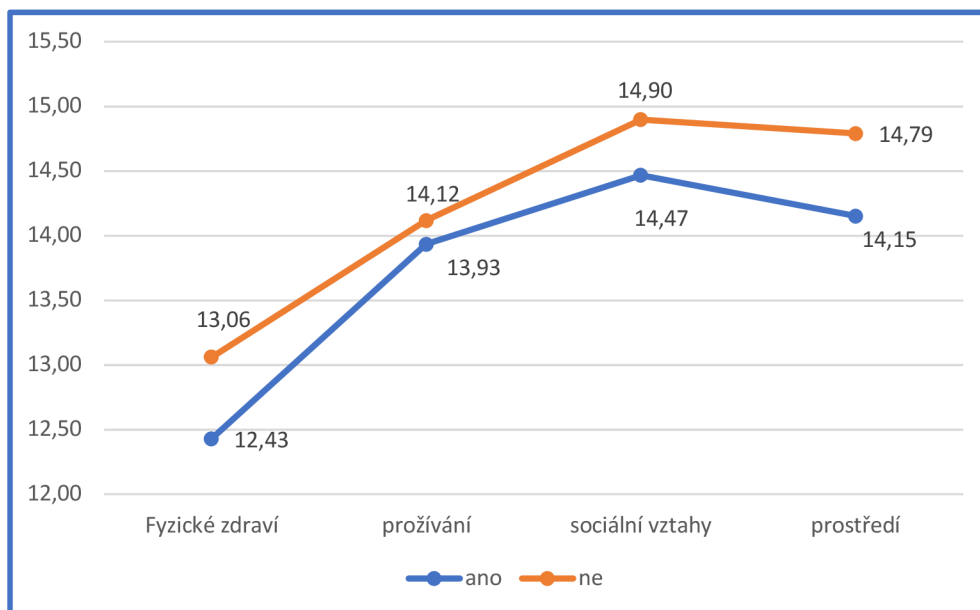
Tabulka 16

*Statistická významnost z hlediska PA v doméně fyzické zdraví (DOM1), prožívání (DOM2, sociální vztahy (DOM3) a prostředí (DOM4)*

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost)							
Proměnná	Dle proměn. Pohybová aktivita						
	Označené testy jsou významné na hladině $p < ,0500$						
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
DOM1	3016,5	2134,5	460,5	-4,489	0,000007	-4,4974	0,000007
DOM2	3113,5	2037,5	557,5	-3,768	0,000165	-3,78642	0,000153
DOM3	3339,5	1811,5	783,5	-2,088	0,036765	-2,15277	0,031337
DOM4	3279	1872	723	-2,538	0,011149	-2,55123	0,010735

*Poznámka. p = hladina významnosti: (DOM1) fyzické zdraví, (DOM2) prožívání, (DOM3) sociální vztahy, (DOM4) prostředí, červená barva = statisticky významný rozdíl*

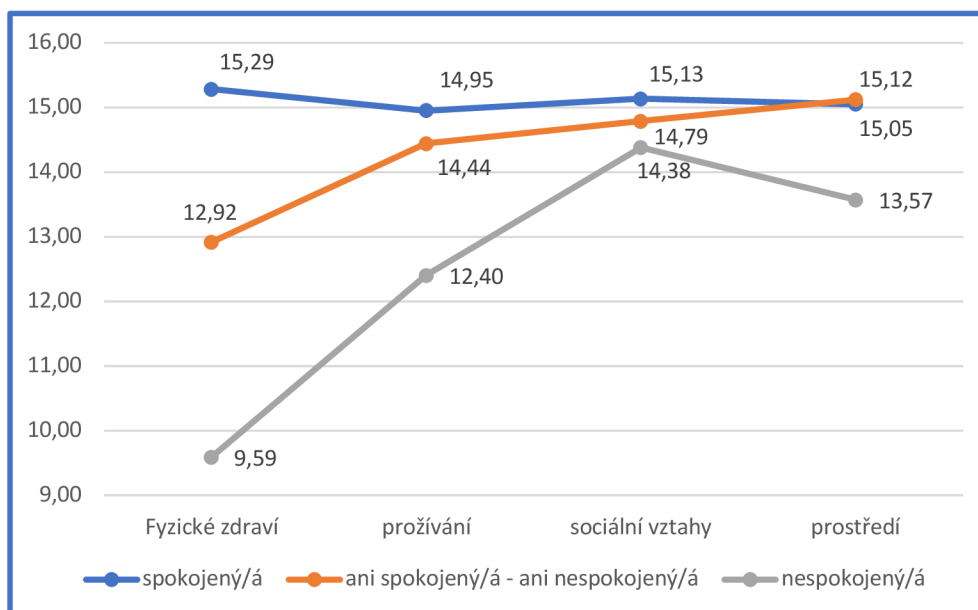
g) Má vliv kouření na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 8. Hodnocení kvality života podle kouření (WHOQOL-BREF)

Další proměnnou, dle které jsme hodnotili kvalitu života seniorů, bylo kouření. První skupina, byli senioři, kteří kouří ( $n = 20$ ) a druhou skupinu tvořili nekuřáci ( $n = 81$ ). Podle Mann-Whitneyova U Testu nebyla ve výzkumném souboru nalezena žádná statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u žádné z domén. Kouření tedy nemá vliv na hodnocení kvality života.

h) Má subjektivní vyjádření o zdravotním stavu vliv na výsledky kvality života respondentů dle WHOQOL-BREF?



Obrázek 10. Hodnocení kvality života podle zdravotního stavu (WHOQOL-BREF)

Respondenti mohli vyjádřit svůj subjektivní názor ke svému zdravotnímu stavu. K hodnocení si mohli vybrat z těchto variant: velmi spokojený/á ( $n = 1$ ), spíše spokojený/á ( $n = 39$ ), ani spokojený/á – ani nespokojený/á ( $n = 33$ ), spíše nespokojený ( $n = 25$ ) a úplně nespokojený/á ( $n = 3$ ). Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u tří domén. V první doméně (DOM1) fyzické zdraví se vyskytla statistická významnost u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (15,29) a mezi těmi seniory, kteří jsou nespokojeni (9,59) a dále mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (15,29) a mezi těmi, kteří nejsou ani spokojeni a ani nespokojeni (12,92). Dále se vyskytla statistická významnost (DOM1) u seniorů, kteří nejsou ani spokojeni a ani nespokojeni (12,92) a těmi, kteří jsou nespokojeni (9,59) (Tabulka 18). V doméně prožívání (DOM2) se vyskytly statistické významnosti mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (14,95) a mezi seniory, kteří jsou nespokojeni (12,40) a dále mezi seniory nespokojenými (12,40) a seniory, kteří nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (14,44) (Tabulka 19). V doméně prostředí (DOM4) se statistická významnost vyskytla u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (15,05) a mezi seniory, kteří jsou nespokojeni (13,57) a dále mezi respondenty nespokojenými (13,57) a seniory, kteří nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (15,12) (Tabulka 20).

Tabulka 18

Doména 1 (fyzické zdraví) statistická významnost z hlediska zdravotního stavu

Závislá: DOM1	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM1 Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101)=44,54268$ $p=,0000$		
	1	3	5
	R:72,150	R:47,985	R:24,339
1		0,001359	0
3	0,001359		0,005053
5	0	0,005053	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = spokojený/á, 3 = ani spokojený/á ani nespokojený/á, 5 = nespokojený/á, červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 19

Doména 2 (prožívání) statistická významnost z hlediska zdravotního stavu

Závislá: DOM2	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM2 Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101)=24,58022$ $p=,0000$		
	1	3	5
	R:63,150	R:55,470	R:28,375
1		0,795017	0,000004
3	0,795017		0,000958
5	0,000004	0,000958	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = spokojený/á, 3 = ani spokojený/á ani nespokojený/á, 5 = nespokojený/á, červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 20

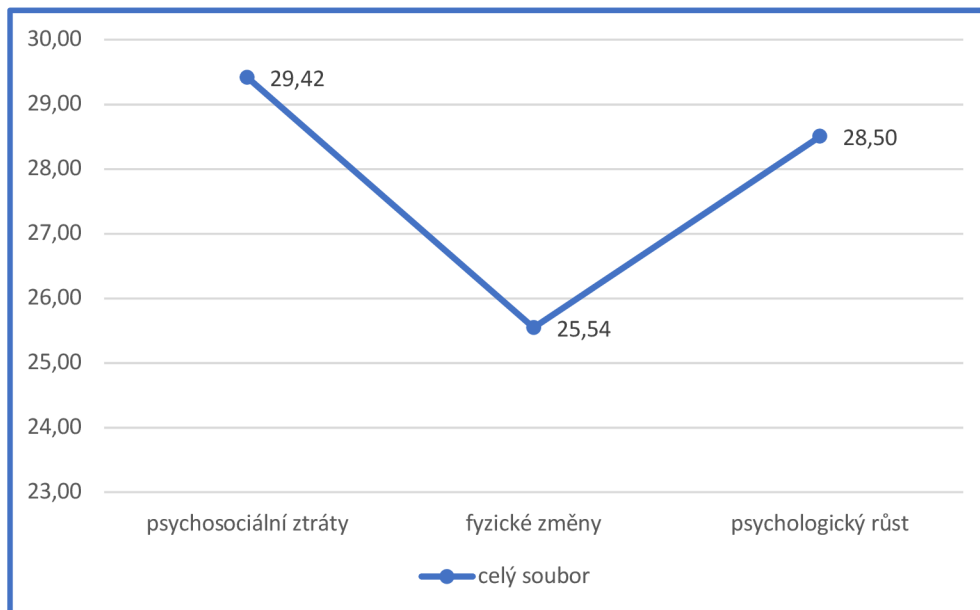
Doména 4 (prostředí) statistická významnost z hlediska zdravotního stavu

Závislá: DOM4	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); DOM4 Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101)=10,06014$ $p=,0065$		
	1	3	5
	R:57,987	R:55,015	R:36,286
1		1	0,007943
3	1		0,038554
5	0,007943	0,038554	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = spokojený/á, 3 = ani spokojený/á ani nespokojený/á, 5 = nespokojený/á, červená barva = statisticky významný rozdíl



### 4.3 Postoje ke stárnutí a stáří u kompletního souboru seniorů podle dotazníku AAQ

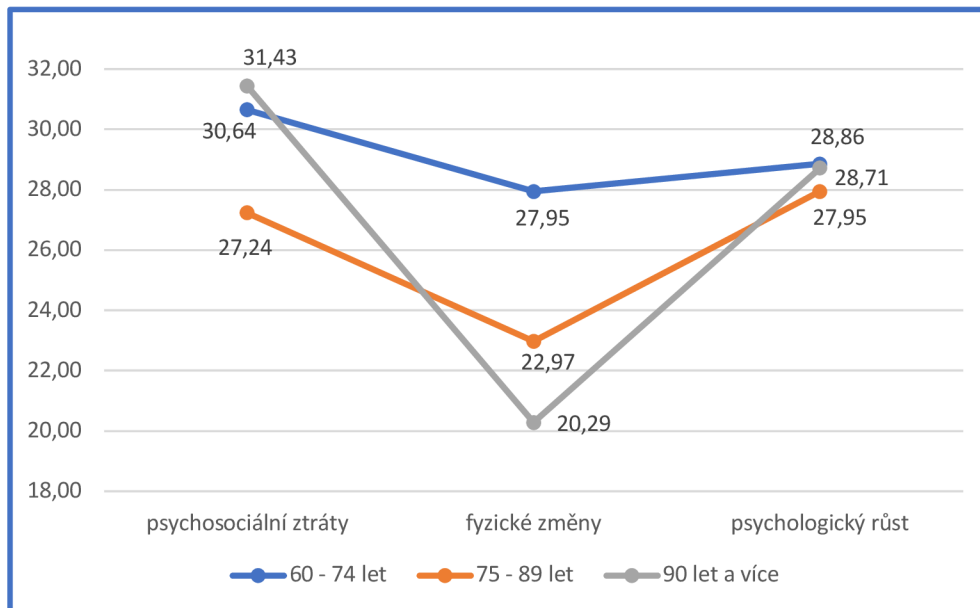


Obrázek 11. Postoje ke stárnutí a stáří u kompletního souboru seniorů podle dotazníku AAQ

Mezi skóry jednotlivých domén je významný rozdíl. Rozmezí hodnotících skóre je 8–40, to znamená, že čím je vyšší hodnota, tím více se dotazovaní shodují s otázkami v jednotlivých doménách a zauímají kladnější postoj ke stárnutí a stáří. Dle grafu (Obrázek 11) se senioři nejvíce ztotožňují s otázkami v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) s hodnotou skóre 29,42. Senioři se tedy nejvíce ztotožňovali s otázkami, které hodnotí jejich vyloučení ze společnosti, prožitky samoty, uzavíráním se do sebe nebo postupnou ztrátu fyzické soběstačnosti. V doméně psychologický růst (PRUST) s hodnotou skóre 28,50 se ukazuje, jak se respondenti staví k otázkám, které souvisí s kladnými zkušenostmi, jako je moudrost, zralost a vztah k okolnímu světu a k sobě samému. Nejnižší skóre připadlo doméně fyzické změny (FYZZMEN) s hodnotou skóre 25,54 se prokazuje, jak se respondenti staví k otázkám kondice, cvičení či k fyzickému zdraví (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

#### 4.4 Vybrané proměnné a jejich vliv na postoj ke stáří a stárnutí

a) Má vliv věk na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 12. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle věku (AAQ)

Senioři byli rozděleni dle věku na tři skupiny. V první skupině byli senioři v letech 60-74 ( $n = 56$ ), v další skupině tvořili senioři ve věku 75-89 let ( $n = 38$ ) a ve třetí skupině byli senioři starší 90 let ( $n = 7$ ). Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) prokázala v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) mezi seniory ve věku 60-74 let a seniory v letech 75-89 (Tabulka 21). Senioři ve věku 60-74 let se s otázkami, které se týkají psychosociálních ztrát ztotožňují lépe (30,64) než senioři v letech 75-89 (27,24). V doméně fyzické změny (FYZZMEN) se statistická významnost ukázala mezi seniory ve věku 60-74 let (27,95) a mezi seniory ve věku 75-89 let (22,97) a dále mezi seniory ve věku 60-74 let (27,95) a seniory ve věku 90 let a více (20,29) (Tabulka 22).

Tabulka 21

*Doména PSZTRAT (psychosociální ztráty) statistická významnost z hlediska věku*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk			
<b>Závislá: PSZTRAT</b>	Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 15,68368$ $p = ,0004$		
	1	2	3
	R:59,696	R:36,211	R:61,714
1		0,000411	1
2	0,000411		0,102969
3	1	0,102969	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = 60-74 let, 2 = 75-89 let, 3 = 90 + let, červená barva = statisticky významný rozdíl*

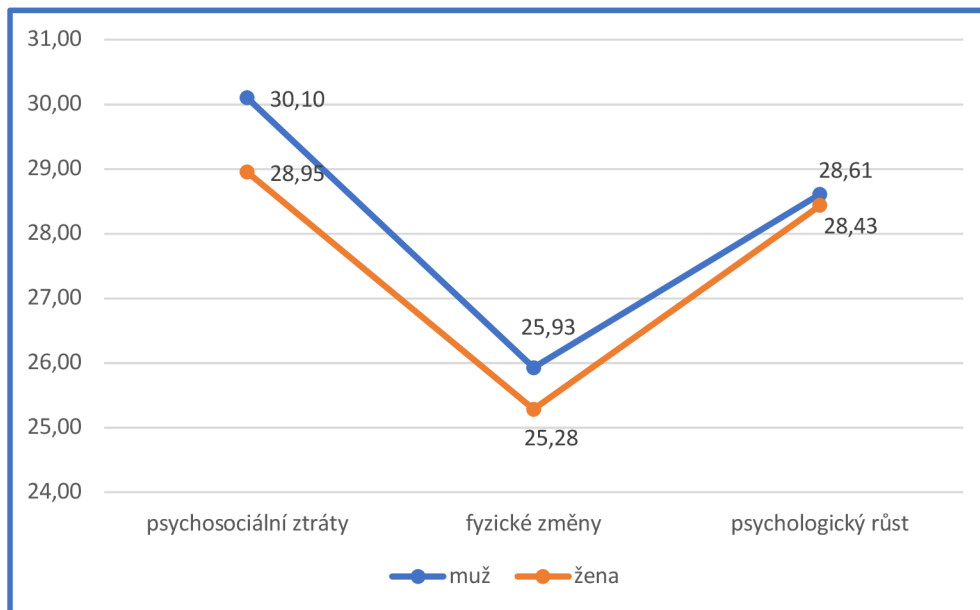
Tabulka 22

*Doména FYZZMEN (fyzické změny) statistická významnost z hlediska věku*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk			
<b>Závislá: FYZZMEN</b>	Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 30,11432$ $p = ,0000$		
	1	2	3
	R:64,893	R:36,145	R:20,500
1		0,000009	0,000472
2	0,000009		0,582683
3	0,000472	0,582683	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = 60-74 let, 2 = 75-89 let, 3 = 90 + let, červená barva = statisticky významný rozdíl*

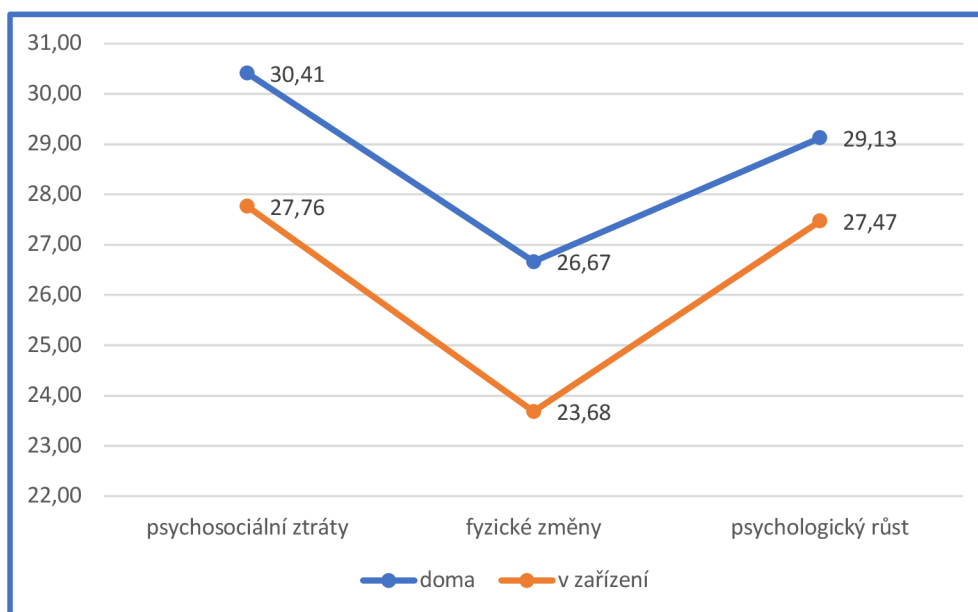
b) Má vliv pohlaví na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 13. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle pohlaví (AAQ)

Podle Mann-Whitneyova U Testu se ve výzkumném souboru u proměnné pohlaví nevyskytla žádná statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) mezi muži ( $n = 41$ ) a ženami ( $n = 60$ ) v žádné doméně. To znamená, že pohlaví nemá vliv na postoje seniorů ke stárnutí a stáří. Muži hodnotí postoje ke stárnutí a stáří o něco lépe než ženy v doméně psychosociální ztráty a psychologický růst. Respondenti, bez rozdílu pohlaví, se nejvíce ztotožňují s otázkami v doméně psychosociální ztráty.

c) Má vliv způsob bydlení na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 14. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle způsobu bydlení (AAQ)

Podle Mann-Whitneyova U Testu byla nalezena statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) ve výzkumném souboru u proměnné způsob bydlení v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) mezi seniory žijícími v domácím prostředí (30,41) a seniory žijícími v zařízení pro seniory (27,76). Další statistická významnost se prokázala v doméně fyzické změny (FYZZMEN) mezi seniory žijícími doma (26,67) a seniory žijícími v zařízení pro seniory (23,68) (Tabulka 23). V našem výzkumném souboru tedy má vliv, zda senioři žijí v domácím prostředí ( $n = 63$ ) nebo žijí v zařízení pro seniory ( $n = 38$ ) na jejich postojích ke stárnutí a stáří.

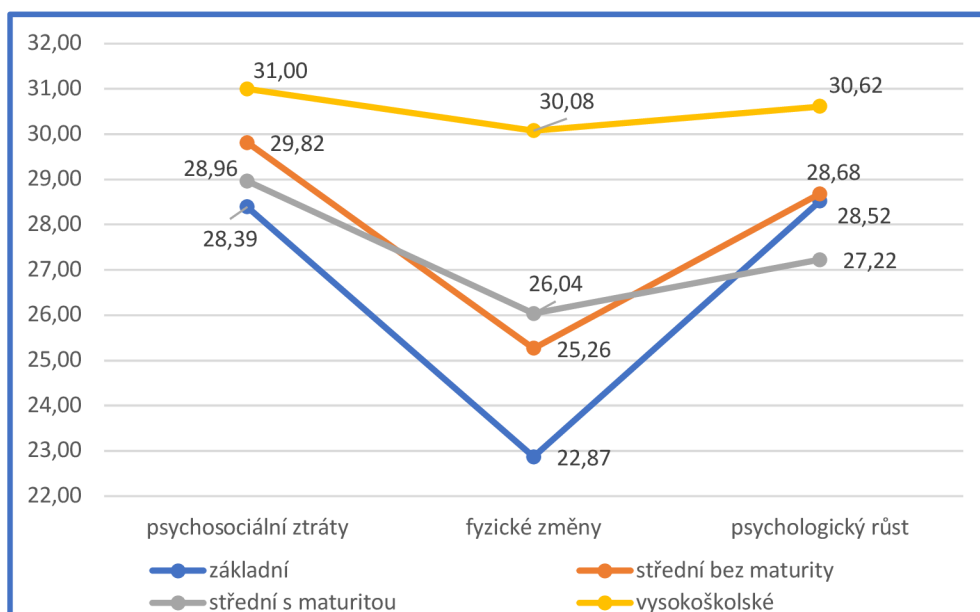
Tabulka 23

Statistická významnost z hlediska způsobu bydlení v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) a v doméně fyzické změny (FYZZMEN)

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost)						
	Dle proměn. Způsob bydlení						
Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$							
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
PSZTRAT	3608,5	1542,5	801,5	2,769017	0,005623	2,780816	0,005423
FYZZMEN	3598	1553	812	2,69541	0,007031	2,703103	0,00687
PRUST	3481	1670	929	1,87522	0,060763	1,885244	0,059398

Poznámka.  $p$  = hladina významnosti: (PSZTRAT) psychosociální ztráty, (FYZZMEN) fyzické změny, (PRUST) psychologický růst, červená barva = statisticky významný rozdíl

d) Má vliv vzdělání na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 15. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle vzdělání (AAQ)

Další proměnou, podle které se hodnotil postoj ke stárnutí a stáří u seniorů, bylo dosažené vzdělání. Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u domény fyzické změny (FYZZMEN) mezi seniory, kteří dosáhli základního vzdělání (22,87) a seniory, kteří dosáhli vzdělání vysokoškolské (30,08) a dále mezi seniory se středním vzděláním bez maturity (25,26) a se seniory vysokoškolskými (30,08) (Tabulka 24). V doméně psychologický růst (PRUST) byla statistická významnost nalezena mezi seniory se středním vzděláním s maturitou (27,22) a seniory s vysokoškolským vzděláním (30,62) (Tabulka 25).

Tabulka 24

*Doména FYZZMEN (fyzické změny) statistická významnost z hlediska vzdělání*

		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN Nezávislá (grupovací) proměnná: Vzdělání			
<b>Závislá: FYZZMEN</b>		Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=101) = 18,69310$ $p = ,0003$			
		1	2	3	4
		R:34,978	R:48,987	R:54,407	R:78,154
1			0,422022	0,116659	<b>0,00013</b>
2	0,422022			1	<b>0,011685</b>
3	0,116659		1		0,098162
4	<b>0,00013</b>	<b>0,011685</b>	0,098162		

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = základní vzdělání, 2 = střední bez maturity, 3 = střední s maturitou, 4 = vysokoškolské, červená barva = statisticky významný rozdíl*

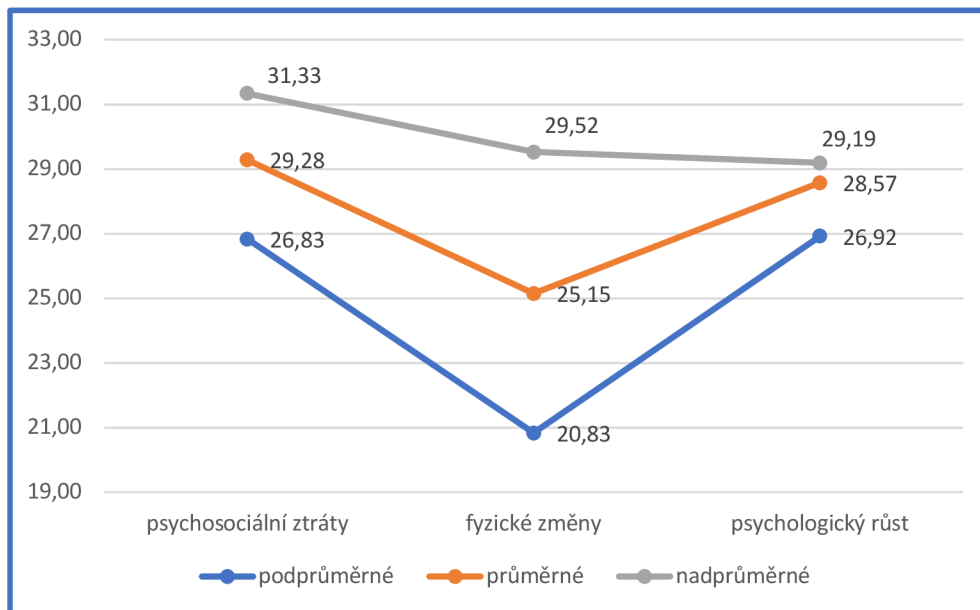
Tabulka 25

*Doména PRUST (psychologický růst) statistická významnost z hlediska vzdělání*

		Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PRUST Nezávislá (grupovací) proměnná: Vzdělání			
<b>Závislá: PRUST</b>		Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=101) = 7,873358$ $p = ,0487$			
		1	2	3	4
		R:50,087	R:50,500	R:43,074	R:70,538
1			1	1	0,265579
2	1			1	0,199776
3	1		1		<b>0,032952</b>
4	0,265579	0,199776	<b>0,032952</b>		

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = základní vzdělání, 2 = střední bez maturity, 3 = střední s maturitou, 4 = vysokoškolské, červená barva = statisticky významný rozdíl*

e) Mají vliv finance na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 16. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle financí (AAQ)

Další proměnnou, dle které se provádělo hodnocení postojů ke stárnutí a stáří, bylo z hlediska financí. Respondenti si mohli vybrat z nabídky: výrazně podprůměrná, mírně podprůměrná, průměrná, mírně nadprůměrná, výrazně nadprůměrná. Nejčastěji respondenti hodnotili svou finanční situaci jako průměrnou ( $n = 68$ ). Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu se statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u proměnné finance prokázala ve dvou doménách. V doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) se statistická významnost ukázala mezi seniory, kteří svou finanční situaci hodnotí jako podprůměrnou (26,83) a seniory, kteří ji hodnotí jako nadprůměrnou (31,33) (Tabulka 26). V doméně fyzické změny (FYZZMEN) se statistická významnost prokázala mezi seniory, kteří svou finanční situaci ohodnotili jako podprůměrnou (20,83) a mezi těmi, kteří ji hodnotili jako průměrnou (25,15) a dále mezi seniory, kteří svou finanční situaci hodnotili jako podprůměrnou (20,83) a těmi, kteří ji ohodnotili jako nadprůměrnou (29,52). Statistická významnost se dále ukázala mezi seniory, kteří svou finanční situaci hodnotili jako průměrnou (25,15) a těmi, kteří ji ohodnotili jako nadprůměrnou (29,52) (Tabulka 27).



Tabulka 26

*Doména PSZTRAT (psychosociální ztráty) statistická významnost z hlediska financí*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance			
<b>Závislá: PSZTRAT</b>	Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 8,804609$ $p = ,0122$		
	1	3	4
	R:33,250	R:50,059	R:64,190
1		0,200775	<b>0,010565</b>
3	0,200775		0,160104
4	<b>0,010565</b>	0,160104	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = podprůměrné, 3 = průměrné, 4 = nadprůměrné, červená barva = statisticky významný rozdíl*

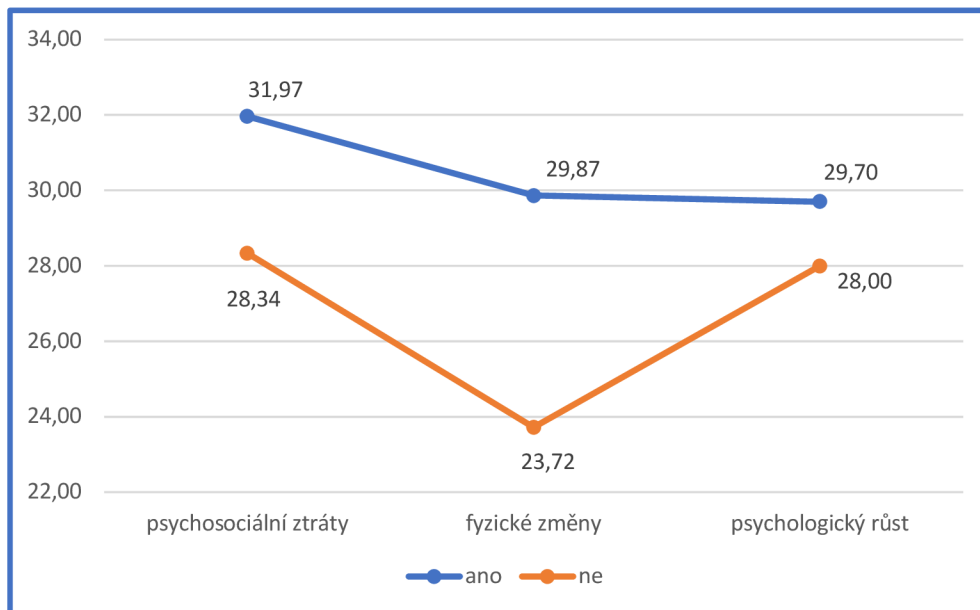
Tabulka 27

*Doména FYZZMEN (fyzické změny) statistická významnost z hlediska financí*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Finance			
<b>Závislá: FYZZMEN</b>	Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 24,98768$ $p = ,0000$		
	1	3	4
	R:23,625	R:48,478	R:74,810
1		<b>0,020246</b>	<b>0,000004</b>
3	<b>0,020246</b>		<b>0,000955</b>
4	<b>0,000004</b>	<b>0,000955</b>	

*Poznámka. H = hypotéza, N = základní soubor, p = hladina významnosti, 1 = podprůměrné, 3 = průměrné, 4 = nadprůměrné, červená barva = statisticky významný rozdíl*

f) Má vliv pohybová aktivita na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 17. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle pohybové aktivity (AAQ)

Podle Mann-Whitneyova U Testu byla ve výzkumném souboru u proměnné pohybová aktivita nalezená statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) ve všech třech doménách. V doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) byla statistická významnost prokázána u seniorů, kteří se pohybové aktivitě věnují (31,97) a těmi, kteří nesportují (28,34). V doméně fyzické změny (FYZZMEN) se vyskytla statistická významnost mezi seniory, kteří sportují (29,87) a těmi seniory, kteří nesportují (23,72). V doméně psychologický růst (PRUST) se statistická významnost objevila u seniorů cvičících (29,70) a mezi seniory necvičící (28,00) (Tabulka 28). Senioři, kteří aktivně sportují, mají nejvyšší skóre v doméně psychosociální ztráty (31,97). V našem výzkumném souboru má vliv, zda jsou senioři aktivní a cvičí či nikoliv. Z celkového počtu 101 seniorů žijících v domácím prostředí a v zařízení pro seniory, se pohybové aktivity účastní alespoň 1x týdně 10 z dotazovaných. 2x týdně provádí pohybovou aktivitu 15 respondentů a 3x týdně a vícekrát 15 seniorů. 61 seniorů odpovědělo, že necvičí vůbec. Z velké části se jednalo o seniory žijící v domově pro seniory. Jako důvod byl nejčastěji uváděn zdravotní stav.

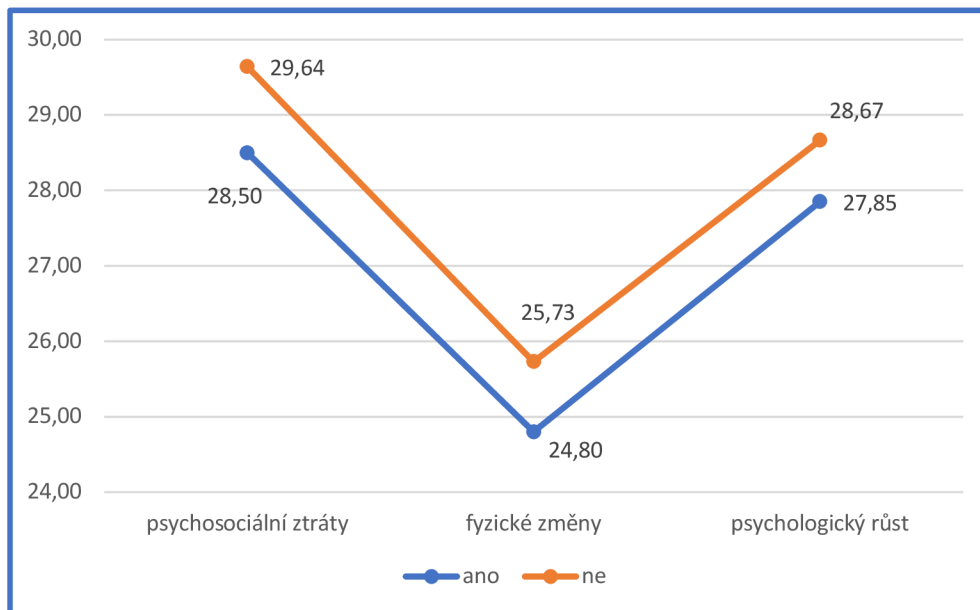
Tabulka 28

*Statistická významnost z hlediska pohybové aktivity v doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT), v doméně fyzické změny (FYZZMEN) a v doméně psychologický růst (PRUST)*

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost)							
Proměnná	Dle proměn. Pohybová aktivita						
	Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčet poř. skup. 1	Sčet poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.
PSZTRAT	3101	2050	545	-3,86088	0,000113	-3,87733	0,000106
FYZZMEN	2833,5	2317,5	277,5	-5,84892	0	-5,86561	0
PRUST	3319,5	1831,5	763,5	-2,23701	0,025287	-2,24896	0,024515

*Poznámka. p = hladina významnosti: (PSZTRAT) psychosociální ztráty, (FYZZMEN) fyzické změny, (PRUST) psychologický růst, červená barva = statisticky významný rozdíl*

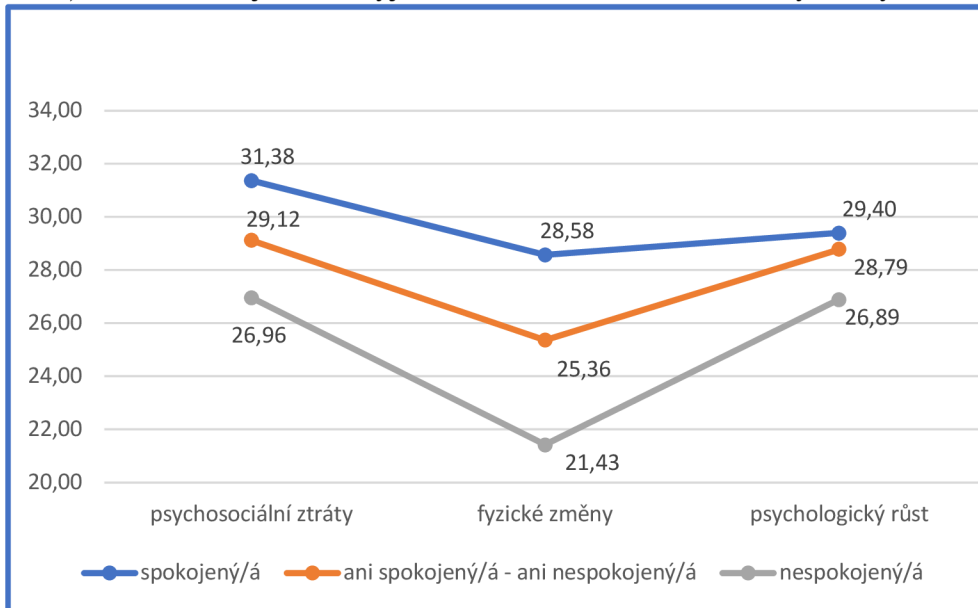
g) Má vliv kouření na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 18. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle kouření (AAQ)

Další proměnnou, dle které jsme hodnotili kvalitu života seniorů, bylo kouření. První skupina, byli senioři, kteří kouří ( $n = 20$ ) a druhou skupinu tvořili nekuřáci ( $n = 81$ ). Podle Mann-Whitneyova U Testu nebyla ve výzkumném souboru nalezena žádná statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u žádné z domén. Nejvyšší skóre bylo zjištěno v doméně psychosociální ztráty u seniorů, kteří nekouří (29,64). Nejnižší skóre bylo naměřeno v doméně fyzické změny u seniorů, kteří kouří (24,80).

h) Má vliv subjektivní vyjádření o zdravotním stavu na výsledky dotazníku AAQ?



Obrázek 19. Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří podle zdravotního stavu (AAQ)

Respondenti mohli vyjádřit svůj subjektivní názor ke svému zdravotnímu stavu. K hodnocení si mohli vybrat z těchto variant: velmi spokojený/á ( $n = 1$ ), spíše spokojený/á ( $n = 39$ ), ani spokojený/á – ani nespokojený/á ( $n = 33$ ), spíše nespokojený ( $n = 25$ ) a úplně nespokojený/á ( $n = 3$ ). Podle Kruskal-Wallisova ANOVA testu byla nalezena statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) ve všech doménách. V doméně psychosociální ztráty (PSZTRAT) se statistická významnost prokázala u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (31,38) a u seniorů, kteří jsou nespokojeni (26,96) (Tabulka 29). V doméně fyzické změny (FYZZMEN) se statistická významnost prokázala u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (28,58) a mezi seniory, kteří nejsou ani spokojeni – ani nespokojeni (25,36) a dále mezi seniory, kteří jsou se zdravotním stavem spokojeni (28,58) a těmi, kteří jsou nespokojeni (21,43). Další statistická významnost, která byla prokázána, se objevila mezi seniory, kteří se svým zdravotním stavem nejsou ani spokojeni – ani nespokojeni (25,36) a těmi, kteří jsou nespokojeni (21,43) (Tabulka 30). V doméně psychologický růst (PRUST) se statistická významnost prokázala mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (29,40) a seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem nespokojeni (26,89) (Tabulka 31).

Tabulka 29

*Doména PSZTRAT (psychosociální ztráty) statistická významnost z hlediska zdr. stavu*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PSZTRAT			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav			
<b>Závislá: PSZTRAT</b>	Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 16,77180$ $p = ,0002$		
	1	3	5
	R:64,263	R:48,348	R:35,179
1		0,062732	<b>0,000168</b>
3	0,062732		0,240677
5	<b>0,000168</b>	0,240677	

Tabulka 30

*Doména FYZZMEN (fyzické změny) statistická významnost z hlediska zdr. stavu*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); FYZZMEN			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav			
<b>Závislá: FYZZMEN</b>	Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 34,79435$ $p = ,0000$		
	1	3	5
	R:69,450	R:48,879	R:27,143
1		<b>0,008494</b>	<b>0</b>
3	<b>0,008494</b>		<b>0,01166</b>
5	<b>0</b>	<b>0,01166</b>	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = spokojený/á, 3 = ani spokojený/á ani nespokojený/á, 5 = nespokojený/á, červená barva = statisticky významný rozdíl

Tabulka 31

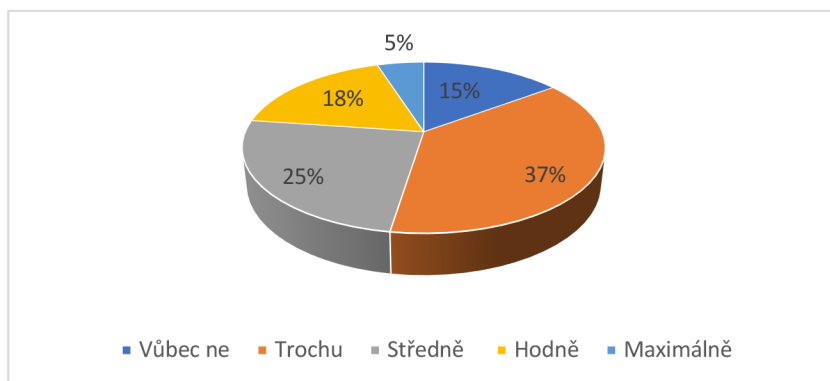
*Doména PRUST (psychologický růst) statistická významnost z hlediska zdr. stavu*

Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); PRUST			
Nezávislá (grupovací) proměnná: Zdravotní stav			
<b>Závislá: PRUST</b>	Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=101) = 11,25946$ $p = ,0036$		
	1	3	5
	R:60,750	R:51,348	R:36,661
1		0,517291	<b>0,002544</b>
3	0,517291		0,153172
5	<b>0,002544</b>	0,153172	

Poznámka.  $H$  = hypotéza,  $N$  = základní soubor,  $p$  = hladina významnosti, 1 = spokojený/á, 3 = ani spokojený/á ani nespokojený/á, 5 = nespokojený/á, červená barva = statisticky významný rozdíl

#### 4.5 Vybrané proměnné a jejich vliv na seniory během koronaviru

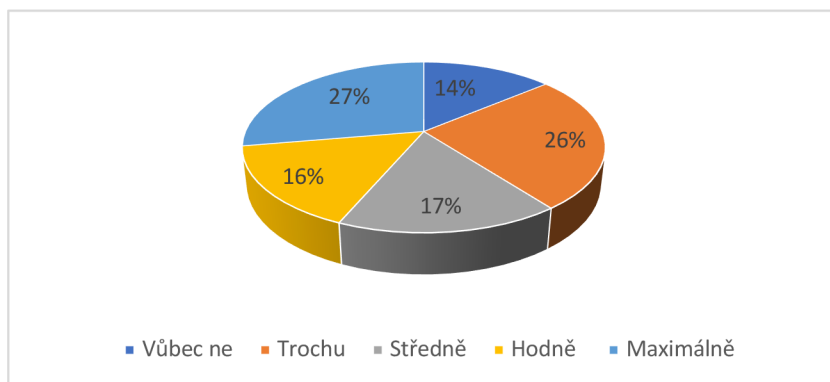
a) Má koronavirus negativní vliv na psychiku?



Obrázek 20. Negativní vliv na psychiku během koronaviru

Respondenti se mohli vyjádřit ke koronavirové pandemii, zda má negativní vliv na jejich psychiku. Na výběr měli z těchto možností: vůbec ne, trochu, středně, hodně a maximálně. Nejčastější odpovědí bylo trochu (37 %), kterou si vybralo 38 seniorů. Druhou nejčastější odpovědí bylo středně (25 %), kterou zaznačilo 25 seniorů. Odpověď hodně si vybralo 18 seniorů (18 %), vůbec ne 15 seniorů (15 %) a odpověď maximálně si vybralo 5 seniorů (5 %).

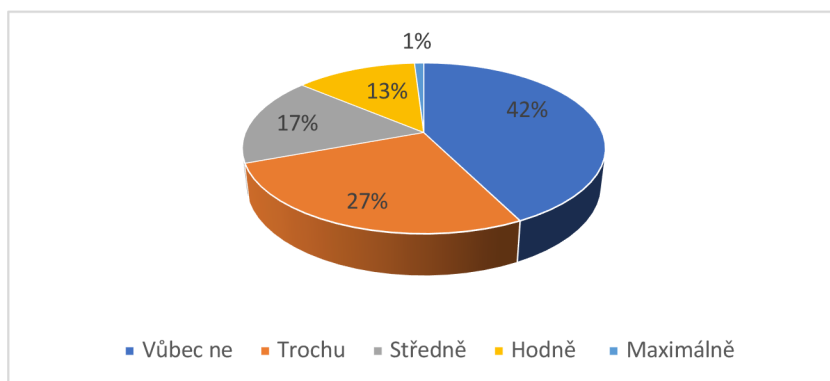
b) Má koronavirus vliv na setkávání s rodinou a přáteli?



Obrázek 21. Vliv na setkávání s rodinou a přáteli během koronaviru

Respondenti hodnotili, zda jsou kvůli koronaviru omezeni v setkávání se s rodinou a přáteli. Vybírat mohli z těchto možností: vůbec ne, trochu, středně, hodně a maximálně. Nejčastější odpovědí bylo maximální, kterou si vybralo 28 respondentů (27 %) a to z důvodu zákazu vycházení a návštěv v zařízeních, kterou nařídila vláda. Druhou nejčastější odpovědí bylo trochu, kterou si vybralo 26 seniorů (26 %). Následovala odpověď středně, kterou si vybralo 17 seniorů (17 %). Odpověď hodně si vybralo 16 seniorů (16 %) a vůbec ne 14 seniorů (14 %).

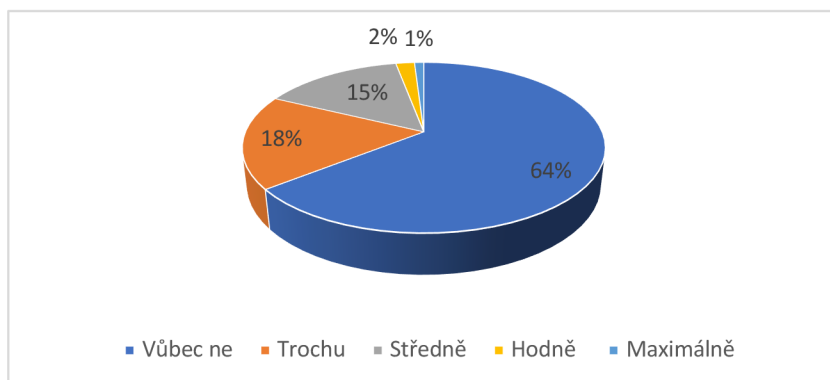
c) Má koronavirus vliv na partnerství a přátelství?



Obrázek 22. Vliv na partnerství a přátelství během koronaviru

Dále senioři hodnotili vliv koronaviru na přátelství a partnerství. 43 seniorů odpovědělo, že na jejich partnerství či přátelství nemá koronavirus vůbec žádný vliv (42 %). 27 seniorů uvedlo, že má trochu koronavirus vliv na jejich partnerství a přátelství (27 %), 17 seniorů uvedlo, že má vliv středně (17 %), 16 seniorů uvedlo, že má koronavirus vliv hodně (13 %) a pouze jeden senior uvedl, že má koronavirus maximální vliv na jeho partnerství a přátelství (1 %).

d) Má koronavirová situace vliv na hádky s rodinou nebo přáteli?

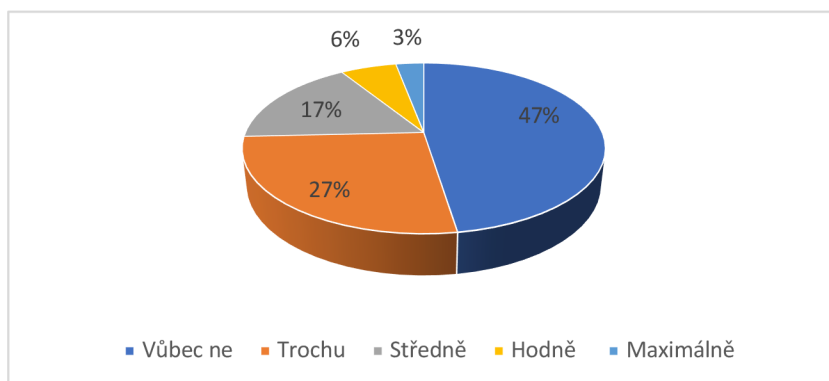


Obrázek 23. Hádky s rodinou či přáteli během koronaviru

Respondenti hodnotili, zda se během koronavirové situace hádali s rodinou a přáteli. Vybírat mohli z těchto možností: vůbec ne, trochu, středně, hodně a maximálně. Nejčastější odpovědí bylo vůbec ne (64 %), kterou si vybralo 65 seniorů. Odpověď trochu si vybralo 18 seniorů (18 %), odpověď středně uvedlo 15 seniorů (15 %), odpověď hodně si vybrali 2 senioři (2 %) a maximálně 1 senior (1 %).



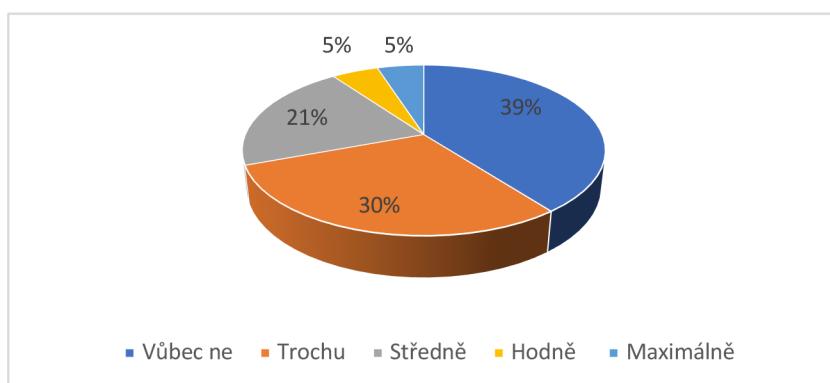
e) Má koronavirus negativní vliv na pohybovou aktivitu?



Obrázek 24. Negativní vliv na pohybovou aktivitu během koronaviru

Senioři měli hodnotit, zda má koronavirová situace negativní vliv na jejich pohybovou aktivitu. Nejčastější odpovědí bylo vůbec ne, kterou zahrlo 48 seniorů (47 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo trochu, kterou si vybralo 27 seniorů (27 %). Odpověď středně si vybralo 17 respondentů (17 %), odpověď hodně 6 seniorů (6 %) a nejméně ohodnotili senioři odpověď maximálně, tu si vybrali jen 3 senioři (3 %). Během koronavirové pandemie se frekvence pohybových aktivit lišila minimálně od frekvence pohybových aktivit před pandemií. Z celkového počtu 101 dotazovaných se pohybových aktivit 1x týdně zúčastnilo 11 seniorů. 2x týdně se pohybových aktivit zúčastnilo 13 seniorů a 3x týdně a vícekrát 15 seniorů. 62 dotazovaných se pohybové aktivity neúčastní vůbec, důvodem byl nejčastěji zdravotní stav. Respondenti již před vypuknutím koronavirové pandemie nejčastěji uváděli samostatné, neorganizované cvičení/sportování. Velmi často byla uváděna turistika, kolo, procházky aj. Můžeme se tedy domnívat, že z tohoto důvodu není výrazná změna ve frekvenci pohybových aktivit během pandemie.

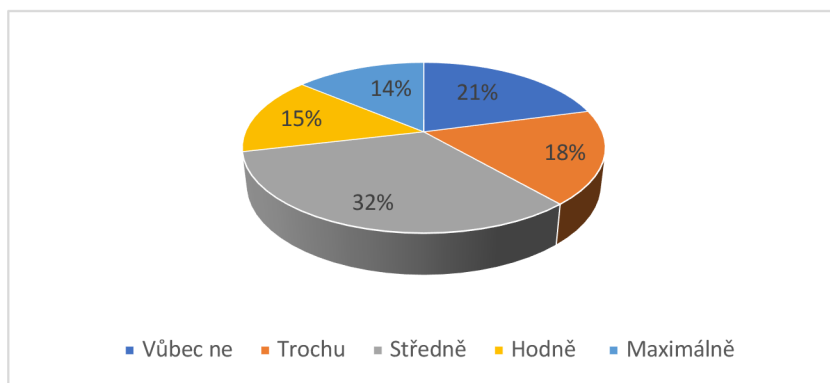
f) Má koronavirus vliv na zdravotní stav?



Obrázek 25. Vliv koronaviru na zdravotní stav

Respondenti se mohli vyjádřit ke koronavirové pandemii, zda má vliv na jejich zdravotní stav. Na výběr měli z těchto možností: vůbec ne, trochu, středně, hodně a maximálně. Nejčastější odpovědí bylo vůbec ne, kterou si vybralo 40 respondentů (39 %). Následovala odpověď trochu, kterou si vybralo 30 seniorů (30 %), odpověď středně zahrlo 21 seniorů (21 %). Odpověď hodně si vybralo 5 seniorů (5 %), odpověď maximálně zahrlo 5 seniorů (5 %).

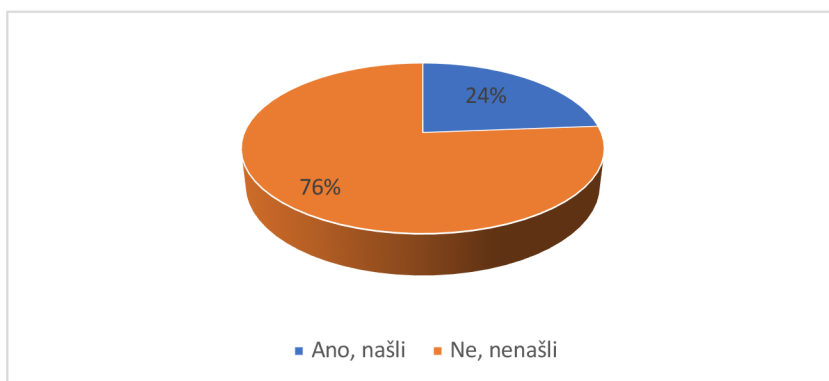
g) Procházky v přírodě během koronaviru?



Obrázek 26. Procházky v přírodě při koronavirové situaci

Dotazovaných jsme se ptali, zda během koronavirové situace chodí na procházky do přírody. Vybírat si mohli z těchto odpovědí vůbec ne, trochu, středně, hodně a maximálně. Nejčastější zvolenou odpovědí bylo středně, kterou si vybralo 33 seniorů (32 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo vůbec ne, kterou zahrlo 21 seniorů (21 %). Následovala odpověď trochu, kterou si vybralo 18 seniorů (18 %). Dále byla odpověď hodně, kterou si vybralo 15 seniorů (15 %) a odpověď maximálně si vybralo 14 seniorů (14 %).

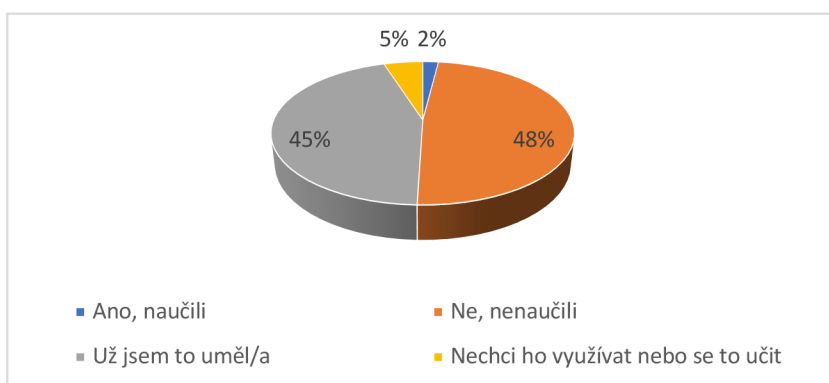
h) Našli jste si nějakou jinou aktivitu k vyplnění volného času během koronaviru?



Obrázek 27. Vyplnění volného času jinou aktivitou během koronaviru

Respondentů jsme se ptali, zda si našli nějaké jiné aktivity na vyplnění volného času během koronavirové situace. 24 respondentů odpovědělo, že si nějakou aktivitu našli (24 %). Nejčastěji se jednalo o aktivitu jako je luštění křížovek a sudoku, četbu knih, pletení, sledování televize či procházky. Odpověď ne zvolilo 77 respondentů (76 %).

i) Naučili jste se během koronaviru využívat počítač či mobil?



Obrázek 28. Využívání počítače či mobilu během koronaviru

Dále jsme se seniorů ptali, zda se během koronavirové situace naučili používat počítač či mobilní telefon. Vybírat si mohli z těchto možností: Ano, naučili, ne, nenaučili, už jsem to uměl/a, nechci ho využívat nebo se to učit. Nejčastější odpověď byla ne, nenaučili, kterou si vybralo 49 seniorů (48 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo už jsem to uměl/a, kterou zadrželo 45 respondentů (45 %). Dále následovala odpověď nechci ho využívat nebo se to učit, kterou si vybralo 5 seniorů (5 %). A ano, naučili jsme se během koronaviru využívat mobil či počítač si vybrali 3 seniori (2 %).

#### 4.6 Vztah mezi jednotlivými doménami dotazníku WHOQOL-BREF a AAQ

Ke zjištění vzájemného vztahu mezi jednotlivými doménami dotazníků WHOQOL-BREF a AAQ byly využity Spearmanovy korelace. Korelaci definujeme jako vzájemný vztah mezi dvěma procesy či veličinami. Pokud se korelace ukáže mezi dvěma procesy, je velmi pravděpodobné, že na sobě závisejí. V textu jsou popsány výsledky pomocí neparametrické korelace s využitím Spearmanova korelačního koeficientu.

Podle Spearmanovy korelace to platí mezi všemi doménami v našem výzkumném souboru.

V dotazníku WHOQOL-BREF je nejvyšší korelace (0,69) mezi doménami DOM2 (prožívání) a DOM4 (prostředí). V dotazníku AAQ je nejvyšší korelace (0,55) mezi doménami PRUST (psychologický růst) a FYZZMEN (fyzické změny). Jednotlivé domény a jejich výsledky můžeme vidět v tabulce 32.

Tabulka 32 Spearmanovy korelace jednotlivých domén

Spearmanovy korelace							
Proměnná	ChD vynechány párově						
Označené korelace jsou významné na hl. $\leq p$ ,05000							
	PSZTRAT	FYZZMEN	PRUST	DOM1	DOM2	DOM3	DOM4
PSZTRAT	1,000000	0,597927	0,494260	0,501170	0,644579	0,424849	0,521722
FYZZMEN	0,597927	1,000000	0,554051	0,752594	0,652216	0,512565	0,481082
PRUST	0,494260	0,554051	1,000000	0,456711	0,570847	0,322533	0,496668
DOM1	0,501170	0,752594	0,456711	1,000000	0,646660	0,493207	0,528768
DOM2	0,644579	0,652216	0,570847	0,646660	1,000000	0,534639	0,695290
DOM3	0,424849	0,512565	0,322533	0,493207	0,534639	1,000000	0,512428
DOM4	0,521722	0,481062	0,498668	0,528768	0,695290	0,512428	1,000000

*Poznámka. N = základní soubor, p = hladina významnosti, PSZTRAT = psychosociální ztráty, FYZZMEN = fyzické změny, PRUST = psychologický růst, DOM1 = fyzické zdraví, DOM2 = prožívání, DOM3 = sociální vztahy, DOM4 = prostředí, červená barvy = statisticky významný rozdíl*

## 5 DISKUZE

V diplomové práci se zaměřujeme na hodnocení kvality života seniorů a na jejich postoje ke stáří a stárnutí. Dotazník WHOQOL-BREF jsme použili pro zjišťování kvality života seniorů. Pomocí dotazníku AAQ jsme hodnotili postoje ke stáří a stárnutí.

Z vyhodnocených dat, které jsme získali prostřednictvím dotazníkového výzkumu WHOQOL-BREF bylo zjištěno, že senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy. Další doménou bylo prostředí, prožívání a nejnižší kvalita života byla zjištěna v doméně fyzické zdraví.

U proměnné věk bylo zjištěno, že senioři ve věku 60-74 let ( $n = 56$ ) hodnotí kvalitu života nejlépe ve třech doménách: fyzické zdraví, prožívání a sociální ztráty. Můžeme se domnívat, že senioři v tomto nižším věku ještě nemají pocit, že život skončil, cítí se dobře po fyzické stránce i ve společnosti, což dokazuje i hodnocení v doméně sociální vztahy. Nejnižší kvalitu života v doméně fyzické změny hodnotí senioři ve věku 90 let a více ( $n = 7$ ). Statistická významnost byla nalezena ve všech doménách dotazníku. Chruściel et al. (2018) prováděl studii, kde hodnotil kvalitu života u 588 polských seniorů. Stejně jako u našeho výzkumného souboru nalézáme nejvyšší skóre v doméně sociální vztahy u seniorů v letech 60-74.

Kvalitu života hodnotili v doménách fyzické zdraví a prožívání lépe muži ve srovnání s ženami. Nejvyšší skóre bylo nalezeno, jak u žen, tak u mužů v doméně sociální vztahy. Koblovská (2019) ve své bakalářské práci zjišťovala kvalitu života u 83 seniorů, z nichž bylo 28 mužů a 55 žen. Byla zjištěna vyšší kvalita života u mužského pohlaví než u ženského ve všech doménách. Stejně jako v našem výzkumném souboru, bylo zjištěno nejvyšší skóre u obou pohlaví v doméně sociální vztahy. Studie Simeão et al. (2018) hodnotila kvalitu života u 48 respondentů, z toho 21 bylo mužského pohlaví a 27 ženského pohlaví. Zjištěna byla vyšší kvalita života u mužů ve srovnání s ženami. Důvodem, proč tomu tak je, uvádí odlišné chápání stáří mezi pohlavími. Ženy mají ze stárnutí větší obavy, stáří vnímají jako něco negativního, oproti mužům, kteří stáří chápou jako univerzální fenomén.

Z hlediska způsobu bydlení bylo v našem výzkumném souboru zjištěno, že senioři žijící v domácím prostředí ( $n = 63$ ) mají vyšší kvalitu života ve všech doménách ve srovnání se seniory žijícími v domově pro seniory ( $n = 38$ ). Nejnižší skóre bylo zjištěno v doméně fyzické zdraví u seniorů žijících v domově pro seniory. Statistická významnost však nebyla prokázána v žádné z domén. Studie Dimunové, Veselské Dankulinové a Stropkaiové (2013) zjišťuje kvalitu života u seniorů, kteří žijí v domácích podmínkách a

v zařízeních pro seniory. Výzkumného souboru se zúčastnilo 100 respondentů, z toho 50 žijících v zařízení pro seniory a 50 žijících v domácím prostředí. Bylo vyhodnoceno, že kvalita života u seniorů žijících v zařízení je stejná či lepší než u seniorů žijících v domácím prostředí. Simeão et al. (2018) také porovnával seniory žijící v zařízeních pro seniory a seniory žijící v domácím prostředí. Výzkumný soubor tvořilo 27 seniorů žijících v zařízení a 21 seniorů žijících v domácím prostředí. Výsledkem bylo tvrzení, že ženy, které žijí v zařízení mají nižší skóre ve všech doménách oproti ženám, které žijí doma. Muži žijící v zařízení mají nižší skóre v doméně prožívání a sociální vztahy.

V našem výzkumném souboru bylo zjištěno, že senioři, kteří jsou pohybově aktivní ( $n = 30$ ) mají lepší kvalitu života ve všech čtyřech doménách než senioři, kteří pohybově aktivní nejsou ( $n = 71$ ). Dle Mann-Whitneyova U Testu se statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) prokázala ve všech doménách. Trajkov et al. (2018) došel k závěru, že senioři, kteří pravidelně cvičí alespoň 2x za týden, mají lepší kvalitu života než senioři necvičící. Rozdíly panují zejména v oblasti zdraví, psychické pohody a sociálních vztahů. Naopak v Polsku byl prováděn výzkum, kterého se účastnilo 131 seniorů. Výsledek ukazuje, že úroveň pohybové aktivity vliv na kvalitu života nemá (Wilmowska-Pietruszyńska, Ćwirlej-Sozańska, & Sozański, 2018). Sławińska, Połuszný a Rożek (2013) zkoumali vztah kvality života a pohybovými aktivitami u 259 polských seniorů. Vyhodnotili, že tělesná zdatnost při sebehodnocení kvality života hraje větší roli u žen než u mužů.

Z hlediska proměnné subjektivní vnímání zdravotního stavu se v našem výzkumu prokázala statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) u tří domén: fyzické zdraví, prožívání a prostředí. Nejvyšší skóre má skupina seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni v doméně fyzické zdraví. Nejnižší skóre se ukázalo v doméně fyzické zdraví u skupiny seniorů nespokojených se svým zdravotním stavem. U žen bylo vyšší skóre v doménách sociálních vztahů a prostředí, u mužů naopak v oblasti fyzické a psychické (Musalek a Kirchengast, 2017).

Z vyhodnocených dat, které jsme získali prostřednictvím dotazníkového výzkumu AAQ bylo zjištěno, že se senioři nejvíce ztotožňovali s doménou psychosociální ztráty, která měla hodnotu skóre 29,42. Následovala doména psychologický růst s hodnotou skóre 28,50. Nejnižší skóre měla doména fyzické změny s hodnotou skóre 25,54.

Top a Dikmetaş (2015) zkoumali postoje stáří a stárnutí ve dvou pečovatelských domech u 120 tureckých seniorů starších 65 let. Výsledky ukázaly, že se senioři nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst. Následovala doména fyzické změny a psychosociální ztráty. Procházková (2019) ve své bakalářské práci zjišťovala

postoje stáří a stárnutí u 39 seniorů, z toho bylo 28 žen a 11 mužů. Respondenti se nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychologický růst, následovala doména psychosociální ztráty a doména fyzické změny. Koblovská (2019) ve své práci došla k podobnému výsledku. Respondenti se nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychosociální růst, dále v oblasti fyzických změn a nejméně v doméně psychosociálních ztrát. Bužgová a Klechová (2011) využily ke sběru dat dotazník AAQ k měření postojů ke stáří a stárnutí. Dotazníkové šetření tvořilo 151 seniorů (91 žen a 60 mužů) z okresu Bruntál, kteří museli být starší 65 let, 116 dotazovaných žije v domácím prostředí a 35 respondentů žije v instituci. V doméně psychosociální respondenti kladně hodnotili „začlenění do společnosti“, naopak negativně v této doméně hodnotili možnost „navazovat nová přátelství“. V oblasti fyzických změn senioři pozitivně hodnotili položku „cvičení je důležité v každém věku“ a nejméně se ztotožňovali s názorem „stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a“. Pozitivně se respondenti ztotožňovali s názorem „věřím, že má můj život význam“ z domény psychologického růstu. Naopak se v této doméně neshodovali s položkou „tolerování sebe sama“.

Jaké postoje senioři zaujímají ke stáří a stárnutí zjišťovaly pomocí dotazníku AAQ Janečková, Dragomirecká, Holmerová a Vaňková (2013). Výzkumu se zúčastnilo 364 respondentů žijících v zařízení. Domény psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst byly významně ovlivněny věkem, pohlavím, zdravotním stavem, kvalitou života a depresemi. Otázky moudrosti, vyrovnávání se se životem a fyzické aktivity byly hodnoceny kladně. V našem výzkumném souboru se nevyskytla žádná statistická významnost u proměnné způsob bydlení. Nejvyšší hodnota skóre se vyskytla v doméně psychosociální ztráty (30,41). Bydlení v zařízení či v domácím prostředí tedy nemá vliv na postoje ke stáří a stárnutí.

Se skupinou 4 593 respondentů pracoval Low et al. (2013) na zjišťování postojů ke stáří a stárnutí pomocí AAQ dotazníku. Výzkumu se zúčastnili senioři z dvaceti různých zemí světa, jejich průměrný věk byl 72, 1 let. Výsledky ukázaly, že senioři, kteří nebyli spokojeni se svým zdravotním stavem měli negativnější postoje ke svému stárnutí v oblasti fyzických změn. To znamená, že kvalita života významně ovlivňuje hodnocení postojů ke stáří a stárnutí. Furstenberg (2002) prováděl studii, která zjistila, že zdravotní stav může vést k horšímu očekávání fyzických změn ve stáří.

## 6 ZÁVĚRY

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí vlastní kvalitu života a jaké zaujímají postoje ke stáří a stárnutí. Českou verzi standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF jsme použili pro zjištění kvality života. Dotazník je rozdělen do čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Pro zjištění postojů ke stáří a stárnutí jsme použili dotazník AAQ, který hodnotí postoje ve třech doménách: psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst. Dotazníky byly doplněny o anketu vlastní konstrukce, pomocí které jsme zjišťovali základní informace o seniorech. Informace jsme využili jako proměnné a zjišťovali, zda mají vliv na výsledky dotazníků.

Náš výzkumný soubor se skládal ze 101 respondentů (60 žen, 41 mužů) ve věku od 60 let, horní věková hranice byla bez omezení. V první části výzkumu ( $n = 63$ ) jsme prováděli výzkumné šetření u seniorů žijících v domácím prostředí. V druhé části výzkumu ( $n = 38$ ) bylo prováděno šetření v zařízení pro seniory (Domov Duha Nový Jičín).

### **Jaká je úroveň kvality života seniorů podle dotazníku WHOQOL-BREF a kompletního souboru respondentů?**

U kompletního výzkumného souboru mají senioři v hodnocení kvality života nejvyšší skóre v doméně sociální vztahy (14,81), následuje doména prostředí s minimálním rozdílem (14,66), prožívání (14,08) a nejnižší skóre nacházíme v doméně fyzické zdraví (12,93).

### **Mají vliv vybrané proměnné na výsledky kvality života seniorů?**

Statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) se prokázala u proměnné věk v doméně fyzické zdraví mezi seniory ve věku 60-74 let (14,69) a 90 let a více (8,82), dále mezi seniory 60-74 let (14,69) a mezi seniory ve věku 75-89 let (11,1). V doméně prožívání se statistická významnost ukázala mezi seniory ve věku 60-74 let (14,86) a mezi seniory ve věku 75-89 let (13,12). Statisticky významná se prokázala doména sociální vztahy u seniorů ve věku 60-74 let (15,64) a mezi seniory ve věku 75-89 let (13,89). V poslední doméně prostředí se prokázala statistická významnost mezi seniory ve věku 60-74 let (15,12) a mezi seniory ve věku 75-89 let (13,89).

Další statistická významnost byla prokázána u proměnné způsob bydlení ve třech doménách. V doméně fyzické zdraví se prokázala statistická významnost mezi seniory žijícími v zařízení (10,95) a seniory žijícími v domácím prostředí (14,13). V doméně



prožívání byla prokázána statistická významnost mezi seniory žijícími v zařízení (13,11) a seniory žijícími v domácím prostředí (14,67). V doméně prostředí byla nalezena statistická významnost mezi seniory žijícími v zařízení (13,63) a seniory žijícími v domácím prostředí (15,29).

U proměnné vzdělání se statistická významnost prokázala ve třech doménách. V doméně fyzické zdraví se ukázala statistická významnost mezi seniory se základním vzděláním (10,58) a mezi seniory s vysokoškolským vzděláním (16,09) a dále mezi seniory se základním vzděláním (10,58) a seniory se středním vzděláním s maturitou (13,48). Statistická významnost u domény fyzické zdraví byla i mezi seniory se středním vzděláním bez maturity (12,89) a seniory se vzděláním vysokoškolským (16,09). V doméně prožívání se vyskytla statistická významnost mezi seniory se základním vzděláním (13,30) a mezi seniory s vysokoškolským vzděláním (15,49). V doméně prostředí se prokázala statistická významnost mezi seniory se středním vzděláním s maturitou (13,98) a seniory s vysokoškolským vzděláním (16,04).

U proměnné finance se statistická významnost ukázala ve všech doménách. V doméně fyzické zdraví se statistická významnost prokázala mezi seniory jejichž finanční situace je podprůměrná (9,19) a průměrná (12,69) a dále mezi seniory, kteří hodnotili svou finanční situaci jako podprůměrnou (9,19) a nadprůměrnou (15,86). Také se v doméně fyzické zdraví statistická významnost prokázala mezi seniory s průměrnou finanční situací (12,96) a nadprůměrnou finanční situací (15,85). V doméně prožívání byla nalezena statistická významnost mezi respondenty, kteří svou finanční situaci hodnotí jako podprůměrnou (12,33) a těmi co ji hodnotí, jako nadprůměrnou (15,52). Dále se v doméně prožívání objevila statistická významnost mezi seniory s průměrnou finanční situací (13,94) a nadprůměrnou finanční situací (15,52). V doméně sociální vztahy se ukázala statistická významnost u seniorů, jejichž finanční situace je podprůměrná (13,11) a nadprůměrná (15,75) a mezi seniory, kteří uvedli svou finanční situaci jako podprůměrnou (13,11) a těmi, co ji hodnotí jako průměrnou (14,82). V poslední doméně prostředí se vyskytla statistická významnost mezi seniory, jejichž finanční situace je podprůměrná (13,29) a nadprůměrná (15,45).

Statistická významnost se prokázala u proměnné pohybová aktivita v doméně fyzické zdraví mezi seniory, kteří cvičí (15,30) a mezi těmi, kteří necvičí (11,94). V doméně prožívání se statistická významnost ukázala mezi cvičícími seniory (15,31) a necvičícími seniory (13,56). V doméně sociální vztahy se statistická významnost ukázala

u seniorů, kteří cvičí (15,47) a u těch, kteří necvičí (14,54). V poslední doméně prostředí se prokázala statistická významnost u cvičících seniorů (15,48) a necvičících (14,32).

U proměnné zdravotní stav se statistická významnost prokázala u tří domén. V první doméně fyzické zdraví se vyskytla statistická významnost u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (15,29) a mezi těmi seniory, kteří jsou nespokojeni (9,59) a dále mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (15,29) a mezi těmi, kteří nejsou ani spokojeni a ani nespokojeni (12,92). Také se vyskytla statistická významnost v doméně fyzické zdraví u seniorů, kteří nejsou ani spokojeni a ani nespokojeni (12,92) a těmi, kteří jsou nespokojeni (9,59). V doméně prožívání se vyskytly statistické významnosti mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (14,95) a mezi seniory, kteří jsou nespokojeni (12,40) a dále mezi seniory nespokojenými (12,40) a seniory, kteří nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (14,44). V doméně prostředí se statistická významnost vyskytla u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (15,05) a mezi seniory, kteří jsou nespokojeni (13,57) a dále mezi respondenty nespokojenými (13,57) a seniory, kteří nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (15,12).

Výsledky hodnocení kvality podle pohlaví a kouření se ukázaly jako statisticky nevýznamné.

### **Jaké postoje seniori zauímají ke stáří a stárnutí podle dotazníku AAQ u kompletního souboru respondentů?**

Při hodnocení postojů ke stáří a stárnutí se respondenti nejvíce ztotožňovali s otázkami v doméně psychosociální ztráty (29,42), sestupně následovaly domény psychologický růst (28,50) a fyzické změny (25,54).

### **Mají vybrané proměnné vliv na postoje seniorů ke stáří a stárnutí?**

Statistická významnost ( $p \leq 0,05$ ) se z hlediska věku prokázala v doméně psychosociální ztráty mezi seniory ve věku 60-74 let (30,64) a seniory v letech 75-89 (27,24). V doméně fyzické změny se statistická významnost ukázala mezi seniory ve věku 60-74 let (27,95) a mezi seniory ve věku 75-89 let (22,97) a dále mezi seniory ve věku 60-74 let (27,95) a seniory ve věku 90 let a více (20,29).

Další statistická významnost se ukázala u proměnné způsob bydlení v doméně psychosociální ztráty mezi seniory žijícími v domácím prostředí (30,41) a seniory žijícími v zařízení pro seniory (27,76). Další statistická významnost se prokázala v doméně

fyzické změny mezi seniory žijícími doma (26,67) a seniory žijícími v zařízení pro seniory (23,68).

Statistická významnost se prokázala u proměnné vzdělání v doméně fyzické změny mezi seniory, kteří dosáhli základního vzdělání (22,87) a seniory, kteří dosáhli vzdělání vysokoškolského (30,08) a dále mezi seniory se středním vzděláním bez maturity (25,26) a mezi seniory vysokoškolskými (30,08). V doméně psychologický růst byla statistická významnost nalezena mezi seniory se středním vzděláním s maturitou (27,22) a seniory s vysokoškolským vzděláním (30,62).

U proměnné finance se vyskytla statistická významnost u dvou domén. V doméně psychosociální ztráty se statistická významnost ukázala mezi seniory, kteří svou finanční situaci hodnotí jako podprůměrnou (26,83) a seniory, kteří ji hodnotí jako nadprůměrnou (31,33). V doméně fyzické změny se statistická významnost prokázala mezi seniory, kteří svou finanční situaci ohodnotili jako podprůměrnou (20,83) a mezi těmi, kteří ji hodnotili jako průměrnou (25,15) a dále mezi seniory, kteří svou finanční situaci hodnotili jako podprůměrnou (20,83) a těmi, kteří ji ohodnotili jako nadprůměrnou (29,52). Statistická významnost se dále ukázala mezi seniory, kteří svou finanční situaci hodnotili jako průměrnou (25,15) a těmi, kteří ji ohodnotili jako nadprůměrnou (29,52).

Statistická významnost se ukázala u proměnné pohybová aktivita ve všech doménách. V doméně psychosociální ztráty byla statistická významnost prokázána u seniorů, kteří se pohybové aktivitě věnují (31,97) a těmi, kteří nesportují (28,34). V doméně fyzické změny se vyskytla statistická významnost mezi seniory, kteří sportují (29,87) a těmi seniory, kteří nesportují (23,72). V doméně psychologický růst se statistická významnost objevila u seniorů cvičících (29,70) a mezi seniory, kteří necvičí (28,00).

Z hlediska subjektivního vnímání zdraví se statistická významnost projevila v doméně psychosociální ztráty u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (31,38) a u seniorů, kteří jsou nespokojeni (26,96). V doméně fyzické změny se statistická významnost prokázala u seniorů, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (28,58) a mezi seniory, kteří nejsou ani spokojeni – ani nespokojeni (25,36) a dále mezi seniory, kteří jsou se zdravotním stavem spokojeni (28,58) a těmi, kteří jsou nespokojeni (21,43). Další statistická významnost, která byla prokázána, se objevila mezi seniory, kteří se svým zdravotním stavem nejsou ani spokojeni – ani nespokojeni (25,36) a těmi, kteří jsou nespokojeni (21,43). V doméně psychologický růst se statistická

významnost prokázala mezi seniory, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni (29,40) a senioři, kteří jsou se svým zdravotním stavem nespokojeni (26,89).

U zbývajících proměnných se statistická významnost neprokázala.

Spearmanovy korelace jsme využili pro zjištění vzájemného vztahu mezi jednotlivými doménami obou dotazníků. V našem výzkumném souboru se ukázaly korelace mezi všemi doménami. Tyto výsledky nám potvrzují, že existuje vztah mezi kvalitou života seniorů a jejich postoji ke stáří a stárnutí.

### **Má vliv koronavirová pandemie na kvalitu života seniorů?**

Anketa vlastní konstrukce zahrnovala otázky týkající se vlivu koronaviru na kvalitu života seniorů. Ukázalo se, že pandemie koronaviru měla negativní vliv na psychiku u 48 % seniorů. Dále se koronavirus negativně podílel na vlivu setkávání s rodinou a přáteli, a to zejména u seniorů v zařízení. Kvůli vládním restrikcím byly na dlouhou dobu zakázány návštěvy ve všech sociálních zařízeních. 43 % respondentů uvedlo, že byli kvůli koronaviru omezováni v setkávání. 31 % seniorů uvedlo, že covid pandemie měla negativní vliv na jejich přátelství či partnerství.

## 7 SOUHRN

Cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života seniorů, jejich postoje ke stáří a stárnutí a vliv koronavirové pandemie. Teoretická část definuje aspekty stárnutí a stáří, kvalitu života, postoje a potřeby seniorů, pohybové aktivity či možnosti trávení volného času seniorů, dále jsou zde popsány informace v péči o seniory. Druhá část je praktická a vymezuje výzkumné cíle a otázky.

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který byl vytvořen jako zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100, byl použit pro zjištění kvality života u seniorů. Skládá se ze čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí a dvě doplňující otázky týkající se hodnocení subjektivní kvality života a spokojenosti se zdravím. Pro zjištění postojů ke stáří a stárnutí byl využit dotazník AAQ, který hodnotí postoje ve třech doménách: psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst.

Dotazníkového šetření se účastnilo 101 respondentů z toho 60 žen a 41 mužů (38 žijících v zařízení pro seniory a 63 žijících v domácím prostředí). Kritériem pro výběr respondentů byl věk 60 let a více. Z ankety vlastní konstrukce, byly vybrány proměnné (věk, pohlaví, způsob bydlení, vzdělání, pohybová aktivita, finance, kouření a zdravotní stav), které byly následně porovnávány s výsledky dotazníků.

Podle dotazníku WHOQOL-BREF mají senioři v našem výzkumné souboru nejvyšší kvalitu života v doméně sociální vztahy, následuje doména prožívání a nejnižší skóre je v doméně fyzické zdraví. Statistické významnosti se vyskytly u proměnných věk, způsob bydlení, vzdělání, pohybová aktivita, finance a zdravotní stav. Dle dotazníku AAQ se senioři nejvíce shodovali s otázkami v doméně psychosociální ztráty, následovala doména psychologický růst, a nakonec doména fyzické změny. Statistické významnosti byly objeveny u proměnných věk, způsob bydlení, vzdělání, pohybová aktivita, finance a zdravotní stav. Koronavirová pandemie měla negativní vliv zejména na psychiku, přátelství či partnerství a omezila setkávání s rodinou a přáteli. Vztah mezi postoji ke stáří a stárnutí (AAQ dotazník) a kvalitou života (WHOQOL-BREF dotazník) koreluje mezi všemi doménami.

## 8 SUMMARY

The aim of the diploma thesis was to determine the quality of life of seniors, their attitudes to old age and aging and the impact of the coronavirus pandemic. The theoretical part defines aspects of aging and old age, quality of life, attitudes and needs of seniors, physical activities, and opportunities for seniors to spend their free time. In addition, there is also information on care for the elderly. The second part is practical and defines research goals and questions.

The standardized WHOQOL-BREF questionnaire, which was created as an abbreviated version of the WHOQOL-100 questionnaire, was used to determine the quality of life in the elderly. It consists of four domains: physical health, experience, social relationships, and the environment, and two complementary questions related to the assessment of subjective quality of life and health satisfaction. To find out attitudes towards old age and aging, the AAQ questionnaire was used, which assesses attitudes in three domains: psychosocial losses, physical changes, and psychological growth.

101 respondents participated in the questionnaire survey, of which 60 were women and 41 were men (38 living in a facility for the elderly and 63 living in a home environment). The criterion for selecting respondents was to be aged 60 years and over. From the survey of own construction, variables (age, gender, way of living, education, physical activity, finances, smoking and health status) were selected, which were then compared with the results of questionnaires.

According to the WHOQOL-BREF questionnaire, seniors in our research group have the highest quality of life in the domain of social relationships, followed by the domain of experience and the lowest score in the domain of physical health. Statistical significance occurred for the variables age, way of living, education, physical activity, finances, and health status. According to the AAQ questionnaire, seniors most closely agreed with the questions in the domain of psychosocial loss, followed by the domain of psychological growth, and finally the domain of physical change. Statistical significance was found for the variables age, way of living, education, physical activity, finances, and health status. The coronavirus pandemic had a particularly negative effect on the psyche, friendship, or partnership, and reduced the contact of family and friends. The relationship between attitudes towards old age and aging (AAQ questionnaire) and quality of life (WHOQOL-BREF questionnaire) correlates between all domains.

## 9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Albuquerque, A. P. A., Borges-Silva, F., da Silva Borges, E. G., Pereira, A. P., & Dantas, E. H. M. (2017). Physical activity: relationship to quality of life and memory in older people. *Science & Sports*, 32(5), 259-265. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2016.09.006>
- Arnoldová, A. (2015). *Sociální péče 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Bačuvčík, R. (2010). *Kultura jako faktor volného času: Nákupní chování na trzích vybraných volnočasových aktivit 2010*. Zlín, Česká republika: Univerzita Tomáše Bati.
- Botek, M., Neuls, F., Klimešová, I., & Vyhnánek, J. (2017). *Fyziologie pro tělovýchovné obory*. Olomouc, Česká republika: Univerzita Palackého.
- Bužgová, R., & Klechová, H. (2011). Měření postojů seniorů ke stáří. *General Practitioner/Praktický Lékař*, 91(7), 396-401
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2017). *Člověk ve zdraví i nemoci. Podpora zdraví a prevence nemoci ve stáří*. Praha, Česká republika: Univerzita Karlova.
- Čeledová, L., Kalvach, Z., & Čevela, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. Praha, Česká republika: Univerzita Karlova.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Dimunová, L., Veselská Dankulincová, Z., & Stropkaiová, S. (2013). Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. *Ošetrovateľstvo*, 3(1), 19–24.
- Dumazedier, J., & Latouche, N. (1962). Work and leisure in French sociology. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 1(2), 13-30, doi: 10.1111/j.1468232X.1962.tb00657.x
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Dragomirecká, E. (2007). *Prediktory kvality života ve vyšším věku*.
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). WHOQOL-BREF WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomirecká, E., & Prajsová, J. (2009). WHOQOL-OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. Praha: Psychiatrické centrum.
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál.

- Furstenberg, A. L. (2002). Trajectories of aging: Imagined pathways in later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 55(1), 1-24. <https://doi.org/10.2190/3H62-78VR-6D9D-PLMH>
- Gawel, J. E. (1998). Herzberg's theory of motivation and Maslow's hierarchy of needs. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 5(1), 11.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Haškovcová, H. (2006). *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Holczerová, V., & Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Hrozenská, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Choolayil, A. C., & Putran, L. (2020). Music Therapy: A Catalyst for Promoting Well Being of Institutionalised Seniors. *Indian Journal of Gerontology*, 34(2), 189-202.
- Chruściel, P., Szczekala, K. M., Derewiecki, T., Jakubowska, K., Nalepa, D., Czekirda, M. E., ... & Czarkowska, M. (2018). Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas—a cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 532-538. <https://doi.org/10.26444/aaem/93501>
- Janečková, H., Dragomirecká, E., Holmerová, I., & Vaňková, H. (2013). The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. *Central European Journal of Public Health*, 21(2), 63–71.
- Janiš, K., & Skopalová, J. (2016). *Volný čas seniorů*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Kalfoss, M. H., Low, G., & Molzahn, A. E. (2010). Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 75-85. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00786.x
- Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., & Wija, P. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H. & Sucharda, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Klvetová, D. (2017). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.



- Koblovská, R. (2019). *Senioři – kvalita života a postoje ke stáří a stárnutí*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Levinger, P., Sales, M., Pulman, R., Haines, T., Dow, B., Biddle, S. J., ... & Hill, K. D. (2018). Outdoor physical activity for older people—the senior exercise park: Current research, challenges and future directions. *Health Promotion Journal of Australia*, 29(3), 353-359. doi: 10.1002/hpja.60
- Low, G., Molzahn, A. E., & Schopflocher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-10. Doi: 10.1186/1477-7525-11-146
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Marquet, M., Missotten, P., Schroyen, S., van Sambeek, I., van den Akker, M., Van Den Broeke, C., ... & Adam, S. (2016). A validation of the French version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): factor structure, reliability and validity. *Psychologica Belgica*, 56(2), 80. doi: 10.5334/pb.301
- Maslow, A. (2013). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál s. r. o.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Musalek, C., & Kirchengast, S. (2017). Grip strength as an indicator of health-related quality of life in old age—a pilot study. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1447. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121447>
- Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno, Česká republika: Masarykova univerzita.
- Nováková, I. (2011). *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost-svazek 2*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Ondrušová, J., & Krahulcová, B. (2019). *Gerontologie pro sociální práci*. Praha, Česká republika: Univerzita Karlova.
- Osman, R., & Pospíšilová, L. (2019). *Geografie „okrajem“: Každodenní časoprostorové zkušenosti*. Praha, Česká republika: Univerzita Karlova.

- Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton s. r. o.
- Petrová Kafková, M. (2013). *Šedivějící hodnoty? Aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno, Česká republika: Masarykova univerzita.
- Pokorná, A., Komínková, A., Schneiderová, M., & Pinkavová, H. (2013). *Ošetřovatelství v geriatrici: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Procházková, E. (2019). *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Procházková, V. (2019). *Kvalita života seniorů v domovech seniorů*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.
- Sak, P., & Kolesárová. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Schuler, M., & Oster, P. (2010). *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Simeão, S. F. D. A. P., Martins, G. A. D. L., Gatti, M. A. N., Conti, M. H. S. D., Vitta, A. D., & Marta, S. N. (2018). Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day Center. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 3923-3934. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.21742016>
- Sławińska, T., Połuszny, P., & Rożek, K. (2013). The relationship between physical fitness and quality of life in adults and the elderly. *Human Movement*, 14(3), 200-204. doi: 10.2478/humo-2013-0023
- Slepička, P., Mudrák, J., & Slepičková, I. (2015). *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha, Česká republika: Univerzita Karlova.
- Šamánková, M., Lebedová, Z., Víchová, J., Koláčná, T., & Jirků, H. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Škvrnáková, J., & Mandysová, P. (2016). *Diagnostika poruch polykání: z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Špatenková, N., & Smékalová, L. (2015). *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Štěpánková, H., Höschl, C., & Vidovicová, L. (2014). *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha, Česká republika: Univerzita Karlova.
- Šubrt, J. (2008). *Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností*. Praha, Česká republika: Univerzita Karlova.
- Top, M., & Dikmetaş, E. (2015). Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations*, 18(2), 288-300. <https://doi.org/10.1111/hex.12032>

- Trajkov, M., Eminović, F., Radovanović, S., Dopsaj, M., Pavlović, D., & Kljajić, D. (2018). Quality of life and depression in elderly persons engaged in physical activities. *Vojnosanitetski pregled*, 75(2), 177-184. <https://doi.org/10.2298/VSP160329336T>
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1-39, doi: 10.1023/A:1010072010360
- Vidovičová, L., & Petrová Kafková, M. (2012). Aktivita seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života. *Sociologický časopis*, 48(5), 939-963.
- Vítek, L. (2008). *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Vysekalová, J. (2007). *Psychologie reklamy – 3., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Wernerová, J., & Zvoníková, A. (2016). Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revizní a Posudkové Lékařství*, 19(2), 68-73.
- Wilmowska-Pietruszyńska, A., Ćwirlej-Sozańska, A., & Sozański, B. (2018). Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 539-545.
- Zrubáková, K., & Bartošovič, I. (2019). *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

## 10 PŘÍLOHY

- Příloha 1 Informovaný souhlas
- Příloha 2 Anketa vlastní konstrukce
- Příloha 3 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF
- Příloha 4 Dotazník postojů ke stárnutí a stáří AAQ

### Informovaný souhlas

**Studie:** Hodnocení kvality života osob v seniorském věku  
(pracovní název)

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Účastník/účastnice byl(a) do studie zařazen(a) pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á), souhlasím se svou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně instruován(a) o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se ode mne očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uschována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. S mou účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. Porozuměl(a) jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků této studie.

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis účastníka / účastnice

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby pověřené touto studií

## Příloha 2

### VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ – DOPLŇTE ČI ZAŠKRTNĚNTE

Věk: \_\_\_\_\_

Pohlaví:  MUŽ  ŽENA

Způsob bydlení:  V ZAŘÍZENÍ  DOMA

Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní  střední bez maturity

střední s maturitou  vysokoškolské

Žijete v domácnosti s jinou osobou (osobami)?

ANO  NE

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné

mírně podprůměrné

průměrné

mírně nadprůměrné

výrazně nadprůměrné

Máte nějaké zvíře (domácího mazlíčka)?

ANO - Jaké? \_\_\_\_\_

NE

Při odpovídání na další otázky si vzpomeňte na dobu, kdy Vás neovlivňoval koronavirus.

Cvičíte/sportujete v délce trvání 45 min a více za den?

ANO

a) Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 45 minut?

➤ kolikrát týdně:  1krát  2krát  3krát a více

➤ Jaké cvičení? \_\_\_\_\_

b) Cvičím/sportuji sám doma či v přírodě (doba trvání aktivity 45 min a více)?

➤ kolikrát týdně:  1krát  2krát  3krát a více

➤ Co děláte? \_\_\_\_\_

NE

➤ Důvod?

nedostatek příležitostí

zdravotní stav

jiné: \_\_\_\_\_

*Odpovídejte na otázky teď v této situaci, v období koronaviru.*

**Cvičíte/sportujete v délce trvání 45 min a více za den?**

ANO

**c) Účastníte se pravidelně organizovaného cvičení ve skupině cvičenců, které trvá alespoň 45 minut?**

➤ kolikrát týdně:  1krát  2krát  3krát a více

➤ **Jaké cvičení?** \_\_\_\_\_

**d) Cvičím/sportuji sám doma či v přírodě (doba trvání aktivity 45 min a více)?**

➤ kolikrát týdně:  1krát  2krát  3krát a více

➤ **Co děláte?** \_\_\_\_\_

NE

➤ **Důvod?**

nedostatek příležitostí

zdravotní stav

jiné: \_\_\_\_\_

**Kouříte?**  ANO  NE

**Jak jste spokojený/ý se svým zdravotním stavem?**

velmi spokojený/á

spíše spokojený/á

ani spokojený/á – aninespokojený/á

spíše nespokojený/á

úplně nespokojený/á

**Jak hodnotíte kvalitu svého života?**

velmi dobrá

dobrá

ani dobrá ani slabá

slabá

velmi slabá

Následující otázky zjišťují, jak Vás ovlivňuje „koronavirus“.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
<b>Má koronavirus negativní vliv na Vaši psychiku?</b>	1	2	3	4	5
<b>Omezuje Vás koronavirus v setkávání s rodinou a přáteli?</b>	1	2	3	4	5
<b>Má koronavirus vliv na Vaše partnerství nebo přátelství?</b>	1	2	3	4	5
<b>Hádáte se více s rodinou nebo přáteli kvůli koronavirové situaci?</b>	1	2	3	4	5
<b>Má koronavirus negativní vliv na Vaši pohybovou aktivitu?</b>	1	2	3	4	5
<b>Má koronavirus vliv na Váš zdravotní stav?</b>	1	2	3	4	5
<b>Chodíte do přírody na procházky?</b>	1	2	3	4	5

**Našli jste si nějakou jinou aktivitu na vyplnění volného času v době koronaviru?**

- ano našli, jakou?
- ne našli

**Naučili jste se díky koronavirové době používat/využívat počítač či mobil?**

- ano naučili
- ne naučili
- už jsem to uměl/a
- nechci ho využívat nebo se to učit



## Příloha 3

**Dotazník kvality života  
dle Světové zdravotnické organizace (WHO)**

**WHOQOL-BREF  
(krátká verze)**

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.  
**Odpovězte, prosím, na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte a zakroužkujte odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti za **poslední dva týdny**.

1.	Jak byste hodnotil(a) kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
		1	2	3	4	5

2.	Jak jste spokojen (a) se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
		1	2	3	4	5

		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3.	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4.	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5.	Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6.	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7.	Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8.	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9.	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
10.	Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11.	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12.	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13.	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14.	Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
		velmi špatně	špatně	středně	dobře	velmi dobře
15.	Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

*Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.*

		velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16.	Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17.	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18.	Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19.	Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20.	Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5

		velmi nespokojen/a	nespokojena/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
21.	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22.	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23.	Jak jste spokojena/a s podmínkami v místě kde žijete?	1	2	3	4	5
24.	Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25.	Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

		nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26.	Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

**Postoje ke stárnutí a stáří  
(WHO) AAQ – česká verze**

**Instrukce**

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

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

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

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

**Bojím se stárnutí.**

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

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí. Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí „hodně“ bojíte, nebo zakroužkovat č. 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte.

Přečtěte si laskavě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci.

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

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

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

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

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

**3. Stáří je čas samoty.**

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

**4. Moudrost přichází s věkem.**

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

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

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

**6. Stáří je čas depresí.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**11. Necítím se starý/á.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

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

19. Věřím, že můj život má význam.

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

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

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

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

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

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

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

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

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



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

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

Děkujeme za spolupráci.