

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Petra Klára Týnovská

Význam religiozity pro kvalitu života seniorů

The importance of religiosity

for the quality of life in the elderly

Poděkování

Ráda bych poděkovala své školitelce Mgr. et Mgr. Lee Takács za cenné rady, podněty a připomínky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat.

Své rodině a přátelům děkuji za podporu.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 26. 7. 2016

.....
Petra Klára Týnovská

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá významem religiozity pro kvalitu života u seniorské populace. První kapitola představuje religiozitu jako psychologické téma, vymezuje pojmy religiozity a spirituality a analyzuje jejich vzájemný vztah. Druhá kapitola uvádí různá pojetí kvality života a rovněž příbuzných pojmů well-being a životní spokojenost a následně nastiňuje, jak může religiozita ovlivňovat kvalitu života. Ve třetí kapitole jsou shrnuta specifika životního období stáří a poznatky shrnuté v předchozích kapitolách jsou interpretovány v kontextu této životní etapy. Práce obsahuje také krátké shrnutí některých užívaných metod pro určení religiozity a kvality života v psychologickém výzkumu. Vlastní návrh výzkumu je koncipován jako kvantitativní korelační studie, jejímž tématem je v návaznosti na teoretickou část práce souvislost religiozity a kvality života ve stáří. K účelu sledování těchto proměnných jsou zvoleny validizované metody *The World Health Organisation Quality of Life in Old Age* (WHOQOL-OLD) a *The Duke Religion Index* (DUREL).

Klíčová slova:

religiozita

psychologie náboženství

kvalita života

stáří

senioři

Abstrakt:

The bachelor thesis emphasises meaning of religiosity for the quality of life of the elderly. It highlights the concepts of religiosity and its description. The first chapter explains the term religiosity to the context of psychology and also characterises the term spirituality and finds the connections between these two terms. The second chapter firstly introduces various concepts of quality of life and the similar phenomenon of well-being and life satisfaction. Besides that, it indicates how religiosity can influence the quality of life and it presents the current theories and performed research studies to this topic. In the third chapter, all explained terms and concepts are applied to the senior population. The thesis also includes a brief overview of methods for assessing religiosity and quality of life used in psychological studies. The research proposal is designed as a quantitative correlation study that uses 2 questionnaires: *The World Health Organization Quality of Life in the elderly* (WHOQOL-OLD) and *The Duke Religion Index* (DUREL).

Keywords:

religiosity

psychology of religion

elderly

quality of life

seniors

Obsah

Obsah

Obsah.....	6
1 Religiozita v kontextu psychologie	10
1.1 Psychologie náboženství	10
1.2 Vymezení pojmu religiozita	11
1.3 Vymezení pojmu spiritualita.....	13
1.4 Vzájemný vztah religiozity a spirituality	14
2 Religiozita a kvalita života	16
2.1 Vymezení pojmu kvalita života.....	16
2.1.1 Komplexnost kvality života	17
2.1.2 Subjektivita kvality života.....	18
2.1.3 Měřitelnost kvality života.....	20
2.2 Výzkumy religiozity a kvality života	20
2.2.1 Religiozita a fyzické zdraví.....	21
2.2.2 Religiozita a duševní zdraví	22
2.2.3 Negativní dopady religiozity na kvalitu života.....	22
3 Religiozita a kvalita života ve stáří.....	24
3.1 Základní charakteristiky období stáří	24
3.2 Kvalita života ve stáří.....	26
3.3 Naplňování duchovních potřeb seniora a jeho vliv na kvalitu života	29
3.4 Hypotézy a výzkumy vztahu religiozity a kvality života ve stáří	33
3.5 Význam organizované religiozity.....	35
3.6 Význam neorganizované (osobní) religiozity.....	37
3.7 Význam náboženské víry	38
3.8 Přehled užívaných metod pro měření religiozity a kvality života ve stáří	40
3.8.1 Kvalita života	40
3.8.2 Religiozita.....	41
4 Návrh výzkumného projektu.....	43
4.1 Teoretický úvod a cíle výzkumu	43
4.2 Soubor a metodika	43
4.2.1 Participanti.....	43
4.2.2 Realizace výzkumu	44
4.3 Nástroje.....	44

4.3.1	Religiozita	45
4.3.2	Kvalita života	46
4.4	Statistická analýza dat	47
4.4.1	Jednoduchá regresní analýza	47
4.4.2	Vícenásobná regresní analýza	47
4.5	Diskuse	48
	Závěr	50
	Prameny	52
	Přílohy	58
1.	Originální znění dotazníku religiozity DUREL + návrh překladu	58
2.	WHOQOL: Přehled domén dotazníku WHOQOL a WHOQOL-OLD	59

Seznam použitých zkratk

Gn Kniha Genesis (1. Mojžíšova), Bible

DUREL The Duke University Religion Index

IR intrinsická religiozita (respektive náboženská víra)

NOR neorganizovaná religiozita

OR organizovaná religiozita

R/S Religiosity/Spirituality

WHO World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

„Náboženský věk par excellence je věk stáří.“ (James, 1929, s. 13)

Religiozita je fenomén, jemuž věnuje pozornost celá řada oborů, především religionistika, teologie a sociologie. Představuje však opravdovou výzvu i pro psychologii. Praktikování náboženského života, případně celkový vztah k náboženství, totiž neodmyslitelně patří do vnitřního světa jednotlivce, jemuž se psychologie věnuje. Nahlížet na náboženství z psychologické perspektivy však není snadné. Snad proto, že vstupujeme do *„nejosobnější a nejdůvěrnější oblasti lidského života“* (Holm, 1998, s. 10). Přesto se psychologii náboženství již dlouho věnuje pozornost – důležitým mezníkem bylo například vydání Jamesových *„Druhů náboženské zkušenosti“* v roce 1902.

Jako pro praktikující věřící pro mě bylo těžké nahlížet na problematiku s *„metodologickou skepsí“*, s neutralitou. Vždyť, jak udává Holm (1998, s. 10), *„pro nábožensky věřícího člověka platí jiné modely výkladů než pro vědce“*. Zato mi však bylo vlastní nahlížet na náboženství z psychologického hlediska s vědomím jistého omezení. Psychologie totiž může popsat duševní jevy, související s náboženstvím, ale neumožňuje beze zbytku popsat vztah člověka k něčemu, respektive k Někomu, kdo ho přesahuje – k Bohu.

Problematika náboženského života ve stáří mě zajímá již delší dobu. Díky dobrovolnické práci v léčebně dlouhodobě nemocných a v hospici jsem měla možnost potkat se s desítkami seniorů. Často mě napadala otázka, zdali se jejich víra či nevíra dotýká i jejich celkové kvality života. Prostým laickým pozorováním se mi zdálo, že věřící lidé jsou šťastnější, zdravější.

Tato práce si klade za cíl alespoň částečně přispět k poznání vlivu náboženské praxe na kvalitu života starých lidí. Shrnutím výsledků aktuálních studií může předkládaná práce pomoci zmapovat současný stav poznání v této oblasti a přispět k hlubšímu porozumění toho, co konkrétně znamená duchovní péče o člověka v době stáří.

1 Religiozita v kontextu psychologie

1.1 Psychologie náboženství

Náboženství a náboženské jevy lze zkoumat různými způsoby: kulturním a historickým hlediskem se zabývá *religionistika*, která se ovšem nevyjadřuje k pravdivosti náboženství. *Teologie* vědecky rozebírá prameny víry, na rozdíl od religionistiky však vychází z perspektivy víry a nahlíží na konkrétní náboženství optikou „zevnitř“, takže například křesťanská teologie předpokládá existenci Boha a víru v Ježíše Krista. Podstatou náboženství a jeho analyzováním se zabývá *filozofie náboženství*, sociální aspekty sleduje *sociologie náboženství*. Čím tedy může přispět k výzkumu náboženství psychologie?

Psychologie náboženství se zabývá těmi názory, způsoby chování a zážitky člověka, které se vztahují k nějakému druhu nadsmyslové nebo metafyzické skutečnosti (Holm, 1998, s. 10). Klade si otázku, jakým způsobem souvisejí vztahy, myšlenky a pocity člověka s jeho zbožností (Henning, 2003, s. 91). Oproti sociologii náboženství tak stojí ve středu zájmu nikoli skupina a její dynamika, ale jednotlivec a jeho vnitřní svět.

Stříženec (2001, s. 10) na psychologii náboženství pohlíží jako na „*aplikovanou disciplínu psychologie, která zkoumá zákonitosti náboženského chování, postojů, zkušeností a hodnot lidí, kteří věří v existenci a vliv božství nebo jiných nadpřirozených sil*“. Vůči této definici lze ovšem namítnout, že psychologie náboženství nemusí být nutně zaměřena jen na osoby věřící, ale může si klást například i otázku, proč někteří jednotlivci ve svém životě náboženské prožitky nenacházejí a dokonce je ani nehledají.

Můžeme se ptát, zda je každý člověk disponován k náboženskému prožívání, které je specifické, tj. zásadně odlišné od jiných druhů prožitků. James, autor významného díla „*Druhy náboženské zkušenosti*“ (1929), vychází z předpokladu, že i když náboženské prožitky mohou obsahovat ještě další kvality, stále se jedná také o psychologicky popsatelné lidské zkušenosti. To dokládá výroky, že „*náboženská melancholie je melancholie*“, „*náboženské štěstí je štěstí*“, a „*náboženský trans je trans*“ (James, 1929, s. 25). Podobně uvažuje rovněž Belzen (2009): „*Psychologie není s to vnést více poznání do problematiky rozdílů mezi náboženskými a nenáboženskými aktivitami, nežli právě jen toto: psychické procesy, které se při nich odehrávají, jsou stejné jako psychické procesy v jiných než náboženských činnostech, ale je jim dáván jiný význam.*“

Říčanovi (2007, s. 26) připadá příliš mechanistické definovat psychologii náboženství jako odvětví psychologie, které se věnuje náboženským jevům, neboť se v takovém případě pojímá psychologie spíše jako „*univerzální nástroj*“ či přístup, který lze použít na jakýkoliv

obsah. Říčan proto navrhuje pohlížet na psychologii náboženství spíše jako na „*jedinečné setkání dvou útvarů – psychologie a náboženství*“. Zachování hranice mezi psychologií a náboženstvím naznačuje limitaci psychologie, která si musí být , že náboženské prožitky nelze redukovat pouze na psychické prožitky, ale že obsahují také dimenzi, které však věnují pozornost jiné vědní obory.

Tato práce vychází z předpokladu, že člověk je *bio-psycho-socio-spirituální jednotou* (Mauk, Schmidt, 2004, s. 3), podobně jako řada jiných studií zabývajících se duchovní stránkou člověka (Hacklová, 2013; Uxová, 2007). Náboženské, případně spirituální jevy, patří k člověku. Na území České republiky se však většina lidí nehlásí k žádné náboženské organizaci. Podle řady odborníků (např. Koenig; Pargament; Říčan; Vojtíšek) se touha po transcenci může projevovat také jinými způsoby. Jak se od sebe tyto způsoby liší, co mají naopak společného, a co je pro ně charakteristické souvisí s termíny *religiozita* a *spiritualita*, s nimiž psychologie náboženství pracuje.

1.2 Vymezení pojmu religiozita

Religiozita (z lat. *religio – víra, náboženství*) vyjadřuje „*nábožnost či náboženské přesvědčení a jeho odraz v chování a v každodenní praxi člověka*“ (Hartl & Hartlová, 2009, s. 505). Je obvykle chápána jako institucionální forma praktikování určitého vyznání. Od pojmu *náboženství* se odlišuje tím, že jde o určitý komplex psychologických jevů (způsobů myšlení chování a cítění), zatímco náboženství, taktéž obtížně definovatelné, lze popsat spíše jako společenský jev, kulturní produkt, sociální instituci (Hacklová, 2013, s. 68). V sociologii je pak termín religiozita užíván jako příslušnost k určité náboženské skupině - „*rozšířenost náboženství v té či oné populaci*“ (Říčan, 2007, s. 43).

Religiozita v psychologickém pojetí souvisí s účastí na náboženských aktivitách v konkrétním společenství. Tyto aktivity jsou složeny z praxe, symbolů a rituálů, které posilují a potvrzují vztah k transcenci. Takto pojatá religiozita se projevuje různými způsoby. Holm (1998, s. 9) a Stříženeček (2001) rozlišují 3 druhy takových projevů: *názory (myšlení)*, *způsoby chování (jednání)* a *zážitky (prožívání)*. Religiozita tak má svou kognitivní, behaviorální i emoční stránku.

Humanistický psycholog Gordon Willard Allport (1964, s. 55), který se věnoval motivaci k náboženskému chování, rozlišuje 2 druhy religiozity: *zvnitřněnou (intrinzickou)*, kterou spojuje s vnitřní motivací, a *vnější (extrinzickou)*, již dává do souvislosti se zvyklostmi. *Intrinzická religiozita* se projevuje opravdovou snahou začleňovat víru do všech oblastí svého života. Náboženství pro věřícího člověka ústřední roli a jeho víra je prožívaná autenticky.

Extrinsickou religiozitu lze naopak charakterizovat jako praktikování duchovního života ze zistných důvodů – například kvůli kontaktu s příjemnými lidmi, společenské prestiži, pocitu bezpečí a podobně (Fischer a kol., 2012, s. 158). Pro přiblížení těchto dvou druhů religiozity jsou v tabulce 1 uvedeny příklady výroků, které daný typ religiozity vyjadřují:

Extrinsická religiozita	Intrinsická religiozita
„Není pro mne podstatné, v co věřím, ale spíše, že někam patřím.“	„Je pro mě velmi důležité věnovat čas přemýšlením a rozjímáním nad svou vírou.“
„I když se považuji za věřícího člověka, jsem přesvědčen, že existují také důležitější věci.“	„Náboženství je pro mě zvláště důležité, neboť v něm nacházím odpovědi na své otázky ohledně smyslu života.“

Tabulka 1 Rozlišení extrinsické a intrinsické religiozity (podle Fischer a kol., 2012, s. 157)

Allportovo rozlišení religiozity na extrinsickou a intrinsickou se uplatňuje v různých nástrojích pro měření religiozity, například v dotazníku *DUREL*. Koenig & Büssing (2010), tvůrci tohoto dotazníku, se nezabývají její extrinsickou formou, neboť ji nepovažují za pravou religiozitu. Intrinsickou religiozitu ale pojímají velmi úzce jako soubor vnitřních přesvědčení a doktrín, spojených s náboženskou vírou. Pro přehlednost užíváme pro označení této roviny vnitřních přesvědčení pojmu *náboženská víra*, zatímco pojem *intrinsická religiozita* chápeme jako nadřazený pojem zahrnující vnitřně motivované náboženské aktivity jako celek těchto tří forem religiozity, jak je vymezil Koenig & Büssing (2010):

1. **organizovaná religiozita** – návštěva bohoslužeb a modlitebních setkání;
1. **neorganizovaná (subjektivní) religiozita** – četnost modliteb, studium posvátných textů;
2. **náboženská víra** – vnitřní přesvědčení.

Dělení na organizovanou a neorganizovanou religiozitu předjímá již James (1929, s. 29-30), který člení náboženství na *institucionální* (tj. organizované) a *osobní* (neorganizované). Stejně rozlišení užívá také Idler, McLaughlin a Kasl, S. (2009) a řada dalších výzkumníků. Tato klasifikace bude užita také v této práci.

Jak již bylo řečeno, koncept religiozity je značně složitý, proto je nutné jej striktně vymezit. Obecně vzato je nutné, aby byl široký konstrukt religiozity přesně definován, na což upozorňuje většina výzkumů (např. Seeman, Dubin, Seeman, 2003; Ondrušová, 2011; Hacklová, 2013). Toto východisko je základním předpokladem pro kvalitní metodologické užití.

Shodně se závěry několika výzkumů (Patrick & Kinney, 2003; Koenig & Bussing, 2010; Ondrušová, 2011, s. 93) pojmáme religiozitu výlučně jako *intrinsickou*, tj. vnitřně motivovanou, a zároveň jako celek, který sestává z následujících tří komponent – *organizované religiozity, neorganizované (subjektivní) religiozity* a „náboženské víry“ (Koenig & Bussing, 2010).

1.3 Vymezení pojmu spiritualita

Pojem *spiritualita* označuje „*subjektivní, zkušenostní a privátní dimenzi ve vztahu k transcenci*“ (Hacklová & Kebza, 2014). Říčan (2007, s. 11) poukazuje na původ termínu *spiritualita* v křesťanské teologii, v níž značí „*to, co v člověku působí Duch Svatý*“, a definuje ji jako „*prožitkové jádro náboženství*“.

Dnešní chápání pojmu *spiritualita* však nemusí být spojeno s organizovanou náboženskou praxí. V širším pojetí se *spiritualita* dokonce nemusí realizovat jen v religiózní formě, ale v jakýchkoli jiných činnostech, které „*směřují k hledání a objevování smyslu vlastní existence a vztahu k světu*“ (Hacklová, 2013, teze, s. 3). Mezi takové činnosti patří například dobrovolnická práce s nemocnými či handicapovanými, aktivity k ochraně životního prostředí a další (Hacklová & Kebza, 2014; Chuengsatiansup, 2003).

Religionisté Vojtíšek, Dušek a Motl (2012, s. 19) také chápou *spiritualitu* šířeji než pouze jako prožitkové jádro náboženství. Vyjmenovávají sedm rovin *spirituality*, které různým způsobem „*vyjadřují vztah k posvátnu*“ (s. 20). Mezi tyto roviny řadí například *zážitky, rituály, normy* nebo *tvořivost*. Z toho, co bylo řečeno, lze dospět k závěru, že za *spirituální* může být označeno prakticky cokoli, co má pro daného jedince význam „*vyššího smyslu*“. Takové myšlenky se nebrání ani Hill a Pargament (2003), kteří *spiritualitu* definují jako „*hledání posvátna*“.

Spiritualita se tedy může projevovat nejen náboženským životem, ale i jinými způsoby – dokonce i takovými, které se na první pohled jako *spirituální* vůbec nejeví, například konzumací halucinogenních drog za účelem „*hledání duchovního zážitku*“ (Říčan, 2007, s. 62; Holm, 1998, s. 60). Říčan (2007, s. 41) užívá pojmu *kryptonáboženství*, kterým míní právě takové duchovní činnosti, jež nepřiznávají či dokonce popírají svůj náboženský charakter a vymezují se tak vůči religiozitě. Za *kryptonáboženské* projevy pak považuje například lásku k rodnému kraji či vzpomínky na první zamilovanost. Dle Říčana patří ke *kryptonáboženství* také astrologie, jóga, meditační techniky bez jasného náboženského rámce, angažovanost v ekologických či sportovních hnutích, uctívání slavných osobností a další. Podle něj totiž mohou všechny tyto aktivity plnit pro člověka náboženskou roli. Koenig, King a Carson (2012)

nicméně navrhuji, aby se do výzkumů zaměřených na dopad spirituality na zdraví, nezahrnovaly tyto sekulární aktivity a prožitky, které řadí spíše než ke spiritualitě k návykům zdravého životního stylu.

1.4 Vzájemný vztah religiozity a spirituality

Jak již bylo řečeno, pojem religiozita může být pojímán dvojznačně – buď jako „prázdna forma“ bez opravdového prožitku a zájmu (religiozita extrinsická), nebo jako „plná“ (intrinsická) religiozita. To je třeba zohlednit také při popisu vzájemného vztahu religiozity a spirituality. Někteří autoři totiž pojem religiozita zužují pouze na jednu z těchto forem.

Ohledně vzájemného vztahu pojmů spiritualita a religiozita se stále vedou v psychologii náboženství spory (např. Wulff; Zinnbauer; Hill & Pargament; Belzen; Hacklová & Kebza; Říčan; Stráženeček a další). Lze zaznamenat tři hlavní pojetí vztahu spirituality a religiozity:

- 1. vztah pojmů religiozita a spiritualita je nejasný, zpravidla se však užívají synonymně;**
- 2. religiozita a spiritualita jsou zásadně odlišné a jsou vnímány kontrastně;**
- 3. pojmy religiozita a spiritualita nejsou totožné, ale vzájemně se překrývají.**

Výzkumníci z oblasti psychologie náboženství (Zinnbauer & Pargament; Hill; Říčan; Hacklová & Kebza) považují dvě prvně uvedené koncepce (tj. vztah nevyjasněný – pojmy jsou zaměnitelné; pojmy jsou zásadně odlišné) za překonané, neboť taková pojetí buď neberou v potaz odlišnosti religiozity a spirituality, nebo vyzdvihují extrinsický aspekt religiozity, jak bude nastíněno níže.

Zatímco dříve si psychologové zkoumající náboženské jevy vystačili s pojmem náboženství, případně s pojmem religiozita, později se objevil pojem spiritualita, který „vstoupil do psychologie jako nezvaný host“ (Říčan, 2007, s. 46). Hill & Pargament (2003) však upozorňují na to, že stejný komplex fenoménů, jenž byl dříve pojmenován jako religiozita, se v poslední době pouze nověji a moderněji nazývá spiritualita. Dotazníky, které se mají týkat spirituality, tak ve skutečnosti zjišťují míru religiozity. V takovém případě v podstatě nezáleží na tom, který z termínů je užit. Spiritualitu a religiozitu ale nelze pojímat totožně. Novější výzkumy totiž přichází s pojetími, v nichž každý z termínů vyzdvihuje jiný aspekt.

Mnozí autoři spatřují kontrast mezi spiritualitou a religiozitou a staví termíny proti sobě. To je však mnohdy způsobeno chápáním religiozity jako pouhé „prázdny“ institucionální příslušnosti k církvi. Takto pojímanou religiozitu jsme nazvali extrinsickou religiozitou. Taková religiozita postrádá prvek spirituality (tj. osobního hledání transcendence) a bylo by

možné ji popsat jako vnější náležení k církvi či náboženské instituci bez osobní angažovanosti, například z důvodu zachování tradice. Naopak spiritualita s absencí religiozity může znamenat obecně vnímavost k určité transcendenci bez příslušnosti k institucionalizované formě náboženství či kryptonáboženství, jak je definoval Řičan. Výlučně spirituálně vyjadřovali svůj vztah k duchovnu například mladí hippies v 60. letech minulého století, kdy se bouřili proti konvencím a maloměšťáctví a provolávali „*We are not religious, but we are spiritual.*“ (Řičan, 2007, s. 11).

Většina soudobých autorů se nicméně domnívá, že není vhodné religiozitu a spiritualitu takto ostře rozlišovat. V takovém případě totiž může být nahlíženo na spiritualitu jako na dobrou a individuální, zatímco religiozita, vnímána především jako extrinsická, je označována za špatnou, rigidní a příliš strnulou na to, aby popsala osobní dynamiku náboženských procesů (Wulff, 1997, s. 46; Hill & Pargament, 2003; Koenig, Kind, & Carson, 2012, s. 38). Hill a Pargament (2003) činí na základě dosavadní diskuse o polarizaci religiozity a spirituality tento závěr: všechny formy spirituality mají určitý sociální rámec, čímž se podobají religiozitě, zatímco religiozita obsahuje stejně jako spiritualita také složku individuálního prožívání.

V současné době je proto na vztah religiozity a spirituality nahlíženo tak, že tyto pojmy mají mnoho společného, vzájemně se prolínají a nelze je od sebe striktně oddělovat. Tento pohled je umožněn širším vnímáním religiozity nejen jako vnější (extrinsické), ale také jako vnitřně prožívané (intrinsické) – čímž se religiozita prolíná právě se spiritualitou. Proto se dnes v anglofonní literatuře užívá dvojsloví *religiosity/spirituality* (R/S). Pargament (1999) například ve svém výzkumu religiozity a spirituality u vysokoškolských studentů došel k závěru, že 74% respondentů se považovalo za religiózní i spirituální.

Někteří autoři (Pargament, Zinnbauer) pojmy religiozita a spiritualita hierarchizují. Pargament (2009) vnímá religiozitu jako pojem nadřazený spiritualitě, neboť náboženství, potažmo religiozitu považuje za širší fenomén, obsahující nejen „hledání a nacházení posvátného“, ale také sociální systém, nauku a morální pravidla. Podobně smýšlí také Charbonnier (2014, s. 136), který navrhuje navrátit se opět k užívání pojmu „náboženství“, jenž popisuje jako integraci religiozity a spirituality.

Oproti tomu Zinnbauer et al. (1999) nahlíží na spiritualitu jako na širší jev, který se může, avšak nemusí realizovat v náboženské formě. Také Koenig, King a Carson (2012, s. 39) se přiklání k tomuto pojetí a upozorňují na složitost zachycení „spirituálních, ale nereligiózních“ jedinců v rámci výzkumu. Řičan (2007, s. 52-53) rovněž zastává toto stanovisko a hovoří o tom, že lidé mají určité spirituální potřeby, které saturují nejen pomocí náboženství. Pojem

religiozita je upřednostněn jednak pro zjednodušení oproti dvojsloví religiozita/spiritualita (R/S), dále také z toho důvodu, že práce klade větší důraz na konkrétní náboženskou příslušnost a její projevy, spíše než na rozmanité prožívání duchovna. V navrženém výzkumu je také užitá metoda dotazníku religiozity.

2 Religiozita a kvalita života

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Otázku, jak žít dobře, šťastně a „kvalitně“, si lidé kladli patrně odjakživa, pravděpodobně ještě dávno předtím, než se začalo užívat slovní spojení kvalita života. Napříč dějinami lze vysledovat, jaký život byl v dané době považován za „kvalitní“, případně jak takového života dosáhnout. Odpověď na tuto otázku často dávali filosofové – mezi prvními například Aristoteles či Epikuros. Postupem času začal být filosofický koncept „dobrého života“ operacionalizován a docházelo ke snahám vymezit jej jako měřitelnou proměnnou (Dragomerická, 2007). Do řady vědních oborů tak v návaznosti na to pronikl termín „kvalita života“.

Po 2. světové válce se v mnoha zemích začala zvyšovat spotřeba rostl HDP. V USA se však ukázalo, že zlepšení životních podmínek nevedlo vždy k větší spokojenosti obyvatel, a proto se pojem kvalita života začal odlišovat od „*kvantitativního ekonomického růstu*“ (Fařunová, 2007; Dragomirecká, 2007). Objektivní, resp. ekonomické ukazatele přestávaly být jediným dostačujícím parametrem pro vyhodnocení úrovně kvality života.

Také v Evropě bylo zavedeno podobné rozlišení, přičemž vznikly dva myšlenkové proudy: „*Level-of-living approach*“ a „*Quality-of-Life Forschung*“ (Müller & Gärtner, 2016, s. 5-6). První přístup stanovoval kvalitu života na základě vnějších ukazatelů a je spojován s *Mezinárodní organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj* (OECD), která dodnes zveřejňuje studie takto pojaté kvality života (viz <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>). Stěžejní proměnná je *welfare* – blahobyt. Druhý přístup, „*Quality-of-Live Forschung*“, se začal rozvíjet v 70. a 80. letech 20. století; výzkumníci takto chápaný pojem *kvalita života* blíže konkretizují a upozorňují na úhel pohledu jedince. Začíná setéž užívat pojem *well-being*.

Kvalita života se stala předmětem systematického sociologického a psychologického výzkumu v 60. letech 20. století (Müller & Gärtner, 2016; Fernández-Ballesteros et al., 2007; s. 198; Fařunová, 2007). Zatímco sociology zajímaly nadále především objektivní ukazatele, jakými jsou například životní podmínky, socioekonomický status, či doba dožití v zemi bydliště, psychologové se začali zabývat často opomíjeným subjektivním pohledem jedince na jeho kvalitu života.

Vedle psychologického a sociologického přístupu ke kvalitě života bývá zmiňován také přístup medicínský. Kvalitní život je definován kritérii, která jsou pozorovatelná zvenčí, jako je například celkový zdravotní stav, ale rovněž nezávislost na okolí a normální fungování v běžném životě (Ondrušová, 2011). V lékařství se pojem kvalita života často používá v protikladu ke kvantitě života – délce přežití. Pacient, který trpí nevléčitelnou nemocí, může sice podstoupit léčbu, která jeho život prodlouží, tato léčba však zároveň může přinést mnoho strádání, například bolest, nepohodlí či zhoršenou soběstačnost, což sníží kvalitu jeho života (Koenig, King, Carson, 2012). Bilancí mezi délkou života a jeho kvalitou se podrobně zabývá *paliativní medicína* (Brzáková Beksová, 2013, s. 91; Haškovcová, 2010, s. 324).

Pojem kvalita života se používá také v běžném životě v různých kontextech. Dragomirecká (2007, s. 22) zmiňuje tři podstatné znaky, kterými se liší vědecké pojetí kvality života od laické představy: *komplexnost, subjektivita a měřitelnost*.

2.1.1 Komplexnost kvality života

Komplexnost kvality života znamená, že kvalitou života označujeme celek, složený z různých komponent. Někteří autoři vytvořili vlastní modely kvality života, ve kterých tyto komponenty stanovují. Kvalitu života však nelze určit jen pouhým součtem různých podmínek a přistupovat k nim jako k izolovaným faktorům, nýbrž je nutné vnímat všechny její části jako „*provázaný komplex působících podmínek a jevů*“ (Hacklová, 2013, s. 13).

Podle Veenhovea (2000) má kvalita života 4 složky: *životní šance*, respektive předpoklady; *životní výsledky*; *vnější kvality*, čili charakteristiky prostředí; a *vnitřní kvality*. Ke každému kvadrantu dokonce přiřazuje vědní obor, který se danou oblastí zabývá. Schéma zachycuje tabulka 2.

	Vnější kvality	Vnitřní kvality
Životní šance	A. Vhodnost prostředí (životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň) <i>sociologie, ekonomie, ekologie, architektura</i>	B. Životaschopnost jedince (psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost) <i>medicína, psychologie, pedagogika</i>
Životní výsledky	C. Užitečnost života (vyšší hodnoty než přežití – smysl, transcendence) <i>filosofie, etika</i>	D. Vlastní hodnocení života (subjektivní well-being, životní spokojenost, štěstí) <i>psychologie – nové pojetí</i>

Tab. 2 Jednotlivé komponenty kvality života (podle Veenhoven, 2000)

Další příklady definic a pojetí kvality života uvádí podrobně Dragomirecká (2007, s. 31). Často užívaná bývá definice kvality života dle WHO: „*vnímání jedincovy pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům*“ (WHOQOL Group, 1996, s. 5). Kebza (2005, s. 57) vymezuje kvalitu života jako „*kombinaci prožitku úrovně vlastního zdraví, úrovně osobní pohody (well-beingu), životní spokojenosti a postavení v sociální stratifikaci*“.

2.1.2 Subjektivita kvality života

Nejobecněji řečeno může být kvalita života posuzována na základě *objektivních* a *subjektivních* charakteristik. Objektivní charakteristiky lze specifikovat jako „*naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví*“ (Ondrušová, 2011, s. 45). Jakkoliv psychologie neopomíjí objektivní stránku kvality života a ve výzkumech bývá zohledněna, zaměřuje se především na subjektivní pohled jedince.

Haškovcová (2010, s. 254) přistupuje ke kvalitě života jako k „*subjektivní prožitkové kategorii*“, neboť pouze člověk sám může určit, zda se cítí být šťastný a spokojený. Koenig, King a Carson (2012) spojují kvalitu života s pozitivními emocemi a navíc zdůrazňují kompetence dané osoby, smysluplnost jejího života a vztahy s druhými (s. 302): „*Kvalitu života charakterizují pozitivní emoce jako je well-being, naděje a optimismus, dále pak také stav kompetence, vědomí smyslu a rozvinuté sociální vztahy.*“ Při hodnocení kvality života je kromě

jiného důležitá také „úroveň schopnosti postarat se o sebe (sebeobsluha), úroveň mobility a schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života.“ (Kebza, 2005, s. 58-59).

Hodnocení kvality života je nejčastěji popisováno pojmy, jako je *well-being* (osobní pohoda), *životní spokojenost* a *šťěstí* (Fernández-Ballesteros a kol., 2007, s. 6). Ve vymezení těchto pojmů však neexistuje všeobecný konsensus, často bývají užívány jako synonyma.

Kebza (2005, s. 62) překládá termín *well-being* ekvivalentem „*osobní pohoda*“. *Well-being* se výrazně promítá do určení vlastní kvality života a je spojován především s dobrým duševním stavem a se spokojeností. Jde o „*stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody*“ (WHO, podle Kebza, 2005). Ryff a Keyes (1995) uvádějí šest základních dimenzí *well-beingu*: *sebepřijetí, pozitivní vztahy s druhými, autonomie, zvládání životního prostředí, smysl života a osobní rozvoj*. Diener (2000) chápe *well-being* jako subjektivní hodnocení těchto komponent: *životní spokojenost* (obecné hodnocení života jedince), *spokojenost s důležitými oblastmi života* (např. práce, prostředí), *pozitivní emoce a nízký počet negativních emocí*. Křivohlavý (2011) oproti tomu míní, že i v kvalitním životě se může objevovat větší počet negativních zážitků, případně emocí, a že stěžejní jsou spíše hodnoty jako naděje, smysl a přijetí.

Podle mnohých autorů (např. Hacklová, 2013) je pozitivní a negativní afektivita pro určení pojmu *well-being* klíčová. Také Batelka (2014) popisuje *well-being* jako „*dlouhodobý emoční stav, který charakterizuje spokojenost jedince s jeho životem*.“ Toto pojetí však problematizuje Kebza (2005, s. 63), který upozorňuje na rozdíl mezi komplexně chápaným *well-beingem* a pouhou „*duševní pohodou*“. Zatímco *well-being* je komplexnější konstrukt, duševní pohoda podle něj často vágně vyjadřuje „*široce pojatou prožitkovou komponentu*“. Vysoká úroveň duševní pohody je v tomto pojetí určena častými, byť jednorázovými prožitky štěstí. Emoční prožívání však nemá být jediným parametrem pro určení *well-beingu*.

Další z důležitých komponent *well-beingu* může být fyzická zdatnost – *wellness* (Kebza, 2005; Hacklová, 2013), na což poukazuje i Batelka (2014). Také spiritualita bývá považována za součást *well-beingu* (Kebza, 2005, s. 62). Moberg zavedl v 70. letech pojem „*spirituální well-being*“ a označil jej za důležitý, leč přehlížený faktor kvality života. Hacklová (2013, s. 27) tento druh osobní pohody popisuje jako „*stav bytí, který se vyznačuje pozitivními emocemi, chováním a myšlením ve vztahu k sobě, k druhým, k transcendenci a přírodě*“. Došlo také k operacionalizaci tohoto konstruktů.

Často se v souvislosti s kvalitou života užívá též pojmu *šťěstí* (happiness), a to buď ve smyslu jedné z komponent *well-beingu*, tj. ve smyslu jednorázové události spojené s pozitivními emocemi, anebo jako samostatné vlastnosti projevující se například v zážitcích

„momentálního extatického nadšení - flow“ (Kebza, 2005, s. 64). Pojem *životní spokojenost* bývá také přiřazován k určujícím kvalitám well-beingu a jeho vymezení bývá různé (Müller & Gärtner, 2016, s. 8; Hacklová, 2013, s. 23). Veenhoven (2000, s. 24) za životní spokojenost považuje „*pozitivní emoční prožívání života a vděčnost za život jako celek*“.

2.1.3 Měřitelnost kvality života

Pro měření kvality života existuje řada nástrojů. Některé z nich již byly přeloženy do českého jazyka a jsou používány na našem území. Zannotti & Pringuey (1992) vytvořili *Dotazník subjektivní kvality života* (SQUALA), který byl původně určen pro schizofreniky, později však začal být užíván i ve výzkumech kvality života u dalších skupin pacientů (Dragomirecká, 2007, s. 36). Od roku 2006 se užívá také v České republice (Dragomirecká, 2006). Dalším dotazníkem je původně holandský *Aquarel* (Stofmeel, Post, Kelder, Grobbee, & van Hemel, 2001), který byl pro českou populaci validizován Heřmanem, Kebzou a Heroldem v roce 2003 (Kebza, 2005, s. 61).

Patně nejčastěji užívaným nástrojem pro měření kvality života je v psychologických výzkumech dotazník *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) (WHOQOL Group, 1996). Byl vytvořen v 90. letech Světovou zdravotnickou organizací (WHO). V současné době je přeložen do více než 20 jazyků a dosahuje dobré úrovně reliability a validity také v českém jazyce (Dragomirecká & Prajsová, 2009). Zaměřuje se na čtyři oblasti: *fyzické zdraví, psychické zdraví* (prožívání), *mezilidské vztahy a prostředí* (WHOQOL Group, 1996). Dotazník má plnou a krátkou verzi, plná verze obsahuje 100 položek, zkrácená verze (WHOQOL-BREF) se skládá z 26 položek. Existuje rovněž několik dodatků k tomuto dotazníku, které jsou určeny pro specifické účely: například pro zjišťování kvality života HIV pozitivních osob (WHOQOL-HIV) nebo seniorů (WHOQOL-OLD). V dotazníku se vychází z pojetí člověka jako bio-psycho-sociální jednoty. Stále častěji však bývá zmiňována také duchovní složka člověka. V rámci WHO byl proto rovněž vytvořen dodatek k dotazníku kvality života zaměřený na spiritualitu a religiozitu (WHOQOL-SRPB). Gomez & Fisher (2003) také vytvořili nástroj pro měření spirituálního well-beingu - *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ-Q).

2.2 Výzkumy religiozity a kvality života

Řada autorů se věnovala otázce dopadu religiozity na kvalitu života (např. Belzen; Chokkanathan; Hacklová & Kebza; Moon & Kim; Klein & Albani; Suchomelová a další.). Někteří zdůrazňovali pozitivní dopad víry na zdraví člověka, jiní naopak popisovali nábožensky orientovaného člověka jako úzkostnějšího, neurotičtějšího a méně zralého (Hill, Pargament,

2003). Klein a Albani (2011) udávají, že čím více víra patří do života člověka, tím více také ovlivňuje jeho kvalitu. Věřící také může nalézt v náboženství způsoby zvládnání náročných životních situací, zvyšovat jeho vnímání kontroly nad situací (locus of control) a poskytovat sociální oporu (Hacklová, 2013). Religiozita může člověku přinášet nejen útěchu, posilu, smysl a sílu, ale také vytvářet úzkost a tlak.

Jak již bylo popsáno, religiozita i kvalita života jsou široké, multidimenzionální pojmy. Není proto lehké stanovit obecně, jaký význam má religiozita pro kvalitu života. Východiskem může být zaměření se na jednotlivé konkrétní komponenty obou jevů a zkoumat jejich vzájemný vztah – například hledat vztah mezi pravidelnou modlitbou a životní spokojeností. Kvalita života je ve výzkumech věnujících se religiozitě často zúžena na vlastní hodnocení zdravotního stavu, a to jak zdraví fyzického, tak i psychického. Subjektivní hodnocení zdraví je totiž jednou z komponent kvality života (Kebza, 2005, s. 57).

Koenig, King a Carson (2012) provedli rozsáhlou analýzu výzkumů o vlivu religiozity na celkové zdraví člověka. Došli k závěru, že ve 41 studiích z celkových 64 (tj. 64%) byl nalezen pozitivní vztah mezi religiozitou a zdravím (s. 302). Autoři upozorňují na řadu prospěšných aspektů, které náboženský život přináší: optimistický náhled na svět, smysl a význam života, „duševní ucelení“ (orig. psychological integration), naději a motivaci, kontrolu nad situací (locus of control), sociální podporu a zvýšenou odolnost (s. 91). Také Hacklová (2013) došla ve svém výzkumu k závěru, že religiozita může představovat *specifický prediktor subjektivní kvality života* (s. 252). Zároveň však dospěla ke zjištění, že nejen lidé s nejvyšší mírou religiozity, ale také s její nejnižší mírou uváděli vyšší subjektivní kvalitu života než lidé s průměrnou mírou religiozity.

2.2.1 Religiozita a fyzické zdraví

Vztah mezi religiozitou a fyzickým zdravím byl podrobně popsán například v longitudinální studii „*Alameda County Study*“, která se věnovala dopadu životního stylu na zdraví jedinců. Mezi léty 1965 a 1999 byla sesbírána data od 2676 obyvatel kalifornského okresu Alameda (Strawbrigde et al., 2001). Výsledky ukázaly, že organizovaná religiozita určená pravidelnou týdenní návštěvností kostela, negativně korelovala s úmrtností. Tento jev autoři interpretují tak, že religiozita posiluje fyzické zdraví. Lze však namítnout, že do tohoto vztahu vstupují další proměnné, jako například osobnostní rysy či návyky pravidelného návštěvníka bohoslužby. Je možné, že populace věřících například méně často kouří, či pije alkohol. Hacklová (2013, s. 125) upozorňuje na riziko příliš zjednodušujícího chápání vztahu religiozity a zdraví, neboť je zapotřebí brát na zřetel celou řadu intervenujících proměnných –

například demografické parametry, genetické předpoklady jedince, sociální prostředí (zázemí, rodina, vztahy), osobnostní rysy a celkový životní styl.

Seeman, Dubin a Seeman (2003) shrnuli výsledky 11 výzkumů o vztahu fyzického zdraví a religiozity, přičemž zohlednili rovněž kvalitu studií zahrnutých do analýzy. Většina metodologicky hodnotných prací dospěla k závěru, že existuje vztah mezi religiozitou a nižším krevním tlakem, a také mezi religiozitou a lepším fungováním imunity. Rovněž meditace a relaxace byla ve čtyřech výzkumech spojena s lepším fyzickým zdravím.

2.2.2 Religiozita a duševní zdraví

Snider a McPhedran (2013), autoři přehledové studie o vztahu religiozity a psychického zdraví v Austrálii, uvádějí hypotézu, že religiozita ve formě víry v Boha (či v jinou nadpozemskou bytost) může působit jako protektivní faktor při suicidalitě, neboť sebevražedné sklony se ve větší míře vyskytují u lidí nereligiózních. Patrick a Kinney (2003) na vzorku 129 osob zjistili, že se u pravidelných návštěvníků bohoslužeb objevuje méně depresivních symptomů a jejich emoční ladění je pozitivnější než u nevěřících. Již zmíněná „*Alameda County Study*“ také ukázala, že ženy, které pravidelně navštěvovaly bohoslužby, vykazovaly méně depresivních symptomů (Strawbrigde et al., 2001).

2.2.3 Negativní dopady religiozity na kvalitu života

Charbonnier (2014, s. 133) píše, že religiozita působí vždy v lidském životě jen jako jeden z mnoha různých faktorů. Je totiž vsazena do individuálního životního příběhu a působí různými způsoby, které si jedinec během života osvojí. Religiozita může mít na člověka jak pozitivní, tak negativní vliv. Studie ukazující pozitivní dopad religiozity na kvalitu života, potažmo zdraví, převládají. Velké riziko výzkumu religiozity a kvality života však tkví ve výzkumníkově přání či očekávání a nalézt pozitivní efekt religiozity na kvalitu života, což může zkreslovat jejich interpretaci výsledků; někteří autoři tuto limitaci dokonce přiznávají (např. Woźniak, 2015). Je proto vždy potřeba důkladně zhodnotit metodologii jednotlivých výzkumů a posoudit jejich kvalitu.

Koenig, King a Carson (2012, s. 66) zmiňují, že k náboženství se mohou častěji uchýlovat duševně nemocní lidé. Upozorňují také na souvislost náboženství s psychopatologií - podle nich vykazuje 25-39% schizofreniků symptomy, které mají religiózní charakter, nejčastěji religiózní bludy.

Maselko a Buka (2008) zjišťovali prevalenci duševních nemocí mezi praktikujícími věřícími, většinou katolíky (62%). Výzkumníci se dotazovali vzorku 718 participantů, kterým byla diagnostikována duševní nemoc (generalizovaná úzkostná porucha, deprese, nebo

závislost na návykových látkách) na jejich celoživotní frekvenci návštěvnosti bohoslužeb. Participanti si mohli vybrat mezi možnostmi „vždycky“, „změněno“ a „nikdy“. Velkou limitací výzkumu je však nejasné vymezení pojmu „změněno“ návštěvnosti, neboť autoři do ní zahrnují jak ukončení, tak zahájení účasti na bohoslužbách. U žen navštěvujících bohoslužby celoživotně byla zjištěna vyšší prevalence úzkosti a rovněž lehce zvýšená prevalence závislosti na návykových látkách. Mezi muži se změněnou návštěvností se vyskytovalo méně depresivních. Výsledek výzkumu nemůže být interpretován jednoznačně – lze však říci, že mezi diagnostikovanou duševní poruchou a návštěvností náboženských setkání může existovat určitý vztah. Zajímavé poznatky by mohl přinést výzkum, který by zkoumal místo vzorku duševně nemocných věřících naopak věřící lidi bez diagnózy. Taková studie by mohla zjistit, zda věřící lidé vykazují více příznaků duševních nemocí než kontrolní skupina nevěřících.

Také lidé s obsedantně kompulzivní poruchou se mohou často uchýlovat k náboženství a úzkostně lpět na přesném dodržování rituálů. V této souvislosti zavádí Kašparů (2002) pojem „*skrupulózní svědomí*“, kterým označuje svědomí úzkostné a příliš sebeobviňující. Praktikující katolíci se skrupulózním svědomím se například v krátkých intervalech vrací do zpovědnice, protože zapomněl zmínit určitý hřích, či znovu zhřešil (Valentová, 2009, s. 62).

Existuje řada dalších projevů tzv. „*patologické víry*“, u nichž lze předpokládat, že mohou mít negativní dopad na kvalitu života jedince, někdy také na kvalitu života dalších lidí. Autoři zmiňují například tíhnutí k přehnanému autoritářství, strach z nejednoznačného (Koenig, King a Carson, 2012, s. 66), nebo přehnanou identifikaci s náboženskou skupinou (Fischer a kol., 2012, s. 165) a netoleranci k odlišným formám náboženství (Krause, 2006, s. 514). Zatím však není dostatek empirických výzkumů o vztahu patologické víry a kvality života. V extrémním případě se může z patologické víry zrodit fundamentalismus, který může přerůst až v terorismus (Fischer, 2012, s. 159-167).

Zabránění vzniku patologické víry může pomáhat „*duchovní doprovázení*“ (Suchomelová, 2014, s. 251) – tj. praxe v určitých náboženských skupinách, při níž se věřící pravidelně setkává s někým, kdo jej na duchovní cestě podporuje. Často je takový doprovázející někdo, kdo má již více zkušeností s duchovním životem – v křesťanském prostředí je tonapříklad kněz, mnich, řádová sestra; v buddhismu guru, a podobně.

Rozdíly mezi patologickou a zdravou vírou dle Kašparů (2002) zachycuje obrázek 1.

zdravá víra
přispívá k rozvoji osobnosti podporuje harmonické vztahy k druhým lidem vyznačuje se otevřeností pro životní skutečnosti nevzbuzuje strach uschopňuje k pluralitní toleranci udržuje si postoj hledání má individuálně rozdílnou míru tvůrčí síly dává prostor pro humor a pro slavení
patologická religiozita se projevuje
zarputilým zápasem o bezhříšnou svatost nenávisť proti jinak smýšlejícím přehnaným strachem z Božího trestu bludnými náboženskými myšlenkami duchovním zákonictvím náboženským výkladem konce světa náboženským blouzněním přemrštěným strachem z hříchu náboženskou touhou po moci a uplatnění umrtvováním těla přehnanou askezí útěkem před světem neschopností lásky a popíráním života věnováním se okultním praktikám

Obr. 1 Znak zdravé a patologické víry (podle Kašparů, 2002)

3 Religiozita a kvalita života ve stáří

3.1 Základní charakteristiky období stáří

Stáří představuje poslední etapu lidského života. Většinou se datuje od věku 60-65 let (Erber, 2013; Vágnerová, 2008) – neexistuje však přesný moment, kdy se člověk stane starým (Stuart-Hamilton, 2006, s. 25). Někteří autoři (Erber, 2013; Haškovcová, 2010) upozorňují na to, že chronologický, tj. kalendářní věk, nevystihuje vždy kondici a zdravotní stav člověka, a za důležitější proto považují tzv. *funkční věk*. Tím se označuje praktická „kompetence jedince ve zvládnání specifických úkolů“ (Erber, 2013, s. 9).

Světová zdravotnická organizace (WHO) člení stáří do tří dílčích celků – mladší stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let) a dlouhověkost (90+). Erber (2013) a řada dalších autorů (Ondrušová, 2011; Moon & Kim, 2012) vycházejí z této periodizace:

- **mladší stáří** (65 – 74 let);
- **vlastní stáří** (75 - 84 let);
- **pokročilé stáří** (v zahraniční literatuře „oldest old“; 85+).

V jednom výzkumu byli starší lidé dotazováni, který věk považují za mezník stáří. Muži uváděli v průměru 69 let a ženy 67 let (Vágnerová, 2008, s. 304). Lze tedy říci, že senioři

považují sami sebe za staré většinou později, než jak je označují druzí lidé a sociální kontext. V soudobé společnosti se často setkáváme s fenoménem tzv. *ageismu*. Jde o soubor negativních stereotypů a očekávání, vztažených k seniorům (Erber, 2013, s. 14-15). Podle Vidovičové (2014, s. 32, in Štěpánková, Höschl & Vidovičová) dochází k ageismu v situacích, kdy se kvalitativně rozlišují jedinci či skupiny na základě chronologického věku nebo příslušnosti k určité kohortě. Někteří mladší lidé mohou mít například tendenci seniory podceňovat, nebrat vážně jejich názor a jednat s nimi s neúctou a despektem. Postoj veřejnosti ke stáří je však kulturně variabilní – zatímco ve společnostech, zaměřených na výkon a individualitu, se setkáváme s ageismem častěji, v kolektivistických státech jsou staří lidé vysoce ceněni (Erber, 2013, s. 15).

Péče o seniory bude díky demografickému trendu stárnutí obyvatelstva stále aktuálnějším tématem. Z celkového počtu obyvatel České republiky bylo v roce 2010 ve věkové skupině nad 65 let věku 15,5 % populace, přičemž dle demografického trendu lze předpokládat nárůst osob v této kategorii. Podobně je na tom celá Evropa – průměrný podíl osob nad 65 let byl v témže roce 16%. Obyvatelstvo stárne také v USA. Lidí v seniorském věku bude ve společnosti i nadále přibývat. Zatímco v roce 2010 žilo ve Spojených státech 40,2 milionů seniorů, o 10 let později už to má být 54,8 milionů, v roce 2020 pak zhruba 72 milionů (Erber, 2013).

Stáří je obdobím života s největšími *interindividuálními rozdíly*. Někteří senioři zůstávají i ve vysokém věku soběstační a aktivní, jiní ztrácí hybnost a potřebují asistenci při vykonávání každodenních činností (Erber, 2013; Srnec, in Štěpánková, Höschl & Vidovičová, 2014). Senioři jsou často veřejností vnímáni jako homogenní skupina jedinců, kteří se od sebe zásadně neliší, a kteří mají tytéž potřeby. Takové vnímání kritizuje například Haškovcová (2010, s. 42) a nazývá jej „*mýtus homogeneity*“. Také Charbonnier (2014, s. 93) vystupuje proti příliš zjednodušenému vnímání všech seniorů a přichází s myšlenkou, že „*šedé stáří je ve skutečnosti pestré*“.

Ve stáří jsou zároveň patrné velké *intraindividuální rozdíly* (Stuart-Hamilton, 2006, s. 48). Například psychický a fyzický stav jedince se od sebe mohou významně odlišovat. Senior tak může trpět duševním či neurodegenerativním onemocněním (demencí) a zároveň mít zachovanou pohyblivost, nebo může být naopak po duševní stránce v dobré kondici, ale s omezenými možnostmi fyzické aktivity. Stáří charakterizuje též tzv. *polymorbidita* – výskyt vícero onemocnění současně, zvláště chronických (Erber, 2013, s. 82; Vágnerová, 2008, s. 312). V této souvislosti je rovněž užíván termín „*geriatrická vulnerabilita*“, neboli stařecká křehkost, kterou se označuje zhoršený zdravotní stav starých lidí v důsledku biologické

involuce, polymorbidity, životního stylu, a také nežádoucích účinků léků (Holmerová et al., s. 84, in Štěpánková, Höschl & Vidovičová, 2014). Velkým problémem v seniorském věku bývá také malnutrice (podvýživa) a dehydratace (Erber, 2013, s. 73; Haškovcová, 2010).

Vedle fyzických nemocí přibývá také těch duševních. Mezi obtížné psychické stavy objevující se často ve stáří řadí Haškovcová (2010, s. 260) depresi, deliria (stavy zmatenosti) a demenci, kterou nazývá „*tichou epidemií 21. století*“. Deprese patří k nejčastějším psychiatrickým diagnózám mezi starými lidmi (Bosworth et al., 2003) a často je zjišťovaným parametrem při zkoumání kvality života v tomto období; v anglofonním prostředí je užívána například metoda *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS; Bosworth et al., 2008).

Dle Vágnerové (2008, s. 347) mohou být ve stáří zvýrazněny některé rysy osobnosti, případně se mohou osobnostní vlastnosti jedince ve stáří změnit: „*Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý; kdo vyhledával slovní šarvátky a cítil se v nich jako ryba ve vodě, dospívá v seniorském věku do podoby nesnášenlivého a vztahovačného kverulanta.*“ (Haškovcová, 2010, s. 141).

3.2 Kvalita života ve stáří

Každý jedinec, tedy i každý senior, definuje kvalitní život ze své jedinečné perspektivy a zdůrazňuje takové skutečnosti, které jsou konkrétně pro něj důležité. Přesto však lze zaznamenat určité obecné tendence. Fernández-Ballesteros a kol. (2007, s. 201) referují o výzkumu, v němž byla zjišťována implicitní teorie kvality života mezi španělskými seniory. Respondenti byli vyzváni, aby jmenovali 3 nejdůležitější věci, které určují kvalitu života v jejich seniorském věku. Mezi nejčastější odpovědi patřilo zdraví, nezávislost a dostačující příjem; potřeba dobrých sociálních vztahů byla až na 4. místě.

Jak již bylo řečeno ve 2. kapitole, kvalitou života můžeme označit soubor subjektivně hodnoceného stavu fyzického a psychického zdraví, společenského postavení a smysluplnosti. Vágnerová (2008, s. 299) označuje stáří jako „*dobu kumulovaných ztrát*“. Celkově lze říci, že stáří je dobou náročných a leckdy nepříjemných změn, s nimiž se člověk pokouší vyrovnat. Tyto změny se dotýkají celé šíře života, tedy roviny biologické, psychické, sociální, a jak bude později naznačeno, také roviny spirituální.

Ve fyzické oblasti se stárnutí projevuje úbytkem sil jedince a celkovým zhoršováním zdravotního stavu. Ve stárnoucím těle postupně ubývá svalové hmoty a vody, a naopak dochází k nárůstu množství tělesného tuku. Často se vyskytuje i tzv. *osteoporóza* (řídnutí kostí), která

zvyšuje nebezpečí zlomenin i při malém mechanickém zatížení (Hránský a Bunc, in Štěpánková, Höschl a Vidovicová, 2014, s. 169).

Ve stáří se mění rovněž sociální dimenze – senior postupně přichází o vrstevníky, kteří umírají. V rodině se stává prarodičem. Ztrácí svůj dřívější sociální status a odchodem do penze také výdělečnou činnost. Díky ukončení zaměstnání však zároveň získává více volného času. Zatímco v dospělosti se soustředil na produktivitu a poznávání světa, stáří je spíše časem zastavení a bilancování (Erber, 2013, s. 237). Na úrovni psychické se mohou objevovat poruchy kognitivních či emocionálních funkcí.

Existuje řada prací, které se zabývají otázkou, jak zvýšit kvalitu života ve stáří. Zvoníková (2012) například tvrdí, že kvalitu života seniorů může zvýšit jejich delší setrvání na trhu práce, pokud jim to zdraví a kondice umožňují; to potvrzují i Jain, Sharma a Joshi (2013), kteří zjistili, že ze stovky zkoumaných seniorů dosáhli vyšší kvality života ti, kteří stále pracovali. Zvoníková (2012) dále považuje za podstatné nabídnout seniorům možnost celoživotního vzdělání a dát jim k dispozici dostupnou zdravotní a sociální péči. Vybízí každého k důkladné přípravě na vlastní stáří, a to na úrovni sociální – rozvíjením vztahů a vlastních zálib, materiální – vytvářením finančních rezerv, a také fyzické – udržováním si zdravého životního stylu. Z uvedeného vyplývá, že kvalitu života ve stáří ovlivňuje do značné míry minulost: „*Doba stáří je výsledkem osobního nasazení a vlastního způsobu života.*“ (Baltes, s. 14, in Gruss, 2009).

Křivohlavý (2011, s. 16) uvádí, že úkolem stáří je „*kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a harmonickou osobnost, která se ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat jej dále*“. Kvalitní stáří tak podle něj obsahuje určitou aktivní složku, pomocí níž může starý člověk působit na své okolí a předávat mu své zkušenosti. Senior může také nadále rozvíjet své vědomosti a vloh, což vede ke zvyšování osobní pohody (Ryff, Keyes, 1995).

Z důvodu zjištění, že kvalitu života seniorů zvyšuje aktivita, přicházejí odborníci ze Světové zdravotnické organizace (WHO) s pojmem „*aktivní stáří*“ (2002, podle Štěpánková, Höschl & Vidovicová, 2014). Aktivní stáří je definováno jako „*proces co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí*“ (Petrová Kafková, s. 65, in Štěpánková, Höschl & Vidovicová, 2014). Srnec (2014, s. 28, in Štěpánková, Höschl & Vidovicová) však míní, že není vhodné nabízet či dokonce vnucovat aktivity každému seniorovi bez rozdílu, protože ne každý senior o ně má zájem –

někteří staří lidé si totiž naopak cení klidu a možnosti „*ponechání sobě samému*“. Tím autor opět naráží na různorodost seniorů a vyzdvihuje důležitost důstojnosti a autonomie.

Právě autonomii považuje za nejdůležitější podmínku kvality života ve stáří například Sýkorová (2007), která toto tvrzení podpořila svým výzkumem. Definovala různé strategie stárnutí, přičemž za neoptimálnější označila přístup „*vyrovnané stáří*“ (s. 66-67). Ten se projevuje přiznáním si současných i budoucích omezení s myšlenkou, že „*involuci je třeba respektovat*“ (Haškovcová, 2010, s. 144); senior však současně nepřestává klást důraz na pozitivní aspekty vlastního života a na možnosti, které ještě má. Také dle Ryffové a Keyese (1995) je autonomie jednou z podmínek celkového well-beingu. Vágnerová (2008, s. 299) uvádí, že stáří je dobou „*relativní svobody*“, dané například větším množstvím volného času. Člověk má možnost věnovat se zálibám a vlastním přáním, jejichž realizaci si dosud nemohl dovolit, protože musel pracovat a tím získávat prostředky pro vlastní obživu nebo pro zabezpečení rodiny. Někteří autoři (Kumlehn, 2009; Vágnerová, 2008) udávají, že z důvodu většího množství času na sebe a na své záliby stoupá ve stáří well-being, a že lidé v tomto věku jsou se svým životem vesměs spokojeni. Erber (2013, s. 254) také uvádí, že senioři dosahují stejného, ne-li vyššího skóru osobní pohody než lidé mladšího věku, protože senioři mají již dostatek zkušeností se zvládáním náročných životních situací, a také mají dostatek zkušeností se sebou samými. Pocit sebezpřijetí, který bývá zmiňován jako jeden z ukazatelů osobní pohody, se tedy může v období stáří zvyšovat.

Kvalitu života ve stáří může pozitivně ovlivňovat také fyzická aktivita. Na tento aspekt se zaměřil Batelka (2014), který zjišťoval, zda má chůze dopad na kvalitu života seniorů. Na vzorku 147 pražských seniorů zjistil, že „*pravidelní chodci*“, tj. ti, kteří chodili nejméně 4 hodiny týdně, dosahovali vyššího skóru kvality života než nechodci. K podobnému zjištění došli také Bunc, Hráský a Skalská (2014, in Štěpánková, Höschl & Vidovičová) a Baltes (s. 16-17, in Gruss, 2009), kteří však současně upozorňují na potřebu přizpůsobit pohybovou aktivitu individuálnímu zdravotnímu stavu jedince.

Na kvalitu života seniorů má významný vliv také sociální struktura, v níž se jedinec nachází. Egolf, Lasker, Wolf a Potvin (1992) popisují tzv. „*Roseto efekt*“. V longitudinální studii, která proběhla v letech 1955 až 1965 ve městě Roseto a v jeho okolí (Pensylvánie, USA), byla zjištěna signifikantně nižší mortalita (tj. úmrtnost, demografický ukazatel počtu úmrtí v poměru k počtu obyvatel) v důsledku srdečních chorob než v jiných, podobných lokalitách. Tento jev byl vysvětlen neobvyklou soudržností obyvatel města – životem „*v komunitě*“,

dobrymi vztahy v rodinách, vzájemnou solidaritou, a také zapojováním seniorů do společenských aktivit.

3.3 Naplňování duchovních potřeb seniora a jeho vliv na kvalitu života

Pracovníci WHO definují zdraví, které je jednou z podmínek kvalitního života, jako stav „úplné bio-psycho-sociální pohody“ (Uxová, 2007, s. 9). Do tohoto celku bývá zahrnována také spirituální, duchovní dimenze (Mauk, Schmidt, 2004). S duchovní stránkou člověka souvisí religiozita a spiritualita. Jak již bylo řečeno v 1. kapitole, tyto dva jevy bývají pojímány z různých úhlů pohledu. V této práci míníme religiozitou konkrétní projevy náboženské příslušnosti na úrovni kognitivní, emocionální i konativní. Spiritualitu pak chápeme jako pojem, který odkazuje k „hledání posvátna“.

Kvalita života je utvářena nejen pozitivními vztahy s druhými, dobrým fyzickým a psychickým stavem či zvládnutím životního prostředí, nýbrž také nalezením smyslu života (Ondrušová, 2011; WHO Group, 1996). Právě touha po nalezení smyslu života patří k tématům, které se týkají duchovní dimenze člověka. Mnozí autoři (Sanson, 2015; Suchomelová, 2014; Grün, 2009; Uxová, 2007) považují objevení smyslu života za jednu z duchovních potřeb člověka. Především během stáří hodnotí člověk svůj dosavadní život a jeho smysl. Rovněž podle Křivohlavého (2011) je prožívání smysluplnosti vlastní životní cesty hlavní úlohou v procesu vyrovnání se se stářím.

Také Erikson (2015) ve své periodizaci lidské ontogeneze označuje stáří jako fázi nalezení smyslu dosavadního života, při němž dochází ke smíření. Ve stáří se podle autora odehrává boj mezi zoufalstvím a integritou. Zatímco zoufalství se projevuje v důsledku blížícího se konce života a nemožnosti změnit minulost, dosažení integrity (tj. celistvosti, smířenosti) je charakteristické pro kvalitní život ve stáří a projevuje se vyrovnaností, nalezením smyslu života a moudrostí. Sanson (2015) si ve své úvaze o stáří nejvíce cení „moudrosti zdravého rozumu“, která vychází ze zkušenosti víry a umožňuje dívat se na strastné i radostné chvíle s nadhledem: „*Ve stáří spočívá moudrost v tom, abychom se nechali vést a začali vidět jinak, a zároveň viděli dál; to vše s pronikavostí, která bývá často výsadou vysokého věku.*“ (s. 24).

Německý katolický teolog a kněz Grün (2009) vyjmenovává následující projevy smíření a nalezení smyslu ve stáří: *sebepřijetí, odevzdání a „vyjití ze sebe“*. Jednotlivé projevy probíhají postupně a patrně jsou charakteristické především pro věřící seniory. K *sebepřijetí* patří smíření se nejen se sebou, ale také s vlastní minulostí, s pocitem osamocení a s vlastními hranicemi (např. s přibývajícím omezením v pohybu). *Odevzdání* znamená konec přílišného lpění na

vlastním majetku, na vztazích a v konečné fázi také na svém vlastním egu. Starý člověk má možnost vše, co pro něj bylo důležité, předat do Božích rukou. V posledním projevu smíření, který Grün nazývá „*vyjití ze sebe*“, dochází k odklonu od reality, která přestává být důležitá a zatěžující, a naopak zaměření zájmu na podněty, jež bychom mohli nazvat jako spirituální, duchovní. Tento jev bývá nazýván *gerotranscendence* (Vágnerová, 2008, s. 401). Protože si je senior často vědom všech svých omezení a komplikací, přesouvá se jeho pohled za obzor jeho vlastního života k vyšším hodnotám, a to zvláště v pokročilém věku či v blízkosti smrti.

Senior hledá nejen smysl dosavadního života, ale také uvažuje nad smrtí a nad tím, co ho čeká po ní. Tyto dva motivy spolu úzce souvisí, neboť můžeme říci, že kdo nenalezl smysl života, nemůže nalézt ani smysl smrti. Témata konečnosti a smrti, která jsou v období stáří obzvlášť exponovaná, představují i jednu z dimenzí dotazníku kvality života ve stáří *WHOQOL-OLD*. Strach ze smrti může být ovlivněn prostředím, pohlavím, nemocností, životními zkušenostmi, kulturními normami nebo věkem (Kisvetrová, Králová, 2014). Erber (2013, s. 368) udává, že starší lidé vyjadřují paradoxně menší strach ze smrti než lidé středního věku. Jedno z jeho možných vysvětlení tkví v tom, že zatímco děti osob středního věku jsou povětšinou ještě nezletilé a nezaopatřené, potomci starších dospělých již povětšinou žijí sami, případně ve svých rodinách, nezávisle na rodičích. Starší se možná proto bojí méně, že „na tomto světě“ někoho zanechají. Celkově lze říci, že téma smrti je v naší kultuře tabuizovaným tématem. Dvořáčková a Kajanová (2012) ve svém výzkumu však přicházejí s překvapivým zjištěním. Ač se může zdát nevhodné či dokonce neetické mluvit se starými lidmi o smrti a umírání, respondenti z jejich studie reagovali na toto téma překvapivě vstřícně a sami se k tématu vyjadřovali se zájmem.

Projevy religiozity a spirituality seniora se mohou stát jedním ze zdrojů uspokojování tzv. *duchovních potřeb*. Mezi tyto potřeby patří například právě již popsané hledání smyslu života, k němuž patří smíření se s vlastní konečností. Kašparů (2002) říká, že zatímco biologické potřeby uspokojují potravinové koncerty a duševní potřeby sytí vzdělávací instituce, věda a kultura, s naplněním duchovních potřeb je to komplikovanější. I když se označení „duchovní (spirituální) potřeba“ běžně užívá v zahraničí i u nás, Uxová (2007, s. 16) vznáší otázku, zda můžeme v tomto kontextu skutečně hovořit o potřebě. Na rozdíl od ostatních lidských potřeb totiž podle autorky „*nemůžeme dojít v tomto světě k úplnému naplnění*“. S tímto výrokem souvisí víra v posmrtný život, jenž je pro věřící lidi leckdy nadějí, že je po smrti čeká spokojenost a spása.

Některé duchovní potřeby mohou být saturovány pomocí náboženství. Člověk například může věřit, že jeho život má smysl, neboť ho k životu povolal Bůh, a že smrt není koncem, ale začátkem života nového, v němž lze dosáhnout spásy. Religiozita v zúženém psychologickém pojetí může označovat způsob uspokojování duchovních potřeb prostřednictvím náboženských aktivit. Cieslarová a Bužgová (2015) užívají ve své studii vymezení duchovních potřeb dle Galeka et al. (2005), v němž je samo náboženství považováno za samostatnou duchovní potřebu.

Kromě Cieslarové a Bužgové (2015) se v České republice výzkumem duchovních potřeb seniorů zabývaly také například Suchomelová (2015) a Uxová (2007). Suchomelová (2015) zjišťovala, jak se religiozita projevuje v běžném životě starých lidí a jak ovlivňuje jejich život a životní spokojenost. Z dílčích výsledků vyplývá, že senioři pocítují touhu po naplňování uvedených potřeb, a to nezávisle na proklamovaném náboženském vyznání. Vymezení duchovních potřeb dle uvedených autorek zachycuje tabulka 3.

Uxová (2007)	Suchomelová (2015) (podle Koenig, 1997)	Cieslarová a Bužgová (2015) (podle Galek et al., 2005)
Potřeba najít smysl (života, utrpení)	Potřeba smyslu a kontinuity vlastního příběhu	Smysl života
Potřeba transcendence	Potřeba transpersonální zkušenosti a přesahu	
Potřeba milovat a být milován	Potřeba lásky a podpory v čase ztrát	Láska/respekt
Potřeba víry	Potřeba vděčnosti	Vděčnost
Potřeba naděje	Potřeba přípravy na umírání a smrt	Naděje; Smrt a umírání
Potřeba mít čisté svědomí	Potřeba vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty	Vnitřní klid
Potřeba odpouštět druhým	Potřeba odpustit a odpuštění zažít	Morálka a etika
Potřeba modlitby a meditace	Potřeba možnosti religiozního, příp. spirituálního způsobu chování	Náboženství
Potřeba symbolů a obrazů	Potřeba možnosti dávat lásku a podporu druhým	Ocenění krásy

Tab. 3 Duchovní potřeby ve stáří dle vybraných autorek

Cieslarová a Bužgová (2015) se dotazovaly 150 seniorů žijících v ostravských domovech pro seniory, jaké duchovní potřeby jsou pro ně důležité, a zda jsou naplňovány. Výsledky ukazují, že pro seniory, kteří sami sebe považují za věřící, byly duchovní potřeby důležitější než u osob nevěřících, a že věřící senioři pokládali své duchovní potřeby za více naplněné než senioři nevěřící. Smyslem života seniorů se výzkumně zabývala Ondrušová (2011). Její výsledky zjištěné na vzorku 467 seniorů starších 75 let ukazují, že více než polovina

respondentů (56,5%) patřila k osobám s vyšším skórem smysluplnosti života oproti mladším lidem (s. 145). Smysluplnost života byla určena dotazníkem Logo-test. Vysoký skóre smysluplnosti života byl zjištěn u osob žijících v partnerství, v širší rodině, ale také ve vlastním bydlení či v domech s pečovatelskou službou. Tento výzkum tedy ukazuje, že kvalitní institucionální zařízení pro seniory nemusejí snižovat kvalitu života, s níž je smysluplnost života spojena.

Suchomelová (2015) a někteří další autoři (Hacklová & Kebza, 2014; Uxová, 2007; Říčan, 2007) upozorňují na nepřipravenost českého zdravotnictví pro saturování duchovních potřeb seniorů. Situace se však postupně zlepšuje: začíná být například dostupná duchovní péče pro seniory v nemocnicích, v nichž slouží pastorační asistenti či nemocniční kaplani (v Praze například v Motolské a Thomayerově nemocnici). Můžeme říci, že otázka dostupnosti duchovní péče není lhostejná ani personálu nemocničních a pečovatelských zařízení. Uxová (2007) na výzkumném vzorku 77 zaměstnanců různých domovů pro seniory zjistila, že 80% respondentů považuje duchovní službu v jejich zařízení za důležitou a smysluplnou (s. 109).

3.4 Hypotézy a výzkumy vztahu religiozity a kvality života ve stáří

Starší lidi máme obvykle ve zvyku vnímat jako více nábožensky založené, což naznačuje i německé pořekadlo „*je älter, desto frommer*“ (čím starší, tím zbožnější). Také v kostelích na bohoslužbách je zpravidla možné potkat velké množství seniorů. Tento jev potvrzují i některé výzkumy. U lidí nad 60 let se prokazatelně zvyšuje skóre religiozity, a to jak na úrovni organizované, tak neorganizované a zvnitřněné (Woźniak, 2015; Koenig, King, Carson, 2012, s. 99; Kumlehn, 2009, s. 37; Krause, 2006, s. 511-512).

V posledních letech se otázkou religiozity a kvality života u seniorů zabývalo několik výzkumných týmů, a to jak pomocí kvalitativního, tak i kvantitativního přístupu. Zatímco kvalitativní výzkumy používají především metodu rozhovoru, v kvantitativních studiích se užívá především dotazníků zaměřených na míru religiozity/spirituality a zkoumá se souvislost této proměnné R/S s kvalitou života. Kvalita života je vyhodnocována buď pomocí některého z dotazníků pro měření subjektivní kvality života či well-beingu, nebo prostřednictvím dotazníku depresivity - předpokládá se, že nízká hladina depresivity znamená vyšší kvalitu života.

Řada studií ukazuje, že starší lidé se častěji než v mladším věku zapojují do náboženského života, a že religiozita pro ně představuje mimořádně důležitou životní oblast. V některých výzkumech bylo zjištěno, že religiozní senioři udávají v dotaznících vyšší míru fyzického a duševního zdraví než senioři nereligiózní (Koenig, King, Carson, 2012). Také

Hafeez & Rafique (2013) se věnovali otázce, zda může být religiozita a spiritualita pokládána za prediktor well-beingu u věřících seniorů - muslimů žijících v domově pro seniory. Na vzorku 60 participantů starších 60 let zjistili, že zapojení do náboženského života snižovalo depresivitu, a že religiozita je možným prediktorem osobní pohody.

Studie Chokkanathana (2013), jíž se účastnilo 321 seniorů z jižní Indie, se věnovala vzájemnému vztahu religiozity, depresivity a psychosociálních zdrojů. Psychosociální zdroje (orig. „psychosocial resources“) byly popsány jako hmatatelná podpora, pozitivní sociální interakce a láskyplné vztahy. Výsledky ukázaly, že religiozita signifikantně významně posiluje psychosociální zdroje. To ukazuje na fakt, že každá náboženská praxe nutně obsahuje i sociální dimenzi, neboť jedinci z jedné religiózní skupiny se navzájem podporují, kladou důraz na kvalitní vztahy a na společenství. Bylo také zjištěno, že religiozita negativně ovlivňuje depresivní symptomy.

V Severní Koreji byl zkoumán vztah religiozity/spirituality a depresivity u seniorů, kteří žijí sami (Moon, Kim, 2013). Výzkumníci zjistili, že senioři s diagnostikovanou depresí udávali nižší kvalitu života než jedinci nedepresivní. Mezi depresivními seniory dosahovali signifikantně vyšší kvality života ti s vyšším stupněm religiozity a s příslušností ke křesťanskému vyznání – u buddhistů se tento vztah neprokázal. Podobně také Boey (2003, podle Kebza, 2005), který zkoumal religiozitu u starších žen z Hong Kongu, došel k závěru, že záleží na druhu náboženské praxe - katoličky a buddhistky se podle jeho výsledků těší lepšímu duševnímu zdraví než protestantky.

Protože jednotlivé dimenze religiozity mohou mít na zdraví, respektive na kvalitu života seniora, různé dopady, autoři často pojímají religiozitu jako celek různých dimenzí, jejichž význam popisují odděleně. Koenig a Büssing (2010) například rozlišují 3 druhy religiozity – organizovanou, neorganizovanou a intrinsickou, jak již bylo uvedeno v 1. kapitole. Krause (2006, s. 499) popisuje 6 odlišných dimenzí religiozity, které jsou významné pro zdraví seniora: *návštěva modlitebních setkání, modlitba, náboženské copingové strategie, odpuštění, sociální opora a smysl života*. Autor však zdůrazňuje, že žádný z těchto religiózních projevů neprobíhá izolovaně od ostatních, a mnohé se navíc vzájemně prolínají. Například modlitba může působit jako copingová strategie, při návštěvě modlitebních setkání zase jedinec zažívá kromě jiného i sociální oporu.

Spojením pojetí religiozity dle Koeniga a Bussinga (2010) a Krause (2006) mohou být jednotlivé dimenze členěny takto:

1. **organizovaná religiozita**
 - a. návštěva náboženských obřadů
 - b. sociální opora
2. **neorganizovaná (subjektivní) religiozita**
 - a. modlitba
 - b. četba Písma, náboženské literatury atd.
3. **náboženská víra** (resp. intrinsická religiozita)
 - a. copingové strategie
 - b. odpuštění
 - c. smysl života

3.5 Význam organizované religiozity

K projevům organizované religiozity můžeme přiřadit návštěvy náboženských obřadů a sociální oporu mezi členy.

Náboženské obřady mají přirozeně rituální podobu. Participací na rituálech mohou senioři saturovat některé z možných duchovních potřeb: potřebu obrazů a symbolů (Uxová, 2007) a také potřebu náboženských aktivit (Suchomelová, 2015).

Někteří autoři (Suggs & Suggs, 2003; Chuengsatiansup, 2003) upozorňují na pozitivní vliv rituálů na kvalitu života. Suggs a Suggsová (2003) je definují jako „*slavnosti, které mají smysl, které reprezentují naše hodnoty, a které vyjadřují vztah k vyšším silám*“. Rozlišujeme dva druhy rituálů – pravidelné (např. nedělní bohoslužba) a jednorázové (např. svatba). Podle Suggse a Suggsové (2003) hrají jednorázové rituály v životě jedince velkou roli, neboť představují určité „styčné body“ – mezníky, pomocí nichž se člověk může lépe rozloučit se starou životní etapou a vyrovnat se s novou situací. Právě proto mohou být velmi důležité v etapě stárnutí a stáří, kdy se jedinec musí vypořádat s celou řadou okolností. Jako příklad uvádějí přechod seniora z vlastního bydlení do sociálního zařízení, kdy se člověku převrátí jeho dosavadní svět vzhůru nohama. Rituál, při němž by se jedinec rozloučil se svým domovem a byl by vřele přivítán v domově novém, by mohl pomoci změnu lépe tolerovat.

Pro kvalitu života seniora jsou důležité také pravidelné rituály. Díky tomu, že se náboženské obřady konají pravidelně, nachází senior ve svém volném čase určité opěrné body a tvoří si tak rituály vlastní – například návštěva kostela každé nedělní dopoledne. Podle Grüna

(2009) může senior právě díky rituálům zažít pocit, že jeho čas je smysluplně členěn, a že také on sám je navzdory svému slábnoucímu tělu stále tvůrcem svých zvyklostí.

Hacklová (2013, s. 107) připomíná sociální význam rituálů: „*Rituál plní společenskou konstruktivní roli, protože usnadňuje vytvoření komunity, vede ke vzniku vazeb, usměrňuje aktivity jedince namířené k prospěchu skupiny*“. K organizované složce religiozity tedy patří také sociální opora společenství, kterou Krause (2006) nazývá „*church-based social support*“. Jedinec se nemusí bohoslužebných aktivit účastnit pouze za účelem snahy „setkat se s Bohem“, i když je tato motivace stěžejní. Participace na bohoslužbě mu rovněž umožňuje potkat ostatní, podobně smýšlející skupinu lidí, do níž patří, a která utváří jedno společenství (Payman et al., 2008, s. 20). Právě v době stáří, kdy se člověk může cítit osamocen, může toto členství v určité skupině představovat salutogenní faktor. Lidé si v rámci náboženského společenství mezi sebou vzájemně pomáhají, často se také sdružují do různých menších spolků, jež se pravidelně setkávají.

Klein a Albani (2006) popisují rozdílné prožívání organizované religiozity u žen a mužů. V řadě výzkumů byla totiž u ženjištěna vyšší míra religiozity než u mužů, což však může souviset právě s organizovanou složkou náboženství. Pokud je totiž religiozita poměřována výlučně frekvencí návštěv kostela, lze spekulovat o tom, zda ženy nevyhledávají častěji společnost ostatních lidí, a tedy spíše než z náboženských pohnutek přicházejí na modlitební obřady z důvodu setkání s přáteli. Ženy totiž pravděpodobně více tíhnou ke sdílení svých zážitků a jsou často komunikativnější.

Koenig, King a Larsson (2012) kritizují skutečnost, že pojem religiozita bývá v psychologických výzkumech zúžen na pouhou organizovanou formu religiozity, čili nejčastěji na návštěvnost modlitebních setkání. Je však potřeba počítat s limity, které toto pojetí vytváří. Návštěva kostela či jiného modlitebního místa může mít totiž různé důvody, které nástroje pro měření organizované religiozity nejsou zpravidla schopny zachytit. Jedním z nich může být zájem o bohoslužbu kvůli prestiži či společenskému postavení. Tyto motivace jsou spojeny s dříve popsanou extrinsickou formou religiozity. Na druhou stranu, jakkoliv je toto zúžení omezené, může přinést cenné poznatky.

V katolickém prostředí může patřit k organizované religiozitě nejen návštěva kostela, tj. mše svaté, ale také účast na dalších rituálech církve, které se nazývají svátosti. Mezi ty patří například svátost smíření, lidově zповěď, která silně působí na psychiku věřícího (Valentová, 2009).

3.6 Význam neorganizované (osobní) religiozity

Mezi formy neorganizované religiozity řadíme osobní modlitbu a četbu posvátných knih nebo duchovní literatury (Koenig & Büssing, 2010). James (1929, s. 454) říká, že „*modlitba je v širokém smyslu duševní podstata náboženství*“. Pokud věřící člověk vyznává, že může mít s Bohem osobní vztah, pak právě skrze modlitbu vstupuje do dialogu s bytostí, která je za každých okolností přítomná a nápomocná, a v níž věřící nalézá „*transcendentního partnera*“ (Suchomelová, 2015, s. 258). Senioři se mohou Bohu svěřovat se svými radostmi, ale také těžkostmi, s vírou, že Bůh má vše ve svých rukou. Zvláště v době zátěže, například nemoci či úmrtí blízkého člověka, může být pro seniora úlevné „*otevřít před Bohem své nitro*“ (Charbonnier, 2014, s. 138; Uxová, 2007, s. 31; Krause, 2006, s. 503). Tento aspekt vyzdvihuje již James (1929, s. 453), který říká, že modlitba v nemoci dodává modlícímu naději a odvahu a působí terapeuticky, i přesto, že nedochází k uzdravení, ani ke zlepšení stavu.

Za jistých okolností tedy může modlitba působit jako faktor, který pozitivně ovlivňuje kvalitu života. Záleží totiž také na tom, jaký obraz Boha si člověk utváří. Pokud je Bůh vnímán jako milující přítel a partner, který v modlitbě naslouchá, vliv na život je pozitivní. Starší lidé, kteří cítí, že rozvinuli hluboký vztah s Bohem, hodnotí své zdraví lépe než ti, kteří se necítí být blízko Boha (Koenig, King, Carson, 2012). Je-li však Bůh představován jako trestající a moralizující instance, může se věřící člověk cítit úzkostně či depresivně, anebo trpět psychosomatickými potížemi (Charbonnier, 2014, s. 137).

Lidé se také často modlí pravidelně, což rovněž dává seniorovi prostor k vytvoření vlastních rituálů. Kupříkladu modlitba na konci dne může mít psychohygienickou funkci – člověk si v ní shrne, co zažil, co ho potěšilo, či naopak co mohl udělat lépe. V prosebné modlitbě svěřuje věřící člověk Bohu ostatní lidi, často sobě blízké, a „vyprošuje“ jim dobro či požehnání. Jakkoliv nelze potvrdit, zda má tato modlitba na druhé prokazatelný efekt, Krause (2006, s. 502) zjistil, že modlitba pozitivně ovlivňuje ty, kteří se modlí. Modlitba také může naplňovat duchovní potřebu vděčnosti (Suchomelová, 2015, s. 258), protože člověk má možnost poděkovat za to, co je v jeho životě dobrého.

Je poměrně snadné zjistit, jak často se lidé modlí, vyjmenovat témata, která se v modlitbě objevují nebo praktikovanou modlitbu přiřadit k určitému typu. Křesťanství například rozlišuje modlitby prosebné, děkonné a oslavné (Charbonnier, 2014, s. 141). Krause (2006, s. 502) udává, že staří lidé nejčastěji volí tichý typ modlitby – meditaci. I když jde o praktiku spojovanou spíše s východními náboženstvími, objevuje se také v křesťanství. Pojem *meditace* pochází z latinského „*meditatio*“ (rozjímání) a prakticky jde o ponoření se do ticha,

soustředění se na přítomný okamžik a zacílení pozornosti na jednu jedinou věc (Uxová, 2007, s. 32). Rozjímat lze například nad určitou pasáží z Bible, nad některým slovem či veršem, nebo také nad vlastním dechem. Sanson (2015) tuto modlitbu shrnuje popisem „*mlčení, plynoucí z lásky, pokoje a radosti*“ (s. 47-50). Meditace se podobá technice tzv. *mindfulness* – všímavosti, která se někdy užívá při psychoterapii či obecně jako prostředek pro snižování stresu (Seeman, Dubin, Seeman, 2003).

Depresivní staří lidé poměrně často užívají modlitbu jako prostředek pro vyrovnání se s jejich duševní nemocí. Payman et al. (2008) se ve svém výzkumu věnovali religiozitě u australských depresivních seniorů. Na vzorku 86 respondentů zjistili, že zhruba polovina seniorů (46%) se alespoň jedenkrát za týden modlí nebo medituje. Je možné, že četnost modlitby je ovlivněna také kulturním prostředím. Podobný výzkum se 114 seniory s diagnostikovanou depresí totiž proběhl v USA (Bosworth et al., 2003) a tato studie ukázala, že pravidelnou modlitbu nebo meditaci praktikuje 80% seniorů.

3.7 Význam náboženské víry

Náboženská víra je označení pro nejhlubší rovinu religiozity. Tato rovina je nejméně probádaná, snad proto, že je nejhůře uchopitelná. Lze říci, že náboženská víra tvoří „jádro religiozity“, do něhož patří například systém hodnot, pravidel a norem spojených s konkrétní náboženskou praxí. Vyzdvižen je především „*kognitivní aspekt*“ náboženského vyznání (Hacklová, 2014), tj. tendence člověka interpretovat svět z perspektivy svého náboženství. Bylo provedeno pouze několik výzkumů, které zahrnují oblast náboženské víry (např. Hacklová, 2013) a ještě méně je těch, které se zaměřují na seniorskou populaci (např. Moon & Kim, 2013; Chokkanathan, 2013).

Koenig a Büssing (2010) nazývají tuto rovinu termínem *intrinsická religiozita*. V této práci však intrinsická religiozita označuje množinu těch druhů religiozity, které jsou motivovány vnitřně. Proto zavádíme sousloví „*náboženská víra*“. V dotazníku *The Duke University Religion Index* (DUREL) (Koenig & Bussing, 2010) je míra náboženské víry zjišťována položkami: „*Zakouším ve svém životě přítomnost Boha.*“, „*Moje víra výrazně ovlivňuje můj přístup k životu.*“ a „*Snáním se přenášet víru do všech oblastí svého života.*“. Z těchto položek vyplývá, že „skór náboženské víry“ určuje, do jaké míry se víra projevuje v běžném životě člověka.

Dle výsledků studie Moona a Kima (2012) má náboženská víra pro kvalitu života větší význam než organizovaná a neorganizovaná religiozita. Jedno z možných vysvětlení silného vlivu náboženské víry na kvalitu života by mohlo spočívat v obsahu věrouky. Řada

náboženských doktrín v sobě totiž obsahuje pozitivní pohled na svět, což může vést k dlouhodobému pozitivnímu naladění jedince. Například křesťanství hlásá, že svět byl dobře utvořen – v Bibli se v pasáži o stvoření ozývá sedmkrát „*a bylo to dobré*“ (Bible, Gn 1, 1-31). Člověk byl stvořen jako Boží obraz (Bible, Gn 1, 27), má tedy v rámci stvoření výsostné postavení. Podobně jako v souvislosti s osobní, neorganizovanou religiozitou, i v této rovině náboženské víry může člověka posilovat vědomí, že existuje Bůh, který je „zodpovědnou osobou“ za stvoření a řád světa (Klein & Albani, 2011, s. 26).

Ondrušová (2011, s. 95 podle Chlewinski, 1982) vyjmenovává následující pozitivní jevy, které může náboženská víra přinášet:

- **Sebeidentifikace** – jedinec se identifikuje s rolí věřícího člověka;
- **Systém hodnot** – přijetí norem, pravidel a hodnot, např. v křesťanství desatera, lásky k bližním;
- **Bezpečí a důvěra** – pozitivní náhled na svět, víra v Boží ochranu a v příznivou budoucnost;
- **Identifikace se skupinou** – jedinec patří do určité sociální skupiny s vlastními zvyklostmi a hierarchií;
- **Psychoterapie** – „*odstranění zdroje napětí, rozlišení podstatného od nepodstatného, osvobození jednotlivce od viny*“ (Ondrušová, 2011, s. 95);
- **Smysl života** – odpověď na základní otázky, umožňuje najít smysl prožitých událostí, vyrovnání se se smrtelností.

K náboženské víře můžeme přiřadit také *odpuštění, copingové strategie a smysl života* (Krause, 2006), neboť všechny tyto komponenty vycházejí z vnitřního obsahu náboženství, nikoliv z jeho organizované či neorganizované složky.

Většina světových náboženství (křesťanství, islám, buddhismus) má v sobě zakotvenou myšlenku milosrdenství k druhým a potřebu navzájem si odpouštět. Odpuštění bylo v této práci rovněž uvedeno jako jedna z duchovních potřeb. Některé výzkumy ukázaly, že lidé, kteří druhým odpouští, se těší lepšímu duševnímu zdraví (Krause, 2006, s. 204). Lidé, kteří jsou věřící, a též svou víru praktikují, mají větší pravděpodobnost, že druhým odpustí (Krause, 2006, s. 205). Můžeme se domnívat, že odpuštění s sebou přináší pozitivní vztahy k druhým a k sobě samému, pokud je člověk schopen odpustit také sám sobě. Dobré vztahy s ostatními a sebepřijetí řadí Ryff a Keyes (1995) mezi 6 základních dimenzí well-beingu.

Věřící člověk interpretuje svůj život v kontextu svého náboženství (Hacklová, 2014). Náboženská víra mu může pomoci vyrovnat se s náročnými životními situacemi. Tento jev se nazývá „náboženský coping“ (Koenig, King, Carson, 2012). Bosworth et al. (2003) užívá ve svém výzkumu Pargamentovo pojetí pozitivního a negativního copingu. Pozitivní coping je označení pro takové interpretace náročné životní situace, které věřícího člověka posilují, například víra, že i přes svou fyzickou osamocenost není věřící zcela sám. Negativní coping je označení pro negativní formy výkladu životních okolností pomocí náboženství. Kupříkladu v případě nemoci může starý člověk považovat tento stav za „Boží trest“ (Říčan, 2007, s. 110). Bosworth et al. (2003) ve své studii zjistili, že tato náboženská přesvědčení zvyšují míru depresivních symptomů.

Na druhé straně může náboženství ukazovat, že i utrpení má smysl. Jednotlivé náboženské příběhy mohou být inspirací, jak žít, a například i jak se vyrovnat s bolestí. Příkladem z křesťanského kontextu je biblická kniha Jób. Spravedlivý muž jménem Jób čelí řadě neštěstí a vylévá si svou zlost před Bohem, kterému říká, že si takový úděl nezasluhuje. Žádá vysvětlení svého utrpení. Bůh mu sice žádné přímé vysvětlení nepodává, ale vybízí jej, aby se zkusil na svou situaci podívat jinak a s větším odstupem. Věřící člověk má možnost rozjímat nad tímto příběhem a vzít si z Jóba příklad. Disciplína zvaná *hagioterapie* se zabývá právě potenciálně léčebným, psychoterapeutickým výkladem Bible.

3.8 Přehled užívaných metod pro měření religiozity a kvality života ve stáří

3.8.1 Kvalita života

Podrobný výčet dotazníků, které se věnují kvalitě života ve stáří v různých kontextech, uvádí Dragomirecká (2007). V tabulce 4 jsou uvedeny vybrané dotazníky z přehledu Dragomirecké (2007, s. 40), které zjišťují přímo kvalitu života seniora, anebo které vyhodnocují psychický stav seniora.

Zkratka	Celý název	Autoři
ADRQL	Alzheimer's Disease-Related Quality of Life	Black, B. S.; Kasper, J. D.; Rabins, P. V.
GDS	Geriatric Depression Scale	Yesavage, J. A.
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	Brody, E. M.; Lawton Powell, M.
OARS	Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire	Duke University Center for the Study of Aging and Human Development
QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease	Gibbons, L. E.; Logsdon, R. G.; McCurry, S. M. et al.
QUALID	Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale	Fontaine, C. S.; Foster, B.; Martin-Cook, K. et al.
SDSS	Signs of Depression Screening Scale	Barer, D. H.; Hammond, M. F.; O'Keeffe, S. T.
WHOQOL-OLD	The World Health Organization Quality of Life in the elderly	WHO Group

Tab. 4 Vybrané užívané metody pro měření kvality života ve stáří (podle Dragomerická, 2007)

3.8.2 Religiozita

Kvantitativní nástroj, který by se zaměřoval na zjištění míry religiozity specificky v období stáří, se ani po důkladné rešerši nepodařilo nalézt. Ve studiích, věnujících se religiozitě ve stáří, se proto užívají standardizované dotazníky religiozity, určené pro obecnou populaci. Někteří autoři vytvářejí vlastní nestandardizované metody pro určení religiozity, které se většinou týkají domén organizované a neorganizované (osobní) religiozity (Patrick, Kinney: 2003; Hui-Chuan Hsu, 2014; Wang, Kercher, Huang, Kosloski, 2014). Tabulka 5 shrnuje vybrané metody pro měření religiozity a uvádí původní autory a příklady užití na seniorské či jiné populaci.

Zkratka	Celý název	Autoři	Příklad užití na seniorské populaci	Příklad užití na jiné populaci
	The Religiosity Scale	Bhushan, 1970	Jain, Sharma & Joshi, 2013	
PCBS	Post-critical Belief Scale	Fontaine, Duirez, Luyten, Hutsebaut, 2003		Hacklová, 2014
RCOPE	Religious Coping	Pargament, Koenig, 2000	Bosworth et al., 2003	
ROS	Religious Orientation Scale		Hafeez, Rafique, 2013	
SCSRFQ	Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire	Plante, Boccaccini, 1997	Cummings et al., 2014	
SIBS	Spiritual involvement and belief system	Hatch et al., 1998		Hacklová, 2013
SWBQ-W	Spiritual well-being	Gomez, Fischer, 2003		Rowold, 2011
DUREL	The Duke University Religiosity Index	Koenig & Bussing, 2010	Chokkanathan, S., 2013; Moon, Kim, 2013	
	Vlastní dotazníky	Patrick, Kinney, 2003; Hui-Chuan Hsu, 2014; Wang, Kercher, Huang, Kosloski, 2014	Patrick, Kinney, 2003; Hui-Chuan Hsu, 2014; Wang, Kercher, Huang, Kosloski, 2014	

Tab. 5 Vybrané užívané metody pro měření religiozity ve stáří

Na našem území bylo provedeno několik studií věnujících se religiozitě a spiritualitě ve stáří. Tyto výzkumy se týkají především duchovních potřeb (Cieslarová a Bužgová, 2015; Suchomelová, 2014; Uxová, 2007), smyslu života (Ondrušová, 2011) nebo vztahu ke smrti a umírání (Kisvetrová, Králová, 2014; Dvořáčková, Kajanová, 2012).

4 Návrh výzkumného projektu

4.1 Teoretický úvod a cíle výzkumu

Návrh výzkumného projektu se zaměřuje na religiozitu a její význam pro kvalitu života seniorů. Existuje řada způsobů zjišťování religiozity i kvality života, jak bylo shrnuto v předchozí podkapitole. Na našem území bylo několik výzkumů týkajících se religiozity, případně spirituality seniorů, realizováno kvalitativně. Tento přístup má jistě své výhody – jde-li například o rozhovor, participant může svým životním příběhem a zkušenostmi s vírou obohatit psychologii náboženství o cenné postřehy. Takový výzkum je pak svou povahou spíše explorativní, případně narativní. V České republice však doposud neproběhl výzkum s kvantitativním designem, který by se věnoval religiozitě a kvalitě života ve stáří. Celosvětově proběhlo jen několik výzkumů (např. Moon & Kim, 2013; Charbonnier, 2013; Chokkanathan, 2012; Strawbrigde et al., 2001), které byly představeny v předchozí kapitole práce. Tato navrhovaná studie by proto mohla přinést nové poznatky ohledně vzájemné souvislosti religiozity a kvality života specificky v období stáří.

Cílem navrhovaného výzkumu je zjistit, zda religiozita souvisí s celkovou subjektivně hodnocenou kvalitou života seniora. Dále bude zjištěno, jak s kvalitou života seniorů souvisejí jednotlivé formy religiozity (organizovaná, neorganizovaná a intrinsická) a zda se tyto souvislosti liší u mužů a u žen, u seniorů samostatně žijících a bydlících v zařízení sociálních služeb, a zda se souvislosti mění s rodinným stavem seniora. Výzkum testuje následující hypotézy:

- H0: Celková religiozita nepředstavuje prediktor kvality života seniorů.
- H0a: Organizovaná religiozita nepřestavuje prediktor kvality života seniorů.
- H0b: Neorganizovaná religiozita nepřestavuje prediktor kvality života seniorů.
- H0c: Intrinsická religiozita nepřestavuje prediktor kvality života seniorů.
- HA: Celková (organizovaná, neorganizovaná, intrinsická) religiozita představuje prediktor kvality života seniorů.

4.2 Soubor a metodika

4.2.1 Participantí

Účastníci výzkumu budou čeští senioři starší 65 let, kteří žijí samostatně či s partnerem ve vlastním bydlení nebo v domově pro seniory či v jiném zařízení sociálních služeb. Bude tedy proveden výběr kriteriální. Nepůjde o reprezentativní vzorek českých seniorů, neboť pravděpodobně nezískáme soubor, odpovídající základním charakteristikám seniorské

populace v České republice. Podmínkou účasti na výzkumu bude také dobrý duševní stav, tj. absence diagnózy psychické či neurodegenerativní poruchy.

Výzkumu se účastní zhruba 350 participantů, neboť tvůrci jednoho z užitých nástrojů, dotazníku kvality života *The World Health Organization Quality of Life*, doporučují užít pro správnou aplikaci své metody nejméně 300 participantů (WHO Group, 1996). Velikost souboru v již provedených kvantitativních výzkumech religiozity a kvality života se rovněž pohybovala okolo 300 (např. Hacklová, 2014, 2013; Chokkonattan, 2013; Moon & Kim, 2012).

4.2.2 Realizace výzkumu

Participantů budou osloveni na univerzitách třetího věku, v zájmových klubech, v ordinacích praktických lékařů, v samostatném bydlení s částečnou pečovatelskou službou či v zařízení sociálních služeb. Obdobný postup oslovení užila například Ondrušová (2011, s. 130). Výzkumník či vyškolený pracovník představí seniorům na výše uvedených místech studii a její cíle. Nabídne seniorům možnost se na studii podílet a zájemcům rozdá obálku, obsahující následující dokumenty: písemný informovaný souhlas s účastí na výzkumu, úvodní instrukce k vyplnění formulářů, krátký dotazník, týkající se demografických údajů a samotné znění dvou vybraných dotazníků. Participantů mohou dotazníky vyplnit ihned po jejich obdržení, na univerzitě třetího věku například v přestávce po přednášce, a následně vyplněný arch odevzdat výzkumníkovi. Participantů, kteří budou chtít dotazníky vyplnit později, mohou dokumenty poslat poštou na adresu výzkumného pracoviště. Obálka, v níž každý participant dotazníky obdrží, bude mít již předepsanou adresu výzkumného pracoviště a bude označovaná, aby účastníkovi stačilo vhodit ji pouze do poštovní schránky. Výzkumník bude při a po rozdělení materiálů k dispozici pro případné zodpovězení dotazů ze strany účastníků; telefonický kontakt na něj naleznou účastníci také mezi vstupními informacemi.

Aby mohla být účastníkům poskytnuta zpětná vazba, bude součástí dotazníku také kolonka, do které bude moci participant uvést svou poštovní, případně e-mailovou adresu, pokud se bude chtít dozvědět výsledek výzkumu. Po vyhodnocení dat mu bude odeslán dokument, obsahující celkové i dílčí výsledky studie.

4.3 Nástroje

Výzkum užívá 2 validizovaných dotazníkových metod. Religiozita je vyjádřena skórem dotazníku *The Duke University Religion Index (DUREL)* (Koenig & Büssing, 2010). Kvalitu života v tomto výzkumu určuje krátká verze dotazníku Zdravotní světové organizace *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* s dodatkem *WHOQOL-OLD*, speciálně určeného pro respondenty vyššího věku. Oba dotazníky jsou validizovány a poměrně

často užívány v psychologických výzkumech. Kromě těchto psychometrických nástrojů bude výzkum obsahovat také část s otázkami, které zjišťují vybrané demografické údaje o participantovi - konkrétně jeho věk, pohlaví, rodinný stav a typ bydlení (pobytové zařízení / vlastní bydlení).

4.3.1 Religiozita

Dotazník *DUREL* vznikl z důvodu poptávky po stručném a validním nástroji pro měření religiozity. Autoři Koenig a Büssing (2010) vycházeli při tvorbě svého dotazníku z již vytvořených dotazníků religiozity, především z Hogeho 10-položkového *Intrinsic Religiosity Scale* (Hoge, 1972). Už od samého počátku byl *DUREL* koncipován pro využití ve výzkumech věnujících se dopadům religiozity na zdraví. Proto byl také zahrnut do metodiky této studie, neboť zdraví a kvalita života se v mnohém překrývají. V roce 2010 byl tento nástroj užit již ve více než 100 psychologických výzkumech (Koenig & Büssing, 2010). Dotazník dosahuje dobré úrovně test-retest reliability (intra-class correlation = 0.91) a vysoké vnitřní konzistence (Cronbachova alfa = 0,78-0,91) (Koenig & Büssing, 2010).

Dotazník obsahuje pět položek, na každou z nich se odpovídá na 5-bodové škále. Autoři dotazníku rozlišují tři formy religiozity: *organizovanou religiozitu* (OR), *neorganizovanou* (osobní) *religiozitu* (NOR) a *intrinzickou religiozitu* (IR), která se v této práci nazývá „náboženská víra“. Organizované religiozitě se věnuje jedna položka, neorganizované též jedna položka a náboženské víře tři položky. Ačkoliv je *DUREL* prezentován jako jednotný dotazník, autoři doporučují analyzovat každou formu religiozity zvlášť, tj. pracovat se skórem OR, NOR a IR odděleně. Jednotlivé formy religiozity mají totiž rozdílnou povahu, takže pracovat s celkovým skórem dotazníku není žádoucí. Celkový skór religiozity by neumožnil zachytit tyto rozdíly mezi formami. K témuž závěru došli také Wang, Kercher, Huang, & Kosloski (2014) a Říčan (2007, s. 122).

Nabízelo by se také řešení vyjmout z dotazníku *DUREL* jen jednu z forem religiozity a věnovat se výlučně jejímu významu. Pokud by však byla sledována například jen organizovaná religiozita (OR), naše pojetí religiozity by bylo omezeno jen na návštěvnost bohoslužeb a modlitebních setkání. Toto pojetí v řadě výzkumů religiozitu příliš zužuje, jak na to upozorňují Koenig & Büssing (2010) či Zinnbauer (2003). Všechny formy religiozity spolu totiž souvisejí a žádná forma není oddělena od ostatních (Krause, 2006, s. 500). Například návštěva bohoslužby obsahuje rovněž prvek neorganizované náboženské činnosti, neboť během bohoslužby je také prostor k osobní modlitbě.

V příloze 1 jsou uvedeny položky a odpovědi jak v originálním znění, tak s návrhem překladu do českého jazyka. V roce 2010 byl DUREL již dostupný v 11 světových jazycích (Koenig & Büsing, 2010). Tato studie by jej jako první aplikovala v českém prostředí.

4.3.2 Kvalita života

Kvalitu života zjišťuje multidimenzionální dotazník Světové zdravotnické organizace *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) (WHO Group, 1996; Dragomirecká & Bartoňová, 2009) s dodatkem WHOQOL-OLD (Dragomirecká & Prajsová, 2006). Užita by byla zkrácená podoba dotazníku (WHOQOL – BREF) obsahující 26 položek, a také dodatek týkající se kvality života specificky ve stáří (WHOQOL-OLD). Dotazník byl zvolen z důvodu jeho dobrých hodnot validity a reliability, a také proto, že nabízí dostatečně komplexní pohled na kvalitu života.

Základní dotazník WHOQOL-BREF se věnuje těmto doménám (WHO Group, 1996):

- Fyzický stav
- Psychický stav
- Sociální interakce
- Zvládání životního prostředí

Dotazník WHOQOL-OLD obsahuje navíc následující specifické domény (Dragomirecká & Prajsová, 2006):

- Fungování smyslů
- Nezávislost (autonomie)
- „Naplnění“ (nebo Minulé, současné a budoucí aktivity, WHO Group, 1996)
- Zapojení
- Intimita
- Postoj ke smrti

Obsah některých konkrétních položek je uveden v Příloze 2.

Výsledné skóry všech jednotlivých domén z WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD budou sloučeny do jednoho indexu - kompozitního skóru „celkové kvality života“ (Hacklová, 2013, s. 180).

4.4 Statistická analýza dat

Data budou analyzována ve statistickém programu SPSS, a to za pomoci metody zvané *regresní analýza*. Tato metoda se užívá v případech, kdy je potřeba zjistit, jak se mění hodnota jedné proměnné v souvislosti se změnou druhé proměnné. *Jednoduchá regresní analýza* umožňuje predikovat hodnotu závisle proměnné na základě hodnoty jedné nezávisle proměnné; *vícenásobná regresní analýza* umožňuje predikci závisle proměnné na základě hodnot více nezávislých proměnných (Field, 2013, s. 198).

Vztah mezi proměnnými je možné měřit také pomocí *korelace*. Korelace znázorňuje statistickou závislost dvou kvantitativních veličin. Dvě proměnné jsou korelované, jestliže určité hodnoty jedné proměnné mají tendenci se vyskytovat společně s určitými hodnotami druhé proměnné. Metoda regrese však oproti korelaci umožňuje zjistit nejen sílu vzájemného vztahu mezi dvěma proměnnými, ale také směr působení jednotlivých proměnných, a proto je pro tento výzkum vhodnější. Podobný způsob analýzy zvolila ve své studii například Hacklová (2013, s. 165).

4.4.1 Jednoduchá regresní analýza

V prvním kroku bude užita *jednoduchá regresní analýza*. Za závisle proměnnou bude zvolena *kvalita života seniora*, nezávislou proměnnou bude *religiozita*. Tento krok umožní nalézt významné prediktory kvality života. Dojde k výpočtu regresních koeficientů mezi těmito proměnnými:

- Kvalita života seniora a celková religiozita;
- Kvalita života seniora a organizovaná religiozita (OR);
- Kvalita života seniora a neorganizovaná religiozita (NOR);
- Kvalita života seniora a náboženská víra, respektive intrinsická religiozita (IR).

4.4.2 Vícenásobná regresní analýza

Ve druhém kroku bude provedena *vícenásobná regresní analýza*. Pomocí vícenásobné regresní analýzy zjišťujeme, které proměnné přinášejí unikátní vysvětlení změny závisle proměnné, tj. které přinášejí něco navíc oproti ostatním proměnným. Do této analýzy budou zahrnuty jako nezávisle proměnné všechny tři konkrétní formy religiozity, závisle proměnnou bude kvalita života. Analýzu budeme adjustovat pro následující kontrolované proměnné: pohlaví, rodinný stav a typ bydlení (samostatně/v zařízení). Takovým postupem změníme tyto intervenující proměnné v proměnné kontrolované.

4.5 Diskuse

Předložený návrh výzkumu, který se věnuje religiozitě a kvalitě života ve stáří, může přinést cenné poznatky, které by pomohly popsat význam jednotlivých projevů náboženské praxe pro kvalitu života u populace seniorů. Navíc by šlo o první aplikaci dotazníku DUREL v rámci českého výzkumu. DUREL umožňuje sledovat religiozitu komplexněji než některé jiné nástroje – zachycuje totiž odděleně její tři formy. Dotazník je rovněž dobře použitelný pro participanta, neboť je stručný; také dosahuje dobrých psychometrických hodnot. Podobně také kvalita života je v této studii pojata široce a pokrývá velké množství oblastí lidského života. Celkový design výzkumu splňuje etické normy, nabízí participantovi možnost zpětné vazby a jeho realizace je pro participanta celkově poměrně snadná.

Navrhovaný výzkum má však některá omezení. Jedním z nich je relativně velký navrhovaný soubor participantů, který bude možná v praxi obtížné sehnat. Není také jasné, jaká by byla návratnost dotazníků. Rovněž oslovení seniorů v zájmových a vzdělávacích centrech může zúžit seniorskou populaci na ty seniory, kteří jsou aktivní, tím pádem fyzicky zdravější. Nezískáme tedy data od takového vzorku seniorů, který by měl tytéž vlastnosti jako průměrná česká populace seniorů. Teoreticky by mohlo zkreslit výsledky také nevědomé zahrnutí duševně nebo neurologicky nemocných seniorů. Demence a deprese patří mezi hojně rozšířené nemoci ve stáří (Haškovcová, 2010, s. 260), avšak ne každý senior, který jimi trpí, vyhledá odbornou pomoc. Kromě zdravotního stavu mohou ze strany participantů do výzkumu vstupovat další intervenující proměnné, které jsme nezahrnuli do vícenásobné regresní analýzy, jako je například věk, vzdělání respondenta či bydliště - v České republice se například významně liší počet věřících lidí na území Čech a Moravy.

Samotnou realizaci výzkumu limituje nejednotný způsob vyplnění dotazníků – účastníci mohou dotazník vyplňovat různě dlouho a v různém prostředí. Tyto nekonzistentní podmínky mohou mít vliv na výsledky. Také tradiční metoda „tužka – papír“ je pro starší lidi patrně přívětivější než elektronická verze, neboť ne všichni senioři jsou zvyklí užívat moderní techniku. Na druhou stranu tento způsob vyžaduje časově náročnější vyhodnocení. Problematická může být též samotná kvantitativní forma studie. Lze totiž předpokládat, že starší lidé by preferovali formu rozhovoru, v němž by měli možnost sdělit své zážitky obsírněji a přesněji.

První užitý nástroj, dotazník DUREL, nebyl zatím užit v českém prostředí, ani v českém jazyce, šlo by tedy o pilotní verzi dotazníku. Položky dotazníku navíc již předpokládají, že účastník výzkumu patří k určitému náboženskému vyznání, a spíše diferencují míru přítomnosti

víry v běžném životě. Může se tedy stát, že průměrná hodnota religiozity seniora bude velmi nízká. Druhý užitý psychometrický nástroj, tj. dotazník kvality života WHOQOL, umožňuje určit velikost skóru kvality života v různých doménách, např. zdraví, sociálních vztahů nebo prostředí, a tím diferencovat, které oblasti života participant hodnotí jako kvalitní a které méně. Vytvořením celkového skóru se proto dopustíme určitého zjednodušení, ač podobný postup zvolila také například Hacklová (2013, s. 180).

Další výzkum by se proto mohl zaměřit například na vztah religiozity (respektive jejích konkrétních forem) a jednotlivých domén kvality života, na což by však bylo potřeba rozsáhlejší statistické analýzy. Přínosem by také mohlo být vytvoření nové metody, která určuje míru religiozity specificky v seniorském věku. Položky by mohly být utvořeny například na základě Krauseových dimenzí (2006), které shrnují dopady religiozity na zdraví seniora. Také polský psycholog Chlewinski (1982), jehož cituje Ondrušová (2011, s. 95), vymezil pozitivní jevy náboženské víry, podle kterých by mohl být vytvořen nový nástroj pro určení religiozity.

Závěr

Tato bakalářská práce shrnula informace, týkající se vymezení jevu religiozity, jak jej pojímá psychologie; dále objasnila různá pojetí vztahu religiozity a spirituality; představila některé přístupy k určení kvality života; charakterizovala dobu stáří a určila možné formy religiozity, ovlivňující kvalitu života seniorů, a také přehledně představila některé metody, užívané pro určení religiozity a kvality života ve stáří. Došlo rovněž ke zmapování dosavadních psychologických studií, které se týkají religiozity a kvality života a jejich vzájemného vztahu, a to nejprve na běžné populaci, a poté specificky ve stáří.

Na základě uvedených poznatků můžeme učinit tyto závěty:

- Pojmy religiozita a spiritualita bývají v psychologických výzkumech vymezovány odlišně. Nejnovější pojetí akcentuje provázanost těchto jevů.
- U studií, věnujících se religiozitě a kvalitě života, musíme mít na paměti řadu metodologických limitací: vždy je nutné přesné vymezení pojmů, případně zvolení určitého aspektu problematiky.
- Většina výzkumů ukazuje na pozitivní význam religiozity pro kvalitu života. Nelze však opomenout ani negativní dopady, které může religiozita přinášet, a které se projevují například tzv. *patologickou vírou* (Kašparů, 2002).
- Nejvíce výzkumů vymezuje religiozitu jako návštěvnost modlitebních setkání, tj. zdůrazňuje její organizovanou formu; studie by se však měly věnovat také ostatním formám religiozity (neorganizované formě a náboženské víře) a zkoumat jejich dopad na kvalitu života. Kvůli odlišnému působení jednotlivých forem religiozity je dobré pracovat s konkrétními doménami zvlášť.
- Studií, které se věnují religiozitě a kvalitě života ve stáří, zatím nebylo provedeno příliš. Některé přicházejí s výsledkem, že religiozita může představovat ve stáří cenný salutogenní faktor pro kvalitu života. Religiozita může působit také nepřímo, například tím, že skrze náboženskou praxi dochází k posilování psychosociálních zdrojů (Chokkonathan, 2003). Pro seniory je důležité rovněž praktikování rituálů (Grün, 2009; Suggs & Suggs, 2003; Chuengsatiansup, 2003), které jim umožňuje prožitek vlastní kompetence.

Navržený výzkum by se věnoval religiozitě a kvalitě života ve stáří kvantitativním způsobem. Tento výzkumný design je v souvislosti s tímto tématem zatím v České republice ojedinělý. Protože výzkum by zahrnoval všechny dimenze religiozity, mohl by přinést cenné poznatky, týkající se rozdílnosti působení jednotlivých forem religiozity.

Limitací celé práce je celkové vnímání religiozity z evropské perspektivy, která je spojena s křesťanským náboženstvím. Až na některé výjimky (Jain, Sharma & Joshi, 2013; Hafeez & Rafique, 2013) se také citované výzkumy týkaly křesťanské religiozity. Proto jsou užity termíny a jednotlivé příklady, jež pocházejí z křesťanství (např. četba Bible, návštěva bohoslužeb). V českém prostředí však křesťanství jako proklamované náboženství jednoznačně převládá – zvláště u seniorů.

Další výzkumy by se mohly zaměřit na detailnější popis náboženské víry jako roviny religiozity, která je spojena spíše s teoretickými hypotézami než s nálezy studií. Je rovněž zapotřebí důkladněji prozkoumat projevy patologické víry a jejich dopady na kvalitu života. Zajímavé by bylo též cílené zaměření se na populaci věřících, kteří vyznávají jinou než křesťanskou víru a zkoumat konkrétní dopady jejich religiozity na kvalitu života. Takové výzkumy by mohly být přínosné například v souvislosti se současnou migrační krizí. Uprchlíci, kteří nyní přicházejí ze svých válkou postižených domovů do Evropy, vyznávají povětšinou islám. Popis významu jejich religiozity pro kvalitu života by pak mohl pomoci vést efektivní psychosociální intervence.

Další studie, věnující se výlučně populaci starších lidí, by mohly přispět ke zlepšení péče o seniory. Pokud by se totiž ukázalo, že religiozita, případně některá její konkrétní forma, má pro kvalitu života velký význam, mohl by být tento aspekt zohledněn v praxi institucionální péče – například nabídnout klientům domovů pro seniory více dostupných bohoslužeb či možností společných modliteb.

Prameny

Allport, G. W. (1964). *The individual and his religion: a psychological interpretation* (13th print). (1964). New York: The Macmillan Company.

Belzen, J. A. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. *Československá psychologie*, 53(4), pp. 396-407.

Bible: český ekumenický překlad. 21. (12. opravené) vydání. Praha: Česká biblická společnost, 2016.

Bosworth, H. B.; Park, K. S.; McQuoid, D. R.; Hays, J. C.; Steffens, D. C. (2003). The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *Geriatric Psychiatry*. 18, 905–914.

Brzáková Beksová, K. (2013). *Geriatrická problematika v pastorální péči: postulát křesťanské etiky v péči o seniory*. Praha: Karolinum.

Cieslarová, A., & Bužgová, R. (2014). Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. *Ošetřovatelství*, 4(2), 50-57.

Cummings, J. P., Carson, C. S., Shrestha, S., Kunik, M. E., Armento, M. E., Stanley, M. A., & Amspoker, A. B. (2014). Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire: psychometric analysis in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(1), 86-97.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

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

Dvořáčková, D., & Kajanová, A. (2012). Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*, 14(3), 331-339.

- Erber, J. T. (2013). *Aging: & older adulthood* (3. vyd.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál.
- Fařunová, Z. (2007). *Kvalita života (diplomová práce)*. Praha: Univerzita Karlova, Filosofická fakulta.
- Fernández Ballesteros, R. (2007). *GeroPsychology: European perspectives for an aging world*. Cambridge: Hogrefe.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics (4th rev.)*. London: Sage.
- Fischer, P. a kol. (2012). *Sozialpsychologie für Bachelor: Lesen, Hören, Lernen im Web*. Berlin: Springer.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality And Individual Differences*, 35(8), 1975-1991.
- Gruss, P. (Ed.). (2009). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál.
- Hacklová, R. (2013). *Psychosociální aspekty religiozity a spirituality ve vztahu ke zdraví (disertační práce)*. Praha: Univerzita Karlova, Filosofická fakulta.
- Hacklová, R. (2014). Adaptace dotazníku Post-Critical Belief Scale a první zkušenosti s jeho použitím při výzkumu religiozity české populace. *Psychologie pro praxi*, 49(3-4), 153-170.
- Hacklová, R., & Kebza, V. (2014). Religiozita, spiritualita a zdraví. *Československá Psychologie*, 58(2), 120-140.
- Hafeez, A., & Rafique, R. (2013). Spirituality and Religiosity as Predictors of Psychological Well-Being in Residents of Old Homes . *The Dialogue*, 8(3).
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Henning, C. (2003). *Einführung in die Religionspsychologie*. Paderborn: Schöningh.

- Hill, P. C.; Pargament, K. II.; Hood, R. W.; McCullough, M. E.; Swyers, J. P.; Larson, D. B. & Zinnbauer, B. J. (2000), Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 51–77.
- Hill, P. C. & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist* 58, 64 – 74.
- Hoge, D. R. (1972). A validated intrinsic religious motivation scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 11, 369-376.
- Holm, N. G. (1998). *Úvod do psychologie náboženství*. Praha: Portál.
- Charbonnier, L. (2014). *Religion im Alter: eine empirische Studie zur Erforschung religiöser Kommunikation*. Boston: De Gruyter.
- Chokkanathan, S. (2013). Religiosity and well-being of older adults in Chennai, India. *Aging*, 17(7), 880-887.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 23(1), 3-15.
- Idler, E. L., McLaughlin, J., & Kasl, S. (2009). Religion and the quality of life in the last year of life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(4), 528.
- Jain, M., Sharma, A., & Joshi, R. (2013). Effectiveness of Productive Engagement in Work in Using the Coping Strategies of Religious Senior Citizen. *Indian Journal Of Gerontology*, 27(2).
- James, W. (1929). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. New York: The Modern Library.
- Kašparů, M. (2002). Problémy patologické religiozity v psychiatrické ambulanci. *Psychiatrie Pro Praxi*, 3(5), 219-225.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47(4), 333-345 .

- Kisvetrová, H.; Králová, J. (2014). Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. *Československá psychologie*, 58, 1, 41-51.
- Klein, C., & Albani, C. (2011). Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit: Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell. *German Journal for Young Researchers / Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler*, 3(1), 7-58.
- Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies . *Religions*, 1(1), 78-85.
- Koenig H. G. (1994). *Ageing and God: spiritual pathways to mental health in midlife and later years*, New York: The Haworth Pastoral Press.
- Krause, N. (2006). Religion and Health in Late Life. In Birren, J., Schaie, K., Abeles, R., Gatz, M., & Salthouse, T. (2006). *Handbook of the psychology of aging*. Boston: Elsevier Academic Press.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada.
- Maselko, J., & Buka, S. (2008). Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder .*Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 18-24.
- Mauk, K. L., Schmidt, N. K. (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moon, Y., & Kim, D. (2013). Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(4), 293-300.
- Moxey, A., McEvoy, M., Bowe, S., & Attia, J. (2011). Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 30, 82 –88.
- Müller, S. V. & Gärtner, C. (2016). *Lebensqualität im Alter*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Pargament, K. I. (2009). The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. *The International Journal For The Psychology Of Religion*, 9(1), 3-16.
- Patrick, J. H. & Kinney, J. M. (2003). Why believe? The effects of religious beliefs on emotional well being. In: McFadden, S. H.; Brennan, M.; Patrick, J. H. *New directions in the study of late life religiousness and spirituality*. New York: Haworth Press.
- Payman, V., Kuruvilla, G., & Ryburn, B. (2008). Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 16.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719 – 727.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
- Sanson, H. (2015). *Spiritualita třetího věku*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Seeman, T. E.; Dubin, L. F. & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways . *American Psychologist*, 58(1), 53-63.
- Snider, A. M. & McPhedran, S. (2013). Religiosity, spirituality, mental health, and mental health treatment outcomes in Australia: a systematic literature review . *Mental Health, Religion & Culture*, 17(6), 568-581.
- Stofmeel, M. A. M.; Post, M. W. M.; Kelder, J. C.; Grobbee, D. E. & van Hemel, N. M. (2001). Psychometric properties of Aquarel. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 54(2), 157-165.
- Strawbridge, W. J.; Shema, S. J.; Cohen, R. D. & Kaplan, G. A. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships . *Annals Of Behavioral Medicine*, 23(1), 68-74.
- Stríženec, M. (2001). *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava: IRIS.
- Stuart-Hamilton, I. (2006). *The psychology of ageing: an introduction*. Philadelphia: Kingsley Publishers.

- Suggs, D. & Suggs, P. (2003). The Understanding and Creation of Rituals: Enhancing the Life of Older Adults. *Journal of religious gerontology*, 15 (3).
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Štěpánková, H.; Höschl, C. & Vidovičová, L. (2014). *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum.
- Uxová, M. (2007). *Služba duchovních v domovech důchodců jako forma naplňování spirituálních potřeb klientu* (diplomová práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Valentová, V. (2009). *Psychologické aspekty svátosti smíření v římskokatolické církvi* (diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life . *Journal Of Happiness Studies*, 1(1), 1-39.
- Vojtíšek, Z.; Dušek, P. & Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Wang, K. Y.; Kercher, K.; Huang, J. Y. & Kosloski, K. (2014). Aging and Religious Participation in Late Life . *Journal Of Religion And Health*, 53(5), 1514-1528.
- WHOQOL Group (1996). *WHOQOL-BREF – Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment (field trial version)*. Ženeva: World Health Organisation.
- Woźniak, B. (2015). Religiousness, well-being and ageing – selected explanations of positive relationships . *Anthropological Review*, 78(3), 259-268.
- Wulff, D. (1997). *Psychology of religion: classic and contemporary* . New York: Wiley & Sons.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Scott, A. B. (1999). The emerging meaning of religiousness and spirituality: *Problems and prospects*. *Journal of Personality* 67, 889 – 919.

Přílohy

1. Originální znění dotazníku religiozity DUREL + návrh překladu

<p>(1) How often do you attend church or other religious meetings? (ORA) 1 - Never; 2 - Once a year or less; 3 - A few times a year; 4 - A few times a month; 5 - Once a week; 6 - More than once/week</p> <p>(2) How often do you spend time in private religious activities, such as prayer, meditation or Bible study? (NORA) 1 - Rarely or never; 2 - A few times a month; 3 - Once a week; 4 - Two or more times/week; 5 - Daily; 6 - More than once a day</p> <p><i>The following section contains 3 statements about religious belief or experience. Please mark the extent to which each statement is true or not true for you.</i></p> <p>(3) In my life, I experience the presence of the Divine (<i>i.e.</i>, God) - (IR) 1 - Definitely <i>not</i> true; 2 - Tends <i>not</i> to be true; 3 - Unsure; 4 - Tends to be true; 5 - Definitely true of me</p> <p>(4) My religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life - (IR) 1 - Definitely <i>not</i> true; 2 - Tends <i>not</i> to be true; 3 - Unsure; 4 - Tends to be true; 5 - Definitely true of me</p> <p>(5) I try hard to carry my religion over into all other dealings in life - (IR) 1 - Definitely <i>not</i> true; 2 - Tends <i>not</i> to be true; 3 - Unsure; 4 - Tends to be true; 5 - Definitely true of me</p>
--

Obrázek 2, Originální znění dotazníku DUREL, König & Büssing, 2010

1. Jak často se účastníte bohoslužeb, či modlitebních setkání? (ORA)
1- Nikdy, 2 - Jednou za rok či méně, 3 - Několikrát ročně, 4 - Několikrát měsíčně, 5 - Jedenkrát týdně, 6 - Vícekrát v týdnu
2. Kolik času trávíte soukromými náboženskými aktivitami, jako například modlitba, meditace, nebo četba Bible? (NORA)
1- Zřídka kdy nebo nikdy, 2 – Několikrát měsíčně, 3 – Jednou týdně, 4 – Vícekrát za týden, 5 - Denně, 6 - Vícekrát za den
3. Ve svém životě zakouším přítomnost Boha.
1 – vůbec nesouhlasím, 2 – spíše nesouhlasím, 3 – nevím, 4 – spíše souhlasím, 5 – absolutně souhlasím
4. Moje náboženské vyznání výrazně ovlivňuje můj přístup k životu.
1 – vůbec nesouhlasím, 2 – spíše nesouhlasím, 3 – nevím, 4 – spíše souhlasím, 5 – absolutně souhlasím
5. Snažím se přenášet víru do všech oblastí svého života.
1 – vůbec nesouhlasím, 2 – spíše nesouhlasím, 3 – nevím, 4 – spíše souhlasím, 5 – absolutně souhlasím

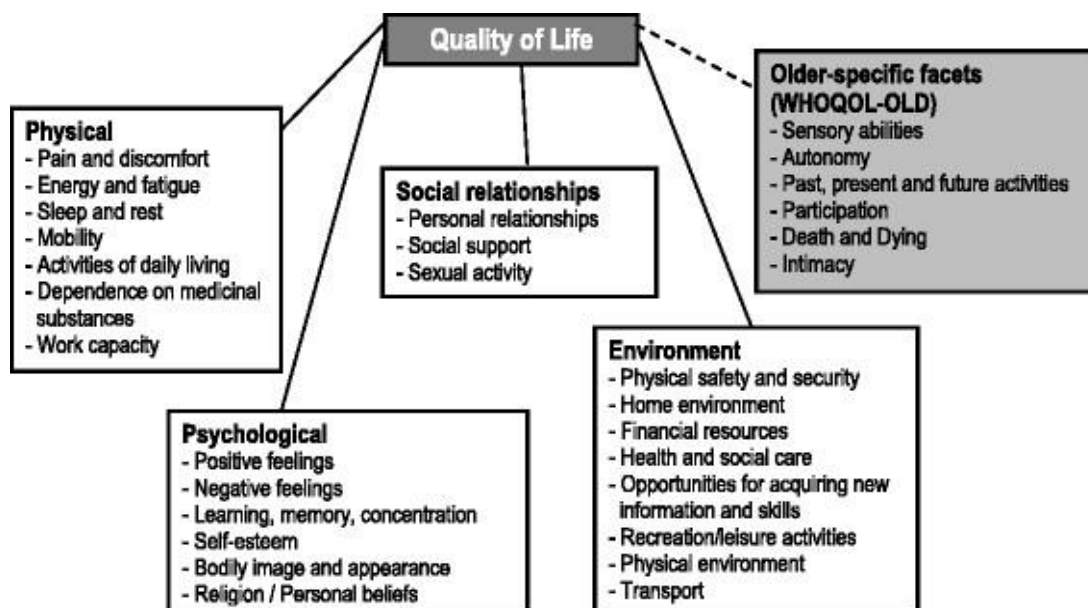
2. WHOQOL: Přehled domén dotazníku WHOQOL a WHOQOL-OLD

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

Obrázek 3 – Přehled domén a položek WHOQOL-BREF (Dragomirecká, 2007, s. 53)

domény	položky
fungování smyslů	F25.1 vliv na každodenní život
	F25.3 vliv na činnosti
	F25.4 vliv na komunikaci
	F25.2 hodnocení smyslů
nezávislost	F26.1 svobodné rozhodování
	F26.2 rozhodování o budoucnosti
	F26.4 ostatní respektují svobodu rozhodování
	F26.3 věnovat se tomu, co mě těší
naplnění	F27.3 možnosti něco dosáhnout
	F27.4 zasloužené uznání
	F27.6 povídat si o minulosti
	F27.1 na něco se těšit
	F27.2 přínos společnosti
F27.5 spokojenost s dosaženým	
sociální zapojení	F28.6 izolace
	F28.3 dostatečně chodit ven
	F28.4 dostatek činnosti
	F28.1 spokojenost s trávením času
	F28.2 spokojenost s aktivností
	F28.7 zapojení do místního dění
	F28.5 smysluplnost činností
intimita	F30.1 sdílení myšlenek
	F30.2 přátelství
	F30.3 láska
	F30.4 příležitost někoho milovat
	F30.5 fyzická blízkost
	F30.6 míra důvěrnosti
	F30.7 být milován
postoj k smrti	F29.1 strach ze smrti blízkých
	F29.2 strach, jak zemřu
	F29.3 strach ze ztráty kontroly
	F29.4 strach z umírání
	F29.5 strach z bolesti

Obrázek 4 – Přehled domén a položek WHOQOL-OLD, Dragomirecká, 2007, s. 53



Obrázek 5 – Domény dotazníku kvality života WHOQOL-BREF a specifických domén WHOQOL-OLD, WHO Group, 1996