Zvládání zátěže a životní spokojenost ve stáří

Diplomová práce

Bc. Michaela Volková

PhDr. Ivana Poledňová, Csc.

Brno
2016

Abstrakt

Ve své diplomové práci se zabývám zvládáním zátěže a životní spokojeností ve stáří. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část se skládá z pěti kapitol, v nichž se postupně zabývám vymezením základních teoretických konceptů a jejich vzájemným propojením. Témata, kterými se zabývám, jsou stres, zátěž, coping a životní spokojenost. Tato témata jsou pak zasazena do kontextu stárnutí. Empirická část je zaměřena na výzkum zabývající se copingovými strategiemi v souvislosti s životní spokojeností seniorů. V této části jsem hledala odpověď především na otázku, zda užívání určitých copingových strategií je spojeno s vyšší životní spokojeností. Výsledky výzkumu ukázaly, že staří lidé užívají nejčastěji příklonové copingové strategie zaměřené na problém, které ale záporně korelují s životní spokojeností. Ukázalo se také, že mezi muži a ženami v období stáří v užívání copingových strategií není signifikantní rozdíl. Rozdíl mezi muži a ženami, se ale objevil v oblasti životní spokojenosti. Muži dosahují vyšší životní spokojenosti, než ženy.

Klíčová slova: stáří, stres, zátěž, coping, životní spokojenost, kvalita života, well-being

In my diploma thesis I deal with theme of coping strategies and life satisfaction in old age. The work is divided into theoretical part and empirical part. The theoretical part consists of five chapters, which gradually deal with the definition of basic theoretical concepts and their interconnection. The topics I deal with are stress, strain, coping and life satisfaction. These themes are set in the context of aging. Empirical part is focused on research dealing with coping strategies related to life satisfaction of seniors. In this part, I especially search for answer to a question of whether the use of certain coping strategies are associated with higher life satisfaction. The research results showed that older people use most often enagement problem focused coping strategies, which negatively correlated with life satisfaction. Reasearch also showed that among men and women in old age is not significant difference in the use of coping strategies. The difference between men and women, appeared in life satisfaction. Men show higher life satisfaction than women.

Keywords: age, strain, stress, coping, life satisfaction, quality of life, well-being

Zvládání zátěže a životní spokojenost ve stáří

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

Brno, 12. 12. 2016

Michaela Volková

Zvládání zátěže a životní spokojenost ve stáří

Tímto bych chtěla poděkovat především mé vedoucí práce PhDr. Ivaně Poledňové, CSc. za cenné rady a odbornou pomoc při zpracování teoretické i empirické části mé diplomové práce. Poděkování patří také všem respondentům účastnících se výzkumu.

Obsah

Úvod 1
Stáří a stárnutí 2
Změny ve stáří související se stresem a životní spokojeností 3
Stres a zátěž 7
Stres a zátěž ve stáří 8
Coping 12
Copingové strategie 12
Efektivita copingu 15
Coping ve stáří 17
Životní spokojenost 19
Příbuzné pojmy – kvalita života, well-being 19
Životní spokojenost ve stáří 21
Faktory ovlivňující životní spokojenost ve stáří 22
Coping a životní spokojenost ve stáří 25
Výzkum 27
Cíl výzkumu 27
Výzkumné otázky a hypotézy 27
Výběr zkoumaného vzorku 28
Popis výzkumného vzorku 29
Použité metody 31
Dotazník WHOQOL-BREF 31
Dotazník WHOQOL-OLD 33
Dotazník CSI 35
Etika výzkumu 36
Zpracování dat 36
Výsledky 37
Diskuze 51

Závěr 57

Literatura 58

Přílohy 68

ÚVOD

Stárnutí populace se stává poměrně diskutovaným tématem. Světová populace postupně stárne a osob starších 65 let stále přibývá. Stárnutí a stáří přináší řadu nových situací a změn, především v oblasti biologické, psychologické a sociální, které mohou být prožívány jako zátěžové. Ke spokojenosti člověka je důležité naučit se s těmito změnami efektivně vypořádat. Ve stáří ovšem dochází ke snížení kapacity zvládat tíživé situace, jež postupující věk přináší.

Téma zvládání zátěže a životní spokojenosti ve stáří jsem si zvolila z několika důvodů. Prvním důvodem, jak jsem již výše zmínila, je že starých lidí stále přibývá, o čemž jsem se přesvědčila i při svých praxích v různých oblastech psychologie. V nemocnicích, soukromých ambulancích, rodinných a manželských poradnách i dopravně psychologických vyšetřeních jsem se setkala s tím, že jako klienti převažovali právě lidé starší 60 let. Považuji tedy za důležité zabývat se právě lidmi ve vyšším věku, neboť tvoří velkou část klientely psychologů. Zvládáním zátěže se zabývám z toho důvodu, že je to téma, které se týká všech lidí. V každé etapě svého života se člověk musí vyrovnávat s řadou potíží, stáří nevyjímaje. V tomto životním období se můžeme setkat se specifickými zátěžemi, které jsou příznačné právě pro pokročilý věk. Těmito potížemi jsou například úmrtí blízkých, určitá onemocnění, odchod do důchodu a další. Jeví se mi důležité seznámit se blíže s těmito zátěžovými situacemi, neboť se dříve či později budou týkat každého z nás. Lidé se s potížemi, jež jim život přináší, vypořádávají různými způsoby. Některé jsou více efektivní a jiné méně. Dalším tématem, jímž se zabývám, je životní spokojenost a to právě v souvislosti se zvládáním zátěže. Po spokojenosti se svým životem jistě touží každý z nás a je pravděpodobné, že úspěch při zvládání těžkých životních situací povede k jejímu zvýšení. Ve své diplomové práci se snažím najít odpověď na to, zda určitý způsob zvládání zátěže vede k udržení či zvýšení životní spokojenosti.

STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je životní etapou člověka, jež je vymezena dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je jasně ohraničena smrtí. Spodní věková hranice je vymezena nejasně. Jevy a procesy tvořící stáří se objevují postupně. Mají svůj čas, ve kterém začnou v životě člověka působit. Stejné jevy a procesy (biologické, psychologické, sociální a kulturní) přicházejí u každého člověka v odlišnou dobu, jsou však limitované určitým věkovým rozpětím. Nástup jevů charakteristických pro stáří je ovlivněn genetickými předpoklady člověka, jeho životní historií, společenskými a kulturními faktory (Saks & Kolesárová, 2012).

Stárnutí je bio-psycho-socio-spirituální proces přirozených involučních a adaptačních změn, ke kterým dochází po dosažení sexuální dospělosti (Čevela & Čeledová, 2014). Stáří je důsledek stárnutí. Jde o poslední vývojovou etapu završující lidský život. Je projevem a důsledkem funkčních a morfologických involučních změn. Stařecký vzhled a stav je dán biologickou geneticky determinovanou involucí, prodělanými nemocemi a úrazy, životním stylem (strava, pohyb, mentální aktivita), vlivy fyzického a sociálního prostředí, schopnostmi adaptace na involuční změny a psychickým stavem (osobnostní charakteristiky, motivace, aspirace atd.) (Čevela, Kalvach, & Čeledová, 2012). Měřítka stáří mohou být různá. Nejčastěji bývá stáří vymezeno chronologicky. Chronologický (kalendářní) věk odpovídá prožitému času bez ohledu na stav organismu. Stáří můžeme podle WHO rozdělit na rané stáří, což je období mezi 60 – 74 lety, období mezi 75 – 89 lety se nazývá stařecký věk a nad 90 let jde již o dlouhověkost (Dvořáčková, 2012). Věk ovšem nemusí odpovídat tělesným změnám a proto není spolehlivým prediktorem životního stavu člověka. Další měřítko stáří, biologický věk, je důsledkem genetického programu, působení vnějšího prostředí, přítomnosti chorob, úrazů a celkového životního stylu. Psychologický věk je dán funkčními změnami v průběhu stárnutí, individuálními osobnostními rysy a subjektivním pocitem stáří. Sociální věk je dán sociální rolí a společensko-ekonomickým postavením. V tomto smyslu je možné za počátek stáří považovat ukončení pracovního poměru, odchod do důchodu a přijetí role seniora (Stuart-Hamilton, 1999; Čevela & Čeledová, 2014). Funkční věk je daný souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Přesný okamžik počátku stárnutí není možné stanovit. Každý člověk stárne jinou rychlostí a biologický věk se může rozcházet s věkem chronologickým. Gerontologové však věk počátku stárnutí vymezují lety 60 – 65 (Dvořáčková, 2012; Stuart-Hamilton, 1999). Stárnutí a stáří je věcí individuální a vnímání věku, v němž se člověk stává starým je závislé na člověku samotném (Dvořáčková, 2012; Vohralíková & Rabušič, 2004).

Změny ve stáří související se stresem a životní spokojeností

V průběhu stárnutí dochází k řadě změn, jak biologických tak psychologických i sociálních. Řada těchto změn působí jako zátěž a snižuje životní spokojenost strého člověka. Podívejme se nyní, jaké změny se v tomto vývojovém období objevují.

Ve stáří k fyziologickým změnám, jejichž základem je opotřebování orgánů, zpomalení látkové výměny a pokles funkce biologických adaptačních mechanismů (Stuart-Hamilton, 1999). Biologické projevy stárnutí je možné pozorovat ve všech tkáních a jejich buňkách (Langmeier & Krejčířová, 1998). Fyzický výkon člověka klesá už od 40 roku, v 50 letech dochází ke snížení výkonu o 7%, v 60 letech až o 37% v porovnání s výkonem před rokem 40 (Stuart-Hamilton, 1999). Dochází ke změnám v pohybovém systému kdy v důsledku nedostatku bílkovin a vápníku dochází k řídnutí kostí a úbytku kloubní chrupavky (Tvaroh, 1983; Mlýnková, 2011). Klesá pracovní kapacita srdce v důsledku snížení pružnosti chlopní a vápenatění srdečního svalu i cév (Tvaroh, 1983; Zavázalová, 2001). Klesá také respirační schopnost plic, které již nestačí zajišťovat dostatečný přívod kyslíku (Stuart-Hamilton, 1999). Barash, Cullen, Stoelting, Cahalan a Stock (2015) zjistili, že až 75 % osob starších 65 let trpí ve spánku poruchami dýchání. Dále dochází ke změnám v trávicím systému. Ubývá žaludečních a střevních šťáv, což vede k nedostatečnému vstřebávání živin a vitamínů, následně zapříčiňující možnou podvýživu. Snižuje se také výkonnost jater a ledvin (Stuart-Hamilton, 1999). K nejrozšířenějším fyziologickým změnám ve stáří dochází podle Křivohlavého (2002) v oblasti rychlosti reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, bazálního metabolismu, srdeční kapacity, svalové síly, váhy mozku, rychlosti vedení nervových vzruchů a sexuální aktivitě mužů. Sexuální aktivita je však značně individuální. Dolan, Grombířová, Dolanová a Šrámková (2012) zjistili, že pro celou řadu seniorů žijících v domovech důchodců je sexuální aktivita důležitou a běžnou součástí jejich života. Fyziologické změny, ke kterým v průběhu stárnutí dochází, neprobíhají u všech lidí stejně, ale jsou ovlivněny jejich genetickými dispozicemi, životním stylem a prostředím, ve kterém daný člověk žije (Klevetová & Dlabalová, 2008). Panskepp a Miller (1996 in Agrawal & Jaiswal, 2013) uvádádí, že fyziologické změny ve stáří mohou zvýšit negativní účinky působení jakéhokoli stresoru, a to i v případě, že člověk danou událost nevnímá jako stresující.

Ve stáří dochází ke zhoršení smyslového vnímání. Až u 90% osob dochází po 60 roce ke zhoršení zrakové percepce. Dochází ke zpomalení zpracování zrakových podnětů, zmenšení a zúžení zorného pole (Langmeier & Krejčířová, 1998; Stuart-Hamilton, 1999; Tvaroh, 1983). Je zhoršeno vnímání barev, souměrnosti, pohybu a velikosti (Faubert, 2002). Asi u 30% osob starších 60 let je zhoršen sluch (Langmeier & Krejčířová,

1998). Ubývají receptory vysokých tónů, objevuje se nedoslýchavost, zhoršuje se také schopnost určit výšku a polohu zdroje zvuku (Stuart-Hamilton, 1999; Tvaroh, 1983; Baštecký, Kümpel, & Vojtěchovský, 1994). Studie (Gomez & Madey, 2001) zabývající se ztrátou sluchu u starých lidí identifikovala prediktory zvládání, kterými jsou vnímaná účinnost copingových strategií, přizpůsobení se ztrátě sluchu a existence sociální opory, jež ovlivňují způsob vypořádání se se sluchovými potížemi. Stáří má vliv také na ostatní smysly: chuť, čich a hmat (Stuart-Hamilton, 1999; Tvaroh, 1983).

Pozornost a selektivní pozornost umožňují získat relevantní informace z dlouhodobé paměti a udržet je v pracovní paměti, což člověku umožňuje výběr nejvohodnějšího způsobu k vyrovnání se se stresorem (Matthews & Wells, 1996). Ve stáří dochází ke zhoršení pozornosti. Objevuje se pokles schopnosti rychle přesouvat pozornost z jednoho podnětu na jiný a snížení schopnosti ingnorovat nepodstatné informace, což stěžuje zaměření pozornosti konkrétním směrem (Mudrák, Slepička, & Houdová, 2013; Stuart-Hamilton, 1999; Geerlings, Saliasi, Maurits, Renken, & Lorist, 2014). Úkoly náročné na pozornost ukazují na výrazné rozdíly ve výkonu u osob v raném stáří, kdy u některých je zaznamenán výrazný pokles pozornosti, zatímco výkon jiných je srovnatelný s výkonem osob v mladé dospělosti (Zanto & Gazzaley, 2014). Dochází ke změnám intelektových funkcí, které jsou také ovlivněny genetickými dispozicemi, dosaženým vzděláním, způsobem života a osobnostními vlastnostmi. Nejvíce je ve stáří postižena fluidní inteligence, tedy schopnost zpracovávat nové informace a hledat inovativní řešení problémů. Lépe je zachována krystalická inteligence, tedy schopnost využívat dříve nabyté znalosti a zkušenosti. Dochází k útlumu paměťových procesů ukládání a vybavování. Zhoršuje se zpracování a uchování nových informací. Nejvíce je narušena epizodická paměť, sémantická paměť bývá trvanlivější. S věkem se signifikantně snižuje i kapacita pracovní paměti (Mudrák, Slepička, & Houdová, 2013). Podle výzkumu Verhaeghena, Geraertse a Marcoena (2000) potíže s pamětí ovivňují zvládání zátěže, a to skrze vnímanou závažnost potíží a prožívnou úzkost. Jak potíže s pamětí, tak zvládání potíží dále ovlivňují žovotní spokojenost. Narušení paměťových funkcí je individuální a závisí na genetických předpokladech, aktuálním zdravotním stavu, ale také na vzdělání a postoji k duševní činnosti. Pokud se paměť trénuje, jsou její funkce porušeny mnohem méně. V oblasti myšlení dochází k poklesu v oblasti nacházení a rozpoznávání vztahů, uvažování na symbolické úrovni a k potížím s přechodem z konkrétního k abstraktnímu myšlení (Stuart-Hamilton, 1999). Poměrně dlouho je zachováno divergentní myšlení, související s kreativitou, které začíná výrazně klesat po 70. roce věku (Massimiliano, 2015). Všechny tyto kognitivní funkce jsou potřebné k provádění mentálních úkolů a každodenních aktivit, kterými jsou např. rozhodování, plánování a řešení problémů. Pokles kognitivních funkcí ve stáří tak ovlivňuje řadu procesů, včetně rychlosti zpracování informací, kapacity krátkodobé paměti a inhibičních funkcí (Park, 2000; Salthouse, 1988 in Trouillet, Doan-Van-Hay, Launay, & Martin, 2011).

Charlote et al. (2008) uvádí, že pracovní paměť a mentální flexibilita umožňují volbu takových znalotí a způsobů chování, které jsou nutné k úspěšnému zvládnutí stresující situace. Krpan, Levine, Stuss, a Dawson, (2007) zjistili, že potíže právě v těchto dvou oblastech vedou k zvýšení užívání copingových strategií zaměřených na emoce. Dlouhodobá studie Seattle Longitudinal Study ukazuje, že pokles kognitivních schopností ve stáří není způsoben fyziologickou involucí nervového systému, ale nepoužíváním kognitivních funkcí (Schaie, 1996). Řada studií ukazuje, že rozumové schopnosti zůstávají v průběhu života stabilní (Gow et al., 2011; Hertzog & Schaie, 1986). Longitudální výzkum Scottish Mental Survey zjišťující opakovaně úroveň rozumových schopností od 11 do 90 let ukazuje, že vyšší míra inteligence v dětství funguje jako protektivní faktor inteligence ve stáří (Gow, Johnson, Pattie, Brett, Roberts, Starr & Deary, 2011). Deary (2014) uvádí, že vyšší míra rozumových schopností v mládí není sama o sobě protektivním faktorem, ale souvisí s vyhledáváním aktivit náročnějších na rozumové schopnosti, což zajišťuje využívání rozumové kapacity a působí tak protektivně.

Ve stáří dochází k celkové změně aktivační úrovně. Prodlužuje se reakční čas, zpracování informací a rozhodování trvají staršímu člověku déle, než dříve a člověk se stává pomalejší, těžkopádnější a unavitelnější. Obecně starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se učí novým věcem a jeho schopnost adaptace je tak omezena. Proto jakákoli změna může pro staršího člověka představovat zátěž. Dochází i k oslabení regulačních systémů, což také vede k narušení adaptability a snížení odolnosti vůči zátěži (Vágnerová, 2000).

Objevují se i změny v emoční reaktivitě. Vágnerová (2000) uvádí, že starší lidé bývají citově labilnější a mívají potíže ovládat své emoční projevy. Vyšší úroveň neuroticismu je podle studie Withowrth et al. (2013) spojena s poklesem užívání strategií zaměřených na problém. Rocke (2009) uvádí, že intenzita pozitivních emocí se s věkem nemění, zatímco intenzita prožívání negativních emocí s věkem klesá. Zjistil také, že ve vyšším věku je prožívání stabilnější ve smyslu nižší variability emocí během dne. Staří lidé v porovnání s mladšími vykazují vyšší emoční kontrolu a tendenci k pozitivnějšímu hodnocení situací při vyrovnávání se se zátěží (Yeung, Wong, & Lok, 2011). Ovšem v důsledku prožívaných ztrát v oblasti zdraví, vztahů a dalších, je zde větší riziko vzniku deprese. Deprese pak vede k problémům v koncentraci pozornosti a zpomaluje proces zpracování informací, což vede k potížím s pamětí, které, jak bylo uvedeno výše, ovlivňují zvládání zátěže (La Rue, 1992 in Verhaeghena, Geraertse, & Marcoena, 2000)

Dochází i k proměně osobnosti, především k zdůraznění některých vlastností, v důsledku čehož dochází ke změnám v chování člověka. Úbytek kompetence ve stáří vyvolává nejistotu a snižuje sebedůvěru, což se projevuje zdůrazněním vlastností jako opatrnost, puntičkářství a nerozhodnost. Úbytek různých funkcí vede ke snižování odolnosti vůči zátěži, projevující se změnou v emoční oblasti. Dochází ke zdůraznění

vlastností jako bázlivost, úzkostnost a sklon k nespokojenosti. Ve stáří se zvyšuje nejistota ve vztahu k lidem a dochází ke zdůraznění vlastností jako egocentrismus, extraverze případně introverze, podezíravost a vztahovačnost. Pokud nejde o přímo nějaké patologické projevy, navazují změny na původní strukturu osobnosti a zdůrazňují se některé její typické rysy (Vágnerová, 2000).

Staří lidé mívají méně sociálních kontaktů a jsou více izolovaní. To je dáno pozbýváním sociálních rolí a úbytkem různých schopností. Staří lidé odcházejí do důchodu a přijímají roli důchodce. S odchodem do důchodu je spojena řada změn. V první řadě se mění finanční situace člověka, který se stává ekonomicky závislým na společnosti. Také se mění denní režim. Člověk má v důchodu velké množství volného času, který by měl smysluplně využít, jinak by to mohlo mít negativní dopad na jeho psychiku. S odchodem ze zaměstnání dochází také k úbytku sociálních kontaktů (Langmeier & Krejčířová, 1998; Vágnerová, 2000). Omezené sociální kontakty mohou být také důsledkem úbytku některých schopností. Zhoršení smyslových funkcí, především zraku a sluchu, ovlivňuje schopnost komunikace, vede k větší podezíravosti, nejistotě a úzkosti v kontaktu s lidmi a tím ovlivňuje celkovou kvalitu života seniorů (Pinto Kern, Wroblewski, Chen, Schumm, & McClintock, 2014). Kontakt s lidmi může ovlivňovat také emoční labilita a problémy s adaptabilitou vedoucí ke snížení schopnosti zvládat zátěž a v důsledku toho uzavírání se do svého soukromí. Starý člověk se více zaměřuje na sebe a své problémy a již méně se zabývá událostmi okolního světa. Ovšem velký význam má pro něj rodina a přátelé (Langmeier & Krejčířová, 1998; Vágnerová, 2000). Pouze 12 % starých lidí se cítí osaměle velmi často, naproti tomu 40% starých lidí se osaměle necítí nikdy. Věk není jediným prediktorem osamělosti, spolu s ním je třeba vzít v úvahu i rodinný stav, zdravotní stav, spokojenost se společenským životem a zájem o dění kolem (Ferreira-Alves., Magalhaes, Viola, & Simoes, 2014).

Stres a zátěž[1]

V období stáří se lidé setkávají s řadou změn biologických, psychických a sociálních, které byly popsány výše. Tyto změny mohou být prožívány jako stresující, vyvolávající pocity úzkosti a obav. Mohou tak mít negativní dopad na fyzické i psychické zdraví člověka. Joshi (2007) tvrdí, že člověk, který je v průběhu života zatěžován stresem a opakovaně se musí vyrovnávat s řadou na něj působících stresorů, bude pravděpodobně unavenější a slabší.

V literatuře je velké množství definic pojmu stres. Klinicky orientovaní vědci chápou stres jako vnitřní stav organismu. Odborníci vycházející z behaviorismu a teorie činnosti definují stres situačně, jako událost. Další skupina odborníků pojímá stres jako jakoukoli energetickou změnu v organismu (Hošek, 1999). Uveďme si zde pro příklad definici Křivohlavého (1994, s. 10), podle něhož *„stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná"*. Stresem můžeme tedy nazvat takovou situaci, kdy její intenzita je vyšší než schopnost daného jedince tuto situaci zvládnout.

Významnou teorií stresu je teorie kognitivně-transakční R. S. Lazaruse, který se dále také zabýval copingem. Ve své teorii klade Lazarus důraz na kognitivní zhodnocení podnětu, který vyvolává stres a také na vztah mezi jedincem a prostředím (Baumgartner, 2001). Lazarus popsal tři fáze vyrovnávání se se stresovou situací. Jedná se o fázi primárního zhodnocení, kdy nastalou situaci posuzujeme z hlediska jejich pozitiv a negativ. V této fázi se tedy ptáme na to, zda je pro nás situace ohrožující nebo nikoliv. Pokud je daná situace vyhodnocena jako ohrožující, mohou vzniknout tři druhy stresu. Jde buď o poškození/ztrátu, kdy jedinec již utrpěl nějakou újmu (např. ztráta blízké osoby), hrozbu, kdy jedinec anticipuje nějaké ohrožení, ztrátu či poškození a výzvu, kdy je situace hodnocena jako zvládnutelná, obsahující možnost určitého zisku. Následuje fáze sekundárního zhodnocení situace, kdy člověk zvažuje jak v dané stresové situaci jednat. V této fázi posuzuje své schopnosti, konfrontuje své copingové zdroje – fyzické (zdraví, energie, síla atd.), psychologické (pozitivní myšlení, sebehodnocení, morálka apod.), sociální (vztahy s partnery, rodiči, a dalšími příbuznými, přáteli, spolupracovníky atd.) a materiální (hmotné zabezpečení jako peníze, prostředky a vybavení atd.) se stresovou situací a také anticipuje možné následky svého jednání. Výsledkem této fáze je výběr vhodné copingové strategie. Poté nastává fáze přehodnocení. Pokud po použití vybrané

[1] Vzhledem k tomu, že pojmy stres a zátěž nejsou všemi autory striktně rozlišovány, budou tyto pojmy, po jejich vymezení, dále v textu užívány jako synonyma.

copingové strategie došlo ke změně počáteční situace, dochází ke zhodnocení této změny, která probíhá stejně jako zhodnocení primární (Folkman 1982; Baumgartner, 2001).

Od pojmu stres je možné odlišit pojem zátěž. Ačkoli jsou si tyto pojmy velice blízké, a z toho důvodu v této práci používáné jako synonyma, vymezíme zde, pro lepší pochopení souvislostí, pojem zátěž samostatně. Zátěž lze tedy chápat jako mírnější formu stresu, kdy intenzita ohrožení je relativně nízká (Křivohlavý, 1994). Pojmem zátěž tedy označuje lehký a střední psychický stres, zatímco pojem stres se používám pro označení těžkého psychického stresu (Daniel in Lovaš & Výrost, 1997). Zátěží se rozumí soubor nejrůznějších požadavků, které pro člověka představují ohrožení jak po stránce psychické, tak fyzické (Machačová, 1978). Mezi zátěžové situace lze řadit například náročné úkoly, velkou odpovědnost nebo sociální vztahy. Všechny tyto situace a další, kladou zvýšený nápor na psychiku člověka (Mikšík, 1969). Každý člověk prožívá a reaguje na tyto zátěžové situace odlišným způsobem, jeho chování v těchto situacích je ovlivněno takovými proměnnými, jako je například temperament, schopnosti, motivace nebo psychická odolnost osobnosti (Mikšík, 1969).

Stres a zátěž ve stáří

V životě se člověk setkává s řadou událostí, jež vyžadují změnu a přizpůsobení se. Pro staršího člověka může být každá taková změna zátěží, s níž je obtížné se vyrovnat (Baštecký et al., 1994). Stáří klade zvýšené nároky na adaptaci. Člověk je vystaven vyšší psychické zátěži a zároveň se snižuje jeho odolnost vůči duševním nárazům a dochází tak ke zvýšení výskytu úzkostných reakcí. Ve stáří dochází k poklesu schopností zvládat stres. Důvodem je fyzická i psychická slabost a zpomalení organismu. Je zpomalena reakce na podnět, zhoršena schopnost vyrovnat se s narušením rovnováhy. Významné je narušení funkce hormonálního systému, kdy v průběhu stresu dochází k uvolňování hormonů, jež urychlují proces stárnutí. Fyziologické změny ve stáří tedy vedou k tomu, že reakce na stres je prodloužena a tělu trvá déle dostat se ze stresového opět do normálního klidového stavu (Joshi, 2007).

Ve stáří je člověk ohrožen řadou stresových událostí. Mezi významné stresory patří sociální změny v rodině a nejbližším okolí jako odchod nebo úmrtí člena rodiny či jiné blízké osoby, ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu, jež vedou ke změnám finanční situace. Významným stresorem ve stáří je také změna zdravotního stavu člověka nebo jeho blízkých. Dále změna bydliště, například přestěhování se k dětem nebo umístění v ústavu zdravotní či sociální péče. Změny majetkoprávní, například prodej nemovitosti (Baštecký et al., 1994; Thumala Dockendorf, 2013).

Ve stáří dochází často ke zhoršení zdravotního stavu. Ve věku 70 let trpí chronickým onemocněním až 87% osob a ve věku 85 let už téměř každý (Vágnerová, 2007). Většina lidí ve stáří neumírá přirozenou smrtí. Příčinou jejich úmrtí bývá většinou nějaké onemocnění, přímo související se stářím (Aiken, 1982).

Ztráta životního partnera je vysoce zátěžovou situací. Prožívání ztráty závisí na tom, zda byla očekávána, například po dlouhodobější nemoci. Ukázalo se, že pokud tato ztráta byla očekávána, úmrtí partnera bylo prožíváno jako méně stresující. Starší lidé se s ovdověním pravděpodobně vyrovnávají lépe než mladí lidé, neboť jsou na to lépe připraveni. Nicméně asi pro 20% osob je obtížné se se ztrátou partnera přiměřeně vyrovnat (Stuart-Hamilton, 1999). Vágnerová (2007) tvrdí, že stres z úmrtí partnera roste přímo úměrně s věkem. Starší lidé se tedy se ztrátou vyrovnávají hůře i přesto, že ji očekávají. Ovdovění postihuje častěji ženy, než muže, což je dáno průměrnou délkou života obou pohlaví (Stuart-Hamilton, 1999). Kromě partnera, ve stáří člověk ztrácí sourozence a přátele. Může se stát, že tito lidé zemřou v krátké době po sobě a každá nová smrt vyvolá vzpomínky na tu předcházející. Úmrtí partnera může vést ke ztrátě pocitů bezpečí, radosti, zvýšení pocitu ohrožení, osamělosti a prázdnoty, také dochází ke změně denního režimu, zhoršení finanční situace a může dojít i ke ztrátě smyslu života (Pichaud & Thareau, 1998; Vágnerová, 2000). Stres způsobují také změny v soužití partnerů. Změna ve vztahu je zapříčiněna změnou rolí partnerů po odchodu do důchodu, změnou příjmů a s tím související změnou životního stylu a izolací od jiných společenských kontaktů (Vágnerová, 2007) V manželství starších lidí se mohou objevovat neshody plynoucí ze zvýrazňování osobnostních rysů nebo z nepochopení potřeb partnera. Vesměs ale bývají manželství starších lidí bezproblémová (Kratochvíl, 2005).

Velkou změnou v životě starého člověka je odchod do důchodu. Osoby, které se již blíží důchodovému věku, začínají mít obavy, trápí se pocity neužitečnosti a jsou zvýšeně sebekritické (Stuart-Hamilton, 1999). Odchodem do důchodu dochází ke změně identity a společenského postavení. Člověk si také musí vytvořit nový denní program, který byl doposud naplněn zaměstnáním (Pichaud & Thareau, 1998). Dopad odchodu do důchodu je tím těžší, čím specializovanější byla pozice daného člověka v zaměstnání (Haškovcová, 2010). Odchod do důchodu však může být hodnocen i pozitivně (Stuart-Hamilton, 1999). Někteří lidé se na důchod těší. U takových lidí může dojít ke zlepšení fyzického i psychického zdraví a to díky zvolnění životního tempa. Prožívání odchodu do důchodu je ovlivněno faktory jako individuální potřeba práce, pracovní uplatnění, sociální a finanční potřeby a také předdůchodovými podmínkami (Stuart-Hamilton, 1999). S odchodem do důchodu přichází člověk také o kontakt s lidmi a své přátelé, což může vést k izolaci seniora (Haškovcová, 2010).

Jako stresový faktor působí také ztráta finanční jistoty a finanční omezení. Z toho důvodu dochází i ke snížení životní úrovně seniorů, kteří jsou nuceni se uskromnit. S finančními potížemi souvisí také pro-

blémy nového životního programu. Může být obtížné najít finanční prostředky na záliby a jiné aktivity, kterými by senioři naplnili svůj volný čas (Haškovcová, 2010).

Zhoršení zdravotního stavu a ztráta životního partnera může vést k nutnosti zajistit péči o člověka, jenž se o sebe už nedokáže postarat tak jako dříve. Aby mohl být zajištěn stálý dohled a péče o starého člověka je někdy nezbytná změna bydliště seniora. Ten může přebývat u své rodiny nebo v domově důchodců či jiném zařízení. Změna bydliště je pro starého člověka velkou změnou. Hlavní zátěž představuje ztráta osobního zázemí, kdy člověk přichází o pocity bezpečí, které mu poskytovalo známé prostředí. Přesun do domova důchodců utvrzuje ve starém člověku pocit ztráty osobní autonomie, soběstačnosti a soukromí. S přesunem si senioři také více uvědomují, že se nachází v konečné fázi života a blížící se smrt (Vágnerová, 2007).

Tyto změny (ztráta zaměstnání, nemoc, ztráta partnera apod.) se mohou objevit i v jiných etapách života, ovšem ve stáří se pravděpodobnost těchto změn a jejich definitivnost zvyšuje (Vágnerová, 2007). Starší lidé se tedy musejí vypořádat s chronickými nemocemi, zdravotními potížemi, ztrátou členů rodiny a přátel a jejich vlastní smrtelností.

Peykel (1983 in Aldwin, Sutton, Chiara, & Spiro, 1996) zjistil, že u starších lidí se objevuje méně stresových událostí než v mládí. Typy potíží a každodenní stresory, se kterými se člověk musí vypořádat, se liší v závislosti na věku (Lazarus & Delongis, 1983 in Aldwin et al., 1996). U starších lidí bylo zaznamenáno méně potíží a tyto potíže hodnotili jako méně stresující než mladí dospělí (Aldwin, 1991; Schnerman, Eichler, & Williams, 1987 in Aldwin at al., 1996). Ve stáří klesá počet sociálních rolí, které člověk zastává (Lazarus, 1991; Pearlin, 1989 in Aldwin at al., 1996), což může být důvodem poklesu potíží v tomto věku. Například vzdání se role aktivního rodiče a role pracujícího člověka může vést ke snížení každodenních stresorů (Cohen, 1990 in Aldwin et al., 1996). Důvodem, proč starší lidé hodnotí problémy jako méně stresující, může být to, že mají více zkušeností, díky čemuž se u nich rozvinulo více zdrojů zvládání a díky tomu hodnotí potíže jako méně stresující. Důvodem může být také to, že starší lidé zažily vysoce stresující situace (např. úmrtí blízké osoby) a každodenní potíže se tak ve srovnání s tím nezdají tak stresující (Aldwin, 1991; Aldwin, Levenson, & Spiro, 1994 in Aldwin at al., 1996). Ovšem snížení rezervní kapacity může způsobit, že člověk vnímá problémy naopak jako více stresující (Baltes, 1987 in Aldwin et al., 1996).

Věk tedy ovlivňuje způsob reakce na stresující události, která se podle Lazaruse (1966) v průběhu života mění, stejně jako se mění psychické struktury. Různé události mohou mít odlišný význam i důležitost v závislosti na věku. To, zda bude určitá situace vnímaná jako stresující, se s věkem mění (Birren & Schaie, 1977). Je ale možné, že změny nejsou dány procesem stárnutí, ale spíše výsledkem součtu stresových událostí, kterým byl člověk v minulosti vystaven (Selye in Birren & Schaie, 1977). Stres urychluje proces stárnu-

tí. Také je příčinou psychických onemocnění, oslabuje schopnost reakce a adaptace člověka (Eisdorfer & Wilkie, 1977).

COPING

Coping lze definovat jako vynaložené úsilí směrem dovnitř i vně s cílem vypořádat se s vnějšími i vnitřními požadavky, které jsou extrémně vysoké a převyšují nebo vyčerpávají osobní zdroje člověka (Křivohlavý, 1994). Hlavním cílem copingu je redukce příčin stresu spolu se zvýšením možnosti zotavení, přizpůsobení se a tolerance stresu. Dále také udržení pozitivního sebeobrazu, zachování emocionální rovnováhy a pozitivních vztahů s lidmi (Ogden, 2004). Od pojmu coping je třeba odlišit pojem adaptace. Adaptací rozumíme vyrovnávání se se zátěží, která je pro člověka poměrně dobře zvládnutelná na rozdíl od copingu zaměřeného na vypořádání se s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží (Křivohlavý, 1994). Při adaptaci jedinec ke zvládnutí situace využívá postupů, které již zná. Zatímco u copingu se vyrovnává s neznámou, dříve neřešenou situací, tudíž zde nemůže své znalosti a schopnosti plně využít (Křivohlavý, 1994).

Je možné rozlišit tři přístupy ke copingu. Od dvacátých let 20. století dominoval přístup psychodynamický, který při zvládání stresových situací věnoval pozornost převážně obranným mechanismům. V šedesátých letech začíná převládat transakční přístup charakterizovaný zájmem o kognitivní a situační faktory ovlivňující chování jedince. Třetím přístupem je přístup interakční, objevující se od devadesátých let, který se pokouší o vzájemné propojení přístupů předchozích. Klade důraz na interakci osobnostních a situačních faktorů (Suls, David, & Harvey, 1996).

Copingové strategie

Copingové strategie jsou strategie zaměřené na zvládnutí stresové situace. Jedná se o strategie orientované na aktivní řešení stresové situace, probíhající za plné účasti vědomí (Mlčák, 2004). Tyto strategie zahrnují vyhledávání různých alternativ řešení stresové situace a zvážení přínosů a nákladů těchto jednotlivých možností (Baumgartner, 2001).

Existuje mnoho rozdělení copingových strategií: aktivní a pasivní strategie, funkční či nefunkční strategie, na problém a na emoce zaměřené strategie a na přiblížení či vyhýbání se zaměřené copingové strategie (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1984; Maddi, 1980 in Rubio, Dumitrache, Cordón-Pozo, & Rubio-Herrera, 2016). Rozdělení strategií na aktivní a pasivní je založeno na přístupu člověka k řešení zátěžové situace (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Rozdělení na funkční a dysfunkční strategie je závislé na zátěžové situaci, které je člověk vystaven. V určitých případech může být zvolená copingová stretgie učinná a vést k řešení situace ale v jiných případech se její užití může ukázat jako ne-

funkční. Podle funkce, kterou určitá strategie plní, je možné je rozlišit na problém zaměřené a na emoce zaměřené strategie. V prvním případě jsou snahy zaměřeny na zátěžovou situaci a její zvládnutí a vyřešení. Ve druhém případě je snaha zaměřena na zmírnění emoční tenze, jež vychází z tíživé situace (Santos et al. 2013). V této práci se zaměřuji právě na tyto dvě strategie, které jsou ve shodě s Tobinem (1984, 2001) rozděleny na příklonové a odklonové. Dále je možné strategie dělit na zaměřené na přiblížení se zahrnující jak strategie zaměřené na problém, tak strategie zaměřené na emoce, které jsou cílené na vyřešení nebo změnu zátěžové situace a na vyhýbavé strategie související se snahou vyhnout se problému (Maddi, 1980).

Při pohledu do historie se ukazuje, že prvotní klasifikace copingových strategií pochází od R. S. Lazaruse, který předpokládá, že chování jedince je ovlivněno především kognitivními a situačními faktory a klade ve své teorii důraz na vztah jedince a prostředí. Předpokládá, že řešení zátěžové situace je ovlivněno interakcí jedince s prostředím a jeho kognitivním zhodnocením. Lazarus rozlišuje primární hodnocení, sekundární hodnocení a přehodnocení (Folkman & Lazarus, 1984). Po sekundárním zhodnocení situace následuje volba nejvhodnější copingové strategie. Lazarus rozlišil čtyři kategorie zvládání stresu. Jedná se o strategii netečnosti, kdy se člověk stává apatickým, objevují se u něj pocity bezmoci, beznaděje a deprese. Strategii vyhnutí se stresoru, jež u člověka vyvolává negativní pocity obav, strachu atd. Strategii napadení vedoucí k útoku na stresující podnět a strategii posilování vlastních zdrojů síly a sebekontroly (Křivohlavý, 1994).

Jedno z nejrozšířenějších rozdělení copingových strategií pak pochází právě od R. S. Lazaruse a S. Folkmanové, kteří rozlišují dvě copingové strategie. Jedná se o strategii zaměřenou na problém, kdy se člověk vzniklou stresovou situaci snaží aktivně vyřešit prostřednictvím analýzy problému, plánováním postupu řešení, sebeovládáním atd. Tato strategie je volena v případě, kdy danou situaci vyhodnotíme jako ovlivnitelnou, zvládnutelnou nebo kontrolovatelnou. A strategii zaměřenou na emoce, kdy se člověk snaží regulovat své emoce ve stresové situaci, tedy zmírnit negativní emoce jako například strach nebo vztek. Tuto strategii člověk volí v případě, že danou situaci vyhodnotí jako neovlivnitelnou (Folkman & Lazarus, 1984). U jedince se vyskytují obě tyto strategie současně. To, která strategie bude zvolena pro zvládnutí situace, je ovlivněno genetickou výbavou, výchovou i vnějším prostředím. Ke strategii zaměřené na emoce se řadí i únikové reakce, kterými jsou denní snění, spánek, užívání alkoholu a jiných drog (Baumgartner, 2001; Křivohlavý, 2001).

Copingových strategií existuje celá řada. Lazarus a Folkmanová rozlišují následující strategie (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schatter, Delongis, & Gruen, 1986 in Křivohlavý 2009): konfrontační způsob zvládání stresu, hledání sociální opory, plánované řešení problému, sebeovládání, distancování se od dění, hledání pozitivních stránek dění, snaha vyhnout se stresové situace a utéct z ní.

Lazarus a Folkmanová (1980 in Tobin, 1984, 2001) vytvořili dotazník způsobů zvládání (Ways of coping check list – WOC) zaměřený na behaviorální a kognitivní strategie jako intelektualizace, vyhnutí se, vyhledávání informací a další, které v souladu se svou teorií rozlišují na strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce. Na Lazaruse a Folkmanovou navázal Tobin, který vytvořil inventář strategií zvládání (Coping strategies inventory – CSI (Tobin, 1984, 2001), který je využit i pro tuto práci. Tobin a jeho spolupracovníci vychází z Lazarusova transakčního modelu copingu a vytváří Hierarchický model copingových strategií skládající se ze 3 úrovní (Millová, Blatný, & Kohoutek, 2008). Terciální úroveň obsahuje faktory příklonu a odklonu. Příklonové strategie souvisejí s aktivním řešením problému a vypořádáním se se stresovou situací, zatímco odklonové strategie vedou k vyhýbání se myšlenkám na stresovou situaci a nevyjadřování pocitů (Millová et al., 2008). Na sekundární úrovni se strategie příklonu a odklonu dělí na čtyři faktory podle zaměření na problém nebo na emoce (Millová et al., 2008). Příklonové strategie zaměřené na problém zahrnují kognitivní a behaviorální strategie, které je možné využít ke změně stresové situace nebo postoje k ní. Příklonové strategie zaměřené na emoce se týkají otevřeného vyjadřování emocí a zahrnují strategie zaměřené na změnu emočního prožívání ve vztahu ke stresové situaci. Odklonové strategie zaměřené na problém obsahují kognitivní a behaviorální strategie jak se vyhnout stresové situaci. Tyto strategie jsou spojeny s popíráním a neschopností vidět jiné možnosti řešení problému. Odklonové strategie zaměřené na emoce souvisejí s uzavřením se do sebe, sebekritikou a sebeobviňováním se za vzniklou situaci (Tobin, 1984, 2001). Primární úroveň pak obsahuje 8 konkrétních strategií. Řešení problému (behaviorální a kognitivní aktivity vedoucí k eliminaci příčin stresu), kognitivní restrukturace (změna postoje k situaci tak, aby se stala méně ohrožující), vyjádření emocí (uvolnění a exprese emocí), sociální opora (vyhledávání emoční podpory blízkých lidí, rodiny, přátel), vyhýbání se problému (popření situace, vyhnutí se myšlenkám na problém a vyhnutí se jeho řešení), fantazijní únik (neschopnost přehodnotit situaci či ji změnit, únik do fantazie, snění jaké by to bylo kdyby), sebeobviňování (přisuzování příčin problému sobě samému, sebekritika), sociální izolace (stažení se do sebe, izolace od rodiny a přátel) (Blatný & Osecká, 1998; Tobin, 1984, 2001).

Mnohé teorie také říkají, že existují rozdíly mezi muži a ženami v užívání jednotlivých copingových strategií. Například podle Gurňákové (2000) muži v zátěžové situaci využívají spíše strategie zaměřené na problém, zatímco ženy využívají častěji strategie zaměřené na emoce a sociální oporu. Některé výzkumy pak ukazují, že muži upřednostňují při zvládání zátěže strategie zaměřené na vyhýbání se, zatímco ženy jsou více orientované na řešení problému a vyhledávání sociální opory (Výrost & Slaměník, 2001). Další výzkumy (Wilson & Pritchard, 2005) nenacházejí u strategií orientovaných na problém žádné gendrové rozdíly, ale u strategií zaměřených na emoce objevili vyšší výskyt u žen. Bylo také zjištěno, že muži reagují

na zátěž aktivněji, s větší mírou externalizace a bagatelizace. Ženy častěji reagují na zátěž rezignací, sebelítostí, odmítáním a vyhnutím se problému (Donaldson, Prinstein, Danovsky, & Spirito, 2000; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990). Jiné výzkumy ukazují, že muži lépe zvládají akutní stres, ale jsou méně odolní vůči zvládání dlouhodobé zátěže. Ženy jsou naopak vůči dlouhodobě působící zátěži odolnější než muži (Paulík, 2010).

Efektivita copingu

Efektivní coping, kterým se zabýval Zeidner a Saklofske, nejenže vede k bezprostřednímu zmírnění negativního působení stresu, ale z dlouhodobého hlediska přispívá ke kladnému sebepojetí a sebeocenění člověka (Zeidner & Saklofske, 1996). Je možné rozlišit dvě hlediska efektivity copingových strategií. Hledisko momentální efektivity a hledisko dlouhodobé efektivní činnosti. Z krátkodobého hlediska se mohou určité copingové strategie ukázat jako efektivní, ale v dlouhodobém měřítku může být jejich působení opačné. Naopak strategie, které se zpočátku zdají neúčinné, se z dlouhodobějšího hlediska mohou ukázat jako vysoce efektivní (Křivohlavý, 2001). Efektivitu copingových strategií je možné hodnotit podle několika kritérií. Těmito kritérii jsou zvládnutí stresové situace, tedy redukce negativních účinků stresoru nebo jeho odstranění. Zmírnění fyziologických projevů stresu jakými jsou zvýšený krevní tlak, zrychlená dechová frekvence apod. Zmírnění negativních emocí, jako strach, úzkost a další, spojených se stresovou situací. Za efektivní zvládnutí je považováno také to, že člověk si zachovává schopnost běžného fungování v mezilidských vztazích i širším sociálním okolí. Je schopen se vrátit k činnostem běžně vykonávaným před vznikem stresové situace. Ovšem v některých případech mohou být nastalé změny způsobené stresovou situací považovány za její úspěšné zvládnutí, a to zejména tehdy, když předchozí životní situace nebyla ideální. Za indikátor efektivity zvládání zátěže je považována také životní spokojenost, vzhledem k tomu, že představuje aspekt duševního zdraví (WHO, 2001; Zeidner & Saklofske, 1996).

Za nejefektivnější je považovány strategie orientované na problém a to především v případě kdy jedinec stresovou situaci zhodnotí jako ovlivnitelnou. Tyto strategie se ukázaly jako účinné, co se týče redukce stresu. Umožňují odvést pozornost od stresové situace díky aktivnímu zaměření se na její zvládnutí, čímž dochází k redukci negativní energie a zároveň člověk získává pocit dobrého zvládnutí situace (Gal & Lazarus, 1957 in Zeidner & Saklofske,1996). Strategie, které nejsou přímo zaměřené na problém, člověk využívá v případě nedostatku informací nezbytných k řešení stresové situace, nejasnosti ohledně příčiny situace nebo nemožnosti jejího odstranění (Pearlin & Schooler, 1978). Jedná se o strategie orientované na vyhnutí a strategie orientované na emoce. Copingové strategie zaměřené na vyhnutí se stresové situaci jsou považo-

vány za méně efektivní, spíše znesnadňující vyřešení stresové situace (Carver & Scheier, 1994). Existují ovšem výzkumy, v nichž se tato strategie ukázala jako efektivní a to při zvládání krátkodobých stresových situací, kterými jsou například působení hluku, bolesti apod. (Suls & Fletcher, 1985 in Zeidner & Saklofske, 1996). Strategie zaměřené na emoce jsou podle Lazaruse a Folkmanové (1984) spíše neefektivní. Ovšem výzkum Bauma, Fleminga a Singera (1983) prokázal opak. Také novější výzkumy potvrzují efektivitu copingových strategií zaměřených na emoce (Stantonová, Kirková, Cameronová, & Danoff-Burgová, 2000; Zautra 1996 in Folkman & Moskowitz 2004), které jsou také spojené s větší životní spokojeností a menšími emocionálními a psychickými problémy (Garnefski & Kraaij, 2006; Gross & John, 2003). Počet užívaných copingových strategií s věkem klesá, neukazuje se však, že by tento úbytek snižoval kvalitu zvládání zátěže (Meeks, Carstensen, Tamsky, Wright; Pellegrini, 1989).

Zeidner a Saklofske (1996) došli na základě výzkumů efektivity copingu k několika závěrům. Tvrdí že copingové reakce nejsou vždy adaptivní. Strategie, které se mohu zdát maladaptivní (např. vyhýbání se, distancování se) se za určitých okolností zdají být adaptivní a naopak. Předpokládali také, že copingové strategie by měly být v souladu s vnitřním nastavením jedince. Podle Guttmana (1977 in Meeks, Carstensen, Tamsky, Wright; Pellegrini, 1989) dochází ve stáří u mužů k poklesu schopnosti efektivně se vypořádat se zátěžovými situacemi, zatímco u žen je tomu naopak. Vaillant (1977 in Meeks, Carstensen, Tamsky, Wright; Pellegrini, 1989) ovšem tvrdí, že efektivita copingových strategií se s věkem zvyšuje, a to jak u mužů, tak u žen. Podle Vaillanta užívají staří lidé vhodnější, vyzrálejší a tedy i efektivnější copingové strategie. Ovšem podle výzkumu Meeks, Carstensen, Tamsky, Wright; Pellegrini (1989) nemá věk pravděpodobně vliv na efektivitu zvládání zátěže, případně může efektivita copingu s věkem vzrůst. Pro efektivní zvládnutí situace je nezbytné, aby ji člověk správně vyhodnotil a díky tomu pak zvolil vhodnou copingovou strategii. Důležitou roli v efektivitě užití copingových strategií hrají interindividuální a intraindividuální rozdíly. Zda bude ta či ona strategie efektivní záleží tedy na situaci vyvolávající stres, ale i na osobnostních charakteristikách. Pro efektivitu je třeba flexibilně využívat různých copingových strategií v závislosti na zátěžové situaci. Lidé většinou užívají jak copingové strategie zaměřené na problém, tak strategie zaměřené na emoce, což se ukázalo jako účinné. Také v různých fázích stresové situace se efektivita copingových strategií může měnit. Strategie jevící se z počátku jako efektivní se může v pozdější fázi ukázat jako neefektivní. Efektivitu copingových strategií ovlivňuje také samotný stresor a trvání stresové situace, tedy jestli se jedná o stres chronický nebo akutní (Zeidner a Saklofske, 1996)

Coping ve stáří

Během života dochází ke změnám stresových situací i copingových strategií. Starší[2] osoby se od mladších mohou lišit v posouzení množství a typu stresorů i míry zátěže, kterou určitá situace přináší (Aldwin et al., 1996). Vzhledem k tomu, že se starší lidé častěji vyrovnávají s úmrtím blízkých a zdravotními potížemi, budou pravděpodobně hodnotit problémy spíše jako poškození nebo ztrátu, než jako hrozbu či výzvu (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1980; McCrae, 1982,1989; Rodin 1986 in Aldwin at al., 1996). Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek (1987 in Bertrand & Lachman, 2003) zjistili, že starší lidé využívají při zvládání zátěže častěji než mladší lidé strategie zaměřené na emoce. Aldwin (1991 in Bertrand & Lachman, 2003) toto zjištění ve svém výzkumu nepotvrdil. Aldwin ve své studii naopak zjistil, že starší lidé využívají na problém zaměřené strategie stejně jako mladší lidé a méně užívají strategie zaměřené na emoce. Také další autoři zjistili, že staří lidé užívají na obdobné nebo vyšší úrovni na problém zaměřené strategie ve srovnání s mladými lidmi (Blanchard-Fileds, Sulsky, & Robinson-Whelen, 1991; Felton & Ravenson, 1987; Irion & Blanchard-fields, 1987 in Aldwin et al., 1996). Aldwin (1994 in Bertrand & Lachman) tvrdí, že je to tím, že starší lidé se v průběhu svého života naučili rozlišovat mezi problémy, které mohou zvládnout pomocí strategie zaměřené na problém a těmi, které tímto způsobem zvládnout nemohou. Dobře také znají strategie, které jsou pro tu či onu situaci nejvhodnější. Labouvie-Vief, Hakim-Larson a Hobart (1987 in Aldwin et al., 1996) zjistili, že starší lidé užívají copingové strategie podobné těm, které používají i mladší lidé, ale mají pro to odlišné důvody. Uvádí příklad, že jak mladí, tak staří lidé hledají sociální oporu při vypořádávání se s potížemi, ovšem mladší lidé tak dělají pro sebepotvrzení, zatímco starší lidé chtějí spíše získat zpětnou vazbu o vhodnosti užití strategie. Starší lidé užívají méně strategie spojené s hostilními reakcemi, strategie zaměřené na únik, vyhýbání se, sebeobviňováním a využívají více adaptivní strategie zvládání zátěže (Costa, Zanderman, & McCrae, 1991; Felton & Revenson, 1987, McCrae, 1989 in Lau, 1994). Felton & Revenson (1987) uvádějí nižší užívání strategií zaměřených na projevení emocí, sebeobviňování a vyhledávání informací u starších lidí. McCrae (1982 in Lau, 1994) zjistil, že starší lidé méně než mladší užívají strategie obviňování (sebe i ostatních), únikové, hostilní a vyhýbavé strategie zvládání (McCrae, 1982 in Aldwin et al., 1996) a užívají humor a pozitivní přehodnocení k vytvoření optimistického postoje. Folkmanová a její kolegové (1987 in Lau, 1994) zjistili, že starší lidé užívají méně strategie plánování řešení problému a více pasivní, intrapersonální na emoce zaměřený coping, na útěk a vyhýbání se zaměřené strategie, zatímco mladší lidé více užívají aktivní, interpersonální na problém zaměřený coping. Nicméně při

[2] Nad 60 let

vyrovnávání se se zdravotními problémy starší lidé užívají konfrontační coping více než jakékoli jiný (Ory, Abeles, & Lipman, 1992 in Lau, 1994). McCrae (1982) je názoru, že rozdíly ve strategiích zvládání mezi mladými a starými jsou dány primárně typem problému, kterým čelí. Ačkoli výzkumy ukazují, že staří lidé využívají při zvládání zátěže spíše strategie zaměřené na problémPodle mého názoru by bylo ve stáří vhodnější užívání copingových strategií zaměřených na emoce, a to především z toho důvodu, že obtíže, se kterými jsou staří lidé nuceni se vyrovnávat, budou hodnoceny spíše jako neovlivnitelné. V takovýchto situacích se jeví jako efektivnější využít právě na emoce zaměřené strategie neboť strategie zaměřené na problém pravděpodobně nepovedou k vyřešení potíží.

Coping je ovlivněn zdroji zvládání zátěže, kterými jsou ve stáří především self-efficacy, vnímaný stres a sociální opora. Self-efficacy odkazuje na víru ve vlastní schopnosti vypořádat se s nepřízní osudu a dosáhnout vytyčených cílů. Jinými slovy, je to vnímaná schopnost přizpůsobit své chování požadavkům prostředí. Staří lidé s vysokým self-efficacy užívají více na problém zaměřené strategie, zatímco lidé s nízkým self-efficacy volí spíše na emoce zaměřené strategie (Luszczynsko, Scholz, & Schwarzer, 2005). Výzkum Kraaij, Garnefski a Maes (2002) ukázal, že self-efficacy ovlivňuje depresi skrze copingové strategie. Vnímaný stres, který je výsledkem subjektivního vnímání stresové situace, je hlavním faktorem ovlivňující volbu copingové strategie (Bruchon-Schweitzer, 2002 in Trouillet, Gana, Lourel, & Fort, 2009). Zvýšená úroveň vnímaného stresu vede k užívání na emoce zaměřených copingových strategií, zatímco snížení úrovně vnímaného stresu podporuje užívání na problém zaměřených copingových stretgií (Rascle, 2000 in Trouillet, Gana, Lourel, & Fort, 2009). Ve stáří, jak bylo již zmíněno, dochází k výraznému poklesu spokojenosti v oblasti sociální opory (Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007) z tohoto důvodu má na volbu copingových strategií vliv nikoli skutečná, ale vnímaná sociální opora, která může ovlivnit celkové hodnocení dostupných zdrojů ke zvládnutí zátěže a tím i copingové strategie. Sociální opora vede ke zvýšení self-efficacy (Bandura, 1994 in Trouillet, Gana, Lourel, & Fort, 2009) a snížení vnímané úrovně stresu (Rascle, 2000 in Trouillet, Gana, Lourel, & Fort, 2009). Věk významně souvisí s těmito copingovými zdroji. Staří lidé mají tendenci vnímat své sociální sítě jako nedostatečně podpůrné (Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007) a hodnotit svůj každodení život jako více stresující, což vede k častějšímu užívání na emoce zaměřených copingových strategií. Self-efficacy ovšem zůstává věkem relativně nedotčena a podporuje tak užívání na problém zaměřených stretegií. Toto umožňuje starým lidem využívat obě strategie adaptivním způsobem.

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

S rozvojem zkoumání kvality života se začala věnovat pozornost také životní spokojenosti a well-beingu. Základním problémem je obtížnost definice těchto pojmů a toho jaké jsou mezi nimi rozdíly. Většina definic životní spokojenosti a well-beingu zdůrazňuje subjektivitu hodnocení života. (Hamplová, 2004) V diplomové práci je životní spokojenost jedním z hlavních témat, a proto v této části vymezuji základní souvislosti spojené s tímto konceptem.

Příbuzné pojmy – kvalita života, well-being

Kvalita života je mnohorozměrný koncept, o kterém je možné uvažovat ze dvou hledisek, a to objektivního a subjektivního. Objektivní kvalita života je vymezena fyzickým zdravím, sociálními životními podmínkami, materiálním zabezpečením a environmentálními životními podmínkami. Subjektivní kvalita života zahrnuje postavení ve společnosti, individuální očekávání, dosahování cílů a naplnění osobních potřeb (Přibyl, 2015; Vaďurová & Mühlpachr, 2005). V současné době je upřednostňován subjektivní pohled na kvalitu života.

Světová zdravotnická organizace (WHO) chápe kvalitu života jako „*individuální vnímání vlastní pozice v životě, v kontextu té kultury a v systému těch hodnot, v nichž jedinec žije. Vyjadřuje jedinců v vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům. Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu. Jde spíše o multidimenzionální pojem*“ (Arts Lexikon, 2015). WHO vyčleňuje 4 oblasti kvality života. Jedná se o fyzické zdraví a samostatnost (energie, únava, bolest, mobilita, závislost na lékařské péči, schopnost pracovat atd.), psychické zdraví a duchovní stránka (sebepojetí, pozitivní a negativní pocity, sebehodnocení, myšlení, paměť, koncentrace, učení, víra, spiritualita atd.), sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.) a prostředí (svoboda, bezpečí, finance, dostupnost zdravotní a sociální péče, domácí prostředí, příležitost pro získávání vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí) (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Ke kategorizaci kvality života zásadně přispěla Ruut Veenhoven, která vytvořila teorii čtyř kvalit života. Těmito kvalitami jsou životní předpoklady, životní výsledky, vnější kvality prostředí a vnitřní kvality člověka. Tyto kvality života jsou rozděleny do 4 kvadrantů. Kvadrant A se týká ekologických, ekonomických, kulturních a sociálních podmínek života. Kvadrant B zahrnuje fyzické a duševní zdraví, znalosti a schopnosti člověka. Kvadrant C se týká užitečnosti člověka pro jeho blízké a pro společnost, kvadrant obsahuje

morální vývoj člověka, jeho vnitřní cenu a morální dokonalost. Kvadrant D se týká hodnocení spokojenosti s různými oblastmi života, hodnocení nálady a celkové spokojenosti se životem. Většina dotazníků kvality života měří právě tento kvadrant, včetně dotazníku světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD (Dragomiracká & Bartoňová, 2006). Kvalita života může být měřena ze 3 hledisek. Je možné ji měřit jako sociální ukazatel možností, omezení a zdrojů okolí, kde patří například vzdělání, bezpečí, stabilita rodiny. Dále je možné kvalitu života měřit jako subjektivní celkovou spokojenost se životem. Celková spokojenost je výsledkem osobních hodnot a životního stylu. Souvisí především se spokojeností v těch oblastech života, které člověk hodnotí jako důležité. Kvalitu života je měřena také jako subjektivní spokojenost s různými oblastmi života, kterými jsou fyzické zdraví, samostatnost, prožívání, vztahy s lidmi, prostředí, ve kterém člověk žije a volný čas (Kirby 1994 in Dragomerická & Bartoňová, 2006).

Pojem well-being bývá do češtiny překládán jako životní pohoda, duševní pohoda, životní spokojenost, štěstí či radost (Křivohlavý, 2002). Well-being je možné vymezit jako kognitivní a afektivní zhodnocení života. Jedná se o dlouhodobý emoční stav reflektující spokojenost člověka se životem. Bývá chápána jakou součást kvality života (Křivohlavý, 2013). Well-being je možné rozlišit na subjektivní well-being a psychologický well-being. Subjektivní well-being se týká spokojenosti se životem a vyvážeností pozitivních a negativních emocí. Psychologický well-being se týká zaangažovanosti člověka při řešení životních otázek a výzev, smyslu života, osobnostního růstu a podobně (Hřebíčková, Blatný, & Jelínek, 2010). Výzkum Kashanda, Uswatte a Julian (2006) ukazují, že subjektivní a psychologický well-being spolu úzce souvisejí. Subjektivní well-being by mohl být prerekvizitou psychologického well-beingu. Vzhledem k tomu, že se v diplomové práci zabývám životní spokojeností, která je součástí subjektivního well-beingu, podíváme se na něj blíže.

Subjektivní well-being lze začlenit na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy a důležitá je v tomto konceptu také postojová komponenta. Subjektivní osobní pohodu je možné chápat jako prožitek, trvající dny až týdny, což ji řadí mezi stabilnější emoční charakteristiky a nálady. Obsahuje však také proměnlivější charakteristiky, jež souvisejí s aktuálním psychickým stavem, proměnlivostí a dynamikou nálad a s podněty vnitřního i vnějšího prostředí (Kebza & Šolcová, 2005). Deiner (in Blahutková & Dan, 2008) rozlišil emocionální a kognitivní složku subjektivního well-beingu. Složka emocionální obsahuje prožívání pozitivních a negativních emocí v průběhu života. Složka kognitivní obsahuje hodnocení vlastního života. Týká se spokojenosti ve významných oblastech života jako rodina, přátelé, sociální postavení a především sebehodnocení (Kebza & Šolcová, 2005). Deiner (in Slezáčková, 2012) dále vymezuje 3 složky subjektivního well-beingu. Jedná se o subjektivní stav duševní pohody, který zahrnuje převahu pozitivních emocí a nižší poměr negativních emocí. Další složka se týká kognitivního hodnocení spokojenosti se životem. Poslední

složka se týká hodnocení spokojenosti v důležitých oblastech života jako zdraví, vztahy, volný čas a další. Kebza a Šolcová (2005) rozlišují 4 složky subjektivního well-beingu. Jedná se o psychickou pohodu v užším slova smyslu (pozitivní a negativní afektivita, životní spokojenost, nálada, psychosomatické symptomy atd.), sebeúctu, sebeuplatnění a osobní zvládání. Také Ryff (1995) se zabývá subjektivním well-beingem a rozlišuje 6 oblastí, které jej sytí. Jedná se o sebepřijetí, udržování pozitivních vztahů s druhými lidmi, autonomie, zvládání prostředí, smysluplnost života, osobní rozvoj. Ještě zde můžeme přidat tělesnou zdatnost (Kebza & Šolcová, 2005), kde jde o fyzické zdraví a pohybovou aktivitu.

Životní spokojenost ve stáří

Životní spokojenost je subjektivním hodnocením dosud prožitého života. Spadá pod kognitivní složku subjektivního well-beingu a jedná se o vědomé, globální hodnocení vlastního života jako celku (Blatný, Dosedlová, Kebza, & Šolcová, 2005). Životní spokojenost je v průběhu života poměrně stálá v porovnání se spontánními pocity, které jsou spojeny s aktuálně prožívanou situací (Kalman et al. 2010). Fahrenberg (in Rodná & Rodný, 2001, s. 23) vymezuje životní spokojenost jako *„individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti.“* Další kdo vymezil životní spokojenost je Hnilicová (Payne, 2005), která považuje celkovou životní spokojenost za lineární a aditivní funkci spokojenosti v jednotlivých oblastech života, kterými jsou rodina, přátelé, práce, zdraví a další. Pro účely této práce jsem zvolila zastřešující termín životní spokojenost.

Podle výzkumu Hansen a Slagsvold (2012) se kognitivní i emocionální komponenta životní spokojenosti ukázala jako stabilní do věku asi 70 let. Poté dochází k postupnému poklesu životní spokojenosti, který se s věkem zvyšuje. Hlavní příčinou poklesu životní spokojenosti je zhoršení zdravotního stavu a ztráta partnera. Suh, Deiner a Fryita (1996) zjistili, že životní spokojenost ovlivňují události posledních 3 měsíců života. Události vzdálené nemají k aktuální životní spokojenosti průkazný vztah. Podle výzkumu 63% respondentů uvedlo, že je s životem spokojeno, respondenti nad 85 let byli v porovnání s respondenty ve věku 70 – 84 let méně spokojeni a vykazovali méně prožívaných pozitivních emocí (Smith, Fleeson, Geiselmann, Settersten Jr., & Kunzmann, 2001). Výzkumy Hamplové (2004) ukazují, že s rostoucím věkem životní spokojenost klesá, tedy čím jsou lidé starší, tím jsou se svým životem méně spokojení. S rostoucím věkem totiž přibývají psychické obtíže. Dochází k oslabení paměti, pozornosti, snížení soběstačnosti a ubývání sociálních kontaktů. Výzkumy Jivraj, Nazroo, Vanhoutte a Chandala (2012) ukázaly, že věk není definitivní příčinou nízké životní spokojenosti. U osob nad 50 let je životní spokojenost vyšší než u mladších osob. Nicméně osoby nad 75 let jsou k poklesu životní spokojenosti náchylnější v důsledku snižující se soběstač-

nosti, ztráty blízkých osob a uvědomění si konečnosti života. Výzkumy Shmotkin a Shrira (2012) ukázaly, že pocity štěstí prožívané v minulosti mají pozitivní vliv na životní spokojenost ve vyšším věku.

V životní spokojenosti se odráží hodnocení minulých i současných životních událostí a životní perspektivy. Mezi oblasti života, které jsou hodnoceny, patří zdraví, práce, finance, volný čas, manželství, vztah k dětem, sexualita, přátelé, příbuzní, bydlení a spokojenost se sebou samým (Fahrenberg a kol., 2000 in Džuka, 2004.) V průběhu života se pocit životní spokojenosti příliš nemění, mění se ale zdroje, které pocit spokojenosti způsobují. V mládí je spokojenost dána především intenzitou emočních prožitků, zatímco ve stáří je důležitější rozumové hodnocení života (Blatný et al., 2005).

Objevují se rozdíly v životní spokojeností mezi muži a ženami. Podle výzkumu Nunes, Melo, Silva Júnior, Carmo Eulálio (2016) byla u žen zjištěna nižší životní spokojenost než u mužů. Toto zjištění potvrzuje také výzkum Guedea et al. (2006). Výzkum životní spokojenosti v ČR pomocí dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD ukazuje, že starší muži dosahují vyšší životní spokojenosti než ženy (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Faktory ovlivňující životní spokojenost ve stáří

Kvalitu života ovlivňují faktory jako materiální zabezpečení, zdravotní stav, rodinný stav a situace, kvalita bydlení a dostupnost služeb, možnost věnovat se zájmům a sociální kontakty. Kvalitu života hodnotí senioři převážně kladně. (Vohralíková & Rabušič, 2004).

Spokojenost seniorů ovlivňuje především nemateriální stránka života, do níž řadíme spokojenost se zdravotní péčí, pocit bezpečí, fyzickou sílu a zabezpečení v případě jejího oslabení a aktivní přístup k životu (Kuchařová, 2002). V seniorském věku se odehrává řada změn, jak v osobním, tak v profesním životě, které vedou k novým životním podmínkám a omezením, se kterými se člověk musí vyrovnat. Životní spokojenost ve stáří souvisí právě se schopností vyrovnávat se s těmito změnami a přizpůsobit se novým podmínkám (Kravcová, 2015).

Sociální opora a dobré rodinné zázemí pomáhají starším lidem lépe zvládat stres a vyrovnávat se s obtížnými životními situacemi a přispívají tak k jejich životní spokojenosti (Křivohlavý, 2013). Životní spokojenost je tedy úzce spjata s pozitivními interpersonálními vztahy. Bylo zjištěno, že ženy i muži žijící ve fungujícím vztahu jsou celkově spokojenější (Hamplová, 2004; Ryen et al., 1998; Mastekoosa, 1994; Coombs, 1991 in Hamplová, 2006). Lidé žijící v manželství se průměrně dožívají vyššího věku, mají lepší zdravotní stav a méně trpí psychickými potížemi (např. úzkosti, deprese) (např. Jung et al., 1997; Mastekoosa, 1994; Goldman et al., 1995 in Hamplová, 2006). Pozitivní vliv manželství na fyzické zdraví potvrdily

výzkumy Priorové a Hayesové (2003 in Blatný, 2010), které zjistily, že lidé žijící v manželství méně využívají zdravotní a sociální zařízení. Zdravotní problémy se objevovaly více u ovdovělých žen nad 65 let a mužů v produktivním věku, kteří nebyli nikdy ženatí. Je-li ovšem manželství nešťastné, vede to ke snížení pocitu životní spokojenosti. Pokud lidé setrvávají v nefunkčním vztahu, je jejich životní spokojenost v porovnání se svobodnými a rozvedenými nižší (Seligman, 2003). Tománek (1978 in Vicenová, 2009) zjišťoval nakolik ztráta partnera ovlivňuje životní spokojenost. Ve svém výzkumu se zaměřil na ovdovělé ženy, které porovnával s vdanými ženami. Nezjistil však žádné významné rozdíly mezi nimi. Vdané ženy byli více zaměřeny na svého manžela, zatímco ovdovělé ženy na své příbuzné a přátelé. Životní spokojenost je tedy ovlivněna více mírou sociálních kontaktů než ztrátou partnera.

Důležitou roli ve stáří hraje také zdravotní stav. Nemoc a z ní případně vyplívající omezení soběstačnosti, přispívá ke snížení životní spokojenosti (Vohralíková & Rabušič, 2004). Ovšem spíše než objektivní zdraví je důležitější subjektivní postoj k vlastnímu zdraví (Seligman, 2003). Životní spokojenost vážně nemocných a zdravých osob se proto liší jen mírně (Blatný et al., 2005). Breetvelt a Van Dam (1991 in Blatný, 2010) zjistili, že vážně nemocní lidé (např. onkologičtí pacienti) se jen málo v prožívání životní spokojenosti liší od zdravých lidí.

Zaměstnání, které je významnou součástí života, má také výrazný vliv na životní spokojenost. Zaměstnání člověku umožňuje seberealizaci, vede k naplnění smyslu života a je zdrojem sociálních kontaktů a také důležitou součástí jeho identity (Tait, Padgett, Baldwin, 1989 in Blatný, 2010). Odchod do důchodu tak může mít negativní vliv na životní spokojenost. Důležité je také po odchodu do důchodu možnost vyplnit volný čas, dříve trávený prací, jinou smysluplnou činností, jež přispívá ke spokojenosti (Křivohlavý, 2013). Byli zjištěny poměrně velké rozdíly mezi různými volnočasovými aktivitami a mírou spokojenosti. Vyšší míra životní spokojenosti je u osob, jež svůj volný čas tráví aktivně (cvičení, procházka). Osoby, které volný čas tráví pasivně a sledují častěji televizi, vykazují nižší míru životní spokojenosti (Křivohlavý, 2013). Vyplnění volného času dobrovolnictvím vede ke zvýšení životní spokojenosti a prodloužení života (Haidt, 2014; Křivohlavý, 2013).

Bylo zjištěno, že životní spokojenost seniorů je ovlivněna vzděláním. Vzdělání ovlivňuje faktory spokojenosti jako příjmy, aktivity, životní postoje a přechod do další životní fáze, tedy stáří. Výše vzdělání má kladný vliv na životní spokojenost. Nicméně obecně nemůžeme říci, že člověk s vyšším vzděláním je spokojenější, něž člověk se vzděláním nižším (Argyle, 1999). Podle Seligmana (2003) vzdělání nemá žádný, případně jen malý vliv na životní spokojenost. Nicméně Deiner (1993 in Blatný, 2010) tvrdí, že lidé s vyšším vzděláním jsou spokojenější. Vzdělání může vést k získání práce, která je dobře finančně ohodnocena a právě toto finanční zajištění přispívá k pocitům spokojenosti. Finanční příjmy jsou tedy důležitým fakto-

rem ovlivňující životní spokojenost. Zvyšování příjmu ovšem nevede ke zvyšování životní spokojenosti. Tento vztah platí pouze do dosažení určité minimální úrovně ekonomického standardu (Deiner, 1982 in Blatný et al., 2005; Kebza, 2005).

Podle výzkumu Bäckermana, Johansona a Soorni (2012) bylo zjištěno, že senioři žijící v rezidenčním zařízení vykazují vyšší míru spokojenosti, než osoby žijící doma. Důvodem může být nedostatečná kapacita ústavních zařízení pro seniory. Senioři se sníženou soběstačností potřebující péči pak žijí doma, což působí negativně na jejich životní spokojenost. V řadě případů žádají sami senioři o přesun do ústavní péče nebo domu s pečovatelskou službou. Až 53% seniorů v případě, kdy u nich dochází ke zhoršení zdravotního stavu, snížení soběstačnosti a zvýšení závislosti na pomoci druhých, volí možnost ústavní péče nebo domu s pečovatelskou službou. Starší lidé dávají tedy přednost pobytu v ústavní péči před závislostí na svých dětech (Kuchařová, 2002).

V dosažení životní spokojenosti hrají významnou roli také osobnostní rysy jako například emoční stabilita, důvěra, sebekontrola, odolnost vůči stresu, schopnost přizpůsobit se změnám a vyrovnat se se zátěžovými situacemi (Sýkorová & Chytil, 2004). Extraverti a emočně stabilní osoby vykazují vyšší míru životní spokojenosti než introverti a emočně nestabilní osoby (Costa & McCrae, 1984).

Podle výzkumů Cacioppo, Hawkley, Kalil, Hughes, Waite a Thisted (2008) má na životní spokojenost seniorů negativní vliv osamělost, deprese, únava, úzkost a zmatenost. Pozitivní vliv má vyšší aktivita, vitalita, optimismus, emoční stabilita a sebevědomí.

COPING A ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST VE STÁŘÍ

V seniorském věku se odehrává řada změn, jak v osobním, tak v profesním životě, které vedou k novým životním podmínkám a omezením, se kterými se člověk musí vyrovnat. Životní spokojenost ve stáří souvisí právě se schopností vyrovnávat se s těmito změnami a přizpůsobit se novým podmínkám (Kravcová, 2015). Při vyrovnávání se s dlouhodobým stresem může vysoká míra životní spokojenosti působit jako nárazník a vytvářet předpoklady pro využívání efektivnějších copingových strategií (Pavot & Diener, 2004). Podle Jonker, Comijs, Knipsehcer a Deeg (2009 in Tomás, Sancho, Melendez, & Mayordomo, 2012) jsou copingové strategie důležitým prediktorem životní spokojenosti.

Osoby s vyšší mírou životní spokojenosti využívají při zvládání zátěže častěji strategie kognitivní restrukturace a méně fantazijní únik (Blatný & Osecká, 1998). Kognitivní restrukturace a aktivní řešení problémů je spojeno s efektivitou copingu, zatímco vyjadřování emocí souvisí spíše s bezmocností. Efektivní coping se pozitivně pojí s celkovým vnímáním vlastního zdraví, což ukazuje, že jisté copingové strategie přispívají k životní spokojenosti. Užívání na problém zaměřených copingových strategií vede k větší efektivitě copingu a pozitivně ovlivňuje fyzický i psychický stav, který je indikátorem životní spokojenosti (Englbrecht et al., 2012). Na problém zaměřené strategie a na emoce zaměřené strategie jsou strategiemi, jež jsou nejvíce spojovány s životní spokojeností. Na problém zaměřené strategie mají pozitivní spojitost s životní spokojeností, zatímco na emoce zaměřené strategie mají negativní souvislost s životní spokojeností (Nunes, de Melo, da Silva Júnior, & Eulálio, 2016). Také výzkumy Tomás et al. (2012) prokázaly, že na problém zaměřené copingové strategie mají pozitivní vliv na životní spokojenost ve stáří.

Výzkumy McCrae a Costy (1986 in Kravcová) potvrdily vztah mezi neuroticismem a častějším užíváním únikových strategií (útěk do fantazie, denní snění), sebeobviňováním, pasivitou a nerozhodností. Osoby s vyšší mírou extroverze užívají častěji aktivní strategie, pozitivní myšlení a náhradní uspokojení. Senioři, kteří více užívali strategie odklonu a strategie náhradního uspokojení měli vyšší míru životní spokojenosti (Kravcová, 2015).

Výzkumy prokazují, že pokud člověk při střetu se zátěžovou situací zvolí vhodné, pozitivní strategie zvládání, dochází ke snižování pocitu stresu a zlepšuje se psychologický i somatický stav člověka a tedy jeho spokojenost se životem. Například plánované řešení problému prokazatelně snižuje depresi, zatímco užívání vyhýbavého chování či strategie úniku může vést ke zvýšení depresivity (Neal & Hammer, 2009). Starší osoby při zvládání zátěže častěji využívají pozitivní (např. řešení problému) strategie, spíše než negativní (např. únik, vyhýbání se) (Janke & Edrmanová, 2003 in Kravcová, 2015). Výzkumy Levasseur a Cou-

ture (2015) ukázaly, že copingové strategie vyhýbání a úniku jsou asociovány s nižší životní spokojeností. Pozitivní strategie mají vliv na životní spokojenost, zatímco mezi negativními strategiemi a životní spokojeností nebyl vztah potvrzen (Kravcová, 2015). Ve vyšším věku mají lidé více zkušeností se zvládáním zátěže, častěji užívají spíše pozitivní, než negativní strategie a z tohoto důvodu je u nich zvládání zátěže efektivnější (Janke & Edrmanová, 2003 in Kravcová, 2015).

VÝZKUM

Cíl výzkumu

V diplomové práci se zabývám problematikou copingových strategií a životní spokojeností ve stáří. Hlavním cílem práce je zjistit, jaké copingové strategie používají lidé ve stáří, jak tyto používané strategie souvisejí s životní spokojeností v tomto vývojovém období a zda strategie, které jsou obecně považovány za efektivní, vedou ke zvýšení životní spokojenosti.

Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumné otázky a hypotézy byly vytvořeny na základě teoretických poznatků výzkumných studií provedených na toto téma.

VO1: Jsou příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému) nejčastěji užívanými copingovými strategiemi při vypořádávání se se zátěží ve stáří?

H1: Starými lidmi nejčastěji užívanými copingovými strategiemi jsou příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému).

VO2: Dosahují staří lidé užívající příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému), jež jsou považovány za efektivní, vyšší úrovně životní spokojenosti, než staří lidé užívající copingové strategie zaměřené na emoce?

H2: Příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému) jsou obecně považovány za efektivnější a jejich užívání má proto souvislost s vyšší mírou životní spokojenosti ve stáří.

VO3: Liší se ve stáří muži a ženy v užívání copingových strategií a v míře životní spokojenosti?

H3: Muži ve stáří užívají při zvládání zátěže více příklonové copingové strategie zaměřené na problém, zatímco ženy copingové strategie zaměřené na emoce.

H4: Muži dosahují ve stáří vyšší životní spokojenosti než ženy.

Výběr zkoumaného vzorku

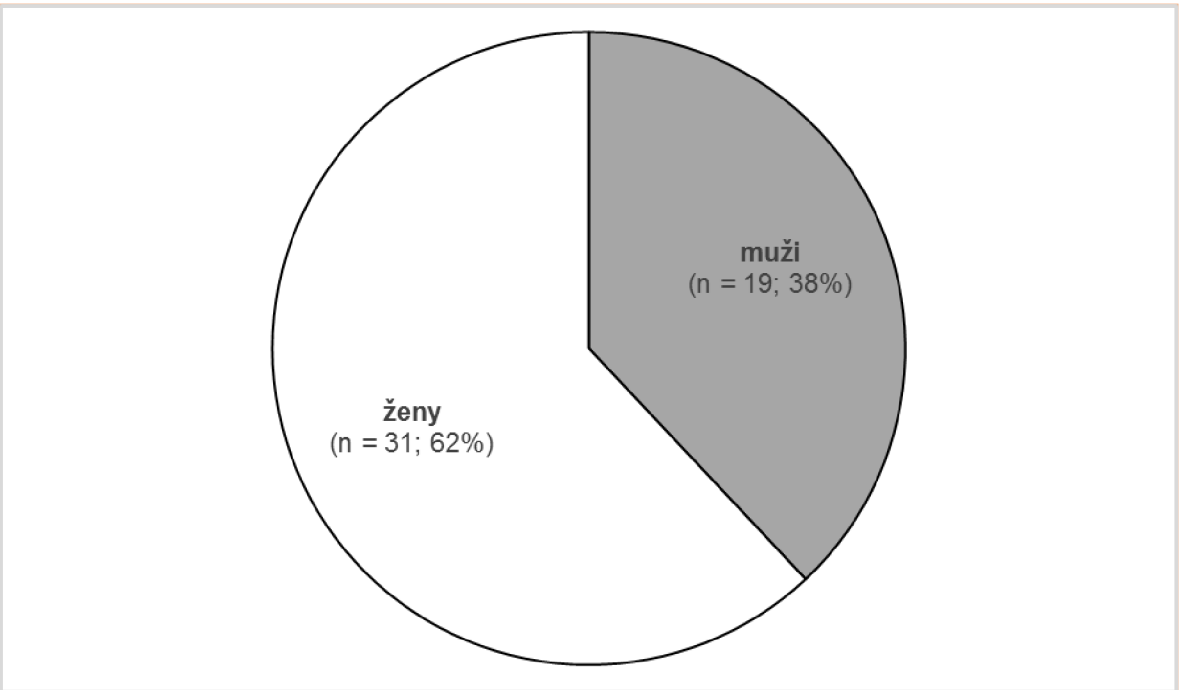
Vzhledem k výzkumným požadavků by byl pravděpodobně nejvhodnějším způsobem výběru vzorku náhodný stratifikovaný výběr. Pro vysoké nároky na uskutečnění pravděpodobnostního výběru byl k získání respondentů do výzkumu využit účelový výběr přes instituce. Jde o metodu výběru, kdy je využito určitého typu instituce, jež je určena pro cílovou skupinu, která je předmětem výzkumu (Miovský, 2006). Tato metoda výběru se zdála být nejlepší formou získání respondentů, kterými měli být osoby starší 60 let. Kontaktovala jsem tedy ústavní zařízení, zajištující péči o tyto osoby, prostřednictvím e-mailu, telefonicky i osobně. Ukázalo se jako velice obtížné najít instituci, jejíž vedení by souhlasilo s administrací dotazníků. Důvodem odmítnutí bylo pracovní přetížení institucí a nejistota vedení ohledně schopnosti seniorů vyplnit dotazníky. Nakonec se podařilo nalézt 4 instituce, které administraci dotazníků povolily. Názvy institucí zde nebudou z etických důvodů uváděny.

Za výzkumný vzorek byly zvoleny osoby starší 60 let. Toto věkové omezení je dáno tématem práce, ve kterém se pojednává o stáří, jež je možné podle WHO rozdělit na rané stáří (60 – 74 let), stařecký věk (75 – 89 let) a dlouhověkost (nad 90 let). Gerontologové věk počátku stáří vymezují lety 60 – 65 (Dvořáčková, 2012). Podmínkou pro zařazení do výzkumného vzorku je věk, nepřítomnost závažného onemocnění a takový psychický stav respondentů umožňující vyplnění dotazníků. Ke kontaktu s respondenty docházelo přímo v institucích, které mi umožnily realizovat výzkum. Někteří s respondentů preferovali vyplnění dotazníků prostřednictvím rozhovoru v soukromí, jiní upřednostnili samostatné vyplnění dotazníku. O účelu výzkumu byli respondenti informováni jak od pracovníků institucí tak i ode mě.

Z hlediska času a nákladů se tento způsob výběru ukázal jako relativně efektivní. Časově náročnější bylo pouze vyplňování dotazníků prostřednictvím rozhovoru přímo s respondenty. Nedostatkem metody je omezení výzkumného vzorku pouze na osoby žijící v konkrétních institucích. Další omezení pak představovali zaměstnanci institucí, jež mi doporučovali respondenty, které považovali za vhodné pro účast na výzkumu (Miovský, 2006). Výběr vzorku může být tímto zkreslen a nálezy učiněné na základě tohoto vzorku mají omezenou platnost, což je třeba mít na paměti při interpretaci a zobecňování závěrů.

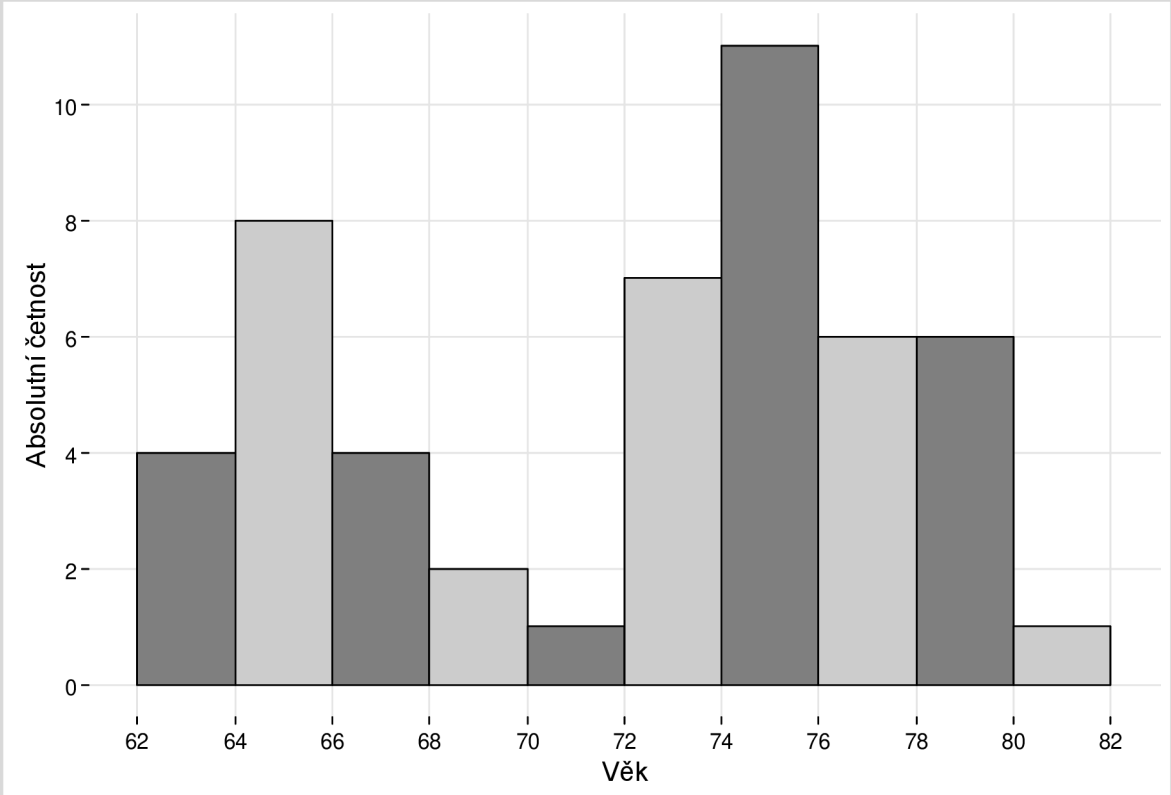
Popis výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořilo celkem 50 respondentů. Ženy převažovaly nad muži přibližně v poměru 3 : 2. Původní soubor byl větší a tvořilo ho 72 respondentů. Nicméně řada dotazníků musela být vyřazena pro jejich neúplné vyplnění



Graf 1 Složení výzkumného souboru z hlediska pohlaví

Průměrný věk respondentů činil 72,44 let (*SD* = 5,55). Podrobněji zachycuje věkové složení výzkumného souboru histogram (graf 2). Průměrný věk mužů (*M* = 73,05; *SD* = 5,29) se signifikantně nelišil od průměrného věku žen (*M* = 72,06; *SD* = 5,72): $t_{(48)} = -0{,}61$, $p = 0{,}545$, $d = 0{,}18$.



Graf 2 Věkové složení výzkumného souboru

Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, nejvíce respondentů (*n* = 20; 40 %) uvedlo, že dokončilo střední školu s maturitou (podrobněji tabulka 1). Pokud jde o rodinný stav respondentů, nejvíce osob (*n* = 28; 56 %) uvedlo, že je v současnosti v manželském svazku (podrobněji tabulka 2). Naprostá většina osob uvedla, že nemá zaměstnání a pobírá důchod (*n* = 49; 98 %); pouze jeden člověk uvedl, že příležitostně pracuje.

Tabulka 1
Složení výzkumného souboru z hlediska vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní škola	1	2,0
Vyučen	10	20,0
Střední škola bez maturity	8	16,0
Střední škola s maturitou	20	40,0
Vysoká škola	11	22.0

Tabulka 2
Složení výzkumného souboru z hlediska rodinného stavu

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženatý/vdaná	28	56,0
Žijící s partnerem/partnerkou	3	6,0
Rozvedený/rozvedená	5	10,0
Vdovec/vdova	14	28,0

Použité metody

Data k výzkumným účelům byly získány prostřednictvím dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD (WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Assessment) a CSI (Coping strategies inventory), které jsou součástí přílohy Diplomové práce.

Dotazník WHOQOL-BREF

Ke zjišťování životní spokojenosti seniorů byly vybrány dotazníky Světové zdravotnické organizace (WHO) WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD, které jsou určeny ke zjišťování kvality života. Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, který mapuje celkem 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualitu), které jsou dále členěny na 24 podoblastí. Dotazník obsahuje 100 položek. Zkrácená verze tohoto dotazníku WHOQOL-BREF mapuje 4

oblasti, kterými jsou fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dotazník je tvořen 26 položkami, které se hodnotí na 5 bodové Likertově škále. Znění položek a škál je převzato z původní verze dotazníku WHOQOL-100 beze změn. Vyplnění WHOQOL-BREF trvá přibližně 5 minut (formou rozhovoru 15 až 20 minut) (Dragomirecká &Bartoňová, 2006).

Tababulka 1

Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

Domény	**Položky**	
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
Dvě samostatné položky	Q1	Kvalita života
	Q2	Spokojenost se zdravím

Zdroj: Dragomirecká & Bartoňová, 2006

Dotazník WHOQOL-OLD

Dotazník WHOQOL-OLD je určen pro osoby vyššího věku. Dotazník mapuje 6 oblastí, které jsou pro tyto osoby důležité. Je to oblast fungování smyslů, nezávislost (schopnost postarat se sám o sebe, soběstačnost), naplnění (dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucna), sociální zapojení (kontakt s lidmi, vykonávání smysluplných činností), postoj ke smrti a umírání, blízké vztahy (intimita). Každá z těchto oblastí je tvořena 4 položkami, dotazník má tedy celkem 24 položek, které se hodnotí na 5 bodové Likertově škále vyjadřující intenzitu, kapacitu nebo spokojenost. Dotazník je možné použít pouze jako dodatkový k WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Tabulka 2

Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

Domény	**Položky**	
Fungování smyslů	F25.1	Vliv na každodenní život
	F25.3	Vliv na činnosti
	F25.4	Vliv na komunikaci
	F25.2	Hodnocení smyslů
Nezávislost	F26.1	Svobodné rozhodování
	F26.2	Rozhodování o budoucnosti
	F26.4	Ostatní respektují svobodu rozhodování
	F26.3	Věnovat se tomu, co mě těší
Naplnění	F27.3	Možnosti něčeho dosáhnout
	F27.4	Zasloužené uznání

	F27.6	Povídat si o minulosti
	F27.1	Na něco se těšit
	F27.2	Přínos společnosti
	F27.5	Spokojenost s dosaženým
Sociální zapojení	F28.6	Izolace
	F28.3	Dostatečně chodit ven
	F28.4	Dostatek činností
	F28.1	Spokojenost s trávením času
	F28.2	Spokojenost s aktivností
	F28.7	Zapojení do místního dění
	F28.5	Smysluplnost činností
Intimita	F30.1	Sdílení myšlenek
	F30.2	Přátelství
	F30.3	Láska
	F30.4	Příležitost někoho milovat
	F30.5	Fyzická blízkost
	F30.6	Míra důvěrnosti
	F30.7	Být milován
Postoj k smrti	F29.1	Strach ze smrti blízkých
	F29.2	Strach jak zemřu
	F29.3	Strach ze ztráty kontroly
	F29.4	Strach z umírání
	F29.5	Strach z bolesti

Pozn.: Šedě vyznačené položky byly jako psychometricky problematické vyloučeny z konečné 24 položkové verze. Zdroj: Dragomirecká & Prajsová, 2009

Dotazník CSI

Ke zjišťování užívaných copingových strategií byl použit dotazník Coping strategies inventory – CSI. Dotazník vychází z Tobinova hierarchického modelu copingových strategií. Účelem dotazníku je zjistit jaké copingové strategie člověk využil při vypořádání se s určitou konkrétní zátěžovou situací. Respondent je na začátku testování požádán, aby si vybavil stresující událost z posledních 2 měsíců a způsob, kterým ji vyřešil, pak zhodnotí pomocí položek v dotazníku. Předpokládá se, že strategie, kterou člověk v této situaci využil, se dá zobecnit i na řešení jiných zátěžových situací, se kterými se člověk ve svém životě setkal nebo setká. Na začátku respondent hodnotí situaci z hlediska míry řešitelnosti, ovlivnitelnosti, závažnosti a zaviněnosti sebou samým na 7 bodové škále. Dále dotazník obsahuje celkem 72 položek vypovídající o užívání 8 různých copingových strategií. Užívání každé z těchto 8 copingových strategií je zjišťováno pomocí 9 položek, u nichž respondenti vyjadřují míru souhlasu či nesouhlasu s tvrzením na Likertově 5 bodové škále. Minimální hodnota, které respondent v určité copingové strategii může dosáhnout je 9 a maximální hodnota je 45. Celkové skór respondenta je dán součtem všech vyznačených hodnot (Balaštíková & Blatný, 2003; Tobin, 1984, 2001).

Tabulka 3

Členění copingových strategií podle Tobinova Hierarchického modelu

Příklonové strategie	Zaměřené na problém	Řešení problému
		Kognitivní restrukturace
	Zaměřené na emoce	Vyjádření emocí
		Sociální podpora
Odklonové strategie	Zaměřené na problém	Vyhýbání se problému
		Fantazijní únik
	Zaměřené na emoce	Sebeobviňování
		Sociální izolace

Zdroj: Balaštíková & Blatný, 2003

Etika výzkumu

Respondenty jsem, ve spolupráci se zaměstnanci vybraných institucí, informovala o záměru výzkumu a o tom, že výzkum je prováděn pro účely diplomové práce. Dále jsem respondenty seznámila s podobou výzkumu, tedy že jim budou předloženy 3 dotazníky (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a CSI). Tyto informace byly před setkáním se zaměstnanci institucí a respondenty poskytnuty vedení institucí. Institucím i respondentům bylo také sděleno, že výzkum je anonymní a dobrovolný, a že je možné kdykoliv v průběhu výzkumu odstoupit od účasti na něm. Respondenti se na základě podaných informací rozhodovali, zda se výzkumu zúčastní. Ti, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, podepsali předložený informovaný souhlas.

Zpracování dat

Data byla zpracována pomocí programu R verze 3.3.1 (R Core Team, 2016). Nejprve byly analyzovány charakteristiky výzkumného vzorku: zastoupení mužů a žen, věkové složení, úroveň vzdělání a rodinný stav. Poté byly vypočteny deskriptivní charakteristiky jednotlivých škál dotazníků BREF, OLD a CSI a jejich vnitřní konzistence. Preference užívání různých copingových strategií byla analyzována pomocí lineárního modelu se smíšenými (fixními a náhodnými) účinky. Souvislost mezi copingovou strategií řešení problémů, respektive problémového příklonu, a kvalitou života byla zkoumána prostřednictvím korelační analýzy (Pearsonovy součinové korelace a parciální korelace). Rozdíly v preferenci copingových strategií mezi muži a ženami byly ověřeny pomocí nezávislých *t*-testů. A rozdíly v kvalitě života mezi muži a ženami, osobami s maturitou a bez maturity a osobami žijícími s partnerem a bez partnera byly zkoumány prostřednictvím robustního *t*-testu (Yuen, 1974; viz také Wilcox, 2012) s 15% ořezanými průměry (vzhledem k nenormálnímu rozdělění a nerovnosti rozptylů většiny škál OLD a BREF) a prostřednictvím Fisherova exaktního testu (v případě jednopoložkových škál BREF). Jednovýběrový Wilcoxonův test byl použit za účelem zjištění toho, jak respondenti vnímají stresové situace z hlediska řešitelnosti, ovlivnitelnosti, závažnosti a osobního zavinění. Nakonec byly provedeny dvě lineární regresní analýzy s demografickými proměnnými jako prediktory a celkovou kvalitou života (celkový skór BREF a OLD) jako závislými proměnnými. Kvůli množství provedených testů a zvýšené pravděpodobnosti chyby I. druhu byla zvolena konzervativnější hladina statistické významnosti: za signifikantní byly pokládány výsledky na hladině 0,01.

VÝSLEDKY

Deskriptivní statistiky měřených proměnných včetně vnitřní konzistence jednotlivých škál ukazuje tabulka 4. Jak můžeme vidět, vnitřní konzistence jednotlivých škál se většinou pohybovala od 0,66 (což je hodnota ještě přijatelná pro výzkumné účely) po vynikajících 0,93. Jediná škálou s nepřijatelně nízkou vnitřní konzistencí byla škála CSI Vyhýbání se problémům. Tato škála byla tudíž z další analýzy vyřazena.

Tabulka 4

Deskriptivní statistiky škál a subškál dotazníků BREF, OLD a CSI

	M	*SD*	*Med*	*MAD*	*α*
BREF Kvalita života[1]	3,76	0,52	4,00	0,00	–
BREF Spokojenost se zdravím[1]	3,28	0,64	3,00	0,00	–
BREF Fyzické zdraví	3,25	0,61	3,21	0,53	0,84
BREF Prožívání	3,53	0,57	3,67	0,49	0,79
BREF Sociální vztahy	3,30	0,68	3,33	0,49	0,68
BREF Prostředí	3,49	0,60	3,56	0,46	0,80
BREF Celkem	3,39	0,53	3,51	0,39	0,93
OLD Fungování smyslů	3,52	0,64	3,50	0,74	0,81
OLD Nezávislost	3,40	0,68	3,38	0,74	0,81
OLD Naplnění	3,25	0,57	3,25	0,37	0,71
OLD Sociální zapojení	3,42	0,70	3,50	0,56	0,81
OLD Smrt a umírání	3,56	0,98	3,75	1,11	0,90
OLD Blízké vztahy	3,37	0,83	3,33	0,49	0,90
OLD Celkem	3,42	0,53	3,49	0,43	0,91
CSI Řešení problémů	3,11	0,88	3,14	0,85	0,80
CSI Kognitivní restrukturace	3,19	0,65	3,25	0,74	0,71
CSI Projev emocí	2,52	0,77	2,38	0,65	0,76
CSI Sociální podpora	3,23	0,88	3,38	0,93	0,81
CSI Vyhýbání se problémům	2,61	0,62	2,57	0,42	0,55
CSI Plané naděje	3,08	0,55	3,06	0,41	0,80
CSI Sebekritika	2,21	0,85	2,22	0,99	0,86
CSI Sociální stažení	2,49	0,68	2,44	0,65	0,66

Poznámka. M = aritmetický průměr, *SD* = směrodatná odchylka, *Med* = medián, *MAD* = medián absolutních odchylek (od mediánu), *α* = vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa). [1]Jednopoložkové škály, pro které nelze vypočíst vnitřní konzistenci.

Pomocí obsahové analýzy byly vymezeny 4 kategorie problémů (viz tabulka 5), se kterými se staří lidé potýkají. Hlavními kategoriemi jsou zdravotní problémy, úmrtí partnera a konflikty ve vztazích. Poslední kategorii tvoří poměrně různorodé situace.

Tabulka 5
Zátěžové situace

zátěžová situace	muži	ženy	dohromady
zdravotní problémy	10	15	25
úmrtí partnera	1	5	6
konflikty ve vztazích	3	7	10
jiné problémy	5	4	9

Pomocí jednovýběrového Wilcoxonova testu bylo zkoumáno, zda respondenti vnímají stresové situace spíše jako řešitelné, ovlivnitelné, nezávažné a nezaviněné jimi osobně, nebo naopak jako neřešitelné, neovlivnitelné, závažné a zaviněné jimi osobně. Tento test ověřuje nulovou hypotézu, že rozdělení dané proměnné je symetrické kolem určité hodnoty (v našem případě se jednalo o hodnotu 4, protože ta představovala střed sedmibodové škály, tedy neutrální odpověď). Jak ukazuje tabulka 6, respondenti hodnotili stresové situace signifikantně více jako řešitelné a nezaviněné jimi samotnými, zatímco hodnocení ovlivnitelnosti a závažnosti se signifikantně nelišili od neutrálního bodu škály.

Tabulka 6
Vyhraněnost ve vnímání stresových situací – jednovýběrový Wilcoxonův test

Jendopoložkové škály CSI	*V*	*p*	*Med*	99% CI pro *Med*	
				spodní	vrchní
řešitelnost – neřešitelnost	204,0	0,002	2,75	2,0	4,0
ovlivnitelnost – neovlivnitelnost	348,0	0,186	2,75	2,5	4,5
závažnost – nezávažnost	295,5	0,076	3,25	2,0	4,5
zaviněnost – nezaviněnost	809,0	< 0,001	5,75	4,5	6,5

Poznámka. V = testové kritérium, *p* = statistická významnost (oboustranné testy), *Med* = odhad (pseudo)mediánu, CI = interval spolehlivosti. Počet osob = 50.

K ověření hypotézy č. 1 (seniory nejčastěji užívanými copingovými strategiemi jsou strategie problémového příklonu) byl použit lineární smíšený model. První (nulový) model zahrnoval pouze konstantu (průsečík). Druhý model zahrnoval jako náhodný efekt průsečík napříč osobami, ale vedl k signifikantně vyšší shodě s daty $\chi^2_{(1)}$ = 1,18, p = 0,278. Třetí, finální model zahrnoval navíc jako fixní efekt typ užívané copingové strategie druhého řádu a vedl ve srovnání s druhým model k signifikantnímu zlepšení shody s daty: $\chi^2_{(3)}$ = 42,74, p < 0,001. Parametry tohoto modelu zachycuje tabulka 7. Jak můžeme vidět, respondenti preferovali strategie problémového příklonu signifikantně více než strategie problémového odklonu (β = –0,248, p < 0,001) a emočního odklonu (β = –0,491, p < 0,001). U strategií emočního příklonu příklonu (β = –0,132, p > 0,001) nebyl nalezen signifikantní rozdíl.

Tabulka 7
Lineární smíšený model s mírou užívání copingových strategií jako závisle proměnnou – fixní efekty

Prediktory	*b*	SE_b	*t*	*p*	*β*
Konstanta	3,120	0,091	34,275	< 0,001	
Problémový příklon vs.					
Emoční příklon	–0,214	0,119	–1,801	0,074	–0,132
Problémový odklon	–0,401	0,119	–3,374	0,001	–0,248
Emoční odklon	–0,795	0,119	–6,695	< 0,001	–0,491

Poznámka. b = nestandardizovaný koeficient, *SE* = jeho standardní chyba, *t* = hodnota testového kritéria, *p* = statistická významnost (oboustranné testy), *β* = standardizovaný koeficient. Stupně volnosti pro všechny prediktory: *df* = 147.

Bližší pohled na strategii řešení problému pomocí lineárního smíšeného modelu. První (nulový) model zahrnoval pouze konstantu (průsečík). Druhý model zahrnoval jako náhodný efekt průsečík napříč osobami a vedl k signifikantně vyšší shodě s daty: $\chi^2_{(1)}$ = 7,36, p = 0,067. Třetí, finální model zahrnoval navíc fixní efekt typu užívané copingové strategie a vedl ve srovnání s druhým model k signifikantnímu zlepšení shody s daty: $\chi^2_{(7)}$ = 92,10, p < 0,001. Parametry tohoto modelu zachycuje tabulka 8. Jak můžeme vidět, respondenti uplatňovali copingové strategie projevu emocí (β = –0,243, p < 0,001), sebekritiky (β = –0,372, p < 0,001) a sociálního stažení (β = –0,254, p < 0,001) signifikantně méně než strategii řešení problémů. Ve využívání strategie řešení problémů na jedné straně a strategií kognitivní restrukturace a sociální podpory na straně druhé nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly.

Tabulka 8

Lineární smíšený model s mírou užívání copingových strategií druhé řádu jako závisle proměnnou – fixní efekty

Prediktory	*b*	SE_b	*t*	*p*	*β*
Konstanta	3,106	0,108	28,869	< 0,001	
Řešení problémů vs.					
Kognitivní restrukturace	0,079	0,139	0,569	0,570	0,033
Projev emocí	–0,586	0,139	–4,206	< 0,001	–0,243
Sociální podpora	0,129	0,139	0,928	0,354	0,054
Plané naděje	–0,026	0,139	–0,185	0,854	–0,011
Sebekritika	–0,897	0,139	–6,440	< 0,001	–0,372
Sociální stažení	–0,613	0,139	–4,404	< 0,001	–0,254

Poznámka. b = nestandardizovaný koeficient, *SE* = jeho standardní chyba, *t* = hodnota testového kritéria, *p* = statistická významnost (oboustranné testy), *β* = standardizovaný koeficient. Stupně volnosti pro všechny prediktory: *df* = 294.

Hypotéza č. 2 (příklonové strategie zaměřené na problém jsou efektivnější a jejich užívání má proto souvislost s vyšší mírou životní spokojenosti) byla ověřována pomocí korelační analýzy. Jak ukazuje tabulka 9, hypotézu č. 2 lze zamítnout: většina pozorovaných korelací nabývala záporných hodnot (kromě BREF Spokojenosti se zdravím). Navíc většina korelací nebyla signifikantních na úrovni 0,01 (kromě korelace mezi problémovým příklonem a OLD Nezávislost).

Tabulka 9

Korelace mezi copingovou strategií problémového příklonu a škálami BREF a OLD

Korelace CSI Problémový příklon s:	*r*	*p*	99% interval spolehlivosti	
			spodní	vrchní
BREF Kvalita života	–0,07[a]	0,746	–0,47	0,33
BREF Spokojenost se zdravím	0,26[a]	0,149	–0,08	0,52
BREF Fyzické zdraví	–0,22	0,119	–0,54	0,15
BREF Prožívání	0,01	0,930	–0,35	0,37
BREF Sociální vztahy	–0,33	0,021	–0,61	0,04
BREF Prostředí	–0,12	0,388	–0,46	0,25
BREF Celkem	–0,20	0,165	–0,52	0,17
OLD Fungování smyslů	–0,07	0,608	–0,42	0,29
OLD Nezávislost	–0,38	0,005	–0,65	–0,03
OLD Naplnění	–0,21	0,145	–0,53	0,16
OLD Sociální zapojení	–0,27	0,058	–0,57	0,10
OLD Smrt a umírání	–0,08	0,602	–0,42	0,29
OLD Blízké vztahy	–0,23	0,104	–0,55	0,14
OLD Celkem	–0,28	0,051	–0,58	0,09

Poznámka. r = hodnota Pearsonovy korelace (v případě horního indexu [a] hodnota polyseriální korelace), *p* = statistická významnost (oboustranné testy). Stupně volnosti pro všechny testy: *df* = 48.

Bližší pohled na strategii řešení problému pomocí korelační analýzy. Jak ukazuje tabulka 10, některé pozorované korelace byly sice signifikantní na hladině 0,01 (pro oboustranné testy), ale nabývaly opačné hodnoty, než se očekávalo: míra užívání copingové strategie řešení problémů korelovala se všemi škálami BREF a OLD záporně. Pro tento překvapivý výsledek se nabízí několik vysvětlení. Je možné, že tento vztah je zprostředkován jinými proměnnými. Například korelace mezi užíváním strategie řešení problémů a sociálním stažením činila $r_{(48)} = 0{,}57$, $p < 0{,}001$, 99% CI: 0,26; 0,77) a korelace mezi užíváním strategie řešení problémů a sebekritikou činila $r_{(48)} = 0{,}35$, $p = 0{,}005$, 99% CI: 0,03; 0,65), zatímco korelace mezi užíváním strategie řešení problémů a sociální podporou činila $r_{(48)} = -0{,}19$, $p = 0{,}188$, 99% CI: –0,51; 0,18).

Tabulka 10

Korelace mezi copingovou strategií řešení problémů a škálami BREF a OLD

Korelace CSI Řešení problémů s:	*r*	*p*	99% interval spolehlivosti	
			spodní	vrchní
BREF Kvalita života	–0,18[a]	0,648	–0,67	0,31
BREF Spokojenost se zdravím	–0,04[a]	0,793	–0,54	0,45
BREF Fyzické zdraví	–0,32	0,025	–0,61	0,05
BREF Prožívání	–0,13	0,359	–0,47	0,24
BREF Sociální vztahy	–0,44	0,001	–0,69	–0,10
BREF Prostředí	–0,24	0,091	–0,55	0,13
BREF Celkem	–0,33	0,017	–0,62	0,03
OLD Fungování smyslů	–0,24	0,091	–0,55	0,13
OLD Nezávislost	–0,40	0,004	–0,66	–0,04
OLD Naplnění	–0,34	0,014	–0,63	0,02
OLD Sociální zapojení	–0,35	0,012	–0,63	0,01
OLD Smrt a umírání	–0,23	0,103	–0,55	0,14
OLD Blízké vztahy	–0,35	0,012	–0,63	0,01
OLD Celkem	–0,44	0,002	–0,68	–0,09

Poznámka. *r* = hodnota Pearsonovy korelace (v případě horního indexu [a] hodnota polyseriální korelace), *p* = statistická významnost (oboustranné testy). Stupně volnosti pro všechny testy: *df* = 48.

Tyto proměnné tudíž mohou působit jako potenciální mediátory vztahu mezi copingovou strategií řešení problémů a kvalitou života. Po kontrole vlivu ostatních copingových strategií prostřednictvím parciálních korelací nedosáhl žádný vztah mezi copingovou strategií řešení problémů a škálami BREF a OLD statistické významnosti ani na úrovni 0,05 (tj. všechna $p > 0{,}05$; viz tabulka 11).

Tabulka 11

Parciální korelace mezi copingovou strategií řešení problémů a škálami BREF a OLD

Korelace CSI Řešení problémů s:	r_p	p	99% interval spolehlivosti	
			spodní	vrchní
BREF Fyzické zdraví	–0,15	0,331	–0,50	0,25
BREF Prožívání	0,07	0,647	–0,32	0,44
BREF Sociální vztahy	–0,19	0,229	–0,53	0,21
BREF Prostředí	0,04	0,781	–0,34	0,43
BREF Celkem	–0,07	0,647	–0,44	0,32
OLD Fungování smyslů	–0,05	0,756	–0,46	0,30
OLD Nezávislost	–0,09	0,551	–0,56	0,17
OLD Naplnění	–0,22	0,139	–0,56	0,17
OLD Sociální zapojení	–0,13	0,385	–0,49	0,26
OLD Smrt a umírání	0,05	0,769	–0,42	0,34
OLD Blízké vztahy	–0,29	0,058	–0,60	0,11
OLD Celkem	–0,21	0,172	–0,55	0,19

Poznámka. r = parciální korelace, p = statistická významnost (oboustranné testy). Stupně volnosti pro všechny testy: $df = 42$. Kontrolované proměnné: CSI Kognitivní restrukturace, Projev emocí, Sociální podpora, Plané naděje, Sebekritika, Sociální stažení.

Hypotéza č. 3 (starší muži užívají více copingové strategie zaměřené na problém, zatímco starší ženy copingové strategie zaměřené na emoce) byla ověřována prostřednictvím série nezávislým *t*-testů. Jak ukazuje tabulka 12, žádný rozdíl nebyl statisticky významný na hladině 0,01. Velikosti účinků pro pozorované rozdíly lze označit malé až zanedbatelné. Jediný výraznější rozdíl (Cohenovo d = –0,69, tj. střední velikost účinku) mezi muži a ženami, nacházející se na hranici statistické významnosti (p = 0,011), byl pozorován v případě využívání sociální podpory (ženy tuto strategii využívaly častěji než muži).

Tabulka 12

Srovnání mužů a žen z hlediska využívání copingových strategií pomocí nezávislých t-testů

	Muži (n = 19)		Ženy (n = 31)		t	p	d
	M	*SD*	*M*	*SD*			
CSI Řešení problémů[1]	3,12	0,88	3,10	0,89	0,09	0,464	0,03
CSI Kognitivní restrukturace[1]	3,14	0,47	3,21	0,75	–0,34	0,631	–0,10
CSI Projev emocí[2]	2,39	0,57	2,60	0,87	–0,95	0,174	–0,27
CSI Sociální podpora[2]	2,88	0,90	3,46	0,80	–2,38	0,011	–0,69
CSI Plané naděje[1]	3,06	0,34	3,09	0,66	–0,21	0,584	–0,06
CSI Sebekritika[2]	2,39	0,90	2,10	0,80	1,20	0,883	0,35
CSI Sociální stažení[2]	2,43	0,42	2,53	0,81	–0,47	0,321	–0,14

Poznámka. n = počet případů, M = aritmetický průměr, SD = směrodatná odchylka, t = testové kritérium, p = statistická významnost (jednostranné testy), d = velikost účinku (Cohenovo d). Stupně volnosti pro všechny testy: df = 48. [1]Škály, kde se předpokládal vyšší skór mužů.[2]Škály, kde se předpokládal vyšší skór žen.

Hypotéza č. 4 (muži dosahují ve stáří vyšší životní spokojenosti než ženy) byla ověřována pomocí nezávislého robustního *t*-testu s 15% ořezanými průměry (jedná se robustní variantu standardního t-testu robustní vůči nerovnosti rozptylů a nenormálnímu rozložení dat), ale také pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát (v případě jednopoložkových škál BREF Kvalita života a Spokojenost se zdravím). Tabulka 13 ukazuje, že jediný signifikantní rozdíl mezi muži a ženami byl pozorován na škále BREF prostředí, a to ve prospěch mužů (d = 0,63). Na hranici statistické významnosti (p = 0,018) se nacházel rozdíl mezi muži a ženami na škále OLD Smrt a umírání, opět ve prospěch mužů (střední velikost účinku, d = 0,56). Podle celkového profilu výsledků dosahují muži v průměru vyššího skóru než ženy na většině škál BREF a OLD, ale mnohdy jde o zanedbatelné rozdíly (s nízkou velikostí účinku).

Tabulka 13
Srovnání mužů a žen z hlediska škál BREF a OLD

	Muži (n = 19)		Ženy (n = 31)		Y	df	p	d
	M_t	SD_w	M_t	SD_w				
BREF Fyzické zdraví	3,30	0,11	3,27	0,26	0,16	35,9	0,437	0,04
BREF Prožívání	3,70	0,03	3,49	0,23	1,45	31,7	0,079	0,35
BREF Sociální vztahy	3,36	0,07	3,35	0,34	0,05	31,3	0,482	0,01
BREF Prostředí	3,74	0,05	3,39	0,22	2,57	33,9	0,008	0,63
BREF Celkem	3,52	0,03	3,39	0,19	1,01	29,1	0,160	0,24
OLD Fungování smyslů	3,55	0,14	3,57	0,36	0,08	35,6	0,532	–0,02
OLD Nezávislost	3,37	0,19	3,45	0,38	0,39	36,0	0,650	–0,10
OLD Naplnění	3,33	0,06	3,24	0,17	0,70	35,9	0,246	0,17
OLD Sociální zapojení	3,50	0,16	3,49	0,29	0,06	34,3	0,477	0,02
OLD Smrt a umírání	4,02	0,28	3,38	0,81	2,17	36,0	0,018	0,56
OLD Blízké vztahy	3,51	0,03	3,29	0,44	1,31	26,0	0,102	0,30
OLD Celkem	3,52	0,08	3,41	0,17	0,80	35,9	0,215	0,20

Poznámka. n = počet případů, M_t = 15% ořezaný průměr, SD_w = 15% winsorizovaná směrodatná odchylka, Y = testové kritérium, df = stupně volnosti, p = statistická významnost (jednostranné testy), d = velikost účinku (robustní Cohenovo d vycházející ze srovnání 15% ořezaných průměrů).

Podle Fisherova exaktního testu (jednostranné $p = 0{,}006$) muži hodnotili svou kvalitu života (BREF) signifikantně pozitivněji než ženy (viz tabulka 14).

Tabulka 14
Srovnání mužů a žen z hlediska proměnné BREF Kvalita života

BREF Kvalita života	Muži		Ženy		Celkem
Špatná	0	(0,8)	2	(1,2)	2
Ani dobrá, ani špatná	0	(3,0)	8	(5,0)	8
Dobrá	19	(15,2)	21	(24,8)	40
Celkem	19		31		50

Poznámka. V závorkách jsou uvedeny očekávané četnosti.

Dodatečné analýzy

Při výpočtech jsem se také zaměřila na to, zda lidé s vyšším vzděláním dosahují vyšší spokojenosti než lidé s nižším vzděláním. K výpočtu byla opět využita série robustních *t*-testů s 15% ořezanými průměry a Fisherův exaktní test. Vzhledem k nízkému počtu osob byly sloučeny osoby se základní školou, výučním listem či střední školou bez maturity do kategorie „bez maturity" (n = 19; 38 %) a osoby se střední školou s maturitou a s vysokou školou do kategorie „s maturitou" (n = 31; 62 %). Jak ukazuje tabulka 15, signifikantně vyššího skóru dosahovali osoby s maturitou pouze na škále BREF Fyzické zdraví (d = 0,73)

Tabulka 15

Srovnání osob s maturitou a bez maturity z hlediska škál BREF a OLD

	Bez maturity (n = 19)		S maturitou (n = 31)		Y	df	p	d
	M_t	SD_w	M_t	SD_w				
BREF Fyzické zdraví	3,03	0,13	3,46	0,16	2,62	30,9	0,007	0,73
BREF Prožívání	3,46	0,19	3,67	0,07	1,27	18,4	0,111	0,41
BREF Sociální vztahy	3,27	0,12	3,45	0,19	1,04	31,1	0,153	0,29
BREF Prostředí	3,59	0,17	3,53	0,13	0,38	27,3	0,648	–0,11
BREF Celkem	3,37	0,07	3,54	0,12	1,44	35,5	0,080	0,38
OLD Fungování smyslů	3,42	0,18	3,65	0,18	1,28	28,0	0,105	0,37
OLD Nezávislost	3,32	0,24	3,45	0,27	0,65	33,0	0,259	0,17
OLD Naplnění	3,22	0,07	3,33	0,11	0,74	28,4	0,233	0,21
OLD Sociální zapojení	3,30	0,25	3,63	0,18	1,80	28,1	0,041	0,51
OLD Smrt a umírání	3,63	0,75	3,66	0,57	0,09	28,4	0,465	0,03
OLD Blízké vztahy	3,24	0,20	3,52	0,23	1,30	31,0	0,101	0,36
OLD Celkem	3,34	0,12	3,55	0,08	1,58	23,8	0,063	0,47

Poznámka. n = počet případů, M_t = 15% ořezaný průměr, SD_w = 15% winsorizovaná směrodatná odchylka, Y = testové kritérium, df = stupně volnosti, p = statistická významnost (jednostranné testy), d = velikost účinku (robustní Cohenovo d vycházející ze srovnání 15% ořezaných průměrů).

Fisherův exaktní test následně ukázal, že osoby s maturitou a bez maturity se signifikantně neliší z hlediska proměnné BREF Kvalita života (p = 0,096), ačkoli osoby s maturitou uváděly vyšší kvalitu života o něco častěji (viz tabulka 16).

Tabulka 16

Srovnání osob s maturitou a bez maturity z hlediska proměnné BREF Kvalita života

BREF Kvalita života	Bez maturity		S maturitou		Celkem
Špatná	2	(0,8)	0	(1,2)	2
Ani dobrá, ani špatná	4	(3,0)	4	(5,0)	8
Dobrá	13	(15,2)	27	(24,8)	40
Celkem	19		31		50

Poznámka. V závorkách jsou uvedeny očekávané četnosti.

Zaměřila jsem se také na to, zda lidé žijící s partnerem vykazují jinou úroveň kvality života, než lidé žijící bez partnera. Toto bylo ověřováno opět pomocí série robustních *t*-testů s 15% ořezanými průměry a pomocí Fisherova exaktního testu. Jak ukazuje tabulka 17, jediný signifikantní rozdíl se vyskytl na škále OLD Nezávislost, kde osoby bez partnera dosahovaly signifikantně vyššího skóru než osoby s partnerem (d = 0,77). Fisherův exaktní test pak ukázal, že osoby s partnerem dosahují na škále BREF Kvalita života vyššího skóru (viz tabulka 17), ale nikoli signifikantně na hladině 0,01 (p = 0,040)

Tabulka 17

Srovnání osob s partnerem a bez partnera z hlediska škál BREF a OLD

	Bez partnera (n = 19)		S partnerem (n = 31)		Y	df	p	d
	M_t	SD_w	M_t	SD_w				
BREF Fyzické zdraví	3,31	0,18	3,25	0,18	0,31	27,2	0,760	0,09
BREF Prožívání	3,48	0,25	3,65	0,04	0,97	17,1	0,347	–0,32
BREF Sociální vztahy	3,36	0,17	3,39	0,19	0,20	31,3	0,843	–0,06
BREF Prostředí	3,54	0,22	3,55	0,11	0,07	22,3	0,944	–0,02
BREF Celkem	3,46	0,14	3,47	0,06	0,10	23,1	0,921	–0,03
OLD Fungování smyslů	3,72	0,30	3,46	0,15	1,10	19,4	0,283	0,35
OLD Nezávislost	3,70	0,16	3,21	0,23	2,80	32,3	0,009	0,77
OLD Naplnění	3,33	0,09	3,26	0,11	0,54	31,9	0,591	0,15
OLD Sociální zapojení	3,50	0,16	3,50	0,25	0,00	35,5	1,000	0,00
OLD Smrt a umírání	3,60	0,80	3,67	0,61	0,22	26,8	0,827	–0,06
OLD Blízké vztahy	3,24	0,41	3,48	0,17	1,10	22,0	0,282	–0,34
OLD Celkem	3,51	0,12	3,43	0,09	0,54	23,8	0,594	0,16

Poznámka. n = počet případů, M_t = 15% ořezaný průměr, SD_w = 15% winsorizovaná směrodatná odchylka, Y = testové kritérium, df = stupně volnosti, p = statistická významnost (jednostranné testy), d = velikost účinku (robustní Cohenovo d vycházející ze srovnání 15% ořezaných průměrů).

Další Fisherův exaktní test ukázal, že se osoby s partnerem a bez partnera signifikantně neliší, co se týče proměnné BREF Kvalita žiovta (p = 0,105), viz též tabulka 18.

Tabulka 18

Srovnání osob s partnerem a bez partnera hlediska proměnné BREF Kvalita žiovta

BREF Kvalita života	Bez partnera		S partnerem		Celkem
Špatná	4	(1,9)	1	(3,1)	2
Ani dobrá, ani špatná	10	(9,9)	16	(16,1)	8
Dobrá	5	(7,2)	14	(11,8)	40
Celkem	19		31		50

Poznámka. V závorkách jsou uvedeny očekávané četnosti.

Nakonec byly provedeny dvě lineární regresní analýzy. V první analýze byl závisle proměnnou celkový skór BREF, v druhé analýze byl závisle proměnnou celkový skór OLD. V obou případech byl prediktorem věk, pohlaví, vzdělání a partnerský vztah. Ani první model [$F_{(4; 45)} = 1{,}12$, $p = 0{,}359$, $R^2 = 0{,}091$; adj. $R^2 = 0{,}010$], ani druhý model nebyl statisticky významný [$F_{(4; 45)} = 1{,}17$, $p = 0{,}337$, $R^2 = 0{,}094$; adj. $R^2 = 0{,}014$], což však může být dáno malou statistickou silou (odhad pozorované statistické síly činil pouze 0,36). V obou případech však ženy uváděly o něco nižší kvalitu života, než muži a osoby s maturitou uváděly vyšší kvalitu života, než osoby bez maturity. Parametry obou modelů uvádí tabulka 19.

Tabulka 19

Lineární regrese s celkovým skórem BREF a OLD jako závisle proměnnými

Modely a prediktory	*b*	SE_b	*t*	*p*	*β*
Model 1 (BREF)					
Konstanta	2,862	1,052	2,720	0,009	
Věk	0,008	0,014	0,550	0,585	0,079
Pohlaví – žena	–0,244	0,161	–1,516	0,136	–0,224
Vzdělání – maturita	0,232	0,157	1,479	0,146	0,213
Partnerský vztah	–0,031	0,160	–0,195	0,846	–0,029
Model 2 (OLD)					
Konstanta	3,581	1,043	3,433	0,001	
Věk	–0,002	0,014	–0,117	0,908	–0,017
Pohlaví – žena	–0,234	0,159	–1,472	0,148	–0,217
Vzdělání – maturita	0,270	0,155	1,736	0,089	0,249
Partnerský vztah	–0,105	0,158	–0,666	0,509	–0,097

Poznámka. *b* = nestandardizovaný regresní koeficient, SE_b = jeho standardní chyba, *t* = hodnota testového kritéria, *p* = statistická významnost (oboustranné testy), *β* = standardizovaný regresní koeficient. Stupně volnosti pro všechny prediktory: *df* = 45. Kódování kategorických proměnných: pohlaví [0 = muž, 1 = žena], vzdělání [0 = bez maturity, 1 = s maturitou], partnerský vztah [0 = nemá manžela/manželku nebo partnera/partnerku, 1 = má manžela/manželku nebo partnera/partnerku].

DISKUZE

Zhodnocení hypotéz na základě vyhodnocení dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a CSI pomocí programu R verze 3.3.1.

H1: **Starými lidmi nejčastěji užívanými copingovými strategiemi jsou příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému)**.

H2: **Příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému) jsou obecně považovány za efektivnější a jejich užívání má proto souvislost s vyšší mírou životní spokojenosti ve stáří**.

H3: **Muži užívají při zvládání zátěže více copingové strategie zaměřené na problém, zatímco ženy copingové strategie zaměřené na emoce**.

H4: **Muži dosahují ve stáří vyšší životní spokojenosti než ženy**.

Všichni lidé stárnou a v jejich životech se s postupujícím věkem odehrává řada změn. Podle Kalvacha (2011) je stárnutí přirozeným a biologicky zákonitým procesem, během kterého dochází ke snižování adaptačních schopností a ubývání funkční rezervy organismu. Stárnutí není homogenní proces (Ouwehand, De Ridder, & Bensing, 2007), ale liší se v závislosti na konkrétních okolnostech v životě daného člověka. Staří lidé se musejí vyrovnávat s řadou zátěžových událostí, jež jsou specifické pro toto vývojové období, jako odchod do důchodu, přibývání zdravotních problémů, omezení sociálních kontaktů a úmrtí partnera (Krzemien, Urquijo, & Monchietti, 2004; Martin, Kliegel, Rott, Poon, & Johnson, 2008; Menninger, 1999; Urquijo, Monchietti, & Krzemien, 2008). Tyto události mohu být starými lidmi vnímány jako obtížně kontrolovatelné (Stefani & Feldberg, 2006) a mohu tak vést ke snížení psychického zdraví a životní spokojenosti, pokud se s nimi nejsou schopni adekvátně vypořádat (Villar, 1997). Způsob, jakým se lidé vyrovnávají se zátěžovými situacemi, determinuje vliv, jaký tyto situace budou mít na jejich životní spokojenost (Englbrecht et al., 2012; Gustems-Carnicers & Calderón, 2013; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Životní spokojenost nemá jednoznačnou definici, nejčastěji je spojována s psychickou pohodou, radostí a veselím nebo u starších lidí může znamenat klid a pokoj (Křivohlavý, 2010). Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgome-

ry a Blane (2006) zjistili z dat první vlny Anglické longitudální studie stárnutí (ELSA), že životní spokojenost stoupá od věku 50 let do 68 let a poté postupně klesá. Zaninotto, Falaschetti & Sacker (2009) využili data ze třetí vlny ELSA a nezjistili žádnou spojitost mezi počátkem stáří a životní spokojeností. V České republice se životní spokojeností zabývali například Šolcová a Kebza (2005). Z dat reprezentativního souboru české populace podle těchto autorů nevyplynulo, že by životní spokojenost byla ovlivněna pohlavím nebo věkem. Životní spokojenost je podle regresní analýzy ovlivněna úrovní sebeuplatnění, místem lokalizace kontroly, subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a úrovní vzdělání.

Ve své práci se zabývám užíváním copingových strategií a jejich souvislostí s životní spokojeností u seniorů. Podle Jonker, Comijs, Knipsehcer a Deeg (2009 in Tomás et al., 2012) jsou copingové strategie důležitým prediktorem životní spokojenosti.

Hyptéza č. 1 se týká toho, zda nejčastěji užívanými copingovými strategiemi mezi starými lidmi jsou příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému). Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek (1987 in Bertrand & Lachman, 2003) ve svém výzkumu zjistili, že starší lidé využívají při zvládání zátěže strategie zaměřené na emoce častěji než mladší lidé. Nicméně Aldwin (1991 in Bertrand & Lachman, 2003) toto zjištění ve svém výzkumu nepotvrdil. Naopak ve své studii zjistil, že starší lidé využívají na problém zaměřené strategie stejně jako mladší lidé a méně užívají strategie zaměřené na emoce. Rovněž další autoři zjistili, že staří lidé užívají na obdobné nebo vyšší úrovni na problém zaměřené strategie v porovnání s mladými lidmi (Blanchard-Fileds, Sulsky, & Robinson-Whelen, 1991; Felton & Ravenson, 1987; Irion & Blanchard-fields, 1987 in Aldwin et al., 1996). V mém výzkumu se ukázalo, že starší lidé při vyrovnávání se se zátěží nejčastěji využívají příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému, kognitivní restrukturace), které souvisejí s aktivním řešením problému. Proto se zde blíže podíváme právě na strategii řešení problému ve vztahu ke strategiím ostatním. Ukázalo se, že respondenti uplatňovali copingové strategie projevu emocí, sebekritiky a sociálního stažení signifikantně méně než strategii řešení problému. Mezi využíváním strategie řešení problému a strategie kognitivní restrukturace a strategie sociální podpory pak nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Obecně bylo zjištěno, že starší lidé preferovali příklonové strategie zaměřené na problém signifikantně více než odklonové strategie zaměřené na problém (vyhýbání se problému, fantazijní únik) a odklonové strategie zaměřené na emoce (sebeobviňování, sociální izolace). Příklonové strategie zaměřené na emoce (vyjádření emocí, sociální podpora) byly respondenty také preferovány méně v porovnání s příklonovými strategiemi zaměřenými na problém, rozdíl zde však nebyl signifikantní, což mohlo být způsobeno větším zastoupením žen ve výzkumném souboru. Ženy například podle Gurňákové (2000) či Wilsona a Pritcharda (2005) využívají častěji příklonové strategie zaměřené na emoce

(sociální opora). Výzkum tedy v podstatě potvrdil zjištění vycházející z jiných výzkumů a to, že nejčastěji užívanými strategiemi jsou příklonové strategie zaměřené na problém.

V Hypotéze č. 2 se zaměřuji na to, zda příklonové strategie zaměřené na problém (řešení problému), jež jsou považovány za efektivnější při vyrovnávání se se zátěží, mají souvislost s vyšší mírou životní spokojenosti. Blatný a Osecká (1998) zjistili, že lidé využívající strategie kognitivní restrukturace vykazují vyšší míru životní spokojenosti. Strategie kognitivní restrukturace a také strategie aktivního řešení problémů jsou spojeny s vyšší efektivitou copingu, na rozdíl od strategií vyjadřování emocí, jež jsou spojeny spíše s bezmocností. Užívání těchto efektivních copingových strategií se pozitivně odráží v celkovém vnímání vlastního zdraví, což ukazuje, že tyto copingové strategie přispívají k životní spokojenosti. Užívání příklonových na problém zaměřených copingových strategií by tedy mělo mít pozitivní vliv na fyzický i psychický stav, který je indikátorem životní spokojenosti (Englbrecht et al., 2012). Paula Júnior & Zanini (2011) poukazují na to, že tyto strategie jsou spojeny s lepší schopností adaptace, vyšší úrovní resilence a pozitivních emocí. Také Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra, & Guedea (2006) tvrdí, že vyšší životní spokojenost a prožívání pozitivních emocí je spojeno s copingovými strategiemi zaměřenými na problém. Výsledky mého výzkumu ovšem ukazují, že většina pozorovaných korelací mezi příklonovými strategiemi zaměřenými na problém a škálami BREF a OLD nabývala záporných hodnot (kromě BREF Spokojenosti se zdravím). Navíc většina korelací nebyla signifikantních na úrovni 0,01 (kromě korelace mezi problémovým příklonem a OLD Nezávislost). Také míra užívání copingové strategie řešení problémů korelovala se všemi škálami BREF a OLD záporně. Je možné, že tento vztah je zprostředkován jinými proměnnými, kterými jsou strategie sociálního stažení, sebekritiky a sociální podpory. Tyto proměnné tudíž mohou působit jako potenciální mediátory vztahu mezi copingovou strategií řešení problémů a kvalitou života. Po kontrole vlivu ostatních copingových strategií prostřednictvím parciálních korelací nedosáhl žádný vztah mezi copingovou strategií řešení problémů a škálami BRIEF a OLD statistické významnosti. Výsledek by bylo také možné vysvětlit tím, že při využívání příklonových strategií zaměřených na problém nedochází k vyřešení dané zátěžové situace a tudíž nedochází ke zvýšení životní spokojenosti. Zátěžové situace, které respondenti nejčastěji uváděli, se týkaly zhoršování vlastního zdravotního stavu i zdravotního stavu blízkých osob v obdobném věku (partner, přátelé), umrtí partnera a přátel, konfliktů v sociálních vztazích a finančních potíží. Tyto situace jsou obtížně řešitelné a často neovlivnitelné, z toho důvodu využití příklonových na problém zaměřených strategií není efektivní. Respondenti však zátěžové situace hodnotili signifikantně více jako řešitelné a hodnocení ovlivnitelnosti se signifikantně neliší od neutrálního bodu škály. V takovém případě je možné, že zvolili příklonovu strategii zaměřenou na problém ačkoli je situace z objektivního hlediska spíše neovlivnitelná a vhodnější volbou by byly příklonové strategie zaměřené na emoce, které

jsou ale podle Lazaruse a Folkmanové (1984) spíše neefektivní. Ovšem výzkum Bauma, Fleminga a Singera (1983) prokázal opak. Také další výzkumy potvrzují efektivitu copingových strategií zaměřených na emoce (Stantonová, Kirková, Cameronová, & Danoff-Burgová, 2000; Zautra 1996 in Folkman & Moskowitz 2004), které jsou spojené s vyšší životní spokojeností a menšími emocionálními a psychickými problémy (Garnefski & Kraaij, 2006; Gross & John, 2003).

Hypotéza č. 3 se týká toho, zda muži užívají více copingové strategie zaměřené na problém, zatímco ženy copingové strategie zaměřené na emoce. Řada teorií nasvědčuje tomu, že existují rozdíly mezi muži a ženami v užívání copingových strategií. Gurňáková (2000) uvádí, že muži v zátěžové situaci využívají spíše strategie zaměřené na problém, zatímco ženy využívají častěji strategie zaměřené na emoce a sociální oporu. Jiné výzkumy ukazují, že muži preferují při zvládání zátěže strategie zaměřené na vyhýbání se, zatímco ženy dávájí přednost strategiím zaměřeným na řešení problému a vyhledávání sociální opory (Výrost & Slaměník, 2001). Výzkumy Wilsona a Pritcharda (2005) nenacházejí u strategií zaměřených na problém žádné gendrové rozdíly, ale u strategií zaměřených na emoce objevili vyšší výskyt u žen. Ženy také častěji reagují na zátěž rezignací, sebelítostí, odmítáním a vyhnutím se problému (Donaldson, Prinstein, Danovsky, & Spirito, 2000; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990). Výzkum, který jsem provedla, neukazuje na žádný statisticky významný rozdíl v užívání copingových strategií mezi muži a ženami. Velikosti účinků pro pozorované rozdíly lze označit za malé až zanedbatelné. Jediný výraznější rozdíl mezi muži a ženami, nacházející se na hranici statistické významnosti byl pozorován v případě využívání sociální podpory. Ženy tuto strategii využívaly častěji než muži. Důvodem, proč se zde neobjevuje statisticky významný rozdíl v užívání copingových strategií může být malá velikost výběrového souboru a nerovnoměrné zastoupení mužů a žen. Mohli bychom se zamyslet také nad tím, zda příčinu hledat v tom, že ve stáří se jak muži, tak ženy setkávají s obdobnými zátěžovými situacemi a řeší je tedy obdobným způsobem. Jak muž, tak žena se ve stáří vyrovnávají s potížemi týkající se zdravotního stavu, odchodu do důchodu, úmrtí blízkých a omezení sociální sítě. Zatímco v mládí se zátěž u žen může týkat více rodinných vztahů a péče o děti, u mužů mohou být v popředí potíže spojené se zaměstnáním a budováním kariéry.

V hypotéze č. 4 se zaměřuji na to, zda muži dosahují vyšší životní spokojenosti než ženy. Faktory, které mají negativní vliv na životní spokojenost, kromě stárnutí, je deprese, funkční omezení, zhoršený zdravotní stav, důchod, omezené finanční možnosti a omezená sociální síť (Zaninotto, Falaschetti, & Sacker, 2009). Podle výzkumu Nunes, Melo, Silva Júnior, Carmo Eulálio (2016) byla u žen zjištěna nižší životní spokojenost než u mužů. Toto zjištění potvrzuje také výzkum Guedea et al. (2006). Provedený výzkum ukázal, že podle celkového profilu výsledků dosahují muži v průměru vyššího skóru než ženy na většině škál BREF a OLD, i když mnohdy jde o zanedbatelné rozdíly. Nicméně podle Fisherova exaktního testu

muži hodnotili svou kvalitu života (BREF) signifikantně pozitivněji než ženy. Toto zjištění potvrzuje také výzkum životní spokojenosti v ČR. Za využití dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD bylo zjištěno, že starší muži dosahují vyšší životní spokojenosti než ženy (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Ačkoli výsledky mého výzkumu neukazují na statisticky významný rozdíl v užívání copingových strategií mezi muži a ženami, řada výše uvedených výzkumů tvrdí opak a ukazuje na častější užívání strategií zaměřených na problém u mužů a častější užívání na emoce zaměřených strategií u žen. Je proto pravděpodobné, že vyšší životní spokojenost u mužů souvisí právě s vyšší četností užívání příklonových strategií zaměřených na problém. Podle Guedea et al. (2006) je vyšší životní spokojenost a prožívání pozitivních emocí spojeno s copingovými strategiemi zaměřenými na problém, související s kognitivní a behaviorální snahou vypořádat se se zátěží nebo snahou o její pozitivní vnímání. Naproti tomu na emoce zaměřený coping je spojen s negativními emocemi. Také Levasseur a Couture (2015) tvrdí, že na emoce zaměřené strategie mají negativní vliv na prožívání pozitivních emocí a životní spokojenost ve stáří.

Doplňkové analýzy

Řada výzkumů, například Argyle (1999), Deiner (1993 in Blatný, 2010), ukazují, že lidé s vyšším vzděláním jsou spokojenější, něž lidé s nižším vzděláním. Také výzkum Šolcové a Kebzy (2005) potvrzuje, že úroveň vzdělání je jedním z faktorů ovlivňující životní spokojenost. V provedeném výzkumu bylo zjištěno, že osoby s maturitou a bez maturity se signifikantně neliší z hlediska proměnné BREF Kvalita života, ačkoli osoby s maturitou uváděly vyšší kvalitu života o něco častěji. Upozorňuji na to, že vzhledem k nízkému počtu osob byly sloučeny osoby se základní školou, výučním listem či střední školou bez maturity do kategorie „bez maturity“ (n = 19) a osoby se střední školou s maturitou a s vysokou školou do kategorie „s maturitou“ (n = 31). Výsedky mohou být ovšem zkresleny velikostí výzkumného souboru a rozložením dosaženého vzdělání ve vzorku.

Další výzkumy zabývající se životní spokojeností ukazují, že ženy i muži žijící ve fungujícím vztahu jsou celkově spokojenější (Hamplová, 2004; Ryen et al., 1998; Mastekoosa, 1994; Coombs, 1991 in Hamplová, 2006). Lidé žijící v manželství se průměrně dožívají vyššího věku, mají lepší zdravotní stav a méně trpí psychickými potížemi (Mastekoosa, 1994; Goldman et al., 1995 in Hamplová, 2006). Provedený výzkum ukázal, že osoby s partnerem a bez partnera se signifikantně neliší, co se týče proměnné BREF Kvalita života. Opět, výsledky mohou být zkresleny velikostí výzkumného souboru a rozložením rodinného stavu ve vzorku.

Po diskuzi výsledků si zde shrneme možné limity realizovaného výzkumu. Hlavním nástrojem tohoto výzkumu bylo dotazníkové šetření, v některých případech provedené formou rozhovoru. Je třeba brát v úvahu možné zkreslení odpovědí, které může být zapříčiněno tendencí odpovídat sociálně žádoucím

způsobem nebo naopak neochotou odpovídat. Další zkreslení mohlo být zapříčiněno nepochopením zadané otázky nebo její nejednoznačností. V takovém případě je respondent nucen zvolit jednu z variant na 5 (7) bodové škále, která ale nemusí přesně odpovídat situaci. Limitujícím faktorem výzkumu je také omezení výzkumného vzorku pouze na osoby žijící v konkrétních institucích. Dalším omezením jsou pak zaměstnanci institucí, jež doporučovali respondenty, které považovali za vhodné pro účast na výzkumu. Samotný výběr vzorku tedy nebyl náhodný, což je nevýhodou výzkumu. Limitem výzkumu je také velikost výzkumného vzorku a nerovnoměrné zastoupení mužů a žen. Ženy jsou ve vzorku ve větším zastoupení, než muži, což mohlo v některých případech zkreslit výsledky výzkumu.

V diplomové práci byla uvedena řada výzkumů, které byly provedeny na téma coping a životní spokojenost, přesto si myslím, že je zde stále velký prostor pro další studie. Především v období stáří je důležité vědět, jak se vyrovnat s řadou změn, z nichž většina je již trvalá. Správná volba copingové strategie může vést k udržení či zvýšení životní spokojenosti a přispívat tak k lepší fyzické i psychické kondici v pokročilém věku a vést k prodloužení kvalitně prožitého života. Poznatky o souvislostech mezi copingovými strategiemi a životní spokojeností se mohou dobře uplatnit v praxi. Posilovat schopnost řešit zátěžové situace tak, aby to mělo pozitivní vliv na životní spokojenost, se uplatní v terapeutické praxi, manželském a rodinném poradenství.

ZÁVĚR

Hlavním záměrem této práce bylo zpracování problematiky copingových strategií v souvislosti s životní spokojeností seniorů. Vycházela jsem přitom ze studií potvrzujících preferenci užívání copingových strategií zaměřených na problém, jejich efektivitu při zvládání zátěže a souvislost s vyšší mírou životní spokojenosti ve stáří (např. Blanchard-Fileds, Sulsky, & Robinson-Whelen, 1991; Felton & Ravenson, 1987; Blatný & Osecká, 1998; Englbrecht et al., 2012; Tomás et al., 2012).

Provedený výzkum ukázal, že starší lidé skutečně preferují příklonové strategie zaměřené na problém. Překvapivě se však ukázalo, že tyto strategie (řešení problémů) negativně korelují se všemi škálami WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD (kromě WHOQOL-BREF Spokojenosti se zdravím). Na základě tohoto zjištění by bylo vhodné více se zaměřit na strategie zaměřené na emoce jako na významné faktory ovlivňující životní spokojenost. Právě tyto strategie mohou v případě neovlivnitelnosti zátěžových situací, kterými jsou ve stáří zdravotní problémy, úmrtí blízké osoby či odchod do důchodu, vést k efektivnějšímu vyrovnávání se s touto situací a tak zvyšovat životní spokojenost.

LITERATURA

Agrawal, S., & Jaiswal, S. (2013). Anasakti: Stress and Coping in Old Age. *Indian Journal of Gerontology*, *27*(4), 665-673. Dostupné z: http://www.gerontologyindia.com/pdf/vol27-4.pdf#page=129.

Aiken, L. R. (1982). *Later Life*. New York, NY: CBS College Publishing.

Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*, *46*(4), 174-180. doi: 10.1093/geronj/46.4.P174

Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *51*(4), 179-188. doi: 10.1093/geronb/51B.4.P179

Argyle, M. (1999). Causes and Correlates of happiness. In Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.), Well-being: The foundation of hedonic psychology (s. 353-373). New York, NY: Russel Saga Foundations.

Barash, P. G., Cullen, B. F., Stoelting, R. K., Cahalan, M., K. & Stock, C. (2015). *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada.

Baštecký, J., Kümpel, Q., Vojtěchovský, M. (1994). Gerontopsychiatrie. Praha, CZ: Grada Avicenum.

Baum, A., Fleming, R., & Singer, J. E. (1983). Coping with Victimization by Technological Disaster. *Journal of Social Issues,* 39(2), 117-138. doi: 10.1111/j.1540-4560.1983.tb00144.x

Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – Coping. In Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha, CZ: Grada.

Bertrand, R. M., & Lachman, M. E. (2003). Personality Development in Adulthood and Old Age. In Weiner, I., Lerner, R. M., Easterbrooks, M. A., & Mistry, I. (Eds.), *Handbook of Psychology, Volume 6, Developmental Psycholog*. New York, NY: Wiley.

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (1977). *Handbook of the psychology of aging*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.

Blahutková, M., & Dan, J. (2008). Zdraví a osobní pohoda: některé nové přístupy a metody posuzování. *School and Health,* 21(3), 123-128. Dostupné z http://www.ped.muni.cz/z21/2007/konference_2007/sbornik_2007/sb07_soucasny_diskurs/cze/blahutkova_dan_cz.pdf.

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha, CZ: Grada.

Blatný, M., & Osecká, L. (1998). *Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládání*. Československá psychologie, 42(5), 350-394.

Blatný, M.; Dosedlová; J., Kebza, V., & Šolcová, I. (2005). Psychosociální souvislosti osobní pohody. Brno, CZ: MSD.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Kalil, A., Hughes, M. P., Waite, L., & Thisted, R. A. (2008). Happines and the invisible threds of social connection. In Eids, M., & Larsen, R. J., *The science of subjective well-being.* (s. 195-219). New York, NY: The Guilford Press.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1984). Personality as lifelong determinant of well-being. In Malatesta, C. Z., Izard C. E. (Eds.), *Emotion in adult development* (s. 141-157*)*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Čevela, R. & Čeledová, L. (2014). *Sociální gerontologie*: *východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha, CZ: Grada.

Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*: *úvod do problematiky.* Praha, CZ: Grada.

Deary, I. J. (2014). The Stability of Intelligence From Childhood to Old Age. *Current Directions in Psychological Science*, 23(4), 239–245. doi: 10.1177/0963721414536905

de Paula Júnior, W., & Sacramento Zanini, D. (2011). Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *27*(4), 491-497. Dostupné z http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ef43fdd1-8bb5-41fc-820e-e72277d1ddb2%40sessionmgr4008&vid=3&hid=4111

Dolan, I., Grombířová, A., Dolanová, D., & Šrámková, T. (2012). Sexuálny život seniorov žijúcich v sociálnych zariadeniach. *Praktický Lékař*, 92(10–12), 551–554. Dostupné z: http://web.a.ebscohost.com

Donaldson, D., Prinstein, M., Danovsky, M. & Spirito, A. (2000). Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry,* 70(3), 351–359. doi: 10.1037/h0087689

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha, CZ: Psychiatrické centrum.

Dragomirecká, E., & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha, CZ: Psychiatrické centrum.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha, CZ: Grada.

Džuka, J. (2004). Life quality and subjective well-being–theories and models, similarities and differences. *Psychologické dimenzie kvality života. Prešov*, 42-54. Dostupné z: http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dzuka3/subor/05.pdf.

Eisdorfer, C., & Wilkie, F. (1977). Stress, Diseases, Aging and Behavior. In Birren, J. E., & Schaie, K. W. (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging.* New York, NY: Van Nostrand Reinhold.

Englbrecht, M., Gossec, L., DeLongis, A., Scholte-Voshaar, M., Sokka, T., Kvien, T. K., & Schett, G. (2012). The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 41(4), 545-555. doi: 10.1016/j.semarthrit.2011.07.009

Faubert, J. (2002). Visual Perception and Aging. *Canadian Journal of Experimental Psychology,* 56(3), 164–176. doi: 10.1037/h0087394

Ferreira-Alves, J., Magalhaes, P., Viola, L., & Simoes, R. (2014). Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(3), 613–623. doi: 10.1016/j.archger.2014.06.010

Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *J. Organiz. Behav. Journal of Organizational Behavior,* 3(1), 95-107. doi: 10.1002/job.4030030108

Folkman, S., & Lazarus, R . S. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219 – 239. doi: 10.2307/2136617

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annu. Rev. Psychol. Annual Review of Psychology,* 55(1), 745-774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456

Freudová, A. (2006). Já a obranné mechanismy. Praha, CZ: Portál.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41(6)*, 1045–1053. doi: 10.1016/j.paid.2006.04.010

Gomez, R. G., & Madey, S. F. (2001). Coping-with-hearing-loss model for older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *56*(4), 223-225. doi: 10.1093/geronb/56.4.P223

Gow, A. J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C. E., Roberts, B., Starr, J. M. & Deary I. J. (2011). Stability and Change in Intelligence From Age 11 to Ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. *Psychology and Aging*, 26(1), 232–240. doi: 10.1037/a0021072

Gross, J. G., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology,* 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348

Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. D., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*(2), 301-308. Dostupné z https://scholar.google.com/scholar?cluster=6751365135723169231&hl=cs&as_sdt=0,5

Gurňáková, J. (2000). Negative Self-esteem and Preferred Coping Strategies In Slovak University Students. *Studia Psychologica, 42(1-2)*, 75 – 86. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/290169397_Negative_self-esteem_and_preferred_coping_strategies_in_Slovak_University_students

Gustems-Carnicer, J. G., & Calderón, C. (2013). Coping strategies and psychological well-being among teacher education students: Coping and well-being in students. *European Journal of Psychology of Education*, 28(4), 1127-1140. doi: 10.1007/sl0212-012-0158-x

Haidt, J. (2014). *Hypotéza štěstí: hledání moderních pravd ve staré moudrosti*. Praha, CZ: Dokořán.

Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha, CZ: Sociologický ústav AV ČR.

Hamplová, D. (2006). Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis*, 42(1), 35–55. Dostupné z http://sreview.soc.cas.cz/uploads/1af3eddc9c2e2c08b0b551f2e43757353f124d35_580_105Hamplova20.pdf.

Hansen, T., Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi.* 22(2), 187-195. doi: 10.5324/nje.v22i2.1565

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha, CZ: Havlíček Brain Team.

Hertzog, C., & Schaie, K. W. (1986). Stability and Change in adult intelligence: 1. Analysis of Longitudinal Covariance Structures. *Psychology and Aging*, 1(2), 159–171. doi: 10.1037/0882-7974.1.2.159

Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti.* Praha, CZ: Karolinum.

Hrozenská, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha, CZ: Grada.

Hřebíčková, M., Blatný, M., & Jelínek, M. (2010). Osobnost jako prediktor osobní pohody v dospělosti. *Česko-slovenská psychologie*, 54(1), 31–41. Dostupné z http://psu-brno.avcr.cz/miranda2/export/sitesavcr/data.avcr.cz/humansci/psu-brno/people-contacts/cv/hrebickova/pdf/33_full_text_Cs_Psychologie_well_being_10.pdf.

Charlton, R. A., Landau, S., Schiavone, F., Barrick, T. R., Clark, C. A., Markus, H. S., & Morris, R. G. (2008). A structural equation modeling investigation of age-related variance in executive function and DTI measured white matter damage. *Neurobiology of aging*, *29*(10), 1547-1555. doi: 0.1016/j.neurobiolaging.2007.03.017

Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B., & Chandola, T. (2012). Age, ageing and subjective wellbeing in later life. *CCSR, Centre for Census and Survey Research*, 1-20. Dostupné z http://www.humanities.manchester.ac.uk/medialibrary/micra/fraill/research_output/agewellbeing_jivraj.pdf.

Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha, CZ: Portál.

Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2010). *Národní správa o zdraví a životním stylu dětí a školáků.* Olomouc, CZ: VUP.

Kalvach, Z. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha, CZ: Grada

Kebza, & Šolcová (2005). *K teorii osobní pohody*. In Blatný, M.; Dosedlová; J., Kebza, V., & Šolcová, I. (Eds.), *Psychosociální souvislosti osobní pohody* (s. 9-36). Brno, CZ: MSD.

Klevetová, D., & Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha, CZ: Grada.

Kraaij, V., Garnefski, N., & Maes, S. (2002). The joint effects of stress, coping, and coping resources on depressive symptoms in the elderly. *Anxiety, Stress & Coping*, *15*(2), 163-177. doi: 10.1080/10615800290028468

Kravcová, M. (2015). Vybrané osobnostné charakteristiky a zvládanie záťaže ako prediktory životnej spokojnosti seniorov. *E-Psychologie*, *4*(9), 12 - 23. Dostupné z http://e-psycholog.eu/pdf/kravcova.pdf.

Krpan, K. M., Levine, B., Stuss, D. T., & Dawson, D. R. (2007). Executive function and coping at one-year post traumatic brain injury. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *29*(1), 36-46. doi: 10.1080/13803390500376816

Krzemien, D., Urquijo, S., & Monchietd, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos cridcos del envejecimiento femenino. *Psicothema,* 16(3), 350-356. Dostupné z http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8205/8069

Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres.* Praha, CZ: Grada.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha, CZ: Portál.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci.* Praha, CZ: Grada.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha, CZ: Portál.

Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí*. Praha: Grada Publishing.

Kuchařová, V. (2002). Život ve stáří: Zpráva o výsledcích empirického výzkumu. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha, CZ: Grada.

Lau, B. W. (1994). Stress, coping and ageing. *Journal of Hong Kong Psychiatry*, *2*, 39-44. Dostupné z https://scholar.google.cz/scholar?q=Stress%2C+coping+and+ageing.&btnG=&hl=cs&as_sdt=0%2C5&as_vis=1

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process.* New York, NY: McGraw-Hill, Inc.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.

Levasseur M., & Couture M. (2015). Coping strategies associated with participation and quality of life in older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 44–53. doi:10.1177/0008417414552188.

Lovaš, L., & Výrost, J. (1997). *Stratégie správania v náročných životných situáciách*. Košice, SK: Spoločenskovedný ústav SAV.

Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of psychology*, *139*(5), 439-457. doi: 10.3200/JRLP.139.5.439-457

Machač, M., Machačová, H., & Hoskovec, J. (1985). *Emoce a výkonnost* (2. vyd. ed.). Praha, CZ: Státní Pedagogické Nakladatelství.

Machačová, H. (1978). *Objektivní diagnostika duševní zátěže*. Praha, CZ: Univerzita Karlova.

Martín, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W., & Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: Findings from the Georgia Centenarian Study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 66(2), 97-114. doi: 10.2190/AG.66.2.a

Massimiliano, P. (2015). The effects of age on divergent thinking and creative objects production: a cross-sectional study. *High Ability Studies*, 26(1), 93–104. doi: 10.1080/13598139.2015.1029117

Meeks, S., Carstensen, L. L., Tamsky, B. F., Wright, T. L., & Pellegrini, D. (1989). Age differences in coping: Does less mean worse?. *The International Journal of Aging and Human Development*, *28*(2), 127-140. doi: 10.2190/UXKQ-4J3X-TEHT-7NU2

Menninger, W. W. (1999). Adaptational challenges and coping in late life. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63(2), 4-15. dostupné z: http://search.proquest.com/openview/b6af4dc842e7ec68c1125f3bfbb4c5a8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818298

Mikšík, O. (1969). *Člověk a svízelné situace*. Praha, CZ: Naše vojsko.

Millová, K., Blatný, M., & Kohoutek, T. (2008). Osobnostné aspekty zvládania záťaže. *E-psychologie*, *2*(1), 1-8. Dostupné z https://www.researchgate.net/profile/Katarina_Millova/publication/228355753_Osobnostn_aspekty_zvldania_zae/links/00b4953c77c413eefe000000.pdf.

Mlčák, Z. (2004). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava, CZ: OSU.

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany.* Praha, CZ: Grada.

Mudrák, J., Slepička, P., & Houdová, V. (2013). Kognitivní funkce a některé faktory aktivního životního stylu a kvality života u seniorů. *Česká kinantropologie*, 17(4), 53–64. dostupné z http://www.ceskakinantropologie.cz/index.php/TestJournal/article/view/299/213

Neal, M. B., & Hammer, L. B. (2009). Dual-earner couples in the sandwiched generation: Effects of coping strategies over time. *The Psychologist-Manager Journal*, *12*(4), 205-234. doi: 10.1080/10887150903316230

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*(4), 357–63. doi:10.1136/jech.2005.040071

Nunes, R. P., de Melo, R. L. P., da Silva Júnior, E. G., & do Carmo Eulálio, M. (2016). Relationship between coping and subjective well-being of elderly from the interior of the Brazilian Northeast. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(1), 1. doi: 10.1186/s41155-016-0032-x

Ogden, J. (2004). *Health psychology: A textbook*. New York, NY: Open University Press.

Ouwehand, C, De Ridder, D., Se Bensing,J. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873-884. doi: 10.1016/j.cpr.2006.1L003

Park, D.C. (2000). The basic mechanisms accounting for agerelated decline in cognitive function. In D.C. Park & N. Schwarz (Eds.), *Cognitive aging: A primer* (s. 3 – 22). Philadelphia, PA : Psychology Press

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha, CZ: Grada.

Pavot, W., & Diener, E. (2004). The subjective evaluation of well-being in adulthood: Findings and implications. *Ageing International*, *29*(2), 113-135. doi: 10.1007/s12126-004-1013-4

Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví.* Praha, CZ: Triton.

Pichaud, C., & Thareau, I. (1998). *Souzití se staršími lidmi*: *praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.* Praha, CZ: Portál.

Pinto, J. M., Kern, D. W., Wroblewski, K. E., Chen, R. C., Schumm, L. P., & McClintock, M. K. (2014). Sensory function: insights from wave 2 of the national social life, health, and aging project. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 69(Suppl 2), 144–153. doi: 10.1093/geronb/gbu102

Přibyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha, CZ: Maxdorf.

R Core Team. (2016). R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Dostupné z: https://www.R-project.org

Rocke, C., Li, S. C., & Smith, J. (2009). Intraindividual variability in positive and negative affect over 45 days: do older adults fluctuate less than young adults? *Psychology and Aging,* 24, 863–878. doi: 10.1037/a0016276

Rodná, K., & Rodný, T. (2001). *Dotazník životní spokojenosti.* Praha, CZ: Testcentrum.

Rubio, L., Dumitrache, C. G., Cordón-Pozo, E., & Rubio-Herrera, R. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Coping Strategies Inventory (CSI) in elderly people. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 355-365. Dostupné z http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.2.216141/192671

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well–being revisited. *Journal od Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. https://pdfs.semanticscholar.org/e6bf/dfaedc646daee0b6890ce2dd04ad7c6f5365.pdf

Saks, P. & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů.* Praha, CZ: Grada.

Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping Style in Adolescence: A Cross-Cultural Study. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 21(3), 351-377. doi: 10.1177/0022022190213006

Seligman, M. (2003). Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi. Praha, CZ: Ikar

Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *62*(2), 90-99. Dostupné z: http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/62/2/S90.full

Shmotkin, D., & Shrira, A. (2012). Happiness and Suffering in the Life Story: An Inquiry into Conflicting Expectations Concerning the Association of Perceived Past with Present Subjective Well-Being in Old Age. *Journal of Happiness Studies*, 13(3), 389-409. doi: 10.1007/s10902-011-9270-x

Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and cridque of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216

Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha, CZ: Grada.

Smith, J., Fleeson, W., Geiselmann, B., Settersten Jr., R. A., & Kunzmann, U. (2001). *Sources of well-being in very old age*. In P. B. Baltes, K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (s. 450-474). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Stantonová, A. L., Kirková, S. B., Cameronová, C. L., & Danoff-Burgová, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology,* 78(6), 1150-1169. doi: 10.1037/0022-3514.78.6.1150

Stefani, D., Sc Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparadvo en senescentes argendnos institucionalizados y no insdtucionalizados. *Anales de psicología*, 22(2), 267-272. doi: 10.6018/25951

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha, CZ: Portál.

Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology,* 70(5), 1091-1102. doi: 0.1037/0022-3514.70.5.1091

Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00942.x

Sýkorová, D. & Chytil, O. (2004). *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Ostrava, CZ: Zdravotně sociální fakulta, Ostravská univerzita.

Šolcová, I., & Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. Československá psychologie, 49(1), 1-8. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/psycho/2013/Studie_prediktory_osobni_pohody.pdf.

Thumala Dockendorff, D. C. (2014). Healthy ways of coping with losses related to the aging process. *Educational gerontology*, *40*(5), 363-384. doi: 10.1080/03601277.2013.822203

Tobin, D. (1984, 2001). *User manual for the Coping Strategies Inventory*. Ohio, OH: Department of Psychology, Ohio University.

Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, *16*(3), 317-326. doi: 10.1080/13607863.2011.615737

Trouillet, R., Doan-Van-Hay, L. M., Launay, M., & Martin, S. (2011). Impact of age, and cognitive and coping resources on coping. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, *30*(04), 541-550. doi: 10.1017/S0714980811000456

Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M., & Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: the role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging and Mental Health*, *13*(3), 357-366. doi: 10.1080/13607860802626223

Tvaroh, F. (1983). *Všichni stárneme*. Praha, CZ: Avicenum.

Urquijo, S., Monchietd, A., Sc Krzemien, D. (2008). Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: Rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognidva en adultas mayores. *Anales de Psicología*, 24(2), 299-311. doi: 10.6018/42841

Vaďurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno, CZ: Masarykova univerzita.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha, CZ: Portál.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.* Praha, CZ: Karolinum.

Verhaeghen, P., Geraerts, N., & Marcoen, A. (2000). Memory Complaints, Coping, and Well-Being in Old Age A Systemic Approach. *The Gerontologist*, *40*(5), 540-548. doi: 10.1093/geront/40.5.540

Vicenová, M. (2009). Životní spokojenost ve stáří. (Diplomová práce). Univerzita Karlova. Dostupné z: https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/82364/

Villar, F. (1997). Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: Una aproximación a través del análisis de contenido. *Anuario de Psicología*, 73, 57-69. Dostupné z http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9034/11484

Vohralíková, L. & Rabušic, L. (2004). *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha, CZ: VÚPSV, Výzkumný ústav Brno.

Výrost, J., & Slaměník, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha, CZ: Grada.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, *34*(11), 881-888. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00050-2

Whitworth, S. R., Loftus, A. M., Skinner, T. C., Gasson, N., Barker, R. A., Bucks, R. S., & Thomas, M. G. (2013). Personality affects aspects of health-related quality of life in Parkinson's disease via psychological coping strategies. *Journal of Parkinson's disease*, *3*(1), 45-53. doi: 10.3233/JPD-120149

Wilcox, R. R. (2012). Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction. London, UK: Taylor & Francis.

Wilson, G. S., & Pritchard, M. (2005). Comparing sources of stress in college student athletes and non-athletes. *Athletic Insight*. *7*(1), 1-8. Dostupné z: http://www.athleticinsight.com/Vol7Iss1/StressAthletesNonathletes.htm

World Health Organization. (2001). *The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope.* Geneva, Switzerland: World Health Oraganization

Yeung, D. Y., Wong, C. & Lok, D. P. (2011). Emotion regulation mediates age differences in emotions. *Aging & Mental Health*, 15(3), 414–418. doi: 10.1080/13607863.2010.536136

Yuen, K. K. (1974). The two-sample trimmed t for unequal population variances. Biometrika, 61, 165–170. doi:10.1093/biomet/61.1.165

Zaninotto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research*, *18*(10), 1301–9. doi:10.1007/s11136-009-9543-6

Zanto, T. P., & Gazzaley, A. (2014). Attention and ageing. In A. C. Nobre & S. Kastner (Eds.), *The Oxford Handbook of Attention.* (927–971). New York: Oxford University Press.

Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha, CZ: Karolinum.

Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In Zeidner, M., & Endler, N. S. (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (s. 505-531). New York, NY: John Wiley & Sons.

PŘÍLOHY

Příloha 1: WHOQOL-BREF

Kvalita života

dotazník Světové zdravotnické organizace

WHOQOL-BREF

Instrukce

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 prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	(4)	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	(1)	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

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

OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví: muž žena

Rok narození: _____

Rodinný stav:

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

Dosažené vzdělání:

základní	vyučen/a	středoškolské (bez maturity)	středoškolské (s maturitou)	vysokoškolské

Současné zaměstnání:

důchod	plný úvazek	částečný úvazek	příležitostně	dobrovolnictví

Předešlé zaměstnání: _____

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	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Zvládání zátěže a životní spokojenost ve stáří

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	tro-chu	střed ně	hod-ně	maxi-málně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a 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

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	střed ně	větši-nou ano	zce la
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

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	nespokojen/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

Zvládání zátěže a životní spokojenost ve stáří

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 spokojen/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	ně-kdy	středně	celkem často	neustá-le
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha 2: WHOQOL-OLD

Kvalita života

dotazník Světové zdravotnické organizace

WHOQOL-OLD

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života a zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro Vás, jako staršího člověka, důležité.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu 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. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. 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

Zvládání zátěže a životní spokojenost ve stáří

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, jako např. svobodu rozhodovat o svých záležitostech a o svém životě. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo vedle slova „maximálně". Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujete číslo vedle výrazu „vůbec ne" Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne" a „maximálně", měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

1. (F25.1) Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

2. (F25.3) Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činnosti?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

3. (F26.1) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

4. (F26.2) Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

5. (F26.4) Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

6. (F29.2) Znepokojujete se tím, jak zemřete?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

7. (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

9. (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela". Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne". Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne" a „zcela", zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

10. (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

11. (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
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. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

15. (F27.5) Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

20. (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

velmi špatně	špatně	ani dobře ani špatně	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají Vašich **velmi blízkých (intimních) vztahů**, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

21. (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

23. (F30.4) Máte příležitost někoho milovat?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Máte příležitost být někým milován/a?

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5