

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Kvalita života a sociální problémy seniorů ve společnosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Vypracovala:
Jitka Divácká

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života a sociální problémy seniorů ve společnosti“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 12. 4. 2011

.....
Jitka Divácká

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Jitka Divácká

OBSAH

ÚVOD	3
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. Problematika stáří	
1.1. Postoj ke stáří z pohledu minulosti a současnosti	6
1.2. Stárnutí a stáří	7
1.3. Demografické aspekty stáří	14
1.4. Dílčí závěr	17
2. Kvalita života seniorů	
2.1. Kvalita života a její dimenze	19
2.2. Strategie úspěšného stárnutí	21
2.3. Dílčí závěr	27
3. Sociální problémy seniorů	
3.1. Souhrn rizik seniorské populace	29
3.2. Senior a maladaptace spojená s penzionováním	30
3.3. Senior a rodina	35
3.4. Senior jako oběť	46
3.5. Senior a umírání	54
3.6. Dílčí závěr	60
II. PRAKTICKÁ ČÁST	
4. Empirický průzkum	
4.1. Cíl průzkumu a formulace hypotéz	62
4.2. Charakteristika výběrového souboru respondentů	62
4.3. Použité techniky	64
4.4. Interpretace získaných dat	66
4.5. Rozbor výsledků průzkumu	73

Závěr	79
Resumé	80
Anotace	81
Seznam literatury	82
Seznam příloh	85

Úvod

Současná moderní společnost se vyznačuje rychlým tempem, individualismem a snahou po rychlém zbohatnutí s cílem užít si nabytého majetku a života vůbec. Stárnutí a stáří, byť se jednou dotkne každého z nás, je tak především u mladé generace vytěsňováno z mysli jako něco nežádoucího, o čem nemá smysl nyní přemýšlet. Opak je však pravdou. Zkvalitňováním zdravotní péče, sociálním zajištěním ve formě důchodových dávek a změnou stylu života, se senioři dožívají čím dál vyššího věku. Je tedy předpoklad, že každý z nás jednou zestárne a bude tak muset řešit řadu problémů spojených se stářím. Proto již dnes, kdy demografická data nejen v České republice, ale i v dalších vyspělých zemích prokazují alarmujícím způsobem velký nárůst populace seniorských let a naopak snižování počtu narozených dětí, je třeba stáří věnovat adekvátní pozornost. Nejen politická reprezentace, ale i každý jednotlivec by se měl sám zamýšlet nad tím, co učinit pro to, aby si jednou zajistil důstojné a spokojené stáří.

Vzhledem tedy k té skutečnosti, že stáří zaujímá a bude zaujímat v životě člověka nezanedbatelnou část a je jedinou objektivní spravedlností, která postihne nás všechny bez výjimky, není zbytečné, ba naopak je spíše nutností, se k tématu kvality života seniorů, k jejich sociálním problémům a možnostem jejich řešení, neustále vracet. Je potřeba již dnes mladou generaci seznamovat s tím, co stáří je, co obnáší a budovat u této generace pocit tolerance a solidarity ke starým lidem, neboť *„trend ke „dvojí generaci starých“, tedy ke vzrůstajícímu podílu starých a „starších starých“ osob (osoby nad 75 let) v populaci bude představovat pro generaci mladých čím dál těžší břemeno (...). Mladá generace bude muset prostřednictvím daní nebo příspěvků na důchodové pojištění hradit nákladné důchodové zabezpečení a zdravotní péči starých občanů.“*¹ Na druhou stranu je však rovněž nezbytné, aby již od raného mládí byla u každého jednotlivce pěstována vnitřní odpovědnost za kvalitu jeho života ve stáří. Už dnešní generace osob středního věku a seniorů by měla neprodleně začít *„provádět retrospektivní analýzu svého života, napravovat některé své chyby,(...) a dosáhnout jiného porozumění smyslu a hodnotě svých činů,“*² a tím se adekvátně připravovat na své budoucí stáří a zlepšovat tak kvalitu nejen vlastního života.

¹ RABUŠIC, L. Česká společnost a senioři: sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, str. 40

² MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 17

Bakalářská práce je zpracována ve snaze přispět alespoň malou měrou k osvětě společnosti. Je vedena úsilím veskrze zajímavé a aktuální téma rozkrýt a nalézt jistý vztah mezi strategiemi úspěšného stárnutí a kvalitou života, potažmo sociálními problémy seniorů. Ve směru sociálně pedagogickém nastiňuje především nutnost primární prevence, tj. výchovy k aktivnímu, harmonickému, kreativnímu a nezávislému stáří.

Bakalářská práce je strukturována do dvou hlavních částí. Teoretická část v úvodu rekapituluje dosavadní poznatky o stárnutí a stáří včetně demografických aspektů stárnutí populace. Následně zaměřuje svoji pozornost k problematice kvality života seniorů, kdy vyjma prezentace definic pojmu a dimenzí kvality života podává přehled strategií vedoucích ke zvyšování kvality života potažmo spokojenosti ve stáří. Závěr teoretické části práce je orientován k analýze spektra sociálních problémů, s nimiž se senioři ve svém životě nejčastěji setkávají. Praktická část je věnována empirickému průzkumu, jehož cílem je za pomoci využití metody strukturovaného dotazníku zjištění úrovně kvality života a nastínění možných sociálních problémů u vybrané skupiny seniorů.

Ke zpracování bakalářské práce byla použita metoda dotazníku kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD, metoda dotazníku kvality života WHOQOL-BREF, dotazník k sociálním problémům seniorů a v neposlední řadě analýza odborné literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Problematika stáří

1.1. Postoj ke stáří z pohledu minulosti a současnosti

Postojů ke stárnutí a stáří můžeme nacházet bezpočet. Vše závisí na době, v níž člověk žije, kultuře národa, které je členem, zvycích, vědomostech, názorech a idejích, které zastává a jimiž je ovlivňován.

Jedním z národů, který podporuje a ctí stáří, je Japonsko. Tradiční úcta a respekt ke stáří se projevuje ve vícegeneračním soužití v rámci rodiny, což má blahodárný vliv na zdraví a psychiku seniorů. Ani japonská vláda nezapomíná na péči o staré lidi, kteří jsou důležitou součástí programu „Zdravé Japonsko 21“. Jedná se o sbírku veřejných zdravotních cílů ministerstva zdravotnictví.³ Japonsko je tedy zemí, kde senioři oplývají privilegovaným statusem s vlivem, sebekontrolou a autoritou⁴ a není se proto čemu divit, že Japonsko je zemí, v níž se za posledních osmdesát let délka života zdvojnásobila a průměrný věk dle Světové zdravotnické organizace činí osmdesátitřítilet.⁵ Japonsko, potažmo Čína, je i typické tím, že bychom zde jen velmi těžko hledali domovy pro seniory. Rovněž Blízký východ své seniory ctí a obecně považuje stáří za vrchol života. Tuto skutečnost dokládá i fakt, že slovo „šajch“ v původním významu znamená starý člověk a doposud se tímto sloven označují vládci některých arabských zemí.⁶

Naproti tomu v rámci africké kultury je přirozeným počinem a sociální normou pro staré členy rodu přestěhovat se do okrajových částí usedlostí vyhrazených pochovaným zemřelým členům rodiny. Stáří tak vlastně spí nad svým vlastním hrobem, což prakticky vystihuje tu skutečnost, že jsou sociálně mrtví.⁷ Příkladem tristního zacházení se starými lidmi je i tradiční eskymácká společnost. V ní se starým stával muž, který již nebyl způsobilý vlastními silami ulovit zvěř. Neschopnost zabezpečit si obživu tak fungovala jako kritérium zařazení mezi generaci starých. Takový člověk byl

³KRYLOVÁ, I. Japonské tipy na dlouhý život. http://ona.idnes.cz/japonske-tipy-na-dlouhy-zivot-dkb-zdravi.asp?c=A081215_101609_vase-telo_bad, 8.8.2010

⁴HERZOG, MARKUS, 1999; citováno dle SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 49, poznámka pod čarou

⁵KRYLOVÁ, I. Japonské tipy na dlouhý život. http://ona.idnes.cz/japonske-tipy-na-dlouhy-zivot-dkb-zdravi.asp?c=A081215_101609_vase-telo_bad, 8.8.2010

⁶KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, str. 87

⁷RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, str. 142

následně rodinným klanem zabit či přinucen k sebevraždě, neboť by byl svému společenství na obtíž.⁸ Ani období starého Řecka a Říma pověstné ideálem krásy a dobra (kalokagathia), v němž byly děti vychovávány k důstojnosti, mravnosti, poslušnosti a úctě ke stáří, není z retrospektivy stáří obdobím bezchybným. Dokladem toho jsou výroky známých filozofů, z nichž vyplývá, že stáří nebylo považováno za něco krásného, na co by se měl člověk těšit. Cicero tak např. poukazyval na to, že starý člověk by měl neustále rozvíjet svoji sebekontrolu, aby dokázal nezkresleně vnímat změny, které u něj ve stáří nastanou a to jak v jeho individualitě, tak v okolní společnosti. Terentius pak pronesl výrok, že samo stáří je nemoc a Seneca onen výrok ještě prohloubil, když vyslovil, že stáří je nevléčitelná nemoc.⁹ Dalším dokladem toho, že péče ve stáří měla i v tomto období své trhliny je existence zákonů na ochranu starých osob. Potřeba je vydat tak zpochybňuje, že péče o staré lidi byla ve starém Řecku vždy vzorná. V Aténách například vešel v život zákon přičítaný Solónovi, podle něhož mohla být špatná péče o rodiče trestána pokutou či pozastavením občanských práv. V Delfách mohl být takový přečin trestán dokonce vězením.¹⁰

1.2. Stárnutí a stáří

1.2.1. Proces stárnutí a faktory mající na stárnutí vliv

Stárnutí je zákonitým procesem postihujícím každého člověka bez výjimky. Znamená období růstu, zrání i ztrát, období působení času na člověka. Současně je pojmem majícím pro každého jednotlivce jiný rozměr. Malé dítě si pod pojmem stárnutí představuje, že jednou vyroste, pubescent že bude moci v budoucnu konečně sám rozhodovat. Taktéž v dospělosti či ve stáří každý z nás, byť si začíná plně uvědomovat změny spojené se skutečným stárnutím, zastává jinou představu, co samotné stárnutí je, co obnáší.

I v gerontologii bylo učiněno již nespočet pokusů o vymezení stárnutí. I přes tuto skutečnost se stále nedaří dosáhnout jistého konsensu. Veřejností často používaný encyklopedický slovník např. stárnutí definuje jako „*přirozenou degradaci organismu*

⁸ WOLF, J. et al. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982, str. 209

⁹ MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 8

¹⁰ HORSKÁ, P. et al. Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy. Praha: Panorama, 1990, str.45

po dovršení vývojové fáze (dospělosti a zralosti)“, s tím, že u člověka obvykle nastává po dosažení 30. roku života.¹¹ Čížková et al. jde v postojích k vymezení daného pojmu ještě dále a stárnutí chápe jako komplexní proces s mnoha endogenně a exogenně působícími faktory, který se odehrává v průběhu celého života, začíná narozením dítěte a pokračuje neúprosně až do smrti.¹² V obdobném duchu se vyjadřuje i řada jiných autorů, jako Vigué et al., Pichaud et al. či Mühlpachr. Posledně jmenovaný navíc upřesňuje, že stárnutí je celoživotním procesem s tím, že involuční projevy začínají být znatelnější zhruba od přelomu 40 a 50 roku věku jedince.¹³ Autorem, který v rámci dané problematiky usiluje o vysvětlení jisté nuance mezi obdobím stárnutí a stáří, je pak Vladimír Pacovský. Ten stárnutí z pohledu ontogeneze považuje za přechodné období mezi dospělostí a stářím, za tzv. biologické předpolí stáří.¹⁴ Stárnutí současně označuje za proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní.¹⁵

Z hlediska biologického lze stárnutí označit za souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu podmiňujících jeho zvýšenou zranitelnost, spojených s poklesem výkonnosti a schopnosti jedince a kulminujících v terminálním stádiu a ve smrti.¹⁶

Stárnutí dělíme na:

- *stárnutí normální*, k němuž dochází pouze plynutím času,
- *stárnutí předčasné, neboli patologické*, které vzniká v důsledku poruchy v biologickém vývoji jedince nebo je způsobeno onemocněním specifického druhu.¹⁷

Předčasné stárnutí však může nastat i u zdravého člověka a to vinou faktorů prostředí, v němž jedinec žije. Jakýkoliv škodlivý vliv na náš organismus zvyšuje jeho opotřebovanost, urychluje stárnutí. Na proces stárnutí má tak jistý dopad i náročnost prostředí člověka, jeho životní styl a životní podmínky. Je zřejmé, že člověk, jenž

¹¹ BRADNOVÁ, H. et al. Encyklopedický slovník. Praha: Odeon, 1993, s.1037

¹² ČÍŽKOVÁ, J. et al. Přehled vývojové psychologie. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, str. 130

¹³ MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 18

¹⁴ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 29

¹⁵ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 33

¹⁶ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, str. 202

¹⁷ WOLF, J. et al. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982, str. 91

nekouří, nepije, zdravě se stravuje, není nadměrně vystavován stresu, dopřeje si dostatek odpočinku a relaxace, nežije osaměle, bez přátel, bez sociálního zázemí, má větší předpoklad k tomu, aby se dožil vyššího věku a tedy pomaleji stárnul, než jedinec nadměrně vystavený rizikovým faktorům, který přílišně a dlouhodobě přetěžuje svůj organismus.

Vigué et al. mezi faktory urychlující proces stárnutí řadí:

- nadměrný příjem potravy,
- stres,
- vysoký krevní tlak,
- tabák a alkohol,
- obezitu,
- osamocenost, malé společensko-pracovní zapojení,
- sedavý způsob života, malou fyzickou aktivitu.¹⁸

Gerontologický psycholog prof. H. Thomae dále vyzdvihuje sociální determinaci. Je toho názoru, že „*stárnutí je především funkcí sociálních podmínek, reakcí člověka na soubor ekonomických, pracovních, sociologických a sociálně psychologických daností.*“¹⁹ V rámci zkoumání stárnutí je nutno dle Thomae klást důraz zejména na výběr způsobů řešení každodenních situací, jimiž jsou:

- konkurence v zaměstnání,
- měnící se rodinné podmínky,
- uvědomění si nedostatku vlastního života,
- zážitky monotonie života,
- uvědomění si přibližujících se hranic vlastní životní dráhy.²⁰

¹⁸ KUBEŠOVÁ, L. Zdraví pro třetí věk. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006, str. 9

¹⁹ Cit. z ŠVANCARA, J. Psychologie stárnutí a stáří. Praha, 1983, str. 35

²⁰ Cit. z ŠVANCARA, J. Psychologie stárnutí a stáří. Praha, 1983, str. 35

1.2.2. Vymezení pojmu stáří

Stáří je výslednicí procesu stárnutí, je životním obdobím spojeným s množstvím ztrát, ať již fyzických, psychických či sociálních. I přes řadu specifických a mnohdy i negativních aspektů jej lze však vnímat i jako období moudrosti a životních zkušeností. Záleží tedy jen na každém člověku, jakým způsobem stáří přijme, zda se bude snažit hledat i pozitivní stránky života ve stáří a tím napomůže značnou měrou k přijetí vlastního stáří a současně ke kladnému mezigeneračnímu dialogu.

Stáří lze označit jako multifaktoriální fenomén. Dle Paula B. Baltese je současně jevem tělesným, psychickým, sociálním a duchovním.²¹

Mühlpachr stáří pojímá jako obecné označení pozdní fáze ontogeneze, v níž převládají nezvratné regresivní změny a involuční procesy, jako je úbytek či ztráta tělesných a duševních sil, snižování aktivity, multimorbidita, postupná ztráta soběstačnosti, které jsou následně modifikovány řadou dalších činitelů, obzvláště životním způsobem a životními podmínkami. Současně stáří spojuje s celou řadou důležitých sociálních změn, jako je osamostatnění dětí, v jehož důsledku se u řady starých lidí projevuje tzv. syndrom prázdného hnízda, penzionování a jiné změny v sociálních rolích.²²

Stáří je možno také nazvat poslední etapou života, tzv. postvývojovou fází, neboť již došlo k realizaci všech latentních schopností rozvoje.²³

Rabušic definici stáří spojuje s věkem. Starým se podle něj stává člověk po dovršení jistého věku, který dle Světové zdravotnické organizace činí 65 let.²⁴ Z pohledu sociálního je pak za starého označován jedinec, jenž přestává být aktivní v pracovním procesu a začíná pobírat starobní důchod. *„Jedná se o kategorii starých osob, definovaných jako závislá skupina, jejíž členové by již neměli pracovat, ale naopak potřebují ekonomickou a společenskou asistenci, kterou mají poskytovat mladší*

²¹ GRUSS, P. et al. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, str.11

²² MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 18

²³ BROMLEY, in STUART-HEMILTON, 1999. Citováno dle VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost, stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 299

²⁴ RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, str.143

členové společnosti.“²⁵ Protichůdný názor zastává Vladimír Pacovský, který tvrdí, že stáří není v žádném případě možné se zákonným nárokem na starobní důchod ztotožňovat.²⁶

1.2.3. Periodizace stáří

Existuje celá řada náhledů a odborných statí členící stáří do jednotlivých životních etap. I v současné době je stále velmi nesnadné určit dobu, kdy se člověk s konečnou platností stane starým a to především díky souvislým proměnám lidských fyzických a psychologických znaků charakterizujících pozdní dospělost ve znaky charakterizující stáří.

Na základě doporučení odborníků Světové zdravotnické organizace je vhodné jednotlivé etapy lidského života klasifikovat po patnáctiletých periodizacích.

Dle Pacovského tak můžeme v rámci stárnutí a stáří rozlišovat:

- vyšší (starší) věk, rané stáří, předpolí stáří - 60-74 let,
- pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří, sénium, opravdu staří lidé - 75-89 let,
- dlouhověkost - 90 a více let.²⁷

K obdobné segmentaci přistupuje v odborné literatuře i Příhoda. Nakonečný naopak dělí stáří pouze na dvě vývojová období a to na počáteční stáří od 60 do 75 let a na pokročilé stáří od 75 let.²⁸ Vágnerová pak tato období nazývá obdobím raného stáří a obdobím pravého stáří. Švancara dále počátky periodizace stáří staví již do období 46 až 48 roku věku jedince. V současnosti se ale stále více ujímá u odborné veřejnosti členění stáří následovným způsobem:

- *mladí seniori 65-74* (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),
- *staří seniori 75-84* (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob),

²⁵ RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, str.143

²⁶ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 16

²⁷ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 16

²⁸ ČÍŽKOVÁ, J. et al. Přehled vývojové psychologie. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, str. 130

- *velmi staří senioři 85 a více* (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).²⁹

Laické veřejnosti však možná více utkví v pozornosti segmentace stáří na tzv. třetí věk a čtvrtý věk, neboť takové označení je v nynější době často používáno a vžito především ve spojitosti se vzděláním. Každému se jistě při předmětném označení vybaví Univerzita třetího věku.

Třetím věkem se rozumí postproduktivní období spojené s penzionováním. Zahrnuje dnešní šedesátníky až osmdesátníky. Je často mylně spojováno se ztrátou výkonnosti, dovednosti. Zvláště ze strany generace teenagerů jsou lidé třetího věku považováni za osoby „za zenitem“, bez dostatku tělesných i duševních schopností, kteří mají svůj život již za sebou. Opak je však pravdou. Dnešní populace osob třetího věku je v průměru výkonnější než generace předcházející. Dle Paula B. Baltese se stáří v daném období vyznačuje „*plasticitou, variabilitou mezi funkcemi a osobami a vysokou mírou biografické individuality*.“³⁰ Kromě toho křivka inteligence, paměti a duševních schopností nemá u těchto seniorů jen sestupnou tendenci. Lidé tohoto věku mohou dokonce dosahovat i lepších výsledků, než lidé mladšího věku a to zejména v kategoriích jako je emocionální inteligence a moudrost, kde se zúročují životní a historické zkušenosti.³¹ Dle Hovorky lze u těchto osob, vyjma zvýšené trpělivosti, rozvahy, většího pochopení pro jednání druhých a schopnosti hlouběji prožít a ocenit přátelství a lásku, vyzorovat i zvýšenou vytrvalost v jednotvárné práci, ať již duševní nebo tělesné.³² Haškovcová navíc jako méně známý fakt udává, že se v daném období zvyšuje zájem o všeobecnou informovanost a rozhled a vrůstá smysl pro detail.³³

Čtvrtý věk je již chápán jako období vykazující méně pozitivní obraz stáří. Zaobírá se osobami staršími osmdesáti let, tedy těmi nejstaršími z nejstarších.³⁴ Zápory vysokého stáří lze spatřovat ve výrazné ztrátě rozumových schopností a plasticity já. Možnost a schopnost učit se se u velmi starých lidí, i v případě, že netrpí demencí,

²⁹ MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 21

³⁰ GRUSS, P. et al. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, str.11

³¹ GRUSS, P. et al. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, str.12

³² HOVORKA, J. Cesta do stáří. 3.přepřac.vyd. Praha: Práce, 1986, str.43

³³ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 96

³⁴ GRUSS, P. et al. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, str.12

snižuje.³⁵ Paul B. Baltes uvádí, že v daném věku seniory stále více trápí chronické tělesné potíže, dochází k úbytku sil a k dramatickému nárůstu demencí. Mezi sedmdesátiletými se výskyt demence pohybuje kolem 5%, v populaci osmdesátiletých toto číslo činí již 10-15% a u devadesátiletých už tímto onemocněním trpí každý druhý člověk.³⁶

K dovysvětlení je nutné uvést, že prvním věkem je myšleno období dětství a mládí, tedy tzv. období předproduktivní, druhým věkem pak období produktivní, tedy období dospělosti.³⁷

U takřka všech shora uváděných segmentací stáří se hovoří o věku. Řada autorů považuje právě věk za podstatnou charakteristiku člověka. Dle Pacovského má každý člověk jednak svůj kalendářní, neboli chronologický, matriční věk vycházející z data narození. Zjednodušeně řečeno udává, jak je kdo starý. A funkční věk, neboli věk skutečný, který se rovná funkčnímu potenciálu člověka. Jedná se o věk, který se s věkem kalendářním nemusí vůbec shodovat. I v seniorském věku můžeme nacházet bezpočet osob, které na svůj věk nevypadají a jsou stále „mladí“. Při posuzování starého člověka by měl být tento věk funkční hlavním měřítkem.³⁸

Stuart-Hamilton naopak rozlišuje vyjma věku kalendářního neboli chronologického, věk sociální. Ten je jakýmsi společensky očekávaným chováním ve vztahu k určitému biologickému věku.³⁹ Dále biologický, resp. psychologický věk, jenž udává objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Tento dále člení na věk anatomický poukazující na stav kosterní soustavy apod., věk karpální týkající se stavu zápěstních kůstek a věk fyziologický stanovující např. rychlost metabolismu.⁴⁰

³⁵ GRUSS, P. et al. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, str.19

³⁶ GRUSS, P. et al. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, str.8

³⁷ MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 19

³⁸ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 15,16

³⁹ STUART-HAMILTON, I. Psychologie stárnutí. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, str. 19

⁴⁰ STUART-HAMILTON, I. Psychologie stárnutí. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, str. 22

1.3. Demografické aspekty stáří

1.3.1. Demografické prognózy stárnutí populace

Urbanizace a stárnutí populace jsou považovány za fenomény 21. století. Modernizace, rozvoj měst na úkor venkova, dostupnost rozmanitých služeb, jakož i zdravotní a sociální péče, vedou ve vyspělých zemích jednotlivě i ve vzájemné interakci k prodlužování průměrného věku obyvatel, potažmo ke stárnutí populace.

Stárnutí populace je procesem nikoliv individuálním, nýbrž celospolečenským, který započal nabývat na významu v 60 letech 20. století a to nejprve v oblasti severní a západní Evropy (hovoříme o tzv. demografickém přechodu).⁴¹ Jde o proces, při němž dochází ke zvyšování relativního a absolutního počtu seniorů, resp. ke snižování míry mortality (úmrtnosti) doprovázené snižováním natality (porodnosti).⁴² Podle dokumentů Organizace spojených národů jsou starou populací míněna společenství, které mají více jak 7% obyvatel starších 65 let. Dosavadní výsledky výzkumů, jakož i prognózy dokazují, že počet lidí starších 65 let se rapidně zvyšuje. V roce 1950 tyto osoby tvořily 5,2% světové populace, v roce 2010 je to již 7,7% a do roku 2050 pak mají tvořit až 16,2%. Celosvětové statistiky však dosahují daleko menšího procentuelního zastoupení seniorské populace než je tomu v jednotlivých vyspělých zemích. Např. populace nad 65 let tvořila v Japonsku v roce 1950 4,9%, v roce 2010 je to již 23,1% a prognóza na rok 2050 činí dokonce 39,6%. Ani Česká republika si v ničem nezádá s ostatními vyspělými státy. V roce 1950 činilo zastoupení shora specifikované populace 8,4%, v roce 2010 je to již 15,4% a prognóza na rok 2050 činí 31,2%.⁴³ Je to především způsobeno nižším počtem seniorské populace v rozvojových zemích v důsledku nižší životní úrovně obyvatelstva a větší úmrtnosti. I zde však zůstávají prognózy nemilosrdné a předpokládají výrazný posun vpřed.

Stárnutí populace je ze strany široké veřejnosti vnímáno jako hrozba současné společnosti, jako negativní jev, s nímž je spojena celá řada problémů. K podpoře takového názoru přispívá i tvrzení řady odborníků. Např. Guralnik je přesvědčen, že delší věk povede k nárůstu počtu let strávených před smrtí ve stavu zdravotní

⁴¹ DIMITROVÁ, M. Demografické souvislosti stárnutí, str. 2

⁴² MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 30

⁴³ OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics. ISBN-92-64-05604-1

nezpůsobnosti. Obdobné poznatky předložil i G. Kaplan. Z jeho pozorování vyplývá, že zvýšená šance dožití se vysokého věku nepřináší snížení morbidity (nemocnosti), ale právě naopak její expanzi. Olshanský pak předmětná tvrzení podporuje závěrem, že dokonalejší lékařská technologie umožňuje dožít se vyššího věku i s degenerativními chronickými nemocemi a že snižování úmrtnosti může ve svém důsledku být příčinou redukce rizika smrti na zhoubné choroby a zvýšením rizika smrti z důvodu stárnutí.⁴⁴ Podle těchto autorů tak dojde k určitému výměnnému obchodu mezi delším životem a zhoršujícím se zdravím. Bude-li se tedy budoucnost ubírat tímto směrem, pak si lidé budou muset brzy uvědomit, že jejich hlavním protivníkem není smrt, ale hrozba života v nemocném stáří.⁴⁵

Takový přístup a postoj laické veřejnosti i odborníků odmítá Evropská unie, neboť přispívá k šíření negativního až ageistického myšlení ve vztahu k seniorské populaci. Uznává, že stárnutí populace sebou přináší řadu ekonomických, sociálních a zdravotních problémů, které je nutno již dnes intenzivně řešit, je však současně toho názoru, že stárnutí populace bychom měli oslavovat, neboť „*je velkým úspěchem naší společnosti, že lidé mohou žít zdravěji a déle.*“⁴⁶ Smyslem a řešením tedy není vylučovat seniory ze společnosti, ale naopak zásadním způsobem změnit přístup k těmto osobám a svoji pozornost stále více směřovat k širší definici politiky stárnutí.

Ta zahrnuje hned několik oblastí:

- *důchody a příjmy* – snahou je především reforma důchodového a penzijního systému, podpora zaměstnanců setrvávajících aktivně v pracovním poměru a i jisté výhody pro zaměstnavatele, kteří poskytnou dostatek pracovních příležitostí i pro generaci dříve narozenou, podpora mezigenerační rovnosti,
- *hospodářství a zaměstnanost* – posílení postavení seniorů na pracovním trhu, nabídka zboží a služeb zaměřená i na potřeby seniorů, resp. v důsledku stárnutí populace odbourávat produkty a služby pro seniory a neseniory, tyto musí vyhovovat potřebám a preferencím všem bez rozdílu; nabídka musí být kvalitnější a flexibilnější,

⁴⁴ Cit. z RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, str. 43

⁴⁵ RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, str. 44

⁴⁶ FERRY, M. BAKER, R. Regionální strategie a demografické stárnutí. Age Proofing Toolkit – Příručka ke strategii pro demografické stárnutí, 2006, str. 2

- *zdravotnictví a poskytování dalších služeb* – zajištění kvalitní, finančně dostupné péče a dále větší kapacity nabízených služeb především díky technologickým změnám v oblastech, jako jsou tzv. assistive technology, tj. přístrojů a zařízení navržených pro znevýhodněné uživatele,
- *osobní práva* – posílení postavení seniorů ve společnosti, podpora pozitivního obrazu stárnutí, odbourávání diskriminace seniorů,
- *bydlení a komunity* – vyvíjení iniciativy v oblasti dopravy, bydlení seniorů, u nichž vzrůstá podíl osaměle žijících a osob se zdravotním postižením, což má také svůj dopad na požadavky v oblasti infrastruktury.⁴⁷

1.3.2. Naděje dožití

Jedním ze základních demografických ukazatelů, který nám umožňuje určit, jakým směrem se bude vyvíjet struktura populace, zda bude počet obyvatel v celospolečenském kontextu narůstat, zda bude prodlužována délka jejich života a především jakou má již dnes narozený člověk šanci, že se dožije určitého věku, je ukazatel naděje dožití. Vychází z úmrtnostních tabulek a vystihuje průměrnou délku života, kterou osoba x-letá za daných předpokladů ještě prožije.

V roce 1972 uveřejnil americký antropolog J.L. Angel data ohledně průměrného věku zemřelých od mezolitu až po klasické 5. století na řeckém území. Tato data naznačují, že průměrný věk zemřelých se u dospělých mužů prodlužoval od 32 až do 45 let, u žen pak v rozmezí od 25 do 36 let. Průměrná délka dožití tak v tomto období nedosahovala rozhodně takové délky, jako v současnosti, přesto jistým způsobem naznačuje, že průměrný věk dožití se začal mírně zvyšovat a byl jakýmsi počátkem problému, který tyto staré epochy ještě nepoznaly. Byl to problém stáří.⁴⁸ Také další výzkumy zaměřené na kosterní pozůstatky potvrdily, že průměrná délka života od doby starší doby kamenné až po středověk nepřesáhla v průměru věk 28,1 let. Svou roli zde sehrály obzvláště války mezi kmeny a národy, šíření epidemií, nedostatek hygieny, nedostatek kvalitní sociální a zdravotní péče.

⁴⁷ FERRY, M. BAKER, R. Regionální strategie a demografické stárnutí. Age Proofing Toolkit – Příručka ke strategii pro demografické stárnutí, 2006, str. 9

⁴⁸ HORSKÁ, P. et al. Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy. Praha: Panorama, 1990, str.44

Intenzivnější snižování úmrtnosti (především v dětském a kojeneckém věku) a zvyšování naděje dožití započalo až od konce 19. století (s výrazným zbrzděním v období po první světové válce). Průměrná délka života tehdy činila cca 40 let.⁴⁹ Současné demografické údaje naznačují dramatický růst této délky dožití. Nyní již hranice průměrné délky dožití překračuje výrazným způsobem 70 let a neustále roste. Za zmínku stojí i to, že očekávaná doba dožítí je odlišná u mužů a žen. V minulosti se zpravidla muži dožívali v průměru o čtyři až pět let vyššího věku než ženy. Vysvětlení spočívalo ve vysoké úmrtnosti žen v těhotenství, při porodech a v šestinedělí. Ženám se nedostávalo odborné lékařské péče snižující dnes riziko matek na minimum.⁵⁰ Nyní je tomu naopak, primát přebírají ženy. Země s dosud nejvyšší průměrnou délkou života u žen zaznamenávají za posledních 160 let prudký nárůst průměrné dosažené délky života a to téměř o tři měsíce za rok. V roce 1840 se nejvyšším věkem mohly pyšnit Švédky a to s průměrnými 45 lety, v současnosti jsou na špici Japonky s téměř 86 lety.⁵¹ Příkladem prodlužování průměrné délky dožití a prvenství žen v této kategorii nad muži jsou i demografické údaje Československa a následně České republiky, z nichž vyplývá, že průměrná délka dožití u žen činila v období kolem roku 1950 65,5 let, u mužů 60,9 let, v roce 2008 již průměr u žen dosáhl 80,1 let, u mužů 74,0 let.⁵²

1.4. Dílčí závěr

Stáří je výslednicí procesu stárnutí, je postvývojovou fází spojenou s četnými regresivními změnami v oblasti fyzických a psychických sil a s množstvím sociálních ztrát. Na druhou stranu je však rovněž obdobím moudrosti, historických a životních zkušeností. V některých oblastech lidské činnosti dokonce stáří dosahuje srovnatelných nebo i lepších výsledků než samotné mládí. Je proto potřeba i této etapě ontogeneze věnovat náležitou pozornost, neboť i období stáří má neochvějný pozitivní přínos pro společnost.

K demografickým statistikám poukazujícím nemilosrdně na neustále se zvyšující počet seniorské populace je tak nezbytné přistupovat nikoliv jako k hrozbě budoucnosti,

⁴⁹ WOLF, J. et al. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982, str.52

⁵⁰ HORSKÁ, P. et al. Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy. Praha: Panorama, 1990, str.97

⁵¹ GRUSS, P. et al. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, str.43

⁵² Statistická ročenka České republiky 2009, ČSÚ

nýbrž jako k jisté šanci pro společnost. Je nutné změnit negativní myšlení i mnohdy hanlivý přístup společnosti. Na významu nabývá rozvíjení mezigeneračního dialogu, sociální soudržnosti a změna politiky stárnutí. Zvyšující se počet starších osob klade důraz na rozvoj produktů a služeb určených jejich potřebám. Vědomosti, zkušenosti, jakož i názory seniorů nesmí být vylučovány v rámci tvorby koncepčních změn. Potenciál seniorské populace je potřeba plně využít a tím vytvořit podmínky pro důstojný a zdravý život a pro posílení ekonomického růstu.

2. Kvalita života seniorů

2.1. Kvalita života a její dimenze

Kvalita života jako pojem nabývá v posledním desetiletí značného významu v mnoha vědních oborech. Pro svoji multidimenzionalitu, kulturní podmíněnost, dynamismus a velký subjektivní charakter není však kategorie kvality života založena na jednoznačném teoretickém základu.⁵³

Sociologové zaměřují svoji pozornost k různým sociálním skupinám. Kvalitu života porovnávají jak uvnitř určité populace, tak i na mezinárodní úrovni a hledají rozhodující sociologické faktory mající na kvalitu života vliv. Psychologové svůj zájem spíše orientují k životní pohodě jednotlivců a spokojenosti s vlastním životem jako takovým a snaží se kvalitu života prostřednictvím různých metod měřit.⁵⁴ Zdravotnictví naopak svůj základ staví na definici zdraví. Tím je míněn „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby (...)“⁵⁵

Samotný pojem kvality života bývá vymezován nesčetnými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) ji definuje „jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“⁵⁶

Nagpal naopak vychází z definice zdraví a vymezuje ji jako „komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.“⁵⁷

⁵³ VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, str. 11

⁵⁴ HNILICOVÁ, BENCKO, 2005: 657-658; citováno z ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVI, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.24.

⁵⁵ VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, str. 11

⁵⁶ VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, str. 11

⁵⁷ DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C., 1997:104; citováno z VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, str. 12

Vážanského teoretické vymezení kvality života je dáno „jako úroveň osobní pohody (well-being), spojené se životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, jako pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí.“⁵⁸

Kvalita života se vyznačuje dvojitou dimenzí.

Objektivní kvalita života monitoruje sociální podmínky života, sociální status, materiální zabezpečení a fyzické zdraví. Je jí tedy možno vymezit jako soubor sociálních, ekonomických, zdravotních a environmentálních podmínek ovlivňujících život člověka.

Subjektivní kvalita života sleduje, jaké je jedincovo vnímání vlastního postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Konečná spokojenost je odvislá od jeho osobních cílů, očekávání a zájmů.⁵⁹

Pokud jde konkrétně o seniorskou populaci, zde kvalita života získává obzvláště na významu a má na ni vliv celá řada faktorů. Mezi klíčové Žumárová et al. řadí zdraví, sociální prostředí, hmotné zabezpečení, bydlení, pracovní aktivitu, vzdělávání, zdravotní péči, životní styl, síť poskytovaných sociálních služeb a etické principy uplatňované ve společnosti.⁶⁰ Podle Vaďurové et al. by měl být proto proces zákonodárství v rámci zlepšování kvality života seniorů obzvláště soustředěn na rozšíření participace seniorů na chodu společnosti. Je nutné aplikovat řadu opatření zohledňujících stárnoucí populaci a napomáhajících jejímu zapojení do společnosti. Ukázkou takových opatření může být např. vyhovující systém veřejné dopravy, úprava komunikací, dále dostupnost programů zaměřených na cvičení, které umožňují starším lidem zlepšit jejich mobilitu či programy celoživotního vzdělávání, v sociálním sektoru pak poskytování pomůcek jako naslouchátek aj. s cílem zachovat maximální možné schopnosti komunikace.⁶¹ Programy fyzické a psychické aktivace a programy celoživotního vzdělávání jako prostředek k dosažení vyšší míry soběstačnosti,

⁵⁸ VÁŽANSKÝ, M. Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci. Brno: MSD, 2010, str. 21

⁵⁹ VYMĚTAL, 2001:198-199; citováno z VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, str. 17

⁶⁰ ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.15

⁶¹ VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, str. 102

nezávislosti a socializace potažmo kvality života vyzdvihuje rovněž Žumárová et al.⁶² Rabušič se dále nevyhýbá pokusům nastínit nutnost vytvořit specifické podmínky pro pracovníky nad 65 let. Doporučuje realizovat zaměstnávání seniorů s nově definovaným výkonem práce za úhradu, výkonem práce ve službách s případnými odměnami, při dobrovolných aktivitách v neziskových organizacích apod.⁶³

Haškovcová však v rámci dosahování kvalitního stáří a životní spokojenosti seniorů varuje před přílišnou aktivitou. V ní spatřuje jistou míru rizika. Dle dané autorky je nutné zachovávat jistou kontinuitu ve způsobu života, neboť životní spokojenost seniorů je vyšší tehdy, jestliže se životní styl starého člověka ve stáří příliš neliší od způsobu života ve středním věku.⁶⁴ Dle Langmeira et al. musí být respektovány individuální možnosti i přání každého člověka. Důležité je pomoci starému člověku nalézt motivaci pro vytváření dlouhodobých i krátkodobých cílů a umožnit mu prožít zážitek úspěchu. Za určitých okolností totiž může nadměrná aktivizace nabývat až charakteru týrání starých lidí.⁶⁵ Wolf et al. pak optimální řešení spatřuje v přestrukturování aktivit a udržení aktivit středního věku, které jsou vhodné i pro období stáří.⁶⁶

2.2. Strategie úspěšného stárnutí

2.2.1. Pedagogika a její vztah ke kvalitě života

Některé z hlavních faktorů, jimiž je dán stav organismu ve stáří, a mezi něž dle Mühlpachra náleží zákonitá biologická involuce, chorobné procesy, životní způsob (především aktivita a pasivita), životní podmínky a v neposlední řadě subjektivní hodnocení a prožívání, jsou významně ovlivnitelné.⁶⁷

Lidská vitalita, bohatý životní styl, činorodost, autonomie a pozitivní přístup k životu, které jsou jakýmsi synonymem kvality života ve stáří, musí být proto u jedince

⁶² ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVI, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.59

⁶³ Cit. z ORT, J. Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí). 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2004, str. 80

⁶⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 170

⁶⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. Aktualit.vydání. Praha: Grada, 2006, str.213

⁶⁶ WOLF, J. et al. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982, str. 70

⁶⁷ MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 34

budovány a prohlubovány již od útlého věku. Je zcela nemyslitelné vyžadovat od seniorů, aby se ze dne na den aktivně věnovali činnostem, k nimž od mládí nebyli vedeni a nemají k nim tudíž žádný vztah, či aby začali ihned zaujímat pozitivní přístup k životu. Svě důležité místo tak ve sféře kvality života hraje i výchova.

Vážanský výchovu označuje za dynamický proces vědomé a řízené socializace tvořící z jedince člověka pro život ve společnosti. Má prioritní význam u přenosu a osvojování si poznatků a dovedností důležitých při jednání umožňujícím každodenní přiměřené zvládnutí životní reality. Je člověku jakýmsi výchozím bodem k porozumění svému místu v kontextu života a vstupem do chápání přípravy a soukromého prožívání času pro celoživotní permanentní kultivaci. Výchova chápaná jako interakční proces vědomé a řízené socializace, která probíhá v určitém sociálním prostoru a čase mezi vychovávajícím a vychovávaným, se uskutečňuje pomocí aktivit a opatření cílevědomě zaměřených na ovlivňování jedince a to ve shodě se stanovenými cíly.⁶⁸ Dle Bakošové by se ve výchově měly zohledňovat veškeré poznatky o člověku a každý by měl být navíc vychováván tak, aby došlo ke spojení srdce a mysli, aby uměl žít život a dokázal jej naplnit trvalými hodnotami. Výsledkem daného procesu by měla být citlivost vůči necitlivosti jiných, soucítění s nemocnými, starými, bezmocnými a solidarita s lidmi, kteří zažili náročnou životní situaci. Výchova by měla být pojímána jako „výchova k pomoci“.⁶⁹

Jednou z vědních disciplín orientující svoji pozornost ke člověku, výchově a společnosti je sociální pedagogika. V širším pojetí, z něhož vychází většina autorů, se sociální pedagogika zaměřuje na běžný život jedince, na zvládání životních situací s akcentem na vnitřní potenciál jedince a jeho individualitu, na ochranu před rizikovými vlivy, vše s cílem realizovat takové změny v sociálním prostředí, které uvádí do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti.⁷⁰ Široké pojetí můžeme zpozorovat např. u Haškovce, jenž zastává mínění, že sociální by měla být pedagogika jako celek. P. Klíma a M. Cipro pak v rámci tohoto pojetí vyzdvihují otázku prevence. Cipro navíc v této souvislosti zmiňuje, že takový postup je v současné moderní společnosti o to těžší, že jednostranné vyzdvihování a prosazování práva jedince není

⁶⁸ VÁŽANSKÝ, M. Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci. Brno: MSD, 2010, str. 54-55

⁶⁹ BAKOŠOVÁ, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. SR: public promotion, s.r.o., 2008, str. 51-52

⁷⁰ KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, str.46

provázeno stejným důrazem na povinnost respektovat svobodu druhých.⁷¹ V užším pojetí se pak sociální pedagogika zabývá výchovným působením na ohrožené a sociálně znevýhodněné skupiny dětí, mládeže, dospělých i seniorů.⁷² Za představitele užšího vymezení sociální pedagogiky je možno např. označit Z. Mouchu či S. Klapilovou.

Hlavním tématem, který prostupuje celým oborem, je dle Krause rozvoj sociální kreativity a aktivizace sil každého vychovávaného. Důležitým se také stává formování životního způsobu (zájmovou orientací, nabídkou hodnotného využívání volného času, učením se schopnosti orientace v mezilidských vztazích a zvládním náročných životních situací).⁷³ Dle Bakošové je dále nezbytné, aby neodmyslitelným záměrem v rámci pomoci vychovávanému, bylo úsilí o jeho přesvědčení, že zodpovědnost za svůj život nese sám.⁷⁴ Vážanský nadto zdůrazňuje nutnost zaměřit pozornost k pochopení socioekonomické a sociokulturní zátěže různých sociálních skupin, tedy jejich vzdělávacích i kultivačních potřeb, trvalé upřesňování předmětu zkoumání, akceptaci globálních problémů společnosti (např. generačních, etnických, technizaci aj.)⁷⁵

Sociální pedagogika tak ztělesňuje jednu z vědních disciplín, která především v současné moderní společnosti vyznačující se individualismem, dravostí, dynamismem a mezigenerační intolerancí, nabývá na důležitosti. Svým výchovným působením a svojí činností se snaží v lidech opět ve větší míře vyvolat altruistické jednání, spolupráci a vzájemnou pomoc (především ve vztahu k potřebným). Napomáhá nejen mládeži, na kterou většina odborné literatury zaměřuje svoji pozornost, ale i seniorům prožít (nikoliv přežít) hodnotné stáří.

2.2.2. Aktivní stárnutí a stáří

Důležitost výchovy, ovlivnitelnost jednotlivých faktorů, jimiž je dán stav organismu ve stáří a kvality života v každém věku, vyzdvihuje i Ministerstvo práce a sociálních věcí v Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008-2012.

⁷¹ Cit. z KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, str.43

⁷² KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, str.44

⁷³ KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, str.45

⁷⁴ BAKOŠOVÁ, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. SR: public promotion, s.r.o., 2008, str. 58

⁷⁵ VÁŽANSKÝ, M. Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci. Brno: MSD, 2010, str. 65

Kvalitu života ve stáří považuje za takové průřezové téma a za takovou hodnotu, která vyžadují ucelený a komplexní přístup a spolupráci napříč sektory společnosti.⁷⁶ Jak jednotlivci, tak společnost jako celek nesou nedílnou odpovědnost za kvalitu života a za aktivní zapojení se do společnosti. Staří lidé by měli usilovat o aktivní roli a přínos společnosti a svoji důstojnost a aktivní postavení budovat již v průběhu života aktivním přístupem a odpovědností za vlastní život.⁷⁷

V obdobném duchu se vyjadřuje i celá vědecká obec. Oldřich Müller např. pojímá aktivitu jako jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života. Aktivita dle něj všeobecně vede k větší životní spokojenosti seniorů, neboť častěji zažívají kladný subjektivní prožitek, tj. např. příjemný pocit z dobře vykonané práce, z dobře stráveného času apod. Aktivita jim také napomáhá udržovat potřebnou tělesnou a duševní výkonnost a s nimi spojené smysluplné zapojení do společnosti.⁷⁸ Taktéž Čížková et al. uvádí, že aktivita umožňuje posílit pocit užitečnosti a uznání, zvyšuje sociální status člověka.⁷⁹ Thelenová v rámci aktivity klade důraz především na aktivitu duševní. Dle ní lze úspěšné stáří zajistit pouze duševní hygienou. Člověk psychicky odolný dokáže lépe zvládat nejen osobní překážky, ale i překážky nastolené sociálním systémem, čímž si dokáže zabezpečit vysokou míru sociální aktivity ve stáří.⁸⁰ V obdobném duchu se vyjadřuje i Ort, dle něhož je nezbytností, aby si staří lidé udržovali mysl v neustálé činnosti, byť třeba jen pasivní činností, tj. luštěním křížovek, sledováním soutěžních pořadů v televizi aj.⁸¹ Žumárová et al. naopak staví do popředí mobilitu. Pokles svalové výkonnosti považuje za jeden z nejvýznamnějších příznaků stárnutí. Svůj postoj dokresluje názorem Šipra, dle kterého pohybová aktivita pomáhá starším lidem udržet si nezávislost na cizí pomoci, předcházet vzniku chorob ve stáří a přispívá k uchování pocitu dobré pohody a duševní svěžesti.⁸²

⁷⁶ KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012. Praha: MPSV, 2008, str. 11

⁷⁷ KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012. Praha: MPSV, 2008, str. 15

⁷⁸ KOZÁKOVÁ, Z. et al. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, str. 36

⁷⁹ ČÍŽKOVÁ, J. et al. Přehled vývojové psychologie. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, str. 147

⁸⁰ THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 24

⁸¹ ORT, J. Kapitoly ze sociologie stáří (společenské a sociální aspekty stárnutí). 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně. Pedagogická fakulta, 2004, str. 82

⁸² ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.59

Aktivitu seniorů je možno označit za výsledný produkt procesu jejich aktivizace. Jedná se o nejrůznější oblasti, ve kterých se může aktivita seniorů uskutečňovat a o možnosti, jak vhodně a úspěšně staré lidi aktivovat.

Mezi oblasti aktivizace seniorů dle Oldřicha Müllera může např. patřit:

- rehabilitační péče ve zdravotnictví (např. fyzioterapeutické postupy),
- podpora rovnosti příležitostí na trhu práce a podpora zaměstnávání seniorů jako prodloužení „aktivní“ fáze jejich života,
- dostatečná nabídka různých forem institucionálně vedeného vzdělávání seniorů (např. univerzit třetího věku, speciálněpedagogických intervencí u osob se zdravotním postižením) a jejich adekvátního obsahu (výzkumy např. prokazují zájem o jazyky, počítače, zdravý životní styl),
- dostatečná nabídka možností uplatňování zájmových aktivit (frekventovanými jsou např. četba, turistika, zahrádkářství),
- dostatečná nabídka možností společenského života (tu mohou nabízet např. kluby důchodcům, centra pro seniory),
- rovnost příležitostí k zapojení do veřejného života (může např. jít o možnost seberealizace formou dobrovolnické práce s dětmi).⁸³

2.2.3. Osobní autonomie seniorů

Kvalita života seniorů a s ní související subjektivní pocit pohody je ovlivňována přijatelným životním stylem seniorů. Jeho udržitelnost je hlavním úkolem stáří a podmínkou k jeho dosažení je:

- udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti,
- udržení či znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti,
- udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostačivosti a nepotřebnosti.⁸⁴

⁸³ KOZÁKOVÁ, Z. et al. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, str. 37-38

⁸⁴ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 399

Termín osobní autonomie jako takový je považován za těžko uchopitelný, používá se velmi volně. Dle řady autorů je jakýmsi ekvivalentem k individuální svobodě, samosprávě nebo suverenitě, sebeovládání. Někdy je chápán jako svobodná vůle či volba, resp. rozhodování. Je dáván do spojitosti s kritičností a nezávislostí v utváření a vyjadřování názorů, přesvědčení, s reflexí vlastních zájmů, jejich prosazováním, se samostatným určováním a naplňováním cílů, projektů a plánů, realizací vlastních hodnot.⁸⁵ Podle Pichauda et al. je autonomii možno jednoduše chápat jako schopnost vést život podle vlastních pravidel. Být autonomní znamená zůstat pánem svého chování a způsobu života.⁸⁶ Dle Sýkorové je pak uchování autonomie synonymem zvládnání stáří.⁸⁷

Autonomie se pro seniory stává velmi důležitou hodnotou. Současná moderní a konzumní společnost však tento status kompetentních a autonomních jedinců seniorům spíše odebírá. Pohlíží na období stáří spíše jako na dobu fyzického a duševního chátrání, seniory vidí z pohledu osob odkázaných na sociální podporu a zdravotní péči. Potřeby těchto osob interpretuje mladší generace, která si rovněž přisvojuje právo o seniorech rozhodovat. Snaží se podřídit autonomii stárnoucích lidí svému diktátu.

V chápání autonomie ze strany seniorů i mladší generace lze vidět tedy určité odlišnosti. Senioři chápou autonomii především jako samostatné zvládnání běžných každodenních činností, tedy jako fyzickou soběstačnost, výrazně podmiňovanou zdravím. Autonomii především spojují se zajištěním základních potřeb, jídla, osobní hygieny, obstaráním vlastní domácnosti.⁸⁸ Soběstačnost fyzickou pak doplňují soběstačností finanční, tj. schopností sám se uživit, nebýt na nikom vázán. Pro seniory je také autonomie mnohem více spojena se svobodou rozhodování, jež je takřka ze strany střední generace opomíjena.⁸⁹ Střední generaci, tj. dětem seniorů, osobní autonomie naopak více splývá se samostatným bydlením a finanční samostatností. Tuto pak doplňují o samostatnost fyzickou. Termín autonomie na rozdíl od seniorů rozšiřuje

⁸⁵ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 73

⁸⁶ PICAUD, C. et al. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, co doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, str.44

⁸⁷ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 212

⁸⁸ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 85

⁸⁹ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 91

o volnočasové aktivity. Střední generace také na rozdíl od seniorů jen velmi zřídka spojuje autonomii s psychickou soběstačností a se samostatným rozhodováním.⁹⁰

K dosažení skutečné autonomie, je dle Pichauda et al. potřeba, aby byly naplněny základní podmínky. Jedinec musí mít jednak schopnost volby, svobodného rozhodování a jednání v souladu se svými potřebami (musí být vybaven fyzicky, rozumově a sociálně), dále musí chtít tuto schopnost uplatnit, tedy být motivován k samostatné péči a rozhodování o sobě a v neposlední řadě musí mít možnost autonomii uplatnit, tedy žít v příhodném prostředí pro uplatnění autonomie.⁹¹

Pro seniory tak v rámci zachování autonomie mohou nabývat na významu rozličné sociální služby. Především starší občané a osoby s většími zdravotními problémy mohou nadále žít v prostředí, na které jsou zvyklí a které mají rádi, zásluhou placené pomoci profesionálů. Jedná se např. o pečovatelskou službu zajišťující seniorům dovoz obědů, či o službu osobní asistence představující pomoc dobrovolníků při úklidu, zvládání osobní hygieny atd., o denní stacionáře aj. Vzhledem k tomu, že jde o službu placenou, nedostavuje se navíc u starého člověka pocit závaznosti a povinnosti pomoc oplatit.

2.3. Dílčí závěr

Demografické statistiky jednoznačně ukazují na nárůst seniorské populace. Prioritou mnoha vědních oborů, včetně gerontologie, se proto stává pojem kvalita života. Lze ji chápat jako stav fyzické, psychické i sociální pohody, štěstí a spokojenosti. K zajištění a zvýšení kvality života seniorů je potřeba provádět preventivní i koncepční opatření na poli oblastní i celostátní politiky. Na významu nabývají změny v oblasti dopravy, zdravotních i sociálních služeb, volnočasových aktivit, kulturního vyžití aj. Pozornost musí být věnována potřebám, přáním, jakož i specifickým rizikům postihujícím seniory. Nezbytností je i participace seniorů na chodu společnosti.

⁹⁰ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 88-89

⁹¹ PICHAUD, C. et al. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, co doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, str.46

Zdraví a kvalita života seniorů je dále ve značné míře podmíněna životními událostmi a životním stylem. Jistou důležitost tak získává i celoživotní individuální přístup jednotlivců ke svému zdraví i životu, tedy otázka prevence a výchovy. Je nemyslitelné, aby byly pouze napravovány či kompenzovány již vzniklé poruchy seniorů. Naopak již v dětství musí být u každého jedince budován zdravý životní styl a duševní hygiena, aktivní přístup k životu, autonomie a schopnost orientovat se v mezilidských vztazích. Mládež je nutné kultivovat k mezigenerační soudržnosti, vstřícnosti, solidaritě a sociální interakci. Je potřeba zdůrazňovat roli rodiny v rámci poskytování péče, podpory a pomoci starým lidem, jakož i zvyšovat povědomí o stárnutí a potřebách ve stáří.

3. Sociální problémy seniorů

3.1. Souhrn rizik seniorské populace

V současné společnosti, v níž převládá kult krásy, aktivity, produktivity, se seniorská populace stává ohroženou. Svoji odlišností, individualismem, který je dán svébytnými generačními zkušenostmi, znalostmi, návyky, jsou jednotlivé seniorské kohorty, náchylné a ohroženy riziky, mezi něž patří:

- pauperizace, ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení),
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriorní podezírání z přítomnosti diskreditujících postižení (demence),
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb,
- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí (penzionování),
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním,
- rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikace,
- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti,
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností,
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.⁹²

Vnitrostátní i mezinárodní instituce tak stojí před nelehkým úkolem - koordinovanou, komplexní činností přispět k nezávislosti, účasti, tj. zařazení do společnosti, péči, seberealizaci a důstojnosti seniorů (viz Principy spojených národů pro

⁹² MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 38

starší osoby přijaté v roce 1991 Valným shromážděním OSN).⁹³ Svým přičiněním se stát spoluvůrcem toho, že se generace seniorů postupem času stane sociální a emocionální oporou mladé generaci.

V rámci České republiky dokumentem podporujícím sounáležitost osob všech věkových skupin a aktivního života ve stáří je Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 vydaný Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2008. Ten navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007, který „vychází z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí z roku 1982 (Vídeň), ze Zásad OSN pro seniory z roku 1991 v souladu se závěry II. Světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu, které se konalo v roce 8.-12.4.2002 a z přijatého Mezinárodního plánu stárnutí 2002.“⁹⁴

3.2. Senior a maladaptace spojená s penzionováním

3.2.1. Ztráta aktivity a společenské prestiže

Prvním významným rizikem spojeným se stářím, na něž se váže řada negativních faktorů je věková diskriminace a s ní poutané penzionování starých osob. Především vyspělé společnosti, kladoucí důraz na dynamismus, dravost, výkonnost a flexibilitu, se stávají vůči starým lidem nemilosrdné. Mladá generace se snaží v takové společnosti obstát, vytěžit z ní maximum, často na úkor stáří a mezigenerační solidarity. Starší lidé se hůře resocializují, jsou méně přizpůsobiví novým trendům, což vede ve svém důsledku k tomu, že bývají v zaměstnání nahrazováni mladšími, výkonnějšími pracovníky. Řada starších lidí je tak nucena odcházet ihned po dosažení věkové hranice nutné pro penzionování často i do tzv. předčasného důchodu.

Tuto skutečnost podtrhují i samotné statistiky. Dle Vidovičové bylo v průzkumech činěných v letech 2003-2007 zjištěno, že až 64% dotazovaných věří

⁹³ KOZÁKOVÁ, Z. et al. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, str. 25

⁹⁴ KOZÁKOVÁ, Z. et al. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, str. 26

tomu, že v zaměstnání přinejmenším občas záleží na tom, kolik je člověku let.⁹⁵ S výrokem, že „starší by měli uvolňovat svá místa mladším, protože ti jsou výkonnější a schopnější“, vyjádřilo v roce 2003 souhlas 40% dotazovaných ve věku 18-80 let, v roce 2007 to bylo již celých 47% respondentů. Při sledování rozhodného souhlasu se tento dokonce zdvojnásobil a to z 6% na 12%.⁹⁶ Rovněž statistický úřad ve zprávě o zaměstnanosti osob předdůchodového a důchodového věku z roku 2010 vyslovil, že vážný problém se ukazuje v zaměstnávání osob v předdůchodovém a důchodovém věku. Míra zaměstnanosti těchto lidí je v České republice relativně nízká a zůstává pod průměrem zemí Evropské unie. U nejstarší pětileté skupiny 60-64 let je vykazována zaměstnanost ve výši 25 %. V zemích Evropské unie průměr přesahuje 30%. Z porovnání v rámci Evropské unie vyplývá, že na problému se nepodílí jen demografický vývoj, národní kultura či společenské zvyky, ale do určité míry i regulace pracovního trhu, chování zaměstnavatelů a státní politika zaměstnanosti.⁹⁷

Penzionováním dochází ke změně sociální role jedince. Pro řadu seniorů je odchod do důchodu spojen s duševním otřesem. Dochází k náhlému přetrhání dosavadních pracovních kontaktů, k nečinnosti, objevují se pocity nepotřebnosti, vyřazenosti z kolektivu, dochází ke stereotypizaci, ke ztrátě programu. Penzisté se ocitají ve stavu závislosti na společnosti, ve stavu ztráty společenské prestiže a u řady z nich navíc dochází k náhlému poklesu sebevědomí.

Dle Pacovského se penzionovaný člověk dostává do role „nemít roli“⁹⁸ a psycholog Pavel Říčan poukazuje na to, že samotný termín „odchod do penze“ je minusové povahy.⁹⁹ Rabušic pak uvádí, že právě akt odchodu do důchodu činí člověka skutečně starým.¹⁰⁰ Řada odborníků dokonce neváhá přistoupit k označení tohoto údobí „*penzijním kolapsem, penzijním debaklem nebo dokonce penzijní smrtí.*“¹⁰¹ Srnec navíc uvádí, že rizikovou skupinou v daném směru se stávají především muži, neboť u žen se

⁹⁵ VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 168

⁹⁶ VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 169

⁹⁷ FERENC, J. Zaměstnanost osob předdůchodového a důchodového věku. Referát statisticko-ekonomických analýz ČSÚ, 2010, str. 1

⁹⁸ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 46

⁹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 113

¹⁰⁰ RABUŠIC, L. Česká společnost a senioři: sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, str. 25

¹⁰¹ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 114

dostávají změny v sociálních rolích a v životních situacích pozvolna, mají tedy více času na přizpůsobení.¹⁰²

Tato situace zůstává do dnešních dnů beze změny. Dle statistického úřadu a zprávy o zaměstnanosti osob předdůchodového a důchodového věku z roku 2010 jsou více než muži nedostatkem pracovních příležitostí postiženy ženy nad 55 let. U nejstarší pětileté skupiny 60 až 64 let činí míra zaměstnanosti žen v ČR 14,6%, u mužů je tomu 36,5%.¹⁰³ Ženy jsou tak již nuceny dříve zahájit readaptaci na vzniklou situaci, tj. nezaměstnanost, navíc více než muži jsou vázány ke své rodině, péči o děti, vnoučata, což vyplňuje jejich činnost a dává jejich životu smysl.

3.2.2. Fáze přípravy na stáří

Právě pozvolnost procesu a příprava na stáří je důležitým mezníkem ke kvalitnímu životu ve stáří. Pro české seniory je typické, že nad penzí a životem v ní nepřemýšlí. V současné hektické době lidé budují především kariéru, rozšiřují svoji kvalifikaci, snaží se dosáhnout co nejlepšího společenského statusu a uznání společnosti. Mnozí z nich si pak ani neuvědomí, že za krátký čas dosáhnou důchodového věku. Nepřemýšlí nad tím, jak organizovat svůj čas v penzi, v období počátku penzionování pak zažívají o to větší pocit roztrpčení a bezmoci. Rabušic v této souvislosti konstatuje, že život v důchodu se pro mnohé stává namísto třetího věku plného aktivity a rozvíjejících se zájmů, na něž dříve nebyl čas, pouhým dožíváním.¹⁰⁴ Podle Klevetové k tomuto stavu přispívá i sama společnost, ve které stále přetrvává model šedesátých let. Ten viděl úspěšné stárnutí v trávení volného času v klidu domova, v ochotě přijmout změnu sociálních rolí a dobrovolně nést sociální osamělost ve stáří. Ani společnost tedy nepřipravovala žádné programy pro seniory spojené s odchodem do důchodu.¹⁰⁵

Tato situace však naznává postupných změn a to i díky řadě odborníků předkládajících nespočet koncepcí úspěšného stárnutí a stáří. Haškovcová v obecné

¹⁰² WOLF, J. et al. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982, str. 157

¹⁰³ FERENC, J. Zaměstnanost osob předdůchodového a důchodového věku. Referát statisticko-ekonomických analýz ČSÚ, 2010, str. 4

¹⁰⁴ RABUŠIC, L. Česká společnost stárne. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, str. 146

¹⁰⁵ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, str. 14

rovině navrhuje již v produktivním věku zvolnit tempo, porozumět alespoň rámcově svému budoucímu stáří a vytyčit si přiměřený cíl.¹⁰⁶ Krain pak v rámci dané problematiky vyzdvihuje nutnost nahradit věkovou diferenciací do tří období, tj. do období předpracovního neboli školního, pracovního a popracovního neboli důchodového, věkovou integrací, tedy propojováním celoživotního vzdělání, práce a zájmových aktivit v jeden celek. Jde o koncept „kvalitního stárnutí“ (ageing well).¹⁰⁷

Ort dále uvádí čtyři funkce výchovy ke stáří ve stáří:

- *preventivní* – výchovná a vzdělávací opatření se provádějí v předstihu,
- *rehabilitační* - dbá se přitom na obnovení vyváženého stavu duševní a fyzické kondice,
- *anticipační* - sleduje se vyladění seniora,
- *posilovací* - pomáhá upevnit minulé vzdělávací akce.¹⁰⁸

Posledně jmenovanou funkci výchovy upřednostňuje i Livečka. Snahou by měla být apelace na zájmy, schopnosti a potřeby starých lidí. Měla by být podporována jejich aktivita, kultivovány jejich zájmy a koníčky, měl by být kladen důraz na výchovnou sféru tělesného i kognitivního výcviku tak, aby i v nejpozdějším věku zůstali staří lidé v aktivní komunikaci se svým okolím.¹⁰⁹

Pacovský přípravu na stáří člení do tří časových etap a to na:

- *dlouhodobou přípravu na stáří* zdůrazňující především celoživotní vzdělávání. Nejedná se však pouze o učení jedince společenské aktivitě, o rozvoj zájmů, o vzdělávání, správnou životosprávu apod., ale jde o působení na celou populaci. Ta musí být vedena k mezigenerační solidaritě. Především výchova dětí musí být zaměřena k úctě ke starším. Musí být učeny k provádění alespoň drobných služeb seniorům, čímž se naučí rozumět jejich potřebám a jednat s nimi;

¹⁰⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 132

¹⁰⁷ Cit. z RABUŠIC, L. Česká společnost a senioři: sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, str. 43

¹⁰⁸ ORT, J. Kapitoly ze sociologie stáří (společenské a sociální aspekty stárnutí). 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně. Pedagogická fakulta, 2004, str. 82

¹⁰⁹ WOLF, J. et al. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982, str. 295

- *středně dlouhou přípravu na stáří*, která by měla být zahájena kolem 45 roku věku. V biologické rovině je vyzdvihována zásada správného životního způsobu (dostatek pohybu, aktivní odpočinek, správná životospráva, odbourávání negativních a škodlivých návyků). V psychologické rovině se má člověk naučit především duševní hygieně a přijímat stáří jako součást života. V sociální rovině se příprava zaobírá pěstováním mimopracovních aktivit, navazováním nových sociálních vztahů vně pracoviště, věnování se koníčkům. Člověk si tak postupně vytváří náhradní program, kterému se může věnovat i v důchodu a novými vztahy pak předchází vzniku věkové segregace a izolace;
- *krátkodobou přípravu na stáří*. Ta začíná 3 až 5 let před odchodem do důchodu. Jde o období zacílené na zvládnutí rizik spojených s penzionováním a o získávání kvalitních informací o možnostech způsobů života ve stáří. Stárnoucí člověk by měl též uvést do pořádku svůj zdravotní stav, tj. léčit nemoci, na které v průběhu své profesní dráhy neměl čas. Patří sem však i příprava na roli důchodce, organizační příprava, tj. příprava dokumentů důležitých pro odchod do důchodu z hlediska legislativy.¹¹⁰

Vágnerová naopak přípravu a adaptaci na důchod dělí do jednotlivých fází a to na :

- *fázi přípravy na důchod, která má funkci anticipující adaptace umožňující stárnoucím lidem zvažovat výhody různých možností daných novou pozicí*. Je prokázáno, že lidé, kteří se na odchod do důchodu připravovali nejméně dva roky předem, sžívali se se svou rolí a zvládali svou pozici daleko lépe než lidé nepřipraveni, obecně se cítili spokojenějšími;
- *fázi bezprostřední reakce na změnu*. Jde o období, kdy se jedinec nachází ve fázi přechodu z dosavadního způsobu života, ale dosud se neadaptoval a nevytvořil si svůj nový životní styl. Křivka spokojenosti s odchodem do důchodu může v první fázi stoupat a poté přibližně 18 měsíců klesat nebo naopak. Později se ustálí;
- *fázi deziluze a postupného přizpůsobování*. Řada důchodců, byť se i na dobu „odpočinku“ těšili, postupně zažívá prázdnotu a pocit nudy. Odpočinuli si, učinili to, co si na začátek důchodu naplánovali a najednou si začínají již s konečnou platností uvědomovat, že se jejich život změnil. V předmětné fázi se senioři snaží najít nový zvládnutelný a zároveň uspokojující životní stereotyp;

¹¹⁰ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 55

- *fázi adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu.* Dochází k upevnění nového životního programu, který nabývá trvalejší struktury. Stabilizuje se rovněž změna v sociálních kontaktech.¹¹¹

3.3. Senior a rodina

3.3.1. Mezigenerační vztahy

Rodina a vzájemné vztahy s tzv. významnými druhými hrají v životě starého člověka jednu z nejdůležitějších rolí. S přibývajícím věkem starý člověk intenzivněji prožívá vztahy se svými blízkými nejen proto, že je způsobilý hlouběji prožít a ocenit lásku, ale i z toho důvodu, že dochází ke ztenčení řady vrstevnických kamarádů a snižování rozsahu nejrůznějších aktivit. Často jediný sociální kontakt se světem, udržujícím ve starém člověku pocit sounáležitosti k druhým, je tak zprostředkováván právě rodinou.

Starý člověk je sice schopen bez rodiny, díky současné legislativě, na rozdíl od dob dávno minulých, přežít, nezůstane bez prostředků. Je mu poskytnut adekvátní důchod, zdravotní péče, sociální služby aj. Subvence státu však takovému člověku nedokáže pomoci s emoční vyprahlostí, osamělostí, pocitem nadbytečnosti. To mohou učinit pouze nejbližší.

Sýkorová v kontextu familiární konstelace seniorů poukazuje na některé vlivné gerontosociologické teorie, jež hovoří o existenci tzv. aktivního managementu sociálních vztahů ze strany seniorů. Ten spočívá v autonomní selekci sociálních sítí a koncentraci starých lidí pouze na vztahy přinášející jim psychickou a sociální satisfakci. Jde především o vazby k významným druhým, nejčastěji nejbližším příbuzným, s nimiž je spojují silná afektivní pouta a dlouhá historie vzájemných směn.¹¹² Tento závěr Vágnerová podporuje tvrzením, že ve stáří dochází k nárůstu manželské spokojenosti. Jeden z důvodů posílení vazby na partnera vidí Vágnerová právě v omezení extrafamiliárních sociálních kontaktů a dále ve větší potřebě citové

¹¹¹ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 361-362

¹¹² SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 159

opory a jistoty, kterou starému člověku může poskytnout jen blízký člověk.¹¹³ V neposlední řadě zvětšující se důležitost rodinných vztahů potvrzuje i několik kvalitativních studií, v nichž sociální kontakty, sounáležitost a emocionální podpora byly označeny za nejdůležitější témata starších osob.¹¹⁴

Vztah mezi generacemi rodiny má nicméně i svá úskalí. Podle Kurta Lüschera a Karla Pillemera se vyznačuje ambivalencí mezi autonomií a závislostí.¹¹⁵ A právě tato ambivalence vnáší do rodinných vazeb rozbroje. Dle Sýkorové totiž dochází k určité konfrontaci mezi vysokou mírou očekávání soudržnosti, pospolitosti uvnitř rodiny a úsilím o udržení osobní autonomie.¹¹⁶ Tento fakt podporuje i teorie konfliktu, dle níž se v prostoru rodiny soutěží o vzácné zdroje jako jsou majetek, informace, city, prosazení vlastních cílů, resp. se soutěží o kontrolu ostatních. Samotné stáří pak s sebou „nese oslabení nebo ztrátu určitých zdrojů a moci rodičů, zatímco obvykle sílí zdroje a moc dospělých dětí.“¹¹⁷ Starý člověk se tak často dostává do situace, kdy si neuvědomuje, že již nezastává svoji roli jako za mlada, že má daleko menší prostor, aby uplatnil svůj vliv při rozhodování v rámci rodiny a i v pokročilém věku očekává zájem o svoji osobu a neustále se snaží „monitorovat dobro“ svých dětí. Uvědomění si změny svého postavení v rámci rodiny či případná úplná ztráta role má na psychiku starého člověka velký vliv. Srnec v této souvislosti uvádí, že reakce na ztrátu vlivu na mladší členy rodiny je o to větší, čím autoritativnější roli takový člověk zastával v mládí.¹¹⁸

Vztah mezi rodiči a dětmi je ve většině případů rovněž charakteristický tím, že děti pocítují nutnost a jsou připraveny svým rodičům pomáhat a oplácet jim čas, který věnovali jim jako dětem v dětství či mládí. Na druhé straně se ale bojí, v souvislosti s perspektivou závislosti rodičů, že kvůli svým rodičům přijdou o dosavadní způsob života a svobodu rozhodování. Dle Sýkorové se tak soběstačnost rodičů stává pro děti determinantou jejich vlastní autonomie. Znamená to, že nejsou nijak omezováni, mohou

¹¹³ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 369

¹¹⁴ Heathcote, 2000, Lang, 2001, Wilken et al., 2002, citováno dle SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 166

¹¹⁵ Cit. z SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 159

¹¹⁶ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 161

¹¹⁷ KLEIN, WHITE, 1996; citováno dle SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 161

¹¹⁸ WOLF, J. et al. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda, 1982, str. 155

dělat, co chtějí a mohou „žít vlastním životem.“¹¹⁹ Kromě toho Sýkorová poukazuje, zejména u starých lidí žijících v manželství, na očividné spoléhání jejich dětí na to, že si rodiče jako pár pokaždé sám poradí.¹²⁰ Haškovcová navíc vidí první léta života seniorů v penzi, z pohledu zachování autonomie u dětí i jejich rodičů, za bezproblémová. Staří lidé jsou stále ve formě a potřebují-li pomoc svých dětí, pak jen ve výjimečných situacích, které děti zvládají bravurně. Rovněž pomoc v nemoci, jež má v tomto období dočasný charakter, je ze strany dětí bezproblémová.¹²¹ Pokud jde naopak o rodiče, ti zase dávají často svým dětem různé finanční dary a tím splácejí jejich nynější podporu či si aktuální pomocí dětem „předplácejí“ jejich budoucí osobní péči ve stáří.¹²² Tato skutečnost však vede ve svém důsledku k řadě problémů. Děti se jednak cítí za lásku a pomoc, kterou jim rodiče v životě věnovali, jakož i za finanční podporu, kterou jim poskytují ve stáří, zavázání a pocítují dilema, zda věnovat svůj čas a případně v jaké výměře i svým rodičům, či zda jej plně věnovat své vlastní prokreační rodině.

K vyhocení celé situace dochází v případě, že starý rodič přestává zvládat péči o svoji osobu, nejdříve žádá své děti stále častěji o radu a pomoc, později se stává imobilním, závislým na svém okolí. Haškovcová neváhá označit za ty, co v rámci volby mezi právy dospělých dětí a povinností vůči starým členům rodiny prohrají, právě staré lidi. Péče o ně je pojmána jako úkorná zátěž a nikoliv jako samozřejmá povinnost.¹²³ Zmiňovaná autorka navíc za překvapující označuje tu skutečnost, že v dané situaci se velmi často objevují případy, že se starým lidem nedostane pomoci od „nejoblíbenějšího z dětí“. Naopak těmi, co pomáhají a dělají to ze všech nejraději, jsou vnuci a vnučky.¹²⁴

Langmeier et al. v souvislosti se stavem bezmocnosti a závislosti starých lidí na péči druhých podotýká, že tento stav představuje pro rodinu obrovskou zátěž, zvláště za situace, kdy se u starého člověka začne projevovat degenerace mentálních schopností či patologické změny.¹²⁵ Vágnerová tuto fázi závislosti seniorů spojuje se vznikem

¹¹⁹ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 115

¹²⁰ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 115

¹²¹ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 221

¹²² SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 115

¹²³ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 229

¹²⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 225

¹²⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. Aktualit. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 201

vztahové asymetrie.¹²⁶ Až polovina osob středního věku pečující o takto „postižené“ osoby udává, že pociťuje závažné stresy spojené s péčí o stárnoucí rodiče. Tato péče u nich způsobuje celkové emoční vyčerpání¹²⁷ a v mnoha případech končí „odložením“ seniora do domova důchodců či jiné zdravotní či léčebné instituce. Zatěžkávací zkouškou, která může být vyhrocena až v patologické jednání pečující osoby, je stav, kdy přetrvávají nedořešené konflikty mezi rodiči a dětmi. V takovém případě projevy nemoci u starého člověka či jeho imobilita mohou být ze strany dětí vnímány jako neochota nebo zlovůle, kterou syn či dcera v krajním případě oplácí i týráním či jiným nelidským zacházením. Aby k takovým vyhroceným situacím, k umístování starých lidí do ústavní péče, či v extrémním případě, k patologickým projevům, nedocházelo a o starého člověka mohlo být postaráno v jeho domácím prostředí, je podle Pacovského nutností, aby péče ze strany rodinných příslušníků o takového člověka splňovala současně tři základní podmínky:

- aby rodina o nesoběstačného geronta chtěla pečovat,
- aby o něj pečovat mohla,
- aby to uměla.¹²⁸

Snaha a schopnost pečovat o staré nejbližší však dle Klevetové nestačí. Jistou roli zde musí sehrát i sama společnost. Jejím úkolem by mělo být jednak rodinu morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně motivovat a současně vytvořit dostatečné spektrum a kapacitu sociálních služeb.¹²⁹ Do popředí tedy vystupuje i nutnost najít a zajistit vhodný způsob, jakým ulehčit psychické a fyzické zátěži starající se osobě a tím poskytnout patřičnou péči o nesamostatného jedince. Jedním z možných způsobů řešení, který nabízí Sýkorová, je využití kombinace domácí pečovatelské a zdravotní služby, denního stacionáře a širší rodiny. Jejich vzájemnou kombinací by došlo k rozštěpení odpovědnosti i psychické zátěže mezi jednotlivé členy rodiny a pomáhající instituce, současně by si starající osoba zachovala patřičný díl autonomie a vnitřního klidu a nemusela by případně opouštět své stálé zaměstnání.¹³⁰ Prožívaný stres, jenž bývá označován jako jeden ze zásadních důvodů, proč jsou staří jedinci do domovů

¹²⁶ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 392

¹²⁷ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. Aktualit.vydání. Praha: Grada, 2006, str.201

¹²⁸ PACOVSKÝ, V. O stárumí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 54

¹²⁹ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, str. 82

¹³⁰ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 205

důchodců či jiných institucí umístování, je tak rozměňován a snižuje riziko negativního postoje k seniorovi.

Jednou z nejvýznamnějších rolí, kterou v rámci mezigeneračních vztahů senior zastává, je **role prarodiče**. V dnešní hektické době se pro řadu rodičů s malými dětmi pomoc prarodičů stává nezbytností. Styk prarodičů s dětmi, pokud je správně nastaven, obohacuje nejen děti, ale i prarodiče. Přispívá k rozšíření obzoru starých lidí, k navazování nových společenských styků a oprávněně vzbuzuje u starého člověka pocit důležitosti a potřebnosti.

Uhlendorff v souvislosti s rolí prarodiče zmiňuje, že čas strávený s vnoučaty je pro prarodiče zdrojem energie, umožňuje jim smířit se s doposud prožitým životem, lépe se vyrovnávají s konečností života.¹³¹ Dle Žumárové prarodiče díky vztahu se svými vnoučaty nabývají pocitu, že jsou na světě užiteční, že mohou ostatním stále pomáhat.¹³² Balogová dále hovoří o prarodiči jako o tmelícím prvku mezi rodiči a vnoučaty a to zvláště v období puberty. Celkově pak mezigenerační integrace podle této autorky utváří místo pro tvorbu identity člověka (jak prarodiče, tak vnoučete), jako jedinečné bytosti, na kterou mají vliv adresné sociální vztahy těch nejbližších.¹³³ Vágnerová nadto prarodiče označuje za nositele rodinné tradice a rodinných příběhů, které předávají nejmladší generaci.¹³⁴ Pokud jde o samotná vnoučata, těm dle Langmeiera et al. péče prarodičů přináší zejména nové intelektuální a citové podněty důležité pro zdravý a plný vývoj dítěte, umožňuje jim poznávat a respektovat zvláštní potřeby starých lidí.¹³⁵ Dle Vágnerové bývá kromě toho smrt prarodičů pro vnoučata jedním ze symbolických mezníků definitivního konce jejich dětství.¹³⁶

I přes řadu pozitivních aspektů však i tato role může přinášet řadu problémů. Dle Sýkorové senioři oplývají ke svým vnoučatům láskyplným vztahem, na škále dokonce i „kvalitnějším“ než k dospělým dětem.¹³⁷ Oproštěnost od odpovědnosti a nižší

¹³¹ Cit. z ŽUMÁROVÁ, M., BALOGO VÁ, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.85

¹³² ŽUMÁROVÁ, M., BALOGO VÁ, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.81

¹³³ ŽUMÁROVÁ, M., BALOGO VÁ, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.73

¹³⁴ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 392

¹³⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. Aktualit.vydání. Praha: Grada, 2006, str.200

¹³⁶ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 394

¹³⁷ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, str. 175

očekávání než u vlastních dětí, klade do popředí emocionalitu. Tato skutečnost však vede často k tomu, že prarodiče svá vnoučata rozmazlují, povolují jim to, co rodiče striktně zakazují a rodiče mohou mít pocit, že prarodič nabourává jejich autoritu k vlastním dětem. Je tak u nich budován pocit ohrožení vlastní autonomie, negativní postoj, který vede k tomu, že se proti zasahování prarodičů do výchovy často i méně „šetrně“ ohradí. I Žumárová varuje před přílišným zasahováním do kompetence rodičů, byť připouští, že jednou z rolí babiček a dědečků je i schopnost poradit.¹³⁸ Dle Langmeiera et al. může být navíc vývoj dítěte negativně poznamenán pejorativními poznámkami prarodičů na adresu rodičů.¹³⁹

V konečném důsledku může vyhrocená situace vyústit až v negativní vztah, kdy jedna strana napadá druhou či přetrhává veškeré kontakty a to i kontakty vnoučat s prarodiči. Vzhledem k tomu, že právě prarodiče velmi silně prožívají vztah se svými vnoučaty, může vést přetrhání vazeb až k nezájmu, lhostejnosti, silné apatii a osamělosti prarodiče. Litoměřický et al. v této souvislosti poukazuje na dlouhodobé poznatky z práce se starými lidmi, které právě ukazují, že nepochopení starému člověku, jeho potřebám a z toho plynoucí nepozornost až lhostejnost k němu, jsou původcem poklesu jeho samostatnosti, nemožnosti a odkázanosti na pomoc jiné osoby.¹⁴⁰

I přes řadu problémů, které se mohou ve vztahu prarodič versus vnouče vyskytnout, je možné tento označit za velmi přínosný pro obě strany. Vnoučata si ve většině případů svých prarodičů váží, mají je rády, považují je za zdroj moudrosti. Tento pěkný postoj však již bohužel neumí aplikovat ve vztahu k seniorské populaci jako celku. Tuto považují za starou. Ostatní již pro ně nejsou moudrou babičkou a dědečkem, ale „babkou“ a „dědkem“, co si pořád na něco stěžují. Situace je způsobena obzvláště špatnou prezentací seniorské populace jako celku. Senioři jsou prezentováni, obzvláště v médiích, jako nemožní, závislí na pomoci, jako přítěž společnosti. Děti tak v reálu nevidí přínos, který takový člověk pro ně může mít, znají blíže jen svoji babičku či dědečka.

¹³⁸ ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. Mezigenerační mosty. 1. vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.84

¹³⁹ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. Aktualit.vydání. Praha: Grada, 2006, str.201

¹⁴⁰ LITOMERICKÝ, Š., KREJČÍK, Š. Starý člověk v rodině. 1.vyd. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1985, str.5

3.3.2. Ztráta blízké osoby

Dalším významným prvkem identity starého člověka je existence životního partnera. Napomáhá uspokojovat hlavní potřeby seniorského věku a to potřebu stimulace, orientace a smysluplného učení, citové jistoty a bezpečí a v neposlední řadě potřebu seberealizace.¹⁴¹ Pro starého člověka je zásadním vědět, kam patří, tedy kde je jeho domov a ke komu patří. Je pro něho důležité vědomí, že je zde člověk, který s ním sdílí radosti i starosti, je mu oporou v zátěžových situacích, poskytuje mu radu i pomoc, když ji potřebuje. Jde o období, v němž dochází k posílení párové identity, k převládání „my“ nad „já“.¹⁴²

Vztah mezi manžely je v tomto údobí života utužován, sílí. Na druhou stranu jde však bohužel i o fázi, kdy obvykle přichází ztráta životního partnera. Čím silnější vztah mezi partnery převládal, tím citelnější je prožívání této ztráty. Ovdovění je tak pro většinu seniorů, byť vědí, že taková situace jednou musí nastat, závažnou životní situací, s níž se jen velmi obtížně vyrovnávají a jež ve svém důsledku vede k urychlování involučních změn.

Ztráta celoživotního partnera postihuje více ženy než muže. Je to způsobeno především tím, že se ženy v průměru dožívají vyššího věku a jistou roli zde hraje i vyšší věk muže v době sňatku. V manželství žije až 70% starších mužů a pouze 40% starších žen. Ve věkové kohortě nad 65 let je cca 50% vdov, ale jen 15% vdovců. Po dosažení věku 70. let počet ovdovělých významně narůstá a i disproporce mezi vdovci a vdovami se zvyšuje. Z deseti ovdovělých je osm žen a jen dva muži.¹⁴³

Smrt partnera je téměř vždy nenahraditelná a podle Vágnerové vede:

- ke ztrátě jednoho významného smyslu života a důležité složky identity,
- ke zhroucení struktury navyklého denního režimu,
- ke zborcení perspektivy společné budoucnosti,

¹⁴¹ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 374

¹⁴² VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 372

¹⁴³ Zavázalová et al., 2001, Whitbourne, 2001, Arber a Gin, 2005; citováno z VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 383

- zhoršení ekonomické situace.¹⁴⁴

Dle Pichauda et al. se smrtí milované bytosti mizí bezpečí, radost, přítomnost partnera, se kterým jsme společně rozhodovali a vedli domácnost.¹⁴⁵

Typickou emoční reakcí, která v případě úmrtí partnera nastává, je zármutek. Zármutek může trvat u jednotlivých osob odlišně dlouhou dobu. V průměru se však udává, že období spojené s ovdověním trvá 2 roky. Stav smutku se projevuje v mimice obličeje, v držení těla, ale také v chování. Jedinec často pláče, neustále mluví o svém partnerovi. V případě, že zármutek přetrvává delší dobu, objevují se různé somatické poruchy, jako je nechutenství, nespavost. Začínají se objevovat deprese, pocity osamělosti, sám postižený ztrácí motivaci, je apatický vůči svému okolí, nesnaží se svoji aktivitou jakkoliv svoji situaci změnit a dostává se do silné sociální izolovanosti a z ní plynoucího pocitu osamělosti.

3.3.3. Osamělost

„Osamělost bývá definována jako nechtěná diskrepance mezi žádoucí a dosaženou úrovní sociálních kontaktů.“¹⁴⁶ Osamělost je jedním z nejpálčivějších sociálních problémů seniorského věku současnosti. Tato skutečnost je podporována jednak závěry 4. setkání projektu INCLUSage ze dne 17.12.2009 konaného v sídle organizace Život 90 zabývající se řešením problémů seniorů, zaměřeného na eliminaci sociálního vyloučení seniorů, na naslouchání seniorům, a dále tím, že rok 2010 byl vyhlášen evropskou komisí „Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení“.

¹⁴⁴ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 377

¹⁴⁵ PICHAUD, C. et al. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, co doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, str.30

¹⁴⁶ DYKSTRA, 1995:321, citováno z SÝKOROVÁ, D. Bezdětnost ve stáří. K sociální integraci bezdětných seniorů. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2008, str. 117

Mezi dohodnuté cíle a hlavní zásady Evropského roku 2010 patří:

- *uznání práv* – uznání základního práva každé osoby čelící sociálnímu vyloučení na důstojný život a plnou účast na životě společnosti, zvýšení informovanosti společnosti o situaci osob žijících v sociálním vyloučení,
- *sdílená odpovědnost a účast* – převzetí odpovědnosti za politiku a činnost v rámci sociálního začleňování veřejností, vyzdvižení kolektivní odpovědnosti za boj proti sociálnímu vyloučení a propagace a podpora aktivit dobrovolníků,
- *soudržnost* - podpora soudržnější společnosti a prosazování povědomí o výhodách společnosti, v níž funguje mezigenerační solidarita a ve které není nikdo odsouván na její okraj,
- *závazek a konkrétní opatření* – závazek Evropské unie a členských států zásadním způsobem pokročit v oblasti vymýcení sociálního vyloučení a podpora tohoto závazku na všech úrovních veřejné správy.¹⁴⁷

Palčivost problému pak dále podtrhuje samotná praxe. Organizace Život 90 poskytující v rámci sociálních služeb krizovou a poradenskou linku pomoci seniorům, tzv. Senior telefon, jejímž posláním je pomoci seniorům, kteří nejsou schopni řešit vzniklý stav vlastními silami, ani za podpory okolí, jen za rok 2009 poskytla své služby 12.128 uživatelům, za rok 2004-2009 pak jejich počet dosáhl čísla 80 290. Senioři nejčastěji využívají dané krizové linky k řešení právě problému samoty, dále pak k řešení mezigeneračních vztahů, obav a smutku, zdravotního stavu, ztráty blízké osoby, k radám a informacím v sociální a právní problematice, k řešení týrání a zneužívání, domácího násilí, suicidálních tendencí.¹⁴⁸

Tošnerová však věří, že případů sociálního vyloučení a osamělosti u seniorů bude postupem času ubývat. Zastává názor, že dnešní střední generace bude lépe na stáří připravena a to v důsledku většího množství informací k problematice stáří. Bude o problémech stáří více vědět a tím se bude umět i adekvátněji bránit.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Národní program Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Česká republika, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010, str. 3

¹⁴⁸ <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc>

¹⁴⁹ TOŠNEROVÁ, T. Jak si vychutnat seniorská léta. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2009, str.23

Bumbálek jde ve svých optimistických postojích dokonce tak daleko, že již dnes neváhá tvrzení, že většina starých lidí žije v samotě a je osamělá, označit za značně rozšířený mýtus. Dle daného autora je nutno si uvědomit, že sociální izolaci a osamělost zažívá toliko část seniorů, zejména v případě dlouhověkosti a vážných zdravotních problémů. Současně upozorňuje, že na sociální život a osamělost starého člověka není možné nahlížet z pozice mladého člověka, ale je vždy nutno respektovat specifika stáří.¹⁵⁰

K pocitu osamělosti podle Kuchařové přispívá kterákoliv okolnost vyvolávající pocit nejistoty. Osamělost je vždy sloučena s životním stylem seniora, četností setkávání s rodinnými příslušníky, obzvláště s dětmi a vnoučaty.¹⁵¹ Dle Thelenové pak za příčinu osamělosti seniorů lze označit truchlení a zármutek spojený s úmrtím partnera, život v singlu mající za následek zánik sociálních kontaktů a dále selhání emocionální části sociální opory.¹⁵² Osamělost je navíc u seniorů vedle špatného zdravotního stavu hlavním důvodem podání žádosti do domova důchodců. Dle studie Kasalové se zdravotní stav jako důvod k podání žádosti objevuje ve 30% případů, osamělost pak ve 20% žádostí.¹⁵³

Osamělost dle Thelenové vede u seniorů ve svém důsledku ke vzniku psychických problémům a skrze ně i k problémům somatickým, sociálním a spirituálním. Dochází nejen k nárůstu negativních emocí vůči sama sobě, ale i k nárůstu negativních emocí sociálních. Senior se zaměřuje více do sebe, převládá u něj introvertní zaměření, lhostejnost vůči okolí, což může ve vyhraněné podobě vést až k sociálně patologickému chování, tedy k sebevražednému jednání. Ohroženou skupinou suicidálními tendencemi v rámci kohorty seniorů jsou především lidé věkové skupiny 70-74 let.¹⁵⁴ Pacovský navíc dodává, že stařec v sociální izolaci je pro společnost rizikovým člověkem.¹⁵⁵

¹⁵⁰ MÜHLPACHR, P. Schola gerontologica. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, str.21

¹⁵¹ ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.23

¹⁵² THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 37

¹⁵³ KASALOVÁ, 1991, str. 8; citováno z ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. Mezigenerační mosty. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, str.24.

¹⁵⁴ THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 39

¹⁵⁵ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 54

Východiskem ze stavu osamělosti se pro seniora stává kompenzace novými vztahy, ať vztahy uvnitř vlastní rodiny, či k přátelům a dále orientace na sebe sama, tedy opětovné převládání „já“ nad „my“. Není tím myšleno soustředění se na sebe sama ve smyslu pozorování svých neduhů, nálad, litování se. Jde naopak o pěstování a rozvoj duševní hygieny, asertivity, aktivity a autonomie.

Thelenová v rámci zásad prevence osamělosti uvádí aktivní stáří a přípravu na něj. Již v produktivním věku by měl člověk zahájit vyhledávání nových informací týkajících se problematiky stárnutí a stáří a problémů s ním spojených. K dalším zásadám prevence osamělosti patří umění „odhalit v krizi osamělosti životní výzvu či šanci“ a schopnost „zaujmout tvořivý přístup ke stárnutí a krizím, které přináší“, tj. nevidět v krizi jen pouhá negativa, ale i možnost pozitivní změny.¹⁵⁶

Aktivní přístup k životu prosazuje i Čížková et al., neboť se stává jistou základnou pro utváření nových vztahů a pomáhá překonávat pocit osamění.¹⁵⁷

Pichaud et al. pak jistou obranu před samotou spatřuje v rodinném životě, tj. v životě v páru, v kladných vztazích se svými dětmi a vnuky, dále v navštěvování klubů důchodců a v dobrovolné činnosti, která je jistou ochranou před nečinností a nudou. Jistým řešením může být i sledování televize, pořízení domácího zvířete či udržování dobrých sousedských vztahů.¹⁵⁸

Osamělost není však jen problémem individuálním, ale s ohledem na narůstající počet seniorů i čím dál více problémem společenským. Je potřeba přistoupit k nové formě mezigeneračního dialogu. Lidé se musí umět vzdát předsudků o stáří, začít aktivně vyhledávat informace umožňující zvýšit naději na aktivní stáří a současně se musí naučit stáří přijímat takové jaké je, jako nevyvratitelnou realitu. Dále je nutné provádět osvětu stárnoucí populace a pomoci ji v uvědomění si, že obzvláště v seniorském věku vzrůstá důležitost kontaktů, ať již se svými vrstevníky, známými, přáteli či nejbližšími, kdy je nutné tyto vztahy udržovat, obnovovat, rozvíjet a spoléhat

¹⁵⁶ THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 47

¹⁵⁷ ČÍŽKOVÁ, J. et al. Přehled vývojové psychologie. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, str. 147

¹⁵⁸ PICHAUD, C. et al. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, co doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, str. 79-81

se přitom zejména sám na sebe.¹⁵⁹ Dalším možným prostředkem je výchova k toleranci a otevřenosti, odmítání předsudků a stereotypů o stárnutí, potažmo stáří.¹⁶⁰

3.4. Senior jako oběť

3.4.1. Ageismus

Senioři, jako minoritní skupina ve vztahu k majoritní společnosti, se pro svoji odlišnost, sníženou zdravotní a funkční výkonnost, bezbrannost, stávají často velmi snadným terčem sociálně patologického jednání. Jedním z druhů takového jednání, které především narušuje mezigenerační soužití a sociální smír, je ageismus. Tento pojem (odvozený od anglického slova age znamenající v překladu nejen věk, ale také stáří) se v sociálně-politické praxi objevuje již přibližně čtyřicet let. Poprvé zazněl z úst Roberta N. Butlera, předsedy Poradního sboru pro stárnutí distriktu Columbia, následně ředitele amerického Národního institutu pro stárnutí, který jej definoval jako „*proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví(...)*“.¹⁶¹ Ještě v roce 2004 L.Ehrebergová v rámci disertační práce FSS MU uvedla, že „*ageismus = věková diskriminace*“¹⁶² a i Vidovičová et al v roce 2005 ztotožňovala věkovou diskriminaci s ageismem jako svého druhu synonyma. Dnes je již fenomén ageismu považován za nadřazený pojmu věkové diskriminace.¹⁶³

Na základě poznatků a zkoumání Vidovičová et al. navrhuje, aby byl ageismus definován jako „*ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické,*

¹⁵⁹ THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 49

¹⁶⁰ THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 52

¹⁶¹ VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 111

¹⁶² ORT, J. Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí). 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2004, str. 62

¹⁶³ VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 109

symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci. ¹⁶⁴

Zdroje ageismu můžeme dle Palmore dělit na:

- *individuální* – mezi něž řadíme např. strach ze stárnutí jako psychosomatického úpadku, dále agresi, frustraci, selektivní vnímání,
- *kulturní* – různorodé faktory jako hodnotové systémy, jazyk, tj. např. používání pohrdavých jmen pro osoby seniorského věku, mediální kultura, literatura, humor,
- *sociální* – četnost osob seniorského věku, rozpory mezi generacemi.¹⁶⁵

Profesor Z. Kalvach naopak člení zdroje ageismu v České republice do těchto čtyř okruhů:

- *historický* - vžitá představa o nezměnitelnosti nezdatnosti stáří,
- *ekonomický* – strach ze zvyšujícího se počtu kohort seniorů a zvyšování nákladů na starobní důchody a zdravotní péči,
- *odborný* - strach z postupující geriatrizace medicíny, obavy ze změn nemocnosti ve stáří nad rámec prevalence některých chorob,
- *společenský* – nedostatek služeb pro seniory, odmítání zodpovědnosti samotnými seniory, nárokování množství dávek a služeb bez ohledu na jejich účelnost.¹⁶⁶

Způsobů, jak ageismu čelit a jakým způsobem přispět k nastolení rovnovážného stavu bez známek ageistického chování, je nespočet. Metody ke znovunabytí rovnováhy a zmírnění participovaných nerovností nazývá Vidovičová et al. strategiemi vyrovnání.¹⁶⁷ Dle Alexandra jsou ze sociologického hlediska příslušníkům „podřízené“ věkové kategorie poskytovány tři ideálně-typické varianty řešení. Jedná se o asimilaci, napojování a multikulturalismus. V rámci asimilace nastává rozpojení osoby včetně jejich vlastností. Členům inkriminované skupiny je tak povolen plný přístup

¹⁶⁴ VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 113

¹⁶⁵ PALMORE, citováno z VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 120

¹⁶⁶ KALVACH, citováno z ORT, J. Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí). 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2004, str. 61

¹⁶⁷ VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 199

k občanskému životu za podmínky, že utlumí svou původní identitu. Příkladem zde může být tzv. anti-ageing, zjednodušeně řečeno popření věku. Taková osoba díky plastickým operacím a změnou chování může docílit kýženého efektu, tj. asimiluje se mezi mladou populaci, na druhou stranu však projevy stáří nadále zůstávají znát, jsou odsunuty mimo veřejnou sféru do soukromí.¹⁶⁸ Další strategií je napojování, tj. eliminování nežádoucích vlastností symbolickým propojením s hlavní skupinou. V tomto případě již není na vlastnosti okrajové skupiny lidí nahlíženo jako na záporné, ale spíše jako na specifické. Stávají se přijatelnějšími na veřejnosti i v soukromí. Snahou je tedy vytvořit společnost věkově různorodou, kde lidé vzájemně sdílí práci i oddech, a v níž dochází k odbourávání rigidních věkových norem. Poslední variantou řešení je multikulturalismus. Je jím myšleno odstranění nežádoucích, podružných vlastností a rozčlenění sociální sféry. Jde nikoliv o očistu povah nízkostatusové skupiny, ale o očištění skutečných primordiálních vlastností.¹⁶⁹

Multikulturalismus je podpořen i myšlenkami Calasantiové. Ta k problému ageismu a způsobu jeho řešení v roce 2006 uvedla: *„Ať už je cílem stárnout úspěšně nebo se stát bezvěkým, tato potřeba popřít stáří leží v samém srdci ageismu. Když popřeme, že stárneme, a jsme nuceni se s tímto procesem konfrontovat, chováme se k němu jako ošklivému a tragickému (...) Spíše než muset popírat stáří nebo usilovat o mladistvý vzhled, staří lidé by měli být schopni být ochablí, nanicovatí, kontemplativní nebo sexuální, anebo ne. Zkrátka, cíl (...) aktivisty by měl být posílit svobodu starých lidí ve výběru životního stylu a způsobu, jakým být starý, který jim vyhovuje.“*¹⁷⁰

Další obdobnou formu projevu na tlak ageismu a věkové ideologie, nyní z pohledu tvorby sociální totožnosti, předkládá teorie sociální identity. V rámci ní jsou jednotlivé strategie nazývány sociální mobilita, sociální kreativita a sociální soutěžení.¹⁷¹ V případě sociální mobility má každý jednotlivec možnost pokusit se

¹⁶⁸ ALEXANDER, 2006:60; citováno z VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 202

¹⁶⁹ ALEXANDER, 2006:65; citováno z VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 203

¹⁷⁰ CALASANTI et al., 2006: 16-17,26; citováno z VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 205

¹⁷¹ TAJFEL, TURNER, 1986; citováno z VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 205

záporně označenou skupinu opustit. Negativní názor na danou skupinu však zůstává u jedince zachován. Při sociální kreativité naopak skupina s nižším sociálním statutem zaměřuje svoji pozornost na vyzdvížení pozitivních složek své skupiny. To má za následek větší diferencovanost postojů vůči skupině, což ve svém důsledku vede k vyvyšování jedné podskupiny na úkor druhé. Třetí strategie, tzv. sociální konkurence, v případě úspěšnosti vede až ke zlepšení reálného obrazu této „podřadné“ skupiny.¹⁷²

Podle Tošnerové je, v rámci odstraňování ageismu, nutné, aby každý člověk začal sám u sebe, tedy rozeznal ageismus v osobních postojích. Tento způsob řešení situace je však velmi složitý, neboť většina osob si ani neuvědomuje, že se u nich objevují znaky ageismu. Rovněž by měla být společností nastolována prevence zmiňovaného jednání. Již malé děti na základních školách by měly být vedeny k mezigenerační solidaritě, úctě ke stáří, měl by jim být vštěpován pravdivý obraz stáří. Jednou z dalších možností je i podpora častějšího osobního kontaktu mladých lidí se starými lidmi.¹⁷³

Formou takové spolupráce je například projekt „Internet pro seniory“ fungující od školního roku 2006/2007 v prostorách Gymnázia Františka Palackého ve Valašském Meziříčí, kde zaškolení studenti bezplatnou formou přibližují seniorům práci na počítači.¹⁷⁴ Další vzorovou ukázkou vzájemného mezigeneračního kontaktu je Univerzitní centrum pro seniory PATUP. Zde nejen studenti fakulty jako vyškolení dobrovolníci, poskytují telefonické poradenství, dále osobní konzultace, kurzy trénování paměti, tvořivé aktivity pro seniory apod. Svou činností tak přispívají nejen k vyšší kvalitě života seniorů, ale podílí se i na prevenci proti vzniku ageismu. Dalšími organizacemi v rámci České republiky věnujícími se podpoře a aktivizaci seniorů je sdružení „Život 90“ či Svaz důchodců. I přes nárůst počtu organizací, jejich počet zdaleka nestačí skutečným potřebám.¹⁷⁵

¹⁷² VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politický ústav, 2008, str. 205,206

¹⁷³ TOŠNEROVÁ, T. Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří. 1.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, str. 16

¹⁷⁴ <http://senior.gfpvm.cz/>

¹⁷⁵ TOŠNEROVÁ, T. Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří. 1.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, str. 17

3.4.2. Týrání a zanedbávání

Mezi extrémní formy ageismu je řazeno týrání a zanedbávání starých lidí. Bohužel není výjimečné. Tuto skutečnost dokládá i samotný fakt, že na 15. červen připadá „Světový den připomenutí násilí na seniorech“ (World Elder Abuse Awareness Day).

V roce 1962 byl v USA poprvé identifikován syndrom týraného dítěte, který byl později nahrazen pojmem týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (veden pod zkratkou CAN). Samotná problematika seniorů pak vystoupila na povrch až o deset let později.¹⁷⁶ Veškeré formy týrání, zlého nakládání a zanedbávání seniorů jsou nyní shrnuty pod zkratku EAN, který pochází z anglického názvu „Elder Abuse and Neglect“, jenž je do češtiny překládán jako „Syndrom špatného zacházení se starými lidmi.“¹⁷⁷ V roce 2000 byl tento syndrom ze strany Vykopalové specifikován jako jakékoliv násilí páchané na seniorech mající podobu fyzického, psychického, majetkového nebo finančního vykořisťování či záměrného odsouvání potřeb, neposkytnutí potřebné pomoci a péče.¹⁷⁸ Britská iniciativa Action on Elder Abuse pak syndrom EAN vymezila jako opakované nebo jednorázové špatné chování ve vztahu ke starému člověku a to ze strany toho, ke komu cítí tento člověk důvěru nebo ve vztahu k němuž se stal závislým. Dopadem takového chování a jednání je poškození nebo výrazný diskomfort.¹⁷⁹

Podle Holmerové je v podstatě kterýkoliv senior vystaven riziku, že se stane obětí EAN. Podle průzkumů je možnou obětí týrání a zanedbávání jakýkoliv muž nebo žena a to bez ohledu na své sociální postavení, dosažené vzdělání či kulturu.¹⁸⁰

Živnou půdou pro vznik EAN je obzvláště anonymita velkoměst. Situace, kdy senior nevychází delší dobu z obydlí, není pro okolí zářezující. Starý člověk je snadnou obětí pro svoji bezmocnost a velkou citovou závislost na agresorovi. Obává se ztráty sobě blízké osoby, o jejíž přízeň nechce přijít a vzniku osamělosti. Často také trpí studem a hanbou nad tím, jak si své děti vychoval. Všechny tyto překážky vedou ve svém důsledku k tomu, že senior nenahlásí příslušným orgánům, že je s ním špatně

¹⁷⁶ MŮHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 74

¹⁷⁷ THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 64

¹⁷⁸ Cit.z THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 65

¹⁷⁹ Cit.z THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 65

¹⁸⁰ Cit.z THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 69

zacházeno, často naopak tuto skutečnost zapírá a tím znemožňuje, aby mu byla poskytnuta náležitá podpora a pomoc. Pro seniorskou populaci, obzvláště v období „pravého stáří“, je dále typické, že trpí častými úrazy. Pády a následná zranění nejsou pro seniory ničím neobvyklým. Pro společnost je pak ale obtížně rozeznatelné, zda modřiny a jiné projevy na těle seniora jsou jen důsledkem pádu v souvislosti s věkem a zvýšenou nemotorností, či zda jde o následek týrání. Dalším důvodem obtížnějšího rozpoznání týrání a zanedbávání seniorů je, že se řada lékařů a jiných odborných pracovníků nerada ptá na záležitosti zcela soukromého až intimního rázu.¹⁸¹

Mezi faktory, které zvyšují míru ohroženosti starého člověka špatným zacházením Zimmelová et al. řadí:

- celkově špatný zdravotní stav,
- poruchy kognitivních a komunikačních funkcí (syndrom demence),
- ztrátu soběstačnosti,
- sociální izolaci,
- soužití s agresorem a závislost na něm.¹⁸²

Naopak mezi faktory zvětšující riziko, že někdo vůči závislé osobě použije špatného jednání dle týchž autorů náleží:

- alkoholismus, drogová závislost,
- psychopatologie, psychopatie,
- nízký intelekt,
- předchozí agresivní či asociální jednání,
- přetížení a existenční problémy rodiny a pokles ochoty a možností jejich členů poskytnout kvalitní péči,
- materiální, bytová závislost oběti na agresorovi,
- nízká úroveň zájmu a ochrany před nežádoucím jednáním ze strany společnosti, včetně ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče,
- diskriminační tendence ve společnosti,
- syndrom vyhoření u ošetrovatelského personálu.¹⁸³

¹⁸¹ BURIÁNEK, J. et al. Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, str. 85

¹⁸² BURIÁNEK, J. et al. Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, str. 83

¹⁸³ BURIÁNEK, J. et al. Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, str. 83

Týrání a zanedbávání seniorů může nabývat nespočetné množství podob. K základním druhům nicméně dle odborníků patří:

- *tělesné týrání* – v rámci něhož agresor seniorovi záměrně ubližuje. Jde však nejen o klasické způsoby zraňování jako je strkání, kopání, škrcení, bití, ale i o rafinovanější způsoby, jako je vynechání medikace, špatné dávkování léků, odpírání jídla, vystavení chladu či odpírání pohybu;
- *citové a psychické týrání* – agresor používá verbální agresi, jako jsou urážky, zastrašování, ponižování, snižování sebevědomí a sebeúcty. K psychickému týrání dále patří zdůrazňování involučních změn, nadbytečnosti, ale i ničení předmětů s emočním významem, zakazování sledování oblíbených televizních programů, ignorování aj.;
- *sexuální zneužívání* – na rozdíl od pohlavního zneužívání žen a dětí jde o záležitost méně častou, nicméně se vyskytuje;
- *finanční a majetkové zneužívání* – jde o využívání majetku a peněz seniora bez jeho souhlasu. Jedná se o jednu z nejčastějších forem zneužívání, která se vyskytuje jak v kruhu rodinném, tak v institucionalizovaných zařízeních;
- *zanedbávání (opomenutí) péče* – jde o zanedbávání či selhávání v péči a v uspokojování potřeb seniora. K nejtypičtějším případům náleží dehydratace, nedodržování hygienických norem, nedostatky v oblečení aj.;
- *systemové ponižování* – je chápáno jako diskriminace seniorů společenskými normami, institucemi nebo přímo systémem. Příkladem systemového ponižování je upírání práva podílet se na rozhodování o sobě samém či špatná kvalita služeb zaměřených na zajištění pobytu v domácím prostředí osobám s poruchami soběstačnosti;
- *některé nežádoucí formy ošetřování* – jde o takové druhy týrání a zanedbávání, které nelze podřadit pod žádnou se shora uváděných forem.¹⁸⁴

Předcházení problému EAN a jeho řešení je v současnosti bohužel velmi složité. Za příčinu tohoto stavu je možno označit skutečnost, že většina lidí není zvyklá všimát si svého okolí a zajímat se o problémy druhých. Sousedí spolu často nekomunikují, nenavazují přátelské vztahy, nepomáhají si. Nejsou proto zvyklí ani ochotní zjišťovat, zda se u některé osoby v blízkém okolí objevil problém týrání či zneužívání, případně

¹⁸⁴ MÜHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 76-77

jsou přesvědčení, že tento problém je záležitostí úzkého rodinného kruhu týrané či zneužívané osoby a jich osobně se vůbec netýká.

Řešením daného patologického jevu tedy zůstává sociální prevence. Společnost je potřeba vychovat tak, aby každý jednotlivec chtěl, uměl a mohl pomoci.

Sociální prevenci se rozumí předcházení potenciálnímu ohrožení sociálněpatologickými jevy a ochrana před nimi. V rámci ní je zvláště důležité posilovat aktivity v oblasti tzv. *primární prevence*, při níž je vyvíjeno úsilí k předcházení jakéhokoliv sociálně patologického jednání a to v situacích a prostředí, kde daný jev dosud nenastal.¹⁸⁵ Příkladem takového počínu může být např. změna prezentace seniorů v médiích. Způsob, jakým v současnosti média prezentují stáří a staré lidi, se stává hrozbou moderní společnosti. Na kohortu seniorů je pohlíženo z pohledu majoritní populace, jsou považováni za neatraktivní, slabé, nekompetentní, což ve svém důsledku vede k podporování sociální exkluze, potažmo i k sociálně patologickému jednání.¹⁸⁶ Dalším druhem sociální prevence je tzv. *prevence sekundární*. Při ní je působeno na ohrožené seniory, tedy na ty, u kterých je možné pozorovat přítomnost vyššího počtu rizikových faktorů.¹⁸⁷ V oblasti *prevence terciální* jsou vyvíjeny naopak takové aktivity, které zmírňují následky již vzniklé situace.

Mühlpachr uvádí následující aktivity, resp. opatření vedoucí k řešení a ke zmírnění následků již vzniklé situace:

- poučení postiženého o jeho právech a možnostech řešení a o pomocných institucích,
- zprostředkování kontaktu s těmito institucemi,
- pomoc rodině včetně ošetřovatelského poradenství,
- psychoterapie postiženého,
- aktivizace sociální pomoci a místních úřadu,
- aktivizace ošetřovatelských a sociálních služeb,
- aktivizace občanských, především seniorských iniciativ,
- dočasné přemístění týraného z rizikového prostředí,

¹⁸⁵ KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, str.148

¹⁸⁶ VÍZNEROVÁ, H., VOHLÍDALOVÁ, M. Sociální exkluze, inkluze a sociální politika (zpráva z konference), vydáno 7.1.2007

¹⁸⁷ THELENOVÁ, K. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, str. 75

- zajištění dlouhodobé ústavní péče či změna jejího typu.¹⁸⁸

V praxi předmětné aktivity na ochranu osob seniorského věku pak uvádí v život např. Organizace Život 90, která ve sféře pomoci obětem domácího násilí zajišťuje:

- telefonickou krizovou intervenci,
- pomáhá uživatelům vyznat se v celé situaci,
- mapuje, jaké kroky uživatelé podnikli,
- pomáhá sestavit bezpečnostní plán,
- informuje o Institutu vykázaní,
- nabízí uživatelům další sociální služby (intervenční centra, poradny Bílého kruhu bezpečí, psychoterapeutickou pomoc, mediaci atd.),
- podporují uživatele tak, aby byli schopni situaci řešit vlastními silami.¹⁸⁹

3.5. Senior a umírání

3.5.1. Problémy spojené s očekávanou smrtí

Smrt neoddelitelně patří k životu. Přesto nebo právě proto se většina lidí tématu smrti vyhýbá, snaží se ji vytěšňovat z mysli. Tento stav navíc podporuje dynamika současné společnosti. Lidé umírající jsou sice předmětem soucitu, ale zároveň i předmětem odmítnutí.

Téma smrti je tabuizováno, degradováno a smrt resp. umírání je tak v 21. století obtížnější než ve stoletích předcházejících. Smrt je vytěšňována na okraj. Přes 80% lidí dnes umírá v nemocnicích. Tradice nejbližších být s umírajícími v posledních chvílích a být jim oporou tak přechází na instituce. Čížková et al. spatřuje tento negativní postoj ke smrti a umírání ve dvou příčinách. Strach ze smrti je ze strany lidí jednak považován za sebezáchovný ochranný mechanismus, z psychologického hlediska jde dále o představu největší ztráty, tj. ztráty vlastní existence.¹⁹⁰

¹⁸⁸ MŮHLPACHR, P. Základy gerontologie. Brno: MSD, 2008, str. 81

¹⁸⁹ <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc/142-domaci-nasilí>

¹⁹⁰ ČÍŽKOVÁ, J. et al. Přehled vývojové psychologie. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, str. 148

Haškovcová v kontextu zavrhování umírání a smrti odkazuje na minulost a zdůrazňuje nezastupitelnost rodiny. Zmiňuje dobu, kdy umírání bylo jakýmsi rituálem. Umírající sezval příbuzné, s těmito se rozloučil, obvykle pronesl poslední přání, příbuzní se na oplátku rozloučili s ním. Každý věděl, co se od něj očekává. Ritualizace pomáhala každému nést ztrátu, vyrovnat se se smrtí. Nyní naopak každého zastihne smrt nepřipraveného. Haškovcová své zamyšlení uzavírá slovy: „Jak může člověk přijmout svou konečnost, když nestál blízko smrti jiných?“¹⁹¹

Náležitá pozornost musí být věnována nejen procesu umírání jako takovému, ale i pohřbu, péči o hrob a tedy o tělo zemřelého. Důstojný pohřební rituál je v současnosti spíše vzácností. Situace dospěla až tak daleko, že jsou lidé prostřednictvím médií upozorňováni, aby alespoň v období Památky zesnulých místa odpočinku svých blízkých uklidili. Přitom péče o hrob pomáhá pozůstalým vyrovnat se lépe se smrtí příbuzného, současně je jakýmsi vyjádřením citů a úcty k zemřelému. Navíc rodiče chodící se svými dětmi na hrob prarodičů, napomáhají dětem připravit se a obstát v budoucnu v obdobné situaci; budují u nich morální základ.

Pacovský v souvislosti se smrtí a umíráním zmiňuje odlišný způsob přístupu ke smrti a umírání u mladšího člověka a seniora. Mladý člověk se bojí o svůj život – o nedokončenou profesní kariéru, o nezaopatřené děti apod., starý člověk se naopak obává bezmocnosti, závislosti, chronické nemoci než samotné smrti.¹⁹² Tento názor podporuje i Vágnerová či Haškovcová. Kübler-Rosová pak uvádí, že byť psychické změny nastávají u všech osob bez rozdílu, staří lidé vykazují svá specifika. Jednotlivá stádia umírání jsou u seniorů méně dramaticky vypjatá, méně plastická, překrývají se. Často se u seniorů objevuje stav chronického smutku, odevzdání se. Případné nesmíření se se smrtí senioři neprojevují slovně, ale spíše klinickými projevy, jako je nespavost, neklid, anorexie.¹⁹³

Vágnerová dále podtrhuje souvislost mezi zralostí a integritou osobnosti seniora a připraveností akceptovat vlastní smrtelnost. Důležitou potřebou takových lidí, kteří chápou smrt jako logický a nezvratitelný konec vlastního života, se stává potřeba

¹⁹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 361-363

¹⁹² PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 114

¹⁹³ Cit. z PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, str. 114

hovořit o smrti a umírání častěji a to po delší dobu před samotným koncem. Lépe se tak se smrtí vyrovnávají. Problémem však v tomto případě může být odlišné vyladění ostatních členů rodiny, kteří reagují formálními a nereálnými útechami.¹⁹⁴

Neschopnost správné reakce či neochotu hovořit o umírání vidí jako problém i Langmeier et al. Většina lidí se dle jeho názoru vyhýbá hovoru o umírání a umírající ujišťuje, že mají před sebou ještě mnoho let života. Tomuto tvrzení však nevěří ani oni sami ani umírající. Jedná se o jakousi obranou reakci, kdy člověk tím, že popírá umírání u druhého člověka, popírá současně jistotu, že i on sám se jednou ocitne ve stejné situaci. Svá tvrzení opírají o dlouhodobé studie. V jedné z nich byla jako nejtěžší z celé situace vyhodnocena právě komunikační izolovanost umírajících.¹⁹⁵

Pichaud et al. proto nabádá k provedení změny postoje ve vztahu k umírajícímu starému člověku. Je nutno přejít od otázky „co říci?“ k otázce „jak naslouchat?“ Na významu nabývají symbolické předměty a symbolická řeč, díky nimž můžeme mluvit o posledních věcech života a o smrti, aniž bychom je explicitně pojmenovávali. Je rovněž důležité se co nejméně vyptávat, nepodléhat tendenci k ubezpečování nebo přílišnému podněcování.¹⁹⁶

3.5.2. Paliativní péče

Kdy tedy a jakým způsobem zahájit péči o nemocné? Podle Čížkové et al. k tomu, abychom lépe pochopili pocity umírajícího a dokázali o něj lépe pečovat, je důležité znát proces umírání. Odkazuje přitom na Kübler-Rosovou a její členění umírání do jednotlivých stádií. Těmito jsou:

- *stádium popření a izolace* – u člověka dochází ke zpuštění obranného mechanismu popření. Jedinec smrt popírá, což mu umožňuje zvládnout velkou emoční zátěž. Nevýhodnou tohoto stádia je možnost odmítání léčby ze strany umírajícího;

¹⁹⁴ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 431

¹⁹⁵ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. Aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006, str. 214

¹⁹⁶ PICHAUD, C. et al. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, co doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, str.129

- *stádium zlost* – důvodem zlosti se stává frustrace, někdy rovněž závist umírajícího, že ostatní mohou žít dále na rozdíl od něj. Umírající vyhledává maličkosti, díky nimž může svoji zlost plně projevit. Zlost nelze snadno zvládnout;
- *stádium smlouvání* – umírající se snaží prodloužit svůj život odkládáním smrti. Snaha o smlouvání zřejmě pramení z pocitu viny;
- *stádium deprese* – deprese bývá nejčastější reakcí umírajících, kteří si uvědomují, že žádný lékař jim nepomůže a že smrt je nevyhnutelná. Člověk se vyrovnává s mnoha ztrátami;
- *stádium přijetí (akceptace)* – člověk získává vnitřní klid a vyrovnanost. Chápe, že smrt postihne každého bez výjimky.¹⁹⁷

Vágnerová zase varuje, že před samotnou smrtí biologickou je člověk vystaven riziku tzv. smrti sociální. Jde o jedince, který je dlouhodobě hospitalizován a který zažívá úbytek sociálních rolí a kontaktů. Je tak někdy považován za mrtvého ještě dříve než ve skutečnosti zemře.¹⁹⁸ Haškovcová sociálním umíráním označuje „*stavy, kdy člověk sice žije, ale je vyvázán z důležitých sociálních vazeb a interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského nelze jej vrátit do kontextu společnosti.*“¹⁹⁹

Cílem veškerého úsilí tedy musí být nedopustit, aby člověk zemřel dříve sociálně než fyzicky. Řešením dle Haškovcové je řídit se potřebami umírajícího a přistupovat k nemocným jedincům s vědomím jejich zvyšujících se nároků.²⁰⁰ Ideální péči vidí v určité dohodě profesionálů a rodinných příslušníků umírajícího člověka. Obě strany dají ve prospěch nemocného své schopnosti. Ze strany profesionálů bude poskytována nemocnému především odborná pomoc a v menší míře emoční podpora, rodina naopak zajistí psychický komfort a může se rovněž podílet na vlastním ošetřování.²⁰¹ Haškovcová dále upozorňuje, že potřeba porozumění a pomoci vyvstává i u pacientů, kteří se jeví pro okolí neteční, do sebe ponoření, kteří nejsou schopni

¹⁹⁷ ČÍŽKOVÁ, J. et al. Přehled vývojové psychologie. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, str. 149-150

¹⁹⁸ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, str. 433

¹⁹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 373

²⁰⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 375

²⁰¹ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 376

obvyklé komunikace. I takoví lidé svou situaci prožívají a potřebují proto pomoc okolí.²⁰²

V souvislosti s pomocí a péčí o umírající, hovoříme o tzv. paliativní péči. Ta zajišťuje, aby žádný člověk neumíral sám, aby mu byla zmírněna bolest a utrpení, zajištěn důstojný odchod. Paliativní péče je jakýmsi uměním doprovázet umírajícího na posledním úseku života.

Dle Wikipedie je paliativní péče označována jako *„komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“*

Ort dále dodává, že paliativní péče *„komplementárně zahrnuje medicínské postupy, sociální práci, ošetrovatelství, duchovní péči, dokonce fyzioterapii, ergoterapii, a dle potřeby i další geriatrické přístupy.“*²⁰³

Podle Haškovcové je nutné s paliativní péčí započít tehdy, jestliže negativní důsledky léčebné terapie jsou větší než očekávaný přínos. Paliativní péče je nemocným poskytována v inkurativním a prognosticky progredujícím stavu, kdy potřeby těchto jedinců jsou specifické oproti potřebám nemocných s příznivou prognózou. Vzhledem k tomu, že kurativní léčba je redukována na minimum, je paliativní péče dle dané autorky *„koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb prováděných v hospici, dalších institucích nebo doma.“*²⁰⁴

Paliativní péče je poskytována jednak specializovanými poskytovateli. K těm Haškovcová řadí hospice. Kalvach specializovanou paliativní péči člení podrobněji a to na tzv. lůžková zařízení, což jsou hospice a oddělení paliativní péče, na ambulantní zařízení, kam patří ambulance paliativní medicíny, konziliární tým paliativní péče

²⁰² HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, str. 377

²⁰³ ORT, J. Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí). 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2004, str. 85

²⁰⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. přeprac.vydání. Praha: Galén, 2007., str.41

a denní hospicový stacionář a v neposlední řadě na domácí paliativní péči, kam patří mobilní hospic.²⁰⁵ A dále nespécializovanými zařízeními. Mezi ty Haškovcová v souladu s Doporučením rady Evropy řadí:

- neinstitutionální poskytovatele péče,
- dobrovolníky,
- pracovníky agentur domácí péče,
- praktické lékaře a jejich zdravotní sestry,
- specialisty na nepaliativní péči, pokud je v jejich možnostech poskytnout paliativní péči.²⁰⁶

I přes tu skutečnost, že se úroveň paliativní péče postupně zlepšuje a dochází v oblasti paliativní medicíny k nárůstu vzdělanosti jak u odborníků, tak i laiků, je stále co dohánět. Na základě výzkumů veřejného mínění Kalvach v roce 2004 označil za nejpalčivější problém v oblasti paliativní péče zcela nerozvinutou domácí paliativní péči a dále stav péče o terminálně nemocné a umírající v LDN a domovech důchodců.²⁰⁷ Současně uvedl oblasti, v nichž je potřeba docílit změn. Jsou jimi:

- vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí,
- působení na odbornou veřejnost především prostřednictvím lékařských společností,
- podpora inovativních místních projektů,
- sledování vyhodnocování péče,
- rozvoj domácí paliativní péče,
- využití osvědčených postupů ze zahraničí,
- soustavná popularizace tématu péče o umírající.²⁰⁸

²⁰⁵ KALVACH, Z. Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky). Praha: Cesta domů, 2004, str. 70

²⁰⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vydání. Praha: Galén, 2007., str.45

²⁰⁷ KALVACH, Z. Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky). Praha: Cesta domů, 2004, str. 98

²⁰⁸ KALVACH, Z. Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky). Praha: Cesta domů, 2004, str. 99

3.6. Dílčí závěr

Seniorská populace je v moderní hektické době ve vyšší míře ohrožena sociálními riziky a problémy. Ze strany mladých lidí je považována za ekonomickou zátěž a zdroj problémů. Podléhá proto ve větší míře diskriminaci, sociálnímu vyloučení a zneužívání lidských práv. Tomuto stavu napomáhá i politická reprezentace země a především média. Ta poskytují falešný obraz stáří. Starým lidem nevěnují dostatečnou pozornost. Pokud ano, pak publicita stáří není vůbec lichotivá. Je diskriminační, hanlivá a zesměšňující. Chybí poukazování na přínos a pozitivní roli seniorů ve společnosti.

V rámci eliminace sociálních problémů seniorů je nutné podporovat projekty zaměřené na součinnost žáků škol se starými lidmi, na poskytování poradenství a pomoci rodinám a pečovatelům, depistáž. Je potřebné přistoupit k větší informovanosti seniorů o možných rizicích a způsobech jejich řešení, zajistit dosažitelnost krizových center a krizových linek. K odstraňování nežádoucích rizik a problémů v neposlední řadě napomáhá i vzdělávání a odborné vedení sociálních, zdravotnických pracovníků a policistů a jejich koordinovaná spolupráce.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Empirický průzkum

4.1. Cíl průzkumu a formulace hypotéz

Cílem průzkumu je zjistit celkovou úroveň kvality života seniorů a provést srovnání kvality života mezi seniory žijícími samostatně /SŽ/, v domě s pečovatelskou službou/DPS/ a v domově pro seniory/DD/. Dále je průzkum zaměřen na oblast sociálních problémů seniorů, především na nalezení jisté souvislosti mezi sociálními problémy a kvalitou života.

Hlavním smyslem a účelem celého průzkumu je ověření následujících hypotéz:

Hypotéza č. 1:

Dotazovaní respondenti v souhrnu subjektivně hodnotí kvalitu života níže, než vykazují komplexní výsledky průzkumu.

Hypotéza č. 2:

Senioři žijící v domově pro seniory zažívají větší pocit osamělosti než senioři žijící samostatně a v domě s pečovatelskou službou; vykazují proto nižší kvalitu života.

Hypotéza č. 3:

Senioři s vyšší svobodou rozhodování o svém životě zažívají větší pocit smyslu života.

Hypotéza č. 4:

Senioři mající méně smysluplných a uspokojujících činností a kontaktů s lidmi, trpí větším pocitem nezájmu o svoji osobu ze strany blízkých.

4.2. Charakteristika výběrového souboru respondentů

Výběrový soubor je tvořen 48 respondenty ve věku 60 let a výše. Z toho 16 respondentů představuje osoby samostatně žijící, 16 respondentů osoby žijící v domově pro seniory a 16 respondentů osoby žijící v domě s pečovatelskou službou. Každá ze

skupin respondentů je pak tvořena souborem 8 žen a 8 mužů. Výběrový vzorek není tvořen náhodným výběrem, nýbrž příležitostným. Nelze jej proto považovat za reprezentativní. Náhodnost výběru respondentů a jejich nízký počet tedy nemůže vést při interpretaci výsledků průzkumu k obecně platným závěrům; výsledky průzkumu nemohou být generalizovány na celou seniorskou populaci.

Věkový průměr výběrového souboru činí 76,06 let. Nejmladšímu z oslovených mužů je 60 let, nestaršímu 87 let. Průměrný věk mužů představuje 76 let. Nejmladší z žen má rovněž 60 let, nejstarší žena má 95 let. Průměrný věk žen představuje 76,13 let.

Věkové rozpětí výběrového souboru

Věkové skupiny	muži	ženy	Celkem	%
60-69	6	7	13	27,1
70-79	7	7	14	29,2
80+	11	10	21	43,7

Provedeným šetřením bylo dále zjištěno, že z celkového počtu seniorů jich je 16,7% svobodných, 20,8% ženatých či vdaných, 14,6% rozvedených. 47,9% respondentů pak uvedlo stav vdovec/vdova. Ovdovělých žen je více než mužů (58,3%).

Respondenti se dále měli vyjádřit k otázce, zda mají děti a pokud ano, měli uvést počet dětí žijících s nimi. Výsledky naznačují trend moderní doby, tedy určitou tendenci oddělení generací, jistý vzájemný odstup, který však nemusí nutně znamenat oslabení mezigeneračních vazeb. Je logické, že všichni senioři žijící v domově pro seniory i v domě s pečovatelskou službou shodně uvedli, že žijí sami bez dětí. Z osob samostatně žijících pak 6 osob, tedy 37,5% uvedlo, že žije alespoň s jedním dítětem. Z celkového počtu respondentů 48, to je pouhých 12,5%.

V průzkumu dále 2,1% dotazovaných označilo svůj zdravotní stav za velmi špatný, 16,7 % za špatný, 58,3% za ani špatný ani dobrý, 20,8% za dobrý a 2,1% za velmi dobrý. Za nemocné se považovalo 54,2% dotazovaných.

Co se týče vzdělání, zde výsledky průzkumu naznačují určitou převahu mužů nad ženami. Základní vzdělání uvedlo 20,8% respondentů, 43,8% uvedlo vzdělání střední bez maturity, 29,2% střední s maturitou a v neposlední řadě 6,2% respondentů se označilo za vysokoškolsky vzdělané.

Průzkum byl proveden ve městě Brně, konkrétně pak v Domě s pečovatelskou službou, Kosmonautů 23, Brno; v Domě s pečovatelskou službou Křenová 39, Brno; v Domově pro seniory Kosmonautů, příspěvkové organizaci, Kosmonautů 21, Brno a u samostatně žijících seniorů v městské části Brno-Horní Heršpice a Slatina.

4.3. Použité metody

Jako podklad ke zpracování praktické části bakalářské práce byl použit dotazník kvality života ve vyšším věku **WHOQOL-OLD**. Jde o dotazník Světové zdravotnické organizace, který není určen k samostatnému použití. Je dodatkovým modulem k dotazníku kvality života WHOQOL-100 či jeho zkrácené verze **WHOQOL-BREF** určených k měření kvality života u běžné populace. Posledně jmenovaný modul byl rovněž použit jako podklad k šetření.

Dotazník WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF zachycují subjektivní pohled jedince (zdravého i nemocného) na svůj životní status, resp. kvalitu života. Vyzdvihují důležitost subjektivních postojů ke stáří pro vnímání kvality života před objektivně měřitelnými atributy. *„Neboť skutečnosti nejsou takové, jaké objektivně jsou, ale takové, jak jsou vnímány.“*²⁰⁹

Dotazník WHOQOL-OLD zahrnuje šest domén důležitých pro osoby vyššího věku a to fungování smyslů/FCES/, nezávislost/NEZ/ (tj. soběstačnost, schopnost se sám o sebe postarat a rozhodovat o svém životě), naplnění/NAP/ (tj. ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucnosti), sociální zapojení/SOCZ/ (tj. kontakty s lidmi a dostatek smysluplných činností), postoj ke smrti

210. DRAGOMIRECKÁ, E. et al. WHOQOL-OLD. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, str. 28

a umírání/SAU/ a blízké vztahy/BVZT/ (tj. intimita). Každá doména obsahuje 4 položky a to:

- FCES = OLD1, OLD2, OLD10, OLD20
- NEZ = OLD3, OLD4, OLD5, OLD 11
- NAP = OLD12, OLD13, OLD15, OLD19
- SOCZ = OLD14, OLD16, OLD17 a OLD18
- SAU = OLD6, OLD7, OLD8, OLD9
- BVZT = OLD21, OLD22, OLD23, OLD24

Celkový počet položek je tedy 24. Položky se hodnotí na pětibodové škále (viz příloha č. 1).²¹⁰

Dotazník WHOQOL-BREF představuje zkrácenou verzi stopoložkového instrumentu WHOQOL-100. Obsahuje výběr 26 položek, z toho 24 položek je sdružených do 4 oblastí (fyzická, psychologická, sociální oblast a prostředí) a 2 položky tvoří samostatnou oblast pro celkové hodnocení kvality života a zdravotního stavu. Pod první doménu /DOM1/ *fyzické zdraví* náleží položky Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 a Q18. Druhá doména/DOM2/ *prožívání* je tvořena položkami Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 a Q26. S doménou třetí/DOM3/ *sociální vztahy* korespondují položky Q20, Q21, Q22. Poslední doménu/DOM4/ představují položky Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 a Q25. (viz příloha č. 1)²¹¹

Výsledky dotazníků jsou vyjádřeny jednak pomocí standardizovaných průměrných skóre dílčích položek domén kvality života (viz příloha č. 2) a dále prostřednictvím hrubých skóre jednotlivých domén, což jsou standardizované průměrné hodnoty vypočtené z položek každé domény. K tomu, aby však mohlo být přistoupeno ke komparaci výsledků dotazníku WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, bylo nutné výsledky modulu WHOQOL-OLD v rozpětí škál domén 1-5 transformovat na rozpětí 4-20, jak je tomu u modulu WHOQOL-BREF (viz příloha č. 3a). Čím vyšší skóre, tím vyšší kvalita života.

²¹⁰ DRAGOMIRECKÁ, E. et al. WHOQOL-OLD. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, str. 15

²¹¹ DRAGOIRECKÁ, E. et al. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace, 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, str. 14

Základní hrubé skóry jednotlivých domén dotazníků jsou rovněž převedeny do podoby procentuálních skóre, tzn. v rozmezí 0-100. I zde platí, že čím vyšší skóre, tím vyšší kvalita života (viz příloha č. 3b).²¹²

Jako jedna z metod pro zjištění potřebných údajů byl v neposlední řadě aplikován „**dotazník týkající se sociálních problémů**.“ Jde o dotazník sestávající se z 10 uzavřených oznamovacích vět s možností odpovědi ano/ne (viz příloha č. 1). Výsledky k předmětnému dotazníku jsou uvedeny v příloze č. 4.

4.4. Interpretace získaných dat

Z analýzy získaných dat vyplývají následující zjištění:

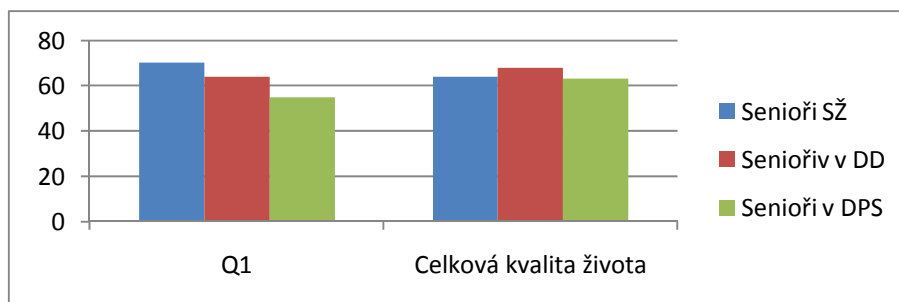
Celková kvalita života je ze strany seniorů subjektivně hodnocena na 63%. Z toho ženy na otázku „*Jak byste hodnotila kvalitu svého života?*“ (otázka Q1) dosahují oproti mužům nižšího procentuálního skóre a to 58,25%. Muži subjektivně zhodnocují svoji celkovou kvalitu života na 67,75%. Z dílčích skupin seniorů pak nejvýše kvalitu života subjektivně hodnotí samostatně žijící senioři a to na celých 70,25% (muži – 75%, ženy – 65,5%), poté následuje skupina seniorů žijících v domově pro seniory s 64% (muži – 72%, ženy – 56%). Nejhůře kvalitu života subjektivně hodnotí senioři žijící v domě s pečovatelskou službou. Dosahují toliko 54,75% (muži – 56,25%, ženy – 53,25%).

Ve srovnání se souhrnnými výsledky opatřenými součtem všech parciálních skóre jednotlivých domén kvality života tak senioři subjektivně vnímají kvalitu života v komplexním měřítku o pouhé 2% níže. Větší rozdíly se však objevují v rámci srovnávání komplexní kvality života (celkový skór kvality života je v daném případě vytvořen průměrnou hodnotou ze všech parciálních skóre domén) a subjektivního pohledu na ni u žen a mužů. Muži dosahují procentuálního skóre 64,25% a ženy 65,75%. Je tedy zřejmé, že ženy jsou přesvědčeny, že dosahují nižší kvality života, než je tomu ve skutečnosti. U mužů je tomu přesně naopak. Zajímavé jsou rovněž výsledky dle dílčích skupin seniorů. Průměrná hodnota komplexní kvality života u seniorů

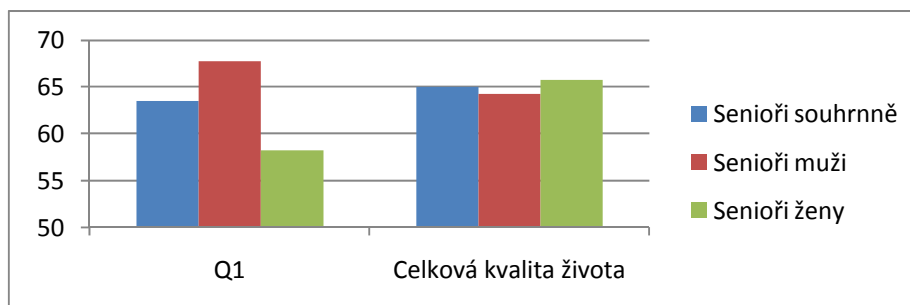
²¹² DRAGOMIRECKÁ, E. et al. WHOQOL-OLD. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, str. 23-25

žijících samostatně je zřetelně nižší, než jak je touto skupinou subjektivně vnímána. Dosahuje toliko 64% (muži – 67%, ženy – 61%). Naopak jisté zvýšení můžeme pozorovat u skupiny seniorů žijících v domově pro seniory. Celková kvalita života zde dosahuje 68% (muži – 62,25%, ženy – 73,75%). U osob žijících v domě s pečovatelskou službou procentuální skóre osciluje na hranici 63% (muži – 63,75%, ženy – 62,25%).

Grafické vyjádření průměrných procentuálních skór (0-100) kvality života u dílčích skupin seniorů



Grafické vyjádření průměrných procentuálních skór (0-100) kvality života u všech seniorů a u mužů a žen

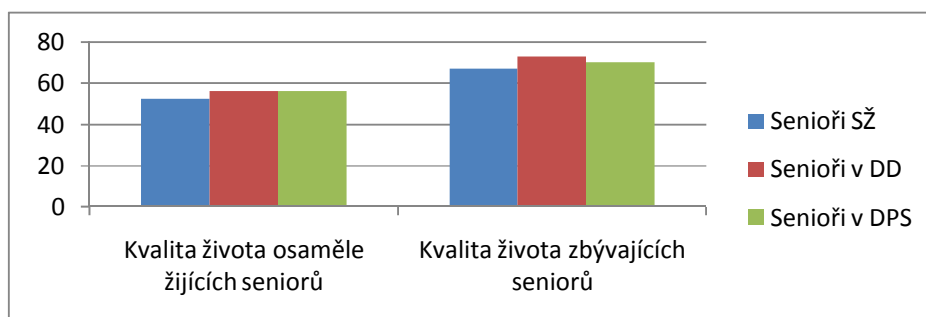


Na základě získaných dat ze strany seniorů a jejich zhodnocením (viz výše) je možno uzavřít, že **hypotéza č. 1** znějící: „dotazovaní respondenti v souhrnu subjektivně hodnotí kvalitu života níže, než vykazují komplexní výsledky průzkumu“ **nebyla potvrzena**. Senioři v globálu hodnotili subjektivně svoji kvalitu života (viz otázka Q1) sice o 2% níže v komparaci s celkovou kvalitou života, jejíž procentuální vyjádření bylo získáno průměrnou hodnotou jednotlivých parciálních skór všech domén. Mezi oběma proměnnými však nebyl nalezen signifikantní rozdíl, na základě kterého by mohla být hypotéza potvrzena.

Výsledky průzkumu dále ukazují, že senioři zažívající pocit osamělosti vykazují očividně nižší kvalitu života oproti zbylým osobám, u nichž byl průzkum rovněž proveden. Bylo zjištěno, že senioři žijící samostatně na oznamovací větu „*ve svém věku se cítím osamělý*“, pouze ve třech případech zaškrtnli odpověď „ano“. Kladnou odpověď označily pouze ženy. Z osob žijících v domově pro seniory se kladně vyjádřilo 5 osob, z toho 2 muži a 3 ženy. Nejvíce osamělými se pak překvapivě cítili senioři žijící v domě s pečovatelskou službou. Zde kladně odpovědělo celých 10 osob, z toho 5 mužů a 5 žen.

Porovnáním celkového skóre kvality života u seniorů žijících osaměle (opět vytvořeného průměrnou hodnotou ze všech parciálních skór jednotlivých domén) s celkovým skórem kvality života u zbylých seniorů bylo zjištěno, že u osamělých jedinců kvalita života klesá v průměru o 15,08%. Při srovnání jednotlivých skupin seniorů nedochází k významným odlišnostem ve výsledcích. Osamělí jedinci žijící v domě s pečovatelskou službou vykazují komplexní kvalitu života na hranici 56,25%, osamělé osoby žijící v domově pro seniory na hranici 56% a osamělí senioři žijící samostatně na hranici 52,5%. Naopak senioři, kteří se osaměle necítí, v domě s pečovatelskou službou dosahují kvality života ve výši 70%, v domově pro seniory ve výši 73% a samostatně žijící ve výši 67%.

Grafické vyjádření průměrných procentuálních skór (0-100) kvality života u osamělých seniorů



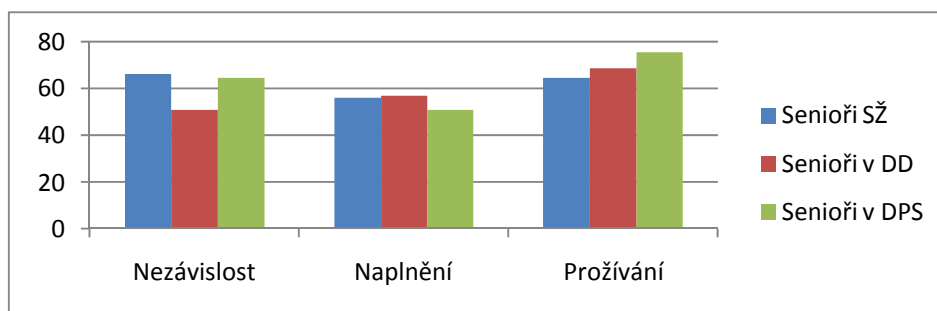
Na základě získaných dat ze strany seniorů a jejich zhodnocením (viz výše) je možno uzavřít, že **hypotéza č. 2** znějící: „*senioři žijící v domově pro seniory zažívají větší pocit osamělosti než senioři žijící samostatně a v domě s pečovatelskou službou; vykazují proto nižší kvalitu života*“ **nebyla rovněž potvrzena**. Pocit osamělosti překvapivě nejvíce uvedli senioři žijící v domě s pečovatelskou službou, až poté následování seniory žijícími v domově pro seniory. Navíc jistým paradoxem zůstává

i to, že senioři žijící v domově pro seniory dle získaných údajů dosahují mezi jednotlivými skupinami seniorů nejvyšší kvality života a to celých 68%. Lze tedy uzavřít, že byl sice prokázán neomylný vliv osamělosti na kvalitu života, když všichni osaměle dotazovaní respondenti dosahovali nižší kvality života, než činí průměr, na druhou stranu se však v komplexních výsledcích kvality života vliv osamělosti zásadním způsobem neprojevil.

V oblasti domény nezávislost/NEZ/ úzce spjaté s doménou naplnění/NAP/ a prožívání/DOM2/ bylo dotazníkovým šetřením vysledováno následující:

V oblasti domény nezávislost z dotazovaných kategorií seniorů dosahuje nejvyšší kvality života skupina seniorů žijících samostatně a to 66% (muži – 65%, ženy – 67%). Následují senioři žijící v domě s pečovatelskou službou s 64,5% (muži – 61%, ženy – 68%) a senioři v domově pro seniory s 50,75% (muži - 40%, ženy – 61,5%). Výsledky nejsou nijak překvapivé. U otázky „*do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?*“ senioři v domově pro seniory dokonce docílili kvality života toliko ve výši 59,50% (ostatní skupiny dosahovali 70,25% a 82,75%), u otázky „*do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?*“ pak pouhých 32,75% (ostatní skupiny dosahovali 57,75% a 81,25%). Výsledky však neočekávaně nevykazují, jak by se dalo předpokládat, přímou úměru mezi kvalitou života v doméně nezávislosti a kvalitou života v doméně naplnění a prožívání. Senioři žijící v domově pro seniory, byť vykazují nejnižší kvalitu života v oblasti nezávislosti, v doméně naplnění pak naopak dosahují nejvyšší kvality života a to 56,75 % (muži – 47%, ženy – 66,5%). U otázky „*jste spokojen s věcmi, na které se můžete těšit?*“ pak překvapivě docílili kvality života dokonce až ve výši 84,5%, zatímco ostatní skupiny pouze 62,5% a 59,5%. Následují samostatně žijící senioři s 56% (muži – 62,5%, ženy – 49,5%) a senioři žijící v domě s pečovatelskou službou s 50,75% (muži – 49%, ženy – 52,5%). V oblasti prožívání a smyslu života/DOM2/ naopak nejvyšší kvality života dosahují senioři žijící v domě s pečovatelskou službou a to 75,5% (muži - 77%, ženy – 74%). Následují senioři z domova pro seniory s 68,5% (muži – 65,5%, ženy – 71,5%), kteří však u otázky „*nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?*“ docílili nejnižší kvality a to pouhých 45,25% (ostatní skupiny 61% a 79,75%). Nejnižší kvality života v doméně prožívání pak dosahují samostatně žijící senioři a to 64,5% (muži – 67,75%, ženy – 61,25%).

Grafické vyjádření průměrných procentuálních skór (0-100) dimenze kvality života NEZ,NAP, DOM2 u seniorů žijících samostatně, v DD a DPS

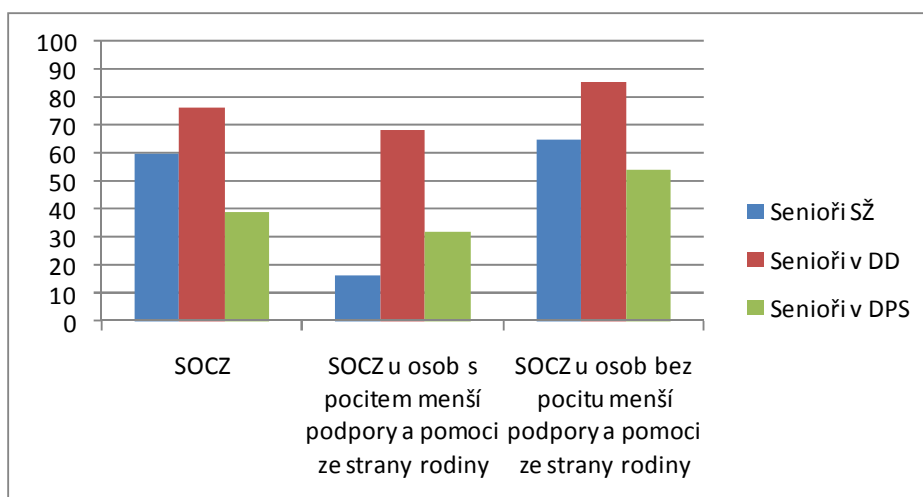


Z výsledků shora uvedených tak opět vyplývá, že ani **hypotéza č. 3** znějící: „senioři s vyšší svobodou rozhodování o svém životě zažívají větší pocit smyslu života“ **nebyla potvrzena**. Mezi dimenzí nezávislost a prožívání, potažmo naplnění, nebyl prokázán v předmětném průzkumu blízký vztah. Nedostatek nezávislosti, resp. svobody rozhodování o svých záležitostech a své budoucnosti nemusí vždy pro seniory znamenat nižší kvalitu života v oblasti prožívání smyslu života. Průzkumem bylo jednoznačně prokázáno, že byť senioři žijící v domově pro seniory mají nejnižší kvalitu života v doméně nezávislost, dosahují nejvyšší kvality v doméně naplnění a nezaostávají za celkovými výsledky ani v doméně prožívání.

Ve vztahu k hypotéze č. 4 byl průzkum zaměřen na porovnání kvality života u seniorů (včetně dílčích skupin – SŽ, DD, DPS) v oblasti sociálního zapojení /SOCZ/ a dále na zdůraznění korelace předmětné domény s otázkou rodinných vztahů. Z výsledků je zřejmé, že nejnižší kvalitu života v oblasti sociálního zapojení mají senioři žijící v domě s pečovatelskou službou a to pouhých 39,25%. U otázky „*jste spokojen s možností svého zapojení do společenského dění?*“ dosáhli kvality života dokonce pouhých 22%. Následuje skupina seniorů žijící samostatně s 60,25%. Nejvyšší hodnota pak byla nalezena u seniorů žijících v domově pro seniory a to celých 76,25%. Průměrné skóre domény u posledně označené skupiny je nejvyšší díky procentuálnímu vyjádření u otázky „*myslíte si, že máte každý den dostatek činnosti?*“ a u otázky „*jste spokojen s tím, jak trávíte svůj čas?*“, kde průměrná hodnota dosahuje až 86%, resp. 87,5%. V rámci problematiky rodinných vztahů v souvislosti s oznamovacími větami „*zažívám pocit, že mi rodina poskytuje menší podporu a pomoc*“ a „*vztahy se členy rodiny se kvůli mému věku stávají problematictější*“ nejvíce kladných odpovědí bylo odhaleno u seniorů žijících v domě s pečovatelskou službou. Na první z oznamovacích

vět celkem 7 osob odpovědělo „ano“. Následovala skupina seniorů žijících v domově pro seniory, kde odpověď „ano“ zazněla ve 4 případech. S osob samostatně žijících „ano“ odpověděl pouze jeden člověk. Současně z výsledků vyplývá, že osoby, jež označily v rámci problematiky rodinných vztahů kladnou odpověď, dosahovaly celkové kvality života v rámci domény sociálního zapojení pouhých 39,25%, naopak osoby, které označily negativní odpověď, dosahovaly kvality života 68,5%. Při srovnání jednotlivých skupin seniorů, pak procentuální poměr u seniorů žijících v domově pro seniory dosahoval 68,75% ku 86%, v domě s pečovatelskou službou 32,25% ku 54,5%, u seniorů samostatně žijících pak 16,75% ku 65% (zde jsou však výsledky zkráceny tím, že odpověď „ano“ zazněla toliko z úst jediné osoby).

Grafické vyjádření průměrných procentuálních skór (0-100) dimenze kvality života SOCZ ve vztahu k problematice rodinných vztahů

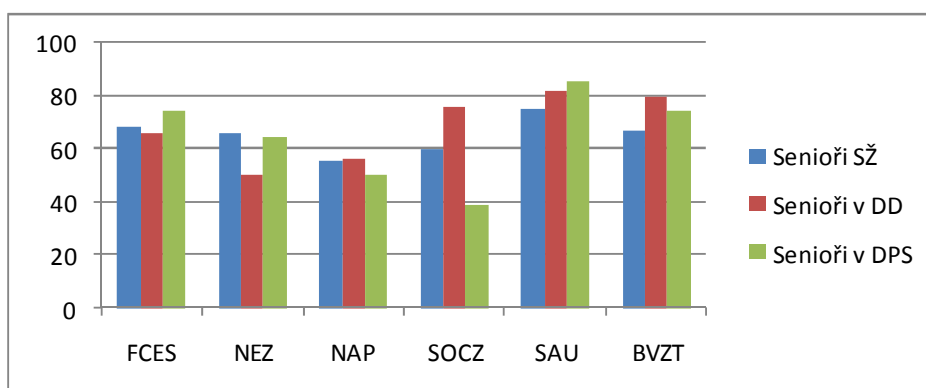


Na základě uvedeného je tak možno uzavřít, že **hypotéza č. 4** při znění: „senioři mající méně smysluplných a uspokojujících činností a kontaktů s lidmi, trpí větším pocitem nezájmu o svoji osobu ze strany blízkých“ **byla potvrzena**. Bylo prokázáno, že osoby, které uvedly, že zažívají pocit, že jim rodina poskytuje menší podporu a pomoc, dosahovaly v doméně sociálního zapojení kvality života až o 29,25% nižší než osoby bez takového pocitu. Pokud by však hypotéza byla zaměřena na dílčí skupiny seniorů, závěry by již nebyly tak jednoznačné.

Z deskriptivní statistiky je dále patrné: V rámci domény fungování smyslů nejvyšší procentuální hodnoty dosahují senioři žijící v domě s pečovatelskou službou

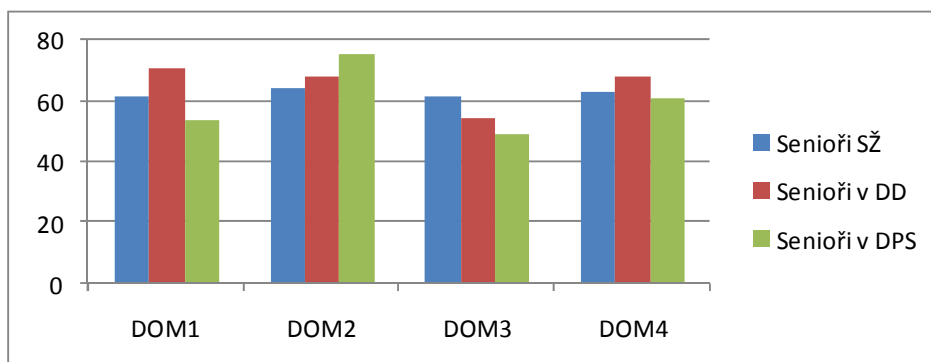
a to 74,25% (muži – 73,5%, ženy – 75%). Následují senioři žijící samostatně s 68,75% (muži – 74%, ženy – 63,5%) a senioři v domově pro seniory s 66,5% (muži – 68%, ženy – 65%). Ve sféře domény „blízké vztahy“ nejvyšší hodnotu vykazují senioři v domově pro seniory a to 79,75% (muži – 75,75%, ženy – 83,75%), poté senioři žijící v domě s pečovatelskou službou 74,25% (muži – 69,5%, ženy – 79%) a senioři žijící samostatně 67,25% (muži – 74,25%, ženy – 60,25%). Doména „postoj ke smrti“ je z hlediska statistického nevýznamná, neboť má charakter subjektivního postoje než oblasti kvality života.

Grafické vyjádření průměrných procentuálních skór (0-100) jednotlivých dimenzí kvality života dle dotazníku WHOQOL-OLD



V oblasti domény „fyzické zdraví“/DOM1/, „sociální vztahy“/DOM3/ a „prostředí“/DOM4/ je statisticky doložené následující: Nejvyšší procentuální hodnoty kvality života u DOM1 dosahují senioři v domově pro seniory a to 70,5% (muži – 64,25%, ženy – 76,75%), následují senioři žijící samostatně s 61,75% (muži – 61,5%, ženy – 62%) a senioři z domu s pečovatelskou službou s 53,75% (muži – 60,75%, ženy – 46,75%). U DOM3 první místo zaujímají senioři samostatně žijící s 61,5% (muži – 54,25%, ženy – 68,75%), následování seniory z domova pro seniory s 54,25% (muži – 39,75%, ženy – 68,75%) a seniory z domu s pečovatelskou službou se 49,5% (muži – 49%, ženy – 50%). V rámci DOM4 nejvyššího skóre dosahují senioři v domově pro seniory s 68% (muži – 61%, ženy – 75%), poté senioři samostatně žijící a to 62,75% (muži – 62,5%, ženy – 63%).

Grafické vyjádření průměrných procentuálních skóre (0-100) jednotlivých dimenzí kvality života dle dotazníku WHOQOL-BREF



Z dotazníkového šetření k „sociálním problémům“ bylo, vyjma již shora uvedeného, zjištěno:

Senioři samostatně žijící ani v jednom případě neuvedli, že by se v poslední době setkali s tím, že se k nim někdo choval hůře jen kvůli věku. V domově pro seniory a v domě s pečovatelskou službou pak odpověď „ano“ označily vždy 3 osoby. U oznamovací věty „zažívám pocit přehlížení ze strany mladší generace“ pak kladnou odpověď označilo celkem 13 seniorů. Nejméně kladných odpovědí poskytli senioři žijící samostatně. U oznamovací věty „je mi poskytována taková sociální péče, kterou potřebuji“ označila kladnou odpověď většina z dotazovaných respondentů, celých 91,7%. Na dotaz, který sociální problém považují senioři za největší problém všech seniorů, pak senioři žijící samostatně z nabídky nejčastěji vybrali ztrátu blízké osoby (v 8 případech ze 16). Osoby žijící v domě s pečovatelskou službou považovali za největší problém osamělost, na druhém místě pak vztahy s blízkými osobami. Senioři žijící v domově pro seniory po osamělosti uváděli jako největší problém vztahy s lidmi mladší generace. 72,91% respondentů je přesvědčeno, že v případě vzniku závažného sociálního problému by si dokázali sami vyhledat odbornou pomoc.

4.5. Rozbor výsledků průzkumu

V rámci interpretace získaných dat údaje z první části empirického průzkumu nejsou nijak zarážející a neočekávané. Samotným pozorováním seniorů při vyplňování dotazníků, jakož i pohovorem s nimi, bylo zjištěno, že ženy při vyplňování dotazníku reagovaly emotivněji než muži. Ze škál odpovědí 1-5 více využívaly u jednotlivých

domén buď nejnižší, nebo nejvyšší hodnoty, na rozdíl od mužů. Rovněž více podléhaly svým momentálním emocím. Muži odpovídali, resp. vyplňovali předmětné dotazníky, střízlivěji, realističtěji. Žádným překvapením tedy nezůstává fakt, že ženy ze subjektivního pohledu ohodnotily svoji kvalitu života nižším procentuálním skórem, než vykazovaly celkové výsledky průzkumu kvality života. Jistý údiv byl však spatřován v části, v níž senioři žijící v domě s pečovatelskou službou dosahovali nejnižší kvality života a naopak senioři žijící v domově pro seniory nejvyšší. A to především v oblasti domény „naplnění“, „sociální zapojení“ či v dílčích otázkách jako „*jsste spokojen se svými osobními vztahy?*“, či „*máte možnost věnovat se svým zálibám?*“. Údaje jsou opět podpořeny pozorováním prostředí, v němž se dílčí skupiny seniorů pohybovaly a vyplňovaly dotazník. Většina seniorů žijících v domě s pečovatelskou službou mimo dotazník projevovala rozmrzelost nad stavem objektu, ve kterém bydlí. Celý objekt byl neopraven, sami senioři dle svých slov si nemohou vylepšit prostředí na chodbách alespoň květinami apod. Rovněž vyslovovali mrzutost nad dovázkou obědů, kdy i přes opakované stížnosti úřad příslušné městské části neprojevil snahu po nápravě. Řada seniorů v domě s pečovatelskou službou se také cítila osaměle. Dle individuálních tvrzení se každý stará sám o sebe, se sousedy moc nekomunikují. Kluby seniorů nenavštěvují. Naopak senioři žijící v domově pro seniory v daných doménách dosahovali vysokého skóre kvality života a to především ženy. Mimo dotazníkové šetření bylo zjištěno, že většina žen v domově pro seniory, na rozdíl od mužů byla zapojena do místních aktivit. Navštěvovala různé kroužky, prováděla nejrůznější činnosti za asistence sociálních pracovníků. Na výsledcích průzkumu je tato skutečnost znát. Nejen, že tyto ženy dosahovaly vysoké kvality života v oblasti sociálního zapojení, tedy byly spokojeny s trávením svého volného času, s tím, nakolik jsou aktivní, ale podnětné prostředí se u nich kladným způsobem projevilo i v hodnocení kvality život v oblasti dalších domén. Vysoké kvality života tyto ženy dosahovaly např. v dílčí položce „*do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste ráda dělala?*“, „*máte dostatek energie pro každodenní život?*“, „*máte příležitost být někým milován?*“, „*jsste spokojen s podmínkami v místě, kde žijete?*“ Jediné na co si senioři v domově pro seniory mimo dotazník stěžovali, byla přeplněnost domova. V pokojích pro dva byli vždy umístěni tři senioři. Muži, kteří byli do aktivit domova méně zapojeni, pak např. u otázky „*do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád dělal?*“ uváděli, že jim chybí zahrádka, kde by mohli něco pěstovat a posedět.

Z výsledků průzkumu je dále patrné, že senioři žijící v domě s pečovatelskou službou se cítili nejvíce osaměle a to až v deseti případech. Osamělost také považovali za největší sociální problém, který trápí seniory. Rovněž vztahy se členy rodiny ze všech dílčích skupin seniorů považovali za nejvíce problematické a pocítovali nejmenší podporu a pomoc ze strany rodinných příslušníků.

Z výsledků je tedy zřejmé, že je nutné pro seniory vytvářet vhodné a příjemné prostředí, ve kterém se budou cítit jako doma. Snažit se je motivovat a nabízet jim řadu aktivit, nebrat na lehkou váhu jejich připomínky a podněty. Neboť to vše ve svém souhrnu výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu jejich života a snižuje riziko vzniku sociálních problémů. Prostředí chudé na podněty a vybízející k menšímu množství činnosti vede k výraznému snížení aktivační úrovně seniorů, v pozdějším věku dokonce až k apatii.

Výsledky dále naznačují, že nižší kvalita života seniorů v doméně nezávislost nemusí nutně znamenat menší kvalitu života v oblasti jiných domén. Dokladem toho jsou již shora zmiňovaní senioři žijící v domově pro seniory, kteří i přes nižší kvalitu života v předmětné doméně dosahovali vysokého skóre kvality života v dalších doménách, jako je „naplnění“ a „sociální zapojení“. To, že nemohou rozhodovat samostatně o svém životě, nevedlo ke snížení kvality života v dalších doménách.

Zajímavým zjištěním je dále skutečnost, že v otázce postoje ke smrti řada seniorů dosahovala vysokého procentuálního skóre. Většina ze seniorů nevyslovovala obavu, jak zemře, obavu z bolesti při umírání či ze samotného umírání. Nižšího procentuálního skóre senioři dosahovali pouze u otázky „*nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?*“, ale i zde procentuální skóre dosahovalo vyšších hodnot, než činil průměr. Senioři jsou tak zřejmě ve větším měřítku smíření s tím, že takový stav jednou musí nastat. Současně však myšlenky na smrt nezahánějí a snaží se o smrti hovořit. Tato skutečnost je zřejmá opět z pozorování při vyplňování dotazníku. Většina respondentů, především v domově pro seniory, smrt zmiňovala. Např. u otázky „*do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?*“ se pozastavovala nad zněním samotné otázky a uváděla „*jaká budoucnost, vždyť za chvíli stejně umřu*“. Někteří z nich se na dané téma částečně rozhovořili.

V otázce blízkých a sociálních vztahů nejsou rozdíly ve výsledcích u jednotlivých skupin nijak zvlášť výrazné. Většina respondentů přiřadila vysoké hodnoty u otázek „*kolik je ve Vašem životě lásky?*“, „*máte příležitost někoho milovat?*“, „*máte příležitost být někým milován?*“ či „*jak jste spokojen se svými osobními vztahy?*“ Snad jen senioři samostatně žijící, z nich ženy, označovaly nižší hodnoty u otázky „*kolik je ve Vašem životě lásky?*“, „*máte příležitost být někým milována?*“. Vysoké skóre položkám předmětných domén přiřazovaly dokonce i osoby, které v závěru uvedly, že se cítí osaměle a že zažívají pocit, že jim rodina poskytuje menší podporu a pomoc a vztahy se členy rodiny se kvůli jejich věku stávají problematictější. Z výsledků je tedy patrné, že senioři i přes jisté problémy v rodinných vztazích přiřazují blízkým vztahům velkou důležitost, jsou ke svým blízkým velmi úzce vázáni a neopouští je přesvědčení, že blízcí, byť jim v některých případech nevěnují dostatečnou pozornost, je mají rádi a v jejich životě je i tak hodně lásky.

Rozporuplné tendence jsou snad zřejmé jen při odpovědích týkajících se přátelství. Na otázku „*jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?*“ většina respondentů odpovídala nejvyššími možnými hodnotami. U otázky „*jak jste spokojeni s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?*“ však procentuální skóre již nedosahuje tak vysokých hodnot (vyjma seniorů žijících samostatně). Možné zdůvodnění tohoto protikladu v odpovědích je možno opět odvodit z pozorování seniorů a rozhovorů s nimi. Velká část seniorů žijících v domově pro seniory, ale i někteří z domu s pečovatelskou službou, uvedli, že přátele nemají, neboť buď již umřeli, nebo se s nimi již dávno nestýkají. Větší důležitost kladli na vztahy s nejbližšími příbuznými.

U seniorů žijících v domově pro seniory je dále patrné, že přesto, že odpovídali velmi pozitivně u otázek svého sociálního zapojení, uvedli, že mají dostatek činnosti i že jsou spokojeni s věcmi, na které se mohou těšit, dosahovali nižší kvality života u otázky „*jak moc vás těší život?*“, „*nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?*“ Při vyplňování dotazníků se někteří z respondentů vyjadřovali opět na téma smrti, uváděli, že už smysl moc nemá, protože za chvíli stejně umřou.

V souvislosti s otázkou „*jak jste spokojen sám se sebou?*“ nejnižší kvality života dosahovali jedinci samostatně žijící.

Velkého procentuálního skóre senioři dosahovali v otázkách akceptace svého tělesného vzhledu a v otázce dostatku peněz k uspokojování svých potřeb. Zde většina seniorů vyslovila spokojenost se stavem.

Dotazovaní respondenti v neposlední řadě uvedli, že sociální problémy nepovažují za závažnější než problémy zdravotní. Překvapujícím zjištěním pak bylo přesvědčení většiny dotazovaných respondentů o tom, že v případě vzniku závažného sociálního problému by si sami dokázali vyhledat odbornou pomoc. U osob samostatně žijících pak bylo navíc zjištěno, že na rozdíl od dotazníku WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, kde u jednotlivých dimenzí dosahovali průměrných a někdy i dokonce nižších skór oproti ostatním skupinám seniorů, v rámci dotazníku k sociálním problémům tomu bylo zcela naopak. Ani jeden z dotazovaných respondentů nemá pocit přehlížení své osoby ze strany mladší generace či pocit, že by se k nim choval někdo hůře jen kvůli jejich věku. Jen jediný respondent z 16 dotazovaných dále uvedl, že zažívá pocit, že mu rodina poskytuje menší podporu a pomoc. Žádný z dotazovaných pak nevedl, že by se jeho vztahy se členy rodiny stávaly problematictější. Diametrálně se rovněž rozcházel v části, kde měli označit, který ze sociálních problémů je dle jejich názoru nejčastějším problémem seniorů. Na rozdíl od osamělosti, kterou uváděli senioři žijící v domě s pečovatelskou službou i v domově pro seniory, vnímali jako největší problém ztrátu blízké osoby. Možné vysvětlení daného výsledku průzkumu v oblasti sociálních problémů může být spatřováno ve větším kontaktu samostatně žijících seniorů s lidmi mladší generace. Jsou tak nuceni k větší toleranci, přizpůsobení se. Současně od generace mladých získávají nové poznatky a zkušenosti, které jim umožňují lépe zvládat rozličné situace. Jiným vysvětlením může být více aktivit samostatně žijících seniorů a to nejen s osobami shodného stáří.

Z dotazníkového šetření v neposlední řadě vyplývá, že senioři na oznamovací větu „*v poslední době jsem se setkal/a s tím, že se ke mně někdo choval hůře jen kvůli věku*“ podali v 87,5% případů negativní odpověď; u oznamovací věty „*kvůli svému věku zažívám pocit přehlížení ze strany mladší generace*“ pak v 72,9% případů. Odpovědi mohou být jistým náznakem větší tolerance starších osob k mladší generaci a jejím výstřednostem spojených s mládím. Staří lidé si mohou také uvědomovat svou větší závislost na mladých lidech a jejich péči, což může ovlivňovat jejich odpověď.

Průzkum svými výsledky podporuje teoretickou část v místech, v nichž byla za jeden z nejpálčivějších sociálních problémů seniorů označena osamělost. Z dotazovaných respondentů celých 37,5% označilo, že se cítí ve svém životě osaměle. Naopak průzkum nabourává závěry a mýty, že skupinou seniorů s nejnižším sociálním statusem jsou senioři žijící v domově pro seniory. Výsledky ukazují, že pokud je této skupině věnována náležitá sociální péče a nabízeno dostatečné množství přijatelných aktivit, mohou dosahovat výrazně pozitivních hodnot v rámci hodnocení kvality života. Výsledky v neposlední řadě naznačují jistou absenci, resp. nízkou míru, mezigenerační intolerance u seniorů. Pozornost v rámci navázání mezigeneračního dialogu by tak měla být do budoucna zaměřena především směrem k mladé generaci. Musí být učiněny potřebné kroky k osvětě mladých, k jejich agitaci pro solidaritu a rozvoj prosociálního chování ke starým spoluobčanům.

Závěr:

Období stáří je stejně významnou etapou života jako období dětství či dospělosti. Málokdo si však tuto skutečnost, v současné hektické době věnované kultu mládí, individuálním zájmům a společenské prestiži, uvědomuje. Z celospolečenského pohledu je stáří především pojímáno jako hrozba budoucnosti. Statistické ukazatelé jsou nemilosrdné a daný pohled společnosti plně podporují. Na druhou stranu se však rovněž stávají neodkladnou výzvou k zásadní změně v chápání stáří a seniorů jako marginalizované skupiny a posilují snahu, aby pozornost lidstva byla ubírána směrem k širší politice stárnutí.

Na významu především nabývá nutnost rozvoje osobních práv, jež zahrnují kladné postavení seniorů ve společnosti, podpora pozitivního obrazu stárnutí a odbourávání diskriminace seniorů. Respekt, solidarita a pokora ve vztahu ke starým lidem musí být ve společnosti budována výchovou a sociální interakcí již od útlého dětství. Mladá generace musí být učena ke schopnosti orientace v mezilidských vztazích, k pochopení sociokulturní zátěže jednotlivých sociálních skupin, k altruistickému jednání, spolupráci a vzájemné pomoci. Současně však nesmí být zapomínáno ani na samotnou výchovu k úspěšnému stáří. Pozornost musí být u jednotlivců i celé společnosti orientována k rozvoji zdravého životního stylu, autonomie, aktivity, duševní hygieny a sociálních kontaktů. Senioři musí usilovat o přínos společnosti, o svoji budoucnost a budovat u sebe odpovědnost za vlastní život. Jen tak mohou dosáhnout kvalitního a důstojného stáří a současně eliminovat ekonomické, zdravotní a především sociální problémy.

Práce je tudíž vedena snahou zmapovat aktuální situaci v oblasti kvality života seniorů a úsilím podpořit nutnost změn v oblasti chápání stáří a přístupu k němu, protože klíčový bod celé práce je spatřován v nezbytnosti upozornit společnost na palčivé sociální problémy seniorů a možnosti jejich řešení.

Práce je bohužel, pro svoji obsáhlost, k dané problematice prosta průzkumu z pozice mladé generace. V budoucnu je potřeba zmapovat dané téma také očima mladých lidí, upozornit je na chyby ve způsobu chápání dané problematiky a přispět tak ke snížení mezigenerační intolerance.

Resumé:

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku stáří. Zdůraznit nutnost primární i sekundární prevence, výchovy, k úspěšnému a důstojnému stáří. Dále rozebrat strategie úspěšného stárnutí, které přispívají ke zvyšování kvality života seniorů a vymezit oblast nejčastějších a nejzávažnějších sociálních problémů, které postihují seniorskou populaci.

První kapitola rekapituluje existující poznatky o stárnutí a stáří. Podává ucelenou představu o postoji společnosti ke stáří z pohledu minulosti i současnosti a dále poskytuje statistické údaje o stárnutí populace.

Druhá kapitola je zaměřena na kvalitu života seniorů. Především analyzuje strategie úspěšného stárnutí. Obzvláště pak nutnost výchovy k aktivnímu a nezávislému stáří.

Třetí kapitola poskytuje ucelený přehled rizik seniorské populace. Rozebírá nejčastější a nejzávažnější sociální problémy seniorů a nastiňuje možnosti jejich řešení.

Čtvrtá kapitola je věnována empirickému průzkumu. Za využití metody strukturovaného dotazníku je měřena kvalita života vybrané skupiny seniorů a zjišťovány jejich sociální problémy.

Anotace:

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života a sociálních problémech seniorů. Shrnuje existující poznatky o stárnutí a stáří, včetně demografických aspektů stárnutí populace. Rozebírá strategie úspěšného stárnutí a jejich vliv na kvalitu života, prosperitu a důstojnost stáří. Dále zaměřuje pozornost k analýze nepřehledné škály sociálních problémů, s nimiž se senioři ve svém životě setkávají či mohou setkat, jako je osamělost, problémy v rámci mezigeneračních vztahů, týrání, zanedbávání aj. Závěr práce je věnován empirickému průzkumu, jehož cílem je prozkoumat úroveň kvality života a sociálních problémů seniorů.

Klíčová slova:

Stárnutí, stáří, kvalita života, výchova, autonomie, osamělost, mezigenerační vztahy, ageismus, umírání, smrt

Annotation:

The thesis deals with the quality of life and social problems of the aged. It summarizes existing knowledge about ageing and old age, including demographic aspects of the ageing of the population. It analyzes strategies for successful ageing and how they affect the quality of life; prosperity and dignity of old age. The analysis focuses on examining the vast range of social problems which the elderly in their lives may or may not encounter, such as loneliness, problems in intergenerational relationships, abuse, neglect, etc. The conclusion of this thesis is devoted to empirical research which investigates the level of quality of life experienced by the elderly and social problems they may face.

Keywords:

Ageing, age, quality of life, education, autonomy, loneliness, intergenerational relations, ageism, dying, death

Seznam použité literatury:

1. BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: vydavatelstvo public promotion, s.r.o., 2008, 251 s., ISBN: 978-80-969944-0-3
2. BRADNOVÁ, H. et al. *Encyklopedický slovník*. Praha: Odeon, 1993, 1253 s., ISBN 80-207-0438-8
3. BURIÁNEK, J. et al. *Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006, 108 s., ISBN 80-7254-914-6
4. ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, 175 s., ISBN 80-7067-953-0
5. DRAGOMIRECKÁ, E. et al. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 88s., ISBN 80-85121-82-4
6. DRAGOMIRECKÁ, E. et al. *WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, 172s., ISBN 978-80-87142-05-9.
7. GRUSS, P. et al. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, 222 s., ISBN 978-80-7367-605-6
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, 407 s., ISBN 80-7038-158-2
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac.vydání. Praha: Galén, 2007., 244 s., ISBN 978-80-7262-471-3
10. HORSKÁ, P. et al. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Panorama, 1990, 474 s., ISBN 80-7038-011-X
11. HOVORKA, J. *Cesta do stáří*. 3.přeprac.vyd. Praha: Práce, 1986, 296 s.
12. KALVACH, Z. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004, 103 s., ISBN 80-239-2832-5
13. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 195 s., ISBN 978-80-247-2169-9
14. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s., ISBN 80-244-1552-6
15. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 216 s., ISBN 978-80-7367-383-3
16. KUBEŠOVÁ, L. *Zdraví pro třetí věk*. 1.vyd. Čestlice: Rebo, 2006, 270s., ISBN 80-7234-536-2
17. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 368 s., ISBN 80-247-1284-9
18. LITOMERICKÝ, Š., KREJČÍK, Š. *Starý člověk v rodině*. 1.vyd. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1985, 36 s.
19. MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, s.r.o., 2008, 203 s., ISBN: 978-80-7392-072-2
20. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 314 s., ISBN: 80-210-3838-1

21. ORT, J. *Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí)*. 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2004, 106 s., ISBN 80-7044-636-6
22. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990, 135 s., ISBN 80-201-8076-8
23. PICHAUD, C. at al. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s., ISBN80-7178-184-3
24. RABUŠIC, L. *Česká společnost a senioři: sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti*. 1.vyd. Brno: MU, 1997, 189 s., ISBN 80-210-1729-5
25. RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. 1.vyd. Brno: MU, 1995, 192 s., ISBN: 80-210-1155-6
26. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s., ISBN 80-7178-274-2
27. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s., ISBN-978-80-86429-62-5
28. ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1983, str. 111
29. THELENOVÁ, K. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, 123 s., ISBN 978-80-7372-582-2
30. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 45 s., ISBN 80-238-9506-0
31. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2009, 239 s., ISBN 978-80-251-2104-7
32. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1.vyd. Brno: MU, 2005, 143 s., ISBN 80-210-3754-7
33. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s., ISBN 978-80-246-1318-5
34. VÁŽANSKÝ, M. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD, 2010, 200 s., ISBN 978-80-7392-130-9
35. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti*. 1.vyd. Brno: MU, Mezinárodní politický ústav, 2008, 233 s., ISBN 978-80-210-4627-6
36. WOLF, J. et al. *Umění žít a stárnout*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1982, 368 s.,
37. ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. *Mezigenerační mosty*. 1.vyd. Košice: MENTA MEDIA, 2009, 112 s., ISBN 978-80-89392-08-7

38. INTERNETOVÉ ZDROJE:

- DIMITROVÁ, M. *Demografické souvislosti stárnutí*.
http://www.cvvm.cas.cz/index.php?lang=0&disp=nase_spolecnost&r=1&offset=112&shw=100067, 12.8.2010
- FERENC, J. *Zaměstnanost osob předdůchodového a důchodového věku*. Referát statisticko-ekonomických analýz ČSÚ, 2010,
<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/ckta28062010.doc>, 14.8.2010

- FERRY, M. BAKER, R. *Regionální strategie a demografické stárnutí. Age Proofing Toolkit – Příručka ke strategii pro demografické stárnutí*, 2006, http://www.mpsv.cz/files/clanky/4276/ageing_toolkit_czech.pdf, 13.8.2010
- KRYLOVÁ, I. *Japonské tipy na dlouhý život*. http://ona.idnes.cz/japonske-tipy-na-dlouhy-zivot-dkb-/zdravi.asp?c=A081215_101609_vase-telo_bad, 8.8.2010
- KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. Praha: MPSV, 2008. <http://www.mpsv.cz/cs/5045>, 28.8.2010
- OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics. ISBN-92-64-05604-1, http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2009/population-aged-65-and-over_factbook-2009-table4-en, 12.8.2010
- Statistická ročenka České republiky 2009, ČSÚ,
- http://czso.cz/csu/redakce.nsf/i/statisticke_rocenky_ceske_republiky, 14.8.2010
- SÝKOROVÁ, D. *Bezdětnost ve stáří. K sociální integraci bezdětných seniorů*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2008, 138 s.
- http://sreview.soc.cas.cz/uploads/4d554338765247c6db84eccac3569fcb5bfb99ec515_2008-1Sykorova.pdf, 14.8.2010
- VÍZNEROVÁ, H., VOHLÍDALOVÁ, M. *Sociální exkluze, inkluze a sociální politika (zpráva z konference)*, vydáno 7.1.2007
- http://www.mpsv.cz/files/clanky/7456/Narodni_program_ER_2010.pdf, 28.8.2010
- <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc>, 4.9.2010
- [http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc/142-domaci_nasili](http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc/142-domaci-nasili), 4.9.2010
- <http://senior.gfpvm.cz>, 4.9.2010
- http://cs.wikipedia.org/wiki/Paliativn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De, 17.12.2010

Seznam příloh:

Příloha1: *Dotazník kvality života WHOQOL-OLD – česká verze, WHOQOL-BREF a dotazník týkající se sociálních problémů*

Příloha2: *Tabulka: Průměrné skóry položek WHOQOL-OLD u souboru 60+; průměrné skóry položek a domény „fyzické zdraví“ WHOQOL-BREF u souboru 60+*

Příloha3: *Tabulka: Doménové skóry WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u souboru 60+; doménové skóry WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u souboru 60+*

Příloha4: *Tabulka: Sociální problémy u souboru 60+*

Příloha č. 1:

Dobrý den,

dostává se Vám do rukou česká verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD, dotazník kvality života WHOQOL-BREF a v neposlední řadě mnou osobně vytvořený dotazník týkající se sociálních problémů seniorů.

Veškeré Vámi uvedené údaje jsou zcela anonymní a důvěrné. Budou využity toliko při zpracování mé bakalářské práce na téma „Kvalita života a sociální problémy seniorů ve společnosti“.

Předem Vám velmi děkuji za projevenou ochotu a spolupráci.

Jitka Divácká

Osobní údaje

Zaškrtněte prosím odpovídající údaje.

Pohlaví: 1) muž
 2) žena

Věk:.....

Nejvyšší ukončené vzdělání:

- 1) základní
- 2) střední bez maturity
- 3) střední s maturitou
- 4) vysokoškolské

Rodinný stav:

- 1) svobodný/á
- 2) ženatý/vdaná
- 3) žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná
- 4) žiji odděleně
- 5) rozvedený/á
- 6) ovdovělý/á

Máte děti?

- 1) ano
- 2) ne

Pokud ano, uveďte počet dětí žijících s Vámi.....

Jaký je Váš zdravotní stav? (G1.2)

velmi špatný	špatný	ani špatný ani dobrý	dobrý	velmi dobrý
1	2	3	4	5

Jste v současné době nemocný/á

- 1) ano
- 2) ne

Pokud ano, uveďte diagnózu.....

Dotazník kvality života WHOQOL-OLD – česká verze

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

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

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**.

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme za spolupráci.

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

byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

8. (F29.4) **Jak moc se bojíte umírání?**

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Chcete k dotazníku něco dodat?

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

	velmi nespokojena	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a	1	2	3	4	5

se svým spánkem?					
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

Dotazník týkající se sociálních problémů

Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá být nejvhodnější.

- | | | |
|--|-----|----|
| 1) Ve svém věku se cítím osamělý/a | ano | ne |
| 2) V poslední době jsem se setkal/a s tím, že se ke mně někdo choval hůře jen kvůli mému věku | ano | ne |
| 3) Kvůli svému věku zažívám pocit přehlížení ze strany mladší generace | ano | ne |
| 4) Zažívám pocit, že mi rodina poskytuje menší podporu a pomoc | ano | ne |
| 5) Vztahy se členy rodiny se kvůli mému věku stávají problematictější | ano | ne |
| 6) Je mi poskytována přesně taková sociální péče, kterou potřebuji | ano | ne |
| 7) Z následující škály sociálních problémů zakroužkujte ten sociální problém, který je dle Vašeho názoru nejčastějším sociálním problémem seniorů, event. uveďte svůj vlastní druh sociálního problému | | |
| a) osamělost | | |
| b) vztahy s blízkými osobami | | |
| c) týrání, zanedbávání | | |
| d) ztráta blízké osoby | | |
| e) vztahy s lidmi mladší generace | | |
| f) jiné..... | | |
| 8) V případě vzniku závažného sociálního problému bych si sám/sama dokázal vyhledat odbornou pomoc | ano | ne |
| 9) Sociální problémy považuji za závažnější než problémy ekonomické | ano | ne |
| 10) Sociální problémy považuji za závažnější než problémy zdravotní | ano | ne |

Příloha č. 2:

Průměrné skóry položek WHOQOL-OLD u souboru 60+

		Osoby samostatně žijící	Osoby v domově pro seniory	Osoby v domě s pečovatelskou službou
OLD10	potíže se smysly a komunikace s lidmi	4,00	3,94	4,06
OLD2	ztráta smyslu a zapojení do činností	3,75	3,82	4,13
OLD1	zhoršení smyslů a každodenní život	3,88	3,75	3,94
OLD6	znepokojení ze způsobu smrti	4,38	4,50	4,56
OLD8	strach z umírání	4,06	4,56	4,38
OLD7	ztráta kontroly nad sebou	4,06	3,88	4,50
OLD12	spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout	2,81	2,81	2,31
OLD18	spokojenost se zapojením do společenského dění	3,19	3,38	1,88
OLD13	zasloužené uznání	3,31	2,25	2,50
OLD24	příležitost být milován/a	3,44	4,38	3,94
OLD20	hodnocení fungování smyslů	3,38	3,13	3,75
OLD17	spokojenost s množstvím aktivit	3,13	3,88	2,63
OLD11	oblíbené činnosti	3,56	3,31	2,63
OLD22	láska v životě	3,56	3,81	3,88
OLD23	příležitost milovat	3,75	4,38	3,81
OLD16	spokojenost s trávením volného času	3,44	4,50	2,88
OLD4	vliv na rozhodování o budoucnosti	3,31	2,31	4,25
OLD5	respektování svobody rozhodování	3,88	3,13	3,13
OLD19	spokojenost s věcmi, na které se lze těšit	3,38	4,38	3,50
OLD15	spokojenost s tím, čeho v životě dosáhl/a	3,44	3,63	3,81
OLD14	dostatek činností	3,88	4,44	2,88
OLD21	význam přátelství	4,00	4,19	4,25
OLD3	svoboda rozhodování	3,81	3,38	4,31
OLD9	strach z bolesti při umírání	3,48	4,19	4,25

Průměrné skóry položek a domény „fyzické zdraví“ WHOQOL-BREF u souboru 60+

		Osoby samostatně žijící	Osoby v domově pro seniory	Osoby v domě s pečovatelskou službou
Q3	bolest a nepříjemné pocity	3,69	3,94	3,44
Q4	závislost na lékařské péči	3,69	4,19	3,38
Q10	energie a únava	3,75	4,44	3,44
Q15	pohyblivost	3,63	3,13	3,06
Q16	spánek	3,06	3,06	2,88
Q17	každodenní činnosti	3,25	4,00	2,94
Q18	pracovní výkonnost	3,19	4,00	2,94
Q5	potěšení ze života	3,69	3,31	3,50
Q6	smysl života	3,44	2,81	4,19
Q7	soustředění	3,25	4,31	4,31
Q11	přijetí tělesného vzhledu	4,00	4,19	4,69
Q19	spokojenost se sebou	3,19	3,94	3,63
Q26	negativní pocity	3,88	3,88	3,81
Q20	osobní vztahy	3,69	4,13	3,50
Q21	sexuální život	3,06	2,19	2,25
Q22	podpora přátel	3,63	3,19	3,19
Q8	osobní bezpečí	3,25	3,69	3,81
Q9	životní prostředí	3,06	3,18	2,69
Q12	finanční situace	3,75	4,44	4,00
Q13	přístup k informacím	4,13	4,13	4,44
Q14	záliby	4,06	3,81	3,06
Q23	prostředí v okolí bydliště	3,06	3,75	3,19
Q24	dostupnost zdravotní péče	3,19	3,31	3,44
Q25	doprava	3,56	3,44	2,88

Příloha č. 3a:

Doménové skóry WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u souboru 60+

		Osoby samostatně žijící	Osoby v domově pro seniory	Osoby v domě s pečovatelskou službou
DOM1	fyzické zdraví	13,88	15,28	12,60
DOM2	duševní zdraví	14,32	14,96	16,08
DOM3	sociální vztahy	13,84	12,68	11,92
DOM4	prostředí	14,04	14,88	13,76
FCES4	fungování smyslů	15,00	14,64	15,88
NEZ4	nezávislost	14,56	12,12	14,32
NAP4	naplnění	12,96	13,08	12,12
SOCZ4	sociální zapojení	13,64	16,20	10,28
SAU4	smrt a umírání	16,00	17,12	17,68
BVZT4	blízké vztahy	14,76	16,76	15,88

Poznámka: Rozpětí škál u domén je 4-20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života

Příloha č. 3b:

Doménové skóry WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF u souboru 60+

		Osoby samostatně žijící	Osoby v domově pro seniory	Osoby v domě s pečovatelskou službou
STODOM1	fyzické zdraví	61,75	70,50	53,75
STODOM2	duševní zdraví	64,50	68,50	75,50
STODOM3	sociální vztahy	61,50	54,25	49,50
STODOM4	prostředí	62,75	68,00	61,00
FCES100	fungování smyslů	68,75	66,50	74,25
NEZ100	nezávislost	66,00	50,75	64,50
NAP100	naplnění	56,00	56,75	50,75
SOCZ100	sociální zapojení	60,25	76,25	39,25
SAU100	smrt a umírání	75,00	82,00	85,50
BVZT100	blízké vztahy	67,25	79,75	74,25

Poznámka: Rozpětí škál u domén je 0-100, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života

Příloha č. 4:

Sociální problémy u souboru 60+

		Osoby samostatně žijící				Osoby v domově pro seniory				Osoby v domě s pečovatelskou službou			
		MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
		ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
1.	Ve svém věku se cítím osamělý	0	8	3	5	2	6	3	5	5	3	5	3
2.	V poslední době jsem se setkal/a s tím, že se ke mně někdo choval hůře jen kvůli věku	0	8	0	8	2	6	1	7	1	7	2	6
3.	Kvůli svému věku zažívám pocit přehlížení ze strany mladší generace	0	8	2	6	3	5	3	5	2	6	3	5
4.	Zažívám pocit, že mi rodina poskytuje menší podporu a pomoc	0	8	1	7	3	5	1	7	6	2	1	7
5.	Vztahy se členy rodiny se kvůli mému věku stávají problematictější	0	8	0	8	0	8	1	7	6	2	1	7
6.	Je mi poskytována taková sociální péče, kterou potřebuji	7	1	8	0	6	2	7	1	8	0	8	0
7.	Z následující škály sociálních problémů zakroužkujte ten, který je dle Vašeho názoru nejčastějším sociálním problémem seniorů 1) Osamělost 2) vztahy s blízkými osobami 3) týrání , zanedbávání 4) ztráta blízké osoby 5) vztahy s lidmi mladší generace 6) jiné	1x 1x 1x 3x 0x 1x		3x 1x 0x 4x 0x 0x		3x 0x 0x 0x 3x 1x		5x 1x 0x 0x 2x 0x		4x 2x 0x 0x 1x 0x		5x 2x 0x 0x 1x 0x	
8.	V případě vzniku závažného sociálního problému bych si sám/sama dokázal/a vyhledat odbornou pomoc	6	2	5	3	6	2	5	3	7	1	6	2
9.	Sociální problémy považuji za závažnější než problémy ekonomické	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4
10.	Sociální problémy považuji za závažnější než problémy zdravotní	0	8	0	8	1	7	1	7	0	8	0	8

Poznámka: Skóre vyjadřuje počet odpovědí na příslušnou otázku