

UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Bc. Kateřina Broncová

Vliv vzdělávání seniorů na kvalitu jejich života

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2021

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

Konzultant práce:

PhDr. Michal Šerák, Ph.D.

Prohlašuji,

že tuto diplomovou práci jsem vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

.....

Datum

.....

Podpis autorky

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní doc. PhDr. Heleně Záškodné, CSc., za vedení mé diplomové práce, za její podněty, podporu a cennou zpětnou vazbu. Dále bych chtěla poděkovat panu PhDr. Michalu Šerákovi, Ph.D., za konzultace a cenné připomínky k dílčím částem práce, všem respondentům za jejich ochotu a také své rodině a blízkým za jejich podporu.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou vzdělávání a kvalitou života seniorů. Cílem práce je identifikovat, jaký význam má participace na vzdělávání pro subjektivně hodnocenou kvalitu života seniorů. Na základě teoretických východisek a empirických poznatků je formulováno empirické šetření zaměřené na identifikaci souvislostí mezi kvalitou života a vzděláváním na univerzitě třetího věku. Kvalita života je zjišťována dotazníky WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. V rámci šetření je komparováno průměrné hodnocení kvality života 645 účastníků univerzity třetího věku s populační normou. Dále je zkoumán význam vybraných aspektů účasti na univerzitě třetího věku a participace na dalších vzdělávacích aktivitách pro kvalitu života seniorů. Výsledky potvrdily, že vzdělávání na univerzitě třetího věku souvisí se subjektivně hodnocenou kvalitou života. Výsledky zároveň ukázaly, že frekvence účasti a počet absolvovaných semestrů s kvalitou života nesouvisí a kontakt s ostatními účastníky a participace na dalších vzdělávacích aktivitách s ní souvisí pouze minimálně. Zjištění jsou na konci práce diskutována v kontextu výchozích teoretických poznatků a dalších empirických studií.

Klíčová slova: vzdělávání seniorů, univerzita třetího věku, kvalita života, well-being

Abstract

The diploma thesis focuses on education of older adults in relation to quality of life. The aim of the thesis is to identify the association between the participation of the elderly in education and their subjective quality of life. The study focused on identification of the association between quality of life and education at the university of the third age is designed based on theoretical and empirical findings. The quality of life is assessed using the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD instruments. Quality of life assessment scores of 645 participants of the university of the third age are compared with normative scores for older adults. The study also examines the association between selected aspects of participation in the university of the third age, participation in other educational activities and quality of life of the elderly. The results confirmed that the education at the university of the third age is associated with subjective quality of life. The results also display that participation frequency and the number of semesters attended is not associated with the quality of life and that the contact with other university members and participation in other educational activities has very weak association with quality of life. These findings are discussed according to the theoretical resources and other studies at the end of the thesis.

Key words: education of older adults, university of the third age, quality of life, well-being

Obsah

0 Úvod	9
1 Stáří a stárnutí	11
1.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí	11
1.2. Problematika stárnutí v České republice.....	13
1.2.1 Demografické stárnutí v České republice.....	13
1.2.2 Politika přípravy na stárnutí v České republice	15
2 Kvalita života seniorů	17
2.1 Kvalita života	17
2.1.1 Vymezení kvality života	17
2.1.2 Dimenze kvality života	18
2.1.3 Měření kvality života	19
2.2 Úspěšné, aktivní a zdravé stárnutí	21
2.2.1 Úspěšné stárnutí.....	21
2.2.2 Aktivní stárnutí	22
2.2.3 Zdravé stárnutí	24
2.3 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů	24
2.3.1 Sociodemografické faktory.....	25
2.3.2 Psychologické faktory.....	25
2.3.3 Zdraví a funkční stav.....	26
2.3.4 Sociální vztahy, sociální podpora a aktivita.....	27
2.3.5 Ekonomické podmínky a nezávislost.....	29
2.3.6 Podmínky prostředí	29
2.3.7 Volnočasové aktivity a mobilita.....	30
3 Vzdělávání seniorů	32
3.1 Vymezení vzdělávání seniorů v kontextu gerontagogiky	32
3.2 Motivace a bariéry ve vzdělávání seniorů	33

3.2.1 Motivace seniorů ke vzdělávání	33
3.2.2 Bariéry ve vzdělávání seniorů.....	34
3.3 Institucionální zabezpečení vzdělávání seniorů v ČR	34
3.3.1 Univerzita třetího věku.....	34
3.3.2 Akademie třetího věku a kluby seniorů.....	36
3.3.3 Instituce zaměřené na mezigenerační vzdělávání.....	36
3.4 Význam vzdělávání pro kvalitu života ve vyšším věku	37
3.4.1 Fyzické a psychické zdraví	37
3.4.2 Sociální vztahy a sociální podpora.....	39
3.4.3 Volnočasové aktivity a sociální zapojení	40
4 Empirické šetření: Identifikace souvislostí mezi vzděláváním a kvalitou života posluchačů univerzity třetího věku	42
4.1 Metodika empirického šetření	42
4.2 Charakteristika výběrového souboru	45
4.3 Stanovení hypotéz a statistické zpracování dat	47
4.4 Výsledky šetření	48
5 Souhrn výsledků empirického šetření	53
6 Diskuse.....	55
6.1 Kvalita života účastníku U3V v porovnání s populační normou	55
6.2 Kvalita života účastníků U3V a vybrané aspekty účasti.....	57
6.3 Limity empirického šetření a doporučení pro další výzkum.....	59
6.4 Závěr diskuse	60
7 Závěr	61
8 Soupis bibliografických citací.....	63
9 Přílohy.....	76
Příloha A: Vzor dotazníku k empirickému šetření	76
Příloha B: Statistické testování hypotézy H1.....	80
Příloha C: Statistické testování hypotézy H2.....	85

Příloha D: Statistické testování hypotézy H3	95
Příloha E: Statistické testování hypotézy H4	105
Příloha F: Statické testování hypotézy H5	106

0 Úvod

Ve většině rozvinutých zemí světa dochází v důsledku společenského vývoje k významným demografickým změnám. Pozitivním trendem je prodlužování celkové délky života a s ní spojená zvyšující se naděje dožití ve vyšším věku. Tento trend je ovšem doprovázen téměř kontinuálním poklesem celkové porodnosti. Uvedené protichůdné tendence se projevují rostoucím podílem starších osob ve společnosti, tedy populačním stárnutím. Zvyšující se podíl starších osob vyvolává na celospolečenské úrovni obavy týkající se udržitelnosti stávajících penzijních systémů a nároků na oblasti sociální a zdravotní péče. Z ekonomického hlediska je zdůrazňována potřeba aktivního zapojení do života společnosti i ve vyšším věku. V tomto kontextu je apelováno zejména na prodlužování délky pracovního života a oddálení odchodu do penze. Zmiňován je také možný přínos seniorů v rámci jejich zapojení do občanských a dalších aktivit. Neekonomizující pohled na problematiku vyzdvihuje význam individuálních potřeb a cílů starších osob. Zdůrazňována je možnost žít spokojený a naplněný život bez větších zdravotních obtíží a dalších omezení i ve vysokém věku.

V rámci obou zmíněných pohledů je klíčovým tématem zachování příznivé kvality života. S cílem podpořit kvalitu života ve vyšším věku formulovaly mezinárodní organizace i lokální instituce ve svých strategických dokumentech sadu doporučení vztahujících se k různým oblastem života. Zdůrazňován je mimo jiné význam participace seniorů na vzdělávacích aktivitách. Vzdělávání ve vyšším věku je považováno za jednu z možností aktivního trávení volného času, která může přispět k udržení či ke zlepšení kvality života starších osob. S ohledem na případná opatření v oblasti vzdělávání seniorů je žádoucí blíže prozkoumat vztah mezi účastí na vzdělávacích aktivitách a kvalitou života seniorů.

Cílem předložené diplomové práce je identifikovat význam participace seniorů na vzdělávacích aktivitách pro jejich subjektivně hodnocenou kvalitu života. Konkrétním záměrem je objasnit, které z klíčových oblastí života seniorů mohou být ovlivněny participací na vzdělávání, a jaký význam mají v tomto ohledu různé aspekty účasti. K dosažení uvedeného cíle přispívá kvantitativní empirické šetření, které bylo formulováno na základě klíčových teoretických poznatků a závěrů dostupných empirických výzkumů. Cílem empirického šetření je identifikace souvislostí mezi vzděláváním a kvalitou života posluchačů univerzity třetího věku.

Diplomová práce je tvořena celkem čtyřmi tematickými kapitolami. První z nich je věnována vymezením pojmů stárnutí a stáří a různým periodizacím vyššího věku. Dále je v kapitole nastíněna problematika populačního stárnutí v kontextu České republiky se zaměřením na hlavní opatření v oblasti veřejné politiky. Druhá kapitola je zaměřena na problematiku kvality života seniorů. Nedílnou součástí kapitoly je vymezení kvality života a jejích dimenzí v obecné rovině a představení hlavních

způsobů měření. Pozornost je věnována konceptům úspěšného, aktivního a zdravého stárnutí a jejich vztahu ke kvalitě života seniorů. Dále jsou zmíněny faktory, které jsou pro kvalitu života ve vyšším věku klíčové. Tématem třetí kapitoly je vzdělávání seniorů se zaměřením na konkrétní možnosti vzdělávání, motivaci seniorů a překážky, které mohou bránit jejich účasti. Pozornost je věnována významu vzdělávání pro kvalitu života ve vyšším věku. Čtvrtou kapitolu tvoří empirické šetření, v rámci kterého je zkoumán vztah mezi subjektivně hodnocenou kvalitou života a vzděláváním u seniorů navštěvujících univerzitu třetího věku. Pátá kapitola navazuje shrnutím hlavních výsledků empirického šetření, které jsou následně diskutovány v rámci šesté kapitoly.

Problematika kvality života seniorů v souvislosti se vzděláváním byla v minulosti zpracována v několika závěrečných bakalářských či diplomových pracích. Nicméně tyto práce byly buďto orientovány na některou specifickou oblast zájmu (např. sociální péče), v rámci empirického šetření využívaly jiné nástroje pro hodnocení kvality života, případně se zaměřovaly spíše na zjišťování motivace či bariér ve vzdělávání seniorů a kvalita života byla pouze okrajovým tématem. Předkládané empirické šetření se zaměřuje na kvalitu života účastníků univerzity třetího věku a využívá standardizované dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD vytvořené Světovou zdravotnickou organizací.

Ačkoliv je kvalita života seniorů v kontextu demografického stárnutí aktuálním tématem a vzdělávání je považováno za jednu z možností, která může k příznivé kvalitě života ve vyšším věku přispět, v české odborné literatuře zaujímá tato problematika spíše marginální postavení. Východiskem pro diplomovou práci jsou proto převážně odborné prameny, které se věnují dílčím tématům, tedy vzdělávání seniorů, kvalitě života seniorů a kvalitě života obecně. Dalším významným zdrojem jsou vědecké výzkumy zahraniční provenience, empirická šetření realizovaná v českém prostředí a strategické dokumenty a opatření mezinárodních i lokálních organizací.

1 Stáří a stárnutí

1.1 Vymezení pojmů stáří a stárnutí

Stárnutí je celoživotním procesem spojeným s nevratnými involučními změnami, které se začínají výrazněji projevovat na přelomu čtyřicátého a padesátého roku života (Mühlpachr, 2004, s. 22). Příčiny stárnutí nejsou doposud uspokojivě vysvětleny, v odborné literatuře se lze setkat s celou řadou teorií stárnutí zdůrazňujících různá hlediska. Podle Pacovského (1990, s. 30) je stárnutí „... výslednicí vzájemného působení genetických podmínek (daných druhově i individuálně) a faktorů zevního prostředí.“ Obdobně Mühlpachr (2004, s. 22) zmiňuje vliv genetiky, životních podmínek, prostředí, zdravotního stavu a stylu života. Proces stárnutí je tedy podmíněn mnoha různými faktory a jako takový je vysoce individuální.

Stárnutí postihuje komplexně celý organismus, netýká se tedy pouze biologické stránky života, ale vztahuje se také k psychické a sociální oblasti (Pacovský, 1997, s. 55). Philips, Ajrouch a Hillcoat-Nallétamby (2010, s. 12–13) rozlišují čtyři dimenze stárnutí – chronologické, biologické, psychologické a sociální. Chronologické stárnutí vyjadřuje zvyšování kalendářního věku jedince. Biologické stárnutí je spojeno s biologickými jevy, které v průběhu života ovlivňují organismus a postupně zhoršují jeho odolnost. Psychologické stárnutí odkazuje na změny osobnosti a změny v oblasti kognitivních procesů v průběhu života. Sociální dimenze stárnutí poukazuje na změny sociálních rolí a vztahů s druhými lidmi. Kalvach, Čevela a Čeledová (2014, s. 17) zdůrazňují také spirituální stránku a v souvislosti se stárnutím hovoří o „bio-psycho-sociálně-spirituálním procesu“. V kontextu stárnutí je nezbytné zmínit také stárnutí populační, kterému bude věnována pozornost dále v textu.

Významnou charakteristikou procesu stárnutí je také asynchronicita. Involuční změny se projevují v různých vývojových fázích života a jednotlivé orgány a jejich funkce stárnou různou rychlostí (Pacovský, 1990, s. 33–34; Mühlpachr, 2004, s. 22). Tempo biologického, psychologického a sociálního stárnutí tak může být u jednoho člověka různé, přestože všechny tři dimenze spolu interagují (Philips, Ajrouch a Hillcoat-Nallétamby, 2010, s. 13).

Stáří je pojem využívaný pro označení poslední fáze lidského života, která je důsledkem přirozených involučních procesů a je charakteristická celou řadou významných změn (Mühlpachr, 2004, s. 18). V odborné literatuře je stáří obvykle definováno z různých perspektiv. O tzv. sociálním stáří hovoříme v souvislosti s ukončením ekonomické produktivity, odchodem do penze a sním spojenou ztrátou dřívějších sociálních rolí a kontaktů. Biologické stáří je označením pro období se zvýšenou mírou involučních změn a snížením celkového funkčního stavu. Přesné určení biologického

stáří se však podle Mühlpachra odborníkům dosud nepodařilo a v současné době se nevyužívá (Mühlpachr, 2004, s. 19). Kalendářním stářím se rozumí dosažení určité věkové hranice, od které se u jedinců obvykle výrazněji projevují změny spojené s involučními procesy (Mühlpachr, 2004, s. 20). Žumárová (2012, s. 37) v souvislosti s vymezením stáří na základě kalendářního věku poukazuje na jednoduchost a možnost snadné komparace. Podle Kalvacha a Mikeše (2004, s. 47) je kalendářní stáří jednoznačně vymežitelné, avšak nereflektuje individuální rozdíly mezi lidmi. Věková hranice kalendářního stáří se navíc v důsledku prodloužování očekávané doby dožití postupně posouvá. Haškovcová (2010, s. 20) uvádí, že v kontextu naší společnosti bývá za začátek stáří považováno dosažení penzijního věku.

Vymezení stáří ovlivňují kromě společenských změn také další faktory. Z výzkumného šetření *Special Eurobarometr 378* realizovaného Evropskou komisí v roce 2011 vyplynulo, že pohled na počátek stáří je do velké míry kulturně podmíněn. Věk, kdy je člověk považován za starého, se v jednotlivých členských zemích lišil. Mezi nejnižším a nejvyšším uváděným věkem byl rozdíl téměř třinácti let. Šetření dále ukázalo, že pohled na začátek stáří je ovlivněn věkem. Mladší osoby určují jako hranici stáří nižší věk než osoby starší, tedy jinými slovy, s rostoucím věkem stoupá i hranice, od které považujeme někoho za starého. Rozdíly byly zaznamenány také mezi pohlavími, kdy muži uváděli jako počátek stáří nižší věk než ženy (European Commission, 2012, s. 10–12).

Pluralita názorů na počátek stáří se odráží také v různých periodizacích stáří, které jsou uvedeny v odborné literatuře. Například Vágnerová (2000, 2007) člení stáří na dvě období. Prvním je tzv. rané stáří, které dle autorky začíná od 60 let a trvá do 75 let věku. Druhé období od 75 let výše pak nazývá pravým stářím. Mühlpachr (2004, s. 21) a Kalvach a Mikeš (2004, s. 47) považují za věkovou hranici stáří 65 let věku. V rámci období stáří uvádějí tři etapy, které lze rozlišit na základě specifických možností a potřeb seniorů různých věkových kategorií. Osoby od 65 do 74 let věku jsou označovány jako tzv. mladí senioři (young old). Pro mladé seniory je charakteristická problematika odchodu do penze a možnost seberealizace prostřednictvím dalších aktivit ve volném čase. Následující kategorií jsou staří senioři (old old), za něž jsou považovány osoby od 75 do 84 let. V tomto období se podle Kalvacha a Mikeše již začínají senioři ve větší míře potýkat se zdravotními problémy a změnami funkčního stavu. Od 85 let věku výše se jedná o velmi staré seniory (very old old), pro které je aktuální především problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Je zřejmé, že jakékoliv pokusy o sofistikované vymezení stáří a definování seniora jsou při nejmenším problematické. Pluralita názorů se objevuje mezi odborníky i laickou veřejností, kromě toho se chápání konceptu mění v průběhu času. Stáří lze proto chápat především jako určitý sociální konstrukt, který je podmíněný specifickými společenskými normami a mění se v závislosti na

demografické a společenské situaci. Pokládám však za nezbytné vymezit označení senior používané v kontextu této práce. Za seniora je v této práci považována osoba od 60 let věku, jež pobírá starobní důchod, a pro kterou již není pracovní činnost hlavní aktivitou.

1.2. Problematika stárnutí v České republice

1.2.1 Demografické stárnutí v České republice

Většina vyspělých zemí světa se potýká s problematikou stárnutí populace, které je spojeno s rostoucím podílem osob ve starším věku na celkovém počtu obyvatel. Příčinou demografického stárnutí je na jedné straně klesající porodnost a na straně druhé zvyšující se naděje dožití ve vyšším věku (Kalvach, Čevela a Čeledová, 2014, s. 21). Jedná se o dlouhodobý trend, který bude dle předpokladů odborníků nadále pokračovat. V roce 2019 byl každý jedenáctý člověk na světě starší 65 let, v roce 2050 to bude dle projekcí OSN každý šestý, v Evropě a v Severní Americe dokonce každý čtvrtý. Počet osob starších 80 let by se přitom měl zhruba ztrojnásobit (UN, 2019a, nestránkováno).

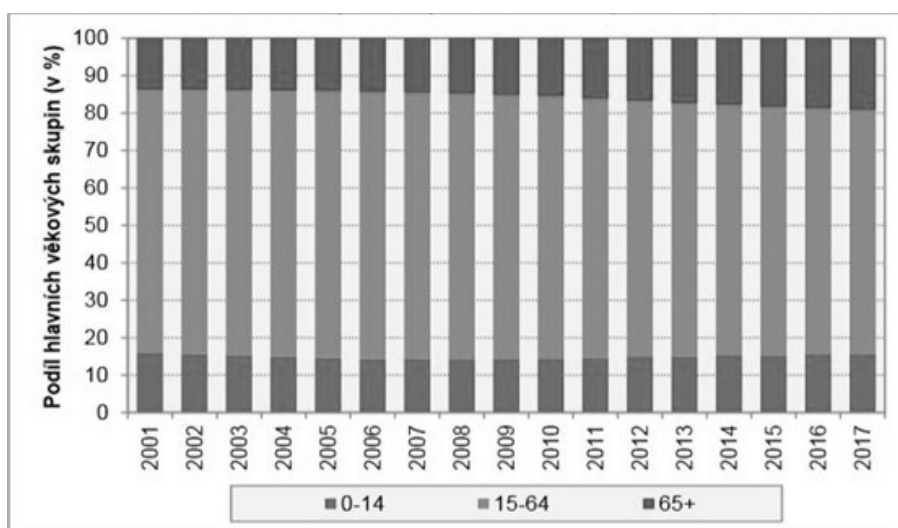
Česká republika není v tomto ohledu žádnou výjimkou. V období od roku 2001 do roku 2017 se zvýšil průměrný věk obyvatel z 39 let na 42,2 let, tedy o více než tři roky. V uvedeném sledovaném období vzrostl index stáří, který vyjadřuje počet osob starších 65 let připadajících na 100 dětí ve věku do patnácti let, z hodnoty 87,2 na 122,1. Počet seniorů převýšil počet dětí již v roce 2006 a od té doby postupně roste. Od roku 2001 do roku 2017 vzrostla také hodnota indexu ekonomické závislosti. Tento ukazatel vyjadřuje počet potenciálně ekonomicky neaktivních osob (ve věku od 0 do 19 let a 65 let a více), připadající na 100 osob v potenciálně produktivním věku (osoby od 20 do 64 let). Zatímco v roce 2001 připadalo na 100 osob v produktivním věku 57,1 ekonomicky neaktivních osob, v roce 2017 to bylo již 64,8 osob (ČSÚ, 2019 s. 12–14). Z údajů Českého statistického úřadu je patrné, že podíl seniorské populace na celkovém počtu obyvatel České republiky se postupně zvyšuje a podíl osob ve věku od 15 do 64 let od roku 2005 kontinuálně klesá (viz Obrázek 1 na s. 14).

Dle prognóz Českého statistického úřadu by měl tento trend pokračovat i v příštích desetiletích (viz Obrázek 2 na s. 14). Zatímco v roce 2017 činil podíl osob ve věku 65 let a více 19,2 % z celkové populace ČR (ČSÚ, 2019, s. 7), do roku 2050 by měla být v seniorském věku téměř třetina všech obyvatel (ČSÚ, 2019, s. 42). Největší početní nárůst se vzhledem ke stárnutí populačně silných ročníků předpokládá u nejstarších věkových skupin od 75 do 79 let a 95 let a více (ČSÚ, 2019, s. 44–45).

Zvyšující se podíl seniorů na celkovém počtu obyvatel je obecně důsledkem pozitivních změn jako je celkový pokles úmrtnosti, prodlužující se délka života a lepší zdravotní stav seniorů ve vyšším věku. Tento trend však zákonitě vyvolává obavy týkající se udržitelnosti stávajících penzijních systémů

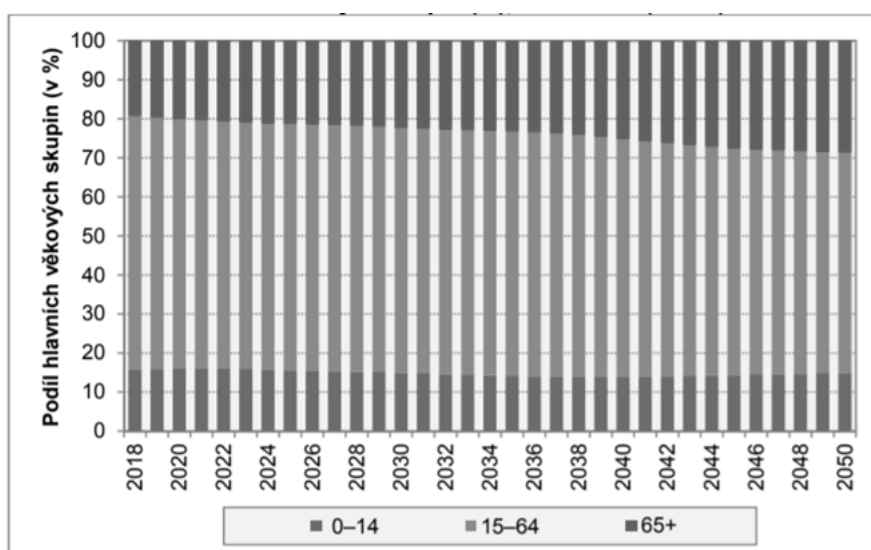
a financování oblasti zdravotní a sociální péče. Kalvach, Čevela a Čeledová hovoří v této souvislosti o tzv. „demografické panice“ (2014, s. 20–21). Objevují se snahy, jejichž cílem je eliminovat negativní dopady stárnutí populace na ekonomické systémy jednotlivých zemí. Zásadní se stává otázka podporování kvality života a zdraví seniorů, které jsou předpokladem pro možné a žádoucí prodloužení délky pracovního života a aktivní participaci seniorů na společenském dění. Za tímto účelem vzniklo několik významných konceptů a strategií, které budou blíže popsány v následující části práce.

Obrázek 1: Podíl hlavních věkových skupin, 2001–2017 (k 31.12.)



Zdroj: ČSÚ, 2019, s. 8

Obrázek 2: Podíl hlavních věkových skupin (%), 2018–2050 (k 1. 1.)



Zdroj: ČSÚ, 2019, s. 42

1.2.2 Politika přípravy na stárnutí v České republice

První výraznou politickou snahou o řešení problematiky stárnutí populace v České republice byl *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007*. Národní program vycházel z mezinárodních strategických dokumentů, konkrétně z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí, který byl přijat na 1. světovém shromáždění o stárnutí konaném ve Vídni v roce 1982, dále ze Zásad OSN pro seniory z roku 1991 a z Madridského mezinárodní akčního plánu pro problematiku stárnutí, jenž byl přijat v roce 2002 v Madridu v rámci 2. světového shromáždění o stárnutí. Program byl určen pro seniory a pro mladou a střední generaci s cílem rozvíjet společnost pro lidi všech věkových kategorií. Zdůrazňována byla potřeba podpory pozitivního přístupu mladších generací k seniorům, jejich příprava na vlastní stárnutí a nutnost aktivního zapojení seniorů do života společnosti. Národní program byl zaměřen na deset klíčových oblastí – „etické principy, přirozené sociální prostředí, pracovní aktivity, hmotné zabezpečení, zdravý životní styl a kvalitu života, zdravotní péči, komplexní sociální služby, společenské aktivity, vzdělávání a bydlení“ (MPSV, 2003, nestránkováno). V rámci každé oblasti bylo stanoveno několik konkrétních opatření včetně rozdělení zodpovědnosti za jejich realizaci mezi jednotlivá ministerstva (MPSV, 2003, nestránkováno).

Na národní program z roku 2003 navázal v roce 2008 dokument *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy by stárnutí pro období let 2008 až 2012*. V tomto programu byla silně akcentována potřeba podpory zdraví a kvality života ve stáří s důrazem na celoživotní přístup (MPSV, 2008). Za tímto účelem bylo stanoveno pět strategických priorit – „aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv“ (MPSV, 2008, s. 21). Národní program přípravy na stárnutí z roku 2008 obsahově navazuje na národní program z roku 2003, je však rozsáhlejší s detailnějším zpracováním jednotlivých oblastí (priorit). Kvalita života zde není chápána jako jedna z oblastí, které je potřeba věnovat pozornost v souvislosti s problematikou stárnutí, ale jako klíčový aspekt, který se prolíná všemi zmiňovanými oblastmi.

V roce 2013 schválila vláda České republiky *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. V tomto dokumentu je zdůrazňován potenciál starších osob v podobě znalostí a zkušeností a jeho význam pro konkurenceschopnost společnosti v podmínkách globalizovaného světa. Zdraví a celoživotní učení jsou chápány jako klíčové předpoklady pro aktivní participaci seniorů ve společnosti (MPSV, 2014). Mezi priority akčního plánu patřilo kromě již zmíněného zdraví a celoživotního učení také „zajištění a ochrana lidských práv starších osob, zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů a péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností“

(MPSV, 2014, s. 9–37). Prioritní oblasti stanovené v akčním plánu se v zásadě neliší od priorit Národního programu z roku 2008. Nicméně v novém dokumentu zcela absentuje zmínka o problematice kvality života ve vyšším věku, pozornost je orientována pouze na otázku zdraví. Z andragogického pohledu považuji za podstatné zdůraznění významu celoživotního učení pro aktivní zapojení seniorů do společenského dění.

Nejnovějším dokumentem v kontextu problematiky stárnutí obyvatel České republiky měla být *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025*. Na základě připomínek vlády byl uvedený dokument přejmenován na *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025*. Přestože měl strategický rámec vejít v platnost již v roce 2019, vláda České republiky ho doposud neschválila. Na zasedání vlády dne 17. února 2020 bylo na základě hlasování jeho projednávání přerušeno (Vláda České republiky, 2020, s. 3). V současné době tedy není zřejmé, jakým směrem se bude politika přípravy na stárnutí v České republice v příštích letech ubírat a jakým oblastem bude věnována pozornost.

2 Kvalita života seniorů

2.1 Kvalita života

Počátky zájmu o kvalitně prožitý život se pravděpodobně objevují již v období antiky. Pojem jako takový se však začal používat mnohem později, přibližně ve 20. letech 20. století, kdy byly v souvislosti s ekonomickým rozvojem sledovány převážně ekonomické a politické aspekty kvality života. Po druhé světové válce se zájem o kvalitu života objevuje v kontextu problematiky sociálních nerovností a smyslu života v podmínkách konkurenčního prostředí s narůstajícím důrazem na výkon (Hrachovinová, Kebza, 2011, s. 21–22). Od 60. let lze zaznamenat odklon od čistě ekonomizujícího pojetí kvality života orientovaného na materiální životní úroveň k zájmu o její sociologické a psychologické aspekty (Hrachovinová, Kebza, 2011, s. 24; Heřmanová, 2012, s. 13–14). Otázky kvality života se v této době objevují v politických programech J. F. Kennedyho a L. B. Johnsona, v Evropě se problematikou kvality života zabýval např. Římský klub (Hrachovinová, Kebza, 2011, s. 22).

Přibližně od 90. let se objevuje výrazný nárůst výzkumů kvality života, kterým se věnují instituce na národní i mezinárodní úrovni (Hnilicová, 2005, s. 206; Heřmanová, 2012, s. 17). Hnilicová (2005, s. 206) uvádí, že „... ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou užít (*enjoyment*).”

2.1.1 Vymezení kvality života

Kvalita života je předmětem zájmu mnoha vědních disciplín. Lze zmínit především psychologii, sociologii, ekonomii, kulturní antropologii, ekologii, etiku a medicínu. Každá z těchto vědních disciplín nahlíží na problematiku kvality života specifickým způsobem a v odlišných souvislostech. V důsledku toho neexistuje v odborných kruzích jedna všeobecně akceptovaná definice kvality života, ale lze se setkat s celou řadou různých vymezení (Hnilicová, 2005, s. 206–207; Heřmanová, 2012, s. 10–11). Podle Heřmanové (2012, s. 43) není roztříštěnost v pojetí kvality života způsobena pouze různými pohledy jednotlivých vědních disciplín, ale také subjektivními pohledy jednotlivých autorů, do kterých promítají své vlastní hodnoty a zájmy.

Kvalitou života se kromě jednotlivých odborníků zabývají také mezinárodní organizace, které vypracovaly vlastní modely a definice. Například ve slovníku OSN *Glossary of Environment Statistics* z roku 1996 je uváděna tato definice kvality života: „pojem lidského blahobytu (*well-being*) měřený sociálními indikátory spíše než kvantitativními ukazateli příjmu a výroby” (UN, 1996, s. 61). V odborné

literatuře je často zmiňována také definice odborníků z univerzity v Torontu, kteří kvalitu života definují jako „... stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité příležitosti ve svém životě“ (Quality of Life Research Unit, nedatováno, nestránkováno). Světová zdravotnická organizace (WHO) chápe kvalitu života jako „... vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, ve kterém jedinci žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (WHOQOL Group, 1995, s. 1405). V této diplomové práci je pojem kvalita života užíván v souladu s definicí Světové zdravotnické organizace.

Z důvodu různých přístupů je pro kvalitu života typická také značná terminologická nejednotnost. Kromě pojmu *kvalita života* (quality of life) se lze setkat s termíny *pocit pohody* (well-being), *sociální pohoda* (social well-being), *individuální stav pohody* (subjective well-being), *lidský rozvoj* (human development), *sociální blahobyt* (social welfare) a dalšími (Hnilicová, 2005, s. 206–207; Heřmanová, 2012, s. 10–11). Nutno podotknout, že ani uvedené pojmy a jejich vymezení nejsou autory chápány jednotně. Pojem *well-being*, případně *subjective well-being*, v češtině osobní/subjektivní pohoda či individuální stav pohody, je využíván především v psychologickém kontextu (např. Křivohlavý, 2004; Blatný, 2010). Blatný (2010, s. 198) definuje osobní pohodu jako „... dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s vlastním životem.“ Osobní pohoda je dle odborníků tvořena složkou kognitivní a složkou emoční. Kognitivní složkou je vědomé hodnocení spokojenosti se životem jako celkem a s jeho jednotlivými oblastmi (např. rodina, přátelé, sociální status, práce). Emoční složku představují dlouhodobě prožívané emoce, jejich typ a intenzita (Hnilicová, 2005, s. 209–210; Blatný, 2010, s. 198).

Vzájemný vztah mezi osobní pohodou a kvalitou života nelze jednoznačně vymezit, jelikož se pohledy jednotlivých odborníků v tomto ohledu liší. Paulík (2017, s. 196) uvádí, že osobní pohoda bývá považována za synonymum kvality života, za její součást, jeden z jejích indikátorů nebo ukazatel, který je na kvalitě života nezávislý. Džuka (2004) došel na základě analýzy různých pojetí kvality života a osobní (subjektivní) pohody k závěru, že lze zaznamenat určitou podobnost obou konstruktů, ale přesto se jejich obsah liší a je potřeba je při měření odlišovat. Pojetí Světové zdravotnické organizace zohledňuje při měření kvality života spokojenost a emoční prožívání vlastního života, subjektivní pohodu tedy považuje za součást celkové kvality života. Stejným způsobem je na subjektivní pohodu (well-being) nahlíženo i v této práci.

2.1.2 Dimenze kvality života

Navzdory různým pojetím a přístupům lze v odborné literatuře nalézt shodu v rozlišení dvou dimenzí kvality života – objektivní a subjektivní (např. Hnilicová, 2005; Heřmanová, 2012; Džuka, 2004). Objektivní kvalita života se týká životní úrovně a podmínek života jednotlivců i obyvatelstva jako celku. Subjektivní kvalitou života se rozumí individuální vnímání objektivních životních podmínek a životní

úrovně jedincem. Různé vnímání (objektivně) stejných životních podmínek je ovlivněno mnoha faktory. Mezi nejvýznamnějšími bývá uváděn věk, dosažená úroveň vzdělání, osobnostní typ, pohlaví a další (Heřmanová, 2012, s. 47–48).

Subjektivní ukazatele kvality života se objevují v popředí zájmu přibližně od 70. let, kdy proběhlo první šetření kvality života obyvatelstva v USA. Dle Hnilicové (2005, s. 206) z šetření vyplynulo, že „... zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence jsou významné pouze do určité míry ... Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se socioekonomickým statutem, a dokonce ani s biologickým zdravím, nemusí být v přímé úměře.“ Objektivně příznivé podmínky tedy samy o sobě nejsou zárukou spokojeného a zdravého života, a naopak nepříznivé podmínky nemusejí nutně znamenat nespokojenost a strádání.

Je zřejmé, že objektivní a subjektivní kvalita života spolu určitým způsobem souvisejí, avšak vzájemný vztah mezi nimi není odborníkům zcela jasný. Většina výzkumů kvality života je proto orientována pouze na jednu z jejích dimenzí, nejčastěji na tu subjektivní. Fernández-Ballesteros (2011) v této souvislosti upozorňuje, že někteří autoři hovoří o kvalitě života obecně, ačkoliv se zabývají pouze její subjektivní dimenzí. Podle autora je v takovém případě nutné používat označení *subjektivní kvalita života* (subjective quality of life). Kvalitu života pak chápe jako multidimenzionální koncept, který je potřeba zkoumat v jeho objektivních i subjektivních aspektech. V této diplomové práci je kvalitou života seniorů myšlena vždy subjektivní kvalita života v souladu s definicí WHO, tedy subjektivní hodnocení životních skutečností a podmínek seniory.

2.1.3 Měření kvality života

Měření kvality života je velmi problematickou záležitostí. V rámci jednotlivých pojetí je kladen důraz na různé indikátory či domény kvality života, jejichž úroveň je měřena pomocí celé řady nástrojů. V online databázi PROQOLID od organizace Mapi Research Trust, která se zaměřuje na kvalitu života ve vztahu ke zdraví, je uvedeno více než 3400 nástrojů k měření kvality života pacientů (Mapi Research Trust, 2021, nestránkováno). Další řada nástrojů je pak využívána v rámci psychologie a sociologie k měření kvality života běžné populace. Z důvodu velkého množství různě zaměřených nástrojů je velmi obtížné jednoznačně je kategorizovat. Hrachovinová a Kebza uvádí, že v důsledku velkého množství dělicích kritérií je možno některé nástroje zařadit i do více kategorií, což způsobuje značnou nepřehlednost celé oblasti (2011, s. 26). Vyjmenovat úplný seznam dělicích kritérií navíc není možné, vždy záleží na přístupu a preferencích jednotlivých autorů. Snahou proto není v této práci nástroje kategorizovat nebo poskytnout jejich vyčerpávající seznam, ale spíše upozornit na ty, které jsou běžně využívány v rámci hlavních přístupů k měření kvality života.

Ve výzkumech kvality života lze v zásadě rozlišit dva hlavní přístupy. Orientaci na měření objektivních podmínek kvality života a na měření subjektivního vnímání kvality života jedincem. Objektivní kvalita života bývá měřena pomocí takzvaných indexů. Podle Heřmanové „... indexy umožňují na různých úrovních (mezinárodní, národní, regionální, místní, popř. personální) identifikovat situaci a vývojové trendy v oblasti environmentálních, demografických, sociálních, psychologických, ekonomických a dalších jevů“ (2012, s. 97–98). Měření objektivní kvality života na makroúrovni umožňuje komparaci životní úrovně obyvatel mezi jednotlivými státy (Čornaničová, 2004, s. 145). Znalost momentální situace a vývojových trendů v oblasti objektivních podmínek života a vzájemná komparace mezi regiony může být východiskem pro tvorbu politických opatření a strategií ke zlepšení objektivní kvality života (nejen) starších obyvatel.

Existuje nepřeberné množství indexů, které se více či méně vztahují k problematice kvality života. Poskytnout vyčerpávající seznam a popis všech však jednat není možné a vzhledem k zaměření této práce ani relevantní. Uvádím zde proto pouze pro představu některé typické příklady. Mezi nejznámějšími indexy můžeme podle Heřmanové (2012, s. 99–106) uvést například *Index lidského rozvoje* (Human Development Index, HDI), který využívá ve svých statistikách OSN. Dále *Index lidské chudoby* (Human Poverty Index, HPI), *Index vnímání korupce* (Corruption Perception Index, CPI), *Genderově vztážený index rozvoje* (Gender Related Development Index, GDI) a *Index globálního hladovění* (Global Hunger Index, GHI).

Při měření subjektivní kvality života jsou místo indexů využívány tzv. indikátory. Jednotlivé nástroje zaměřené na subjektivní kvalitu života sledují různý počet a typ indikátorů, v závislosti na celkovém pojetí konceptu kvality života, v rámci kterého nástroj vznikl. V obecné rovině lze říci, že indikátory kvality života se týkají dílčích oblastí života jedince jako je např. zdraví, sociální vztahy, bezpečnost, materiální pohoda apod. Jednotlivé oblasti života jsou subjektivně hodnoceny respondenty. Některé nástroje jsou zaměřeny na hodnocení spokojenosti s jednotlivými aspekty života a úrovně důležitosti těchto aspektů pro jedince (např. SQUALA, Quality of Life Profile). Jiné nástroje se kromě hodnocení spokojenosti orientují také na emoční prožívání a subjektivní hodnocení stavu v určité oblasti života (např. WHOQOL, Satisfaction with Life Scale). Nejčastěji využívaným nástrojem k měření subjektivní kvality života je dle odborníků dotazníkové šetření (Kebza, 2005, s. 59; Heřmanová, 2012, s. 135). Dotazník bývá vyplňován podle možností a situace respondenta buď samostatně, nebo s pomocí jiné osoby.

Odlišné operacionalizace pojmu kvalita života, z ní vycházející indikátory a velké množství nástrojů měření kvality života komplikují komparaci výsledků výzkumů a jejich další využití k tvorbě praktických opatření v oblasti zdravotní, psychosociální i politické.

2.2 Úspěšné, aktivní a zdravé stárnutí

Různá vymezení kvality života se odráží v různých přístupech k tomu, jak dosáhnout optimální kvality života v průběhu stárnutí. V kontextu populačního stárnutí je problematika optimální kvality života oblastí zájmu nejen z hlediska filozofických úvah, ale především z hlediska možných politických a dalších opatření. V tomto ohledu jsou významné koncepty úspěšného, aktivního a zdravého stárnutí.

2.2.1 Úspěšné stárnutí

Koncept úspěšného stárnutí prezentovaný v roce 1961 Robertem Havighurstem zdůrazňuje potřebu vytvoření takových podmínek, které umožní lidem všech věkových kategorií žít spokojený a šťastný život. Autor rozlišuje dvě teorie úspěšného stárnutí, z nichž každá reprezentuje jiný pohled na podmínky potřebné k prožití spokojeného života. Podle teorie aktivity (activity theory) je úspěšné stárnutí dáno možnostmi co nejdéle zachovat aktivity a postoje středního věku. Teorie uvolnění (disengagement theory) naopak chápe úspěšné stárnutí jako proces přijetí a postupného ústupu z aktivního života.

Američtí gerontologové John Rowe a Robert Kahn představili v roce 1987 vlastní koncept úspěšného stárnutí, který vychází z teorie aktivity. Autoři ve svém pojetí vymezili úspěšné stárnutí proti stárnutí obvyklému. Oba typy stárnutí jsou chápány jako nepatologické, avšak obvyklé stárnutí je na rozdíl od stárnutí úspěšného spojováno s vysokým rizikem. Úspěšné stárnutí je charakterizováno nízkou pravděpodobností onemocnění a zdravotního znevýhodnění, vysokou funkční kapacitou v kognitivní i fyzické oblasti a aktivní participací na společenském životě. Zdůrazňován je význam produktivity a udržování mezilidských vztahů. Koncept úspěšného stárnutí vychází z předpokladu, že mnoho faktorů, které predikují zdraví, funkční stav a úroveň aktivity, lze ovlivnit změnami na úrovni jedince nebo jeho bezprostředního okolí (Rowe a Kahn, 1997, s. 433, 439).

Baltes a Carstensen (1996, s. 403–405) upozorňují na to, že teorie úspěšného stárnutí obvykle stanovují ideální normativní podobu stárnutí bez ohledu na individuální či kulturní rozdíly. Podle autorky spočívá úspěšné stárnutí v možnosti dosahovat cílů, které jedinec považuje za důležité a smysluplné. Tyto cíle mohou být velmi heterogenní, úspěšné stárnutí proto může v praxi nabývat mnoha podob. Autorky navrhují vlastní metamodel úspěšného stárnutí, který zahrnuje proces selekce, kompenzace a optimalizace. Uvedené procesy pomáhají seniorům úspěšně stárnout, tedy dosahovat jejich cílů navzdory některým negativním změnám v oblasti biologické, psychologické a sociální.

Selekce spočívá v přizpůsobování cílů aktuálním možnostem jedince a prostředí s orientací na ty aktivity či oblasti, které jsou pro jedince prioritní a v souladu s jejich funkční kapacitou. Kompenzace znamená využití alternativních způsobů k dosažení individuálních cílů. Uplatňuje se v případech, kdy

senior již nemá dostatečnou kapacitu, aby pokračoval ve svých obvyklých aktivitách, ale nechce nebo nemůže měnit své cíle. Kompenzací mohou být nové aktivity, které více vyhovují možnostem seniorů, využívání technických kompenzačních pomůcek či asistence jiného člověka při každodenních činnostech. Nové aktivity mohou vyžadovat osvojení nových znalostí a dovedností, které jedinec dosud nepotřeboval. Optimalizace zahrnuje zvyšování funkční kapacity prostřednictvím rozšiřování zdrojů a rezerv jedince. Pro podporu procesu optimalizace u seniorů jsou klíčové vhodné podmínky, především pak stimulující prostředí s dostatkem příležitostí (Baltes a Carstensen, 1996, s. 406–413).

Je zřejmé, že představy o podobě úspěšného stárnutí nejsou mezi odborníky konsenzuální. Na jedné straně je úspěšné stárnutí vymezeno pomocí relativně objektivních ukazatelů jako je zdraví, funkční stav a úroveň aktivity, na straně druhé je chápáno jako subjektivní koncept podmíněný individuálními cíli a potřebami. Nicméně společným znakem uvedených modelů je přesvědčení, že v kontextu úspěšného stárnutí je klíčový nejen přístup samotného jedince, ale také prostředí, ve kterém jedinec stárne. Společnost by měla poskytovat takové podmínky, které umožní seniorům žít zdravý život a naplňovat individuální potřeby v oblasti fyzické, psychické, sociální i spirituální. Z andragogického pohledu je významné především vytváření vhodných příležitostí k učení a rozvoji seniorů.

2.2.2 Aktivní stárnutí

Na evropském kontinentu nabyl významu především koncept aktivního stárnutí, který se od 90. let objevuje v kontextu problematiky stárnutí ve strategických a dalších dokumentech Světové zdravotnické organizace, OECD a Evropské komise (Hasmanová Marhánková, 2014, s. 14). V roce 2002 definovala Světová zdravotnická organizace v dokumentu *Active Ageing: A Policy Framework* aktivní stárnutí jako „... proces optimalizace příležitostí ke zdraví, participaci a bezpečnosti za účelem zlepšení kvality života v průběhu stárnutí“ (WHO, 2002, s. 12). Aktivní stárnutí je chápáno jako široký koncept zahrnující kromě fyzické aktivity a ekonomické produktivity také sociální, kulturní, spirituální a občanskou participaci. Podpora aktivního stárnutí se týká všech lidí ve všech věkových skupinách bez ohledu na jejich zdravotní a funkční stav. Zdůrazňována je možnost aktivního zapojení seniorů a lidí se zdravotním znevýhodněním v rodině, komunitě či vrstevnické skupině. Cílem aktivního stárnutí je udržení autonomie a nezávislosti až do vysokého věku. Důraz je přitom kladen na význam okolí (rodiny, přátel, kolegů), vzájemné závislosti a mezigenerační solidarity. Reflektován je vliv průběhu předchozích životních období na kvalitu života v seniorském věku (WHO, 2002, s. 12).

Světová zdravotnická organizace vymežila šest skupin determinantů aktivního stárnutí, kterými jsou „zdravotní a sociální služby, behaviorální determinanty, osobní determinanty, fyzické prostředí, sociální determinanty a ekonomické determinanty“ (WHO, 2002, s. 19). V oblasti zdravotních

a sociálních služeb je reflektován vliv dostupnosti zdravotní a sociální péče, možností podpory zdraví a prevence. Determinanty týkající se chování zahrnují životní styl a návyky člověka jako je fyzická aktivita, stravování, užívání tabáku, alkoholu, léků apod. Za osobní determinanty jsou považovány psychologické faktory (např. inteligence) a genetická výbava jedince. V oblasti fyzického prostředí je významný vliv dostupnosti podpůrných služeb, bezpečného bydlení, pitné vody, čistého ovzduší a zdravotně nezávadného jídla. Mezi sociální determinanty patří úroveň a dostupnost sociální podpory rodiny, přátel či komunity, zneužívání či zanedbávání seniorů, celoživotní učení a úroveň vzdělání a gramotnosti. Ekonomickými determinanty jsou výše příjmu, pracovní uplatnění a sociální podpora ze strany státu. Významnými komponentami aktivního stárnutí, které prostupují všemi uvedenými determinanty jsou kultura a pohlaví (WHO, 2002, s. 21–32).

Z výše uvedeného je patrné, že aktivní stárnutí je v pojetí Světové zdravotnické organizace multidimenzionálním konceptem, který je podmíněn mnoha individuálními i společenskými faktory. Klíčové je vytvářet takové společenské podmínky a prostředí, které umožní všem věkovým skupinám aktivně participovat na životě společnosti a přispějí tak ke zlepšení jejich kvality života.

Evropská komise chápe aktivní stárnutí jako „... pomoc lidem tak, aby mohli v průběhu stárnutí řídit svůj vlastní život co nejdéle je to možné, a aby pokud možno participovali na ekonomice a životě společnosti“ (European Commission, nedatováno, nestránkováno). V roce 2012 byl Evropskou komisí vyhlášen *Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity*, jehož cílem bylo zvýšit povědomí o přínosech, kterými mohou senioři přispět společnosti, zvýšit mezigenerační solidaritu a podpořit vytváření příležitostí pro aktivní stárnutí. Evropský rok byl zaměřen na podporu aktivního stárnutí v oblastech zaměstnávání, participace ve společnosti a nezávislého bydlení (European Commission, 2013, nestránkováno). K jednotlivým oblastem byla vytvořena série doporučení, která byla zahrnuta pod názvem *Guiding Principles for Active Ageing and Solidarity between Generations* v deklaraci k Evropskému roku 2012. Mezi doporučeními byla uvedena mimo jiné podpora celoživotního učení, konkrétně podpora příležitostí ke vzdělávání a učení se starších osob v oblasti informačních technologií, financí a péče o sebe sama (Council of the European Union, 2012, s. 10).

V souvislosti s Evropským rokem aktivního stárnutí vytvořila Evropská komise ve spolupráci s Evropskou hospodářskou komisí OSN tzv. *Index aktivního stárnutí* (Active Ageing Index). Účelem indexu je kvantifikování a monitorování potenciálu starších lidí k aktivnímu a zdravému stárnutí a komparace výsledků na národní i mezinárodní úrovni (UNECE, 2015, s. 5). Potenciál k aktivnímu stárnutí je měřen pomocí dotazníku, ve kterém je sledováno 22 indikátorů rozdělených do čtyř domén: „zaměstnávání; participace ve společnosti; nezávislé, zdravé a bezpečné bydlení; kapacita a prostředí umožňující aktivní stárnutí“ (UNECE, 2015, s. 9). Jedním z indikátorů je celoživotní učení, kdy je

sledována účast v neformálním i formálním vzdělávání v období posledních čtyř týdnů u osob od 55 do 74 let. Zjišťována je také úroveň osobní pohody (mental well-being) u osob starších 55 let (UNECE, 2015, s. 9). Podle analytické zprávy z roku 2019 se v členských zemích EU od roku 2008 do roku 2016 zvýšila hodnota indexu aktivního stárnutí průměrně o 3,7 bodu. V České republice vzrostla hodnota indexu o 5,3 bodů, což lze považovat za pozitivní trend (UN, 2019b, s. 28–29).

Aktivní stárnutí je v pojetí Světové zdravotnické organizace i Evropské komise spojováno s dobrým zdravotním stavem, bezpečným prostředím, a především se společenskou participací. Důraz je kladen nejen na pracovní a fyzickou aktivitu, ale také například na aktivní zapojení jedinců v komunitním a rodinném životě formou dobrovolnictví, péče o děti či vnoučata apod. Za nezbytnou součást aktivního stárnutí je v obou pojetích považováno celoživotní učení. Aktivní stárnutí je chápáno jako klíčový proces, který směřuje ke zlepšení kvality života v jakémkoliv věku.

2.2.3 Zdravé stárnutí

Termín „zdravé stárnutí“ používala Světová zdravotnická organizace přibližně do 90. let 20. století, kdy ho nahradila výše zmíněným pojmem aktivní stárnutí (WHO, 2002, s. 13). Od aktivního stárnutí však postupně upustila a od roku 2015 opět hovoří o zdravém stárnutí. V dokumentu *World Report on Ageing and Health* hodnotí dosavadní přístupy k problematice zdraví stárnoucí populace jako neefektivní a zdůrazňuje potřebu systematické změny v oblastech zdravotní a dlouhodobé péče s ohledem na heterogenitu starších osob (WHO, 2015, s. 18). Zdravé stárnutí je definováno jako „... proces rozvoje a udržování funkční kapacity, která umožňuje osobní pohodu ve vyšším věku“ (WHO, 2015, s. 28). Funkční kapacita je chápána jako schopnost věnovat se činnostem, které jedinec považuje za důležité. Je tvořena fyzickou a psychickou kapacitou jedince, charakteristikami prostředí a jejich vzájemnými interakcemi (WHO, 2015, s. 28).

V kontextu zdravého stárnutí je předpokladem osobní pohody potažmo kvality života seniorů příznivý funkční stav. Obdobně jako v případě aktivního stárnutí reflektuje Světová zdravotnická organizace význam vlivu prostředí a podmínek. Pozornost je však orientována více na jedince a jeho osobní potřeby, které nemusejí korespondovat s normativně stanoveným požadavkem na aktivní společenskou participaci ve vyšším věku.

2.3 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

S vyšším věkem je obvykle spojena řada změn a zátěžových situací, které mají vliv na kvalitu života seniorů. Na významu nabývá problematika zachování autonomie, zdraví, smyslových schopností, hmotného zabezpečení apod. (Gurková, 2011, s. 168). Subjektivní kvalita života seniorů je tak ovlivněna mnoha osobnostními, demografickými, ekonomickými, kulturními, sociálními a dalšími

faktory. V rámci různých přístupů ke kvalitě života a k jejímu zkoumání je kladen důraz na různé typy těchto faktorů. V odborné literatuře a empirických šetřeních se lze setkat také s termíny determinanty či prediktory kvality života. Komplexní pohled na faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů, však v odborné literatuře absentuje. Dostupné teoretické poznatky jsou navíc z důvodu různých přístupů k problematice kvality života značně roztříštěné. Následující část práce proto primárně vychází z výsledků dostupných empirických šetření a pozornost bude věnována těm faktorům, které se opakovaně ukazují jako klíčové.

Bez ohledu na kontext jednotlivých empirických šetření a využívaný způsob měření kvality života se ukazuje, že významnými faktory ovlivňujícími kvalitu života seniorů jsou sociodemografické proměnné. Walker (2010, s. 577–579) na základě výsledků mnoha empirických šetření rozlišil dalších šest kategorií faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů – „psychologické faktory; zdraví a funkční stav; sociální vztahy, podpora a aktivita; ekonomické podmínky a nezávislost; podmínky prostředí; volnočasové aktivity a mobilita“.

2.3.1 Sociodemografické faktory

Bez ohledu na kontext jednotlivých empirických šetření a využívaný způsob měření kvality života se ukazuje, že mezi významné faktory ovlivňující kvalitu života seniorů patří věk a dosažená úroveň vzdělání. Nižší úroveň kvality života seniorů je obvykle spojena s nižší úrovní dosaženého vzdělání (Gondodiputro, Hidayati a Rahmiati, 2018, s. 40; Bunout et al., 2012, s. 16; Yilmaz a Tekin, 2018, s. 33). V kontextu dalších zmíněných faktorů se ovšem závěry výzkumů rozcházejí. Z výsledků některých empirických šetření vyplývá, že se stoupajícím věkem se kvalita života seniorů výrazně snižuje (Ćwirlej-Sozańska et al., 2018, s. 541; Kumar, Majumdar a Pavithra, 2014, s. 55; Gondodiputro, Hidayati a Rahmiati, 2018, s. 39). Jiná šetření uvádějí, že křivka kvality života má tvar písmene „U“. Tedy že s věkem klesá až do přibližně 50 let věku, kdy se začne naopak postupně zvyšovat. K tomuto výsledku dospěl např. Blanchflower (2021, s. 618–619) při zkoumání well-being ve 145 zemích z celého světa.

V případě pohlaví lze zaznamenat zcela protichůdné výsledky jednotlivých výzkumů. Dle výsledků některých šetření nebyla prokázána souvislost mezi kvalitou života a pohlavím respondentů (např. Gondodiputro, Hidayati a Rahmiati, 2018; Sováriová Soosová, 2016), jiná šetření naopak zaznamenala výrazné rozdíly mezi hodnocením kvality života u mužů a u žen (např. Van Nguyen et al., 2017, s. E68; Zaninotto, Falaschetti a Sacker, 2009, s. 1305; Dragomirecká, 2007, s. 61–62).

2.3.2 Psychologické faktory

Šetření Dragomirecké (2007) na vzorku českých seniorů ukázalo, že uvedené sociodemografické faktory mají na kvalitu života menší vliv, než faktory psychologické jako jsou míra depresivity a postoje

ke stáří. Míra depresivity je podle výsledků šetření nejsilnějším korelátem subjektivně hodnocené kvality života seniorů. Podle výsledků šetření Sováriové Soósové (2016, s. 491–492) je deprese nejvýznamnějším faktorem, který negativně ovlivňuje kvalitu života seniorů. Hussenoeder et al. (2021, s. 77–79) v rámci svého šetření zjistili, že senioři s diagnostikovanou depresí měli oproti běžné seniorské populaci horší kvalitu života v oblasti zdraví, prožívání, fungování smyslů, sociálního zapojení a sociálních vztahů. Vliv intenzity či množství depresivních symptomů na kvalitu života seniorů potvrzuje také mnoho dalších zahraničních studií (např. Trentini et al., 2011; Zaninotto, Falaschetti a Sacker, 2009; Unalan et al., 2015).

Výsledky šetření Dragomirecké poukázaly také na souvislost mezi kvalitou života seniorů a postoji ke stáří (2007, s. 81). Podle výsledků šetření Korkmaz Aslan et al. (2019, s. 160–161) byly pozitivní postoje ke stárnutí významným prediktorem lepší kvality života seniorů. Halisch a Geppert (2012, s. 152–153) ve svém šetření zjistili souvislost mezi postoji k vlastní budoucnosti a osobní pohodou seniorů. Postoje k budoucnosti měly vliv na životní spokojenost seniorů, jejich prožívané emoce a nálady. Podle O’Hanlon a Colemana (2004, s. 58) může mít postoj k vlastnímu stárnutí významný vliv na zvládání období stáří a celkový zdravotní stav ve vyšším věku. Výsledky longitudinální studie Siebert et al. (2018, s. 467) ukázaly, že postoje k vlastnímu stárnutí ovlivňují vznik kognitivních poruch v pozdějších obdobích života. S negativními postoji k vlastnímu stárnutí bylo spojeno o třetinu vyšší riziko vzniku těchto poruch.

Podle Walkera je v kontextu kvality života seniorů významným faktorem pocit osobní kontroly a mistrovství (2010, s. 577). Výsledky šetření Halische a Gepperta (2012, s. 165–166) ukázaly, že pocit osobní kontroly souvisí se životní spokojeností. Důvěra ve schopnost ovlivňovat vlastní život (self-efficacy) byla spojena s větší spokojeností v životě. Vliv self-efficacy však s věkem klesal a u nejstarší věkové skupiny (od 78 let výše) již zcela absentoval. Vágnerová (2007, s. 303) zmiňuje, že senioři mají výraznou potřebu kontroly nad vlastním životem, jelikož z důvodů změn a omezení spojených s vyšším věkem pociťují větší ohrožení.

2.3.3 Zdraví a funkční stav

Za klíčový faktor, který ovlivňuje kvalitu života seniorů, je považováno zdraví (Hrozenská, 2008). V medicíně se v kontextu zdraví a kvality života hovoří o *health-related quality of life*, zkráceně HRQOL, která je samostatnou oblastí výzkumného zájmu (Hnilica, 2005, s. 416; Hrachovinová, Kebza, 2011, s. 26). Světová zdravotnická organizace vymezila v roce 1948 zdraví jako „... stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze absence nemoci či neduživosti“ (WHO, 1948, s. 100). Křivohlavý (2001, s. 40) definuje zdraví jako „... celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

Podle Křivohlavého je tedy zdraví předpokladem pro dosažení optimální úrovně kvality života (tamtéž). Dle Čornaničové (2005, s. 35) je kvalita života ohrožena, pokud některý z ukazatelů v oblasti zdraví klesne pod kritickou úroveň.

Podle Haškovcové (2010, s. 254) „[z]draví tvoří nepochybně jeden z významných předpokladů kvality života, ale samo o sobě ji nezakládá ... Prožitek kvality života je fenomén plastický a důležité je, že může existovat i v nemoci či jiné nepřízni osudu.“ Obdobě Hrachovinová a Kebza (2011, s. 27) zmiňují, že „... subjektivně prožívaná kvalita života nemocného jedince není zcela závislá na jeho skutečném klinickém stavu.“ Objektivně měřitelné ukazatele zdraví navíc nemusejí odpovídat subjektivnímu pohledu daného člověka na jeho vlastní zdravotní stav. Sýkorová (2007, s. 103) uvádí, že senioři při hodnocení vlastního zdravotního stavu reflektují adekvátnost některých potíží vzhledem k věku a komparují vlastní situaci s vrstevnickou skupinou. Na základě toho mohou hodnotit vlastní zdraví příznivě, přestože je objektivně považováno za horší. Zdá se tedy, že pro kvalitu života seniorů není určující jejich objektivní (klinicky ověřený) zdravotní stav, ale spíše jejich subjektivní vnímání vlastního zdraví.

Otázka zdraví je ve vyšším věku spojována především s problematikou autonomie a soběstačnosti. OECD v tomto kontextu zmiňuje *healthy life years*, které vyjadřují období života prožité bez limitujících zdravotních obtíží a omezení (2004, s. 18). Pokles fyzických i duševních sil může vést k závislosti starších osob na pomoci jiných lidí při vykonávání každodenních činností (Hrozenská, 2008, s. 83). Soběstačnost je přitom pro seniory velmi významná, neboť představuje potvrzení určité osobní kompetence (Sýkorová, 2007, s. 90). Kompetence člověka jsou podstatnou součástí jeho identity, v důsledku stárnutí však postupně dochází k jejich poklesu. Pro vyrovnání se se ztrátami a udržení přijatelného sebepojetí je proto významná orientace na ty kompetence, které jsou zachovány i ve vyšším věku (Vágnerová, 2007, s. 306–307). Schopnost samostatně zvládat každodenní činnosti může být jednou z těchto kompetencí.

Podle Sýkorové „[s]enioři chápou zdraví nejen jako předpoklad fyzické, ale také ekonomické soběstačnosti, samostatnosti rozhodování a jednání i plánování životních cílů ...“ (2007, s. 116–117). Fyzická soběstačnost, finanční soběstačnost a samostatné rozhodování jsou v pojetí seniorů chápány jako aspekty osobní autonomie. Osobní autonomie je pro seniory velmi důležitá, považují ji za zdroj sebeúcty, sebevědomí a společenského uznání (Sýkorová, 2007, s. 90–91).

2.3.4 Sociální vztahy, sociální podpora a aktivita

Empirická data ukazují, že sociální vztahy mají pro kvalitu života seniorů zásadní význam. Dle výsledků šetření Kovalenko a Spivak (2018, s. 172–173) souvisí úroveň well-being u seniorů se

společenským zapojením a možnostmi komunikovat s ostatními. Vyšší úroveň subjektivní pohody uvádějí senioři, kteří jsou společensky aktivní a udržují kontakt se svými přáteli. Nízká úroveň well-being je naopak typická pro seniory, kteří nemají příliš příležitostí komunikovat s přáteli a cítí se osamělí. Podle Světové zdravotnické organizace je „... sociální izolace a osamělost ve starším věku spojena se zhoršením well-being v oblasti psychické i fyzické“ (WHO, 2002, s. 28). Dragomirecká uvádí, že snížená intenzita sociálních aktivit, ztráta vztahů a osamělost bývají zmiňovány mezi příčinami deprese u seniorů (2007, s. 16). Deprese je přitom jedním z významných faktorů ovlivňujících kvalitu života ve vyšším věku (viz 2.3.2).

Gellardo-Peralta et al. (2018, s. 595–598) došli na základě svého šetření k závěru, že pro kvalitu života seniorů je významná sociální podpora rodiny, a to především partnera a dětí, ale také podpora přátel a komunity (např. v rámci sousedských vztahů). Autoři zdůrazňují, že více zdrojů sociální podpory umožňuje širší společenské zapojení, které s sebou přináší i lepší kvalitu života. Obdobně Villas-Boas et al. (2019, s. 49), kteří se ve svém šetření zabývali kvalitou života různých věkových skupin, uvádějí mezi nejsilnějšími prediktory kvality života u osob starších 65 let sociální podporu rodiny.

Sociální vztahy s rodinou, přáteli a známými lidmi jsou pro seniory velmi důležité, jelikož posilují jejich pocit bezpečí a jistoty. Senioři reflektují úbytek vlastních fyzických i psychických sil a mají obavy z možné závislosti. Potřeba jistoty a bezpečí je proto ve vyšším věku významnější než v předchozích fázích života (Vágnerová, 2007, s. 345–346). Pro seniory je důležitá příslušnost k určité sociální skupině, která pro ně představuje jistotu zázemí, ocenění a akceptace. Vzhledem k tomu, že s odchodem do penze ztrácí senioři svou profesní roli a příslušnost k profesní skupině, má pro uspokojení potřeby jistoty ve vyšším věku zásadní význam rodina a přátelé (Vágnerová, 2007, s. 365–366).

Lze usuzovat, že kontakt s druhými lidmi a udržování blízkých vztahů působí jako prevence deprese u lidí v seniorském věku, a tím přispívá k jejich lepší kvalitě života. Vyšší věk je ovšem nevyhnutelně spojen s ubýváním vrstevníků, blízkých přátel či partnera. Kontakt seniorů s rodinou bývá mnohdy omezen na pouhé telefonáty a občasné návštěvy. Tyto skutečnosti mohou v důsledku vést k sociální izolaci seniora a pocitům osamělosti. Určitou kompenzací za ztrátu sociálních vztahů s rodinou a přáteli mohou být nové sociální vazby, které senior získá v rámci účasti na různých zájmových a vzdělávacích aktivitách. Domnívám se proto, že je důležité seniory motivovat k účasti na těchto aktivitách a zároveň nabídku aktivit rozšiřovat tak, aby svým zaměřením uspokojily potřeby a zájmy co nejširšího spektra seniorů.

2.3.5 Ekonomické podmínky a nezávislost

Významným faktorem ovlivňujícím kvalitu života seniorů je hmotné zabezpečení. Analýza dat získaných v rámci projektu *SHARE* (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) ukázala, že kvalita života seniorů souvisí s objektivní výší jejich příjmu, ale především se subjektivním hodnocením vlastní finanční situace. Nižší kvalita života byla zaznamenána u seniorů, kteří hodnotili svůj příjem jako nedostačující k uspokojení vlastních potřeb (Conde-Sala a kol., 2017, s. 1064). Významný vliv na kvalitu života má také subjektivní posouzení vlastního hmotného zabezpečení v porovnání s vrstevníky. Z výsledků šetření Dragomirecké vyplývá, že senioři, kteří považují úroveň svého hmotného zabezpečení za podprůměrnou, hodnotí svou kvalitu života signifikantně hůře (Dragomirecká, 2007, s. 71–73). Obdobné zjištění přineslo portugalské šetření, v rámci kterého byl zkoumán vztah mezi vybranými socioekonomickými ukazateli a kvalitou života seniorů. Podle výsledků šetření bylo pro kvalitu života seniorů nejvýznamnější to, zda považovali svůj příjem za adekvátní (Henriques et al., 2020, s. 4–5).

Peníze představují pro seniory nejen prostředek k získání materiálních a nemateriálních statků, ale slouží také k potvrzení osobní kompetence, udržení svobody rozhodování a zachování nezávislosti na druhých. Přispívají také k pocitu klidu a jistoty, který jim dovolí soustředit se na jiné aspekty života (Sýkorová, 2004, s. 110–111). Finanční soběstačnost a možnost finančně podpořit další členy rodiny může do určité míry kompenzovat fyzickou závislost seniorů, a to ve smyslu zachování jejich sebeúcty a respektu ostatních lidí (Sýkorová, 2007, s. 138).

2.3.6 Podmínky prostředí

Podle Walkera (2010, s. 578) je dalším z podstatných faktorů kvality života seniorů prostředí, ve kterém žijí. Autor zmiňuje především podmínky bydlení a vhodné sousedství. Světová zdravotnická organizace reflektuje význam prostředí pro kvalitu života seniorů v rámci projektu *Age-Friendly Cities*. Podle WHO (2007, s. 1) je klíčové, aby města – jakožto komunity přátelské k věku – přijala taková opatření a poskytovala takové služby, které umožní seniorům žít v bezpečí, užívat si dobrého zdraví a participovat na životě společnosti. Reflektování potřeb seniorů a individuálních rozdílů mezi nimi, ochrana nejvíce zranitelných, podpora participace a respektování jejich životního stylu jsou předpokladem pro aktivní stárnutí WHO (2007, s. 5). WHO na základě výzkumu, který byl realizován ve 33 městech, identifikovala osm klíčových oblastí – „venkovní prostranství a budovy, doprava, bydlení, zapojení do společnosti, respekt a sociální začlenění, občanské zapojení a zaměstnanost, komunikace a informace, komunitní sociální a zdravotní služby“ WHO (2007, s. 9). Pro každou oblast bylo stanoveno několik kritérií města přátelského k věku.

Podle výsledků čínského šetření má na subjektivní pohodu seniorů vliv přítomnost dalších seniorů v okolí, dostatek veřejných prostor a možností služeb pro seniory. Studie dále ukázala, že mediátorem mezi těmito objektivními charakteristikami prostředí a subjektivní pohodou seniorů je pocit příslušnosti k sousedské komunitě. Podle autorů je přítomnost dalších seniorů v sousedství důležitá z hlediska sociálního kontaktu a vzájemné podpory (Zhang et al., 2018, s. 958–959). Souvislost mezi sociální soudržností v sousedské komunitě a kvalitou života seniorů byla prokázána také v případě šetření, které bylo realizováno v centrech pro seniory v New Yorku. Výsledky šetření ukázaly, že kromě sociální soudržnosti je pro kvalitu života seniorů významný pocit bezpečí v okolí bydliště (Friedman et al., 2012, s. 128–129). Obdobné výsledky byly zjištěny v případě nizozemského šetření. Se subjektivní pohodou seniorů souvisela sociální podpora a soudržnost se sousedy, bezpečnost a dostupnost služeb v okolí bydliště (Cramm, Dijk a Nieboer, 2013, s. 147–149).

2.3.7 Volnočasové aktivity a mobilita

Aktivity a pohyblivost ve vyšším věku spolu podle Walkera (2010, s. 579) úzce souvisejí a v kontextu kvality života seniorů by jim měla být věnována pozornost. Brajša-Žganec, Merkaš a Šverko (2011, s. 86–87) zmiňují význam volnočasových aktivit pro naplnění potřeb a hodnot seniorů. V rámci empirického šetření zaměřeného na různé věkové skupiny zjistili, že kulturní aktivity jako návštěvy divadla, výstav, koncertů, četba knih a rodinné aktivity jako kontakt s příbuznými a přáteli či návštěvy kostela, přispívají k lepší subjektivní pohodě seniorů. V rámci šetření nebyla zjištěna souvislost mezi subjektivní pohodou seniorů a sociálními aktivitami s dalšími lidmi, které byly významné v případě mladších věkových skupin. Výsledky šetření Joulain et al. (2019, s. 82) naopak ukázaly významnou souvislost mezi subjektivní pohodou seniorů a jejich sociálním zapojením. Senioři, kteří byli zapojeni do sociálních aktivit (např. dobrovolnictví) uváděli vyšší spokojenost se životem a s trávením svého času, vyšší úroveň sebeúcty a nižší úroveň depresivních symptomů. Možnost sociální participace a kontakt s dalšími lidmi tak podle autorů přispívá k lepší subjektivní pohodě seniorů.

Dle Ryu a Heo (2018, s. 335–340) mají různé typy aktivit různý vliv na subjektivní pohodu seniorů. Výsledky šetření ukazují, že sociální aktivity a aktivity v domácím prostředí úzce souvisejí s životní spokojeností, optimismem a vnímáním vlastního zdraví. Dobrovolnictví seniorů je spojeno s životní spokojeností a s pozitivním vnímáním vlastního zdraví. Podle autorů je sociální participace a možnost interakce s dalšími lidmi klíčovým aspektem úspěšného stárnutí, který přispívá k udržení pocitu vlastní hodnoty a užitečnosti. Výsledky šetření dále ukazují souvislost mezi fyzickými aktivitami a životní spokojeností a mezi kulturními aktivitami a optimistickými postoji.

Analýza dat získaných v rámci již výše zmíněného projektu SHARE ukázala, že význam volnočasových aktivit pro kvalitu života seniorů roste se zvyšujícím se věkem. U neaktivních seniorů bylo zaznamenáno zhoršení kvality života s přibývajícím věkem, zatímco u aktivních seniorů se kvalita života naopak zvýšila. Souvislost mezi aktivitou seniorů a kvalitou jejich života zůstala signifikantní i po zahrnutí dalších proměnných, a sice sociodemografických charakteristik, zdraví a kognitivních schopností. Podle autorů jsou aktivity zdrojem odolnosti, který pomáhá překonat možné obtíže spojené s vyšším věkem. Avšak paradoxně se zvyšujícím se věkem zároveň dochází k nárůstu omezení, která možnosti aktivního trávení volného času limitují (Nimrod a Shrira, 2016, s. 109–110).

Aktivita a participace seniorů na životě společnosti je považována za klíčový aspekt úspěšného stárnutí (Rowe a Kahn, 1997, s. 433) a za předpoklad pro dosažení optimální úrovně kvality života (WHO, 2002, s. 12). Aktivní trávení volného času je spojeno se společenským zapojením a působí tak jako prevence sociálního vyloučení seniorů (Határ, 2019, s. 99). Nedostatek aktivity ve vyšším věku působí negativně na fyzickou, psychickou i sociální stránku života a může vést k urychlení involučních změn (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 213).

3 Vzdělávání seniorů

3.1 Vymezení vzdělávání seniorů v kontextu gerontagogiky

Vzdělávání seniorů je v andragogickém slovníku definováno jako „... [o]blast teorie a praxe, která se zabývá intencionálním edukačním působením ve stáří“ (Průcha, Veteška, 2012, s. 277). Jako samostatná oblast zájmu se vzdělávání seniorů profiluje přibližně od druhé poloviny dvacátého století, kdy došlo ke vzniku gerontagogiky jako nové vědní disciplíny na pomezí gerontologie a andragogiky. V souvislosti s prodlužováním délky života, změnami hodnot a dalšími sociálními změnami začalo být období důchodu chápáno jako specifická etapa života a senioři začali být v kontextu vzdělávání vnímáni jako samostatná cílová skupina (Kolland, Wanka, 2013, s. 388; Šerák, 2009, s. 189). V důsledku toho začaly v Evropě a v USA postupně vznikat instituce orientované na vzdělávání seniorů jako univerzity třetího věku, instituty celoživotního učení, tzv. open university, elderhostely a další (Kolland a Wanka, 2013, s. 388).

Gerontagogiku lze v širším pojetí vymezit jako teoretickou disciplínu zabývající se „... studiem a systematizací poznatků týkajících se široce chápané edukace (tj. výchovy a vzdělávání) ve vztahu k seniorskému věku člověka“ (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 19). Předmětem zájmu gerontagogiky je kromě vzdělávání seniorů také preseniorská edukace zaměřená na přípravu na stáří a proseniorská edukace orientovaná na mezigenerační porozumění a podporu stáří a seniorů ve společnosti (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 19). Gerontagogika je také označením pro společenskou praxi ovlivňující sociální aktéry a zahrnující takové aktivity jako je např. vzdělávání, péče a vedení. Termín gerontagogika je dále využíván pro pojmenování akademického oboru zaměřeného na přípravu odborníků v oblasti teorie i praxe edukace seniorů (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 19). Je ovšem nezbytné zmínit, že jednotný název není v kontextu edukace seniorů dosud ustálen. Kromě gerontagogiky jsou v odborné literatuře zmiňovány termíny gerontopedagogika (např. Livečka, 1979; Mühlpachr, 2004) či geragogika (např. Špatenková, Smékalová, 2015).

Vzdělávací aktivity cílené na seniorskou populaci jsou zpravidla koncipovány jako zájmové a neutilitární (Šerák, 2009, s. 183). Převážně se jedná o aktivity neformálního charakteru, které nevedou k získání stupně vzdělání. Podle Šeráka (2009, s. 183) bude v důsledku demografického stárnutí obyvatelstva a snahy o udržení starších osob v zaměstnání po nejdelší možnou dobu nabývat na významu také další profesní vzdělávání seniorů. To však není předmětem zájmu této diplomové práce, a proto mu nebude dále věnována pozornost.

3.2 Motivace a bariéry ve vzdělávání seniorů

Motivaci seniorů ke vzdělávání a bariérám, které brání seniorům v účasti, je věnována značná pozornost na poli teorie i praxe vzdělávání seniorů. Vzhledem k zaměření a rozsahu této práce není možné zde problematiku komplexně zpracovat, následující část bude proto zaměřena na klíčové poznatky, které v kontextu vzdělávání a kvality života seniorů považují za nezbytné zmínit.

3.2.1 Motivace seniorů ke vzdělávání

Ostiguy, Hopp a MacNeil (1998, s. 17) na základě studia výsledků empirických šetření identifikovali, že k účasti na vzdělávacích aktivitách seniory nejčastěji motivuje potřeba získat nové znalosti a dovednosti a potřeba sociálního kontaktu. Možnost seznámit se s novými lidmi a snaha rozvíjet své znalosti ve známých i zcela nových tématech byly jedny z nejvíce zmiňovaných důvodů účasti na vzdělávání v rámci studie realizované ve Švédsku (Bjursell, 2019, s. 225). Výsledky šetření Narushima, Liu a Diestelkamp (2013a, s. 576–577) ukazují, že senioři se vzdělávají především kvůli zachování psychické aktivity a také pro potěšení, které jim učení samo o sobě přináší. Možnost sociálního kontaktu a navazování nových přátelství motivuje k účasti spíše ženy než muže. Ženy jsou také více motivovány praktickými důvody jako je dostupnost vzdělávacích aktivit z hlediska místa, času a financí. Podle šetření Novákové a Lorenzové (2020, s. 77–78) realizovaného na univerzitách třetího věku v rámci Univerzity Karlovy jsou čeští senioři nejvíce motivováni k účasti na vzdělávání touhou učit se, získávat nové informace a poznávat, a to bez ohledu na jejich pohlaví, věk a dosaženou úroveň vzdělání. Obdobně šetření Kim a Merriam (2004, s. 450–452) ukázalo, že seniory motivuje k účasti na vzdělávacích aktivitách zejména zájem o vzdělávání a učení se jako takové. Jako druhý nejvýznamnější důvod účasti byl zaznamenán sociální kontakt s lidmi. Autoři nicméně zjistili, že v případě seniorů, kteří aktivně participují na společenském životě a mají dostatek sociálních vazeb, není tento důvod relevantní.

Výsledky dvou šetření realizovaných ve Švédsku ukázaly, že účast na vzdělávání představuje pro seniory způsob, jak zůstat ve vyšším věku aktivní. Aktivita je přitom seniory vnímána jako předpoklad pro zachování příznivého zdravotního stavu (Bjursell, 2019, s. 226). Aktivní trávení volného času se ukázalo jako významný důvod účasti na vzdělávání také u českých seniorů navštěvujících univerzitu třetího věku (Nováková a Lorenzová, 2020, s. 77–78).

Kromě interních faktorů mohou seniory motivovat ke vzdělávání také faktory externí (Kim a Merriam, 2004, s. 445). Podle výsledků švédského šetření je z hlediska motivace k účasti na vzdělávání významný sociální vliv rodiny, přátel či kolegů. Někteří senioři se začali vzdělávat společně se svými blízkými, případně na základě jejich doporučení, aniž by o účasti dříve uvažovali (Bjursell,

2019, s. 228). Účast na vzdělávání může být podpořena také různými situačními faktory v podobě životních událostí a změn, které vyvolají dosud nepocítovanou vzdělávací potřebu (Withall, 2006, s. 40).

3.2.2 Bariéry ve vzdělávání seniorů

Cross (1980) identifikovala tři typy bariér ve vzdělávání seniorů – situační, institucionální a dispoziční. Institucionální bariéry souvisí s organizačními aspekty jako je vzdělávací nabídka, propagace kurzů a jejich časové rozvržení. Dispozičními bariérami se rozumí osobností nastavení seniora, jeho postoje a přesvědčení. Situační bariéry zahrnují dočasné individuální překážky jako například nedostatek času (Ostiguy, Hopp a MacNeil, 1998, s. 15). Obdobně Purdie a Boulton-Lewis (2003, s. 139–141) rozlišily na základě kvalitativní studie tři kategorie bariér vzdělávání seniorů, a sice fyzické zdraví, osobní faktory a externí faktory. Mezi osobní faktory byly zařazeny postoje, důvěra ve vlastní schopnosti, dřívější zkušenosti se vzděláváním apod. Mezi externími faktory autoři zmiňují dopravu, finanční prostředky, vliv dalších osob atd. Výsledky následného kvantitativního šetření ukázaly, že za největší bariéru jsou seniory považovány fyzické obtíže.

Z diskusí fokusních skupin vyplynulo, že senioři vnímají především institucionální bariéry jako je dostupnost a problémy s dopravou, finanční náročnost nebo čas konání aktivit. Zmíněn byl také nepříznivý zdravotní stav nebo deprese (Withall, 2006, s. 42–43). Ostiguy, Hopp a MacNeil (1998, s. 15) uvádějí mezi nejčastějšími bariérami problémy s dopravou, nedostatek času, finanční náročnost, negativní postoje ke vzdělávání jako takovému, nedůvěru ve vlastní schopnosti a nedostatek informací o možnostech vzdělávání ve vyšším věku.

3.3 Institucionální zabezpečení vzdělávání seniorů v ČR

Vzdělávání zaměřené na cílovou skupinu seniorů má převážně charakter organizované výuky. Vzdělávací aktivity pro seniory nabízejí některé komerční vzdělávací organizace orientované primárně na vzdělávání dospělých. Postupně roste také význam knihoven, muzeí a dalších kulturních organizací. Vzdělávání seniorů se nicméně stále odehrává zejména v rámci specializovaných institucí (Šerák, Vidovičová a Wija 2019, s. 80). Nejvýznamnější z nich budou představeny v následující části práce.

3.3.1 Univerzita třetího věku

Jednou z nejznámějších institucí vzdělávání seniorů jsou **univerzity třetího věku (U3V)** zřizované při vysokých školách jako součást celoživotního vzdělávání. Díky U3V mají senioři možnost absolvovat studium na vysokoškolské úrovni v obvyklé délce od jednoho do šesti semestrů. Účast bývá zpravidla podmíněna dosaženým středoškolským vzděláním s maturitou (Šerák, 2009, s. 196–197; Mühlpachr,

2004, s. 140–141). Na některých U3V je podmínkou účasti dosažení věku, ve kterém vzniká nárok na starobní důchod (Adamec a Kryštof, 2011, s. 19). Na rozdíl od klasického vysokoškolského studia nemá vzdělávání na U3V charakter profesní přípravy, ale slouží především k osobnímu rozvoji seniorů a k uspokojení jejich individuálních zájmů. Absolvováním U3V tak senioři nezískávají formální kvalifikaci. Účast na vzdělávání bývá obvykle zpoplatněna částkou v řádu několika set korun za semestr (Šerák, 2009, s. 196–197; Mühlpachr, 2004, s. 140–141).

První univerzita třetího věku byla založena v roce 1973 na Univerzitě sociálních věd v Toulouse díky iniciativě profesora Pierra Vellase (Adamec a Kryštof, 2011, s. 12). Na území České republiky (tehdejšího Československa) vznikla první U3V v roce 1986 na Univerzitě Palackého v Olomouci, následována Univerzitou Karlovou v roce 1987. Od konce 80. let se postupně přidávaly další vysoké školy, některé U3V byly založeny až na počátku 21. století (Šerák, 2009, s. 197; Adamec a Kryštof, 2011, s. 18). S postupným přibýváním U3V a zájmem o tento typ vzdělávání seniorů vznikla potřeba vytvoření orgánu, který by celou oblast zastřešoval. V roce 1993 byla proto založena Asociace univerzit třetího věku (AU3V), jejímž cílem je koordinovat činnosti U3V v České republice, zajišťovat jejich propagaci, organizovat setkávání a napomáhat ke sdílení informací a zkušeností. AU3V je členem Mezinárodní asociace univerzit třetího věku (AUITA), Evropské federace studentů seniorů (EFOS) a Sítě evropských univerzit kontinuálního vzdělávání (EUCEN) (Adamec a Kryštof, 2011, s. 23–27). V roce 2019 měla AU3V 43 členů z celkem 21 vysokých škol (AU3V, 2019, nestránkováno).

Specifickou formou vzdělávání seniorů je tzv. **virtuální univerzita třetího věku (VU3V)**, která je od roku 2007 realizována na Provozně ekonomické fakultě České zemědělské univerzity v Praze. Cílem VU3V je umožnit vzdělávání na vysokoškolské úrovni seniorům, kteří se nemohou účastnit U3V prezenčně z důvodu vzdálenosti od sídel vysokých škol, komplikací s dojížděním, špatného zdravotního stavu apod. VU3V mohou studovat senioři, kteří dosáhli důchodového věku, nebo lidé pobírající invalidní důchod bez ohledu na věk. Vzdělávání na VU3V má podobu jednosemestrálních kurzů, které se skládají ze šesti videopřednášek. Výuka probíhá v tzv. konzultačních střediscích, kde se senioři každých čtrnáct dní účastní projekcí přednášek a mohou o probíraném tématu společně diskutovat. Konzultačními středisky jsou nejčastěji knihovny, různá informační a kulturní střediska apod. Jednotlivé přednášky mají senioři k dispozici také na internetovém portále e-senior, kde mohou dále vyplňovat testy, číst doplňující materiály a komunikovat s lektorem. Po absolvování šesti semestrů výuky se mohou senioři zúčastnit slavnostní promoce v aule České zemědělské univerzity (Adamec a Kryštof, 2011, s. 112–114; ČZU, 2019, nestránkováno).

3.3.2 Akademie třetího věku a kluby seniorů

Dlouhou tradici mají v České republice **akademie třetího věku (A3V)**, které jsou realizovány různými organizacemi (kulturní domy, knihovny, muzea apod.). Prostřednictvím A3V jsou uspokojovány vzdělávací potřeby seniorů v regionech, kde se nenacházejí vysoké školy (Šerák, 2009, s. 198). Vzdělávání na A3V je obvykle koncipováno jako cyklus přednášek zaměřených na jednu či více tematických oblastí. Obsah vzdělávání je přizpůsobován lokálním potřebám a zájmům seniorů, přednášky bývají navíc obohaceny různými doplňkovými aktivitami (např. exkurze). Oproti univerzitě třetího věku se jedná o méně náročné studium s nižšími nároky na vlastní aktivitu seniorů (Haškovcová, 2010, s. 136; Mühlpachr, 2004, s. 139; Šerák, 2009, s. 198).

Na podobném principu fungují **kluby aktivního stáří, kluby seniorů** či **kluby důchodců**. Na rozdíl od akademií třetího věku jsou zaměřeny především na uspokojování sociálních potřeb a rozvoj individuálních zájmů. Typické jsou neformální a trvalejší vztahy mezi seniory. Vzdělávací aktivity v klubech aktivního stáří mají zpravidla jednorázový charakter bez uceleného koncepčního rámce. Kromě přednášek jsou organizovány besedy, poznávací zájezdy, exkurze, kulturní akce, sportovní programy apod. (Šerák, 2009, s. 199).

3.3.3 Instituce zaměřené na mezigenerační vzdělávání

Specifickou formu vzdělávání představují **univerzity volného času (UVČ)**. První UVČ na území České republiky byla založena v roce 1993 v Praze. Studium není podmíněno dosaženým stupněm vzdělání a nekonají se žádné přijímací testy. Účastníkem se může stát každý, kdo dosáhl 18 let věku. UVČ tedy nejsou zaměřeny výhradně na seniorskou populaci, jejich snahou je vytvářet prostor pro mezigenerační dialog (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 94–95). Mezi časté účastníky UVČ patří studenti a ženy na mateřské dovolené. Účastníci z řad seniorů však jednoznačně převažují (Šerák, 2009, s. 199).

Další z možností vzdělávání seniorů představuje tzv. **experimentální univerzita pro prarodiče a vnoučata** organizovaná Centrem celoživotního vzdělávání ve spolupráci s pražskými vysokými školami. První experimentální univerzita pro prarodiče a vnoučata byla organizována zásluhou Dany Steinové ve školním roce 2004/2005. Experimentální univerzita umožňuje seniorům a jejich vnoučatům ve věku od šesti do dvanácti let absolvovat společné studium na půdě vysoké školy. Výuku vedou vysokoškolské pedagogové, náročnost učiva je však přizpůsobena dětským studentům. Společné vzdělávání přináší seniorům a jejich vnoučatům nejen nové znalosti, ale především možnost upevnit vzájemný vztah (Aktivní stáří EU, 2012, nestránkováno).

3.4 Význam vzdělávání pro kvalitu života ve vyšším věku

Účast seniorů na vzdělávacích aktivitách je podle Špatenkové a Smékalové (2015, s. 43) jedním z nejdůležitějších faktorů, který přispívá k udržení či zvýšení kvality života ve vyšším věku. Výsledky výzkumných šetření ukazují, že senioři, kteří se vzdělávají, hodnotí vlastní kvalitu života lépe než senioři, kteří se vzdělávání neúčastní (Dragomirecká, 2007, s. 83). Význam vzdělávání pro kvalitu života seniorů zmiňují také další odborníci, kteří se věnují problematice edukace seniorů (např. Šerák, 2009; Mühlpachr, 2004; Petřková, Čornaničová, 2004). Podle Petřkové a Čornaničové (2004, s. 64) je udržení přiměřené úrovně kvality života jednou z primárních funkcí edukačních aktivit.

Ačkoliv mezi odborníky panuje konsenzus ohledně pozitivního vlivu vzdělávání seniorů na kvalitu jejich života, problematika není v dostupné odborné literatuře zpracována systematicky a bližší teoretické poznatky absentují. Za určité vodítko lze považovat funkce vzdělávání seniorů, které jsou rozlišeny na základě specifického zaměření vzdělávacích aktivit. Livečka (1979, s. 142–144) zmiňuje čtyři základní funkce, a sice „preventivní, anticipativní, rehabilitační a posilovací“. Petřková a Čornaničová (2004, s. 64) pak uvádějí dalších šest funkcí – „kompenzační, adaptační, komunikační, aktivizační, relaxační a funkci mezigeneračního porozumění“. Nutno ovšem podotknout, že vzdělávání může prostřednictvím jedné funkce ovlivnit hned několik oblastí života seniorů. Z hlediska konkrétního přínosu vzdělávání pro kvalitu života seniorů proto nejsou uvedené funkce a jejich vymezení dostatečně vypovídající. Konkrétními souvislostmi mezi vzděláváním seniorů a kvalitou jejich života se zabývají převážně zahraniční empirická šetření, která se dotýkají různých aspektů života seniorů. Jelikož není možné zde obsáhnout všechny oblasti zájmu, budou v následujícím textu zmíněny ty, kterým je věnováno nejvíce pozornosti.

3.4.1 Fyzické a psychické zdraví

V kontextu fyzického a psychického zdraví plní vzdělávání seniorů především preventivní, anticipační a rehabilitační funkci. Přispívá k obnovení a udržení psychických i fyzických sil seniorů, umožňuje přípravu na jejich pozdější život a podporuje pozitivní přijetí změn (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 64). Udržení intelektu a fyzických sil seniorů je považováno za hlavní cíl vzdělávání ve vyšším věku (Šerák, 2009, s. 189).

Učením a dalšími aktivitami lze posílit některé dispoziční faktory a minimalizovat či oddálit zátěž spojenou se změnami, které jsou pro vyšší věk typické (Kahana, Kahana, 1996, s. 25). Díky vzdělávacím aktivitám mohou senioři získat znalosti týkající se správné výživy a vhodného fyzického cvičení, informace o zásadách prevence onemocnění a vlivu nadměrného užívání léků. Vzdělávací aktivity tak mohou přispět k lepší péči o fyzické i psychické zdraví seniorů a v důsledku toho k zachování příznivého

funkčního stavu či k prodloužení délky života (Fan, 2020, s. 45). Haškovcová (2010, s. 128) uvádí, že senioři, kteří se aktivně účastní vzdělávání, jsou méně nemocní a méně navštěvují lékaře, jelikož jim „[n]osný program ... nedovolí lenivět a myslet na obtíže těla“ (tamtéž). Obdobně Istance (2015, s. 228) zmiňuje, že aktivní participace na vzdělávání a učení může být jedním z nejdůležitějších faktorů, který přispívá k prodloužení období prožitého ve zdraví. To potvrzují výsledky šetření Fernández-Ballesteros et al. (2012, s. 152). Senioři, kteří se účastnili vzdělávacího programu na univerzitě, vykazovali po třech letech od prvního hodnocení stejné množství onemocnění, na rozdíl od seniorů z kontrolní skupiny, kteří uváděli onemocnění více. V rámci šetření Wang et al. (2018, s. 384–385) byla prokázána souvislost mezi subjektivně hodnocenou kvalitou života v oblasti zdraví a pociťované energie a frekvencí účasti na vzdělávání. Senioři, kteří se účastnili vzdělávání častěji, hodnotili svou kvalitu života v uvedených oblastech lépe než senioři s nižší frekvencí účasti.

Vzdělávání má prokazatelně pozitivní a dlouhodobý vliv na kognitivní funkce seniorů, a to bez ohledu na konkrétní podobu a strukturu procesu učení (Simon a Scullin, 2006, s. 49). Fernández-Ballesteros et al. (2012, s. 151–152) zaznamenali v souvislosti s participací na tříletém vzdělávacím programu zlepšení kognitivních schopností seniorů, konkrétně paměti a učení. U seniorů z kontrolní skupiny bylo zjištěno naopak zhoršení těchto schopností. V rámci vzdělávání a učení se dochází k psychické aktivitě a stimulaci kognitivních funkcí, která působí jako prevence „duševního úpadku z nečinnosti“ (Kalvach, 2004, s. 822). Posilování kognitivních schopností může být ovšem významné také z hlediska dalšího aspektu kvality života. Výsledky šetření Wolinsky et al. (2010, s. 594–597) ukázaly, že kognitivní trénink má význam pro pocit osobní kontroly seniorů. Intervence zaměřená na oblasti usuzování a rychlost zpracování informací byla spojena s větší pravděpodobností zlepšení v oblasti osobní kontroly.

Schopnost naučit se něco nového může posilovat sebejistotu a sebeúctu seniorů, a tím přispět k jejich psychické pohodě (Wang et al., 2018, s. 382). Fernández-Ballesteros et al. (2012, s. 152) zjistili, že po absolvování tříletého vzdělávacího programu uváděli senioři výrazně více pozitivních pocitů. Z opakovaných šetření Narushima, Liu a Diestelkamp (2013b, 2018) vyplývá, že psychická pohoda seniorů souvisí s délkou účasti na vzdělávání. Autoři zjistili, že čím déle senioři participují v jednom vzdělávacím kurzu, případně se vzdělávají v rámci jednoho tématu, tím lépe hodnotí svou úroveň psychické pohody.

Podle Kalvacha a Otové (2004, s. 141) jsou vzdělávací aktivity považovány za jeden ze způsobů, jak v pozitivním směru ovlivnit přístup, očekávání a adaptační strategie seniorů. Petřková a Čornaničová (2004, s. 64) zmiňují v této souvislosti anticipační funkci vzdělávání seniorů. V rámci výzkumného šetření Dragomirecké (2007, s. 83–85) bylo zjištěno, že seniorky navštěvující univerzitu třetího věku

měly optimističtější postoje ke stáří v porovnání se svými vrstevnicemi, které se žádného vzdělávání neúčastnily. Postoje účastnic U3V se navíc výrazně neměnily ani s přibývajícím věkem, narozdíl od srovnávací vrstevnické skupiny, u které bylo zaznamenáno výrazné zhoršení postojů v oblasti psychosociálních ztrát a fyzických změn. Podle Dragomirecké (2007, s. 85) není zcela jasné, do jaké míry jsou optimistické postoje ke stáří dané samotnou aktivitou seniorů a do jaké míry jsou ovlivněny objektivními ukazateli jako je například absence závažných onemocnění. Určitá souvislost mezi pozitivním postojem ke stáří a vzděláváním seniorů je nicméně zcela zřejmá.

3.4.2 Sociální vztahy a sociální podpora

Vzdělávání obvykle podněcuje kontakt a aktivní komunikaci seniorů s dalšími lidmi, potažmo s celou společností a umožňuje kompenzovat ztrátu sociálních vazeb spojených s jejich dřívější profesní rolí (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 64). Participace na vzdělávání přináší možnost navázání nových sociálních kontaktů a přátelství s lidmi podobného věku a s podobnými zájmy, kteří mohou být pro seniora důležitým zdrojem sociální opory (Fang, 2020, s. 45). Nově získané sociální vazby mohou do jisté míry nahradit také chybějící nebo nedostatečný kontakt s rodinou.

Význam vzdělávání pro oblast sociálních vztahů potvrzují v rámci empirických šetření samotní senioři. Kvalitativní studie realizovaná ve Švédsku s účastníky tzv. *study circles* ukázala, že tyto neformální vzdělávací aktivity představují pro seniory možnost být součástí určitého společenství, přináší jim pocit sounáležitosti a působí tak jako prevence sociální izolace (Åberg, 2016, s. 420). Podle polského šetření zaměřeného na participanty univerzity třetího věku je vzdělávání příležitostí k poznání vrstevníků se stejnými zájmy a cíli a k získání nových přátel, se kterými mohou senioři sdílet své znalosti a životní zkušenosti (Mackowicz a Wnek-Gozdek, 2016, s. 192–193). Obdobné výsledky byly zjištěny v rámci šetření realizovaného v Libanonu. Sociální benefity vzdělávání byly seniory zmiňovány jako druhé nejčastější. Za nejvýznamnější přínos považují možnost navázat nová přátelství nebo setkávání s přáteli stávajícími. Díky účasti na vzdělávání zažívají pocit příslušnosti ke komunitě podobně smýšlejících seniorů. Vzdělávací aktivity navíc vnímají jako příležitost pro sociální učení. Zdůrazňují možnost učit se navzájem ze svých životních zkušeností a také prostřednictvím kontaktu s mladší generací univerzitních studentů (Hachem a Vuopala, 2016, s. 690–691). Vzdělávání seniorů tak může mimo jiné přispět k mezigeneračnímu porozumění (Petřková a Čornaničová, 2004, s. 65). V České republice je nicméně realizováno velmi málo vzdělávacích aktivit s mezigeneračním charakterem (viz 3.3.3.)

3.4.3 Volnočasové aktivity a sociální zapojení

Podle funkcionalistického paradigmatu představuje vzdělávání ve vyšším věku možnost, jak zůstat aktivní a prospěšný pro společnost (Findsen a Formosa, 2011, s. 89–90). Z hlediska volnočasových aktivit plní vzdělávání především stimulační, kompenzační a relaxační funkci. Prostřednictvím vzdělávacích aktivit je podporována aktivita seniorů, rozvoj jejich zájmů a schopností a kultivace jejich potřeb (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 64–65).

Po odchodu do penze a ukončení pracovní aktivity může být vzdělávání jedním ze způsobů smysluplného využití času (Fang, 2020, s. 45), jelikož nastiňuje seniorům novou životní perspektivu a umožňuje jejich další osobní rozvoj (Mühlpachr, 2004, s. 130). V tomto kontextu se hovoří zejména o tzv. druhém životním programu, díky kterému mohou senioři naplňovat potřeby dříve uspokojované v rámci zaměstnání (Haškovcová, 2010, s. 125–126). Univerzity třetího věku a další instituce také umožňují seniorům absolvovat studium v oborech, kterým se nemohli z různých důvodů věnovat v minulosti (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 64). Vzdělávání může dále nahrazovat aktivity, kterým se již senior nemůže věnovat například ze zdravotních důvodů. Díky kompenzaci v podobě vzdělávacích aktivit může senior dosahovat svých cílů navzdory některým změnám a naplnit tak svou potřebu seberealizace. V tomto smyslu může být účast na vzdělávání chápána jako jedna ze strategií úspěšného stárnutí (viz 2.2.1).

V pojetí Světové zdravotnické organizace i Rady Evropské unie je celoživotní učení (tedy i učení ve vyšším věku) chápáno jako jeden z předpokladů aktivního stárnutí, kterému by měla být věnována pozornost (Council of the European Union, 2012, s. 10; WHO, 2002, s. 28). Současný svět je charakterizován neustálými změnami a rozvojem spojeným s rychlým zastaráváním znalostí a dovedností. Pro sociální integraci seniorů, zachování rovnováhy a sociálních rolí je nezbytné ve správný čas měnit již neplatné koncepty, neustále obnovovat poznatky, umět se orientovat v nových technologiích a trendech týkajících se různých oblastí života (Kalvach a Otová, 2004, s. 141; Kalvach, 2004, s. 822; Fang, 2020, s. 44). V tomto kontextu je možné zmínit například fenomén internetu v souvislosti s mediální gramotností. Podle Jiráka a Woláka (2007, s. 6) média zasahují do všech oblastí života jedince i společnosti, významně ovlivňují jeho chování a potažmo kvalitu života. Nezbytné je pochopit, jakým způsobem se toto působení odehrává, jelikož „... zvyšování mediální gramotnosti se obecně považuje za významný prostředek zvyšování kvality života jak soukromého ... života jednotlivce, tak jeho veřejného (občanského) bytí“ (Jirák, Wolák, 2007, s. 7). Vzdělávání má v tomto ohledu klíčovou roli (Mühlpachr, 2004, s. 138), jelikož umožňuje seniorům získat nové znalosti, rozvíjet komunikační dovednosti a podporuje jejich společenské zapojení na lokální i národní úrovni (Mackowicz a Wnek-Gozdek, 2016, s. 192, 194, 195). Účast na vzdělávání je obvykle spojena

s aktivním zapojením seniorů v rámci komunity, dobrovolnické činnosti, s účastí na kulturních akcích, se sportem a dalšími individuálními zájmy (Dench a Regan, 2000, nestránkováno). V kontextu idey aktivního stárnutí tak plní vzdělávání seniorů nepostradatelnou roli.

4 Empirické šetření: Identifikace souvislostí mezi vzděláváním a kvalitou života posluchačů univerzity třetího věku

Předkládané empirické šetření je zaměřeno na problematiku vztahu mezi vzděláváním seniorů na univerzitě třetího věku a kvalitou jejich života. Cílem empirického šetření je identifikovat, zda a jakým způsobem souvisí vzdělávání posluchačů univerzity třetího věku s jejich subjektivně hodnocenou kvalitou života. Šetření vychází z teoretických poznatků získaných v odborné literatuře a z výsledků dostupných empirických šetření zabývajících se problematikou vzdělávání a kvality života seniorů, které byly zmíněny v dřívějších kapitolách této diplomové práce.

4.1 Metodika empirického šetření

Pro účely diplomové práce bylo zvoleno kvantitativní empirické šetření, které je kromě autorského dotazníku tvořeno také dvěma standardizovanými dotazníky pro hodnocení kvality života. Autorským dotazníkem jsou zjišťovány základní demografické údaje respondentů, informace týkající se účasti seniorů na univerzitě třetího věku a jiných vzdělávacích aktivitách a informace o jejich sociálních vztazích v rámci univerzity třetího věku i mimo ni. Dotazník obsahuje celkem 19 otázek, z nichž je většina uzavřená a využívá posuzovací škály. Obsaženy jsou také otázky dichotomické a dvě filtrační otázky. Pouze jedna z otázek, která se týká věku respondentů, je z důvodu lepší výpovědní hodnoty formulována jako otevřená. Vzor dotazníku je součástí Přílohy A.

Pro účely zjišťování kvality života posluchačů univerzity třetího věku jsou použity české verze standardizovaných dotazníků Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Souhlas k využití českých verzí dotazníků pro účely diplomové práce byl získán prostřednictvím emailové komunikace od PhDr. Evy Dragomirecké, Ph.D. Uvedené dotazníky byly zvoleny z důvodu standardizace české verze, vysoké míry validity a reliability, a také jejich specifického zaměření na seniorskou populaci. Reflektování specifických potřeb seniorů je dle mého názoru nezbytné pro jakýkoliv výzkum zaměřený na tuto cílovou skupinu.

Dotazník WHOQOL-BREF byl vytvořen expertní skupinou WHOQOL Group jakožto kratší a v praxi lépe využitelná verze původně vytvořeného nástroje ke zjišťování kvality života WHOQOL (později WHOQOL-100). Dotazník WHOQOL-BREF obsahuje celkem 26 položek ve formě otázek, které se hodnotí na pětibodových škálách. První dvě otázky slouží k celkovému hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím, dalších 24 otázek měří kvalitu života v doménách fyzické zdraví, prožívání,

sociální vztahy a prostředí (WHOQOL Group, 1996, s. 7). Přehled jednotlivých domén WHOQOL-BREF a položek, které k nim náležejí, je uveden v Tabulce 1.

Výsledná kvalita života je vyjádřena hrubými skóre jednotlivých domén a skóre dvou samostatných otázek zjišťujících celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Doménová skóre vzniknou zprůměrováním hodnot příslušných položek. Z důvodu případné komparace s výsledky WHOQOL-100 jsou jednotlivá doménová skóre přetransformována na škálu od 4 do 20 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 23). Dotazník WHOQOL-BREF by přeložen do češtiny a validován pro české prostředí zásluhou Evy Dragomirecké a Jany Bartoňové z Psychiatrického centra v Praze (dnes Národní ústav duševního zdraví).

Tabulka 1: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

domény	položky
fungování smyslů	zhoršení smyslů a každodenní život ztráta smyslů a zapojení se do činností potíže se smysly a komunikace s lidmi hodnocení fungování smyslů
nezávislost	svobodné rozhodování vliv na rozhodování o budoucnosti respektování svobody rozhodování oblíbené činnosti
naplnění	spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout zasloužené uznání spokojenost s tím, čeho v životě dosáhl/a spokojenost s věcmi, na které se lze těšit
sociální zapojení	dostatek činností spokojenost s trávením volného času spokojenost s množstvím aktivit spokojenost se zapojením do společenského dění
smrt a umírání	znepokojení ze způsobu smrti ztráta kontroly nad sebou strach z umírání strach z bolesti při umírání
blízké vztahy	význam přátelství láska v životě příležitost milovat příležitost být milován/a

Zdroj: Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 32 (upraveno)

Dotazník WHOQOL-OLD byl vytvořen pro účely zjišťování kvality života osob ve vyšším věku. Na jeho vzniku se podílelo 22 výzkumných center (WHOQOL-OLD Group, 2006, s. 9) včetně Psychiatrického centra v Praze. Na základě shody participujících expertů, výsledků fokusních skupin se seniory, pilotních studií a následných terénních výzkumů bylo stanoveno šest oblastí, které jsou

významné pro kvalitu života ve vyšším věku – fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální participace, postoj ke smrti a umírání a blízké vztahy. Každá z uvedených domén je blíže specifikována prostřednictvím čtyř položek, ke kterým se vztahují otázky v dotazníku. Celkem se tedy dotazník skládá z 24 otázek. Přehled jednotlivých domén a příslušných položek je uveden v Tabulce 2. Na tomto místě považuji také za nezbytné zmínit, že nástroj WHOQOL-OLD nelze používat samostatně, ale pouze jako dodatkový modul k dotazníku WHOQOL-BREF či WHOQOL-100 (Dragomirecká, Praisová, 2009, s. 12, 15).

Tabulka 2: Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

domény	položky
fungování smyslů	zhoršení smyslů a každodenní život ztráta smyslů a zapojení se do činností potíže se smysly a komunikace s lidmi hodnocení fungování smyslů
nezávislost	svobodné rozhodování vliv na rozhodování o budoucnosti respektování svobody rozhodování oblíbené činnosti
naplnění	spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout zasloužené uznání spokojenost s tím, čeho v životě dosáhl/a spokojenost s věcmi, na které se lze těšit
sociální zapojení	dostatek činností spokojenost s trávením volného času spokojenost s množstvím aktivit spokojenost se zapojením do společenského dění
smrt a umírání	znepokojení ze způsobu smrti ztráta kontroly nad sebou strach z umírání strach z bolesti při umírání
blízké vztahy	význam přátelství lásky v životě příležitost milovat příležitost být milován/a

Zdroj: Dragomirecká, Praisová, 2009, s. 30 (upraveno)

Původním záměrem bylo oslovit potenciaální respondenty osobně při výuce na univerzitě třetího věku a ke zjišťování dat využít tištěnou verzi dotazníků. Vzhledem ke zrušení výuky na všech univerzitách třetího věku v důsledku pandemie COVID-19 jsem však byla nucena přetransformovat všechny tři dotazníky do online podoby. Důraz byl při tom kladen na co největší zachování původní podoby dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Ke sběru dat v online prostředí byl využit nástroj Microsoft Forms.

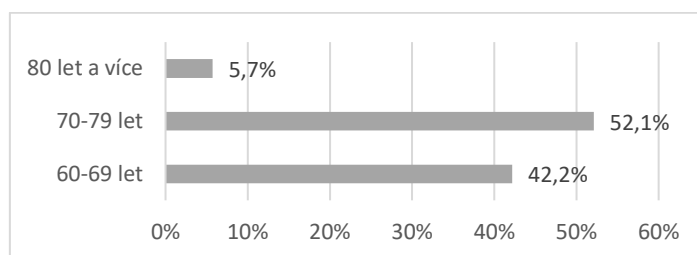
Jelikož vzhledem k situaci nebylo možné oslovit přímo účastníky U3V, byli za účelem spolupráce při sběru dat osloveni zástupci z celkem devíti univerzit třetího věku na třech vysokých školách. Spolupráce byla navázána s U3V na Technické univerzitě v Liberci a dále s U3V na Filozofické fakultě, 1. lékařské fakultě a Evangelické teologické fakultě Univerzity Karlovy. Zástupci uvedených U3V distribuovali mezi účastníky informaci o empirickém šetření společně s odkazem, na kterém bylo možno online dotazníky vyplnit. Sběr dat probíhal v průběhu července 2020. Vzhledem k nedostatku informací o počtu oslovených účastníků nelze zjistit celkovou návratnost dotazníků.

4.2 Charakteristika výběrového souboru

Výběrový soubor byl vytvořen na základě dostupnosti a dobrovolnosti seniorů. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 649 respondentů. Po prvotním prozkoumání dat byly čtyři respondenti z výběrového souboru vyloučeni, neboť bylo zjištěno, že nenavštěvují univerzitu třetího věku, ale jiné vzdělávací aktivity. Většina respondentů (85,9 %) byla ženského pohlaví.

Rozložení respondentů z hlediska věku zobrazuje Graf 1. Nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie od 70 do 79 let s celkovým počtem 336 respondentů (52,1 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku od 60 do 69 let, dotazník jich vyplnilo celkem 272 (42,2 %). Poslední věková kategorie od 80 let výše byla zastoupena 37 respondenty. Nejvyšší věk uvedený respondenty byl 87 let.

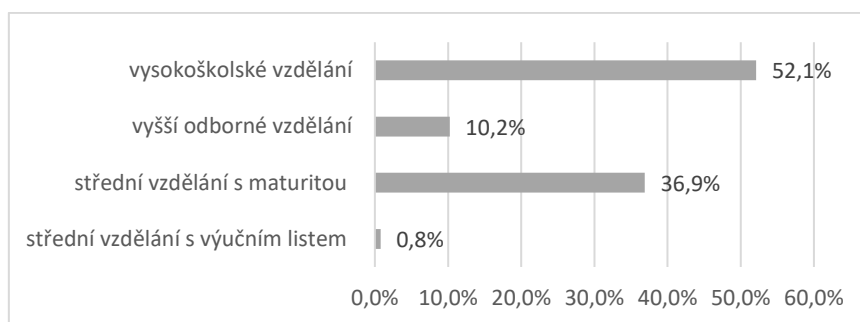
Graf 1: Četnost respondentů dle věkových kategorií



Zdroj: vlastní zpracování

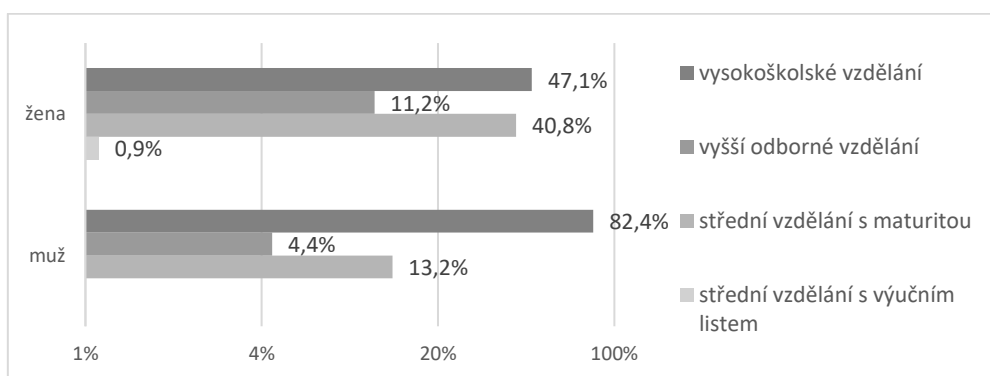
Graf 2 zobrazuje četnost respondentů z hlediska dosažené úrovně vzdělání. Více než polovina respondentů (52,1 %) uvedla vzdělání vysokoškolské. Střední vzdělání s maturitou uvedlo celkem 36,9 % respondentů a vyšší odborné vzdělání 10,2 % respondentů. Střední vzdělání s výučním listem uvedlo pouze pět respondentů ze souboru žen. Významný rozdíl byl zaznamenán v relativních četnostech u jednotlivých kategorií dosaženého vzdělání mezi souborem mužů a žen. Z Grafu 3 je patrné, že vysokoškolské vzdělání uvedla méně než polovina žen (47,1 %), zatímco u mužů to byla většina (82,4 %). Ženy oproti mužům častěji uváděly střední vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání.

Graf 2: Četnost respondentů dle vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

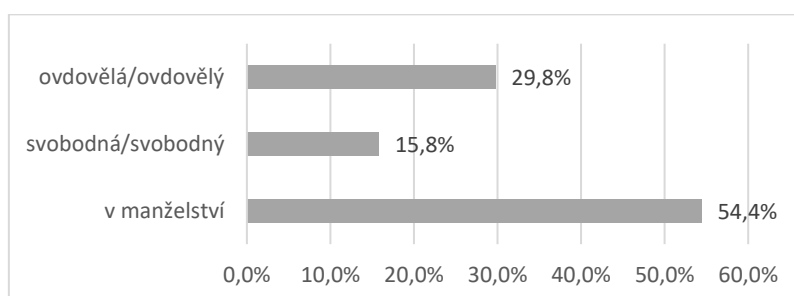
Graf 3: Četnost respondentů dle pohlaví a vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

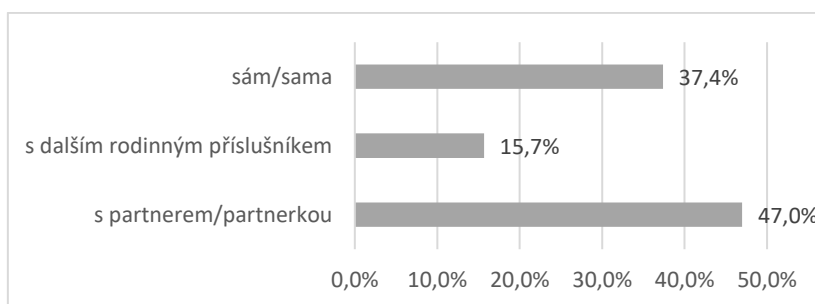
Grafy 4 a 5 znázorňují četnost respondentů dle jejich rodinného stavu a typu bydlení. Více než polovina respondentů uvedla, že je v manželství. Svobodných (včetně rozvedených) bylo mezi respondenty 15,8 % a ovdovělých 29,8 %. Z grafu č. 6 je pak patrné, že více než 60 % respondentů bydlí s partnerem či jiným rodinným příslušníkem. Více než třetina respondentů uvedla, že bydlí sama. Z porovnání četností v obou grafech vyplývá, že ne všichni, kteří jsou v manželství, bydlí se svým partnerem.

Graf 4 Četnost respondentů dle rodinného stavu



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5: Četnost respondentů dle typu bydlení



Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Stanovení hypotéz a statistické zpracování dat

Za účelem identifikace souvislostí mezi vzděláváním seniorů navštěvujících U3V a kvalitou jejich života byly na základě studia odborné literatury a výsledků dosavadních empirických šetření stanoveny následující výzkumné hypotézy:

H1: Účastníci U3V mají ve srovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života ve všech doménách.

H2: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života.

H3: Lepší kvalitu života mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H4: Senioři, kteří se kromě U3V účastní dalších vzdělávacích aktivit, mají lepší kvalitu života v doméně sociální zapojení.

H5: Senioři s nedostatečnou sociální podporou, kteří se setkávají s ostatními účastníky i mimo přednášky na U3V, mají lepší kvalitu života v doméně sociální vztahy.

Uvedené věcné hypotézy byly za účelem testování převedeny do podoby statistických hypotéz, které jsou uvedeny v přílohách B až F spolu s tabulkami výsledků testování. Závisle proměnnou byla v případě H1, H2 a H3 kvalita života vyjádřená pomocí skóre všech domén dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. V případě domén H4 a H5 byly jako závislé proměnné stanoveny skóre domény sociální zapojení a domény sociální vztahy. Nezávislými proměnnými byly délka účasti na U3V (H2), frekvence účasti na U3V (H3), účast na dalších vzdělávacích aktivitách (H4) a setkávání s ostatními účastníky U3V (H5). Ke statistické analýze dat byl využit program SPSS Statistics od společnosti IBM. Pro stanovení statistické významnosti byla v případě všech testů zvolena hladina 0,05.

Hypotéza H1 byla ověřována pomocí *T-testu pro jediný výběr*. Tento typ testu umožňuje porovnat průměrnou hodnotu proměnné u výběrového souboru s populačním průměrem, který je znám (Mareš,

Rabušic, Soukup, 2015, s. 214). Průměrné hodnoty jednotlivých domén dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD u výběrového souboru byly porovnány s hodnotami běžné seniorské populace ve věku od 60 let, které byly zjištěny v rámci výzkumného šetření Dragomirecké a Prajsové (2009, s. 34).

Za účelem testování hypotéz H2 a H3 byla využita analýza rozptylu *One-Way ANOVA*, která umožňuje provést porovnání průměrů více skupin (Mareš, Rabušic, Soukup, 2015, s. 228). Pomocí *Leveneho testu (F-testu)* bylo zjišťováno, zda je splněn předpoklad pro použití analýzy rozptylu a sice shodnost rozptylu výběrů. V některých případech nebyl tento předpoklad splněn, proto bylo potřeba postoupit k dalšímu kroku a vypočítat poměr mezi největší a nejmenší směrodatnou odchylkou. Mareš, Rabušic a Soukup (2015, s. 233) uvádějí, že analýzu rozptylu lze použít v případě, že se tento poměr rovná maximálně 2. Jelikož žádná z vypočítaných hodnot nebyla vyšší než 2, byla analýza rozptylu pro účely testování využita.

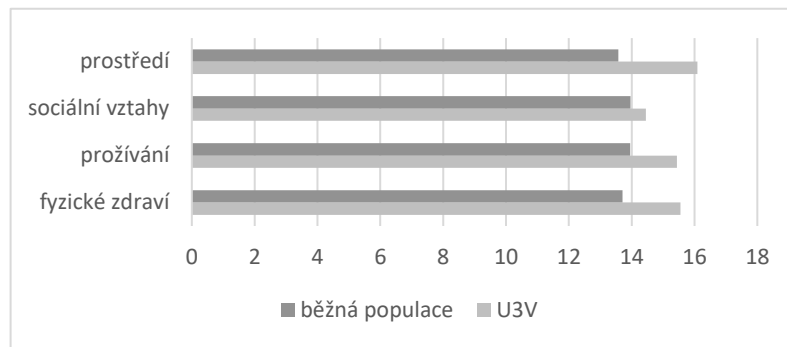
Hypotézy H4 a H5 byly testovány s využitím *T-testu pro dva nezávislé výběry*, který slouží k testování signifikance rozdílů mezi průměry dvou výběrových souborů (Mareš, Rabušic, Soukup, 2015, s. 214). Pro zjištění shody či rozdílu rozptylu jednotlivých výběrů byl využit *Leveneho test (F-test)*. Na základě výsledků tohoto testu bylo rozhodnuto, zda bude využit t-test pro případ, kdy předpokládáme shodu rozptylů či t-test pro případ, kdy shodu nepředpokládáme. V případě zamítnutí nulové hypotézy byl pro měření síly účinku nezávisle proměnných na proměnou závislou využit koeficient *eta*.

4.4 Výsledky šetření

Více než polovina respondentů (57,7 %) hodnotí svou celkovou kvalitu života jako dobrou, více než třetina (34 %) ji pak hodnotí jako velmi dobrou. Část seniorů (7,4 %) ohodnotila svou kvalitu života ve středu škály, tedy jako ani dobrou ani špatnou. Zbýlých 0,9 % respondentů (celkem šest osob) uvedlo špatnou a velmi špatnou kvalitu života. Na škále od 4 do 20 byla průměrná hodnota kvality života výběrového souboru 17, medián se rovnal číslu 16. Většina seniorů z výběrového souboru tak hodnotí svou celkovou kvalitu života velmi příznivě.

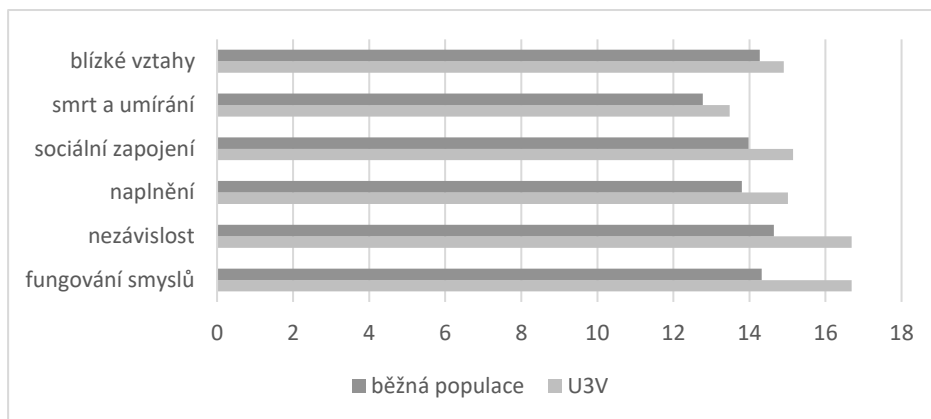
Hypotéza H1 byla na základě testování potvrzena. V porovnání s běžnou seniorskou populací hodnotí respondenti svou kvalitu života lépe, a to ve všech doménách dotazníků WHOQOL-BREF (viz graf X) i WHOQOL-OLD (viz graf X). Největší rozdíly byly zaznamenány u domén prostředí, fungování smyslů a nezávislost. Nejmenší naopak u domén sociální vztahy, blízké vztahy a smrt a umírání. Rozdíly byly ve všech případech statisticky signifikantní, a to i při nižší hladině významnosti 0,01 (viz Příloha B). Lze tedy konstatovat, že s 99% pravděpodobností existuje statisticky významný rozdíl mezi seniory studujícími univerzitu třetího věku a běžnou seniorskou populací.

Graf 7: Průměrné hodnocení kvality života WHOQOL-BREF



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6: Průměrné hodnocení kvality života WHOQOL-OLD



Zdroj: vlastní zpracování

Z věcného hlediska lze považovat za významný rozdíl v doménách fyzické zdraví, prožívání, fungování smyslů, nezávislost a prostředí. Z porovnání s populačními normami (viz Tabulka 3) vyplývá, že se hodnocení seniorů navštěvujících U3V v uvedených doménách nachází nad horní hranicí normy a kvalita těchto domén je hodnocena jako mírně zvýšená. V případě domény prostředí se průměrné hodnocení pohybuje dokonce nad hranicí pro mírně zvýšenou kvalitu. Hodnocení v doménách sociální vztahy, naplnění, sociální zapojení, smrt a umírání a blízké vztahy se nachází v intervalu normy. V případě domény naplnění je hodnocení přesně na horní hranici normy.

Tabulka 3: Porovnání průměrných hodnot domén WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD výběrového souboru s populačními normami pro soubor 60+

Domény	U3V	Interval normy			mírně zvýšená kvalita
	průměr	spodní hranice	průměr	horní hranice	
fyzické zdraví	15,55	12,2	13,71	15,2	16,7
prožívání	15,44	12,8	13,95	15,1	16,3
sociální vztahy	14,45	12,8	13,96	15,1	16,2
prostředí	16,09	12,5	13,58	14,6	15,7
fungování smyslů	16,69	12,4	14,32	16,2	18,1
nezávislost	16,69	13,1	14,64	16,2	17,8
naplnění	15,01	12,6	13,8	15,0	16,3
sociální zapojení	15,15	12,5	13,98	15,5	16,9
smrt a umírání	13,48	10,7	12,77	14,8	16,8
blízké vztahy	14,90	12,7	14,27	15,8	17,4

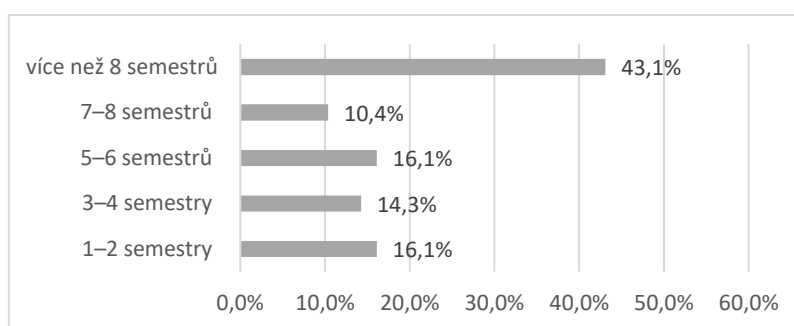
Zdroj: Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 35 (upraveno) a vlastní zpracování

Podle výsledků šetření se většina seniorů (96 %) domnívá, že účast na U3V pozitivně ovlivnila jejich kvalitu života. V odpovědi na otázku – *Domníváte se, že účast na U3V pozitivně ovlivnila vaši kvalitu života?* – uvedla více než třetina dotazovaných (34,3 %) možnost spíše ano a 61,7 % seniorů zvolilo možnost ano. Možnost spíše ne či ne se vyskytla ve 4 % případech, tedy celkem u 26 respondentů.

Téměř polovina respondentů (43,1 %) uvedla, že se v rámci U3V zúčastnila více než osmi semestrů výuky. Desetina seniorů (10,4 %) se zúčastnila 7–8 semestrů. Zastoupení v ostatních kategoriích se vzájemně příliš neliší, jak ukazuje Graf 8. Z Grafu 9 pak vyplývá, že v případě počtu absolvovaných programů v rámci U3V jsou jednotlivé kategorie zastoupeny odlišně. Více než čtvrtina respondentů (26,2 %) se zúčastnila 1–2 programů a více než čtvrtina (25,9 %) se zúčastnila více než osmi programů.

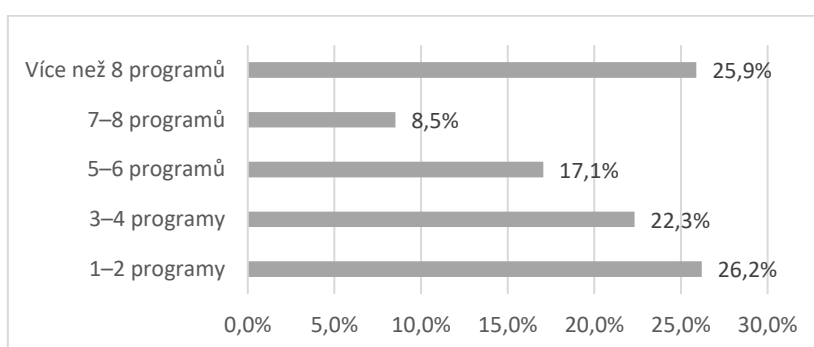
Hypotéza H2, která byla zaměřena na souvislost mezi délkou účasti na U3V a kvalitou života, byla na základě statistického testování zamítnuta. S 95% pravděpodobností tedy neexistuje statisticky významný vztah mezi počtem absolvovaných semestrů na U3V a kvalitou života seniorů. Výsledky testů pro jednotlivé domény WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD jsou uvedeny v příloze C. Zjištěné rozdíly mezi jednotlivými skupinami byly velmi malé, takže je lze i z věcného hlediska považovat za nevýznamné. Zajímavým zjištěním nicméně je, zcela oproti předpokladu, že větší počet absolvovaných semestrů byl v případě některých domén spojen s průměrně nižší hodnotou než menší počet semestrů.

Graf 8: Počet absolvovaných semestrů na U3V



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9: Počet absolvovaných programů na U3V



Zdroj: vlastní zpracování

Co se týče frekvence účasti na univerzitě třetího věku, více než polovina seniorů (56,4 %) se účastní jednou týdně, 18,4 % seniorů častěji. Téměř čtvrtina respondentů (22,9 %) navštěvuje U3V jednou za čtrnáct dní. Méně často se U3V účastní 2,1 % seniorů.

Hypotéza H3 byla na základě výsledků jednotlivých testů pro všechny domény dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD zamítnuta (viz Příloha D). Lze tedy s 95% pravděpodobností konstatovat, že mezi frekvencí účasti na U3V a kvalitou života seniorů neexistuje statisticky významný vztah. Rozdíly v hodnocení mezi jednotlivými skupinami sice existují, avšak jen velmi malé a ani z věcného hlediska je nelze považovat za významné. Zjištěná data navíc neukazují žádný trend. V případě výběrového souboru seniorů tedy frekvence účasti na univerzitě třetího věku nesouvisí s jejich subjektivně hodnocenou kvalitou života.

Více než polovina dotazovaných seniorů (58,8 %) uvedla, že se kromě U3V účastní nějakých dalších vzdělávacích aktivit. Téměř třetina (28,5 %) z nich se účastní těchto aktivit jednou týdně. Častěji než jednou týdně se vzdělává 6,1 % seniorů, dalších 16,9 % se účastní jednou za 14 dní a 21,9 % jednou za měsíc. Příležitostně, tedy méně často než jednou za měsíc, se dalších vzdělávacích aktivit účastní zhruba jedna čtvrtina seniorů (26,6 %).

Hypotéza H4 byla na základě statistického testování potvrzena. Lze konstatovat, že s 95% pravděpodobností existuje statisticky významný vztah mezi účastí na dalších vzdělávacích aktivitách a kvalitou života v doméně sociální zapojení (viz Příloha E). Senioři, kteří se kromě U3V účastní dalšího vzdělávání, uvádějí v průměru lepší hodnocení této domény. Zjištěný rozdíl je ovšem velmi malý a z věcného hlediska jej nelze považovat za významný. To potvrzuje i vypočtená hodnota koeficientu korelace *eta* 0,015, která značí, že souvislost mezi účastí na dalších vzdělávacích aktivitách a kvalitou života v doméně sociální zapojení je téměř zanedbatelná.

Přibližně polovina respondentů (50,5 %) je v kontaktu s ostatními účastníky i mimo přednášky v rámci U3V. Největší část seniorů (28,5 %) uvedla, že se s ostatními vídá jednou za měsíc, dalších 27,6 % pak jednou za čtrnáct dní. Kontakt s ostatními účastníky mimo přednášek U3V se týkala hypotéza H5: *Senioři s nedostatečnou sociální podporou, kteří se setkávají s ostatními účastníky i mimo přednášky na U3V, mají lepší kvalitu života v doméně sociální vztahy*. Nedostatek sociální podpory byl určen na základě odpovědi na otázky: *Máte kolem sebe dostatek lidí, kterým se můžete svěřit se svými starostmi? Máte dostatek blízkých přátel?* V případě odpovědi spíše ne či ne na obě z uvedených otázek, byla sociální podpora vyhodnocena jako nedostatečná.

Hypotéza H5 byla na základě výsledků *T-testu* potvrzena (viz Příloha F). Lze tedy říci, že s 95% pravděpodobností existuje statisticky významný vztah mezi kvalitou života v doméně sociální vztahy a kontaktem s ostatními účastníky i mimo přednášky na U3V. Hodnota koeficientu *eta* nicméně naznačuje, že souvislost mezi závisle a nezávisle proměnnou je také v tomto případě velmi malá. Je potřeba zmínit, že v porovnání s populačními normami (viz tabulka X) jsou hodnoty obou souborů podprůměrné. Nicméně senioři, kteří nemají dostatek sociální podpory a nesetkávají se s ostatními účastníky U3V, hodnotí oblast sociálních vztahů pod spodní hranicí normy. Kvalitu života v této doméně tak mají mírně sniženu. Hodnocení seniorů, kteří se s dalšími účastníky setkávají, je také poměrně nízké, avšak nachází se v intervalu populační normy.

5 Souhrn výsledků empirického šetření

V této části práce budou představeny hlavní výsledky empirického šetření zaměřeného na subjektivní hodnocení kvality života seniorů navštěvujících univerzitu třetího věku. Empirického šetření se zúčastnilo celkem 649 seniorů, převážně ve věkové kategorii od 60 do 69 let (42,2 %) a od 70 do 79 let (52,1 %), z nichž 85,9 % tvořily ženy.

Většina respondentů má vysokoškolské vzdělání (52,1 %) nebo střední vzdělání s maturitou (36,9 %). Vysokoškolské vzdělání je výrazně méně zastoupeno v souboru žen (47,1 % oproti 82,4 % v souboru mužů). Více než polovina seniorů je v manželství (54,4 %) a téměř třetina (29,8 %) je ovdovělá. Dotazovaní senioři bydlí většinou s někým dalším, a to buď s partnerem/partnerkou (47 %) nebo jiným rodinným příslušníkem (15,7 %).

Vlastní celkovou kvalitu života hodnotí většina respondentů jako dobrou (57,7 %) a velmi dobrou (34 %). Většina respondentů (96 %) se domnívá, že účast na U3V měla (spíše ano či ano) pozitivní vliv na jejich kvalitu života.

Senioři navštěvující U3V uvádějí oproti seniorům, kteří se U3V neúčastní, lepší kvalitu života ve všech doménách dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Rozdíl v hodnocení kvality života mezi výběrovým souborem a běžnou seniorskou populací je statisticky signifikantní. Z věcného hlediska lze za významné považovat rozdíly v doménách fyzické zdraví, prožívání, fungování smyslů, nezávislost a prostředí. Hodnocení těchto domén se v případě výběrového souboru seniorů nachází nad horní hranici populační normy.

Nejvíce dotazovaných seniorů (43,1 %) se U3V účastní dlouhodobě, tedy absolvovalo více než osm semestrů výuky. Mezi počtem absolvovaných semestrů a subjektivním hodnocením kvality života seniorů nebyla prokázána statisticky významná souvislost.

Přednášky na U3V navštěvují respondenti převážně jednou týdně (56,4 %). Frekvence účasti na U3V nicméně nesouvisí s kvalitou života seniorů. Vztah mezi frekvencí účasti na U3V a kvalitou života seniorů nebyl prokázán u žádné z domén dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD.

Více než polovina dotazovaných seniorů (58,8 %) se účastní ještě dalších vzdělávacích aktivit. Tito senioři uvádějí v průměru lepší hodnocení kvality života v doméně sociální zapojení než senioři, kteří se dalšího vzdělávání neúčastní. Vztah mezi kvalitou života v doméně sociální zapojení a účastí na dalších aktivitách je statisticky signifikantní, nicméně zjištěná míra souvislosti mezi proměnnými je téměř zanedbatelná.

Přibližně polovina respondentů (50,5 %) je v kontaktu s ostatními účastníky i mimo přednášky na U3V. V případě seniorů, kteří nemají mimo U3V dostatek sociální podpory, je kontakt s ostatními účastníky spojen s lepším hodnocením v doméně sociální vztahy. Mezi kontaktem s ostatními účastníky a kvalitou života v uvedené doméně byl potvrzen statisticky významný vztah. Zjištěná míra souvislosti je nicméně velmi malá.

Většina dotazovaných seniorů se domnívá, že jejich odpovědi nebyly ovlivněny současnou pandemickou situací. Dle seniorů by se jejich odpovědi spíše nelišily (29,9 %) či vůbec nelišily (64,2 %), pokud by dotazníky vyplňovali před vypuknutím pandemie COVID-19.

6 Diskuse

Diplomová práce se zabývá problematikou významu vzdělávání seniorů pro kvalitu jejich života. Empirické šetření je zaměřeno výhradně na posluchače univerzit třetího věku v prostředí České republiky. Jeho cílem je identifikace významu vzdělávání na univerzitě třetího věku pro kvalitu života seniorů a identifikace konkrétních souvislostí mezi účastí na univerzitě třetího věku a subjektivně hodnocenou kvalitou života participantů. Vtah mezi vzděláváním a kvalitou života seniorů je v rámci empirického šetření zkoumán ve dvou rovinách. V první rovině je komparováno hodnocení kvality života výběrového souboru vzdělávajících se seniorů s kvalitou života běžné seniorské populace. Druhý pohled je orientován na zkoumání rozdílů v hodnocení kvality života mezi posluchači univerzity třetího věku, a to s ohledem na různé aspekty jejich účasti (počet absolvovaných semestrů, frekvence účasti, sociální vazby s dalšími účastníky) a s přihlédnutím k jejich participaci na dalších vzdělávacích aktivitách.

6.1 Kvalita života účastníku U3V v porovnání s populační normou

Vzdělávání je považováno za jeden z významných faktorů, který přispívá k udržení příznivé kvality života ve vyšším věku (Mühlpachr, 2004; Petřková, Čornaničová, 2004; Šerák, 2009; Špatenková, Smékalová, 2015). Za účelem identifikace významu vzdělávání na U3V pro kvalitu života seniorů byla formulována hypotéza H1, v rámci které bylo komparováno hodnocení kvality života seniorů navštěvujících univerzitu třetího věku s dostupnými populačními normami. Z výsledků šetření je zřejmé, že účastníci U3V hodnotí v porovnání s běžnou seniorskou populací vlastní kvalitu života lépe, a to ve všech doménách dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Toto zjištění je v souladu s výsledky šetření Dragomirecké (2007). Výrazně příznivější hodnocení bylo zaznamenáno v doménách fyzické zdraví, prožívání, fungování smyslů, nezávislost a prostředí.

Lepší hodnocení v oblasti zdraví a fungování smyslů u seniorů navštěvujících U3V může vypovídat o jejich objektivně lepším zdravotním stavu (viz např. Fernández-Ballesteros et al., 2012), ke kterému mohou přispět vzdělávací aktivity specificky zaměřené na oblast zdravého životního stylu (Fan, 2020). V rámci šetření ovšem nebylo zkoumáno, v jakých oblastech se senioři vzdělávají, tudíž nelze v tomto ohledu vyvozovat žádné závěry. Je také otázkou, do jaké míry může účast na U3V skutečně ovlivnit zdraví seniorů a nakolik je determinováno genetickými a dalšími faktory.

Předkládané šetření je nicméně orientováno na subjektivní hodnocení fyzického zdraví a fungování smyslů, které nemusí být v souladu s objektivně měřitelnými ukazateli zdravotního stavu (Hrachovinová, Kebza, 2011). Subjektivní hodnocení vlastního zdraví může být ovlivněno komparací

s vrstevníky (Sýkorová, 2007) a také celkovým postojem seniorů k vlastnímu stárnutí. Účastníci U3V mají tento postoj obecně pozitivnější (Dragomirecká, 2007) a případné zhoršení zdravotního stavu a smyslových funkcí tak mohou vnímat optimističtěji než senioři, kteří se nevzdělávají. Lepší hodnocení zdraví u seniorů navštěvujících U3V lze vysvětlit také tím, že studium vyžaduje jejich aktivní zapojení a tím koncentruje jejich pozornost na jiné záležitosti než jsou fyzické obtíže (Haškovcová, 2010; Istance, 2015).

Dalším možným vysvětlením je, že senioři, kteří jsou objektivně zdraví nebo se tak alespoň subjektivně cítí, se s větší pravděpodobností zapojují do různých aktivit včetně U3V. Aktivní stárnutí je se zdravím úzce spojeno (WHO, 2002; Council of the European Union, 2012) a fyzické obtíže jsou zmiňovány mezi nejvýznamnějšími bariérami účasti na vzdělávání (Purdie, Boulton-Lewis, 2003; Withall, 2006). Fyzické zdraví je považováno za jeden z předpokladů autonomie seniorů (Hrozenská, 2008; Sýkorová, 2007). Lze tudíž předpokládat, že vyšší hodnocení kvality života v doméně **nezávislost** u účastníků U3V pravděpodobně koreluje s jejich vyšším hodnocením v oblasti zdraví a fungování smyslů.

Účastníci U3V uvádějí výrazně lepší kvalitu života v doméně prožívání v porovnání s běžnou seniorskou populací. Účast na univerzitě třetího věku má tedy pravděpodobně význam pro psychickou pohodu a potažmo psychické zdraví seniorů. V souladu s výsledky dostupných empirických šetření lze konstatovat, že vzdělávání může přispívat k pozitivním pocitům seniorů, k jejich sebejistotě a sebeúctě (Fernández-Ballesteros et al., 2012; Wang et al., 2018), které jsou klíčové pro sebezpřijetí a spojenost se sebou samým. Vzdělávání může být pro seniory druhým životním programem (Haškovcová, 2010), díky kterému mají možnost aktivně a smysluplně trávit volný čas (Fang, 2020) a naplňovat svou potřebu seberealizace.

Nejvýraznější rozdíl mezi posluchači U3V a běžnou seniorskou populací byl zaznamenán v doméně **prostředí**. Je otázkou, proč právě tuto oblast hodnotí participanté U3V výrazněji lépe než běžná populace seniorů. V odborné literatuře ani v dostupných empirických šetřeních není tato problematika bohužel zpracována, lze tedy pouze spekulovat, že určitou roli v lepším hodnocení domény prostředí může hrát lokalita. Vysokoškolské instituce, které v rámci programů celoživotního vzdělávání realizují univerzity třetího věku, jsou situovány ve velkých krajských městech. Můžeme se domnívat, že U3V se účastní především senioři, kteří žijí přímo v těchto městech, případně v jejich nejbližším okolí. Velká města zpravidla nabízejí seniorům široké možnosti trávení volného času a díky dobré dopravní obslužnosti umožňují jejich mobilitu. V případě reprezentativního souboru běžné populace seniorů je možné předpokládat větší míru bydlení na venkově s menšími možnostmi vyžití, a tudíž horším

hodnocením v doméně prostředí. Zkoumání případných souvislostí mezi uvedenými aspekty by mohlo být předmětem zájmu dalších výzkumů.

V kontextu prostředí je jedním z důležitých aspektů přístup k informacím. Univerzita třetího věku je nepochybně místem, kde mají senioři možnost získat aktuální poznatky týkající se různých oblastí života, jak uvádí např. Mühlpachr (2004). Některé vzdělávací programy mohou seniorům pomoci zorientovat se v nových technologiích, které v dnešní globalizované době usnadňují přístup k obrovskému množství informací. Senioři, kteří se neúčastní žádných vzdělávacích aktivit, mohou mít celkový přístup k informacím ztížen.

6.2 Kvalita života účastníků U3V a vybrané aspekty účasti

Druhá rovina empirického šetření byla zaměřena na rozdíly v hodnocení kvality života v rámci výběrového souboru účastníků U3V, a to z hlediska počtu absolvovaných semestrů (hypotéza H2), frekvence účasti na U3V (hypotéza H3), participace na dalších vzdělávacích aktivitách (hypotéza H4) a kontaktu s dalšími účastníky mimo přednášky na U3V (hypotéza H5).

Délka účasti na vzdělávání souvisí podle opakovaných studií Narushima, Liu a Diestelkamp, (2013, 2018) s psychickou pohodou seniorů. Tato souvislost nebyla u výběrového souboru účastníků U3V potvrzena. Diference mezi výsledky mohou být důsledkem využití jiných metod pro hodnocení psychické pohody seniorů, přičemž nástroj využitý v uvedených zahraničních šetřeních je více detailní. Důvodem rozdílných výsledků může být nicméně také skutečnost, že jednotlivá šetření jsou orientována na odlišné vzdělávací aktivity. V tomto kontextu je nezbytné zmínit, že univerzita třetího věku je zcela specifickou formou vzdělávání seniorů (viz 3.3.1), které se účastní specifická cílová skupina.

Podle výsledků předkládaného šetření není počet absolvovaných semestrů na U3V významný ani pro další z domén dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Lze se tedy domnívat, že počet absolvovaných semestrů pravděpodobně není ukazatelem, který by hrál významnou roli při subjektivním hodnocení kvality života seniorů navštěvujících univerzitu třetího věku.

Frekvence účasti na univerzitě třetího věku nesouvisí s kvalitou života seniorů. Zjištěné výsledky se liší od šetření Wang et al. (2018), které prokázalo souvislost mezi frekvencí účasti na vzdělávání a hodnocením oblasti zdraví. Častější účast byla spojena s lepší kvalitou života v této oblasti. Uvedené šetření bylo nicméně realizováno v Číně, což může poukazovat na určité kulturní rozdíly. Dále je nezbytné zmínit, že velká část respondentů čínského šetření byla mladší 60 let, zatímco předkládané šetření bylo orientováno na seniory od 60 let věku výše. Rozdíl ve výsledcích může nasvědčovat tomu, že z hlediska vnímání zdraví jsou pro české seniory významné jiné faktory, jak bylo zmíněno v části 5.1.

V hodnocení jednotlivých domén kvality života nelze z hlediska frekvence účasti na vzdělávání vyzorovat žádný trend. Obecně lze však říci, že v závislosti na frekvenci účasti jsou rozdíly průměrných hodnot všech oblastí kvality života velmi malé. Vzhledem k tomu a s přihlédnutím k hodnotám v jednotlivých oblastech lze konstatovat, že kvalita života participantů U3V je obecně velmi příznivá, přičemž není důležité to, jak často se U3V účastní.

Participace na dalších vzdělávacích aktivitách nad rámec univerzity třetího věku je spojena s příznivějším hodnocením v doméně sociální zapojení. Výsledky nasvědčují tomu, že ti aktivnější z aktivních jsou na tom z hlediska kvality života o něco lépe, pozorované rozdíly v hodnocení nicméně nejsou příliš signifikantní. Zjištěná souvislost mezi participací na dalším vzdělávání a sociálním zapojením je navíc velmi malá, což nasvědčuje tomu, že hodnocení ovlivňují spíše jiné aspekty. Předpokládá se, že vzdělávání podporuje další aktivitu seniorů, rozvoj jejich zájmů a schopností (Petřková, Čornaničová, 2004). Senioři, kteří participují na vzdělávacích aktivitách tak mohou být aktivnější i v dalších oblastech, jak uvádí Dench a Regan (2000). Lze spekulovat, že minimální rozdíl v hodnocení domény sociální zapojení může být důsledkem celkově aktivního zapojení obou skupin seniorů v oblastech jako je dobrovolnictví, komunitní činnost apod. Účast na dalších vzdělávacích aktivitách může být v tomto ohledu další činností, která však sama o sobě není pro sociální zapojení seniorů významná. Participace na jiných než vzdělávacích aktivitách nicméně nebyla v rámci šetření zkoumána, tudíž na základě dostupných dat nelze ujasnit vztah mezi účastí na vzdělávání, zapojením do dalších aktivit a hodnocením domény sociální zapojení. Souvislost mezi uvedenými proměnnými může být námětem pro další výzkumná šetření.

Kontakt s ostatními účastníky mimo přednášky na U3V má význam pro subjektivní hodnocení domény sociální vztahy. Ukazuje se, že setkávání s ostatními účastníky může seniorům částečně kompenzovat nedostatečnou sociální podporu a podporovat tak jejich lepší kvalitu života v této oblasti. Studium na U3V je společným zájmem seniorů, který může přispívat k jejich pocitu sounáležitosti (Aberg, 2016; Hachem a Vuopala, 2016). V rámci setkávání mohou senioři sdílet těžkosti i radosti týkající se nejen U3V a být si vzájemnou oporou (Fang, 2020). Nicméně je potřeba zmínit, že souvislost mezi hodnocením domény sociální vztahy a kontaktem s ostatními účastníky není z věcného hlediska příliš významná. Hodnocení tedy pravděpodobně ovlivňují spíše jiné faktory, které nebyly do empirického šetření zahrnuty. V kontextu sociálních vztahů může být významná především deprese (Hussenoeder et al., 2021), která je považována za klíčový faktor ovlivňující celkovou kvalitu života seniorů (Dragomirecká, 2007; Trentini et al., 2009; Zaninotto, Falaschetti a Sacker, 2009; Unalan et al., 2015; Sováriová Soósová, 2016).

Setkávání s ostatními účastníky U3V pravděpodobně může seniorům přinášet určité sociální benefity, je ovšem zřejmé, že v žádném případě nemůže zcela nahradit sociální podporu rodiny a blízkých přátel, která má pro oblast sociálních vztahů klíčový význam (Vágnerová, 2007). Šetření v souladu se zjištěními dalších výzkumů (Gellardo-Peralta et al., 2018; Villas-Boas et al., 2019) potvrdilo, že nedostatek této „primární“ sociální podpory je spojen se zhoršenou kvalitou života seniorů.

6.3 Limity empirického šetření a doporučení pro další výzkum

Předkládané empirické šetření přináší důležité poznatky týkající se souvislostí mezi vzděláváním a kvalitou života seniorů, jsem si ovšem vědoma některých limitů, které je potřeba zmínit. Vzhledem k tomu, že šetření bylo zaměřeno na účastníky univerzity třetího věku a výběr byl založen na dobrovolnosti seniorů, není možné získané výsledky generalizovat na celou seniorskou populaci. Nelze opomenout skutečnost, že senioři, kteří se vzdělávají, mají zpravidla lepší výchozí pozici v podobě vyššího dosaženého vzdělání a lepšího zdravotního stavu (Istance, 2015). S ohledem na to, že univerzita třetího věku je nejnáročnější formou vzdělávání seniorů, můžeme cílovou skupinu šetření považovat v souladu s Dragomireckou (2007) za elitní. V rámci dalších empirických šetření by bylo vhodné a žádoucí zaměřit se na jiné méně formální podoby vzdělávání seniorů (např. akademie třetího věku či kluby seniorů).

Za limitující považuji také online formu dotazování, kterou jsem byla nucena zvolit, a časovou náročnost dotazníků. Přestože se empirického šetření zúčastnilo celkem 649 respondentů, což lze považovat za příznivý výsledek, online podoba dotazníků a jejich délka mohla být pro některé seniory bariérou. Nelze vyloučit, že dotazníky za těchto podmínek vyplnili pouze ti nejaktivnější a výsledky tudíž nemusí odpovídat celému souboru účastníků U3V. Vzhledem k online formě dotazování spojené s nedostatkem kontroly nad distribucí dotazníků nelze s jistotou říci, že dotazníky vyplňovali skutečně senioři a data nebyla žádným způsobem zkreslena. Ačkoliv podle většiny seniorů by se jejich odpovědi nelišily, pokud by dotazník vyplňovali před vypuknutím pandemie koronaviru, domnívám se, že karanténní opatření spojená s četným omezením sociálního kontaktu mohla odpovědi v některých oblastech ovlivnit.

Za limitující lze považovat také zvolené nástroje. Přestože dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD jsou zaměřeny na zjišťování kvality života seniorské populace a vykazují vysokou míru validity i reliability, nemusí být relevantní pro všechny seniory. Někteří respondenti tuto skutečnost uváděli v rámci doplňkové otevřené otázky. Domnívám se proto, že v rámci dalších výzkumů by bylo vhodné zařadit ještě jiný nástroj, který by více refletoval individuální vnímání kvality života a jejich aspektů samotnými respondenty.

Limitující je bezesporu také dotazník vytvořený autorkou této práce, který byl zaměřen mimo jiné na různé aspekty účasti na U3V. V rámci dotazníku nebylo například zjišťováno, zda se senioři účastní pouze jedné nebo více univerzit třetího věku v jednom období. Je možné, že kvalita života seniorů souvisí s jinými faktory, které nebyly v rámci šetření zkoumány. Lze zmínit například obor studia na U3V, podobu vzdělávání (distanční, prezenční či kombinovaná), míru zapojení seniorů do dalších zájmových a občanských aktivit apod. Uvedené faktory mohou být předmětem zájmu dalších výzkumných šetření.

6.4 Závěr diskuse

Výsledky šetření jsou malou sondou do problematiky významu vzdělávání pro kvalitu života seniorů. Vztahují se však výhradně ke skupině respondentů z řad účastníků univerzity třetího věku a nelze je zobecňovat ve vztahu k dalším vzdělávacím aktivitám. Vzhledem k výsledkům šetření lze konstatovat, že účast na univerzitě třetího věku souvisí se subjektivně hodnocenou kvalitou života seniorů. Nicméně o kauzalitě ve vztahu kvalita života seniorů a jejich účast na U3V lze pouze polemizovat. Není zcela jasné, zda účast na vzdělávání vede k vyšší kvalitě životě, či naopak vyšší úroveň kvality života vede seniory k zapojení do vzdělávacích aktivit. Ujasnění souvislosti mezi oběma proměnnými je dle mého názoru možné pouze na základě kontrolované longitudinální studie, které doposud nebyla provedena.

Ukazuje se, že v kontextu kvality života seniorů nehrají příliš významnou roli aspekty účasti na vzdělávání jako je počet absolvovaných semestrů či frekvence přednášek. Hodnocení kvality života pravděpodobně ovlivňují spíše jiné faktory, které nebyly do šetření zahrnuty. Vzhledem k odlišným výsledkům některých empirických šetření lze také spekulovat, že uvedená zjištění mohou být specifickým univerzit třetího věku, kterých se účastní specifická skupina seniorů. Možnosti komparace zjištěných výsledků s dalšími podobně zaměřenými šetřeními je nicméně velmi omezena. Problematice významu vzdělávání (nejen na U3V) pro kvalitu života seniorů se věnuje stále malé množství výzkumných šetření, zvláště pak chybí empirické poznatky týkající se kvality života a vzdělávání seniorů v prostředí České republiky.

7 Závěr

Nejednotné pojetí kvality života jako takové se promítá do různých přístupů ke kvalitě života seniorů. Téma jako takové je předmětem zájmu především v oblastech zdravotní a sociální péče. V rámci různých přístupů je kladen důraz na různé aspekty života seniorů a jsou využívány různé způsoby hodnocení. V důsledku toho lze jen velmi obtížně komparovat jednotlivé výsledky a vyvozovat obecné závěry, které by mohly být využity při formulování praktických opatření. Ukazuje se, že kvalitu života seniorů může ovlivňovat mnoho psychologických, sociálních, ekonomických a dalších faktorů.

V kontextu problematiky populačního stárnutí je kvalita života seniorů aktuálním tématem. V rámci prvotních politických snah o řešení problematiky stárnutí v České republice byla kvalita života ústředním tématem, které však bylo později upozaděno a v současné době není jasné, zda a na kolik mu bude věnována pozornost v budoucnu. Udržení příznivé kvality života ve vyšším věku je nicméně akcentováno ve strategických dokumentech mezinárodních organizací, a to především v souvislosti s aktivním zapojením do života společnosti a s fyzickým i psychickým zdravím. V souvislosti s kvalitou života seniorů je zmiňováno vzdělávání, které je považováno za jeden ze způsobů aktivního trávení volného času ve vyšším věku. Předpokládá se, že participace na vzdělávacích aktivitách může pozitivně působit na různé aspekty a oblasti života seniorů. Umožňuje jim aktivně a smysluplně trávit volný čas, navazovat nové sociální vztahy, může přispět k jejich lepšímu fyzickému i psychickému zdraví, k jejich integraci do společnosti a v důsledku k zapojení do dalších občanských a zájmových aktivit.

Souvislost mezi vzděláváním a kvalitou života seniorů potvrzuje empirické šetření. Senioři, kteří se účastní vzdělávání na univerzitě třetího věku, hodnotí svou kvalitu života v průměru lépe než je pro seniorskou populaci obvyklé, a to ve všech sledovaných oblastech. Výrazněji lépe vnímají vlastní tělesné zdraví, fungování smyslů, oblast nezávislosti a prostředí. Na základě výsledků nicméně nelze určit, zda je vyšší kvalita života důsledkem účasti na univerzitě třetího věku, nebo zda je naopak výchozím předpokladem pro zapojení do vzdělávání. Posluchači univerzity třetího věku jsou obecně považováni za specifickou skupinu seniorů, u které lze předpokládat lepší výchozí podmínky v podobě vyššího dosaženého vzdělání, větší aktivity a lepšího zdraví. Nasvědčuje tomu také skutečnost, že mezi účastníky nejsou výrazné rozdíly v kvalitě života dané tím, kolik semestrů v rámci univerzity třetího věku absolvovali a jak často se výuky účastní. Šetření naznačuje, že výchozí podmínky v podobě dostatečné sociální podpory rodiny a blízkých přátel, jsou klíčové pro oblast sociálních vztahů. Nedostatečnou sociální podporu může kontakt s ostatními účastníky U3V kompenzovat jen velmi omezeně. Výsledky šetření poukazují také na to, že senioři, kteří participují na dalších vzdělávacích aktivitách vnímají lépe svou kvalitu života v oblasti sociálního zapojení. Pravděpodobně tudíž lze potvrdit, že aktivita je pro kvalitu života ve vyšším věku významná.

Problematika vzdělávání ve vztahu ke kvalitě života seniorů je velmi komplexní a nebylo tudíž možné ji v rámci práce postihnout v celé šíři. Pozornost nebyla věnována například oblastem formálního a dalšího profesního vzdělávání seniorů a jednorázovým vzdělávacím aktivitám. Empirické šetření bylo zaměřeno pouze na univerzitu třetího věku, která je považována za specifickou a svým způsobem elitní instituci vzdělávání seniorů. Diplomová práce nicméně podkrývá některé významné souvislosti mezi participací na vzdělávacích aktivitách a kvalitou života seniorů. Naznačuje, které oblasti života seniorů lze v kontextu vzdělávání považovat za klíčové. Zároveň upozorňuje na některé nejasnosti a limity a akcentuje potřebu dalšího zkoumání daného tématu s ohledem na praktickou aplikaci poznatků nejen v rámci nabídky vzdělávacích aktivit, ale především v podobě konkrétních opatření v oblasti sociální politiky.

8 Soupis bibliografických citací

ÅBERG, Pelle. Nonformal learning and well-being among older adults: Links between participation in Swedish study circles, feelings of well-being and social aspects of learning. *Educational Gerontology* [online], 2016, 42(6), p. 411–422 [vid. 2019-01-09]. ISSN 0360-1277. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/03601277.2016.1139972>.

ADAMEC, Petr a David KRYŠTOF. *Univerzity třetího věku na vysokých školách*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5640-4.

AKTIVNÍ STÁŘÍ EU. *Experimentální univerzita pro prarodiče a vnoučata* [online]. Praha: Aktivní stáří EU, 2012 [vid. 2019-09-05]. Dostupné z: <http://www.aktivnistari.eu/57-experimentalni-univerzita-pro-prarodice-a-vnoucata>.

AU3V. *Seznam členů AU3V* [online]. Plzeň: Asociace univerzit třetího věku ČR, 2019 [vid. 2019-11-05]. Dostupné z: <http://www.au3v.cz/index.php/najdete-u3v-v-okoli-seznam-clenu>.

BALTES Margret M. a Laura L. CARSTENSEN. The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society* [online]. 1996, 16(4), p. 397–422 [vid. 2019-11-14]. ISSN 1469-1779. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/process-of-successful-ageing/C1E6F81ADC2C4D91484A8819C7BED061>.

BJURSELL, Cecilia. Inclusion in education later in life: Why older adults engage in education activities. *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults* [online]. 2019, 10(3), p. 215–230 [vid. 2021-02-06]. ISSN 2000-7426. Dostupné z: <http://www.rela.ep.liu.se/article.asp?DOI=10.3384/rela.2000-7426.rela20192>.

BLATNÝ, Marek. Osobní pohoda. In: BLATNÝ, Marek et al. *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010, s. 197–211. ISBN 978-80-247-3434-7.

BLANCHFLOWER, David G. Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 145 countries. *Journal of Population Economics* [online]. 2021, 34(2), p. 575–624 [vid. 2021-04-30]. ISSN 1432-1475. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00148-020-00797-z>.

BRAJŠA-ŽGANEC, Andreja, Martina MERKAŠ a Iva ŠVERKO. Quality of Life and Leisure Activities: How do Leisure Activities Contribute to Subjective Well-Being? *Social Indicators Research* [online]. 2011, 102(1), p. 81–91 [vid. 2021-03-30]. ISSN 1573-0921. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/41476466?seq=1>.

BUNOUT, Daniel et al. Quality of life of older Chilean subjects living in metropolitan Santiago, Chile. Influence of socioeconomic status. *Ageing Research* [online]. 2012, 3(1), p. 15–18 [vid. 2020-02-02]. ISSN 2036-7376. Dostupné z: <https://www.pagepress.org/journals/index.php/ar/article/view/ar.2012.e3>.

CONDE-SALA, Josep L. et al. Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare—analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Quality of Life Research* [online]. 2017, 26(4), p. 1059–1070 [vid. 2020-09-25]. ISSN 1573-2649. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-016-1436-x>.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. *Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): The Way Forward* [online]. Brussels: The Council of the European Union, 2012 [vid. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST%2017468%202012%20INIT/EN/pdf>.

CRAMM, Jane M., Hanna M. van DIJK a Anna P. NIEBOER. The Importance of Neighborhood Social Cohesion and Social Capital for the Well Being of Older Adults in the Community. *The Gerontologist* [online]. 2013, 53(1), p. 142–150 [vid. 2021-03-30]. ISSN 1758-5341. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/53/1/142/614438>.

ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, Agnieszka Beata et al. Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [online]. 2018, 25(3), p. 539–545 [vid. 2020-10-05]. ISSN 1898-2263. Dostupné z: <http://www.aaem.pl/Quality-of-life-and-related-factors-among-older-people-living-in-rural-areas-in-South,93847,0,2.html>.

ČORNANIČOVÁ, Rozália. Konceptualizácie kvality života v kontexte vzdelávania dospelých a sociálnej práce. IN: TOKÁROVÁ, Anna, Josef KREDÁTUS a Vladimír FRK (eds.). *Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005, s. 27–37. ISBN 80-8068-425-1. Dostupné z: http://www.jozefmiko.sk/01_profesionalne_dispozicie/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_a_tp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf#page=27.

ČORNANIČOVÁ, Rozália. Kvalita života v senu. In: SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL (eds.). *Autonomie ve stáří*. Strategie jejího zachování. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004, s. 143–153. ISBN 80-7326-026-3.

ČSÚ. *Proměny věkového složení obyvatelstva 2001–2050* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [vid. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/promeny-vekoveho-slozeni-obyvatelstva-cr-2001-2050>.

ČZU. *Univerzita třetího věku při PEF ČZU v Praze* [online]. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2019 [vid. 2019-11-04]. Dostupné z: <https://e-senior.czu.cz/>

DENCH, Sally a Jo REGAN. *Learning in later life: Motivation and impact. Research Report RR183* [online]. Nottingham: Department for Education and Employment, 2000 [vid. 2021-01-09]. ISBN 978-1-84185-199-0. Dostupné z: <https://www.employment-studies.co.uk/resource/learning-later-life-motivation-and-impact#:~:text=Lifelong%20learning%20is%20an%20important,wider%20health%20and%20social%20benefits.>

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Praha, 2007. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta filozofická. Vedoucí práce: Jan Srnec. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/109205/?lang=cs>.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

DŽUKA, Josef. Kvalita života a subjektivna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely. In: DŽUKA, Josef (ed.). *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2004, s. 42–53. ISBN 80-8068-282-8. Dostupné z: <http://docplayer.net/64485730-5-kvalita-zivota-a-subjektivna-pohoda-teorie-a-modely-podobnost-a-rozdiely.html>.

EUROPEAN COMMISSION. *European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations* [online]. Brussels: European Commission, DG Employment, Social Affairs & Inclusion, [2013] [vid. 2020-02-05]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/archives/ey2012/ey2012main9ef0.html>.

EUROPEAN COMMISSION. *Special Eurobarometer 378 on Active ageing* [online]. Brussels: European Commission, DG Employment, Social Affairs & Inclusion, 2012 [vid. 2020-02-03]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/special-eurobarometer-378-active-ageing_en.html.

EUROPEAN COMMISSION. *Active ageing* [online]. Brussels: European Commission, DG Employment, Social Affairs & Inclusion, nedatováno [vid. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=en>.

FAN, Zhenghui. The Benefits of Elderly Education in the Context of Active Ageing. *Higher Education of Social Science* [online]. 2020, 19(2), p. 42–46 [vid. 2021-04-14]. ISSN 1927-0240. Dostupné z: <http://www.cscanada.net/index.php/hess/article/view/11995>.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío et al. Promoting Active Aging Through University Programs for Older Adults: An Evaluation Study. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* [online]. 2012, 25(3), p. 145–154 [vid. 2021-02-10]. ISSN 1662-971X. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263937799_Promoting_Active_Aging_Through_University_Programs_for_Older_Adults.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío. Quality of life in old age: Problematic Issues. *Applied Research in Quality of Life* [online]. 2011, 6(3), p. 21–40 [vid. 2019-02-19]. ISSN 1871-2584. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-010-9110-x>.

FINDSEN, Brian a Marvin FORMOSA. *Lifelong Learning in Later Life: A Handbook on Older Adult Learning* [online]. Rotterdam: Sense, 2011 [vid. 2020-12-06]. ISBN 978-94-6091-651-9. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/278027967_Lifelong_Learning_in_Later_Life_A_Handbook_on_Older_Adult_Learning.

FRIEDMAN, Dana et al. The influence of neighborhood factors on the quality of life of older adults attending New York City senior centers: results from the Health Indicators Project. *Quality of Life Research* [online]. 2012, 21(1), p. 123–131 [vid. 2021-03-29]. ISSN 1573-2649. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-011-9923-6>.

GELLARDO-PERALTA, Lorena P. et al. Family and community support among older Chilean adults: the importance of heterogeneous social support sources for quality of life. *Journal of Gerontological Social Work* [online]. 2018, 61(6), p. 584–604 [vid. 2019-02-18]. ISSN 1540-4048. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01634372.2018.1489928>.

GONDODIPUTRO, Sharon, Aghnia R. HIDAYATI a Lina RAHMIATI. Gender, Age, Marital Status, and Education as Predictors to Quality of Life in Elderly: WHOQOL-BREF Indonesian Version. *International Journal of Integrated Health Sciences* [online]. 2018, 6(1), p. 36–41 [vid. 2019-11-18]. ISSN 2338-4506. Dostupné z: <http://journal.fk.unpad.ac.id/index.php/ijih/article/view/1201>.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HACHEM, Hany a Essi VUOPALA. Older adults, in Lebanon, committed to learning: Contextualizing the challenges and the benefits of their learning experience. *Educational Gerontology* [online]. 2016, 42(10), p. 686–687 [vid. 2021-02-14]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2016.1218204>.

HALISCH, Frank a Ulrich GEPPERT. Personality determinants of subjective well-being in old age: Cross-sectional and longitudinal analyses. In: LEONTIEV, Dmitry A. (ed.). *Motivation, consciousness and self-regulation* [online]. New York: Nova Science, 2012, p. 139–171 [vid. 2021-01-09]. ISBN 978-1-61324-896-6. Dostupné z: <https://web.b.ebscohost.com/>.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. *Aktivita jako projekt: Diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a senierek*. Praha: SLON, 2014. ISBN 978-80-7419-152-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-808-7109-199.

HATÁR, Ctibor. Active ageing and active old age in the educational context. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research* [online]. 2019, 9(1), p. 97–102 [vid. 2020-12-08]. ISSN 2464-6733. Dostupné z: http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/0901/papers/A_hatar.pdf.

HAVIGHURST, Robert. Successful Aging. *The Gerontologist* [online]. 1961, 1(1), p. 8–13 [vid. 2019-11-14]. ISSN 1758-5341. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/1/1/8/551930?redirectedFrom=fulltext>.

HENRIQUES, Ana et al. Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Preventive Medicine* [online]. 2020, 135, nestránkováno [vid. 2020-11-05]. ISSN 1096-0260. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743520300979>.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HNILICA, Karel. Věk, pohlaví a kvalita života. In: PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005, s. 415–441. ISBN 80-7254-657-0.

HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, Jan et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005, s. 205–216. ISBN 80-7254-657-0.

HROZENSKÁ, Martina. Zdravie ako kľúčový faktor kvality života starších ľudí. *KONTAKT – Journal of nursing and social sciences related to health and illness* [online]. 2008, 10(Supl 1), s. 81–84 [vid. 2019-11-10]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-200888-0022_zdravie-ako-klucovy-faktor-kvality-zivota-starsich-ludi.php.

HUSSENOEDER, Felix S. et al. Depression and quality of life in old age: a closer look. *European Journal of Ageing: Social, Behavioural and Health Perspectives* [online]. 2021, 18(1), p. 75–83 [vid. 2021-04-01]. ISSN 1613-9380. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-020-00573-8>.

ISTANCE, David. Learning in Retirement and Old Age: an agenda for the 21st century. *European Journal of Education* [online]. 2015, 50(2), p. 225–238 [vid. 2020-05-15]. ISSN 1465-3435. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ejed.12120>.

JIRÁK, Jan a Radim WOLÁK. Mediální gramotnost jako dimenze sociálního člověka. In: JIRÁK, Jan a Radim WOLÁK (eds). *Mediální gramotnost: nový rozměr vzdělávání*. Praha: Radioservis, 2007, s. 6–11. ISBN 978-80-86212-58-6.

JOULAIN, Michele et al. Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults: a longitudinal study. *Aging & Mental Health* [online]. 2019, 23(1), p. 77–83 [vid. 2021-03-30]. ISSN 1364-6915. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2017.1394442>.

KAHANA, Eva a Boaz KAHANA. Conceptual and Empirical Advances in Understanding Aging Well Through Proactive Adaptation. In: BENGTSON, Vern L. (ed.). *Adulthood and Aging: Research on Continuities and Discontinuities* [online]. New York: Springer Publishing Company, 1996, p. 18–40. ISBN 0-8261-9270-X. Dostupné z: <https://web.a.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMjQ2MzYzX19BTg2?sid=bc0df264-5fa2-4fd6-828a-480dd489e074%40sdc-v-sessmgr01&vid=0&format=EB&rid=1>.

KALVACH, Zdeněk. Výuka, výzkum a mezinárodní spolupráce v geriatrii a gerontologii. In: KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 817–824. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Zoltán MIKEŠ. Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatrie. In: KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 47–50. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Berta OTOVÁ. Pozitivní ovlivnitelnost funkčního a zdravotního stavu ve stáří. In: KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 138–164. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, Rostislav ČEVELA a Libuše ČELEDVÁ. Stáří a stárnutí v současném světě. In: ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ, Zdeněk KALVACH et al. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014, s. 16–29. ISBN 978-80-247-4544-2.

HRACHOVINOVÁ, Tamara a Vladimír KEBZA. Přístupy ke kvalitě života v proměnách společnosti. In: GILLERNOVÁ, Ilona et al. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada, 2011, s. 21–35. ISBN 978-80-247-2798-1.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KIM, Ahjin a Sharan B. MERRIAM. Motivations for learning among older adults in a learning in retirement institute. *Educational Gerontology* [online]. 2004, 30(6), p. 441–455 [vid. 2020-09-12]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601270490445069>.

KOLLAND, Franz a Anna WANKA. Learning in Later Life. In: FIELD, John, Ronald J. BURKE a Cary L. COOPER (eds.). *The SAGE Handbook of Aging, Work and Society* [online]. Los Angeles: SAGE, 2013, p. 380–400. ISBN 978-1-4462-69916. Dostupné z: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/the-sage-handbook-of-aging-work-and-society/book237162>.

KORKMAZ ASLAN, Gülbahar et al. Attitudes to ageing and their relationship with quality of life in older adults in Turkey. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society* [online]. 2019, 19(2), p. 157–164 [vid. 2021-01-22]. ISSN 1479-8301. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/psyg.12378>.

KOVALENKO, Olena H. a Lyubov M. SPIVAK. Psychological well-being of elderly people: the social factors. *Social Welfare Interdisciplinary Approach* [online]. 2018, 8(1), p. 163–176 [vid. 2019-02-18]. ISSN 2029-7424. Dostupné z: <https://eds-a-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5df8baae-7792-454e-a7bd-4c4d70229166%40sessionmgr4007>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KUMAR, Ganesh, Anindo MAJUMDAR a G. PAVITHRA. Quality of Life (QOL) and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. *Journal of clinical and diagnostic research* [online]. 2014, 8(1), p. 54–57 [vid. 2019-11-18]. ISSN 0973-709X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939587/>.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

LEUNG, Dion S. Y. a Ben C. P. LIU. Lifelong education, quality of life and self-efficacy of chinese older adults. *Educational Gerontology* [online]. 2011, 37(11), p. 967–981 [vid. 2019-01-09]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03601277.2010.492732>.

LIVEČKA, Emil. *Úvod do gerontopedagogiky*. Praha: Ústav školských informací, 1979. ISBN nevedeno.

MACKOWICZ, Jolanta a Joanna WNEK-GOZDEK. "It's never too late to learn"—How does the Polish U3A change the quality of life for seniors? *Educational Gerontology* [online]. 2016, 42(3), p. 186–197 [vid. 2019-01-09]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03601277.2015.1085789?needAccess=true>.

MAPI RESEARCH TRUST. *About PROQOLID* [online]. Lyon: Mapi Research Trust, 2021 [vid. 2021-01-15]. Dostupné z: <https://eprovide.mapi-trust.org/about/about-proqolid>.

MAREŠ, Petr, Ladislav RABUŠIC a Petr SOUKUP. *Analýza sociálněvědních dat (nejen) v SPSS*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-6362-4.

MPSV. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014 [vid. 2019-04-25]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/NAP_311214.pdf/0cc270fa-dbf9-fcd5-93d6-5e7b0e9376b2

MPSV. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy by stárnutí pro období let 2008 až 2012* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008 [vid. 2019-02-05]. ISBN 978-80-86878-65-2. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/narodni-program-pripravy-na-starnuti-na-obdobi-let-2008-az-2012-kvalita-zivota-ve-stari->

MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003 [vid. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/narodni-program-pripravy-na-starnuti-na-obdobi-let-2003-az-2007>.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

NARUSHIMA, Miya, Jian LIU a Naomi DIESTELKAMP. Lifelong learning in active ageing discourse: its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability. *Ageing and Society* [online]. 2018, 38(4), p. 651–675 [vid. 2019-02-18]. ISSN 1469-1779. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/lifelong-learning-in-active-ageing-discourse-its-conserving-effect-on-wellbeing-health-and-vulnerability/11AFC1CEF86DE712513A97FC9FDF2D63>.

NARUSHIMA, Miya, Jian LIU a Naomi DIESTELKAMP. Motivations and Perceived Benefits of Older Learners in a Public Continuing Education Program: Influence of Gender, Income, and Health. *Educational Gerontology* [online]. 2013a, 39(8), p. 569–584 [vid. 2021-03-04]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2012.704223>.

NARUSHIMA, Miya , Jian LIU a Naomi DIESTELKAMP. The Association Between Lifelong Learning and Psychological Well-Being Among Older Adults: Implications for Interdisciplinary Health Promotion in an Aging Society. *Activities, Adaptation & Aging* [online]. 2013b, 37(3), p. 239–250 [vid. 2019-02-18]. ISSN 1544-4368. Dostupné z: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/01924788.2013.816834>.

NIMROD, Galit a Amit SHRIRA. The Paradox of Leisure in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B* [online]. 2016, 71(1), p. 106–111 [vid. 2021-03-30]. ISSN 1758-5368. Dostupné z: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/71/1/106/2604961>.

NOVÁKOVÁ Daniela a Jitka LORENZOVÁ. Motivation of seniors to learn at the Universities of the Third Age. *Sociální pedagogika* [online]. 2020, 8(2), p. 71–83 [vid. 2021-04-07]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: <https://doaj.org/article/be98c7c3367b43d2a8d023872f6a6d36>.

OECD. *Health at a Glance: Europe 2014* [online]. Paris: OECD, 2014 [vid. 2021-03-15]. ISBN 978-92-64-22357-8. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en.

O'HANLON, Ann a Peter COLEMAN. Attitudes Towards Aging: Adaptation, Development and Growth Into Later Years. In: NUSSBAUM, Jon F. a Justine COUPLAND (eds.). *Handbook of communication and aging research* [online]. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2004, p. 31–63 [vid. 2021-02-06]. ISBN 978-1-135-63982-2. Dostupné z: <https://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/>.

OSTIGUY, Lisa, Robert HOPP a Richard MACNEIL. Participation in lifelong learning programs by older adults. *Ageing International* [online]. 1998, 24(2/3), p. 10–23 [vid. 2021-02-06]. ISSN 1936-606X. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12126-998-1002-0>.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika: Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

PHILIPS, Judith, Kristine AJROUCH a Sarah HILLCOAT-NALLÉTAMBY. *Key Concepts in Social Gerontology* [online]. London: SAGE, 2010 [vid. 2021-02-12]. ISBN 978-1-4462-5105-8. Dostupné z: <http://sk.sagepub.com/books/key-concepts-in-social-gerontology>.

- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.
- PURDIE, Nola a Gillian BOULTON-LEWIS. The learning needs of older adults. *Educational Gerontology* [online]. 2003, 29(2), p. 129–149 [vid. 2020-09-12]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713844281>.
- QUALITY OF LIFE RESEARCH UNIT. *The Quality of Life Model* [online]. Toronto: Quality of Life Research Unit, Department of Occupational Therapy, University of Toronto, nedatováno, nestránkováno [vid. 2019-11-03]. Dostupné z: http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm.
- ROWE, John W. a Robert L. KAHN. Successful aging. *The Gerontologist* [online]. 1997, 37(4), p. 433–440 [vid. 2019-11-14]. ISSN 1758-5341. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/4/433/611033>.
- RYU, Jungsu a Jinmoo HEO. Relationships between leisure activity types and well-being in older adults. *Leisure Studies* [online]. 2018, 37(3), p. 331–342 [vid. 2021-03-30]. ISSN 1466-4496. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02614367.2017.1370007>.
- SIEBERT, Jelena S. at al. Attitude toward own aging as a risk factor for cognitive disorder in old age: 12-year evidence from the ILSE study. *Psychology and Aging* [online]. 2018, 33(3), p. 461–472 [vid. 2020-12-08]. ISSN 1939-1498. Dostupné z: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fpag0000252>.
- SIMONE, Patricia M. a Melinda SCUILLI. Cognitive benefits of participation in lifelong learning institutes. *LLI Review* [online]. 2006, 1, p. 44–51 [vid. 2019-11-04]. ISSN 1932-7633. Dostupné z: <https://scholarcommons.scu.edu/psych/119/>.
- SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, Mária. Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2016, 7(3), p. 484–493 [vid. 2019-11-18]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2016/03/05.pdf>.
- SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- SÝKOROVÁ, Dana. Autonomie očima seniorů. In: SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL (eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Boskovice: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004, s. 93–122. ISBN 80-7326-026-3.
- ŠERÁK, Michal. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.
- ŠERÁK, Michal, Lucie VIDOVIČOVÁ a Petr WIJA. *Komparativní analýza přístupu veřejné správy ve vybraných státech EU k participaci seniorů na veřejném rozhodování* [online]. Praha: Institut pro

sociální politiku a výzkum, 2019. ISBN 978-80-907662-0-4. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/336211127_Komparativni_analyza_pristupu_verejne_spravy_ve_vybranych_statech_EU_k_participaci_senioru_na_verejnem_rozhodovani.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.

TRENTINI, Clarissa Marcella et al. Quality of Life (QoL) in a Brazilian Sample of Older Adults: The Role of Sociodemographic Variables and Depression Symptoms. *Applied Research in Quality of Life* [online]. 2011, 6(3), p. 291–309 [vid. 2020-01-25]. ISSN 1871-2584. Dostupné z: <https://link.springer.com.ezproxy.is.cuni.cz/article/10.1007/s11482-010-9128-0>.

UN. *World Population Prospects 2019: Ten Key Findings* [online]. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019a [vid. 2020-02-03]. Dostupné z: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf.

UN. *2018 Active Ageing Index Analytical Report* [online]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe, 2019b [vid. 2020-02-05]. Dostupné z: https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf.

UN. *Glossary of Environment Statistics*. New York: United Nations, 1996. ISBN 92-1-161386-8. Dostupné z: https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_67E.pdf.

UNALAN, Demet et al. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine* [online]. 2015, 6(4), p. 319–324 [vid. 2020-01-25]. ISSN 1878-7649. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187876491500039X>.

UNECE. *Active Ageing Index* [online]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe, 2015 [vid. 2020-02-04]. Dostupné z: <https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VAN NGUYEN, Tien et al. Difference in quality of life and associated factors among the elderly in rural Vietnam. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* [online]. 2017, 58(1), p. E63–E71 [vid. 2020-01-25]. ISSN 2421-4248. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28515634/>.

VILLAS-BOAS, Susana et al. Predictors of Quality of Life in Different Age Groups Across Adulthood. *Journal of Intergenerational Relationships* [online]. 2019, 17(1), p. 42–57 [vid. 2019-01-09]. ISSN 1535-0932. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15350770.2018.1500330>.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Záznam z jednání schůze vlády České republiky konané 17. února 2020* [online]. Praha: Úřad vlády české republiky, 2020 [vid. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/djv-agenda?date=2020-02-17>.

WALKER, Alan. Ageing and Quality of Life in Europe. In: DANNEFER, Dale a Chris PHILIPSON (eds.). *The SAGE Handbook of Social Gerontology* [online]. Los Angeles, London: SAGE, 2010, p. 573–586. ISBN 978-1-4462-0093-3. Dostupné z: https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_socialgerontology.

WANG, Renfeng et al. Exploring the association of learning participation with the quality of life of older Chinese adults: Amixed methods approach. *Educational Gerontology* [online]. 2018, 44(5–6), p. 378–390 [vid. 2019-01-09]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2018.1481185>.

WHO. *World report on ageing and health 2015* [online]. Geneva: World Health Organization, 2015 [vid. 2020-02-05]. ISBN 978-92-4-069481-1. Dostupné z: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.

WHO. *Global Age-friendly Cities: A Guide* [online]. Geneva: World Health Organization, 2007 [vid. 2021-02-15]. ISBN 978-92-4-154730-7. Dostupné z: https://www.who.int/ageing/publications/age_friendly_cities_guide/en/.

WHO. *Active Ageing: A Policy Framework* [online]. Geneva: World Health Organization, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, Ageing and Life Course, 2002 [vid. 2020-02-05]. ISBN neuvedeno. Dostupné z: https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.

WHO. *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference. New York, 19 June - 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948.* World Health Organization, 1948. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* [online]. 1995, 41(10), p. 1403–1409 [vid. 2020-01-05]. ISSN 0277-9536. Dostupné z: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/027795369500112K>.

WITHALL, Alexandra. Exploring influences on later life learning. *International Journal of Lifelong Education* [online]. 2006, 25(1), p. 29–49 [vid. 2020-05-09]. ISSN 1464-519X. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02601370500309477>.

WOLINSKY, Fredric D. et al. Does Cognitive Training Improve Internal Locus of Control Among Older Adults? *The Journals of Gerontology: Series B* [online]. 2010, 65B(5), p. 591–598 [vid. 2021-02_05]. ISSN 1758-5368. Dostupné z: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/65B/5/591/616752>.

YILMAZ, Fikriye a Rukiye N. TEKIN. Effects of early life factors on the health and quality of life of older adults. *Psychogeriatrics* [online]. 2018, 18(1), p. 30–35 [vid. 2019-01-09]. ISSN 1479-8301. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/psyg.12278>.

ZANINOTTO, Paola, Emanuela FALASCETTI a Amanda SACKER. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research* [online]. 2009, 18(10), p. 1301–1309 [vid. 2020-01-25]. ISSN 1573-2649. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-009-9543-6>.

ZHANG, Jinfeng et al. Neighborhood Characteristics and Older Adults' Well-Being: The Roles of Sense of Community and Personal Resilience. *Social Indicators Research* [online]. 2018, 137(3), p. 949–963. ISSN 1573-0921. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-017-1626-0>.

ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent, 2012. ISBN 978-8089295-43-2.

9 Přílohy

Příloha A: Vzor dotazníku k empirickému šetření

Vážené posluchačky a vážení posluchači univerzity třetího věku,

jmenuji se Kateřina Broncová a jsem studentkou oboru Andragogika a personální řízení na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. V současné době píši svou diplomovou práci, ve které se zabývám souvislostmi mezi vzděláváním a kvalitou života seniorů. Ráda bych Vás, jakožto posluchače univerzity třetího věku, požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který je pro mou diplomovou práci stěžejní.

V případě nejasností či připomínek mne prosím neváhejte kontaktovat na emailu: brncovakaterina@seznam.cz.

Velice vám děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

U následující otázek berte prosím v úvahu situaci před vypuknutím epidemie COVID-19.

1. Které z uvedených univerzit třetího věku se účastníte?
 - a. Univerzita třetího věku na Filozofické fakultě UK
 - b. Univerzita třetího věku na 1. lékařské fakultě UK
 - c. Univerzita třetího věku na Matematicko-fyzikální fakultě UK

2. Kolik semestrů výuky jste celkem absolvoval/a na univerzitě třetího věku?
 - a. 1–2 semestry
 - b. 3–4 semestry
 - c. 5–6 semestrů
 - d. 7–8 semestrů
 - e. Více než 8 semestrů

3. Kolik témat či programů jste celkem absolvoval/a v rámci univerzity třetího věku?
 - a. 1–2 programy/témata
 - b. 3–4 programy/témata
 - c. 5–6 programů/témat
 - d. 7–8 programů/témat
 - e. Více než 8 programů/témat

4. Jak často navštěvujete přednášky na univerzitě třetího věku?
 - a. Častěji než jednou týdně
 - b. Jednou za týden
 - c. Jednou za 14 dní
 - d. Jednou za měsíc
 - e. Méně často

5. Účastníte se kromě univerzity třetího věku nějakých dalších vzdělávacích aktivit (kurzy, semináře, přednášky)?
- a. Ano
 - b. Ne
6. Jak často se účastníte dalších vzdělávacích aktivit (kurzů, seminářů, přednášek)?
- a. Častěji než jednou týdně
 - b. Jednou za týden
 - c. Jednou za 14 dní
 - d. Jednou za měsíc
 - e. Méně často
-

U následujících otázek se prosím zamyslete nad svými vztahy s lidmi mimo univerzitu třetího věku.

7. Máte kolem sebe dostatek lidí, kterým se můžete svěřit se svými starostmi?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - d. Spíše ne
 - e. Ne
8. Máte dostatek blízkých přátel?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Spíše ne
 - d. Ne
9. Jak často se vídáte se svojí rodinou?
- a. Častěji než jednou týdně
 - b. Jednou za týden
 - c. Jednou za 14 dní
 - d. Jednou za měsíc
 - e. Méně často
-

U následujících otázek se naopak zamyslete nad vašimi vztahy s ostatními účastníky univerzity třetího věku (dále jen U3V).

10. Vídáte se s ostatními účastníky i mimo přednášky na U3V?
- a. Ano
 - b. Ne

11. Jak často se vidáte mimo přednášky s ostatními účastníky U3V?

- a. Častěji než jednou týdně
- b. Jednou za týden
- c. Jednou za 14 dní
- d. Jednou za měsíc
- e. Méně často

12. Máte mezi ostatními účastníky U3V nějakého blízkého přítele?

- a. Ano
 - b. Ne
-

13. Cítíte se někdy osamělá/osamělý?

- a. Pořád
- b. Často
- b. Občas
- c. Téměř nikdy
- d. Nikdy

14. Domníváte se, že účast na U3V ovlivnila vaši kvalitu života?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- d. Spíše ne
- e. Ne

15. Lišily by se vaše odpovědi, pokud byste vyplňoval/a dotazník před vypuknutím epidemie COVID-19?

- a. Ano, zcela
- b. Ano, částečně
- c. Téměř ne
- d. Vůbec ne

16. Jaký je váš věk?

.....

17. Jaké je vaše pohlaví?

- a. Muž
- b. Žena

18. Jaký je váš rodinný stav?

- a. V manželství
- b. Svobodný/svobodná
- c. Ovdovělý/ovdovělá

19. Jak bydlíte?

- a. S partnerem/partnerkou
- b. Sám/sama
- c. S rodinou

20. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Základní vzdělání
- b. Střední vzdělání s výučním listem
- c. Střední vzdělání s maturitou
- d. Vyšší odborné vzdělání
- e. Vysokoškolské vzdělání

Příloha B: Statistické testování hypotézy H1

Příloha ilustruje testování hypotézy H1 uvedené v diplomové práci na s. 48–49.

WHOQOL-BREF – fyzické zdraví

H1.1: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně fyzické zdraví.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně fyzické zdraví jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně fyzické zdraví.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
fyzické zdraví	645	15,5491	2,11704	,08336

One-Sample Test						
	Test Value = 13.71					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
fyzické zdraví	22,062	644	,000	1,83906	1,6754	2,0027

WHOQOL-BREF – prožívání

H1.2: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně prožívání.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně prožívání jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně prožívání.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
prožívání	645	15,4388	2,01955	,07952

One-Sample Test						
	Test Value = 13.95					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
prožívání	18,722	644	,000	1,48876	1,3326	1,6449

WHOQOL-BREF – sociální vztahy

H1.3: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně sociální vztahy.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně sociální vztahy jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně sociální vztahy.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sociální vztahy	645	14,4517	2,29695	,09044

One-Sample Test						
	Test Value = 13.96					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
sociální vztahy	5,436	644	,000	,49168	,3141	,6693

WHOQOL-BREF – prostředí

H1.4: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně prostředí.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně prostředí jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně prostředí.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
prostředí	645	16,0899	1,61744	,06369

One-Sample Test						
	Test Value = 13.58					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
prostředí	39,410	644	,000	2,50992	2,3849	2,6350

WHOQOL-OLD – fungování smyslů

H1.5: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně fungování smyslů.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně fungování smyslů jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně fungování smyslů.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
fungování smyslů	645	16,6915	2,72201	,10718

One-Sample Test						
	Test Value = 14.32					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
fungování smyslů	22,126	644	,000	2,37147	2,1610	2,5819

WHOQOL-OLD – nezávislost

H1.6: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně nezávislost.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně nezávislost jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně nezávislost.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
nezávislost	645	16,6884	2,30728	,09085

One-Sample Test						
	Test Value = 14.64					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
nezávislost	22,547	644	,000	2,04837	1,8700	2,2268

WHOQOL-OLD – naplnění

H1.7: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně naplnění.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně naplnění jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně naplnění.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
naplnění	645	15,0062	2,13445	,08404

One-Sample Test						
Test Value = 13.80						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
naplnění	14,352	644	,000	1,20620	1,0412	1,3712

WHOQOL-OLD – sociální zapojení

H1.8: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně sociální zapojení.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně sociální zapojení jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně sociální zapojení.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sociální zapojení	645	15,1473	2,23225	,08789

One-Sample Test						
Test Value = 13.98						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
sociální zapojení	13,281	644	,000	1,16729	,9947	1,3399

WHOQOL-OLD – smrt a umírání

H1.9: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně smrt a umírání.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně smrt a umírání jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně smrt a umírání.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
smrt a umírání	645	13,4791	3,52431	,13877

One-Sample Test						
	Test Value = 12.77					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
smrt a umírání	5,110	644	,000	,70907	,4366	,9816

WHOQOL-OLD – blízké vztahy

H1.10: Senioři, kteří se účastní U3V, mají v porovnání s běžnou seniorskou populací lepší kvalitu života v doméně blízké vztahy.

H₀: Průměrné hodnoty v doméně blízké vztahy jsou u výběrového souboru stejné jako u běžné seniorské populace.

H₁: Účastníci U3V mají v porovnání s běžnou seniorskou populací vyšší průměrnou hodnotu kvality života v doméně blízké vztahy.

T-Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
blízké vztahy	645	14,8744	2,82261	,11114

One-Sample Test						
	Test Value = 14.27					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
blízké vztahy	5,438	644	,000	,60442	,3862	,8227

Příloha C: Statistické testování hypotézy H2

Příloha ilustruje testování hypotézy H2 uvedené v diplomové práci na s. 50.

WHOQOL-BREF – fyzické zdraví

H2.1: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně fyzické zdraví.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně fyzické zdraví a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně fyzické zdraví.

Descriptives								
fyzické zdraví								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	15,9341	2,13855	,20970	15,5182	16,3500	9,14	20,00
3–4 semestry	92	15,5155	2,05584	,21434	15,0898	15,9413	9,71	19,43
5–6 semestrů	104	15,4835	2,43678	,23895	15,0096	15,9574	6,29	20,00
7–8 semestrů	67	15,5906	1,83906	,22468	15,1420	16,0392	10,29	19,43
více než 8 semestrů	278	15,4306	2,06031	,12357	15,1874	15,6739	8,00	20,00
Total	645	15,5491	2,11704	,08336	15,3854	15,7127	6,29	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
fyzické zdraví	Based on Mean	,950	4	640	,434
	Based on Median	,884	4	640	,473
	Based on Median and with adjusted df	,884	4	600,031	,473
	Based on trimmed mean	,911	4	640	,457

ANOVA					
fyzické zdraví					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	19,981	4	4,995	1,115	,348
Within Groups	2866,329	640	4,479		
Total	2886,310	644			

WHOQOL-BREF – prožívání

H2.2: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně prožívání.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně prožívání a počtem absolvovaných semestrů naU3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně prožívání.

Descriptives								
prožívání								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	15,5641	2,20966	,21667	15,1344	15,9938	6,67	20,00
3–4 semestry	92	15,7754	2,04295	,21299	15,3523	16,1984	11,33	19,33
5–6 semestrů	104	15,4615	2,09191	,20513	15,0547	15,8684	8,67	20,00
7–8 semestrů	67	15,1841	2,16747	,26480	14,6554	15,7128	8,00	18,67
více než 8 semestrů	278	15,3333	1,86508	,11186	15,1131	15,5535	8,67	20,00
Total	645	15,4388	2,01955	,07952	15,2826	15,5949	6,67	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
prožívání	Based on Mean	2,007	4	640	,092
	Based on Median	1,612	4	640	,170
	Based on Median and with adjusted df	1,612	4	614,100	,170
	Based on trimmed mean	1,788	4	640	,129

ANOVA					
prožívání					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	19,547	4	4,887	1,200	,310
Within Groups	2607,062	640	4,074		
Total	2626,609	644			

WHOQOL-BREF – sociální vztahy

H2.3: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně sociální vztahy.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně sociální vztahy a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně sociální vztahy.

Descriptives								
sociální vztahy								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	14,2308	2,56399	,25142	13,7321	14,7294	4,00	20,00
3–4 semestry	92	14,5217	2,51166	,26186	14,0016	15,0419	8,00	20,00
5–6 semestrů	104	14,7179	2,33484	,22895	14,2639	15,1720	8,00	20,00
7–8 semestrů	67	14,2289	2,10675	,25738	13,7150	14,7427	6,67	17,33
více než 8 semestrů	278	14,4652	2,14613	,12872	14,2118	14,7186	6,67	20,00
Total	645	14,4517	2,29695	,09044	14,2741	14,6293	4,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
sociální vztahy	Based on Mean	1,701	4	640	,148
	Based on Median	1,609	4	640	,170
	Based on Median and with adjusted df	1,609	4	628,881	,170
	Based on trimmed mean	1,728	4	640	,142

ANOVA					
sociální vztahy					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	16,278	4	4,070	,770	,545
Within Groups	3381,466	640	5,284		
Total	3397,744	644			

WHOQOL-BREF – prostředí

H2.4: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně prostředí.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně prostředí a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně prostředí.

Descriptives								
prostředí								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	16,2452	1,66634	,16340	15,9211	16,5693	11,00	20,00
3–4 semestry	92	16,1630	1,70827	,17810	15,8093	16,5168	11,00	19,50
5–6 semestrů	104	16,1394	1,66555	,16332	15,8155	16,4633	12,50	20,00
7–8 semestrů	67	15,8955	1,61089	,19680	15,5026	16,2885	12,00	19,50
více než 8 semestrů	278	16,0360	1,55482	,09325	15,8524	16,2195	10,00	20,00
Total	645	16,0899	1,61744	,06369	15,9649	16,2150	10,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
prostředí	Based on Mean	,525	4	640	,717
	Based on Median	,416	4	640	,797
	Based on Median and with adjusted df	,416	4	630,025	,797
	Based on trimmed mean	,482	4	640	,749

ANOVA					
prostředí					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,595	4	1,649	,629	,642
Within Groups	1678,189	640	2,622		
Total	1684,784	644			

WHOQOL-OLD – fungování smyslů

H2.5: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně fungování smyslů.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně fungování smyslů a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně fungování smyslů.

Descriptives								
fungování smyslů								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	16,8846	2,59689	,25465	16,3796	17,3896	9,00	20,00
3–4 semestry	92	17,2609	2,56292	,26720	16,7301	17,7916	9,00	20,00
5–6 semestrů	104	16,5673	2,77564	,27217	16,0275	17,1071	7,00	20,00
7–8 semestrů	67	16,6119	2,77955	,33958	15,9340	17,2899	6,00	20,00
více než 8 semestrů	278	16,4964	2,77267	,16629	16,1690	16,8238	8,00	20,00
Total	645	16,6915	2,72201	,10718	16,4810	16,9019	6,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
fungování smyslů	Based on Mean	,461	4	640	,764
	Based on Median	,338	4	640	,852
	Based on Median and with adjusted df	,338	4	638,588	,852
	Based on trimmed mean	,446	4	640	,775

ANOVA					
fungování smyslů					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	46,313	4	11,578	1,568	,181
Within Groups	4725,290	640	7,383		
Total	4771,603	644			

WHOQOL-OLD – nezávislost

H2.6: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně nezávislost.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně nezávislost a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně nezávislost.

Descriptives								
nezávislost								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	16,8654	2,08116	,20407	16,4607	17,2701	8,00	20,00
3–4 semestry	92	16,9348	2,23756	,23328	16,4714	17,3982	11,00	20,00
5–6 semestrů	104	16,5673	2,36793	,23219	16,1068	17,0278	10,00	20,00
7–8 semestrů	67	16,6269	2,33443	,28520	16,0575	17,1963	8,00	20,00
více než 8 semestrů	278	16,6007	2,38579	,14309	16,3190	16,8824	8,00	20,00
Total	645	16,6884	2,30728	,09085	16,5100	16,8668	8,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances						
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
nezávislost	Based on Mean	,919	4	640	,452	
	Based on Median	,776	4	640	,541	
	Based on Median and with adjusted df	,776	4	629,447	,541	
	Based on trimmed mean	,972	4	640	,422	

ANOVA					
nezávislost					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	12,758	4	3,190	,598	,664
Within Groups	3415,604	640	5,337		
Total	3428,363	644			

WHOQOL-OLD – naplnění

H2.7: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně naplnění.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně naplnění a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně naplnění.

Descriptives								
naplnění								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	15,0769	2,30109	,22564	14,6294	15,5244	7,00	20,00
3–4 semestry	92	15,1304	2,03927	,21261	14,7081	15,5528	9,00	20,00
5–6 semestrů	104	15,1827	1,93969	,19020	14,8055	15,5599	11,00	20,00
7–8 semestrů	67	14,7910	2,18492	,26693	14,2581	15,3240	9,00	20,00
více než 8 semestrů	278	14,9245	2,16421	,12980	14,6689	15,1800	5,00	19,00
Total	645	15,0062	2,13445	,08404	14,8412	15,1712	5,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
naplnění	Based on Mean	,232	4	640	,920
	Based on Median	,250	4	640	,910
	Based on Median and with adjusted df	,250	4	626,312	,910
	Based on trimmed mean	,239	4	640	,916

ANOVA					
naplnění					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	10,139	4	2,535	,555	,696
Within Groups	2923,837	640	4,568		
Total	2933,975	644			

WHOQOL-OLD – sociální zapojení

H2.8: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně sociální zapojení.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně sociální zapojení a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně sociální zapojení.

Descriptives								
sociální zapojení								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	15,5192	2,15866	,21167	15,0994	15,9390	8,00	20,00
3–4 semestry	92	15,2065	2,53563	,26436	14,6814	15,7316	9,00	20,00
5–6 semestrů	104	15,0481	2,31240	,22675	14,5984	15,4978	7,00	20,00
7–8 semestrů	67	15,1642	2,28033	,27859	14,6080	15,7204	7,00	20,00
více než 8 semestrů	278	15,0216	2,10712	,12638	14,7728	15,2704	8,00	20,00
Total	645	15,1473	2,23225	,08789	14,9747	15,3199	7,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
sociální zapojení	Based on Mean	1,854	4	640	,117
	Based on Median	1,417	4	640	,227
	Based on Median and with adjusted df	1,417	4	622,822	,227
	Based on trimmed mean	1,789	4	640	,129

ANOVA					
sociální zapojení					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20,146	4	5,036	1,011	,401
Within Groups	3188,862	640	4,983		
Total	3209,008	644			

WHOQOL-OLD – smrt a umírání

H2.9: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně smrt a umírání.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně smrt a umírání a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně smrt a umírání.

Descriptives								
smrt a umírání								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	13,6154	3,50674	,34386	12,9334	14,2974	4,00	20,00
3–4 semestry	92	14,1304	3,41689	,35623	13,4228	14,8381	5,00	20,00
5–6 semestrů	104	13,6923	3,69223	,36205	12,9743	14,4104	4,00	20,00
7–8 semestrů	67	13,2090	3,18870	,38956	12,4312	13,9867	6,00	19,00
více než 8 semestrů	278	13,1978	3,56584	,21386	12,7768	13,6188	4,00	20,00
Total	645	13,4791	3,52431	,13877	13,2066	13,7516	4,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
smrt a umírání	Based on Mean	,753	4	640	,556
	Based on Median	,775	4	640	,542
	Based on Median and with adjusted df	,775	4	626,126	,542
	Based on trimmed mean	,759	4	640	,552

ANOVA					
smrt a umírání					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	72,570	4	18,143	1,465	,211
Within Groups	7926,397	640	12,385		
Total	7998,967	644			

WHOQOL-OLD – blízké vztahy

H2.10: Čím déle se senioři účastní U3V, tím lepší mají kvalitu života v doméně blízké vztahy.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně blízké vztahy a počtem absolvovaných semestrů na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím více absolvovaných semestrů na U3V, tím lepší kvalita života v doméně blízké vztahy.

Descriptives								
blízké vztahy								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1–2 semestry	104	14,9808	2,44147	,23941	14,5060	15,4556	9,00	20,00
3–4 semestry	92	15,1630	3,02109	,31497	14,5374	15,7887	7,00	20,00
5–6 semestrů	104	14,9904	2,81982	,27651	14,4420	15,5388	7,00	20,00
7–8 semestrů	67	14,0448	2,77670	,33923	13,3675	14,7221	5,00	19,00
více než 8 semestrů	278	14,8957	2,88277	,17290	14,5553	15,2360	7,00	20,00
Total	645	14,8744	2,82261	,11114	14,6562	15,0927	5,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
blízké vztahy	Based on Mean	1,926	4	640	,104
	Based on Median	1,539	4	640	,189
	Based on Median and with adjusted df	1,539	4	616,189	,189
	Based on trimmed mean	1,775	4	640	,132

ANOVA					
blízké vztahy					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	56,481	4	14,120	1,781	,131
Within Groups	5074,347	640	7,929		
Total	5130,828	644			

Příloha D: Statistické testování hypotézy H3

Příloha ilustruje testování hypotézy H3 uvedené v diplomové práci na s. 51.

WHOQOL-BREF – fyzické zdraví

H3.1: Lepší kvalitu života v doméně fyzické zdraví mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně fyzické zdraví a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně fyzické zdraví.

Descriptives						
fyzické zdraví						
		častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total
N		119	364	148	14	645
Mean		15.4814	15.5824	15.5598	15.1429	15.5491
Std. Deviation		1.90103	2.13801	2.10995	3.31497	2.11704
Std. Error		.17427	.11206	.17344	.88596	.08336
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.1363	15.3620	15.2171	13.2289	15.3854
	Upper Bound	15.8265	15.8028	15.9026	17.0569	15.7127
Minimum		9.71	6.29	8.57	8.00	6.29
Maximum		19.43	20.00	19.43	19.43	20.00

Tests of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
fyzické zdraví	Based on Mean	3.153	3	641	.024
	Based on Median	2.702	3	641	.045
	Based on Median and with adjusted df	2.702	3	612.510	.045
	Based on trimmed mean	3.009	3	641	.030

ANOVA					
fyzické zdraví					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.277	3	1.092	.243	.866
Within Groups	2883.033	641	4.498		
Total	2886.310	644			

WHOQOL-BREF – prožívání

H3.2: Lepší kvalitu života v doméně prožívání mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně prožívání a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně prožívání.

Descriptives						
prožívání						
		častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total
N		119	364	148	14	645
Mean		15.3333	15.4744	15.4685	15.0952	15.4388
Std. Deviation		1.88562	2.05427	1.92522	3.12265	2.01955
Std. Error		.17285	.10767	.15825	.83456	.07952
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.9910	15.2626	15.1557	13.2923	15.2826
	Upper Bound	15.6756	15.6861	15.7812	16.8982	15.5949
Minimum		8.00	6.67	8.67	8.67	6.67
Maximum		19.33	19.33	20.00	20.00	20.00

Tests of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
prožívání	Based on Mean	3.346	3	641	.019
	Based on Median	3.017	3	641	.029
	Based on Median and with adjusted df	3.017	3	626.335	.029
	Based on trimmed mean	3.263	3	641	.021

ANOVA					
prožívání					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.567	3	1.189	.291	.832
Within Groups	2623.042	641	4.092		
Total	2626.609	644			

WHOQOL-BREF – sociální vztahy

H3.3: Lepší kvalitu života v doméně sociální vztahy mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně sociální vztahy a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně sociální vztahy.

Descriptives						
sociální vztahy						
	častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total	
N	119	364	148	14	645	
Mean	14,3866	14,5568	14,2973	13,9048	14,4517	
Std. Deviation	2,32159	2,29294	2,20942	3,08132	2,29695	
Std. Error	,21282	,12018	,18161	,82352	,09044	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,9651	14,3204	13,9384	12,1257	14,2741
	Upper Bound	14,8080	14,7931	14,6562	15,6839	14,6293
Minimum	4,00	6,67	6,67	6,67	4,00	
Maximum	20,00	20,00	20,00	17,33	20,00	

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
sociální vztahy	Based on Mean	1,062	3	641	,365
	Based on Median	,528	3	641	,663
	Based on Median and with adjusted df	,528	3	622,154	,663
	Based on trimmed mean	,845	3	641	,469

ANOVA					
sociální vztahy					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	12,240	3	4,080	,773	,510
Within Groups	3385,504	641	5,282		
Total	3397,744	644			

WHOQOL-BREF – prostředí

H3.4: Lepší kvalitu života v doméně prostředí mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně prostředí a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně prostředí.

Descriptives						
prostředí						
	častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total	
N	119	364	148	14	645	
Mean	15,7983	16,1538	16,1655	16,1071	16,0899	
Std. Deviation	1,41469	1,61636	1,66638	2,47432	1,61744	
Std. Error	,12968	,08472	,13698	,66129	,06369	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15,5415	15,9872	15,8948	14,6785	15,9649
	Upper Bound	16,0551	16,3205	16,4362	17,5358	16,2150
Minimum	11,00	10,00	10,00	13,00	10,00	
Maximum	19,50	20,00	20,00	20,00	20,00	

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
prostředí	Based on Mean	3,795	3	641	,010
	Based on Median	3,247	3	641	,022
	Based on Median and with adjusted df	3,247	3	621,369	,022
	Based on trimmed mean	3,862	3	641	,009

ANOVA					
prostředí					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	12,457	3	4,152	1,592	,190
Within Groups	1672,328	641	2,609		
Total	1684,784	644			

WHOQOL-OLD – fungování smyslů

H3.5: Lepší kvalitu života v doméně fungování smyslů mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně fungování smyslů a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně fungování smyslů.

Descriptives						
fungování smyslů						
	častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total	
N	119	364	148	14	645	
Mean	16,7731	16,6978	16,7027	15,7143	16,6915	
Std. Deviation	2,76613	2,67462	2,74410	3,40652	2,72201	
Std. Error	,25357	,14019	,22556	,91043	,10718	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16,2710	16,4221	16,2569	13,7474	16,4810
	Upper Bound	17,2752	16,9735	17,1485	17,6812	16,9019
Minimum	6,00	8,00	7,00	9,00	6,00	
Maximum	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
fungování smyslů	Based on Mean	,443	3	641	,722
	Based on Median	,352	3	641	,787
	Based on Median and with adjusted df	,352	3	634,066	,787
	Based on trimmed mean	,424	3	641	,736

ANOVA					
fungování smyslů					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	14,195	3	4,732	,638	,591
Within Groups	4757,408	641	7,422		
Total	4771,603	644			

WHOQOL-OLD – nezávislost

H3.6: Lepší kvalitu života v doméně nezávislost mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně nezávislost a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně nezávislost.

Descriptives						
nezávislost						
	častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total	
N	119	364	148	14	645	
Mean	16.4622	16.7198	16.8446	16.1429	16.6884	
Std. Deviation	2.23906	2.30188	2.26392	3.34795	2.30728	
Std. Error	.20525	.12065	.18609	.89478	.09085	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.0557	16.4825	16.4768	14.2098	16.5100
	Upper Bound	16.8686	16.9570	17.2124	18.0759	16.8668
Minimum	10.00	8.00	8.00	10.00	8.00	
Maximum	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	

Tests of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
nezávislost	Based on Mean	2.105	3	641	.098
	Based on Median	2.077	3	641	.102
	Based on Median and with adjusted df	2.077	3	635.574	.102
	Based on trimmed mean	2.140	3	641	.094

ANOVA					
nezávislost					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	14.225	3	4.742	.890	.446
Within Groups	3414.137	641	5.326		
Total	3428.363	644			

WHOQOL-OLD – naplnění

H3.7: Lepší kvalitu života v doméně naplnění mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně naplnění a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně naplnění.

Descriptives						
naplnění						
	častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total	
N	119	364	148	14	645	
Mean	14,8067	15,1181	14,9054	14,8571	15,0062	
Std. Deviation	2,18344	2,14098	1,97721	3,05984	2,13445	
Std. Error	,20016	,11222	,16253	,81778	,08404	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14,4104	14,8975	14,5842	13,0904	14,8412
	Upper Bound	15,2031	15,3388	15,2266	16,6238	15,1712
Minimum	8,00	5,00	7,00	9,00	5,00	
Maximum	19,00	20,00	20,00	20,00	20,00	

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
naplnění	Based on Mean	1,761	3	641	,153
	Based on Median	1,648	3	641	,177
	Based on Median and with adjusted df	1,648	3	624,208	,177
	Based on trimmed mean	1,732	3	641	,159

ANOVA					
naplnění					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	11,110	3	3,703	,812	,487
Within Groups	2922,865	641	4,560		
Total	2933,975	644			

WHOQOL-OLD – sociální zapojení

H3.8: Lepší kvalitu života v doméně sociální zapojení mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně sociální zapojení a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně sociální zapojení.

Descriptives						
sociální zapojení						
		častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total
N		119	364	148	14	645
Mean		15,0840	15,1593	15,1486	15,3571	15,1473
Std. Deviation		2,19236	2,30627	2,06152	2,56026	2,23225
Std. Error		,20097	,12088	,16946	,68426	,08789
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14,6861	14,9216	14,8138	13,8789	14,9747
	Upper Bound	15,4820	15,3971	15,4835	16,8354	15,3199
Minimum		7,00	7,00	8,00	11,00	7,00
Maximum		20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
sociální zapojení	Based on Mean	1,516	3	641	,209
	Based on Median	1,102	3	641	,348
	Based on Median and with adjusted df	1,102	3	623,721	,348
	Based on trimmed mean	1,430	3	641	,233

ANOVA					
sociální zapojení					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,146	3	,382	,076	,973
Within Groups	3207,862	641	5,004		
Total	3209,008	644			

WHOQOL-OLD – smrt a umírání

H3.9: Lepší kvalitu života v doméně smrt a umírání mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně smrt a umírání a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně smrt a umírání.

Descriptives						
smrt a umírání						
	častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total	
N	119	364	148	14	645	
Mean	13,4622	13,5687	13,1554	14,7143	13,4791	
Std. Deviation	3,62615	3,51592	3,51810	2,78536	3,52431	
Std. Error	,33241	,18428	,28919	,74442	,13877	
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,8039	13,2063	12,5839	13,1061	13,2066
	Upper Bound	14,1204	13,9311	13,7269	16,3225	13,7516
Minimum	5,00	4,00	5,00	11,00	4,00	
Maximum	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
smrt a umírání	Based on Mean	,435	3	641	,728
	Based on Median	,357	3	641	,784
	Based on Median and with adjusted df	,357	3	634,996	,784
	Based on trimmed mean	,423	3	641	,737

ANOVA					
smrt a umírání					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	39,822	3	13,274	1,069	,362
Within Groups	7959,146	641	12,417		
Total	7998,967	644			

WHOQOL-OLD – blízké vztahy

H3.10: Lepší kvalitu života v doméně blízké vztahy mají senioři, kteří se U3V účastní častěji.

H₀: Mezi průměrnými hodnotami v doméně blízké vztahy a frekvencí účasti na U3V neexistuje žádný vztah.

H₁: Čím častější účast na U3V, tím větší průměrná hodnota v doméně blízké vztahy.

Descriptives						
blízké vztahy						
		častěji než 1x týdně	1x za týden	1x za čtrnáct dní	1x za měsíc a méně	Total
N		119	364	148	14	645
Mean		14,8655	14,9835	14,7095	13,8571	14,8744
Std. Deviation		2,94274	2,70695	2,93988	3,46093	2,82261
Std. Error		,26976	,14188	,24166	,92497	,11114
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14,3313	14,7045	14,2319	11,8589	14,6562
	Upper Bound	15,3997	15,2625	15,1870	15,8554	15,0927
Minimum		7,00	5,00	7,00	7,00	5,00
Maximum		20,00	20,00	20,00	19,00	20,00

Test of Homogeneity of Variances					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
blízké vztahy	Based on Mean	,964	3	641	,409
	Based on Median	,708	3	641	,547
	Based on Median and with adjusted df	,708	3	635,999	,547
	Based on trimmed mean	,883	3	641	,449

ANOVA					
blízké vztahy					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	22,857	3	7,619	,956	,413
Within Groups	5107,971	641	7,969		
Total	5130,828	644			

Příloha E: Statistické testování hypotézy H4

Příloha ilustruje testování hypotézy H4 uvedené v diplomové práci na s. 52.

H4: Senioři, kteří se kromě U3V účastní dalších vzdělávacích aktivit, mají lepší kvalitu života v doméně sociální zapojení.

H₀: Mezi účastí na dalších vzdělávacích aktivitách a kvalitou života v doméně sociální zapojení neexistuje žádný vztah.

H₁: Senioři, kteří účastní dalších vzdělávacích aktivit, mají vyšší průměrnou hodnotu v doméně sociální zapojení než senioři, kteří se dalších vzdělávacích aktivit neúčastní.

T-Test

Group Statistics					
	účast na dalším vzdělávání	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sociální zapojení	ano	379	15,3773	2,10004	,10787
	ne	266	14,8195	2,37387	,14555

Independent Samples Test					
		sociální zapojení			
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed		
Levene's Test for Equality of Variances	F	4,667			
	Sig.	,031			
t-test for Equality of Means	t	3,145	3,079		
	df	643	525,018		
	Sig. (2-tailed)	,002	,002		
	Mean Difference	,55776	,55776		
	Std. Error Difference	,17733	,18117		
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	,20954	,20186	
		Upper	,90598	,91366	

Measures of Association		
	Eta	Eta Squared
sociální zapojení * účast na dalším vzdělávání	,123	,015

Příloha F: Statické testování hypotézy H5

Příloha ilustruje testování hypotézy H5 uvedené v diplomové práci na s. 52.

H5: Senioři s nedostatečnou sociální podporou, kteří se setkávají s ostatními účastníky i mimo přednášky na U3V, mají lepší kvalitu života v doméně sociální vztahy.

H₀: Mezi kontaktem s dalšími účastníky mimo přednášky na U3V a kvalitou života v doméně sociální vztahy neexistuje žádný vztah.

H₁: Senioři s nedostatečnou sociální podporou, kteří se setkávají s ostatními účastníky i mimo přednášky na U3V, mají vyšší průměrnou hodnotu v doméně sociální vztahy.

T-Test

Group Statistics					
	kontakt s účastníky U3V	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sociální vztahy	ano	22	13,5758	1,95771	,41738
	ne	35	12,0381	2,69564	,45565

Independent Samples Test					
		sociální vztahy			
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed		
Levene's Test for Equality of Variances	F	1,142			
	Sig.	,290			
t-test for Equality of Means	t	2,316	2,488		
	df	55	53,738		
	Sig. (2-tailed)	,024	,016		
	Mean Difference	1,53766	1,53766		
	Std. Error Difference	,66397	,61792		
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	,20704	,29867	
		Upper	2,86828	2,77665	

Measures of Association		
	Eta	Eta Squared
sociální vztahy * kontakt s účastníky U3V	,298	,089