

Kvalita života žen v seniorském věku

Klára Staňková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Klára STAŇKOVÁ
Osobní číslo: H128058
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Kvalita života žen v seniorském věku

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- životní spokojenost, kvalitu života ve stáří a faktory, které je ovlivňují;
- na sociální a materiální podmínky seniorů;
- kvalitu života a analýzu sociálního postavení žen v seniorském věku;
- možnosti využití sociální pedagogiky při zlepšování postavení žen - senierek v naší společnosti.

Součástí práce bude empirické šetření event. realizovaný výzkum (kvantitativní, kvalitativní, smíšený) zaměřený na zjištění problémů, jaké musí české ženy v seniorském věku řešit nejčastěji.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Dragomirecká, Eva a Jitka Prajsová. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. Praha: Psychiatrické centrum, 2009.

Hamilton-Stuart. I. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999.

Haškovcová, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990.

Mühlpachr, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004.

Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990.

Payne, J. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005.

Vadurová, H., Mühlpachr, P. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita, 2005.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013


Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

KLÁRA STAŇKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 14. 4. 2014

KL

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života ve stáří. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmů vztahujících se k danému tématu. Charakterizuje pojmy stáří a stárnutí, změny ve stáří, kvalita života a faktory, které je ovlivňují. Cílem praktické části je zjistit, kvalitativním výzkumem, hodnocení kvality života žen v seniorském věku.

Klíčová slova: kvalita života, stáří, stárnutí, měření kvality života, senior, změny ve stáří.

ABSTRACT

The Bachelor thesis deals with quality of life in old age. The thesis is divided into theoretical and practical part. Theoretical part focus deals with definition of terms which relates to subject. It characterize terms as old age, getting old, changes in old age, quality of life and factors which influence it. The aim of practical part is to evaluate quality of life of women in old age by qualitative research.

Keywords: quality of life, old age, aging, measuring quality of life, senior, changes in old age.

Poděkování

Děkuji paní doktorce PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za odborné vedení, cenné rady a náměty, které mi při zpracování této bakalářské práce poskytla.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	11
1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	14
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	16
1.3 ŽENY A STÁRNUTÍ	24
2 KVALITA ŽIVOTA	27
2.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	27
2.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	34
2.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ	37
2.4 KVALITA ŽIVOTA ŽEN.....	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
3 ZÁKLADNÍ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
3.1 METODA VÝZKUMU A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	45
3.2 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	46
3.3 SOUHRNNÉ VYHODNOCENÍ	56
3.4 DISKUZE.....	62
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM TABULEK	71

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je Kvalita života žen v seniorském věku.

Stáří a kvalita života je v současnosti velmi frekventované téma v různých vědních oborech. Mění se demografická struktura společnosti, dnešní společnost stárne. Lidský život se neustále prodlužuje, přibývá více lidí v seniorském věku.

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let a téměř tři miliony osob starších 65 let.

Mezi staršími lidmi převažují ženy a jejich podíl se ve vyšších věkových kategoriích zvyšuje. Ženy v seniorském věku jsou specifickou skupinou. Dožívají se vyššího věku než muži. Mají nižší důchod v důsledku diskriminace na trhu práce. Zdraví žen je obecně horší než zdraví mužů. Mívají lepší sociální síť, intimnější přátelství a rodina častěji potřebuje jejich pomoc.

V dnešní společnosti není novinkou marginalizace starších žen – postupné odsouvání jednotlivců nebo skupin na okraj společnosti. Velký vliv na tento postoj společnosti mají především massmédiá, které devalvují sociální hodnotu starších žen a ovlivňují kvalitu života žen v seniorském věku.

Důležité je zohlednění převažujícího počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, a rovněž rozdílných rizik, potřeb a specifík žen v jednotlivých oblastech života.

V moderní společnosti zatíženou kultem mládí došlo ke snížení sociálního statusu stáří, mnohdy až na tak nízkou úroveň že se začíná mluvit o diskriminaci z důvodu věku. Staří lidé jsou mnohdy odsunuti na okraj společnosti. Postoj společnosti ke starým lidem značně ovlivňuje jejich kvalitu života.

Stárnutí je celospolečenskou otázkou. Dnešní společnost na stáří nejednou pohlíží negativním způsobem.

Každé životní období člověka má svůj význam. Společnost by měla změnit pohled na stárnutí. Snažit se o pochopení této životní fáze.

Poznatky sociální pedagogiky mohou významně přispět k tomu, aby se zachovala kvalita života a podmínky pro důstojný a aktivní život žen i mužů v seniorském věku.

Cílem této bakalářské práce je objasnění základních pojmů vztahujících se k danému tématu. Charakteristika stáří a proces stárnutí, kvalita života ve stáří. Analýza sociálního postavení žen v seniorském věku.

Práce je dělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zabývá vymezením pojmů stáří a stárnutí, kvalita života, měření kvality života. V této části jsem využila obsahovou analýzu dostupných literárních pramenů.

Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu, prostřednictvím rozhovoru zaměřeného na hodnocení kvality života žen v seniorském věku. Cílem praktické části je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a dvě doplňující:

Hlavní výzkumná otázka: Jak hodnotí kvalitu života ženy v seniorském věku?

Jaké problémy musí ženy – seniorky nejčastěji řešit?

Jak seniorky subjektivně vnímají svoje postavení ve společnosti?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Co si můžeme představit pod pojmem stárnutí a stáří? Proč je stáří pro mnohé lidi tabu moderní doby? Máme snad strach, že jednou taky zastárneme? Podle čeho soudíme, že je člověk starý? Lidský život se stále prodlužuje, přibývá stále více lidí v důchodovém věku. V úvodní kapitole bych se chtěla věnovat základním pojmům této životní fáze. Stáří je poslední etapou naší životní cesty, avšak neznamená, že ve stáří nemůžeme prožívat aktivně svůj život. Existuje mnoho různých definic stárnutí a stáří. Jako nejběžnější ukazatel stárnutí se užívá kalendářní věk. Stárnutí je propojeno s dalšími změnami např. biologickými, psychologickými a sociálními. Míra propojení je u lidí různá.

Stuart-Hamilton (1999, s. 19) považuje kalendářní věk za nespolehlivou míru. Tvrdí, že „nemůže být pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince.“

Haškovcová (1989, s. 23) uvádí, že matriční věk se může shodovat, ale i nemusí s funkčním věkem. Považuje za nejdůležitější věk skutečný, který odpovídá věku funkčnímu.

Společnost zastává názor, že stáří nastává odchodem jedince do důchodu, je to velice nespravedlivý postoj. Člověk se vůbec nemusí cítit jako starý ale je za starého považován. Podle Mühlpachra (2004, s. 18) a dalších autorů je stáří „obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory.“ Z nichž významné jsou nemoci, životní způsob a životní podmínky. Dále popisuje, že tyto faktory jsou propojeny s řadou sociálních změn např. odchod do důchodu, odchod dětí. Všechny tyto změny se prolínají, a proto je velmi obtížné jednotně vymezit stáří.

Jak uvádí Sýkorová (2007, s. 47) stáří je sociální konstrukcí pokud jde o vymezení věku, nebo o lidi, kteří jsou považováni za staré. Seniorský věk je považován od 60 – 65 let výše.

Podle sociologického výzkumu, který se zabýval věkovou kategorií spojenou se seniory v české populaci, vyplývá: „Z četností věkových vymezení lze říci, že podle české populace se člověk stává seniorem mezi 60. a 70. rokem věku v závislosti na svých individuálních charakteristikách.“ (Sak a Kolesárová, 2012, s. 26)

Již od pradávných let lidé toužili po nesmrtelnosti. Stáří bylo uctíváno, ale také opovrhováno. Na proces stárnutí se můžeme podívat z různých pohledů. Existuje řada

teorií a hypotéz o příčinách stárnutí a stáří. Avšak stejně jako pojmy stárnutí a stáří, tak příčiny stárnutí nejsou stále dostatečně vysvětleny.

Proces stárnutí

Stárnutí je přirozený průběh života, začínající již od narození. Přináší různé změny, které jsou u každého individuální. Jedná se o celoživotní komplexní proces. Pod pojmem stárnutí se většinou rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují jeho zvýšenou zranitelností a poklesem schopností a výkonnosti (Langmeier a Krejčíková, 1998, s. 184). Tyto změny však nenastávají současně, ale jak uvádí Mühlpachr (2004, s. 22), „stárnutí je zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmější ve 4. deceniu, event. na přelomu 4. a 5. decennia. Je to proces individuální, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý člověk stárne do určité míry svým tempem) danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem. Současně jde o proces asynchronní (heterochronní), postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět z části v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivitou) či poškozováním (chorobnými procesy).“

Podle Pacovského (1990, s. 29-30) je stáří poslední ontogenetickou vývojovou etapou. Považuje stárnutí za přechodné období mezi dospělostí a stářím a nazývá jej biologickým předpolím stáří.

Sýkorová (2007, s. 47) uznává, že stárnutí je komplexní a dynamický proces, který zahrnuje biologické, psychologické a sociální procesy, které se navzájem ovlivňují.

Haškovcová (2010, s. 20) zdůrazňuje, „že každý člověk stárne již od narození a každý stárne „jinak“. Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, což znamená, že v některých obdobích svého života člověk stárne rychleji, v jiných pomaleji. Proto známe „staré mladíky“ a „mladé staříky.“

Hersey (1984, 1989 cit. podle Štilec, 2004, s. 14) dělí proces stárnutí na obecné biologické změny, které souvisejí s věkem, ale nemají závislost se zdravotním stavem a prostředím. Dále na proces, který souvisí se zdravotním stavem a prostředím.

Stuart-Hamilton (1999, s. 18) charakterizuje znaky stárnutí na univerzální znaky stárnutí a probabilistické znaky stárnutí. Univerzální znaky stárnutí jsou takové, které se vztahují

ke všem starým lidem např. vrásky na kůži. Probabilistické znaky jsou předpokládané, ale ne univerzální např. artróza. Dále tento autor dělí znaky stárnutí na primární stárnutí, sekundární a terciární. Primární znaky jsou spojeny se somatickými změnami stárnoucího organismu. Sekundární stárnutí popisuje jako změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nejsou jeho nutným doprovázejícím jevem. Terciární znaky stárnutí se týkají rychlého somatického úpadku před smrtí člověka.

Podle Vágnerové (2007, s. 299-312) je stáří poslední etapou života, kterou nazývá postvývojovou, neboť již byly uskutečněny všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale též úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti mířící k jejímu konci. Stárnutí přináší zhoršení tělesného i psychického stavu člověka. Tento proces bývá individuálně variabilní se zřetelem na čas, rozsah a závažnost projevů. Odvíjí se působením dědičných předpokladů a různých vnějších vlivů. Genetické předpoklady považuje za základ tzv. primárního stárnutí. Vnější faktory a jejich působení míří k tzv. sekundárně podmíněnému stárnutí.

Kalvach (1997, s. 51) popisuje průběh procesu stárnutí zařazením do jedné z následujících kategorií:

- Úspěšné stárnutí - zdravotní a funkční stav seniora je lepší, než současný průměr. Umožňuje plnou soběstačnost, žádoucí fyzickou, psychickou a sociální aktivitu přibližně do 9. decennia.
- Normální, obvyklé stárnutí – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, rozsah zdravotních obtíží a funkčních omezení odpovídá jeho vrstevníkům. Současně odpovídá normě v dané společnosti.
- Patologické, neúspěšné stárnutí – zdravotní a funkční stav seniora je horší, než u vrstevníků, než odpovídá současné normě. Choroby vyššího věku, jejich projevy a následky jsou výrazné nebo nastupují předčasně, jejich průběh je rychlejší. Převažuje závislost či progerie (předčasné stárnutí).

Proces stárnutí nelze zastavit, ale jde ovlivnit. Významně ovlivnitelné faktory jsou následující:

- Chorobné procesy.
- Životní styl, kde je důležitá aktivita či pasivita.
- Životní podmínky.
- Subjektivní hodnocení a prožívání.

- Zákonná biologická involuce. (Kalvach, 1997, s. 52)

1.1 Periodizace stáří

Jak jsem se již zmínila výše, tak seniorský věk začíná okolo 60-65 let a lidé začínají v tomto věku pociťovat první příznaky stárnutí. Veřejnost pociťuje jako začátek stáří odchod jedince z pracovního života do důchodu. Kalvach (2004, s. 47-48) stáří rozděluje, stejně jako ostatní autoři, např. Mühlpachr (2004) následovně:

- Sociální stáří

Vyjadřuje proměnu sociálních rolí a potřeb, hospodářského zajištění a životního stylu. Poukazuje na společné zájmy a na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na život v důchodu, ztráta životního programu, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti a diskriminace z důvodu věku. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod. Uplatňuje sociální periodizaci života, kterou dělí na 4 druhy věků. Stáří se týká 3. a 4. věk.

3. věk (období postproduktivní) udává představu stařecké neúčinnosti, bez produktivního přínosu a staví se proti osobnostnímu rozvoji jako celoživotnímu procesu do vysokého věku až smrti.

4. věk (období závislosti) je nebezpečný, představuje ztrátu soběstačnosti, pokud se člověk dožije vysokého věku a odporuje konceptu úspěšného stárnutí.

- Biologické stáří

Určuje konkrétní míru involučních změn jednice. Snížení výkonnosti, snížení adaptačních a regulačních mechanismů a tyto změny jsou propojeny s chorobami, které se vyskytují většinou ve vyšším věku např. ateroskleróza. Protože biologické stáří je u každého člověka individuální a rozdílné, není možné tento pojem přesně vymezit.

- Kalendářní stáří

Jedná se o určení věku podle data narození. Výhodou je jednoduchost, jednoznačnost a snadné porovnání. Určuje a vymezuje míru ve společnosti např. věkovou hranici pro vznik nároku na starobní důchod. V dnešní době je považován za počátek stáří věk 65 let.

V 60. letech minulého století Světová zdravotnická organizace akceptovala hranici stáří 60 a více let. Ten byl také uznán OSN v roce 1980. Jako současné členění chronologického stáří se označuje následující:

- 65 až 74 let – mladí senioři: problematika penzionování, činností, volného času, osobního rozvoje.
- 75 až 84 let - staří senioři: problematika přizpůsobení, snášenlivosti zátěže, osamělosti.
- 85 a více let – velmi staří senioři: problematika soběstačnosti a zaopatřenosti.

Stuart-Hamilton (1999, s. 20) dělí stáří na: mladší stáří (65-75 let), pokročilé stáří (75 a více let). Dále cituje tento autor Burnsiovu variantu kategorizace stáří, které dělí na mladé stáří (60-69 let), zralé stáří (70-79 let), pokročilé stáří (80-89let) a velmi pokročilé stáří (90-99 let).

Vidovičová (2008, s. 53) uvádí pojmy rané stáří 65 až 74 let, stáří 75 až 84 let a pokročilé stáří 85 a více let.

Příhoda (1974 cit. podle Haškovcové, 1989, s. 22) považuje chronologický věk 60-75 let za senescenci (stáří), 75-90 let za senectus (kmetství) a dalších 15 let se dožívá jen několik jedinců z miliónu.

Švancara (1983, s. 17-18) klasifikuje vývojové etapy života do dvanácti období, stáří je poslední etapou, kterou označuje jako senium od 65 let výše, z toho vysoký věk 80 let výše. Tento autor dále uvádí nevýhodu terminologie Václava Příhody, která dělí životní dráhu do patnáctiletých cyklů a je na překážku širšímu uplatnění této periodizace.

Vágnerová (2007) dělí stáří na období raného stáří a pravého stáří. Ranné stáří 60-75 let je obdobím nevyhnutelných ztrát a proměn, ale nemusí být ještě tak rozsáhlé, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život. Pravé stáří 75 a více let je charakteristické nárůstem problémů, daných jak tělesným, tak psychickým stavem a se zvýšeným rizikem vzniku různých zátěžových situací, na které se musí člověk adaptovat (např. úmrtí partnera, nemoc, zařazení do institucionální péče).

Podle Světové zdravotnické organizace je základní klasifikací věku rozdělené do patnáctiletých etap. Jako časně stáří uvádí věk 64-74 let. Vlastní stáří období mezi 75-89 lety. Věk 90 let a více je považován za dlouhověkost.

Také Pacovský (1990, s. 16) charakterizuje člověka podle věku. Kalendářní věk dělí na rané stáří, vyšší věk 60-74 let, stařecký věk, vlastní stáří, 75-89 let, 90 a více let označuje za dlouhověkost. Jako nejdůležitější uvádí funkční věk odpovídající skutečnému věku, avšak nemusí být shodný s matričním věkem.

1.2 Změny ve stáří

V této kapitole se budu věnovat tělesným, psychickým a sociálním změnám ve stáří. V literatuře a v článcích jsou tyto změny často chápány negativně. Proces stárnutí popisují jako ztrátu, zhoršení, úbytek, nedostatek aj. Na stáří je pak pohlíženo jako na něco špatného, zlého, smutného. Avšak ve stáří se také člověk vyvíjí a zdokonaluje.

Tělesné změny ve stáří

Jakými tělesnými změnami se odlišují staří lidé od jedince v mladém nebo středním věku? První co nás na člověku zaujme je jeho vzhled. Tělesné projevy a změny, kterými se lidé ve stáří odlišují, od mladšího jedince jsou v gerontologické literatuře označovány jako fenotyp stáří.

Kůže starého člověka se mění, je vrásčitá, vysušuje se a ztrácí svoji pružnost. Důvodem je úbytek vody, podkožního tuku, objevují se pigmentové skvrny. Vlasy a chlupy šedivějí a vypadávají. Výška se v důsledku změn, zmenšení svalové hmoty a úbytku svalů zmenšuje. Hmotnost se snižuje následkem změny podkožního tuku a svalové hmoty, ovšem snížení hmotnosti neplatí u všech, záleží na životním stylu jedince.

Podle Mühlpachra (2004, s. 23) je „stárnutí kontinuální proces, součást celoživotního vývoje organismu. Jeho průběh je pro každý živočišný druh specificky určen rámcovou genetickou informací, která se však uplatňuje s výraznou interindividuální i intraindividuální variabilitou. Stárnutí je proto individuální a asynchronní – i jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně.“ Dále tento autor uvádí, že fáze změn ve stáří nejsou podmíněny jen vlastní involucí, ale také životním stylem a chorobnými změnami. Po šedesátém roce života je úbytek tělesných funkcí rychlejší.

Nejvýznamnější tělesné změny ve stáří:

- Pohybový systém – u svalstva se zmenšuje jeho objem, ztrácí sílu. Kostí a kloubů podléhají změnám, ubývá kostní hmoty. Kostí se tak stávají řidší, křehčí. Kloubní vazy ztrácejí svou délku a pružnost.
- Nervová soustava - ubývá mozkových buněk a následuje postupný pokles paměti. Zpomaluje se rychlost vedení a prodlužuje se doba reakce.
- Smyslové orgány - zhoršuje se jejich činnost. Zrakové ústrojí ztrácí pružnost, dochází ke zhoršení akomodace, zaostřování, které způsobuje presbyopii. Snižuje se adaptace na tmou. Sluchový orgán je zpočátku omezen na příjem tónů o vyšší frekvenci, ale postupně se zhoršuje vnímání tónů o střední a hluboké frekvenci. Chuť je někdy změněna díky úbytku chuťových pohárků. Čich se mění kvalitativně i kvantitativně.
- Oběhový systém - výkonnost srdce se snižuje a tím dochází k snížení průtoku krve u všech orgánů. Nastávají změny velkých cév.
- Dýchací systém - klesá vitální kapacita plic. Snižuje se elasticita plicní tkáně. Zvyšuje se dechová frekvence.
- Trávicí systém - na fungování trávicího systému se podílí ztráta zubů, jejich opotřebení a vznik paradontózy. Snižuje se motilita žaludku a peristaltika střev.
- Vylučovací systém - snižuje se filtrační činnost ledvin. Přibývají poruchy funkce močového měchýře.
- Endokrinní systém - klesá produkce hormonů štítné žlázy a hypofýzy. Dochází k regulačním změnám endokrinních orgánů.

Je zřejmé, že ve stáří stoupá nemocnost. V gerontologické literatuře se píše o tzv. polymorbiditě, současnému výskytu několika chorob. Určité onemocnění podmíní vznik dalšího. Jak uvádí Kalvach (2004, s 139-140) v současnosti ovlivňují funkční stav seniorů tyto choroby:

- Ateroskleróza - je degenerativní onemocnění cév. Projevuje se snížením průtoku krve postiženou cévou. Je příčinou ischemické nemoci srdce, akutního infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a ischemické choroby dolních končetin. Aterosklerotické postižení mozkových cév vede ke zhoršenému prokrvení mozku a je důsledkem častějšího zapomínání.
- Cukrovka (diabetes mellitus) – onemocnění, které způsobuje poruchu metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin. Cukrovka 2. typu neboli stařecká cukrovka se projevuje

menší produkcí inzulínu a jeho nedostatečné využití v organismu. Cukrovka ve stáří vzniká pozvolně. Často se objevuje diabetická noha, která může vést až k amputaci končetiny.

- Chronická obstrukční plicní nemoc – projevuje se kašlem a dušností.
- Osteoporóza - je charakteristická úbytkem kostní hmoty, způsobuje větší lámavost kostí. Častěji se vyskytuje u žen. Jejimi příznaky jsou bolesti zad, kloubů, zápěstí, kolen, zmenšuje se tělesná výška. Nejčastější jsou zlomeniny krčku stehenní kosti, zápěstí a obratlů.
- Osteoartróza – destrukce kloubní chrupavky. Nejčastěji postihuje velké klouby, kolenní, kyčelní ale také drobné klouby v těle.
- Alzheimerova nemoc – bývá nejčastější příčinou demence, dochází k poklesu takzvaných kognitivních funkcí (paměti, myšlení, úsudku).
- Poruchy sluchu – stařecká nedoslýchavost, která může vést až k hluchotě.
- Poruchy zraku – které, mohou vést až k slepotě, šedý zákal, zelený zákal, žlutá skvrna na sítnici.

S přibývajícím věkem se dostává do popředí hodnota zdraví, na níž je závislá autonomie a soběstačnost. Starším lidem hrozí onemocnění častěji a bývá závažnější. Největší frekvence návštěv ve zdravotnických zařízeních převažují starší lidé.

Psychické změny ve stáří

V duševním vývoji se těžce odlišují přirozené involuční změny dané věkem od změn, které jsou součástí nebo následkem nemocí. V duševním stárnutí se prolínají vlivy biologického mozku i celého těla (Říčan, 2004, s. 337). Psychické změny ve stáří jsou obecně chápány jako postupná změna kognitivních funkcí, která probíhá nerovnoměrně.

Jedlička (1991, s. 14-15) uvádí typický obraz psychiky seniorů, kterou dělí na psychické změny sestupné povahy, psychické změny vzestupné povahy a psychické funkce, které se s věkem nemění. Psychické změny sestupné povahy popisuje jako pokles elánu a vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všítipivosti a pozornosti, snižuje se schopnost navazovat vztahy s druhými lidmi, snižuje se etické, sociální a estetické cítění. Psychické změny vzestupné povahy popisuje jako zvýšení vytrvalosti, trpělivosti, tolerance k ostatním. Psychické funkce, které se s věkem nemění, jsou například jazykové schopnosti, intelekt, slovní zásoba.

Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady psychických funkcí, podmíněných přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek začíná pozvolna v některých složkách, už ve středním věku dospělosti. Je následkem změn v ústřední nervové soustavě, ve smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v látkové přeměně a funkci žláz. (Wolf, 1982, s. 133)

Podobně hodnotí duševní stárnutí také Mühlpachr (2004, s. 26) který mimo jiné uvádí obecně uznávaný rys psychického stárnutí, špatné snášení změn. Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj jakákoliv větší změna v životě. Psychickou involuci popisuje jako demontáž osobnosti, člověk ztrácí vztah k osobám, hodnotám, zálibám, cílům. S problémy se vyrovnává primitivnějším způsobem. S psychickou involucí se spojují psychické poruchy například deprese, neurózy, paranoidity.

Vágnerová (2007, s. 315-316) rozlišuje změny psychických funkcí, které jsou podmíněny biologicky, a které jsou důsledkem psychosociálních vlivů a jejich vzájemného působení. Zdůrazňuje že, doba kdy se začnou projevovat i reakce na ně jsou individuálně rozdílné. Biologicky podmíněné změny dělí na ty, které jsou projevem stárnutí a považuje je za normální (např. celkové zpomalení, obtíže v zapamatování a vybavování) a na změny provázející příznaky chorobných procesů, jejichž vznik je ve stáří pravděpodobnější (např. Alzheimerova demence).

Psychosociálně podmíněné změny nejsou jen příznakem biologického stárnutí, ale jsou také sociálně podmíněny. Postupný úbytek funkčních a adaptačních schopností může být ovlivněn různými faktory (např. tzv. kohortovou příslušností – lidé téže generace dosáhli určitého vzdělání, sociálních zkušeností, působily na ně srovnatelné sociokulturní vlivy, individuálním životním stylem a návyky, postojem společnosti).

Mezi hlavní změny v psychické oblasti patří:

- Zhoršuje se smyslového vnímání, na které má vliv pokles výkonu smyslových orgánů.
- Zhoršuje se paměť, především paměť krátkodobá pro nové události, zatímco minulé zážitky zůstávají dobře uchovány.
- Dochází ke změnám v intelektové oblasti – krystalická inteligence bývá zachována, jedná se o vědomosti, které člověk získal v průběhu života, fluidní inteligence klesá s přibývajícím věkem, vztahuje se ke schopnosti řešit nové problémy.
- Myšlení je uvážlivější, starší lidé mají problémy přizpůsobovat se novým věcem, dávají přednost osvojeným vzorům chování.

- Změny pozornosti a tvořivosti – u pozornosti má starší člověk problém se schopností soustředění. Schopnost tvořivé činnosti ve vyšším věku klesá a snižuje se vynalézavost.

Vágnerová (2007, s. 317-349) dělí změny psychických funkcí následovně:

- Změny kognitivních funkcí – mezi ně patří celkové zhoršení poznávacích procesů a schopností, tyto změny mají významný dopad na kvalitu života, dochází k nim vlivem chorobných procesů. Jejich frekvence s věkem narůstá. Jedná se např. o pokles zrakové a sluchové percepce, paměti, uvažování aj.
- Proměna emocionality – emoční prožívání se mění v závislosti na působení fyzických, psychických a sociálních faktorech a jejich vzájemném ovlivňování. V emočním prožívání jsou velké interindividuální rozdíly, jak v kvalitě, frekvenci, flexibilitě, tak v intenzitě emocí. Stárnutí nemá jednoznačný vliv na emoční prožívání, i když v období stáří klesá intenzita a frekvence emočního prožívání. Pocit životní pohody se také mění, ale nemusí se snižovat výrazně, ve stáří se očekává určitý pokles.
- Proměny osobnostních vlastností – vlivem fyzických a sociálních vlastností se mohou měnit osobnostní vlastnosti. Může jít o zdůraznění určitých vlastností anebo o rozvoj nových, většinou se jedná o reakci na nové životní podmínky. Ze společenského člověka se může stát člověk uzavřený do sebe. Senioři mají větší sklon k labilitě a nevyrovnanosti. Zvědavost, tvořivost také klesá. Svědomitost, pečlivost, se může změnit k pedanterii. U starších lidí se zvyšuje egocentrismus, podezíravost, ale též soucitnost, přátelskost a důvěřivost.
- Změna motivace a regulačních funkcí – jedná se o oslabení regulačních funkcí, snižuje se adaptabilita a odolnost a tím schopnost zvládnání zátěže. Senioři se lépe přizpůsobují méně obtížným podmínkám. V této oblasti považují za nutné také uvést důležité změny fyzických i psychických potřeb, které autorka dělí následovně:
 - Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem – bývá snížena, starší člověk má rád svůj stereotyp a klid, preferuje setrvání v minulosti, vrací se a vzpomíná. Nežije v přítomnosti, ale v minulosti. Nedostatek podnětů

z okolí může vést až k psychické stagnaci. Většinou je způsobena vlivem onemocnění.

- Potřeba sociálního kontaktu – kontakt s druhými lidmi je důležitý po celý život. Starší jedinci potřebují dostatek sociálních kontaktů, ale také své soukromí. Ve vztazích s lidmi mají rádi rovnováhu a jakékoliv narušení vnímavě prožívají. Starší lidé upřednostňují kontakty se známými lidmi (rodina, přátelé). V období stáří počet takových lidí klesá a může vést k pocitu osamělosti. Často starší lidé mladší generaci nerozumí, upřednostňují vazby na vlastní generace.
- Potřeba citové jistoty a bezpečí – je ve stáří mnohem důležitější než v předchozích obdobích života. Senioři jsou více ohroženi např. ztrátou partnera, onemocnění. Roste jejich potřeba na akceptování a ocenění druhými lidmi.
- Potřeba seberealizace - ve stáří klesá a mění se její význam. Senior může být frustrován např. předpokládaným odchodem do důchodu. Svě nepříjemné pocity nahrazuje jinými činnostmi, nebo upozorňováním na minulé výkony. Důležité je udržení vlastní autonomie a pocitu užitečnosti.
- Potřeba otevřené budoucnosti a naděje – senioři jsou často vystaveni pocitu strachu z onemocnění, z opuštění, ztráty soběstačnosti. Pro člověka ve starším věku je důležité, mít pro co žít. Zde hrají významnou roli mezilidské vztahy. Je nutné se vyrovnat s neodvratností vlastní smrti a smyslu vlastního života.

Sociální změny ve stáří

Jako zásadní zlom v sociální oblasti je považován přechod do důchodu. Znamená konec jednoho životního období a začátek dalšího. Jak se člověk vyrovná s tímto přechodem, záleží na jeho celém dosavadním životě. Člověk odchází ze svého profesního života, ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání. Je nucen k nové náplni života. Najednou má mnoho volného času, který musí nějak vyplnit. Mění se sociální role i ekonomická situace.

Podle Stuarda-Hamiltona (1999, s. 162) většina lidí hodnotí odchod z pracovního života do důchodu pozitivně. Opačný názor uvádí Haškovcová (2010, s. 81) popisuje odchod do důchodu jako traumatizující pro většinu lidí. Někteří senioři nejsou dostatečně motivováni k odchodu do důchodu. Vágnerová (2007, s. 358) uvádí různé důvody (např. zájem

o profesi, potřeba zachování sociálního statusu spojeného s profesí, zachování životního stylu, potřeba sociálního kontaktu s druhými lidmi, ekonomické důvody).

Nejčastější typy reakcí na stáří a penzionování popisuje Bromley (1974 cit. podle Haškovcové, 2010, s. 83-84) a další autoři například Pacovský, následovně:

- Strategie konstruktivnosti - člověk se vyrovnal s faktem stárnutí a stáří. Snaží se být aktivní, stanovuje si nové přiměřené cíle. Vytváří a snadno navazuje nové vztahy. Je smířlivý a tolerantní vůči druhým. Je schopen se přizpůsobit změnám. Dívá se do budoucnosti.
- Strategie závislosti - člověk je více pasivní. Spoléhá se na pomoc druhých. Má rád teplo svého domova, soukromí, odpočinek, pohodlí. Vůči navazování nových vztahů je podezřívavý a neochotný, pokud by mohly narušit jeho pohodlí.
- Strategie obranného postoje - člověk nechce přijmout změny ve stáří. Dokazuje svou soběstačnost přehnanou aktivitou. Odmítá pomoc druhých. Tento typ člověka byl většinou profesionálně i společensky úspěšný. Brání se odchodu do důchodu.
- Strategie nepřátelství - člověk zaujímá nepřátelský postoj vůči všemu. Obviňuje za své neúspěchy ostatní. Je konfliktní, agresivní, nekompromisní. Nerozumí mladým lidem a je k nim nenávistný.
- Sebenenávisť - tento typ člověka zaujímá nepřátelský a zlobný postoj vůči sobě. Život posuzuje kriticky a pohrdavě. Trpí pocitem osamělosti a zbytečnosti. Nechce nic vykonávat a o nic se snažit. Pokládá se za oběť okolností.

Vágnerová (2007, s. 361-363) také popisuje proces přípravy a adaptace na důchod, které dělí do několika fází:

- Fáze přípravy na důchod – život v důchodu ovlivňuje celkový postoj ke stáří, který nebývá považován za uspokojivý, příprava na důchod má význam předvídající adaptace a je velmi důležitá. Lidé, kteří se na odchod do důchodu připravují, zvládají přechod do nového životního období snadněji. Starší lidé mívají často dvojstranné pocity. Těší se na klid, pohodu dostatek volného času a různé činnosti, ale také vědí, že o něco přicházejí např. sociální postavení, kontakty, pocit přínosu pro společnost aj.
- Fáze bezprostřední reakce na změnu – po odchodu do penze je starší člověk ve fázi přechodu mezi starým životním stylem a novým. Vyproštění z pracovního života může být spojené s pocity uspokojení, dobré nálady, ale též pocity nejistoty

z budoucnosti, vykořenění. Adaptace a reakce na důchod ovlivňuje celoživotní postoj jedince k pracovní činnosti.

- Fáze deziluze a postupného přizpůsobování nové životní situaci – někteří začínají pociťovat nudu a prázdnotu, necítí se tak spokojeně, jak očekávali a v této fázi docházejí na změnu života. Hledají nový životní stereotyp. Zoufalost ze ztráty životního programu může vést k tzv. syndromu čtyř stěn, kdy se starší lidé uzavírají doma. Nejdůležitější změna nastává nejčastěji v prvním roce života v penzi.
- Fáze adaptace na životní styl důchodce a udržení nového stereotypu – dochází k ustálení nového způsobu života, k vytvoření nového stereotypu. Upevňuje se změna v osobních vztazích. Je vhodné si stanovit určitý cíl, ke kterému člověk směřuje.

Jak uvádí Pichaud a Thauerová (1998, s. 28-31) do sociální oblasti se promítají další životní změny:

Změna v partnerském soužití odchod dětí a narození vnuků

Když odcházejí děti z domova, partneři se spolu učí znovu žít. Byli zvyklí na určitý životní styl, který se odchodem dětí z domova zásadně změnil. Manželé jsou najednou sami. Tato změna buď partnery sblíží, anebo vyvolá objevení skrytých konfliktů ve vztahu. Mnozí nacházejí pocit uspokojení v nové roli babičky a dědečka. Odchod dětí z domova není, tak zásadní změnou, většinou se nahrazuje novou životní rolí prarodičů.

Smrt partnera a blízkých lidí

Smrt partnera je velmi traumatizující okamžik, se kterým se musí člověk vyrovnat. Ve stáří především zůstávají osamoceny ženy. Někteří smutné období překonají a začnou znovu, ale na druhé straně jsou ti, kteří se se ztrátou partnera nevyrovnejí a žijí v minulosti. Smysl života nacházejí v době, kdy byli s partnerem. Kromě partnera umírají také stejně staří přátelé. Starší lidé udržují díky této skutečnosti, čím dál méně sociálních styků a cítí se osaměle a opuštěně. Vrací se jim vzpomínky na předcházející události související se smrtí blízkých lidí. Někteří díky těmto skutečnostem, které mají okolo sebe, uvažují nad smrtí vlastní.

Změna bydlení umístění do domova důchodců

Staří lidé vlivem samoty, zhoršením soběstačnosti, z důvodu velikosti bytu, ale také strachem jejich dětí mění bydliště, anebo odcházejí do různých sociálních zařízení. Pro seniory je to velká zátěž, a to hlavně v případě, kdy nejsou na změnu připraveni. Znamená to rozloučení s minulostí, s dosavadním životem. Tuto zásadní životní změnu snášejí lépe, pokud se na ni připravují delší dobu a sami se pro ni rozhodnou.

Staří lidé musí čelit různým změnám. Jak se lidé na tyto změny adaptují, záleží na celém jejich dosavadním životě a životním stylu.

1.3 Ženy a stárnutí

V seniorské populaci je převaha žen. Počátky stárnutí a jeho průběh se u jednotlivých jedinců liší také podle pohlaví. Převažuje nižší úmrtnost žen. Říká se, že stáří je především obdobím žen.

V této souvislosti je důležité zmínit o genderové nerovnosti ve stáří. Gender a stárnutí jsou navzájem propojeny. Gender významně ovlivňuje sociální vztahy. Očekávání a normy související s genderovými rolami jsou příčinou různých významů, které jsou stáří přisuzovány. Vztah mezi genderem a věkem zásadně ovlivňuje ekonomické zdroje, postavení a problémy, kterým musí ženy v seniorském věku čelit. Role genderu ve stáří především upozorňuje na negativní zkušenosti žen, v porovnání s muži. Gender v mnoha faktorech přispívá k znevýhodňování stárnoucích žen.

„Jak ukazuje studie Bernard et al. (1995 cit. podle Marhánkové, 2008, s. 29) ženy v důsledku svého věku čelí navíc na pracovním trhu bariérám dříve než muži. Ženy jsou na pracovním trhu vnímány jako „staré“ v nižším věku. Tato skutečnost se odráží i na jejich pracovní kariéře a strategiích odchodu do důchodu.“

Výše penze se odvíjí v České republice v důchodovém systému na základě odpracovaných let a platu, v obou oblastech jsou znevýhodněny ženy. Dopad má také přerušování pracovní činnosti, z důvodu péče o děti a blízké osoby. Mezi důležité činitele patří věk odchodu do důchodu, který má vliv na výši penzí. V České republice je rozdílný věk odchodu do důchodu u žen a mužů. Genderové nerovnosti mají dopad na kvalitu života důchodkyň a s věkem se zvyšují. Ženy v důchodovém věku mají nižší penzi a jsou mnohem více ohroženy chudobou.

Ženy jsou také více ohroženy diskriminací z důvodu věku tzv. ageismem. Dnešní společnost, která je zatížena kultem mládí často nahlíží na starší občany s opovržením a nevraživostí, důsledkem tohoto pohledu může být vznik diskriminace např. vyhýbání se starým lidem, diskriminace v bydlení, v zaměstnání, u různých druhů služeb aj. Staří lidé jsou mnohdy odsunuti na okraj společnosti.

Jak uvádí Vidovičová (2008, s. 160-161) vícenásobnou zkušenost s diskriminací uvádějí především ženy. Věk je nejčastěji uváděný důvod diskriminace. Následován pohlavím.

Postoj společnosti ke starým lidem značně ovlivňuje jejich kvalitu života. V této souvislosti považují za důležité uvést Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007, který v roce 2002 přijala vláda České republiky a v roce 2008 byl přijat Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2012. Mezi základní principy tohoto programu patří následující:

- Celoživotní přístup – zdraví a kvalita života ve vyšším věku jsou podmíněny životními podmínkami, životním prostředím, životním stylem, událostmi a rozhodnutími v předešlých životních etapách. Celoživotní přístup ke zdraví, vymezuje pozornost specifickým rizikům a fázím života, zaměřuje se také na specifické potřeby. Důležitá je prevence.
- Partnerství vlády a samosprávy – dosažení podmínek pro zdravé, důstojné a aktivní stáří, je důležité partnerství mezi vládou a samosprávou. Vztahuje se k dostupnosti dopravy, bydlení, zdravotních a sociálních služeb a podmínek zásadních pro kvalitu života.
- Mezigenerační vztahy a soudržnost – jednotlivé generace jsou na sobě vzájemně závislé. Mezigenerační vztahy mají důležitý význam pro rozvoj jedince i společnosti. Stáří přináší řadu pozitivních hodnot.
- Zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám – starší lidé se závažným zdravotním omezením, vyžadují zvláštní pozornost a specifická opatření.
- Genderový přístup – mezi staršími lidmi převažují ženy, jejich podíl se ve vyšších věkových kategoriích zvyšuje. Starší ženy žijí bez partnera častěji než starší muži. Starší ženy jsou častěji vdovy na rozdíl od starších mužů, kteří jsou častěji ženatí. Podíl vdov v každé věkové skupině nad 50 let postupně narůstá. Riziko chudoby je několikanásobně vyšší u žen, než u mužů. Zdraví žen je obecně horší, než zdraví

mužů. Politiky např. důchodová, zdravotní vztahující se k stárnutí a starším lidem by měly být genderově sensitivní a spravedlivé.

- Dialog s občanskou společností a sociálními partnery – organizace prosazující zájmy starších osob jsou aktivními partnery v tvorbě politiky. Jejich potenciál je žádoucí využít při zlepšení situace starších osob v různých oblastech života.
- Odpovědnost jednotlivce a společnosti – za kvalitu života ve stáří a aktivní zapojení se do společnosti nesou odpovědnost jednotlivci i společnost. Starší lidé by se měli aktivně podílet na přínosu společnosti.
- Snižování sociálních a geografických rozdílů – starší lidé tvoří heterogenní skupinu. Stárnutí a stáří přináší jiná rizika a těžkosti těm, kteří byli v průběhu života nějak znevýhodněni. Je správné usilovat o sociální spravedlnost a snižovat rozdíly v dostupnosti a kvalitě služeb.
- Politika podložená důkazy – politika v reakci na stárnutí a opatření v jednotlivých oblastech významných pro kvalitu života ve stáří by měla vycházet z podložených a ověřených poznatků.
- Důstojnost – důstojnost ve stáří a při poskytování péče a pomoci druhým jsou hodnoty, které vyžadují zajištění práva volby. Právo na seberealizaci a svobodnou volbu je nutno zajistit všem.
- Informovanost a mainstreaming – kvalita života ve stáří a problematika spojená se stárnutím populace je komplexní. Potřeby i potenciál starších lidí, v různých oblastech a sférách života, mohou být opomenuty v důsledku nedostatku zájmu a podpory, neznalosti, nejistoty nebo ageismu. Je nutné znát potřeby, preference, rizika a omezení různých skupin starých lidí. Tato pozornost může zabránit sociálnímu vyloučení a může vést k lepší kvalitě života ve stáří většího počtu lidí.

(Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, s. 13-16)

Prosazování principů a plnění cílů formulovaných v těchto dokumentech by mělo být důsledné, spravedlivé a také genderově sensitivní. Důležité je zohlednění převažujícího počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, a rovněž rozdílných rizik, potřeb a specifík mužů a žen v jednotlivých oblastech života.

2 KVALITA ŽIVOTA

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Není jednoduché vymezit pojem kvalita života. Jedná se o pojem používaný v mnoha oblastech lidského života. Každý má na kvalitu života odlišný názor a dívá se na tento pojem rozdílně. Samozřejmě do kvality života zasahuje mnoho činitelů. Mezi nejzákladnější faktory ovlivňující kvalitu života patří tělesná stránka podmiňující zdravotní stav, psychická pohoda podmiňující psychické prožívání a sociální oblast, kde jsou nejdůležitější vztahy k druhým lidem a postavení jedince ve společnosti. Kvalita života se také vztahuje k prostředí, kde člověk žije, jaké má potřeby a požadavky. Na pojem kvality života může být pohlíženo z různých hledisek, zdravotních, sociálních, ekonomických, které se vzájemně prolínají. Může také zahrnovat otázky smyslu života, hodnocení života vztahující se k vlastní spokojenosti. Pojetím pojmu kvality života se zabývají různé vědní disciplíny, s vlastním úhlem pohledu, a proto neexistuje jednoznačný koncept tohoto pojmu ani všeobecně uznaná definice kvality života. K nejnovějšímu pojetí patří holistický dynamický model kvality života, který zahrnuje čtyři základní oblasti života člověka ve společnosti, řadí se mezi ně kontext a zázemí, osobnostní charakteristiky, prostředí, zpracování a regulace. Za nejdůležitější je považována poslední oblast týkající se podoby prožívání kvality života každého jedince.

Engel a Bergsma (1988 cit. podle Křivohlavý, 2002, s. 163-164) uvádí pojetí kvality života ve třech odlišných hierarchických sférách:

- Makro-rovina - se týká otázek kvality života velkých společenských celků např. dané země, kontinentu. Jedná se o myšlenku absolutního smyslu života. Na život se pohlíží jako na absolutní morální hodnotu. Otázka kvality života se tak stává součástí základních politických úvah.
- Mezo-rovina – zabývá se problematikou kvality života v tzv. malých sociálních skupinách – např. ve škole, v domově důchodců, v nemocnici, v pečovatelském domově atp. Nejedná se pouze o respekt k morálním hodnotám života jedince, ale také o otázky sociálního klimatu, vztahů mezi lidmi, frustrace, uspokojování a neuspokojování potřeb člověka atp.

- Osobní (personální) rovina – je orientována na život jednotlivce. Při vymezení kvality života jde o osobní, subjektivní, hodnocení vlastního života např. zdravotního stavu, bolesti.

Podle Křivohlavého je potřeba při charakteristice kvality života, vždy předem určit, o kterou rovinu jde.

Ke konceptu kvality života přistupují autoři ze dvou hledisek, objektivního a subjektivního. Jak uvádí Heřmanová (2012, s. 47-48) následovně:

- Objektivní kvalita života se vztahuje k životním podmínkám a k životní úrovni člověka nebo populace. Mezi základní životní podmínky, které ovlivňují objektivní kvalitu života, patří např. dostupnost zdravotní péče, služeb, vzdělání, bydlení, zaměstnání, dopravy aj. Životní úroveň se vztahuje k materiálním podmínkám obyvatelstva, jednotlivce či sociálních skupin. Jak životní podmínky, tak životní úroveň se vzájemně ovlivňují.
- Subjektivní kvalita života se týká vnímání a hodnocení postavení jedince ve společnosti. Jako nejvýznamnější faktory ovlivňující proces vnímání jsou uváděny např. věk, který ovlivňuje životní zkušenosti, generačně odlišné nároky na životní podmínky, úroveň vzdělání, typ profese, osobní zkušenosti, sociální status, kulturní kontexty aj. Tyto faktory se uplatňují především v sociologických výzkumech.

Jesenský (2001 cit. podle Vaďurové a Mühlpachra, 2005, s. 18) uvádí vnější a vnitřní činitele kvality života u handicapovaného člověka, které zobecňuje na celou populaci. Vnitřní činitele souvisí s fyzickým a psychickým vybavením a jsou ovlivněné onemocněním, poruchou. Mezi tyto faktory patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a celistvost osobnosti. Vnější činitele představují podmínky jejich života. Zahrnují ekologické, kulturní, společenské, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické faktory. Tato oblast se obsahově shoduje s objektivní dimenzí kvality života.

Heřmanová (2012, s. 33-37) uvádí například tyto definice kvality života:

- Szalai (1980) „definuje kvalitu života jako stupeň výjimečnosti způsobu a uspokojivého charakteru života, jako osobní existenční stav zdraví, stav pohody. Spokojenost se životem je podle něj určována jednak exogenními (objektivními) skutečnostmi a faktory, jednak i endogenním (subjektivním)

vnímáním a hodnocením těchto skutečností a faktorů, vnímání a hodnocení sebe sama, tj. sebereflexí.“

- Hartl, Hartlová (2000) „obecně definují kvalitu života jako vyjádření pocitu životního štěstí.“
- Džurová, Dragomirecká (2000) „upřednostňují zkoumání kvality života ve vztahu ke zdraví, a to v kontextu nepříznivých životních okolností (nemocí, ekonomických a sociálních problémů) a jejich subjektivního prožívání.“
- Zváříková (2007) „definuje spokojenost se životem (resp. kvalitu života) jako individuální hodnocení minulých a současných podmínek života, dále jako hodnocení a očekávání životní perspektivy. Pomocí výčtu vymezuje pro zkoumání kvality života jejich deset nejvýznamnějších oblastí, a to: zdraví, práci a povolání, finanční situaci, volný čas, manželství a partnerství, vztahy k vlastním dětem, spokojenost se sebou, sexualitu, přátele, známé a příbuzné, bydlení.“

Heřmanová (2012, s. 43) popisuje jako jednu z neznámějších definic kvality života, definici odborníků z Centra pro podporu zdraví University Toronto, kteří na kvalitu života pohlížejí relativně a holisticky jakožto „stupeň, v němž daná osoba využívá významné příležitosti ve svém životě.“

S výše uvedeným souvisí teoretický rámec výzkumných projektů, vztahujících se ke kvalitě života vytvořený Centrem pro podporu zdraví Toronto.

Helena Hnilicová (Payne et al., 2005, s. 208-209) popisuje důležité životní domény:

- Bytí – souhrn zásadních charakteristik člověka, má tři subdomény: fyzické bytí (fyzické zdraví, výživa, vzhled, pohyb), psychologické bytí (psychické zdraví, cítění, sebeúcta), a spirituální bytí (víra, hodnoty, přesvědčení).
- Přilnutí – napojení na vlastní prostředí, má také tři subdomény: fyzické přilnutí (k pracovišti, domovu, škole), užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům). Přilnutí k širšímu prostředí-komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, zdravotní péče, vzdělávacích a finančních možností).
- Realizace - dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací. Vztahující se k uskutečňování (domácí aktivity, školní a zájmové činnosti, placená práce). Relaxační aktivity (omezení stresu, relaxace). Uskutečňování růstu (činnosti pomáhající k zachování a zlepšování znalostí, dovedností, adaptace na změnu).

Heřmanová (2012, s. 41) považuje za nejzákladnější oblasti kvality života zdraví, materiální, emocionální a sociální vztahy.

Světová zdravotnická organizace nahlíží na kvalitu života z pohledu, jak jedinec vnímá své postavení v životě v souvislosti kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu způsobu a zájmům.

„Pojem kvalita života označuje kvalitativní parametry lidského života, způsobu života, životního stylu, životních podmínek společnosti. Je posuzována především podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení a rekreace, mezilidských vztahů, volného času, sociálních a technologických charakteristik práce, možností podílet se na řízení společnosti, podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod (welfare). Její individuální dimenzi vyjadřuje subjektivní pocit pohody well-being.“ (Sýkorová, 2003, s. 6)

Autoři uvádějí tři základní přístupy ke zkoumání kvality života: psychologický, medicínský a sociologický.

Psychologický přístup ke zkoumání kvality života

Pojetí kvality života z psychologického hlediska se vztahují k životní pohodě (well-being) a spokojenosti s vlastním životem. Jedná se o emoční prožívání, pocit štěstí (happiness), pozitivní emoce a celkové hodnocení životní spokojenosti. V této souvislosti jsou další okruhy osobní pohoda, přátelství (friendship), tělesná pohoda (wellness, fitness), psychologická pohoda (psychological-being), pocit blaha (welfare). V psychologii existují dva přístupy k pojetí pohody, subjektivní pohoda a psychologická pohoda. Subjektivní pohoda se vztahuje ke štěstí, životní spokojenosti, pozitivním emocím. Psychologická pohoda k hodnotovému, prožitkovému osobnostnímu aspektu pohody. Nejvíce užívaný termín je subjektivní pohoda, která má kognitivní a emocionální složku.

Jak uvádí Hnilicová (Payne et al., 2005, s. 209-210) kognitivní část zahrnuje hodnocení vlastního života, celkové hodnocení spokojenosti se životem, jestli jsme s ním spokojeni či nespokojeni. Emocionální část se vztahuje k celkovému osobnímu prožívání, jestli u ní převládá pozitivní či negativní citové reakce.

Hiršová (2005 cit. podle Heřmanové, 2012, s. 56) rozděluje pocit subjektivní pohody do tří základních složek:

- Emoce, emocionální reakce – za nejvýznamnější považuje frekventovanost pozitivních emočních prožitků.
- Pocit uspokojení v různých oblastech života – vztahuje se k různým individuálně preferovaným hodnotám a cílům, u většiny jedinců obsahuje kvalitu sociálních vztahů a míru uspokojování základních životních potřeb.
- Celkové hodnocení životní spokojenosti.

Dále se zmiňuje o dvou základních dimenzích pocitu životní pohody:

- Dimenze psychologická – u které je nejdůležitější kladný postoj k sobě samému, otevřenost novým zážitkům a zkušenostem, smysluplnost života, osobní růst, začlenit se do sociálního prostředí, samostatnost a autonomie, navazování pozitivních a empatických vztahů s druhými lidmi.
- Dimenze sociální – pozitivní vztahy k druhým, pozitivní postoj ke společnosti související s pocitem, že jedinec svým životem přispívá k rozvoji společnosti a zařazuje se do určitého společenství.

Podobné složky také uvádí Šolcová a Kebza, kteří citují ve sborníku příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni s názvem Kvalita života, podle Ryffové a Keyesové (1995) šest základních dimenzí osobní pohody:

- Seběpřijetí – kladný postoj k sobě, srozumění s různými aspekty sebe a vlastní minulostí, přijetí dobrých i špatných vlastností.
- Pozitivní vztahy s druhými – dobré a uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých a empatické cítění s druhými.
- Autonomie – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům, mít vlastní názor a jednání.
- Zvládání životního prostředí – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, znalost o tom, co se děje v okolí, pozorovat příležitosti a využít vnější dění pro sebe.
- Osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštět si nudu a pocit stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já i chování.

Podobný pohled na základní složky psychologického přístupu uvádí i Vaňurová a Mühlpachr (2005, s. 29) a jsou to „autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou – jeho projev a život jsou ve shodě se sebestojetím, hodnotovou orientací člověka) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování).“

Medicínský přístup ke zkoumání kvality života

V medicínském pojetí kvality života jsou zásadní pojmy kvalita života a zdraví, a jejich vzájemné vztahy.

„Zdraví je významnou součástí (a povětšinu i nutnou podmínkou kvalitního) plnohodnotného života; je uváděno na čelních místech žebříčků životních hodnot a zpravidla je bráno i jako určitá předpokládaná samozřejmost. Je nezpochybnitelné, že podporou individuálního zdraví, ať již fyzického nebo duševního, lze zvyšovat objektivní i subjektivně pocíťovanou kvalitu života, a to zejména ve smyslu a pocitu soběstačnosti, schopnosti pohybu a práce, nezávislosti na jiných lidech apod.“ (Heřmanová, 2012, s. 63)

Světová zdravotnická organizace vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci. Zjišťuje se kvalita života v souvislosti s prožíváním nemocí, stanovenou léčbou pacienta, s poskytováním zdravotní péče aj. V této souvislosti je důležitou oblastí psychosomatické a fyzické zdraví.

Jak uvádí Hnilicová (Payne et al., 2005, s. 211- 212) nejčastěji se v medicíně užívá pojem Health related quality of life (kvalita života ovlivněná zdravím). Tento pojem konkrétně vysvětluje, že vedle klinických ukazatelů úspěchů či neúspěchu nasazené léčby se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, koordinace pohybů, sebeobsluha, prožívané napětí aj. V oblasti péče o nevléčitelně nemocné se kvalita života stala argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem. Cílem je zlepšení kvality života pacientů a pohlížení na jejich léčbu z hlediska dopadu na kvalitu života.

Sociologický přístup ke kvalitě života

Z pohledu sociologie se jedná o velmi komplexní, multidimenzionální oblast, která není jednoznačně definována. Sociologické přístupy hodnotí kvalitu života u různých sociálních

vrstev, kultur, společenství. Zkoumá se vztah jedince a malé sociální skupiny nebo sociální aspekty obecnějšího charakteru, kde se zkoumá vztah jedince a velké skupiny. V sociologickém pojetí jsou tři hlavní složky fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztah s okolím.

Fyzické prožívání obsahuje především zdravotní stav – přítomnost zdravotních potíží a omezení z nich vyplývající. Psychické prožívání – přítomnost pozitivních a absencí negativních emocí. Mezi nejčastěji sledované sociologické proměnné se řadí vzdělání, ekonomická situace, etnická příslušnost, profese, rodinný stav, partnerství a rodičovství. (Payne et al., 2005, s. 351)

Z pohledu sociologie jsou důležité pojmy: způsob života, životní styl a životní úroveň.

Způsob života charakterizuje život člověka, vychází z různých druhů činností (pracovních, kulturních, rodinných, volnočasových atd.). Vystihuje jejich podíl na tvorbě vztahů mezi nimi. Jedná se o typické vztahy ve společnosti, vztahy skupin, vrstev i lidí. Způsob života určují životní podmínky, tradice a hodnoty. (Mühlpachr, 2005, s. 159)

Životní styl vyjadřuje míru a způsob zvnitřnění norem a zvyklostí ve způsobu života, jako podíl osobnostních fyzických a duševních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, potřeb a zájmům, se zaměřením na způsob chování lidí. (Mühlpachr, 2005, s. 160)

Životní úroveň určuje příjmy lidí a vychází z materiálních a ekonomických podmínek jedince. Způsob života ji umisťuje do souvislosti s celkovým průběhem života. (Sičák, 2001 cit. podle Vaňurové a Mühlpachra, 2005, s. 30)

„Mladší senioři s lepší finanční situací, lepší sociální oporou, menším počtem somatických potíží a vyšším stupněm vzdělání udávají vyšší spokojenost se životem.“ (Payne et al., s. 354)

V tomto pojetí jsou také určité genderové rozdíly. Na úrovni vztahu jedince a malé skupiny se výrazně uplatňuje vliv pohlaví. Muži hodnotí celkovou kvalitu života pozitivněji i při zhoršení ekonomické situace, ale ženy přenášejí nespokojenost s uspokojením jejich životních potřeb do hodnocení celkové kvality života. (Payne et al., 2005, s. 359)

„Celkově se spokojenost s kvalitou života jeví nižší u žen, tedy příslušnost k ženskému pohlaví vždy zhoršuje jiné rizikové vlivy – např. nízké vzdělání, nízké příjmy, nemoci.“ (Payne et al., 2005, s. 356)

2.2 Měření kvality života

Martinéz a Martin (1998 cit. podle Vaďurové a Mühlpachra, 2005, s. 52) rozdělují nástroje měření kvality života následovně:

- Obecné nástroje měření – obsahují velké množství oblastí a mohou být uplatňovány na osoby s různým zdravotním stavem a typem nemoci. Měří schopnosti v jednotlivých oblastech života pomocí dotazníků. Používají se při zjišťování profilu zdraví a nejdůležitějších stránek kvality života člověka. Využívají se především u průzkumů zdravotního stavu a při srovnávání různých druhů nemocí.
- Specifické nástroje měření – zaměřují se na oblasti, které jsou klíčové a specifické pro danou oblast měření. Může se jednat o danou nemoc, populaci, podmínky, schopnosti. Jsou zaměřené na specifickou skupinu, kterou zkoumají podrobně.

Podobně také rozděluje metody měření Heřmanová (2012, s. 135), která jako hlavní nástroj udává, dotazníkové šetření, které dělí na všeobecné dotazníky kvality života (běžná populace) zahrnující měření celkové spokojenosti a aspektů života a speciální dotazníky (sociální skupina, nejčastěji pacienti), které souvisejí s nemocí, zdravotním stavem aj.

Křivohlavý (2002, s. 165) uvádí tři skupiny metod měření kvality života:

- Metody měření, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba: objektivní
- Metody měření, kde kvalitu života hodnotí sama daná osoba: subjektivní
- Metody smíšené, které jsou kombinací obou metod předchozích

Objektivní metody měření kvality života

Mezi objektivní metody patří například přístup APACHE II, PSI, VAS, ILF.

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém) - jedná se o hodnocení a změny zdravotního stavu. Měří se kvantitativně rozdíl aktuálního stavu pacienta od stavu normálního, který se vyjadřuje číselně. Čím vyšší skóre, tím je vyšší pravděpodobnost úmrtí pacienta.

Podobným příkladem předchozího je PSI (Performance Status Index, tzv. Karnofskyho index), který stanovuje lékař a vyhodnocuje svůj názor na zdravotní stav pacienta např. onkologického pacienta.

VAS (Visual Analogous Scale) – vyjádření kvality života pomocí vizuálního škálování celkového stavu pacienta. Jedná se o úsečku s dvěma extrémy: velmi dobrý celkový stav pacienta a mimořádně špatný. Hodnotitel udělá křížek mezi extrémy na čáře podle toho, kde si myslí, že se pacient teď nachází.

ILF (Index kvality života pacienta) – jedná se o slovní formulaci kritérií kvality života, mezi které se řadí např. sebeobslužnost, zvládání těžkostí, sociální opora, emocionální stav aj. Kritéria stanovuje hodnotitel se souhlasem většího počtu lidí (lékař, zdravotní sestra aj.) a je možné hodnotit kvalitu života v předem daném časovém úseku. (Křivohlavý, 2002, s. 165-168)

Subjektivní metody měření kvality života

Mezi subjektivní metody patří například SeiQoL, SEIQoL-DW, LQoLP.

SEiQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) jedná se o individuální hodnocení kvality života. Zjišťuje se kvalita života podle individuálních osobních představ respondenta, co je pro něj důležité. Zaměřuje se na individuální hodnocení kvality života, pomocí výpovědi člověka, na jeho hodnotách, názorech, aspektech života. Základní metodou užívanou při zjišťování důležitých aspektů života dané osoby je strukturovaný rozhovor. Tazatel zjišťuje aspekty života, které jsou pro daného jedince závažné v dané chvíli. Snaží se zjistit životní cíle člověka. Mezi nejčastěji uváděné patří: zdraví, rodina, práce, náboženství, vzdělání. (Křivohlavý, 2002, s. 172-173)

SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation Of individual Quality of Life – Direct Weighting) – tato metoda je odvozena od předchozího nástroje. Spočívá v označení nejdůležitějších oblastí života pro respondenty. Tyto oblasti hodnotí a uvádějí, zda jsou s nimi spokojeni. Skládá se z pěti disků, kde každý z nich uvádí konkrétní oblast života, jsou podloženy větším diskem na kterém, je obsažena stupnice od 0 do 100 ve, které respondent značí důležitost oblastí. Metodou je standardizovaný polostrukturovaný rozhovor ve třech etapách. Identifikace životních cílů, zjištění současného stavu životního cíle, kvantifikace důležitosti daných životních cílů. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 57-59)

LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) – vyjadřuje kvalitu života pomocí strukturovaného sebesposuzujícího rozhovoru, který se skládá ze 105 oblastí (práce a vzdělání, volný čas, vyznání, finance, životní situace, právní status a bezpečnost, vztahy s rodinou, sociální vztahy, zdraví). Tyto oblasti jsou hodnoceny sedmibodovou stupnicí.

Dále hodnotí tyto oblasti (pozitivní a negativní city, sebehodnocení, spokojenost, kvalita života, průměrné hodnocení předchozích oblastí). Používá se při hodnocení efektů péče. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 60-62)

Smišené metody měření kvality života

Mezi smíšené metody patří například MANSA, LSS.

MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) – souvisí s předchozí metodou, jedná se o krátký způsob hodnocení kvality života vyvinutý univerzitou v Manchesteru. Hodnotí se celková spokojenost se životem a spokojenost s konkrétními dimenzemi např. zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, finanční situace aj. Cílem je stanovení kvality života člověka v určitém čase,

LSS (Life Satisfaction Scale) – je součástí metody MANSA. Prostřednictvím škály spokojenosti, hodnotí celkovou spokojenost se životem respondenta a jeho důležité dimenze. Škála spokojenosti je podobná metodě VAS. (Křivohlavý, 2002, s. 176)

Světová zdravotnická organizace vyvíjí od roku 1991 instrument s názvem WHQOL

(World Health Organization Quality of Life Assessment), který měl naplnit čtyři principy, které se v průběhu několikaletého vývoje jeví jako nezbytné. Jedná se o následující:

Komplexnost – vyplývající z definice zdraví Světové zdravotnické organizace.

Subjektivnost – ve smyslu podchycení vlastního pohledu respondenta.

Subjektivní důležitost – jedná se o jednotlivé aspekty života respondenta.

Kulturní relevance - použitelnost v různých jazycích a prostředí.

Ve spolupráci s patnácti centry po celém světě vytvořili instrument skládající se z šesti oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), které jsou členěny do 24 podoblastí. Dotazník se skládá celkem ze 100 položek a značí se zkratkou WHQOL-100. Pro potřeby praxe byla vytvořena jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF, která se skládá z 26 položek vycházejících ze 4 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí). V současné době je dostupný v 50 jazycích. (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 11)

V letech 2001-2004 probíhal mezinárodní projekt „Měření kvality života seniorů a její vztah ke zdravému stárnutí.“ Na tomto projektu pracovala, také skupina z Psychiatrického centra v Praze. Cílem bylo vytvoření instrumentu k měření kvality života ve stáří. Díky

projektu byl vytvořen dotazník pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQL-OLD. Dotazník se skládá z 6 oblastí, které jsou důležité pro lidi v seniorském věku. Mezi ně patří „fungování smyslů, nezávislost (soběstačnost, schopnost se sám o sebe postarat a rozhodovat o svém životě), naplnění (ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucnosti), sociální zapojení (kontakty s lidmi a dostatek smysluplných činností), postoj ke smrti a umírání a blízké vztahy (intimita).“ (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 15) Každá oblast má 4 položky a celkem dotazník zahrnuje 24 položek. Dotazník není určen k samostatnému použití, je jako doplněk k dotazníkům kvality života WHOQOL-100 nebo WHOQL-BREF.

2.3 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů jsou různorodé a je obtížné je přesně vymezit. Může se jednat o důležité oblasti ovlivňující život člověka např. zdravotní, sociální, ekonomické, společenské, anebo také o více specifické oblasti např. věk, pohlaví, rodinná situace, hodnoty, vzdělání, ekonomická situace apod.

Příklady životních cílů, hodnot, zájmů nebo životních témat souvisejících s kvalitou života, uvádí ve svých člancích Křivohlavý (2001) a rozděluje je následovně:

- Rodina – manželství – otázky dětí a vnuků, případně i širší rodiny, láska, porozumění, péče, jednota a pohoda rodiny.
- Zdraví (tělesné) – jeho udržování, zlepšování, boj s případnými zdravotními těžkostmi, autonomie, samoobslužnost.
- Duševní pohoda – duševní zdraví, udržování paměti v dobrém stavu, dobrá nálada, empatie, mít chuť do života, nepropadat depresi.
- Duchovní život – mít pro co žít, mít smysl života, odlišit důležité hodnoty pro svůj život, stanovit si co je v mém životě podstatné, prohlubovat modlitební a meditativní život, poznávat Boha a pochopit sám sebe, mít dobré svědomí.
- Vztahy mezi lidmi – udržovat přátelské vztahy, brát ohledy na druhé, zlepšování vztahů s druhými, být tolerantní vůči druhým lidem a vzájemně si pomáhat.
- Práce na sobě – sebevzdělávat se, zvyšovat si kvalifikaci, zdokonalovat se, získávat nové znalosti a dovednosti (např. naučit se pracovat s počítačem).
- Kultura – kulturně žít, navštěvovat divadla, výstavy, koncerty aj.

- Sport – cvičení, pohyb, turistika, jóga.
- Ruční práce – šití, vaření, domácí úklid, úprava domova.
- Koníčky – zahradničení, kreslení, zpěv.
- Jiné druhy zájmů – cestování, psaní knih atp.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém projektu WHOQOL uvádí 6 oblastí s různými ukazateli, které ovlivňují kvalitu života člověka. Mezi tyto oblasti patří:

- Tělesné zdraví - únava, odpočinek, energie, bolest.
- Psychický stav - pozornost, myšlení, paměť, učení, pozitivní a negativní pocity.
- Úroveň nezávislosti - mobilita, každodenní aktivity, závislost na lécích.
- Sociální vztahy - osobní vztahy, intimní vztahy.
- Prostředí - prostředí domova, bezpečí, svoboda, zdraví, sociální péče.
- Spiritualita - náboženství, osobní názory. (Vařurová a Mühlpachr, 2005, s. 71)

Za důležité faktory kvality života ve stáří jsou v pojetí sociální gerontologie považovány „celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotná zabezpečení a životní spokojenost.“ (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 10)

Haškovcová (2010, s. 254) uvádí jako preferovanou hodnotu předpokladů kvalitního života starších lidí zdraví, avšak popisuje, že kvalita života se nevztahuje pouze na stav zdraví, důležité jsou také individuální cíle a přání.

Sýkorová (2003, s. 51) také uvádí jako důležitý životní cíl zdraví. Většina seniorů uvádí jako významnou hodnotu ve stáří zdraví.

Faktorů ovlivňujících kvalitu života je velké množství. Především záleží na individuálních preferencích jednotlivých lidí, jaké hodnoty považují za důležité v jejich životě.

2.4 Kvalita života žen

Kvalitu života žen ovlivňuje mnoho faktorů. Jedná se například o vyšší pravděpodobnost dožití, ovdovění, zdravotní stav, genderová očekávání, péče o partnera, děti a vnuci, manželství, sociální opora v rodině, vliv médií, vliv společnosti, postavení seniorek ve společnosti aj.

Ženy mají vyšší pravděpodobnost dožití než muži. Jak uvádí Haškovcová (2010, s. 22-23) na začátku 21. století je očekávaná doba života v České republice pro muže 74,2 a pro ženy

80,3 let. Odhadem bude v roce 2065 střední délka života u mužů 86,5 a u žen 91 let. Rozdíl v délce života hovoří ve prospěch žen. Ve věkové kategorii 60 let připadá na 100 mužů asi 145 žen a tento nepoměr dále narůstá. U lidí starších 85 let připadají na jednoho muže tři ženy. Vysoké rozdíly jsou také v nepoměru vdov a vdovců. V roce 1993 ve věkovém rozhraní 55-59 let připadalo na 100 vdovců asi 630 vdov. Určitý vliv má také stoupající věk, poměr vdov a vdovců narůstá ve prospěch vdov.

Ovdovění je pro ženy velmi tíživá situace, ale ženy zvládají ztrátu partnera lépe než muži. Jak uvádí Karsten (2006, s. 169) je to ovlivněno stereotypem pohlavních rolí. Muži jsou většinou závislí v každodenních běžných činnostech na ženách např. péče o domácnost, nakupování, uklízení apod.

Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 384) ovdovělé ženy mají mnohem širší sociální síť. Pocity osamělosti kompenzují přátelstvím. Kontakt dává význam jejich aktivitám. Starší ženy mezi sebou sdílí většinou dost podobné zájmy, prožitky a zkušenosti. Takové vztahy jsou pro starší ženy velmi významné a poskytují jim psychickou oporu.

Na kvalitu života žen má velký vliv manželství. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 368) manželství starších lidí je stabilnější a spokojenější vlivem subjektivních názorů seniorů. Senioři si více uvědomují hodnotu společného života. Vazba na partnera se posiluje.

Ženy v seniorském věku častěji pečují o svého nemocného partnera. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 376), „sociální očekávání manipuluje do role výlučné pečovatelky především ženy.“ Dále tato autorka uvádí, že společnost očekává přijetí role pečovatelky, pokud by se zachovala jiným způsobem, je společensky odsouzena.

Ženy také častěji pečují o vnoučata. V širší rodině ženy zastávají důležitou roli babičky, případně prababičky. Pro seniorky je vztah k dětem a vnukům velmi důležitý.

Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 388) starší lidé v rámci rodinných vztahů s dětmi a vnuky mohou uspokojovat své psychické potřeby. Děti a vnuci přinášejí starším lidem mnohé podněty a zážitky a tím je přibližují ke společnosti. Vztah k dětem a vnukům uspokojuje potřeby citové jistoty. Starší lidé si v rámci rodiny potvrzují svůj význam alespoň pro své děti a vnuky.

Jak uvádí Karsten (2006, s. 158) „babičkám přináší plnění babičkovských úkolů větší uspokojení než dědečkům.“

Také společnost významně ovlivňuje kvalitu života žen. V naší společnosti je tendence k devalvaci starší ženy. Masmédia a reklamy předávají poselství, že jen mladé ženy jsou krásné a tím devalvují sociální hodnotu starších žen. Tento pohled médií vytváří rozdíly mezi pohlavím, věkem a genderem a vnímáním subjektivní pohody žen v seniorském věku.

„I když ženy tvoří většinu seniorské populace, jsou do značné míry opomíjeny. Informace o seniorkách nabývají většinou formu generalizace i přesto, že seniorská populace je heterogenní. Tyto generalizace často nabývají povahy negativních stereotypizací seniorek jako neaktivních, nezdravých, asexuálních a neefektivních.“ (Sokačová, 2005)

Ženy v seniorském věku jsou v médiích skoro neviditelné. Starší ženy jsou v médiích marginalizované. Jak uvádí Marhánková (2008, s. 29), „studie českých periodik ukazuje, že již ve věku šedesáti let se ženě přibližně pětkrát zmenšuje šance, že by se její snímek v médiích objevil. Teprve v případě že se dožije vysokého věku (alespoň devadesáti let) se její šance opět zvyšují. Důvodem, proč by se na stránkách médií mohla objevit, je ale pouze její chronologický věk. V porovnání se seniorkami se senioři objevují v médiích mnohem častěji.“

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 ZÁKLADNÍ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zjištění kvality života žen v seniorském věku.

Cílem mého šetření jsou ženy v seniorském věku, které žijí v domácím prostředí, a ne v zařízení pro seniory. Cílem této práce je zjistit, jak vnímají kvalitu života ženy v seniorském věku, jak jsou spokojené v dané oblasti a co je pro ně důležité.

Při svém výzkumu jsem zvolila metodu kvalitativní induktivní studie, výzkum pomocí případových studií.

Technikou sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který bude zaměřen na oblasti kvality života podle Světové zdravotnické organizace, která ve svém projektu WHOQOL uvádí 6 oblastí s různými ukazateli, které ovlivňují kvalitu života člověka. Mezi tyto oblasti patří:

Tělesné zdraví

- Bolest a nepříjemné pocity – oblast se zabývá nepříjemnými fyzickými pocity, které jedinec prožívá a jak ovlivňují jeho kvalitu života.
- Energie a únava – zaměřuje se na dostatek energie v životě člověka, schopnost provádět každodenní aktivity, trávení volného času, pocity únavy a dopad únavy na sociální vztahy.
- Spánek a odpočinek - jak spánek a odpočinek ovlivňuje kvalitu života člověka.

Prožívání

- Pozitivní pocity - oblast se zabývá prožíváním pozitivních pocitů např. spokojenost, štěstí, radost, potěšení.
- Myšlení, učení, paměť a soustředění – hodnocení názoru člověka na jeho učení, paměť, soustředění a rozhodování.
- Sebedůvěra, sebeúcta – zabývá se sebehodnocením člověka, jak vnímá sám sebe, zahrnuje pozitivní i negativní názory.
- Vnímání těla a vzhledu – patří sem, hodnocení člověka, jak hodnotí své tělo a vzhled, zda pozitivně či negativně.
- Negativní pocity – zaměřuje se na prožívání negativních pocitů u člověka např. starosti, plačtivost, smutek úzkost aj. Jak tyto pocity ovlivňují každodenní život člověka.

Úroveň nezávislosti

- Pohyblivost – tato oblast se zabývá možností pohybu člověka, schopností dostat se z jednoho místa na druhé, je určena osobám se sníženou mobilitou.
- Každodenní činnosti - zvládání každodenních činností např. sebeobsluha.
- Závislost na lécích nebo léčebných postupech – zabývá se závislostí na lécích či alternativní medicíně např. bylinné přípravky, negativním i pozitivním dopadem léků na kvalitu života člověka.
- Pracovní výkonnost – zaměřuje se na schopnost člověka pracovat, jedná se o kteroukoliv hlavní činnost např. zaměstnání, péče o domácnost a děti, studium aj.

Sociální vztahy

- Osobní vztahy - zahrnuje přátelství, lásku, péči o druhou osobu, manželství aj.
- Sociální podpora – pomoc od ostatních – zaměřuje se na to, jak člověk cítí oporu u své rodiny a přátel v oblasti potřeby pomoci, zda se na ně může spolehnout v případě různých problémů. Patří sem také, negativní působení např. slovní a fyzické napadání.
- Sexuální život – tato oblast zahrnuje děti, sexuální potřebu a touhu.

Prostředí

- Fyzické bezpečí a jistota – zabývá se pocitem bezpečí, jistoty a svobody. Zaměřuje se na oběti přírodních katastrof, oběti násilí, bezdomovce aj.
- Domácí prostředí – zaměřuje se na místo, kde člověk žije a jak ovlivňuje jeho život. V oblasti kvality domácího prostředí se hodnotí např. vybavenost, dostatek místa, okolí bydliště aj.
- Finanční situace – zabývá se finanční situací člověka, zda tyto prostředky uspokojují potřeby jedince a zda je spokojen či nespokojen. V této oblasti je hlavní, co si člověk může nebo nemůže dovolit, a jak ovlivňuje tato skutečnost jeho kvalitu života.
- Zdravotní a sociální péče: dostupnost a kvalita – názor jedince v oblasti dostupnosti a kvality lékařské péče např. člověka žijícího na venkově.
- Možnosti získávat nové informace a dovednosti – tato oblast se věnuje zájmu člověka se dále vzdělávat, získávat znalosti, dovednosti a přehled o současném

dění. Patří sem různé vzdělávací programy, zájmová činnost, ale také individuální např. čtení.

- Volný čas a záliby – zájmové a rekreační činnosti – trávení volného času člověka, ale také odpočinek a zábava. Patří sem např. návštěvy kamarádů, četba, sportovní činnosti, sledování televize aj.
- Životní prostředí – názor člověka na jeho prostředí, zda prostředí zvyšuje či snižuje kvalitu života.
- Doprava – dostupnost a používání dopravního prostředku např. kolo, auto, vlak aj. Vztahuje se na lidi žijící např. v odlehle oblasti.

Spiritualita

- Duchovní oblast, víra a osobní přesvědčení – tato oblast se zabývá osobním přesvědčením člověka a jeho vlivem na kvalitu života. Vztahuje se k náboženství, osobní víře, smyslu života apod.
- Celková kvalita života a zdraví – se zaměřuje na hodnocení člověka, jeho celkové kvality života, zdraví a duševní pohody. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 48-59)

Prostřednictvím rozhovoru budu hledat odpověď na následující otázku:

Jak hodnotí kvalitu života ženy v seniorském věku?

Hlavní otázku dále dělím do dalších okruhů:

Jaké problémy musí ženy – seniorky nejčastěji řešit?

Jak seniorky subjektivně vnímají svoje postavení ve společnosti?

Níže uvádím základní tematické kategorie, na které budou zaměřeny polostrukturované rozhovory:

- Sociodemografická charakteristika respondenta
- Životní styl
- Zaměstnání
- Zdraví
- Finance
- Životní hodnoty a kvalita života
- Senioři a společnost

- Spiritualita

Výzkumné cíle:

- Zjistit, jaké problémy musí seniorky nejčastěji řešit.
- Zjistit, jaký je životní styl seniorek.
- Zjistit subjektivní vnímání seniorek, jejich postavení ve společnosti.
- Zjistit kvalitu života a sociální postavení žen v seniorském věku.
- Zjistit materiální a sociální podmínky seniorek.

3.1 Metoda výzkumu a charakteristika respondentů

V praktické části bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativní.

Při svém výzkumu, metodu případové studie.

Technikou sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Jak uvádí Gavora (2010, s. 202) při polostrukturovaném rozhovoru má výzkumník k použití rámcové otázky, ale nemusí se jich pevně držet. Otázky se mohou měnit a přizpůsobovat podle vyvíjejícího rozhovoru.

Jak uvádí Hendl (2012, s. 174) jedná se o rozhovor pomocí návodu, který představuje seznam otázek nebo témat, které jsou nutné v rámci interview probrat. Rozhovor s návodem dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k interview.

Charakteristika respondentů

Zvolila jsem následující kritéria výběru respondentů. Žena žijící v okrese Blansko, pobírající důchod, žijící v domácím prostředí, a ne ve státním zařízení. Celkem jsem provedla 7 rozhovorů. Z důvodu anonymity byla pozměněna všechna jména respondentek. Na začátku každého rozhovoru jsem komunikační partnerky seznámila s výzkumným záměrem a upozornila na anonymitu výzkumu. S ohledem na anonymitu výzkumu jsem komunikační partnerky ubezpečila, že po přepsání rozhovorů, budou nahrané záznamy smazány. Rozhovory se uskutečňovaly většinou v domácím prostředí seniorek a v několika případech v prostorách klubů důchodců.

Tabulka 1: Základní demografické charakteristiky respondentek

Jméno	Věk	Vzdělání	Profese	Rodinný stav	Děti
Monika	75	Střední bez maturity	Dělnice	Rozvedená	1
Veronika	73	Střední bez maturity	Administrativní pracovnice	Vdaná	2
Marcela	79	Střední bez maturity	Úřednice	Vdaná	1
Lenka	76	Základní	Elektromechanička	Vdaná	1
Klára	70	Střední s maturitou	Vedoucí stravování	Vdaná	3
Jitka	60	Střední bez maturity	Prodavačka	Rozvedená	2
Zlata	67	Základní	Řidička	Rozvedená	4

Výzkumu se zúčastnilo 7 seniorek. Ve věkové kategorii 60 – 79 let. Úroveň vzdělání seniorek se pohybuje od vzdělání základního po střední s maturitou. Převahu mají seniorky se středním vzděláním bez maturity. Čtyři ze sedmi jsou vdané.

3.2 Analýza získaných dat

Případová studie 1:

Životní styl

Paní Monika žije se svým synem, v bytě 1 + 1. Syn chodí do zaměstnání. Jako každodenní aktivity uvedla vaření, péči o domácnost a nákupy. Stravuje se doma. Během dne se věnuje odpočinku. Volný čas tráví čtením knih a návštěvou rodiny. Dříve ve volném čase chodila na procházky do lesa, ale v současnosti má obavy. Kamarády nevyhledává. Pokud by měla jakýkoliv problém, požádá o pomoc svoji rodinu. Je plně soběstačná. Osamělost nepociťuje, náplní jejího života je víra a Bůh. S prostředím a bydlením ve kterém žije je spokojena.

Zaměstnání

V současnosti zaměstnaná není. O zaměstnání nemá zájem, především z důvodu, že přenechává práci druhým lidem. Ze zaměstnání do důchodu odcházela v 55 letech.

Odcházela o čtrnáct měsíců dříve, jelikož vojenská výroba končila a zaměstnavatel dával přednost jiným lidem. Paní Monika byla ráda, do důchodu se velmi těšila. Měla v té době odpracováno 34 let. Na důchod se nepřipravovala. Je velmi spokojená uvedla, že má více volného času a její život není uspěchaný. Kladně také hodnotí dostatek času, klid a pohodu.

Zdraví

Seniorka je se svým zdravotním stavem spokojena. Lékaře navštívila naposledy před patnácti roky, z důvodu běžného onemocnění. Nemá žádné zdravotní problémy. Starosti v současnosti nepocítuje. Uvedla, že je se svým vzhledem a sama se sebou spokojena.

Finance

Se svoji finanční situací je spokojena. Má dost finančních prostředků k uspokojení svých potřeb. S úhradou nákladů na bydlení nemá problém.

Životní hodnoty a kvalita života

Za nejdůležitější životní hodnotu uvedla víru. Mezi nejvýznamnější oblasti života zařadila zdraví a rodinu. Pod pojmem „kvalita života“ si představuje upřímnost a dobré vztahy s druhými lidmi. Se svým životem je spokojena. V současné době se cítí šťastná.

Senioři a společnost

Postavení seniorek v dnešní společnosti hodnotí pozitivně. Ona sama společnost lidí nevyhledává. Uvedla, že seniorky se liší v různých názorech. Vztahy s druhými lidmi ve stejném věku hodnotí kladně.

Spiritualita

Je věřící. Její hlavní hodnota v životě je víra a Bůh.

Případová studie 2:

Životní styl

Paní Veronika žije se svým manželem, v bytě 2 + 1. Mezi každodenní aktivity zařadila vaření, úklid a práce v domácnosti. Stravuje se doma. Ve volném čase se věnuje odpočinku, čtení, sledování televize a zahrádce. Přátel má mnoho, schází se s nimi každý týden. Pokud má jakýkoliv problém, hledá oporu u svého manžela. Je plně soběstačná.

Občas má pocity osamělosti. Je velmi nerada o samotě. Při pocitu osamělosti, hledá nějakou aktivitu nebo kontakt s rodinou. S prostředím a bydlením, ve kterém žije je spokojena.

Zaměstnání

Od odchodu do důchodu zaměstnaná nebyla. Zájem o zaměstnání nemá, především ze zdravotních důvodů. Ze zaměstnání do důchodu odcházela v 55 letech. Na odchod do důchodu se nepřipravovala. Svoji práci měla velmi ráda a do důchodu se moc netěšila. Pozitivně v důchodu hodnotí dostatek volného času, možnost si déle pospat a odpočinek.

Zdraví

Svůj zdravotní stav hodnotí negativně. Má problémy s nedostatkem energie a únavou. Trápí ji také problémy se spánkem a bolestí páteře. Lékaře navštěvuje nerada. Paní Veronika má starosti se svými dětmi. Uvedla, že negativní pocity dětí přenáší na sebe. Pokud, má starosti, tak hledá oporu u své dcery, která ji dokáže vždy zvednout náladu. Se svým vzhledem je spokojena, za podstatné považuje oděv a upravenost.

Finance

Svoji finanční situaci hodnotí v mezích normy. Uvedla, že pokud je s manželem, tak je jejich finanční situace v pořádku, ale v případě úmrtí manžela, by finanční příjem nebyl dostačující. Výše důchodu by nedosahovala na úhradu nákladů na bydlení a uspokojení potřeb. V současnosti, ji důchod zajišťuje důstojný život.

Životní hodnoty a kvalita života

Pro seniorku je nejdůležitější hodnotou manžel. Mezi nejdůležitější oblasti života uvedla zdraví a rodinu. Pod pojmem „kvalita života“ si představuje kvalitní spánek, život bez bolesti a dostatek financí. Kvalitu svého života hodnotí pozitivně. Negativně hodnotí bolest a starosti. V životě ji nejvíc trápí finanční problémy dětí. Má občas negativní myšlenky, někdy se domnívá, že by nejraději nežila.

Senioři a společnost

Postavení v dnešní společnosti hodnotí záporně. Cítí se na okraji společnosti. Negativně hodnotí postoj mladší generace a bezohlednost vůči starým lidem. Jako typické vlastnosti seniorů, uvedla špatný zdravotní stav a nízkou soběstačnost. Pod pojmem „seniorka“ si představuje sama sebe. Má s ostatními lidmi dobré vztahy, ale dělá ji problém navazovat nové kontakty.

Spiritualita

Uvedla, že každé období v životě má svoji hodnotu mládí, etapa pracovní i seniorský věk. V současnosti více přemýšlí nad posmrtným životem. Věří v Boha, ale kostel nenavštěvuje.

Případová studie 3:

Životní styl

Paní Marcela žije se svým manželem, v bytě 2 + 1. Mezi každodenní aktivity zařadila vaření a péči o domácnost. Volný čas tráví na zahrádce a v pěveckém sboru. Pro seniorku je typická činnost hlídání vnoučat. Má mnoho přátel, setkává se s nimi každý týden, především v pěveckém sboru. Pokud má jakýkoliv problém, hledá oporu u svého syna a manžela. Je plně soběstačná. S pocitem osamělosti nemá žádný problém. S prostředím a bydlením, ve kterém žije je spokojena.

Zaměstnání

V současnosti zaměstnaná není. Zájem o zaměstnání nemá z důvodu, že přenechává práci druhým lidem. Do důchodu odešla v 54 letech. Zaměstnavatel jí neprodloužil pracovní poměr. Na odchod ze zaměstnání do důchodu se netěšila. Seniorka se na důchod nepřipravovala. Po odchodu ze zaměstnání do důchodu si představovala, že bude mít dostatek volného času, ale není to takové, jak předpokládala. Čím je starší, tak jí různé činnosti trvají delší dobu.

Zdraví

Svůj zdravotní stav hodnotí jako zhoršující, má problémy s pohybem. Lékaře navštěvuje jednou za tři měsíce. Problémy s únavou a spánkem nepociťuje. Má dostatek energie a starosti v současnosti nemá. Na svém vzhledu už jí tolik nezáleží. Sama se sebou je spokojena.

Finance

Svoji finanční situaci hodnotí pozitivně. Uvedla, že dokud jsou s manželem dva, tak je spokojena. Má dostatečný příjem na úhradu nákladů na bydlení a uspokojení svých potřeb. V případě úmrtí manžela, by musela zažádat o sociální dávky a využít úspory.

Životní hodnoty a kvalita života

Paní Marcela za nejvýznamnější hodnotu v životě uvedla zdraví a spokojenou rodinu. Mezi nejdůležitější oblasti života zařadila manžela a rodinu. Uvedla, že když byla mladší, tak si neuvědomovala, co pro ni její manžel znamená, ale v dnešní době si je vědoma, jak se vzájemně potřebují. Pod pojmem „kvalita života“ si představuje zdraví, soběstačnost a život bez problémů a starostí. Celkovou kvalitu svého života považuje za pozitivní. Největší radost má ze svých vnoučat.

Senioři a společnost

Postavení ve společnosti hodnotí negativně. Řekla, že lidé v okolí se na ni dívají mezi prsty. Dokonce se setkala s vulgarismy od své pětileté vnučky. Nazvala ji „starou babou.“ Paní Marcela jí odpověděla, zda takovým způsobem nazývá i své rodiče. Odpověď vnučky zněla „ale oni nejsou staří.“ Jednání vnučky ji velmi trápí.

Spiritualita

Je věřící, navštěvuje kostel a kostelní pěvecký sbor.

Případová studie 4:

Životní styl

Paní Lenka žije se svým manželem, v bytě 3 + 1. Mezi každodenní aktivity zařadila vaření a péči o domácnost. Volný čas tráví čtením knih a ručními pracemi. Její zálibou je pěvecký sbor, kostel a kulturní život. Ráda navštěvuje divadlo a výstavy obrazů. S kamarádkami se setkává především v pěveckém sboru. Pokud má problém, oporu hledá u svého zetě. Je plně soběstačná. S bydlením a prostředím ve kterém žije je nadmíru spokojená. Řekla, že se má jak „hraběcí děti.“

Zaměstnání

V současnosti zaměstnaná není. O zaměstnání nemá zájem, z důvodu, že přenechává práci druhým lidem. Ze zaměstnání do důchodu odcházela v 54 letech. Do důchodu se netěšila. Odešla dobrovolně, z důvodu potřeby pečovat o vnoučata. Vykonyvala náročné zaměstnání. V zaměstnání měla dobrý kolektiv.

Zdraví

Seniorka hodnotí svůj zdravotní stav příznivě. Paní Lenku obtěžuje pomalost a zdlouhavost vykonávaných činností. Lékaře navštěvuje občas. Trápí ji třes hlavy a byla na operaci s močovým ústrojím. Se spánkem problémy nemá, ale stěžuje si na pocity únavy. V současnosti má starosti se svojí dcerou, která se před dvěma roky rozvedla. Zhubla 5 kilo. Se svým vzhledem spokojená není, jako důvod uvedla lepší vlasy a méně vrásek, ale mladší by být nechtěla, pouze aby se neodlišovala od druhých lidí v jejím věku.

Finance

Svoji finanční situaci hodnotí příznivě. K uspokojení svých potřeb dostačující, neomezuje se. V případě úmrtí manžela, by byla nucena se uskromnit. V současnosti jí důchod zajišťuje důstojný život.

Životní hodnoty a kvalita života

Za nejdůležitější hodnotu uvedla zdraví. Za nejvýznamnější oblasti života považuje rodinu a manžela. Pod pojmem „kvalita života“ si představuje, být za dobře s pánem Bohem a s druhými lidmi v okolí. Největší radost má ze svých dětí a vnoučat. V současnosti ji trápí problémy dcery. Řekla, že šťastná není, ale je spokojená.

Senioři a společnost

Postavení v naší společnosti hodnotí pozitivně. Uvedla, že pokud někdo není moc náročný, tak takovým způsobem, jako ona může žít. Pod pojmem „seniorka“ si představuje odsunutí člověka na vedlejší kolej. Pociťuje, že je ve společnosti odsunuta na okraj, ale netrápí jí to. Uvedla, že ostatním lidem jsou lidé v důchodovém věku protivní a upozornila na neblahý vliv médií. Za typickou vlastnost seniorů považuje poruchy paměti. Za pozitivní hodnotí v seniorském věku klid, za negativní zhoršující se zdraví.

Spiritualita

Věří v Boha a navštěvuje kostel.

Případová studie 5:

Životní styl

Paní Klára žije se svým manželem a synem, v bytě 3 + 1. Mezi každodenní činnosti uvedla vaření a péči o domácnost. Volný čas tráví na zahrádce, čtením knih, odpočinkem, ručními

pracemi a návštěvou pěveckého sboru. Pro seniorku je typická aktivita vaření. Přátele navštěvuje příležitostně, především se setkává se svojí rodinou. Pokud, má jakýkoliv problém, požádá o pomoc svého manžela a rodinu. Je soběstačná, ale má problémy s pohybem, které ji omezují. Osamělost nepocituje. S prostředím a bydlením ve kterém žije je spokojena. Nemá potřebu své bydlení vylepšovat.

Zaměstnání

Seniorka v současnosti zaměstnaná není. O zaměstnání nemá zájem, z důvodu špatného zdravotního stavu. Do důchodu odcházela v 52 letech. Kdyby, se dalo zaměstnání prodloužit, zůstala by pracovat. Do důchodu se netěšila. Jako důvod uvedla, že se jedná o poslední etapu člověka. Byla velmi aktivní. Po odchodu do důchodu se věnovala různým dobrovolným činnostem, ale jak nastaly zdravotní problémy, byla nucena je ukončit. Pozitivně v důchodu hodnotí, že nemá povinnosti vstávat do práce. V důchodu moc spokojená není, myslí si, že pokud člověk chodí do práce, tak má větší pocit užitečnosti.

Zdraví

Svůj zdravotní stav hodnotí negativně. Má mnoho zdravotních problémů. Trápí ji bolest, omezení pohybu, hlavně chůze, onemocnění ledvin a trávicího ústrojí. K lékaři chodí pravidelně a s lékařskou péčí je spokojena. Uvedla, že díky své povaze se dokáže se zdravotními problémy lépe vyrovnat. Výhradu má k poplatkům za léky, které ji stojí spoustu financí. Má občas nedostatek energie. V současnosti pocituje starosti se svojí rodinou a dětmi. Někdy má pocity plačtivosti. Obvykle je sama se sebou spojena. Pokud nemá zdravotní problémy, tak se cítí spokojenější.

Finance

Paní Klára hodnotí svoji finanční situaci uspokojivě. Z důvodu, že má manžela. V případě úmrtí manžela, by byla na pokraji chudoby. Neměla by dost finančních prostředků na úhradu nákladů na bydlení. Pokud by chtěla odejít do pečovatelského domu, platila by pouze o 500 Kč méně, než za byt ve kterém žije. V současnosti považuje svůj příjem za dostatečný k uspokojení svých potřeb, ale v určitých oblastech se musí omezovat. Nejvíce se omezuje v potravinách, nemůže si dovolit některé potraviny, především ovoce.

Životní hodnoty a kvalita života

Za nejvýznamnější hodnotu uvedla zdraví. Mezi nejdůležitější oblasti života zařadila partnerský vztah. Manžel jí velmi citově pomohl v době, kdy měla vážné zdravotní

problémy. Tráví spolu spoustu času. Její největší přání je dovolená u moře, ale s ohledem na její špatný zdravotní stav se nemůže uskutečnit. Pod pojmem „kvalita života“ si představuje společenský život, dobré zážitky a vycházet s ostatními lidmi. S kvalitou svého života je spokojena. Sdělila, že pokud nemá problémy, tak považuje svůj život za kvalitní. V životě má největší radost z manžela a ze svých dětí, když jsou všichni spokojeni. V životě jí nejvíc trápí její syn, který se rozvedl a zadlužil.

Senioři a společnost

Není spokojená s dnešní společností. Pro seniorku je negativní nezodpovědnost a chamtivost lidí. Uvedla, že záleží především na povaze člověka. Vztahy seniorů mezi sebou hodnotí negativně.

Spiritualita

Paní Klára je věřící. Víra v Boha jí dává sílu při zvládání zdravotních obtíží.

Případová studie 6:

Životní styl

Paní Jitka žije sama, v garsoniére. Mezi každodenní aktivity zařadila vaření a péči o domácnost. Pro seniorku je typická činnost úklid domácnosti. Ve volném čase se věnuje luštění křížovek, sledování televize, chodí na procházky a navštěvuje vnučata. Kamarády má, ale navštěvuje je příležitostně. Pokud má jakýkoliv problém, hledá oporu u své rodiny. Je soběstačná. Jestliže pociťuje osamělost, navštěvuje svoji rodinu. S prostředím a bydlením ve kterém žije je spokojena a nemá potřebu bydlení vylepšovat.

Zaměstnání

Paní Jitka v současnosti zaměstnaná není. Zájem o zaměstnání nemá, z důvodu zdravotních problémů, ale v budoucnu by měla zájem o lehčí práci na částečný úvazek. Odešla do důchodu v 60 letech. Do důchodu se těšila. Pozitivně hodnotí mnoho volného času, odpočinek a klid. Na důchod se připravovala spořením.

Zdraví

Seniorka svůj zdravotní stav hodnotí negativně. V současnosti má zdravotní problémy. Trápí ji vysoký tlak, onemocnění slinivky břišní, krční páteř a občasný kolapsový stav. V současnosti navštěvuje lékaře často. Lékařskou péči hodnotí pozitivně. Měla pocity

únavy a nedostatku energie v době, kdy musela změnit jídelníček z důvodu onemocnění slinivky břišní. Se spánkem problémy nepocítuje. Hodnotí svůj vzhled pozitivně. Uvedla, že v důchodu má více času sama na sebe.

Finance

Sdělila, že její finanční situace je dobrá a to z důvodu, že má finanční rezervy. Pokud by je neměla, byla by na tom po finanční stránce negativně a musela by se ve svých potřebách omezit. Mnoho financí jí stojí potraviny, kvůli dietě, kterou musí držet ze zdravotních důvodů. V současnosti díky finančním rezervám, hodnotí svůj příjem za dostatečný k uspokojení potřeb a na úhradu nákladů na bydlení.

Životní hodnoty a kvalita života

Za nejdůležitější životní hodnotu uvedla rodinu. Za nejvýznamnější oblast života považuje rodinu a zdraví. Pod pojmem „kvalita života“ si představuje slušné bydlení a dostatek financí k uspokojení svých potřeb. Myslí si, že její život je kvalitní. Největší radost v životě má ze svých dětí a vnoučat. V životě by ji nejvíc trápila špatná finanční situace dětí a rodinné neshody. Je do jisté míry šťastná.

Senioři a společnost

Postavení seniorek v dnešní společnosti se jí nelíbí. Upozornila na špatné zacházení v zařízeních pro nemohoucí osoby. Cítí, že starší lidé jsou společnosti na obtíž. Člověka považuje za seniora, podle toho, jak se každý cítí. Jako typickou vlastnost seniorské populace uvedla špatný zdravotní stav a omezení pohybu. Pod názvem „seniorka“ si představuje jedince, který je na okraji společnosti. Paní Jitka zařadila mezi vlastnosti některých lidí v seniorském věku nesnášenlivost vůči dětem a mladým lidem. Vztahy s druhými lidmi má dobré. Sdělila, že pozitivní na důchodovém věku je dostatek času a úbytek stresu z pracovních povinností.

Spiritualita

Seniorka není věřící.

Případová studie 7:

Životní styl

Paní Zlata žije sama, v bytě 1 + 1. Mezi každodenní činnosti zařadila procházky s pejskem, vaření, návštěvu vnoučat, péči o domácnost a nákupy. Její typická aktivita je péče o domácnost. Volný čas tráví luštěním křížovek, sledováním televize, procházkou a návštěvou kamarádek a rodiny. Má hodně přátel a nemá problém s navazováním nových vztahů s lidmi. Pokud by měla jakýkoliv problém, požádá o pomoc svoji nejmladší dceru. Je plně soběstačná. Někdy má pocity osamělosti. Pokud se cítí osamělá, tak vyhledává společnost. S prostředím a bydlením ve kterém žije je spokojena.

Zaměstnání

Seniorka v současnosti zaměstnaná není. Zájem o zaměstnání má, z důvodu své špatné finanční situace. Do důchodu odcházela v 56 letech. Na důchod se netěšila. Po odchodu do důchodu byla nucena pracovat na částečný úvazek. Pro seniorku není v důchodu nic pozitivního. Uvedla, že před odchodem do důchodu byla mladá, zdravá a byla schopna pracovat.

Zdraví

Svůj zdravotní stav pociťuje, jako zhoršující. Trápí ji bolest, problémy s páteří a zánět ramenního kloubu. Řekla, že pokud si někdo myslí, že stáří je pěkné období života, tak pouze pokud, je člověk v dobrém zdravotním stavu. K lékaři chodí podle potřeby. Lékařskou péči hodnotí nadprůměrně. Seniorka občas pociťuje nedostatek energie a problémy s únavou, především když vykonává nějakou náročnou činnost. V současnosti pociťuje starosti s finanční situací. Se svým vzhledem a sama se sebou spokojena není.

Finance

Paní Zlata hodnotí svoji finanční situaci negativně. Příjem seniorky je nedostatečný k uspokojení potřeb. Proдалa byt po svých rodičích a předplatila si nájem na 17 let dopředu. V případě, kdyby neměla uhrazen nájem bytu dopředu, byl by její příjem nedostačující na úhradu nákladů na bydlení. Je nucena se omezovat.

Životní hodnoty a kvalita života

Za nejvýznamnější hodnotu uvedla děti a partnerský vztah, i když v současnosti je sama. Její nejdůležitější oblastí života je rodina. Pod pojmem „kvalita života“ si představuje pohodu, klid, zdraví a dostatek financí. Paní Zlatu nejvíce v životě trápí její finanční

situace a děti. Má občas negativní pocity a přemýšlí, zda má její život smysl. Pozitivně hodnotí život před důchodem, z důvodu dobré finanční situace. Kvalitu svého života hodnotí negativně především, z důvodu její špatné finanční situace. V životě jí nejvíce těší její rodina.

Senioři a společnost

Postavení seniorek ve společnosti hodnotí záporně. Cítí se ve společnosti ostracena. Považuje člověka za seniora, podle toho, jak se člověk cítí. Vztahy seniorů mezi sebou hodnotí pozitivně.

Spiritualita

Sdělila, že není věřící v Boha, ale věří, že něco existuje.

3.3 Souhrnné vyhodnocení

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají kvalitu života ženy v seniorském věku, jak jsou spokojené v dané oblasti, a co je pro ně důležité.

Životní styl

V oblasti životního stylu jsem se dozvěděla, jaké každodenní aktivity ženy preferují, jak tráví volný čas a čemu se během dne věnují. Mezi nejčastěji vykonávané každodenní aktivity patří vaření a péče o domácnost. Ve volném čase se věnují různým činnostem, nejčastěji uváděné jsou procházky, odpočinek, ruční práce, luštění křížovek, sledování televize, čtení knih, práce na zahrádce a návštěva rodiny. Dávají přednost aktivnímu způsobu života. Seniorky se snaží o udržení samostatnosti a soběstačnosti, většina zvládá každodenní činnosti bez velkých obtíží.

Zaměstnání

V oblasti zaměstnání jsem zjistila vztah respondentek k zaměstnání, hodnocení přechodu ze zaměstnání do důchodu. Pět ze sedmi hodnotí odchod do důchodu negativně. Pro tuto tematickou kategorii jsem kladla mimo jiné otázku: Těšila jste se do důchodu?

Paní Veronika sdělila: „*Já jsem měla ráda práci, mě se ani nechtělo. Byla to zajímavá práce, jenomže byl zrovna ten převrat, úplně se všechno změnilo ... já jsem to brala jako věc, jako fakt.*“

Paní Marcela uvedla: „*Těšila, no tak ani netěšila, to se nedá říct. Tehdy už to nešlo nějak prodlužovat ... kdybych nemusela, tak bych bývala tehdy ještě dělala.*“

Paní Lenka zase sdělila: „*Já jsem se netěšila, ale brala jsem to jako nutnou věc ... já jsem dobrovolně šla, protože jsem potřebovala opatrovat vnuky a vyšlo mě to zrovna ... tak jsem pomáhala.*“

Paní Klára se vyjádřila takto: „*Ani netěšila, protože to už vlastně ... to už je taková poslední etapa člověka a já jsem byla dost činná.*“

Z rozhovoru s paní Zlatou bylo patrné, že těžce snáší svoji finanční situaci: „*... já se netěšila. Finance vás donutí, stejně jsem musela chodit do práce. Takže já jsem vlastně haldu roků ještě dělala, jako ty brigády, uklízela jsem po fabrikách.*“

Paní Monika má opačný názor, odpověděla takto: „*... těšila díky Bohu za to ... já jsem to přijala, byla jsem ráda.*“

V teoretické části jsem uvedla názor Haškovcové (2010, s. 81), že pro většinu lidí je odchod do důchodu traumatizující událostí. Tato skutečnost se v mém výzkumném šetření potvrdila. Reakce seniorek na odchod do důchodu, ovlivňuje celoživotní vztah k zaměstnání.

Zdraví

V kategorii zdraví jsem zjistila, jak ženy v seniorském věku hodnotí svůj zdravotní stav. Zdraví je pro seniorky velmi důležitá oblast. Šest ze sedmi hodnotily svůj zdravotní stav jako zhoršující. Pokládala jsem otázku: Jak byste zhodnotila svůj zdravotní stav?

Paní Veronika uvedla: „*No energii nemám, což teda jsem mívala energie ... a teď žádnou ... zkouším to řešit, jak se dá abych se z toho dostala ... to není jarní únava, to je celoroční únava ... když nemůžu spát, tak aj prášek všechno možný si беру abych usnula, pak až usnu tak je to dobrý ... nevím od čeho to mám, já mám potíže se štítnou žlázou, ale já už ji mám vyoperovanou ... strašně mě bolí páteř a jak delší dobu chodím, tak je to pro mě úmorný... беру léky na páteř, otravuje mě ta bolest páteře.*“

Paní Klára sdělila: „*Svůj zdravotní stav nemám moc dobrý, já opravdu jsem dost vážný pacient, možná tím, že mám takovou trošku povahu, že se s tím dokážu porvat, se s tím opravdu rvu ... moc léky od bolesti nemůžu, protože mám postižený ledviny ... když už je bolest nesnesitelná ale jinak ne.*“

Paní Zlata zase sdělila: „ ... někdo když třeba řekne, že je stáří pěkná věc, není to pravda. Je pro člověka, co je zdravý a kdo je nemocný, tak ne ... mám bolavý záda, mám výrůstky na páteři ... udělám špatný pohyby bolesti, prochladiš se bolesti ... mám teda to astma ... po matce cukrovku ... mám dvoje antibiotika dobraný a astma, furt kašlu, pořád dobrá nejsem. “

Respondentky do jisté míry, také zdravotní stav a bolest, v některých činnostech omezuje, např. paní Veronika uvedla: „S kamarádkami ... vždycky jsme si někde sedli, v nějaké kavárně, tam jsme si pokecali ... co je pro mě nevýhoda, mě strašně bolí páteř a já jak delší dobu chodím, tak je to pro mě úmorný ... hlavně, aby to nebylo moc daleko. “

Paní Marcela zase sdělila: „... s pohybem, to je nějak tak, že když jdu, tak jdu a když se zastavím, tak se nemůžu rozejít ... “

Paní Lenka se vyjádřila takto: „... není to nejhorší, když s berličkou ještě nemusím chodit, ale jsem taková už pomalá a vše mě trvá déle. “

Paní Zlata uvedla: „... já jsem třeba řekla holkám, ty naděláš s okny ... mám to za chvíli hotový. Dneska ne, dneska umyju jedno okno, sedím půl hodiny a až si odpočinu, tak teprve můžu pokračovat ... omezuje mě to. “

Z výpovědí seniorek, na otázky zdraví je zřejmé, že zdravotní stav významně ovlivňuje veškeré aktivity, kterým se věnují. V této oblasti je také, důležitým faktorem bolest, která zneprůjemňuje život. U pěti ze sedmi komunikačních partnerek jsem se setkala s polymorbiditou, ani jedna neuvédla, jen jeden zdravotní problém.

Finance

V oblasti financí jsem zjistila finanční situaci respondentek, zda finanční prostředky uspokojují jejich potřeby. Seniorky, které jsou vdané, hodnotí finanční situaci pozitivně, ovšem v případě úmrtí partnera by jim nastaly finanční problémy. Například paní Veronika sdělila: „... Pokud jsme dva, tak to jde, ale když bych měla být sama, tak jsem absolutně nespokojená, protože když bych dala 5000 Kč za byt, co mě zbyde. “

Paní Klára uvedla: „... sama bez muže, vůbec si to nedovedu představit ... já mám asi 9200 Kč důchod a z toho platím kolem 6000 Kč z bytu tak, že co by mě zbylo. “

Respondentky žijící bez partnera hodnotí finanční situaci nepříznivě, jsou nuceny se v uspokojení svých potřeb omezit. Příkladem je paní Zlata, která se ke své finanční situaci vyjádřila takto: „no bída ... chudoba ... když zaplatím telefon a všechno, tak mě zbydou

2000 Kč na celý měsíc ... potřebuji si koupit, já nevím povlečení dojde, utěrky. Když si je koupím, musím zase uškrtnit jinde.“

Taky ženy žijící s manželem se v určité oblasti omezují.

Například paní Klára uvedla: „... člověk by si přilepšil, něco lepšího na jídlo a nemůže, musíte se uskromnit ... mě by stačilo si koupit třeba jenom hrozny, kupte si je dneska, když stojí 100 Kč. Řeknou Vám, jezte hrozny, jsou zdravé na ledviny, kolikrát si je můžu koupit, nemůžu, když nejsou v akci.“

Čtyři ze sedmi seniorek jsou vdané a zatím žijí s manželem v takovém případě je finanční situace příznivější. Ovšem podle mého šetření lze předpokládat, že po úmrtí manžela se většina žen potýká s finančními problémy. Pokud nemají finanční úspory, jejich příjem je nedostačující na potřeby a úhradu nákladů na bydlení. Pouze jedna z dotazovaných se finančně připravovala na stáří ve formě spoření.

Životní hodnoty a kvalita života

V oblasti životních hodnot a kvality života jsem zjistila, jaké hodnoty v životě jsou pro komunikační partnerky nejvýznamnější, jaké oblasti života považují za nejdůležitější a jak hodnotí kvalitu svého života. Za nejvýznamnější hodnotu v životě považují rodinu, zdraví a dobré sociální vztahy. V sociální oblasti je pro vdané ženy nejvýznamnější partnerský vztah. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 368) na počátku stáří si lidé více uvědomují význam partnera a hodnoty společného života.

V této oblasti jsem kladla následující otázku: Jaké hodnoty jsou pro Vás v současnosti nejvýznamnější?

Paní Veronika na otázku odpověděla: „*Největší hodnota manžel, že jsme spolu, sice se pohádáme, ale to je všude ... že si tak rozumíme ... to je moje největší hodnota tohoto života.*“

Paní Klára uvedla: „*Hlavně ten partnerský vztah, protože jsme spolu už 53 let, že jsme zatím oba dva ... je to o něčem jiném, než když člověk zůstane sám ... já jsem byla hodně nemocná a manžel mě moc pomáhal, on mi hodně pomohl a podržel mě ... kolikrát si říkám, i když mě někdy leze na nervy, já mu stoprocentně taky, tak si říkám, važ si každého dne, který jste spolu.*“

V mém výzkumu jsou tři ženy ze sedmi, žijící bez partnera. Na otázku uvedenou výše například paní Jitka odpověděla: „... *pro mě je teď nejdůležitější ta rodina a víc já k životu*

snad ani nepotřebuji, abych vycházela s dětmi a žít pro vnoučata ... co si víc člověk může přát, jak to zdraví a tu svoji rodinu kolem sebe.“

Paní Zlata sdělila: *„Děti ... kolikrát si člověk řekne, že by někoho potřeboval ... aby těch financí bylo víc partnera... protože jsou třeba věci které ani dětem říct nemohu, s tím partnerem je to něco jiného.“*

Senioři a společnost

V kategorii senioři a společnost jsem zjistila, jak respondentky hodnotí postavení v dnešní společnosti. V mém výzkumném šetření většina hodnotí postavení ve společnosti negativně. Například paní Veronika řekla: *„... postavení prostě oni na nás kašlou, i když teda si myslím, že více kašlou na mladý ... hlavně ta předchozí vláda na nás vyloženě kašlala ... a doktoři ty úplně, ty prostě berou, že to už nějak dožijete, to mě vadí ... mladí nás mají za vydřiduchy nebo já nevím ... že už bychom tady neměli zaclánět ... nemyslím rodinu, myslím jako společnost.“*

Paní Marcela uvedla: *„... že prostě se dívají na nás, tak nějak mezi prsty.“*

Paní Klára sdělila: *„Nelíbí se mi dnešní společnost, hrozně mi vadí taková nezodpovědnost lidí, že si ničeho neváží.“*

Paní Jitka řekla: *„... to je katastrofa i v těch zařízeních ... ti nemohoucí ... nakonec zjistíte, že je tam ti ošetřovatelé fackují nebo jim nedají ani najíst, napít ... tak to teda opravdu mě úplně straší ... starší lidi jsou úplně na obtíž.“*

Paní Zlata zase uvedla: *„Nestojí to za nic ... starší člověk je na obtíž ... zabíráte místo v práci, zavazíte ... co si dneska dovolí v tom státě ... když důchodci přidají 30kč, to má na jeden chleba, že jim není hanba vůbec takovou věc dát.“*

Paní Lenka se vyjádřila takto: *„... už nás nikdo nechce, společnost nás dává na okraj ... jsme protivní všem lidem, senioři ... oni zdůrazňují v televizi, že je nás moc, že ubíráme důchod.“*

Spiritualita

Poslední tematický okruh spiritualita, tvoří otázky týkající se zjištění osobního přesvědčení. Komunikačním partnerkám jsem položila otázku: Existují témata, která Vás nyní více zajímají, než v dřívějším životě (např. Bůh, posmrtný život, smysl života)? Na tuto otázku respondentky např. odpověděly takto:

Paní Monika řekla: „*Témata hlavní ten Bůh ... já jsem pořád chodila s pánem a pořád jsem ho měla před sebou celý život ... já ať mám jakýkoliv problém, já volám pánovi, otci nebeskému ... já říkám pane můj, on ví, že máme tyto problémy všelijaký. On čeká, až na něho zavoláme, protože prostě a bude Vám dáno.*“

Paní Veronika sdělila: „*Témata jo přemýšlím, nad tím, jestli fakt je pokračování ... druhý život ... i když do kostela nechodím, tak věřím v Boha. Mě to nebaví, oni se tam modlí, já se taky pomodlím, ale do kostela chodit nemusím.*“

Paní Lenka řekla: „*No Bůh jediné mě zajímá. Věřím v Boha odjakživa, i když naši nás k tomu vůbec nevedli.*“

Paní Klára uvedla: „*Spiš ten Bůh ... je fakt, že mě to dávalo i sílu v těch mých problémech šílených ... že bych přemýšlela doslova, co bude po smrti to teda vůbec ne. To nikdo neví. Proč se s tím mám zatěžovat. Člověk si spíš musí hledat lepší stránky z toho.*“

Paní Zlata odpověděla takto: „*My jsme vyvolávali duchy, už bych to nedělala, protože opravdu jsem něco viděla. Tak, že věřím, že něco je.*“

Rozhovory jsem uskutečnila s cílem, odpovědět si v závěru na hlavní výzkumnou otázku a dvě doplňující.

Hlavní výzkumná otázka: Jak hodnotí kvalitu života ženy v seniorském věku?

Celková spokojenost se životem vyplývá z jednotlivých vlastností, hodnot a stylu života jedince. Většina senierek v mém výzkumném šetření je s celkovou kvalitou svého života spokojena, i když každá si pod pojmem „kvalita života“ představuje jiný význam např. zdraví, pohoda, klid, kvalitní spánek, život bez bolesti, dostatek financí, soběstačnost, život bez problémů a starostí, dobré bydlení, dobré zážitky. Záleží především na hodnotových preferencích jednotlivých senierek. Z výsledků šetření vyplynulo, že pět ze sedmi žen hodnotí celkovou kvalitu života pozitivně. Velký vliv na hodnocení kvality života senierek má skutečnost, zda žijí spolu s manželem. Z výsledků mého výzkumu lze předpokládat, že kvalita života žen, žijících s partnerem či manželem je lepší, než kvalita života žen žijí-li samy.

Jaké problémy musí ženy – seniorky nejčastěji řešit?

Analýza rozhovorů ukázala, že ženy v seniorském věku mezi nejčastější problémy zařadily problémy v rodinném prostředí a zhoršující se zdravotní stav.

Například paní Marcela uvedla: „*... trápí mě to zdraví.*“

Paní Lenka sdělila: „ ... *Dcera se rozvedla tak, že takový ty negativní věci se přenáší i na Vás ... Já jsem zhubla pět kilo.*“

Paní Zlata řekla: „*Už jsem z toho života tak otrávená, že ta finanční situace pro ty mladý nestojí za nic. Mám hodně starostí kvůli dětem.*“

Paní Klára zase sdělila: „*Mám syna rozvedeného, který bydlí s námi. Je na tom finančně tak špatně, že dá se říct, že ho živíme ... a prostě si zbabral život ... nakonec se i s partnerkou, co s ní má poslední dítě rozešli. To mě momentálně nejvíc souží.*“

Jak seniorky subjektivně vnímají svoje postavení ve společnosti?

Seniorky se cítí ve společnosti na obtíž. Vztahy s druhými lidmi hodnotí pozitivně, avšak širší sociální vazby starších žen se mění. Více preferují vztahy v rodinném prostředí. Mají problémy s navazováním nových kontaktů a to může vést k sociálnímu vyloučení žen. Z mého výzkumu je patrné, že se cítí marginalizované. Vadí jim postoj společnosti ke starým lidem, i k nim samotným např. v médiích, ve zdravotnických zařízeních.

3.4 Diskuze

V rámci mého výzkumu je překvapující hodnocení kvality života seniorek. V odborných publikacích se často setkáváme s poznatkem o značném snížení kvality života žen po odchodu do důchodu např. nižší důchody v důsledku genderové nerovnosti, další negativní ekonomické vlivy, osamění, ohrožení chudobou aj. Na základě zjištěných poznatků, lze konstatovat, že kvalita života seniorek tvořící výzkumný soubor je dobrá. Toto zjištění platí zejména pro seniorky, které nežijí samy. V oblasti životního stylu jsou respondentky aktivní, avšak podle jejich výpovědí sociální vztahy slábnou a jsou zaměřeny na okruh blízkých přátel a rodiny. Podle výsledků výzkumu lze tvrdit, že pro seniorky je obtížné navazování nových kontaktů a díky tomu, jsou ohroženy sociálním vyloučením. Zásadní vliv na kvalitu života má zdraví. Ovšem nespokojenost s kvalitou života nemocných seniorek nebyla potvrzena. Hodnocení zdravotního stavu, nebylo rozhodující pro subjektivní vnímání kvality života žen. Kvalita života je široký pojem, který je u každého vysvětlován jiným způsobem, a to souvisí především s hierarchií potřeb a hodnot, které člověk považuje za důležité. Materiální zabezpečení seniorek, žijících s manželem je dobré, ale v případě úmrtí manžela by se jejich ekonomická situace radikálně zhoršila. Z výzkumu dále vyplývá, že ženy v seniorském věku jsou ve společnosti značně

marginalizované a sociálně izolované. Tento postoj se dále prohlubuje vlivem médií a různých mýtů o stáří. Bylo by vhodné usilovat, o změnu postojů společnosti ke starším lidem, více se zajímat o fenomén stáří, snažit se o lepší porozumění této životní fáze, a tím předcházet sociálnímu vyloučení této skupiny obyvatel.

V roce 2003 byl proveden výzkumný projekt *Senioři ve společnosti – Strategie zachování osobní autonomie*. (Sýkorová, 2003) Jeho cílem bylo zjistit materiální a sociální zdroje, které podporují relativní autonomii starších osob v každodenním životě a zachytit jejich osobní očekávání vůči formálním a neformálním institucím. Výsledky výzkumu jsou děleny do jednotlivých subkapitol. V oblasti prožívání zdravotního stavu, výzkum dospěl k závěru, převažujícího pozitivního přístupu respondentů ke zdraví. V mém výzkumném šetření se potvrdil stejný názor. I když respondentky zdravotní stav omezuje a je zhoršující, hodnotily celkovou kvalitu života za dobrou. V oblasti spolehlivosti zdrojů pomoci, senioři spoléhají nejvíce na své dospělé děti a životní partnery, v rámci rodiny pak poněkud méně na jejich životní partnery, tedy snachy a zetě, příliš nepočítají ani s vnoučaty. V mém výzkumu se potvrdil stejný výsledek. Komunikační partnerky spoléhají především na pomoc dětí a partnerů. Pouze v jednom případě seniorka uvedla svého zetě. V kategorii finance, dospěl výše uvedený výzkum k závěru, že senioři vesměs disponují příjmy nižšími než je jimi pocíťována potřeba. Bez dodatečného příjmu jim nestačí zejména na náročnější věci a zvláště tehdy, žijí-li sami. Z výpovědí respondentek se potvrdilo, že většina v případě úmrtí partnera, by musela řešit finanční problémy. V hodnotovém žebříčku seniorů stojí na prvním místě zájem o vlastní zdraví a nejbližší okolí, tj. rodinu a přátele. S tímto tvrzením můj výzkum nesouhlasí, v případě vdaných žen. Považují za největší hodnotu v životě partnerský vztah, následující je rodina a zdraví.

Z výzkumu realizovaného v publikaci *50+ Aktivně* (Bočková, 2011) vyplývá, že spokojenost seniorů ovlivňují především finance. V mém výzkumu se toto tvrzení potvrdilo. V případě žijí-li ženy samy, nejsou spokojené s finanční situací.

Studentka UTB Bc. Dita Breberová, ve své diplomové práci na téma „*Předpoklady životní spokojenosti seniorů na IMS v Brně*“, uvádí výsledky výzkumu provedeného v roce 2013, kde zkoumala kvalitu života seniorů. Ve výsledcích výzkumu popisuje, že většina respondentů je se svým zdravím spokojeno (Breberová, 2013). V mém výzkumném šetření se toto tvrzení potvrdilo, šest ze sedmi seniorek hodnotí svůj zdravotní stav jako zhoršující, ale v hodnocení celkové kvality života, není pro ženy zdraví zásadní.

Hana Blažková, ve své bakalářské práci na téma „Hodnocení kvality života u seniorů“, sděluje výsledky výzkumu provedeného v roce 2011, kde zkoumala hodnocení kvality života u seniorů. Výzkum konstatuje, že senioři, kteří se považují za zdravé, hodnotí kvalitu svého života příznivěji, než senioři nemocní. (Blažková, 2011). V mém výzkumném šetření se nepotvrdil významný vliv zdraví, na hodnocení kvality života respondentek.

Dále dospěla k závěru, z analýzy položek WHOQOL – BREF. V položkách týkajících se zdraví senioři vyjádřili spíše nespokojenost. S tímto tvrzením můj výzkum nesouhlasí, většina seniorek označila svůj zdravotní stav za zhoršující, ale vliv na hodnocení celkové kvality života se neprokázal.

Jitka Divácká, ve své bakalářské práci na téma „Kvalita života a sociální problémy seniorů ve společnosti“, sděluje výsledky výzkumu prováděného v r. 2011, kde zkoumala celkovou úroveň kvality života seniorů. Autorka dospěla k závěru, že senioři i přes jisté problémy v rodinných vztazích, přiřazují blízkým vztahům velkou důležitost (Divácká, 2011). Z mého výzkumu vyplývá stejný závěr, že pro seniorky jsou velmi důležité blízké vztahy v rodinném prostředí. Dále uvedla, že ani jeden z dotazovaných, nemá pocit z přehlížení své osoby, ze strany mladší generace či pocit, že by se k nim někdo choval hůře jen kvůli věku. V mém výzkumném šetření se prokázal opak. Respondentky pociťují špatný postoj společnosti a mladší generace.

Při zpracování bakalářské práce a snahám porozumět životu seniorek, při realizování praktické části si myslím, že bližší poznání kvality života žen i mužů v seniorském věku, by mohlo vést k lepšímu přístupu společnosti. Ke zlepšení vnímání starších lidí ve společnosti a omezení nespravedlivých, diskriminačních a stereotypních názorů na starší populaci. V této oblasti by mohla také přispět sociální pedagogika, svými poznatky k lepšímu pochopení seniorského věku. Bylo by vhodné směřovat další výzkumy seniorek k hlubšímu poznání či na problematiku osamocených žen, starších ročníků, na seniorky nemocné a také na vlivy genderových nerovností ve stáří.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala kvalitou života žen v seniorském věku. Cílem práce bylo objasnění základních pojmů, vztahujících se k danému tématu. Charakteristika stáří a stárnutí, kvalita života ve stáří. Analýza sociálního postavení žen v seniorském věku.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze dvou základních kapitol. První kapitola teoretické části se zabývá charakteristikou stáří a stárnutí, procesem stárnutí, vymezení periodizace stáří, popisem nejvýznamnějších tělesných změn ve stáří, typickým onemocnění, psychickými a sociálními změnami, kde pojednává o přechodu z pracovního života do důchodu, o typech reakcí na stáří a penzionování, procesem přípravy a adaptace na důchod a sociálními životními změnami.

Druhá kapitola se zaměřuje na kvalitu života, kde se věnuji vymezení tohoto pojmu, přístupům ke zkoumání kvality života (psychologický a sociologický), způsoby měření kvality života (objektivní metody, subjektivní a smíšené). Dále popisují faktory ovlivňující kvalitu života seniorů a základní faktory ovlivňující kvalitu života žen.

Praktická část bakalářské práce uvádí výsledky výzkumu, realizovaného kvalitativní metodou. Technikou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor, zaměřený na oblasti kvality života podle Světové zdravotnické organizace, která ve svém projektu WHOQOL uvádí 6 oblastí ovlivňující kvalitu života člověka. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají kvalitu života ženy v seniorském věku, jak jsou spokojené v dané oblasti, a co je pro ně důležité.

Celkem jsem provedla 7 rozhovorů, jejichž výsledky prezentuji v jednotlivých případových studiích, které následně analyzuji a syntetizuji. Souhrnné vyhodnocení poskytuje odpovědi na výzkumné otázky - ženy v seniorském věku hodnotí kvalitu života za dobrou v případě, nežijí-li samy. Z výsledků výzkumu lze předpokládat, že kvalita života žen žijících s partnerem či manželem je lepší, než kvalita života žen žijí-li samy, ženy – seniorky musí nejčastěji řešit problémy, související s rodinným prostředím a zhoršujícím se zdravotním stavem. Svoje postavení ve společnosti vnímají seniorky jako marginalizované a sociálně izolované.

Poslední část je věnována diskuzi, kde porovnávám výsledky výzkumného šetření s jinými výzkumy.

Práce se snažila, o vymezení spokojenosti a důležitosti v oblasti kvality života seniorek a jejich postavení ve společnosti. Podporuje úsilí, o změnu postojů společnosti ke starším

lidem a k podpoření pozitivního přístupu. Sociální pedagogika se specializuje na pomoc člověku při zvládnání různých životních problémů a ohrožení. Sociální pedagogika by mohla pomoci ke zlepšení, přístupu společnosti k seniorům a tím snižovat diskriminační a stereotypní názory na starší populaci. Získané poznatky mohou být využity, v plánování prevence sociální izolace a podpory kvality života seniorů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOČKOVÁ, Lenka, Šárka HASTRMANOVÁ a Egle HAVRDOVÁ, 2011. 50 aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života. Praha: Respekt institut. ISBN 978-80-904153-2-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-851-2182-4.

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

GAVORA, Peter, 2010. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

HAMILTON-STUART, 1999. Ian. Psychologie stárnutí. Praha: Portál. ISBN 80-717-8274-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. Fenomén stáří. Praha: Panorama. Pyramida (Panorama). ISBN 80-703-8158-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, Jan, 2012. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-802-6202-196.

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), 54. sv. ISBN 978-807-4191-060.

CHYTIL, Oldřich, 2003. Senioři ve společnosti: strategie zachování osobní autonomie: výzkumná zpráva za 1. rok řešení výzkumného úkolu GAČR, reg. č. 493/02/1182. Editor Dana Sýkorová. Boskovice: Albert. ISBN 80-732-6023-9.

JEDLIČKA, Václav, 1991. Praktická gerontologie. Vyd. 2., přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Učební texty (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví). ISBN 80-701-3109-8.

KALVACH, Zdeněk, 1997. Úvod do gerontologie a geriatry: integrovaný text pro interdisciplinární studium. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4366-0.

KALVACH, Zdeněk, 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KARSTEN, Hartmut, c2006. Ženy – muži. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, Spektrum (Portál), 48. ISBN 80-736-7145-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. Vývojová psychologie. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-716-9195-X.

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

MÜHLPACHR, Pavel, 2005. Schola gerontologica. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3838-1.

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

PAYNE, Jan, 2005. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton. ISBN 80-725-4657-0.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU, 1998. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál. ISBN 80-717-8184-3.

ŘÍČAN, Pavel, 2006. Cesta životem. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7124-7.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.

SÝKOROVÁ, Dana, 2007. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. Praha: Slon. ISBN 978-808-6429-625.

ŠTILEC, Miroslav, 2004. Program aktivního stylu života pro seniory. Praha: Portál. ISBN 80-717-8920-8.

ŠVANCARA, Josef, 1983. Psychologie stárnutí a stáří. 2., přeprac. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3754-7.

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

VIDOVIČOVÁ, Lucie, 2008. Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita Brno, Mezinárodní politologický ústav, EDIS, ediční řada disertačních prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, sv. 2. ISBN 978-802-1046-276.

WOLF, Josef, 1982. Umění žít a stárnout. Praha: Svoboda.

Jiná literatura:

BLAŽKOVÁ, Jitka, 2011. Hodnocení kvality života u seniorů. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

BREBEROVÁ, Dita, 2013. Předpoklady životní spokojenosti seniorů. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

DIVÁCKÁ, Jitka, 2011. Kvalita života a sociální problémy seniorů ve společnosti. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

ŠOLCOVÁ Iva a Vladimír KEBZA, 2004. Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora. Editor Helena Hnilicová. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-866-2520-6.

Internetové zdroje:

Gender studies: Reprezentace seniorů a seniorek v médiích [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.genderstudies.cz/download/Reprezentace%20senior%u016F%20a%20seniorek%20v%20m%E9di%EDch.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života [online]. Praha [cit. 2014-03-26].

Dostupné z: http://mujweb.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html

MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, 2008. Gender rovné příležitosti výzkum: Genderové nerovnosti ve stáří: marginalizace a zvýhodnění žen ve stáří [online]. [cit. 2014-04-10].

Dostupné z: <http://www.genderonline.cz/cs/issue/10-rocnik-9-cislo-2-2008/123>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Kvalita života ve stáří, 2008 [online].
[cit. 2014 03-5].

Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6129/brozura_stari_CZ_9.pdf

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Základní demografické charakteristiky respondentek	46
---	----