

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

Životní spokojenost seniorů

Vedoucí diplomové práce:
doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

Zpracovala:
Renata SALOMONOVÁ

Duben 2008

Abstrakt

Název práce: Životní spokojenost seniorů

Cíl práce: Primárním cílem této práce je zjistit a srovnat míru životní spokojenosti u pasivních a pravidelně sportujících seniorů ve věku nad 65 let. Sekundárním cílem je zjištění úrovně depresivity mezi seniory, vyhodnocení geriatrické škály deprese a nalezení možné souvislosti mezi mírou depresivity a životní spokojenosti u reprezentativního vzorku.

Metody práce: Ke zjištění životní spokojenosti a míry deprese je užito dotazníkové šetření. Data jsou statisticky zpracována a vyhodnocena. Následnou analýzou je zjišťována souvislost mezi životní spokojeností a sportovními aktivitami a mezi celkovou životní spokojeností a výsledky geriatrické škály deprese.

Výsledky: Výsledky jsou prezentovány ve formě relevantních grafů a tabulek, analyzovány a diskutovány. Mají pomoci zjistit, nakolik je pohybová aktivita důležitá pro životní spokojenost seniora a nakolik souvisí míra životní spokojenosti s mírou deprese typickou pro starší věk. Zároveň mohou sloužit jako podnět k dalším výzkumům životní spokojenosti nebo výzkumům zabývajícím se rolí sportovních aktivit ve stáří.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, kvalita života, životní spokojenost, aktivní stáří, deprese

Abstract

The name of the Thesis: Life Satisfaction of Seniors

The Goal of the Thesis: The primary goal of this thesis is to find out and compare the life satisfaction level amongst passive and sports-active seniors (65+). The secondary goal is to find out the depression level within the group of seniors, evaluate the geriatric depression scale and define relations between level of depression and life satisfaction.

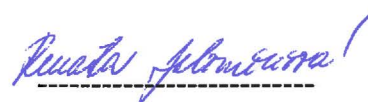
Methods: Questionnaires in writing are used for collection of data and to identify life satisfaction level and the level of depression. The collected data are statistically processed and evaluated. They are analyzed in order to define relations between life satisfaction and sports activities and to define relations between life satisfaction and depression.

Results: The results of the study should help to understand the importance of sports activities for life satisfaction of seniors and to define relations between life satisfaction and depression, which is typical for old age. The results can also serve as an impulse for further research activities, concerning life satisfactions of seniors and the role of sports activities in old age.

Key Words: Old Age, Ageing, Quality of Life, Life Satisfaction, Active Old Age, Depression

Tímto děkuji doc. PhDr. Běle Hátlové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce a odborné rady a připomínky při její přípravě.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu bibliografických citací.



Renata Salomonová

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musejí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení: Číslo obč. průkazu: Datum vypůjčení: Poznámka:

Obsah:

Úvod.....	8
Teoretická východiska	9
1 Stáří a stárnutí.....	9
1.1 Vymezení pojmu stárnutí	9
1.1.1 Znaký procesu stárnutí	9
1.2 Vymezení pojmu stáří	11
1.2.1 Rané stáří (60 – 75 let)	12
1.2.2 Pravé stáří (75 a více let).....	13
1.3 Tělesné změny ve stáří	14
1.4 Psychické změny ve stáří	15
1.5 Změny v sociální oblasti	17
1.6 Depresivní stavy ve stáří	18
1.7 Demografické aspekty stárnutí.....	19
2 Kvalita života a životní spokojenost seniorů	21
2.1 Kvalita života	21
2.1.1 Dimenze kvality života	22
2.1.2 Kvalita života seniorů	23
2.2 Životní spokojenost.....	24
2.2.1 Životní spokojenost ve stáří	25
2.3 Druhý životní program	27
2.4 Aktivní stárnutí	29
2.4.1 Aktivní stáří v domovech pro seniory	32
2.4.2 Vzdělávání ve starším věku	33
2.4.3 Sportovní aktivity ve stáří	35
3 Cíle práce	39
3.1 Úkoly práce:	39
3.2 Vědecké otázky	39
3.3 Hypotézy	40
4 Metodologie.....	41
4.1 Metody sběru a vyhodnocení dat	41

4.1.1	Dotazníkové šetření.....	41
4.1.2	Statistické zpracování dat.....	44
4.1.3	Analýza dat.....	44
4.2	Problematika výzkumu.....	45
4.3	Souhrn	45
5	Analytická část	46
5.1	Popis zkoumaných skupin.....	46
5.2	Analýza jednotlivých aspektů životní spokojenosti.....	47
	Zdraví	48
	Práce a zaměstnání	49
	Finanční situace.....	50
	Volný čas.....	52
	Manželství a partnerství	53
	Vztah k vlastním dětem.....	55
	Vlastní osoba.....	56
	Sexualita.....	58
	Přátelé, známí a příbuzní.....	60
	Bydlení	61
5.3	Celková životní spokojenost	63
5.4	Geriatrická škála deprese	66
6	Diskuse	68
	Závěr a doporučení	76
	Seznam použité literatury.....	78
	Seznam příloh.....	82

Úvod

Problematika stáří a stárnutí je v dnešní době čím dál více diskutovanějším tématem. Děje se tak z důvodu celkového stárnutí populace. Vzhledem k lepším životním a pracovním podmínkám, kvalitnější zdravotní péči a sociální ochraně se prodlužuje střední délka života u mužů i žen. Mnohem vyšší počet lidí má možnost prožít delší život. Mění se celkový životní styl a stáří bývá prožíváno zdravěji a aktivněji.

K tomu, abychom mohli zapojit seniora do aktivního a společenského života a neodsunuli ho na okraj společnosti, musíme dbát na úroveň kvality života a životní spokojenost starších obyvatel. Je nezbytné, abychom v průběhu života dali lidem dostatek příležitostí ke vzdělávání, učení a následné uplatnění. Ne jinak je tomu u seniorů. I starší lidé mají právo na to, aby byli hodnoceni podle svých schopností a zkušeností a nebyl snížen jejich sociální status jen kvůli tomu, že jsou v penzi.

Existuje řada mýtů spojená se stárnutím a stářím jedince. Jedním z mnoha je i názor, že starší člověk již nemá takové potřeby jako mladší, a proto se mu nemusíme tolik věnovat a starat se o to, aby jeho život ve stáří byl prožit plnohodnotně, aktivně a hlavně kvalitně. Měli bychom si uvědomit, že stárnutí a stáří se dotýká nás všech a je třeba se kvalitou života zaobírat důkladněji.

V této práci se proto zabývám problematikou stáří a stárnutí, tedy jaké změny obecně s sebou proces stárnutí přináší v oblasti fyzické, psychické a sociální, jak se mění kvalita života ve stáří a co přispívá k životní spokojenosti seniorů.

Zajímá mne, zda je životní spokojenost vyšší u seniorů aktivních, pravidelně sportujících než u seniorů bez pravidelné pohybové aktivity. Hodlám zjistit, jak dalece souvisí deprese často se vyskytující u starších lidí s pasivním životním stylem a do jaké míry koresponduje životní spokojenost s depresivním laděním u starších občanů.

Teoretická východiska

1 Stáří a stárnutí

1.1 Vymezení pojmu stárnutí

Stárnutí (nebo též involuce či gerontogeneze) je „přirozený a biologicky zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv“ (Kuta, In: Štilec, 2003, s. 9). V jeho průběhu dochází k postupnému zhoršování tělesných funkcí, nicméně změny jednotlivých orgánových struktur a funkcí bývají individuálně specifické.

„Stárnutí má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramováno, řídí se druhově specifickým časovým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí (Pacovský, 1997, s. 54).

Jarošová (In: Kozáková, Müller, 2006, s. 8) popisuje stárnutí jako „individuální involuční nevratný proces (u člověka obvykle po 30 letech), který je zřejmě v buňkách geneticky zakódován, ale je ovlivněn i životním (exogenním) prostředím.

Stuart – Hamilton (1999, s. 18-19) upozorňuje na problematiku definování termínu stárnutí. Stárnutí je sice považováno za závěrečnou fázi ontogenetického vývoje a součást kontinuální proměny, ale právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je velmi nesnadné nalézt okamžik, kdy končí střední věk a začíná stáří. V průběhu vývoje nalézáme proměnu fyzických a psychologických znaků středního věku ve znaky, které jsou charakteristické pro stáří, ale je obtížné určit, kdy se člověk definitivně stává „starým“.

1.1.1 Znaky procesu stárnutí

Lidské stárnutí je druhově specifické. To znamená, že pokud přistupujeme k člověku jako k přírodní bytosti, je na místě si uvědomit variabilitu délky života jednotlivých živočišných druhů: od několika hodin až přes hranici 100 let. Lidské stárnutí se uskutečňuje zhruba na přelomu 4. a 5. decenia. Lze ho rozdělit na *biologické* (senescing), *psychologické* (geronting) a *sociální* (eldering).

Z biologického hlediska dochází k úbytku funkcí jednotlivých orgánů. Stárí se například projevuje změnou krevního tlaku, oční akomodace; snižuje se práh vnímání zvuku a výkon v testech rychlosti. Znaky biologického stárnutí se budu podrobněji zabývat v kapitole 1.3.

Psychologické stárnutí je provázáno „úbytkem fyzické výkonnosti, který může mít vliv na sebevědomí, a sníženou adaptabilitou“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 561).

Za projev sociálního stárnutí se považuje v první řadě penzionování, dále pak změna rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění (Mühlpachr, 2004, s. 19). Pacovský (1997, s. 60) zdůrazňuje charakteristické rysy sociálního stárnutí, kterými jsou „ubývání samostatnosti a narůstání závislosti“.

Projevy stárnutí jsou značně individuální z hlediska času, rozsahu a jejich závažnosti.

Proces stárnutí závisí na genetických predispozicích jedince a na důsledcích exogenních vlivů, se kterými se člověk v průběhu života setkal. Genetické dispozice, jež jsou jednou z příčin interindividuálních rozdílů, tvoří základ tzv. *primárního stárnutí* – např. „změny organismu související s věkem, jako je např. zvrásnění kůže, řídnutí kostí apod.“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 561). Mluvíme-li o primárním stárnutí, máme na mysli fyziologický stav. Na stárnutí se však podílí i mnoho vnějších faktorů, které pak považujeme za příčinu tzv. *sekundárního stárnutí*, což jsou „změny podmíněné věkem, které souvisejí se stárnutím, ale nemusí být nutně jeho důsledkem, např. šedý zákal“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 561). Sekundární stárnutí je tedy ovlivňováno zdravotním stavem, životním prostředím, interakcí s prostředím i životním stylem.

Přestože jsou primární a sekundární stárnutí zdánlivě odlišné procesy, neprobíhají nezávisle, ale navzájem se prolínají. Zdravotní stav a stresové situace mohou urychlit fyziologické stárnutí, stejně jako fyziologické stárnutí může ovlivnit jedincův zdravotní stav a reakce na externí stres, tedy stres přicházející z okolí (Štílec, 2003, s. 9).

Proces stárnutí nemění jen tělesné a psychické funkce jedince, ale důsledkem primárního stárnutí dochází rovněž ke změnám vzhledu. Tyto změny pak ovlivňují sociální status člověka. Sociální status staršího jedince je často snížen (lidé ho vnímají

jako starce a podle toho se k němu také chovají) (Vágnerová, 2007, s. 314). V běžném životě to může mít za následek nedostatek respektu ze strany mladších osob či podceňování schopností staršího jedince.

1.2 Vymezení pojmu stáří

Stáří je považováno za konečnou etapu ontogenetického vývoje člověka. Toto období bývá označováno za postvývojové, neboť už byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje (Bromley, In: Stuart-Hamilton, 1999, s. 22). Je důsledkem a projevem již zmíněných geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných vnějšími faktory (Kozáková, Müller, 2006, s. 9). V této souvislosti můžeme hovořit o stáří *kalendářním* (chronologickém), *biologickém*, *sociálním* a *psychickém*.

Chronologické stáří je různými autory odlišně periodizováno. Uvedu zde několik příkladů chronologizace.

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) periodizuje stáří po 15 letech: rané stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let) a dlouhověkost (90 a více let). Mühlpachr, 2004; Pacovský, 1997; Jesenský, 2000 využívají členění: mladí senioři (65 – 74 let), staří senioři (75 – 84 let), velmi staří senioři (85 a více let).

Příhoda (1974) uvádí i alternativní označení jednotlivých období: 60 – 74 let (senescence, počínající, časné stáří), 75 – 89 let (kmetství, senium, vlastní stáří), 90 let a více (patriarchium, dlouhověkost).

Vágnerová rozděluje stáří jen na dvě období, a to období raného stáří (60-75 let) a období pravého stáří (75 a více let) (Vágnerová, 2007).

Věk nad 90 let je obecně označován všemi autory jako dlouhověkost.

Podle Vohralikové, Rabušice (http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusice-cesti_seniori.pdf) je vnímání věku závislé na vývojovém stádiu, v němž se zrovna člověk nachází. Například mladší lidé vnímají hranici stáří níže než lidé vyššího věku.

Biologické stáří je dáno převážně geneticky, kdy k poklesu funkcí jednotlivých orgánů dochází různě rychle a s různou intenzitou. Mezi další faktory ovlivňující biologické stáří patří celoživotní působení zevního prostředí, předcházející způsob

života, přítomnost nebo nepřítomnost nemocí (Pacovský, In: Kozáková, Müller, 2006, s. 10).

Sociální stáří je velmi často dáváno do spojitosti s významnými sociálními událostmi, jako je odchod do důchodu, narození vnoučat, změna sociální role, životního způsobu apod.

Psychické stáří je podmíněno mnoha faktory, zejména osobnostní rysy, psychické změny v průběhu stárnutí a stáří, reakce jedince na vlastní stáří hrají významnou roli při formování lidské psychiky v této fázi života. S psychickým stářím velice úzce souvisí i **subjektivní stáří** či **subjektivní věk**. Subjektivní stáří znamená to, jak se sami na svůj věk cítíme a jaké máme sebevědomí. Projevuje se v názorech, postojích, jednání. Subjektivní stáří nemusí vždy odpovídat objektivnímu stavu jedince (Kozáková, Müller, 2006 s. 13).

Ve své práci budu pro jednodušší orientaci využívat periodizování dle Vágnerové.

1.2.1 Rané stáří (60 – 75 let)

Rané stáří, často označované jako třetí věk, je životní etapou, ve které dochází k výrazným změnám tělesným, psychickým a sociálním. Tyto změny ale nemusejí být nutně tak velké, aby člověku znemožnily aktivní, plnohodnotný a nezávislý život. Přestože se jedná o věk postproduktivní, nesmí být opomenuto hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu.

Na počátku 60. let života si člověk začne uvědomovat nevyhnutelné přibližování stáří se všemi jeho problémy. Klíčové pro něj je, jak bude tuto změnu interpretovat a jak se jí dokáže přizpůsobit. V tomto období života již jedinec není zatížen pracovními povinnostmi a udržuje si přijatelnou fyzickou a psychickou úroveň. Může se věnovat oblastem, které ho zajímají, naplňovat dosud nenaplněné potřeby a cíle. Na druhou stranu může docházet ke stagnaci způsobené postrádáním smyslu života, nejistotou vlastní existence, marnosti, které mohou vést až k rezignaci. Toto smýšlení, ať už pozitivní či negativní, je způsobeno bilancováním, které je pro období raného stáří typické.

E. H. Erikson rozlišuje ve své teorii osm životních stádií, ve kterých je vždy třeba řešit dílčí problém. Vývojovým úkolem tohoto období je podle něj dosažení integrity v pojetí vlastního života. Člověk by měl přijmout vlastní život, respektovat jej, hodnotit ho pozitivně. S tím souvisí také přijetí vlastní nedokonalosti či smíření se vším, co se nepodařilo.

1.2.2 Pravé stáří (75 a více let)

Období po 75. roce je označováno jako pravé stáří, po 80. roce jako tzv. čtvrtý věk, někdy také jako fáze závislosti. Toto období je mnohem více než období raného stáří doprovázeno psychickým a fyzickým úpadkem. Jedinec se často dostává do situací, které kladou vyšší nároky na jeho adaptabilitu. I zde platí, že vyrovnání se se vzniklými situacemi je individuální, někdy mohou být subjektivně těžce zvládnutelné. Míra adaptace závisí na osobnosti, aktuálním zdravotním stavu (psychickém i fyzickém), hodnotovém systému a zkušenostech.

Důležitým aspektem souvisejícím s životní pohodou v tomto období je udržení přijatelného životního stylu (Vágnerová, 2007, s. 399):

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

Aby si člověk v posledním vývojovém období udržel pocit subjektivní pohody, musí se vyrovnávat se ztrátami a zátěžemi, které mu život přináší. Mezi nejčastější zátěžové situace, které v tomto období životní pohodu ovlivňují, patří (Vágnerová, 2007, 399-400):

- Nemoc a úmrtí partnera.
- Zhoršení zdravotního stavu.

- Ztráta jistoty soukromí (vynucená změna životního stylu vzniklá např. nutnou hospitalizací do ústavní péče – domov důchodců, LDN).

Někdo může žít bohatým tělesným a duševním životem až do vysokého věku, u jiného se mohou projevit příznaky bránící v kvalitní činnosti mnohem dříve, než ukazuje jeho kalendářní věk. Významnou životní hodnotou tohoto vývojového období se však stává udržení *autonomie*, která dává jedinci příležitost k vytváření nebo udržování sociálních kontaktů a umožňuje mu prožít co nejkvalitnější život i ve vysokém stáří.

1.3 Tělesné změny ve stáří

Období stáří s sebou přináší zhoršení zdravotního stavu, což se projevuje úbytkem kompetencí. Celkové pojetí zdraví nabírá jiných rozměrů. Zdraví je v tomto věku interpretováno jako zachování soběstačnosti, nikoliv neexistencí choroby. Řada nemocí je chronická. U starých lidí není neobvyklá polymorbidita (současný výskyt několika chorob).

Nejpatrnější známky stárnutí můžeme vyzorovat na **pohybovém aparátu**. V důsledku snížení počtu červených svalových vláken, atrofii svalových vláken dochází k poklesu rychlosti, obratnosti, síly i vytrvalosti. Nastávají obtíže v tzv. *cílených pohybech* (střefování nití do ucha jehly apod.). Kloubní pohyblivost je omezena, zhoršuje se koordinace. Dochází ke změnám postoje a chůze (krok se zkracuje, chůze zpomaluje). Některé motorické stereotypy, zejména cvikem osvojené pohyby (hra na klavír, psaní na stroji všemi deseti), zůstávají beze změn až do vysokého stáří. Výška se zmenšuje a hmotnost se snižuje v důsledku úbytku svalové hmoty.

Mezi další oslabení, jež jsou projevem stárnutí, patří onemocnění **oběhového systému**. Postiženy bývají především cévy, což má za následek např. arteriosklerózu, aterosklerózu nebo hypertenzi. Snižuje se průtok krve všemi orgány, přibývá mozkových příhod.

Stárnutí má vliv na **respirační systém**. Zvyšuje se dechová práce, klesá vitální kapacita plic. Rychlost dýchání se snižuje. Hrudník klesá a snížená funkce dýchacího aparátu vede k hypoxii – nedostatku kyslíku.

Z hlediska **nervového systému** dochází k poruchám spánku, atrofii mozku se zhoršením zapamatování a vybavení informace. Zpomaluje se nervové vedení a prodlužuje se reakční doba.

Zhoršují se funkce **smyslových orgánů**: zraku (presbyopie, snížení adaptace na tmu a ostrost vidění v noci), sluchu (porucha slyšení tónů o vyšší frekvenci, později i střední a hluboké frekvence), hmatu (otupený pocit); chuti (úbytek chuťových pohárků má za následek jeho snížení); čichu (modifikován kvantitativně i kvalitativně); bolesti (zvyšuje se práh citění bolesti).

Změny postihují také **trávicí systém** (ztráta chrupu, motilita trávicí trubice, zácpy), **imunitní systém** (zhoršená imunita, zvýšená tvorba autoprotilátek), **vylučovací systém** (poruchy funkce močového měchýře, pokles filtrace a očišťování ledvin apod.), **endokrinní systém** (např. snížení produkce růstového hormonu, poruchy štítné žlázy). Zhoršují se adaptační schopnosti organismu a odolnost vůči zátěži, dochází k poruchám termoregulace, je snížená vitalita tkání a zpomalené hojení.

1.4 Psychické změny ve stáří

Psychické změny jsou ve fyziologickém stáří podmíněny jednak biologicky, jednak psychosociálně. U biologické podmíněnosti dochází ke změnám v prožívání, uvažování a chování. Starší člověk má potíže se zapamatováním a vybavením informací, mluvíme o tzv. *vštipivosti paměti*. Je snížena jeho frustrační tolerance. Změny podmíněné psychosociálně jsou dány úbytkem povinností jedince, poklesem funkčních rezerv a zhoršením adaptačních schopností. Vždy je třeba rozlišovat mezi změnami, které jsou způsobeny involučními změnami, jež s sebou věk přináší, nebo těmi, které jsou následkem duševní poruchy.

Během stáří dochází k proměně kognitivních funkcí. Zpomalují se poznávací procesy, zhoršuje se percepce zraková i sluchová. Přesné provedení se stává důležitější než rychlost (přepočítávání peněz v obchodě, rozvážné přecházení silnice). Častěji se objevují poruchy koncentrace pozornosti, její distribuce a přenosu. Objevují se potíže

s paměti a jejich funkcí. Současně s poruchou paměti se vyskytují poruchy myšlení, chápání, počítání, schopnosti učení.

Také spánek starších lidí prochází mnohými změnami. Častěji se probouzí během spánku (tzv. noční bdění). Po probuzení se necítí spánkem osvěženi. Nezřídka se převrací rytmus spánku a bdění.

V pravém stáří dochází k poklesu fluidní inteligence (vrozená inteligence založená na schopnosti řešit tvořivě nové problémy), je snížena flexibilita, reakce jsou pomalejší. Rovněž dochází ke zhoršování krystalické inteligence (založena na procesu učení, získaných vědomostech). Celkově se snižuje komplexnost uvažování.

V oblasti emocionální klesá intenzita emočních prožitků (hlavně těch pozitivních), mění se pocit životní pohody, zhoršuje se emoční regulace, jedinec bývá emoční labilní. Starší člověk ztrácí zájem o většinu aktivit a stává se rovněž netečným i k okolí. Starší lidé si budují užší vazby k blízkým osobám, na kterých ulpívají.

Obecným rysem stáří je špatné snášení změn. Např. stěhování ve vyšším věku může být pro seniora velkým traumatem. Mění se povaha jedince, potlačují se či zesilují některé povahové rysy. Pokud se jim nedostává vyžadované pozornosti, stávají se podezřívavými a vztahovačnými.

Jesenský (In: Kozáková, Müller, 2006, str. 13) zdůrazňuje „velké snížení odolnosti vůči nepříznivým vlivům, odvrácení od materiálních hodnot ve prospěch duchovních, přechod od extroverze k introverzi, od extrospekce k introspekci, od altruismu k egocentrismu.“

S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy, velmi často se vyskytují neurózy, paranoidní chování, depresivní a úzkostné projevy a s přibývajícím věkem také sebevražedné případy.

„Všechny psychologické změny, které doprovázejí proces stárnutí, je třeba chápat v širším kontextu osobnosti než jako obecné jevy stáří. Je nutné přihlídnout ke stavu intelektových, emocionálních i konativních aktivit a ke schopnosti člověka kompenzovat snižující se výkonnost a způsob zvládnání těžkostí.“ (Křivohlavý, 2002, s. 143)

1.5 Změny v sociální oblasti

V životě seniorů je významným mezníkem sociální oblasti penzionování, tedy doba, kdy se mění sociální role jedince. Odchodem do důchodu ztrácí jedinec svou profesní roli, což signalizuje také přechod ze středního věku do stáří. Člověk dochází ke zjištění, že mnohé plány a úkoly již nebudou uskutečněny. Tato zjištění často vedou k pocitům viny.

Starší lidé se cítí od společnosti izolováni. Svě stáří prožívají převážně v rámci několika sociálních skupin (Vágnerová, 2007, s. 350):

- **Rodina** – zahrnuje partnera, sourozence i rodiny dětí.
- **Přátelé a známí** – mohou to být lidé, se kterými přichází senioři do kontaktu nebo s nimi sdílí aktivity; mohou mít kompenzační význam při absenci vlastní rodiny či neplnění její funkce. Slouží k udržení sociálních kompetencí, na které už není kladen takový nárok jako v produktivním věku.
- **Společenství obyvatel určité instituce** – nemocnice, LDN, domov důchodců.

Důležitou úlohu hraje komunikace, která je součástí sociálního kontaktu. Jelikož se starší lidé potýkají s tělesnými i psychickými změnami, může být interpersonální komunikace někdy velice obtížná. Tato obtížnost je způsobena jednak sníženou funkcí smyslových orgánů, zejména zraku a sluchu (nedoslýchavost), dále pak zhoršenými kognitivními funkcemi. Převážně paměť, respektive uchovávání a vybavování informací, které byly již několikrát řečeny, ztěžují komunikaci a vytvářejí tak komunikační propast mezi seniorem a mladší generací.

Během stáří se mění vztah k sociálním normám. Senioři bývají ve svých názorech více konzervativní, ulpívají na vžitých pravidlech a stereotypch. Klesá tolerance k různým rušivým projevům chování.

Jak již bylo zmíněno, tělesné změny, které jsou běžným projevem lidského stárnutí, také ovlivňují status jedince. Změny sociálních rolí vzniklé penzionováním a

tělesné změny, jež jsou typické pro stáří, vedou k anonymitě. Jedinec se stává jedním z mnoha důchodců, ztrácí sociální prestiž a potvrzuje se zvýšení závislosti staršího člověka na společnosti a jiných lidech (Vágnerová, 2007, s. 354).

1.6 Depresivní stavy ve stáří

Po 45. roce života dochází k převaze afektivních poruch (poruchy nálad), zejména deprese. Ve věku nad 60 let a v pozdním stáří nad 75 let narůstá četnost poruch kognitivních, zvláště demencí. Angst (In: Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský, 1994, s. 206) rozlišuje tzv. *sekundární deprese*, jejíž příčinou jsou tělesná onemocnění, a *depresivní neurózy*. Ty jsou většinou vyvolány nepříznivou životní událostí, jako je např. úmrtí partnera, přičemž projevy smutku jsou velmi silné a trvají dlouhou dobu. Mohou se objevit pocity viny, ztráta chuti do života či sebevražedné pokusy. Výskyt depresí ve stáří u osob žijících doma je 4× vyšší než ve středním věku, v institucích určených pro seniory pak činí procentuální zastoupení depresivního syndromu 30 – 50%.

Výskyt depresí je lépe pochopitelný ve stáří než ve věku středním a mladším. Člověk je postupně ochuzen o zdroje radosti a nenachází uspokojení ze života. Vzhledem k věku a změně sociální role se mu nedostává v takové míře společenského uznání, snižuje se počet důležitých osobních vztahů, které dříve plnily ochrannou funkci před smutky všedního dne. Objevují se různé choroby, mění se tělesný vzhled, dochází k úmrtí jednoho z partnerů, děti se osamostatňují. Člověk se musí vyrovnat se samotou. Často je deprese považována za přirozený jev stáří.

Při vážnějších projevech deprese, které označujeme jako patologické, může docházet k hypochondrickým stavům či úzkostem. Zvyšuje se pohotovost k sebevražednému jednání. Časté jsou také bludy, jejichž projevem bývá nezřídka podezřívavost a vztahovačnost.

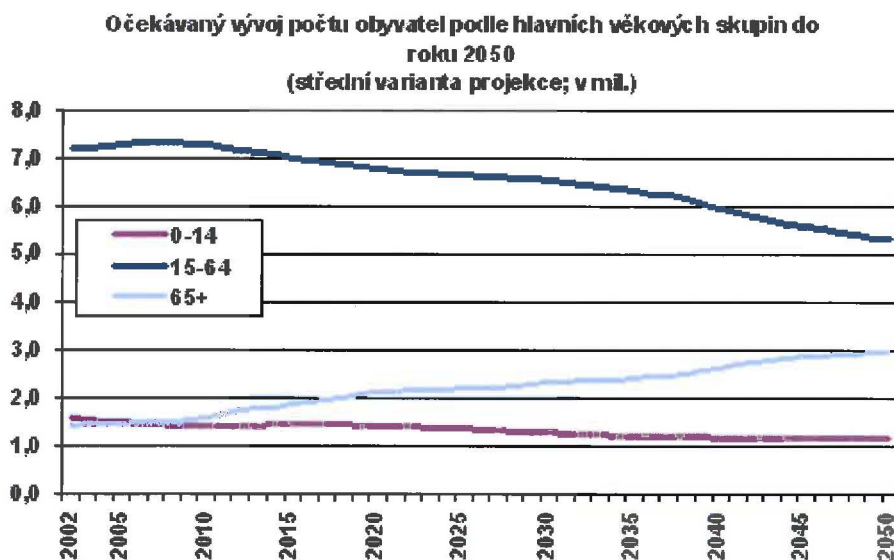
K chronicitě deprese bývají náchylní především jedinci vážně tělesně nemocní, žijící osaměle a ti, kteří postrádají společenskou podporu a kontakty ze svého okolí. Naopak faktorem dobré prognózy je tělesné zdraví.

1.7 Demografické aspekty stárnutí

Stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky i dalších rozvinutých zemí Evropy. Stárnutí populace je ovšem celosvětovým jevem. V současné době přibývá osob starších 65 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. Lze hovořit o tzv. demografickém stárnutí, jehož ukazatelem je podíl počtu osob ve věku stárnutí na celkovém počtu obyvatelstva.

Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. V roce 2005 tvořily osoby starší 65 let 14,2% obyvatel České republiky.

V následujícím grafu je přehledně zaznačen růst počtu obyvatel nad 65 let a pokles počtu obyvatel ve věkovém rozmezí 0 – 14 let a 15 – 64 let od roku 2002 do roku 2050.



Demografické prognózy předpovídají pomalý růst plodnosti, rychle se bude zvětšovat počet osob nejstarších. V průběhu 20. století stoupala střední délka života při narození a tento trend pokračuje i ve 21. století, přičemž u mužů dosahuje 71,54 let a u žen 78,24 let. Je tedy zřejmé, že ženy se ve srovnání s muži dožívají vyššího věku.

Jaké jsou příčiny demografického stárnutí populace? Příčina může být v růstu vzdělanosti a kvalifikaci obyvatel, v odlišné výchově dětí, měnícím se životním stylu, migraci obyvatelstva z venkova do měst (Pacovský, In: Kozáková, Müller, 2006, s. 21). Haškovcová (In: Kozáková, Müller, 2006, s.21) pro změnu uvádí jako klíčové důvody lékařské pokroky, snižování kojenecké úmrtnosti a lepší hygienu a výživu obyvatelstva.

2 Kvalita života a životní spokojenost seniorů

Demografická prognóza je jednoznačná: v následujících desetiletích se bude podíl počtu seniorů na celkovém počtu obyvatelstva zvyšovat. Vzhledem k tomu, že osob v důchodovém věku bude přibývat a osob v produktivním věku bude poměrně méně, podnítil tento fakt politiky k novým opatřením ve sféře sociální a zdravotní. Demografické stárnutí obyvatel si žádá změny i v důchodovém systému. Starobní důchody představují v České republice hlavní formu zabezpečení osob ve stáří a tudíž je vzhledem k prognóze stárnutí obyvatel a menšího počtu produktivních osob nutné reformovat důchodový systém. Ne jinak je tomu i u řady společensko-vědních oborů, kde se o problematiku stárnoucí populace zajímají rovněž, ale z jiného úhlu pohledu. Zajímá je, co můžeme udělat proto, aby život seniorů byl pokud možno co nejdéle aktivní, bez zdravotních komplikací, samostatný, plnohodnotný, zkrátka kvalitní.

2.1 Kvalita života

V posledních dvaceti letech se stal koncept životní kvality (quality of life, dále jen QOL) nedílnou součástí všech vědních oborů. Původně byl tento koncept ryze politologický a ekonomický (ekonomický růst, bezproblémové uspokojování primárních potřeb, ale také rozvoj vědy a její dopad na zdraví a lidskou existenci). Svě zastoupení našel i v jiných oborech, jako je psychologie, sociologie, lékařství, ošetrovatelství či pedagogika. Z důvodu této multidimenzionality, dále kulturní podmíněnosti, dynamickému a subjektivnímu charakteru nemá kategorie kvality života jednotný teoretický základ a je tedy velice obtížné její definiční vymezení (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 11). Proto se k vymezení této kategorie využívá i jiných používaných pojmů, znaků, výčtů, charakteristických znaků nebo jejich vzájemné souvislosti (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 11-13) :

1. Definice pomocí jiného pojmu: Například Nagpal (In: Dragomirecká, Škoda, 1997) vychází z definice zdraví dle světové zdravotnické organizace WHO (*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby*) a definuje QOL jako *komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou*.

2. Definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami: **Kirby** (In: Dragomirecká, Škoda, 1997) definici staví na *prožívání života, které uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby*.
3. Definice zaměřené na typický znak: **Skantze** (tamtéž) považuje QOL jako *subjektivní hodnocení vlastní životní situace*.
4. Definice výčtem: **Bluden** (tamtéž) vymezuje kvalitu života v rámci 4 oblastí spokojenosti – *fyzická pohoda, materiální pohoda, kognitivní pohoda (pocit spokojenosti), sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti)*.
5. Definice jako měřitelné veličiny: *hodnota subjektivně a objektivně změřená* (např. vysoká úroveň aktivity, dobré mezilidské vztahy, dobrá nálada)
6. Definice zdůrazňující určitou oblast: např. *seberealizace*

Z uvedených definic je zřejmé, že se míra kvality života posuzuje podle mnoha oblastí lidského života – zdravotní (fyzické i psychické zdraví), ekonomické (materiální zabezpečení), sociální (společenské) i kognitivní (pocit spokojenosti). Nejdůležitější je však pro člověka subjektivní hodnocení kvality života, tedy míra jeho vlastní životní spokojenosti.

Koncepce individuální kvality života vychází dle Čornaničové (In: Sýkorová, Chytil, 2004, s. 145) z teorie pocíťování kvality života jako subjektivní spokojenosti, resp. nespokojenosti s vlastním životem a jeho jednotlivými oblastmi na základě vlastních představ, nadějí, očekávání a přesvědčení. Tato subjektivní percepce kvality života v sobě zahrnuje i podmínky, okolnosti a sociální vztahy, ve kterých člověk prožívá svůj život.

2.1.1 Dimenze kvality života

Kvalitu života lze hodnotit z několika úhlů pohledů. Pokud sledujeme znaky ovlivňující kvalitu života, jako je materiální zabezpečení, sociální podmínky, sociální status a fyzické zdraví, pak mluvíme o *objektivní kvalitě života*. Kvalitu života ale můžeme rovněž měřit podle subjektivních měřítek, tedy podle toho, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná

spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vymětal, In: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17). Zde hovoříme o *subjektivní kvalitě života*.

2.1.2 Kvalita života seniorů

Populační stárnutí je považováno za sociální fenomén. Seniori jsou společností vnímáni jako problém, jako něco negativní, nepříjemné, čeho je třeba se obávat. Většina mladších ročníků si pod pojmem stáří vybaví nemoc, osamělost, chudobu apod. (Rabušic, In: Kozáková, Müller, 2006, s. 23).

Problematickým bodem je *ageism* (věková diskriminace), jehož součástí je šíření mýtů o seniorech. Z nejčastějších mýtů podporovaných nevhodnou politikou vlády a prezentací seniorů v médiích, můžeme uvést dle Haškovcové (1989, s. 28-33) tyto:

- *Mýtus falešných představ* (vychází z mylné domněnky, že osobní spokojenost seniora tkví v dobrém finančním zabezpečení).
- *Mýtus zjednodušené demografie* (člověk je pokládán za starého v den odchodu do důchodu).
- *Mýtus homogenity* (stáří je stejnorodé).
- *Mýtus neužitečného času* (senior je pokládán za neužitečného).
- *Mýtus ignorace* (senior stojí mimo sociální dění, stojí na vedlejší koleji).

Pro seniory je velmi důležitá sociální síť zahrnující sociální kontakty, potřeba asistentů a integrace skrze sociální aktivity a rekreace. Problém je obecně spatřován v náhledu na seniora, který nemá dostatek respektu. Pro zkvalitnění života seniorů je třeba zapojení této sociální skupiny do aktuálního dění, vytvoření pocitu potřebnosti, zvýšení sociálního statusu seniorů a posílení tak nízkého sebehodnocení. Opomenout nesmíme ani informační služby, preventivní aktivity, jejichž cílem je zamezit páchání násilí na starších osobách.

Rozdíly panují mezi stárnoucími lidmi i v plánování budoucnosti. Ti, kteří žijí spokojeně v rodině, mají relativně více plánů do budoucnosti než lidé žijící v domovech pro seniory a než lidé, kteří neprožívají své stáří šťastně. Velmi důležité je podněcovat pasivní seniory k aktivitě. Člověk si v průběhu života klade různé cíle, kterých chce

dosáhnout. Ne jinak by tomu mělo být i ve stáří. Cíle seniora jsou ale ovlivněny fyziologickými, psychologickými a sociálními změnami, které průběh stárnutí provází. Je třeba řešit relativně nové úkoly, které shrnul například Havighurst (In: Křivohlavý, 2002, s. 143-144):

- Přizpůsobovat svůj život změnám zdravotního stavu a úbytkem sil ve stáří.
- Přizpůsobovat se ekonomickým změnám, k nimž dochází v průběhu stáří (odchod do důchodu).
- Nutnost vyrovnat se s odchodem partnera či partnerky, smíření, akceptace.
- Nutnost vytvářet kladné sociální vztahy s lidmi poměrně stejného věku.
- Neschovávat se před sociálním děním, ale naopak mu vycházet vstříc. Nepřestávat sociálně fungovat.
- Vytvářet si podmínky pro uspokojivou životosprávu – vhodný životní řád, pohybový, psychický i sociální životní styl.

2.2 Životní spokojenost

Životní spokojenost je pojem, který je často zaměňován s kvalitou života. Fakticky ale kvalita života a životní spokojenost nejsou od sebe velmi vzdáleny a vykazují souvislost. Zatímco je *kvalita života* vyjádřením pocitu životního štěstí a k jejím nejobecnějším znakům patří soběstačnost a pohyblivost, psychologicky je kvalita života vyjadřována jako míra seberealizace a duševní harmonie, tedy míra *životní spokojenosti* a nespokojenosti. Stav osobnosti, kdy je chování jedince v souladu s jeho sebepojetím, kdy osobnost můžeme označit jako harmonickou, nazýváme stavem *kongruentním* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 269).

V anglosaské jazykové oblasti je nezřídka životní spokojenost kladena na stejnou úroveň jako subjektivní zdravotní stav (subjective well-being). Zde jsou rozlišovány čtyři dimenze, které vzájemně korelují (Lawrence & Liang, 1988; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991, In: Fahrnberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001):

- „Životní spokojenost (kongruence)“ – dána plněním vytoužených životních cílů.
- „Šťěstí“ – dlouhodobý pozitivní afektivní stav.
- „Pozitivní afekt“ – přechodný pocit radosti.
- „Negativní afekt“ – přechodný pocit strachu, deprese, starostí.

2.2.1 Životní spokojenost ve stáří

Chceme-li opravdu porozumět stárnoucí osobnosti, nesmíme klást důraz jen na procesy probíhající uvnitř organismu, ale zvažovat také vnější vlivy, jež ovlivňují sebeobraz seniora a jeho životní spokojenost. Sebeobraz se ve stáří zhoršuje, což je dáno kritičností starších osob ke svým vrstevníkům a k sobě samým. Ryffová (In: Stuart-Hamilton, 1999, s. 161-2) ve své studii došla k závěru, že tendence lidí mladého, středního a pokročilého věku směřují k budoucímu sebezdokonalování. Hodnocení seniorů bylo opačné, předpokládali budoucí pokles.

Čím je dána změna sebeobrazu a životní spokojenosti seniora? První změny jsou způsobeny primárními znaky stárnutí (např.šedivění vlasů), vážnější jsou sekundární znaky (např.artróza). Největší změny způsobující přehodnocení sebeobrazu jsou však způsobeny změnou společenských vztahů a rolí (např.odchod do důchodu a ovdovění).

Odchod do důchodu je v souvislosti s životní spokojeností vnímán různě. Ve většině případů je hodnocení této skutečnosti pozitivní, může však docházet i k pocitům méněcennosti, zvýšené sebekritičnosti. Nižší životní spokojenost vykazují osoby, jež byly k odchodu do důchodu donuceny.

Dalším faktem ovlivňujícím životní spokojenost je **ovdovění**. Ovdovění postihuje častěji ženy než muže (tento fakt souvisí s vyšší střední délkou života u žen) a rovněž vyrovnání se s touto skutečností je ovlivněno „připraveností“, očekáváním ztráty. Naopak **manželství** jsou v pozdějším věku vyrovnanější, harmonická, ve větším souladu.

Vzájemnou souvislost vykazují také duševní a tělesná pohoda. **Nemoc/zdraví** velmi často ovlivňují životní spokojenost.

I jiné faktory se mohou podílet na životní spokojenosti. Patří mezi ně smrt přátel, potíže mladších příbuzných či s mladšími příbuznými (Kermis, In: Stuart-Hamilton, 1999, s. 164). Také finanční situace může zapříčinit depresivní symptomy a snížit pocit vlastní hodnoty (Kraus a kol., In: Stuart-Hamilton, 1999, s. 164).

Z vnějších faktorů výrazně ovlivňujících životní spokojenost starších lidí musíme uvést interakci těchto lidí a okolí. Důležitým faktorem hrajícím roli v celkové životní spokojenosti je **životní styl** seniorů. Stáří nemusí být vždy pasivní. Staří lidé převážně preferují aktivní život. Životní spokojenost je nejvyšší právě u starých lidí, kteří se aktivně zapojují do společenských aktivit (Stuart-Hamilton, 1999, s. 170-171). Rovněž je uváděno, že životní styl se výrazně ve stáří nemění. Ti, kdo byli zvyklí žít pasivně bez výraznějšího kontaktu se společnostmi, budou stejným způsobem žít i v důchodovém věku. Naopak lidé aktivní po celý život budou pravděpodobně žít v rámci možností stejně i ve stáří.

Svou významnou úlohu sehrává rovněž **rodina**. Přestože většina starších osob upřednostňuje samostatný život, zároveň vítají blízkost rodiny, která jim umožňuje být s nimi v častějším kontaktu.

Pocity životní pohody a spokojenosti vznikají tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby (pro jedince významné) v dané fázi života. Toto uspokojování by nemělo být ohroženo ani v nejbližší budoucnosti. Spokojenost ve stáří závisí také na tom, do jaké míry byly uspokojovány potřeby v průběhu života člověka, jestli byla splněna jeho očekávání a životní záměry (Wolf a kol., 1982, s. 167).

V souvislosti s životní pohodou můžeme uvést i další pojem – *well-being*. Well-being je označován jako subjektivně dobrý pocit. Je to relativně individuální pocit spokojenosti sebe sama, své rodiny, zaměstnání, zdraví apod. Neexistuje přesná hranice mezi *životní spokojeností* a *well-being*. Životní spokojenost směřuje ve stáří ke stabilitě. Ten, kdo byl dosud spokojen se svým životem, bude pravděpodobně i nadále spokojen. Osoby nespokojené budou pravděpodobně setrávat v předchozím stavu (Štílec, 2003, s. 19).

Starší lidé mohou být rozděleni do dvou skupin: šťastní a nešťastní. Nešťastní jsou povětšinou ti, kteří mají problémy v oblasti zdravotní (sužuje je nějaká nemoc) nebo sociální (bez přátel, práce, rodiny a naplnění volného času). Jejich stáří je komplikované a neplynou z něj žádné pocity štěstí. Druhou skupinu tvoří lidé, pravděpodobně šťastní, jež převážně od nikoho nic nežadají, nic nepotřebují, a tak o nich ani možná dost dobře nevíme (Haškovcová, 1989, s. 333).

Proces stárnutí a samotný stav stáří můžeme brát jak z pesimistického hlediska (nepracuji, nic mě netěší, jsem starý, tudíž nežiji), tak z optimistického pohledu, který je samozřejmě pro nás mnohem výhodnější a o který bychom se měli snažit, abychom si i tuto etapu užili. Tento optimistický pohled v sobě skrývá radost z toho, jakého věku jsme se dožili a jaké je to štěstí, že nám bylo umožněno zestárnout. Ne všichni lidé toto štěstí mají a jejich život vyhasne třeba v dětství, mládí či dospělosti. Jim nebylo umožněno dokončit celý životní cyklus, najít si partnera, porodit dítě, pracovat, pochovat vnoučata, v klidu zestárnout. Je ale mylné se domnívat, že šťastný člověk nebyl nikdy nemocen a nikdy nezažil chvíle, kdy byl nešťastný. Každý se potýkáme s ranami osudu, ale je jen na nás, jak se s nimi vyrovnáme, jak na svět budeme pohlížet a jak se ze života budeme či nebudeme radovat.

Většina těch, kteří neztrácejí smysl pro humor a naději a snaží se radovat z každé minuty, kterou jim život přináší, nalézají svůj druhý životní program, jež nekončí penzionováním. Právě oni využívají širokou nabídku aktivit, která je seniorům poskytována v domovech důchodců, penzionech pro seniory, seniorských klubech, kavárnách pro seniory nebo na univerzitách třetího věku. Všechny tyto instituce se snaží nabídnout celou škálu služeb pro seniory, aby byl život seniorů plnohodnotný až do poslední chvíle.

2.3 Druhý životní program

Člověk má vědět, co bude dělat, až nebude moci dělat to, co dělá dosud.

FERGUSON

Právě tímto citátem začíná kapitolu o volnočasovém programu v období po odchodu do důchodu a v celém období stáří autorka knihy *Fenomén stáří* Helena Haškovcová (1990, s. 138). Jak se vyrovnat s penzionováním a s tím, že už nebudeme

mít pravidelnou pracovní dobu (tudíž ztratíme i většinu náplně dne), je problémem, se kterým se potýká mnoho lidí, kteří odchází do důchodu. Společenská role pracujícího člověka je náhle změněna na roli důchodce, který se stává anonymní osobností, jednou z mnoha bez uznávané sociální role. Takto je u nás chápán důchodový věk. Člověk je postaven ze dne na den do situace, kdy si musí utvářet svůj vlastní program a to nejlépe tak, aby i přesto, že už nežije v produktivním věku, jeho čas strávený připravenými aktivitami produktivní byl. Odchod do důchodu ale není situací, na kterou bychom nemohli být předem připraveni. Ve většině případů to není náhlá zpráva, se kterou bychom neměli čas se vyrovnat. A navíc, vždyť odchodem do důchodu člověk nepřestává žít. Ano, nepřestává žít, ale je potřeba život přizpůsobit nové situaci a vytvořit tak „*druhý životní program*“. Ten není v aktivním životě budován a bývá obvykle větším problémem u mužů. Ženy nacházejí svou roli v péči o blízké osoby.

Samotné stárnutí je proces, kterého se každý jedinec obává, ze kterého má každý respekt. Přestože můžeme životním stylem ovlivňovat zdravotní stav, biologické stárnutí je neúprosné a dotýká se každého jedince. Na někom se projeví stáří dříve, na někom později. Vše je ovlivněno genetickou výbavou jedince, životním stylem, náhledem na svět. Zkrátka svým druhým životním programem sestaveným v období důchodovém můžeme ovlivnit proces stárnutí. A když už jím neovlivníme stárnutí fyzické a přece jenom se na nás přibývající roky podepíší, rozhodně bude mít druhý životní program vliv na naše stárnutí psychické. Například geropsycholog Connolly (In: Bortz, 1995, s. 241) hovoří o tzv. *odpovědném stáří*. Zmiňuje zde zodpovědnost seniorů za vlastní stáří. Butler (In: Bortz, 1995, s. 242) pak mluví o tzv. *produktivním stáří* a tvrdí, že „produktivní účast na společenském dění má pro zdraví zásadní význam“. Row a Kahn (tamtéž) shrnují tyto dva pojmy do termínu *úspěšné stáří*, které v sobě nesou pojmy „užitečný“, „zodpovědný“, „produktivní“.

Nutno podotknout, že druhý životní program nelze brát jako utvoření vlastního individuálního programu, do něhož se zapojuje jen sám jedinec. Jak tvrdí Haškovcová (1990, s. 139), druhý životní program není synonymem alternativního, náhradního programu pro seniory. Na životní etapu následující po odchodu do důchodu je třeba se systematicky připravovat nějakou dobu předem. Tato příprava je chápána jako „komplex výchovných, organizačních i sociálně ekonomických opatření směřujících

k vytváření příznivých podmínek jak pro etapu přechodu z aktivní ekonomické činnosti do období důchodového věku, tak i optimálních podmínek pro aktivní prožívání tohoto období“ (tamtéž, s. 142). Druhý životní program by měl být tedy celospolečenskou záležitostí, do které se aktivně zapojuje jak samotný senior, tak společnost. Společnost dává možnost jedinci prožít aktivně stáří a ten se do programu zapojuje, aby obohatil svůj život, naplnil své potřeby, někam patřil, byl uznáván a byl prospěšný i v důchodovém věku. Můžeme tedy říci, že kvalita života a subjektivní životní spokojenost či nespokojenost je do jisté míry ovlivněna nabídkou aktivit pro seniory ze strany společnosti a ještě důležitější individuální aktivitou samotného seniora, jeho motivací, chtěním udržet se v psychické a fyzické pohodě.

V dnešní době existuje celá řada nabídek aktivit pro seniorský věk. Již od 80. let se na území našeho státu rozmáhají vzdělávací aktivity pro tzv. třetí věk a vznikají dle této etapizace věků *univerzity a akademie třetího věku*. Tyto univerzity a akademie si kladou za cíl zpřístupnit vzdělání psychicky aktivním jedincům, kteří buď v průběhu života neměli možnost studovat, nebo si vzdělání chtějí doplnit či jen rozšířit obzory v oboru, který je zajímá. Bylo rovněž zjištěno, že psychická či fyzická aktivita přispívá k udržení tělesné a duševní výkonnosti (nebo její rehabilitaci) a tím i ke smysluplnému zapojení do společnosti. Tento fakt pak udržuje na vyšší kvalitě života, resp. životní spokojenost, která se odvíjí od kladného subjektivního prožitku, jako je dobře vykonaná práce, dobře strávený čas, dobré rodinné vztahy apod. (Kozáková, Müller, 2006, s. 36).

2.4 Aktivní stárnutí

Mühlpachr (2004, s. 138) zmiňuje psychologickou teorii aktivního stárnutí, která předpokládá, že „ve stáří jsou zachovány potřeby středního dospělého věku – především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti“. Tyto aktivity jsou omezeny penzionováním, snížením počtu sociálních kontaktů a sníženou možností komunikace.

Koncem 90. let přijala Světová zdravotnická organizace termín *aktivní stárnutí*. Tento pojem se netýká jen stránky zdravotní. Vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, mezi něž patří zachování nezávislosti, účast na životě společnosti,

důstojnost, péče a seberealizace (Holmerová, Jurašková, Rokosová, Vaňková, Veleta, In: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_06_03_06.pdf).

Aktivizace seniorů může probíhat v několika oblastech, mezi které patří například:

- *Rehabilitační péče ve zdravotnictví* (fyzioterapeutické postupy).
- *Podpora rovnosti příležitostí na trhu práce a podpora zaměstnávání seniorů jako prodloužení „aktivní fáze“ jejich života.*
- *Dostatečná nabídka různých forem institucionálně vedeného vzdělávání seniorů* (akademie třetího věku, univerzity třetího věku, kurzy a přednášky organizované v oblasti neziskového i státního sektoru apod.) *a jejich adekvátního obsahu* (je prokázán zájem o výuku jazyků, počítačových dovedností, znalosti internetu, techniku, historii a literaturu, zdraví a životní styl, psychologii atp.).
- *Dostatečná nabídka zájmových aktivit* (např. četba, turistika, procházky, zahrádkářství).
- *Možnosti společenského života* (kluby důchodců, centra pro seniory, knihovny, divadla, spolky).
- *Rovnost příležitostí k zapojení do veřejného života* (určitá seberealizace jedince uskutečňovaná např. formou dobrovolnické práce s dětmi).

(Kozáková, Müller, 2006, s. 37-38)

Je nutné, abychom zmínili, že řada speciálních pedagogů se věnuje také seniorům, kteří jsou sociálně znevýhodnění (např. z důvodu zdravotního postižení jako je Alzheimerova demence), nebo z důvodu psychosociální nedostačivosti, mohou být kulturně či jazykově odlišní. Aktivizace seniorů vychází z individuálních specifik a potřeb jedince, může být prováděna různými formami a prostředky, které u některých seniorů nemají za cíl zlepšovat zdravotní stav, ale především zachovat přijatelný

zdravotní stav. Zachování se pak může dít těmito formami (Kozáková, Müller, 2006, s. 38 – 39):

- *specializovaná péče v oblasti zdravotnictví navazující na akutní léčebné intervence lékařů* (logopedické péče).
- *institucionalizované vzdělávání* (reedukace, kompenzace, terapie, sociální rehabilitace) *zajišťované státními i nestátními institucemi* (seniorská centra, domovy důchodců, denní stacionáře apod.).

Světová zdravotnická organizace apeluje na opatření, která by usnadnila život seniorům zejména s nějakou disabilitou a to:

- vytvoření bezbariérových pracovních míst, flexibilní pracovní hodiny pro seniory, částečné úvazky.
- lepší bezpečnost na ulicích (dostupné toalety, bezpečnější chodníky, světelné značení na přechodech respektující delší čas potřebný k přejití silnice seniorem).
- pohybové programy pro seniory, které by zabezpečily jejich lepší mobilitu, rekonvalescenci a zachování svalové síly.
- celoživotní vzdělávací programy (již zmíněné univerzity a akademie třetího věku).
- zabezpečení kompenzačních pomůcek v případě smyslových poruch.
- bezbariérový přístup ve zdravotnických zařízeních.

(Holmerová, Jurašková, Rokosová, Vaňková, Veleta, In:
http://www.geriatickarevue.cz/pdf/gr_06_03_06.pdf)

Je zřejmé, že snaha organizací je zkvalitnit život nejen fyzicky a psychicky zdatným seniorům, ale existuje i zájem, aby plnohodnotný a kvalitní život vedli také senioři se zdravotním omezením, ať už psychickým či fyzickým. Velké zastoupení mají univerzity třetího věku, zájmové organizace a aktivity v rámci domovů důchodců, seniorských penzionů či různých center a v neposlední řadě organizace zabývající se

pohybovou aktivitou starších spoluobčanů, mezi které patří Sokol, Orel, Česká asociace Sport pro všechny aj.

2.4.1 Aktivní stáří v domovech pro seniory

Senioři, kteří se už nemohou starat sami o sebe a jejich zdravotní stav jim nedovoluje samostatný život, často odchází do různých penzionů, domovů či jiných zařízení pro seniory. Mohli bychom podotknout, že tito lidé již nemohou strávit svůj čas aktivně. Tento názor asi všeobecně v povědomí českých občanů panuje, a proto lidé v domovech pro seniory nemají dostatečné příležitosti k aktivnímu vyžití. Malá část finančních prostředků věnovaná ze strany státu na zkvalitnění péče o seniory a špatné platové ohodnocení má za následek nedostatečně kvalifikovaný personál, který by se aktivitami pro seniory zabýval. Nebo to mnohdy může dopadnout ještě hůř, to když se domníváme, že starší lidé nemají žádné potřeby a tudíž jim nemusíme věnovat takovou pozornost. Lidé pak v těchto domovech strádají intelektuálně i fyzicky. Kvalitní program je však nutný nejen pro soběstačné seniory, ale rovněž pro seniory v zařízeních s pečovatelskou a zdravotní péčí. Tento program by měl být vykonáván školenými profesionály (pro práci s geriatrickou populací mají zvláštní specializaci), kteří by vedli terapeuticko-zábavné činnosti. V mnohých zařízeních je tomu ale jinak a veškeré aktivity vedou zdravotní sestry či pečovatelky, které nemají dostatečné kompetence a musejí zvládat několik činností najednou – nevěnují se jen volnočasovým aktivitám pro seniory. Úspěch jakéhokoliv programu závisí na třech požadavcích (Rheinwaldová, 1999, s. 12):

1. *nadšení personálu,*
2. *tvořivé přípravě programů* (činnosti, které by uspokojily potřeby obyvatel a jejich zájmy),
3. *připravenosti obyvatel* (vlastní vůle se rozhodnou, zda se chci zúčastnit programu či ne).

Nabídka činností by měla být dostatečně pestrá, aby si každý obyvatel domova našel to své, v čem se chce realizovat, čeho se chce účastnit. Musí dávat seniorům příležitost si ověřovat své schopnosti. Místnosti, kde aktivity probíhají, musí být seniorům přístupné, bezpečné a s možností přizpůsobení k různým akcím (televizní

místnost, jídelna, hala, terasa apod.). Mezi kategorie programů, které by se měly objevovat v domovech patří (Rheinwaldová, 1999, s. 23):

- *rukodělné práce, tvořivé činnosti*
- *společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec*
- *cvičení, sporty, sportovní hry*
- *činnosti venku v přírodě*
- *náboženské programy*
- *vzdělávací činnosti*

Mnoho domovů pro seniory bohužel takovou širokou nabídku aktivit neposkytuje. Je to dáno především nedostatkem kvalitního personálu, finančních prostředků, všeobecným nezájmem o nabízené aktivity. Důležitou úlohu zde ale hraje personál, který by svým nadšením měl klienty motivovat a podnítit jejich zájem o určitou aktivitu. Výhodné je utvářet skupiny klientů podobných zájmů a zakládat kluby, na jejichž organizaci a činnosti se podílejí sami klienti.

Ani duševní nemoc by neměla být překážkou pro práci s těmito lidmi. Důležité je však stanovit obtížnost úkolu a přizpůsobit komunikaci a jednání s duševně nemocnými lidmi, jejichž nálada se mění z minuty na minutu (Walsh, 2005, s. 17 – 19).

Přestože je práce v domovech pro seniory velice náročná a vyčerpávající, neměli bychom dovolit, aby byl program v domovech pro seniory z důvodu této náročnosti omezený, nekvalitní nebo aby dokonce chyběl. Každý člověk má právo na plnohodnotný život, který jej uspokojuje, i když už zrovna nežije sám a je odkázán na pomoc někoho jiného. Dopřejme i lidem v pečovatelských domech aktivitu, která udržuje jejich mysl i tělo v přijatelném stavu, který jim umožní plnohodnotný život po delší dobu.

2.4.2 Vzdelávání ve starším věku

Výchova a vzdělávání není jen výsadou dětí školou povinných, ale jedná se o proces celoživotní. Důležitým předpokladem celoživotního vzdělávání jsou rovné

možnosti vzdělávání pro všechny. Přestože by celoživotní vzdělávání a sebezdokonalování mělo být automatické, ne vždy k tomu lidé měli podmínky. Potřeby starších a starých lidí byly dlouhou dobu ignorovány. Znovu tedy poukazujeme na negativní obraz stáří, jež lidé v sobě nosili a nosí a s ním související mýty o stáří. Tato situace byla změna až v souvislosti s vědecko-technickým pokrokem v 60. letech 20. století, kdy se vytváří nová cílová skupina, na kterou je vzdělávání zaměřeno a tou jsou lidé v postproduktivním věku. Mnoho výzkumů potvrdilo, že vzdělávací aktivity přispívají k pocitům důstojnosti a životní spokojenosti. Lidé důchodového věku díky těmto aktivitám nejsou postaveni na okraj společnosti, zapojují se do ní a udržují si tak své fyzické a psychické zdraví. Vzdělávání může rovněž usnadnit adaptaci na přechod z pracovního procesu do důchodu a zlepšit orientaci ve stále se měnícím světě (Mühlpachr, 2004, s. 132 - 138).

Funkce vzdělávání jsou dle Livečky (In: Mühlpachr, 2004, s. 138):

- *preventivní* (pozitivně ovlivňují stárnutí a stáří, pokud jsou prováděny s předstihem)
- *anticipační* (přípravenost na změnu životního stylu, zejména ve spojitosti s penzionováním)
- *rehabilitační* (znovuobnovení a udržování fyzických a psychických sil)
- *posilovací* (nejdůležitější funkce přispívající k rozvoji zájmů, potřeb, schopností a podpoře aktivity lidí v postproduktivním věku).

Ve světě poskytují vzdělávání tzv. **lidové univerzity**, které se těší velké oblibě ve skandinávských a německy mluvících zemích. Typické pro lidové univerzity je vzdělávání dvou generací najednou, kdy starší člověk, jež projeví zájem o studium, absolvuje vzdělávací program s mladšími studenty.

U nás mají tradici **Akademie třetího věku** a **Kluby aktivního stáří**. Ty zajišťují vzdělávání zejména v místech, kde chybí vysoké školy. Děje se tak pod záštitou jiných organizací či institucí (např. Červený kříž, Domy kultury apod.). Akademie třetího věku přizpůsobují obsah zájmům návštěvníků a místním potřebám. Pro Kluby aktivního stáří

jsou charakteristické neformální vztahy, rozvíjení osobních zájmů a uspokojování potřeby vzájemného kontaktu.

V České republice existuje také občanské sdružení institucí, které se nazývá **Asociace Univerzit Třetího Věku** (založena v roce 1993). Tyto univerzity nabízejí a provozují aktivity na úrovni vysokoškolského vzdělávání. Vzdělávání seniorů je v českém i celoevropském měřítku prestižní aktivitou vysokých škol, proto se česká asociace snaží o udržování kontaktů na mezinárodním poli. Mezi její hlavní úkoly se řadí „zajištění institucionální podpory aktivit, rozvíjení mezinárodních kontaktů, podporování a iniciování aktivit českých vysokých škol v oblasti vzdělávání seniorů jako vysoce potřebné a společensky prospěšné činnosti“ (<http://au3v.vutbr.cz/index.php>).

Univerzity třetího věku představují nejnáročnější způsob vzdělávání pro seniory a umožňují jim vzdělávání v různých oborech, které má však charakter osobnostního rozvoje, nikoli profesní přípravy. Získaný diplom lze využít jen v dobrovolnických organizacích.

2.4.3 Sportovní aktivity ve stáří

Pohybovou aktivitou a jejím příznivým vlivem na zdravotní stav se zabývali lékaři odpradáva. Dokonce nejslavnější lékař antického starověku **Hippokrates** (460-370 př.Kr.) se mimo jiné zabýval stárnutím. Doporučuje lidem, kteří se chtějí dožít vysokého věku a přitom si zachovat zdraví, aby střídmě jedli a nevyhýbali se tělesným cvičením. Tato myšlenka byla spíše výjimečná, protože helénistická doba upřednostňovala žití v přítomnosti. Další významnou osobností zabývající se stářím byl **Galénos** (130-200 po Kr.). Ten se intenzivně věnoval hygieně stáří, kterou pojímal jako speciální obor a nazýval ji „*gerokomikou*“. Kladl důraz na redukční dietu a také se domníval, že stáří je způsobováno ztrátou přirozeného tepla a vlhkosti, a proto byli starci podrobováni „teplému a vlhkému režimu“ (Pacovský, 1997, s. 99).

Problematika tělesnosti, kvality života a pohybových aktivit byla obsahem mnohých filosofických systémů. Mnozí myslitelé však pojímali tělesnou aktivitu ve vztahu ke kvalitě života z širšího pohledu. Předmětem zkoumání kvality života nebyla jen pohybová aktivita, která sehrává úlohu při udržování zdraví a zlepšování

výkonnosti. Tělesná výchova a kultura má daleko hlubší podtext – pomáhá řešit i problémy každodenního prožívání, tj. existenciální problematiku (Hogenová, 2002, s. 30).

Je všeobecně známým faktem, že tělesný výkon s přibývajícím věkem klesá, což se většinou projevuje u aktivit vyžadujících okamžitý velký výdej energie. Lidé, kteří se pravidelně věnují tělesné aktivitě, resp. cvičení, mají kratší reakční doby a lepší psychomotorický výkon. Pokud tedy stárnoucí člověk chce, může délku svého života a tělesnou a duševní pohodu prodloužit (Stuart-Hamilton, 1999, s. 166). Několik výzkumných záměrů potvrdilo pozitivní vliv pohybových aktivit na fyzický stav jedince. Např. Hunter a kol. (1995) dokazuje, že u žen ve věku 60-77 let lze kondičním posilováním výrazně zlepšit motorickou výkonnost. Voorips, Lemenik, Heuvelen, (1993) srovnávali aktivní a neaktivní ženy starší 70 let. Lepších výsledků v testech vytrvalosti, flexibility kyčelního kloubu a páteře a nižší váhy těla dosáhly ženy aktivní. Schaller (1995) potvrdil, že cvičení jedenkrát týdně při individuálním přístupu zlepšuje motorické dovednosti u lidí starších 65 let (In: Štilec, 2003, s. 19.). Tyto aktivity jsou však také zdrojem sociálního kontaktu, jež je pro seniora velmi důležitý a přináší mu pocity spokojenosti ze vzájemného setkání a sdílení záliby v etapě, kdy je pro mnohé jiné pasivní seniory sociální síť ochuzena.

Často kladenou otázkou bývá, zda tělesná aktivita může ovlivňovat životní spokojenost jedince. V mnohých výzkumech bylo dokázáno, že tělesná stránka ovlivňuje stránku psychickou a stejně je tomu i naopak. Nalézáme určitou přímou souvislost mezi duševní a tělesnou pohodou. Výzkumy prokázaly vysokou korelaci v případě subjektivního hodnocení, nižší korelace byla u výsledků získaných objektivními metodami. Jak tedy z uvedeného vyplývá, výsledky získané objektivním testováním mohou být v rozporu se subjektivním pohledem jedince. Spirduso (1995) (In: Štilec, 2003, s. 19) poukazuje na existující vztahy mezi tělesnými podmínkami jedince, jeho subjektivním zdravím a životní spokojeností. Zmiňuje, že tělesné aktivity významně ovlivňují zdraví, nezávislost jedince na společnosti, pocity společenské efektivnosti, pozitivních emocí. Usnadňují socializaci staršího člověka prostřednictvím společenského jednání. „Cvičení má pozitivní vliv na zlepšování depresí zatížené psychiky, na snižování úrovně anxiety, zvyšování kladného sebehodnocení a posilování

psychiky v boji se stresem.“ (Křivohlavý, 2001, s. 139) Tělesná aktivita přispívá ke kladnému sebehodnocení – zvyšuje sebevědomí, povědomí o lepším fyzickém vzhledu, větší energie.

Stárnutí postihuje celý pohybový aparát, a proto pohyb plní významnou funkci v primární i sekundární prevenci a také v oddalování vzniku regresivních procesů. Přestože nemůže pohybová aktivita zajistit imunitu proti stárnutí, pomáhá ulehčovat průběh stárnutí, který je spojován se zdravím, úrovní všeobecných aktivit, kvalitou života, nezávislostí, kognitivními funkcemi, demografickými indikátory a pocitem štěstí (Harris, 1989, In: Štílec, 2003, s. 10). Jak již bylo zmíněno v úvodu, primárním znakům stárnutí, které jsou mimo jiné dány geneticky, se vyhnout nemůžeme. Pro sekundární stárnutí jsou ale určující tři základní faktory (Harris, Persey, Spirduso, In: Štílec, 2003, s. 10):

- zlepšení výživy a snížení celkového objemu konzumovaných potravin,
- přiměřený rozsah obecných aktivit (duševních i pracovních)
- odpovídající objem tělesných cvičení

Při sportu je nutné zhodnotit kalendářní věk jedince a biologický věk odpovídající funkčnímu stavu těla. Musíme dbát několika zásad při cvičení starších jedinců:

- technické ovládnutí činnosti
- správná metodika provádění činnosti
- posloupnost navozování činnosti
- regenerační fáze po činnosti

Mezi nejvhodnější aktivity patří u seniorů chůze a běh. Vhodná je rovněž turistika na lyžích, plavání (s vyloučením skoků), některé míčové hry s upravenými pravidly. Nesmíme opomenout individuální přístup k seniorovi, který respektuje

aktuální zdravotní stav. Vhodné je provádět pohybovou aktivitu pravidelně a soustavně (Kučera, Dylevský a kol., 1997, s. 28-30).

Na základě dostupných informací můžeme říci, že „... přibývajícím věkem sám o sobě nezvyšuje zdravotní riziko pohybových aktivit, jestliže je provádění a dávkování těchto aktivit náležitě přizpůsobeno pohybovému ústrojí a úbytku kapacity fyziologických funkcí, zejména kardiopulmonálních. Pro uchování nezávislosti starých lidí na cizí pomoci je proto doporučena přiměřená pohybová aktivita co nejdéle.“ (Kalvach, Cassel, Singer, Zaremba, In: Štílec, 2003, s. 12). Pohybová aktivita také odvádí pozornost od jednostranného myšlení a zmírňuje úzkost.

Problémem pohybové aktivity u starších spoluobčanů je motivace k ní. Rozhodnutí, zda jedinec svůj volný čas sportování bude věnovat, záleží na hodnotové orientaci každého a chápání smyslu života. Schick (In: Štílec, 2003, s. 24) zmiňuje faktory kladně ovlivňující aktivní životní styl:

- okruh přátel, kteří mají vztah k pohybu,
- doporučení lékaře, zdravotní důvody,
- příklad rodinného prostředí.

Za limitující faktory jsou považovány:

- osobnostní (fyzické – nemoc, zdatnost; psychické – pohodlnost)
- faktory blízkého okolí (sociální – zesměšnění aktivity, ekologické – doprava)
- historické (krizová období ve společnosti, období války, poválečná období)

Psychologové kladou důraz na subjektivní prožívání každého jedince. Tvrdí, že nezáleží na tom, jak často člověk sportuje, ale jestli se cítí subjektivně zdravý. Čímž samozřejmě vzniká rozpor, protože by to znamenalo, že pohybová aktivita je přeceňována. V praktické části se tedy zabýváme otázkou, nakolik pohybová aktivita ovlivňuje životní spokojenost seniora a jestli se výsledky dotazníkového šetření na téma „životní spokojenost“ liší u seniorů aktivně sportujících a u seniorů pasivních.

3 Cíle práce

Primárním cílem mé diplomové práce je zjistit kvalitu života, respektive míru životní spokojenosti u vzorku českých seniorů nad 65 let.

Zaměřit se hodlám především na rozdílné vnímání a míru spokojenosti mezi lidmi pasivními a aktivními, pravidelně sportujícími.

Sekundárním cílem mé diplomové práce je porovnat informace získané z dotazníků na téma životní spokojenosti s odpověďmi seniorů na otázky zjišťující míru deprese u českých seniorů, které byly rovněž kladeny stejným respondentům.

3.1 Úkoly práce:

- Uvedení do problematiky stáří a stárnutí – literární rešerše
- Definice atributů kvality života a životní spokojenost ve stáří, možnosti aktivního života ve stáří
- Sběr dat pomocí dotazníkového šetření životní spokojenosti a geriatrické škály deprese
- Analýza získaných dat a komparace výsledků aktivních, pravidelně sportujících a pasivních seniorů
- Komparace výsledků dotazníku životní spokojenosti a geriatrické škály deprese
- Závěrečná doporučení a možnosti dalších výzkumů

3.2 Vědecké otázky

- Je životní spokojenost vyšší u seniorů aktivních, pravidelně sportujících než u seniorů bez pravidelné pohybové aktivity?
- Souvisí deprese často se vyskytující u starších lidí s pasivním životním stylem?
- A do jaké míry koresponduje míra životní spokojenosti a míra deprese u starších občanů?

3.3 Hypotézy

Na základě poznatků, které jsem získala v rámci teoretické přípravy, lze pro cíle práce formulovat následující hypotézy:

- Sportovní aktivity mají pozitivní vliv na míru životní spokojenosti starších lidí.
- Pasivní senioři mají větší sklon k depresivitě než senioři aktivní.
- Senioři s nízkou mírou životní spokojenosti vykazují vyšší sklon k depresivitě než senioři s vyšší mírou životní spokojenosti.

4 Metodologie

Podkladem této práce jsou data získána pomocí kvantitativního výzkumu, a to formou standardizovaného dotazníku životní spokojenosti a geriatrické škály deprese. Jelikož chceme primárně zkoumat životní spokojenost seniorů české populace a sekundárně pak vzájemnou souvislost životní spokojenosti a možné míry depresivity, je nutné určit **reprezentativní vzorek obyvatel**, který odpovídá následujícím parametrům:

1. Osloveni byli pasivní a aktivní, pravidelně sportující senioři (muži i ženy) české populace ve věku nad 65let. Respondenti byli vybráni z řad sokolské obce, kteří dochází pravidelně každý týden na cvičení seniorů, a z řad běžné populace, která se žádné pravidelné pohybové aktivitě nevěnuje.
2. Obě skupiny seniorů se nachází ve stejném věkovém rozmezí, muži a ženy jsou v pasivní i aktivní skupině zastoupeni stejnou poměrnou částí.
3. Dotazovaní senioři netrpí žádnou formou demence, která by jim znemožnila vyplnit dotazník nebo by vedla k nepochopení a nesprávnému vyplnění dotazníku.

4.1 Metody sběru a vyhodnocení dat

Sběr dat probíhal mezi městskou populací na několika místech České republiky – Ostrava, Kolín, Praha. Důraz byl kladen na osobní kontakt s respondenty, tzn. účastníkům výzkumu byl vysvětlen záměr práce, metoda sběru dat a popis použitých metod. Respondenti vyplňovali dotazníky na místě, popřípadě doma, a to již samostatně a anonymně.

4.1.1 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření se uplatňuje zvláště tam, kde je třeba zadat jednu a tutéž sadu výzkumných otázek velkému počtu lidí. Dotazník lze považovat za **standardizované interview předložené v písemné podobě** (Ferjenčík, 2000, s. 183).

Ve své práci jsem použila:

Dotazník životní spokojenosti

Dotazník životní spokojenosti (viz. příloha 1) je standardizovaný dotazník, který je aplikovatelný na muže a ženy ve věku od 14 let a postihuje deset oblastí lidského života:

- **Zdraví** – posuzuje se aktuální stav psychického a fyzického zdraví.
- **Práce a zaměstnání** – osoby v důchodu hodnotí své minulé zaměstnání, povinnosti, atmosféru na pracovišti, úspěchy a možnosti.
- **Finanční situace** – jedinci posuzují své finanční možnosti, existenční zajištění, životní standard.
- **Volný čas** – dotazovaní posuzují kvalitu stráveného volného času, délku dovolené, čas na své blízké, pestrost volného času.
- **Manželství a partnerství** – jedinci vyplňují tehdy, pokud žijí v partnerském svazku. Otázky se týkají pochopení, společných aktivit, požadavků či bezpečí, které si partneři navzájem poskytují.
- **Vztah k vlastním dětem** – jedinci vyplňují tehdy, pokud mají vlastní děti a hodnotí spokojenost se vztahy, které mezi nimi panují, úspěchy svých dětí, vliv na děti, ale také uznání, kterého se jim od dětí dostává.
- **Vlastní osoba** – dotazovaní posuzují své schopnosti, dovednosti, charakter, vzhled, vitalitu a mezilidské vztahy.
- **Sexualita** – zde se hodnotí otevřenost, s jakou mohou lidé o sexuální oblasti mluvit, tělesná přitažlivost jedince, sexuální výkonnost, častost sexuálních kontaktů, sexuální reakce a spokojenost s partnerskou náklonností.
- **Přátelé, známí a příbuzní** – tato oblast se týká veškerých interpersonálních vztahů, do nichž se jedinec v běžném životě dostává. Mezi ně patří kontakty s přáteli, příbuznými, sousedy, ale také společenská angažovanost.
- **Bydlení** – poslední škála hodnotí spokojenost s obytnými prostory, dostupnost veřejné dopravy, míru hluku či náklady spojené s bydlením.

Každá z těchto deseti oblastí obsahuje sedm položek. Jedinci zaznamenávají míru životní spokojenosti v dané oblasti u každé položky hodnocením výroků na sedmibodové škále od velmi nespokojen(a) po velmi spokojen(a). Životní spokojeností je míněno individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektiv do budoucna.

Na základě dosažených skóre v jednotlivých škálách se vypočte index celkové životní spokojenost, přičemž se z důvodu časté absence dat do vyhodnocení celkové životní spokojenosti nezapočítávají skóre dosažené v oblasti *práce a zaměstnání, manželství, partnerství a vztah k dětem*.

Vzhledem k velkému věkovému rozpětí a rozdílnosti pohlaví jsou výsledky dotazníku posuzovaný dle **tabulkových norem**. Tyto tabulky jsou určeny zvlášť pro muže a ženy a rovněž pro věkové kategorie. Pro potřeby diplomové práce byly využity tabulkové normy s věkovým specifíkem u obou pohlaví 66 – 75 let a 75 a více let. Přestože jsou výsledky dotazníku posuzovány dle těchto kritérií samostatně, v analytické části jsou graficky znázorněny jednotně.

Původně byl tento dotazník sestaven pro německou populaci. Pro české poměry jej standardizovali a upravili **Kateřina Rodná** a **Tomáš Rodný**. Vzhledem k tomu, že pro českou populaci nebyly dosud stanoveny normy, jsou výsledky posuzovány dle norem německých. U některých škál je přitom nutno tento fakt brát v potaz, a to z důvodu odlišného historického, geografického a sociálního vývoje. Do jisté míry však existují společné znaky kulturní.

Geriatrická škála deprese

Geriatrická škála deprese (Geriatric Depression Scale - GDS) je dotazník skládající se ze souboru 15 otázek, které hodnotí depresivní symptomy u seniorů (viz. příloha 2). Respondenti odpovídají na otázky ANO či NE a tyto odpovědi jsou ohodnoceny jedním nebo nulou bodů. Po sečtení celkového skóre určíme míru depresivity, a to následujícím způsobem:

0 – 7 bodů odpovídá normě

8 – 12 bodů mírná deprese

13 – 15 bodů těžká deprese

Tento dotazník sestavili v roce 1986 **Sheikhe a Yesavage**.

4.1.2 Statistické zpracování dat

Dotazníky jsou vyhodnocovány jednotlivě. V *Dotazníku životní spokojenosti* se sečtou u každé škály body (1 – 7) dle odpovědí, výsledkem je **hrubý skór**, který se následně převede na základě tabulkových hodnot pro příslušnou věkovou skupinu a pohlaví na **standardizovaný skór**, tzv. **STANIN**. Staninová škála je devítibodová a ukazuje procentuální zastoupení populace v každém standardizovaném skóru. Například nejčastěji zastoupené skóry jsou 4 až 6, kde se vyskytuje 54% obyvatel. Toto převedení je na místě tehdy, kdy má být životní spokojenost osob srovnávána a přitom mají být kontrolovány rozdíly mezi pohlavími a věkové rozdíly.

Celková životní spokojenost se pak vypočítá sečtením příslušných škálových hodnot (hrubých skórů) a rovněž převedením na standardizovanou hodnotu STANIN.

Takto zpracované vyplněné dotazníky se doplní do tabulky s udáním věku, pohlaví, rodinného statusu a zaměstnáním a následně se vypočítají průměrné hodnoty jednotlivých škál a celkové životní spokojenosti, aby bylo možno získané údaje mezi sebou porovnávat.

Geriatrická škála deprese se vyhodnotí podle uvedeného postupu v kapitole 4.1.1, sečtením skóre dosaženého v tomto dotazníku. Údaje budou zaneseny do tabulky spolu s výsledky *Dotazníku životní spokojenosti* a následně porovnány.

4.1.3 Analýza dat

Analýza dat představuje organizaci dat a popis dat užitím grafů, numerických souhrnů a dalších matematicky propracovaných prostředků. Někdy se této oblasti říká též **popisná statistika**. Tato metoda má dle Moora explorační funkci a dynamickou povahu (Hendl, 2006, s. 17-18).

4.2 Problematika výzkumu

Přestože je dotazníkové šetření velice jednoduchou a časově nenáročnou záležitostí, i zde mohou nastat rizika. V dotazování seniorské populace je třeba brát v úvahu, že lidé nebudou nakloněni k účasti na výzkumném tématu. Tento fakt může být způsoben jednak rysy osobnosti, vlastnostmi typickými pro stáří a stárnutí, jako je podezřívavost či ostražitost vůči poskytování údajů, i když je zachována anonymita. Zásadou šetření je souhlas dotazovaného s poskytnutím dat a pozitivní přístup k šetření.

Seniorům muselo být vysvětleno, že dotazník hodnotí i minulé zkušenosti a nepokrývá jen aktuální oblasti života. Bylo velké riziko, že některé škály seniori nevyplní a tudíž jim tento fakt musel být zdůrazněn.

Velkým problémem může být neúplné vyplnění dotazníku. V případě velkého počtu nevyplněných škál je nutno takové dotazníky z výzkumu vyloučit, protože by byly celkové výsledky zkresleny a nepodávaly by objektivní pohled na zkoumanou oblast. Při nevyplnění méně jak sedmi otázek můžeme data nahradit *missing daty* (průměrnou hodnotou subpopulace, kterou jsme získali vyplněním ostatních dotazníků). Při nahrazení chybějících dat lze dotazníky využít. V mém výzkumu mohu očekávat chybějící data u škály sexualita. Tato očekávání vyplývají jednak z věku reprezentativního vzorku (nad 65 let), jednak z rodinného statusu (mnoho lidí ve vyšším věku již partnera nemá).

4.3 Souhrn

Aby výzkumná část probíhala podle určených kritérií a splňovala veškeré požadavky výzkumu, musí být zachován následující postup:

1. Výběr reprezentativního vzorku obyvatel
2. Výběr relevantních měřících technik a metod sběru dat
3. Sběr dat
4. Statistické zpracování dat
5. Analýza a popis získaných dat

5 Analytická část

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 80 respondentů, avšak pro potřeby výzkumu bylo použito 60 dotazníků (30 aktivních seniorů, 30 pasivních seniorů), které splňovaly všechna požadovaná kritéria, tzn. že byly vyplněny všechny škály obsažené v *Dotazníku životní spokojenosti*. Zbytek dotazníků musel být z vyhodnocování vyřazen, jelikož data chyběla tak často, že by celkové výsledky byly zkresleny. Přesto byla v některých případech (škála sexuality) chybějící data nahrazena *missing data*, aby byly dotazníky plně využity. *Missing data* jsou chybějící data, která jsou nahrazena průměrnými hodnotami dosaženými v subpopulaci. Konkrétně se podrobněji zabývám sexualitou v analýze jednotlivých škál.

5.1 Popis zkoumaných skupin

Aktivní senioři:

Aktivní senioři byli osloveni z řad Sokolské obce, a to v Sokolech Kolín, Praha – Libeň a Praha – Karlín. Z počtu třiceti aktivních seniorů bylo deset mužů a dvacet žen. Průměrný věk aktivních seniorů dosahoval 74,3 let, z toho průměrný věk žen tvořil 73,4 let a mužů 76,2 let. Dvacet respondentů mělo středoškolské vzdělání, šest vysokoškolské, dva základní vzdělání, jeden dotazovaný byl vyučený bez maturity a jeden s maturitou.

Respondenti rovněž vyplňovali partnerský stav, tedy jestli žijí bez partnerů (vdovci, vdovy, rozvedení) nebo s partnery (ženatý/vdaná či jen partnerství). Sedmnáct aktivních seniorů žije v trvalém partnerském svazku, jeden je rozvedený a dvanáct již partnera ztratilo. Všichni žijí buďto se svými partnery, nebo mají samostatnou domácnost. Všechny třicet dotazovaných je v důchodu a nepracují (viz. příloha 3 a 5).

Pasivní senioři:

Mezi pasivními dotazovanými byli senioři z Domova pro seniory v Ostravě a senioři, kteří stále žijí ve vlastní domácnosti. I v této skupině byl stejný poměr žen a mužů, přičemž průměrný věk pasivních seniorů činil 75,6 let. Ženy dosahovaly průměrného věku 74,7 let a muži 77,4 let. Šest respondentů mělo vysokoškolské

vzdělání, šest středoškolské, pět bylo vyučených s maturitou, pět bez maturity a osm mělo ukončeno základní vzdělání.

Dvacet jedna pasivních seniorů má partnera a žijí společně buď v Domově pro seniory nebo ve vlastní domácnosti, devět z nich již žije bez partnera či partnerky. Kromě jednoho seniora jsou všichni rovněž v důchodu a nepracují (viz. příloha 4 a 6).

5.2 Analýza jednotlivých aspektů životní spokojenosti

Dotazník životní spokojenosti se skládá z deseti škál. Tyto škály hodnotí perspektivně nebo prospektivně možnosti a subjektivní náhled na určitou oblast života. Do celkového hodnocení životní spokojenosti se přitom nepočítají škály zaměstnání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem. U těchto škál data velmi často chybí a z tohoto důvodu nemohou být do celkového hodnocení zařazeny.

Na následujících stránkách vzájemně porovnávám výsledky jednotlivých škál obou skupin, aktivních i pasivních seniorů. Výsledky jsou přehledně zaznamenány v grafech a je jim přisouzena standardní hodnota udávaná ve STANINECH (ST).

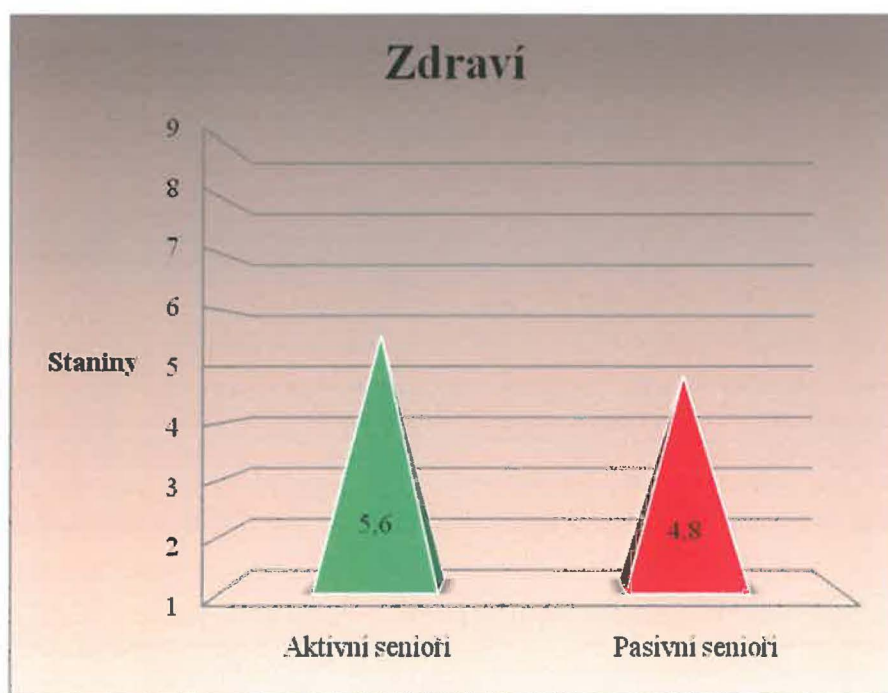
Přestože je staninová škála devítibodová a je rozdělena pouze na celá čísla 1 - 9, vzhledem k nižšímu počtu dotazovaných a pro přesné znázornění rozdílů mezi dvěma zkoumanými skupinami, zaznamenávám do grafů hodnoty na desetinná čísla, která byla získána aritmetickým průměrem výsledných standardních hodnot.

Zdraví

Osoby s vysokou hodnotou v této škále jsou spokojeny se svým celkovým zdravotním stavem, se svou tělesnou i duševní kondicí, se svou fyzickou výkonností a odolností proti nemocem. To zahrnuje i případné bolesti a nemoci.

Hodnocené výroky:

- Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...
- Se svou duševní kondicí jsem...
- Se svou tělesnou kondicí jsem...
- Se svou duševní výkonností jsem...
- Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...
- Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...
- Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem...



Graf 1

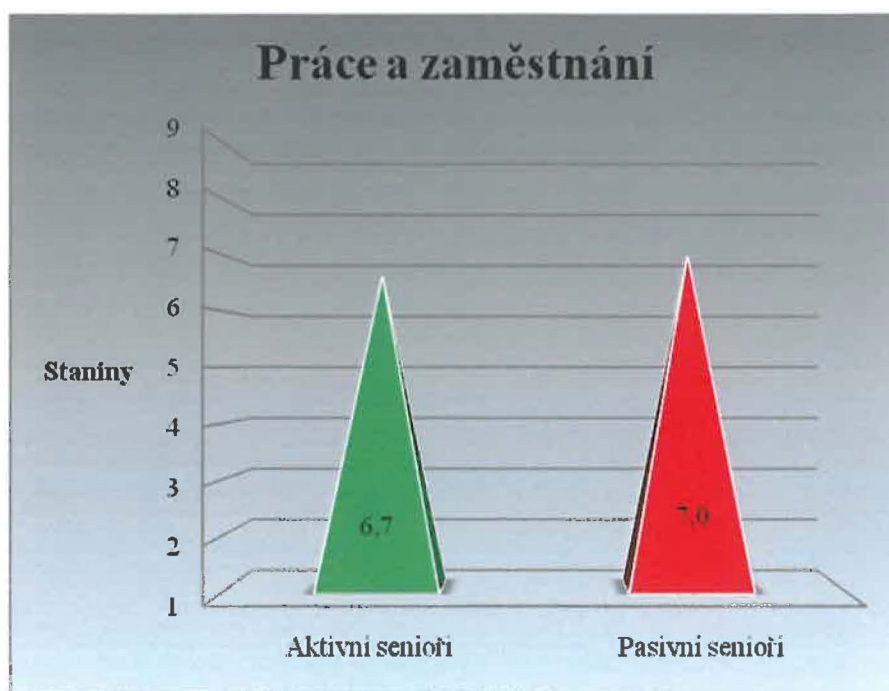
Z mého vzorku dotazovaných vykazovali aktivní senioři vyšší spokojenost v oblasti zdraví. Zatímco se jejich průměrné hodnoty pohybovaly okolo 5,5 ST, u pasivních seniorů to bylo necelých 5 ST. Nejlépe hodnotily své zdraví aktivní ženy, jejichž průměrná hodnota dosahovala 5,7 ST, poté aktivní muži s 5,4 ST. Pasivní ženy hodnotily své zdraví 5,1 ST a pasivní muži 4,4 ST. V obou skupinách tedy byly obecně spokojenější ženy. Přesto se hodnoty obou skupin i pohlaví pohybovaly v normě běžné pro 54% populace.

Práce a zaměstnání

Přestože již povětšinou osoby v seniorském věku nepracují, i oni vyplňují škálu týkající se spokojenosti se zaměstnáním. Tato škála je hodnocením minulého zaměstnání a obsahuje otázky, jež se zabývají mírou požadavků zaměstnání, zátěže zaměstnání, pestrostí, ale i perspektivou zaměstnání v budoucnosti.

Hodnocené výroky:

- Se svým postavením na pracovišti jsem...
- Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...
- S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...
- S možností postupu, které na svém pracovišti, jsem...
- S atmosférou na pracovišti jsem...
- Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...
- S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...



Graf 2

Obtíže při vypisování jednotlivých otázek nastávaly u zhodnocení perspektivy do budoucna a u této škály celkově. Osoby vykazující vysoké hodnoty ve škále práce a zaměstnání byly se svým zaměstnáním spokojeny, naopak nízké hodnoty znamenají nespokojenost.

Zde nastala opačná situace a se svým minulým zaměstnáním byli více spokojeni pasivní senioři. Vyšší hodnoty opět vykazovaly v obou skupinách ženy (shodně dosáhly 7,4 ST). Nejhůře hodnotili své zaměstnání aktivní muži 5,3 ST.

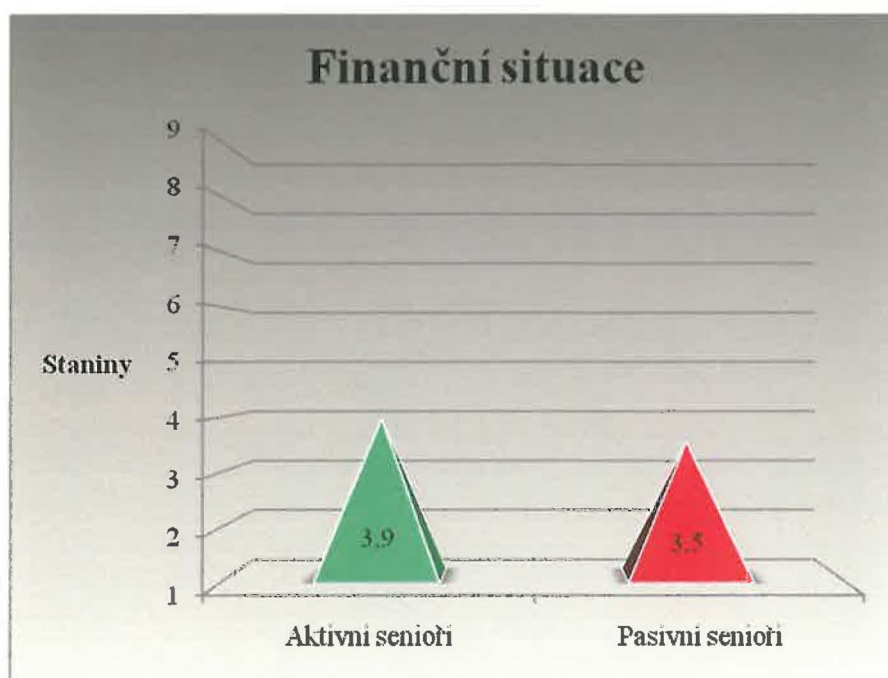
Aktivní senioři dosáhli v průměrném výsledku téměř 7 ST a pasivní senioři rovných 7 ST, což je považováno za nadprůměrné hodnocení.

Finanční situace

Osoby s vysokou škálovou hodnotou považují svůj příjem, výši svého majetku a životní standard za uspokojující. To platí také pro zajištění existence, možnost výdělku v budoucnosti a zajištění ve stáří.

Hodnocené výroky:

- Se svým příjmem/platem jsem...
- S tím, co vlastním, jsem...
- Se svým životním standardem jsem...
- S hmotným zajištěním své existence jsem...
- Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...
- S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnou své rodině, jsem...
- Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...



Graf 3

Hodnoty dosažené ve škále „finanční situace“ dosahují u aktivních jedinců 3,9 ST, což je považováno dle tabulkových standardů za průměrný výsledek, a u pasivních seniorů 3,5 ST. U této škály neexistuje srovnatelná spokojenost pohlaví. Aktivní ženy byly nejspokojenější (4,3 ST), pasivní muži dosáhli 3,7 ST, pasivní ženy 3,4 ST a nakonec aktivní muži se 3,3 ST. Musím ale zdůraznit, že výsledná hodnota je opravdu

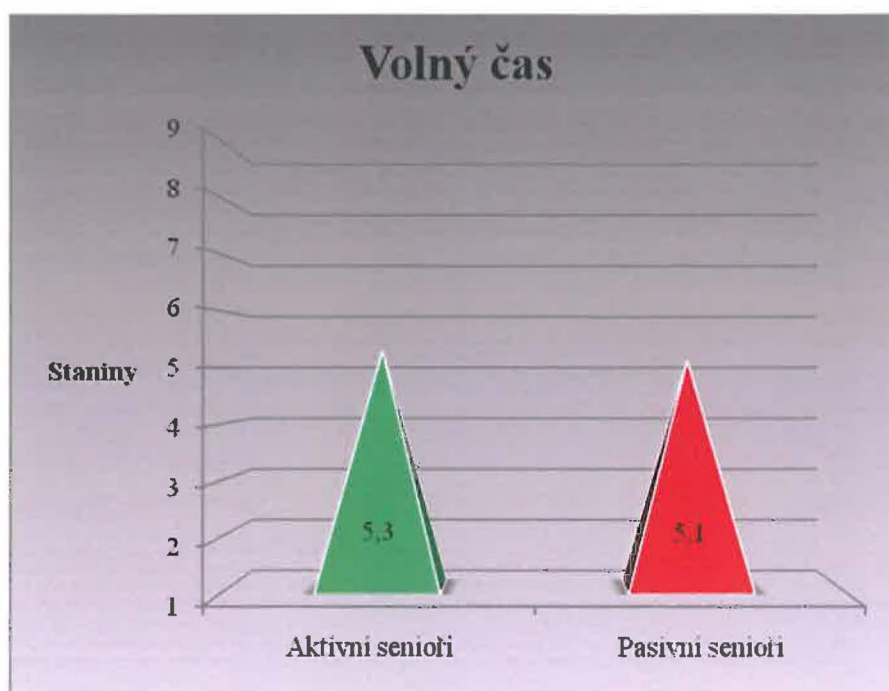
průměrem poskytnutých dat. Existují totiž velké interindividuální rozdíly a ve výsledcích se dosažené hodnoty pohybovaly od 1 do 7 ST.

Volný čas

Dosažené hodnoty v oddíle „volný čas“ souvisí se spokojeností s délkou a kvalitou volného času. Osoby hodnotící svůj volný čas vysoce jsou spokojeny s dobou, kterou mají k dispozici pro své koníčky a pro blízké osoby.

Hodnocené výroky:

- S délkou své každoroční dovolené jsem...
- S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...
- S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...
- S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...
- S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...
- S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...
- S pestrostí svého volného času jsem...



Graf 4

U této škály se objevoval velmi často problém, kdy senioři nevěděli, jak tento oddíl vyplnit nebo ho vůbec nebyli ochotni vyplňovat. Pravidelně se vyskytoval důvod, že už jsou důchodci a mají volný čas pořád. Byla potřeba vysvětlit seniorům, co si pod pojmem volný čas mohou představit, že to není jen každodenně strávený čas v domácnosti, ale zahrnuje rovněž vycházky, dovolené, výlety apod. I z tohoto důvodu jsem nakonec musela některé dotazníky vyřadit, jelikož nebyly vyplněny a tudíž by celková hodnota dotazníku musela být nahrazena *missing daty* (průměrné hodnoty, kterých ostatní respondenti dosahovali) a výsledek by tak byl zcela zkreslený.

Jen s malými rozdíly byly nejspokojenější aktivní seniorky (5,7 ST), poté pasivní senioři (5,4 ST), pasivní seniorky (5 ST) a až nakonec aktivní senioři (4,6 ST). V celkovém výsledku se hodnoty téměř shodují a existuje mezi nimi jen minimální rozdíl.

Manželství a partnerství

Přestože se do celkového výsledku životní spokojenosti manželství nepočítá, pro názornost uvádím srovnání této škály mezi aktivními a pasivními seniory. Do

hodnocení byli zařazeni samozřejmě jen jedinci žijící s partnery, poměr aktivních a pasivních seniorů žijících stále v partnerském vztahu byl 19:20. I zde platí, že čím vyšší škálové hodnoty jedinec dosáhne, tím větší je jeho spokojenost s požadavky, společnými aktivitami, s partnerovou otevřeností, pochopením a ochotou pomáhat, s něžností a bezpečím, které mu partner poskytuje.

Hodnocené výroky:

- S požadavky, které na mne klade mé manželství/partnerství, jsem...
- S našimi společnými aktivitami jsem...
- S upřímností a otevřeností svého partnera/partnerky jsem...
- S pochopením, které má pro mne můj partner/partnerka, jsem...
- S něžností a náklonností, kterou mi můj partner/partnerka projevuje, jsem...
- S bezpečím, které mi poskytuje můj partner/partnerka, jsem...
- S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner/partnerka, jsem...



Graf 5

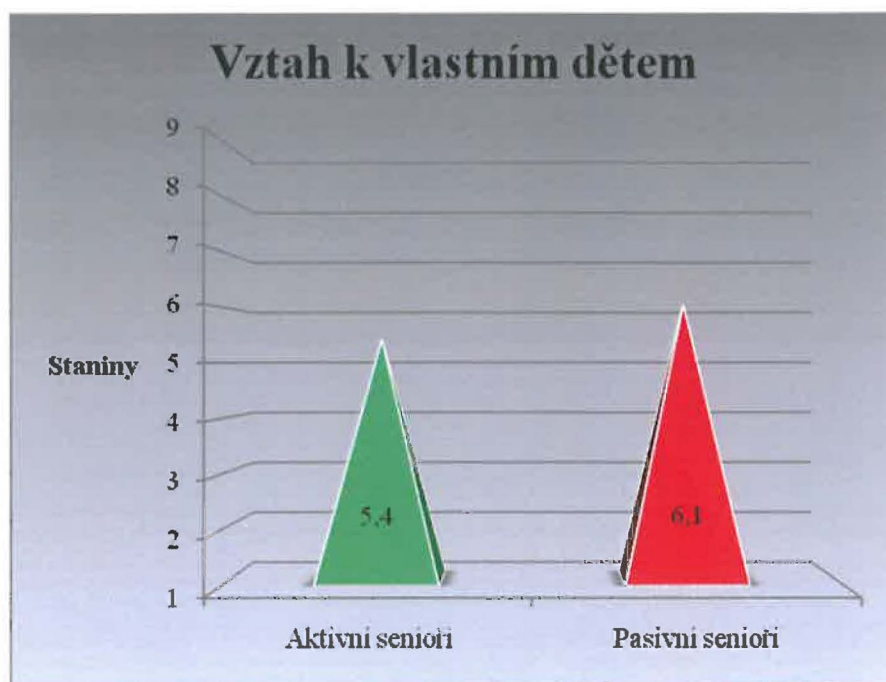
V dotazníkových výsledcích se hodnoty pohybovaly dle tabulkových hodnot v průměru. O něco málo byli spokojenější pasivní senioři s 5,4 ST, aktivní senioři dosáhli 5,2 ST. Shodného výsledku dosáhly ženy (5,8 ST), méně spokojeni byli pasivní muži (4,8 ST) a nakonec aktivní muži (4,3 ST).

Vztah k vlastním dětem

Hodnocení vztahů k vlastnímu dítěti vychází v této škále z hodnocení radosti prožívané s nimi, z jejich pokroků ve škole, zaměstnání, ale také z námahy a nákladů vynaložených na výchovu a zabezpečení dětí.

Hodnocené výroky:

- Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...
- Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a v zaměstnání, jsem...
- Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...
- Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...
- S vlivem, který mám na své děti, jsem...
- S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...
- S našimi společnými aktivitami jsem...



Graf 6

Otázky o vztahu k dětem vyplnilo z celkového počtu 57 dotázaných, 3 respondenti děti neměli. Vyšších hodnot přitom dosáhly ženy. Pro ženy je péče o rodinu ve většině případů prioritní, což se projevuje ve vztahu k dětem a také v hodnocení v dotazníku životní spokojenosti.

Celkově vyšších hodnot dosáhli pasivní senioři (6,1 ST), aktivní senioři vykazovali hodnotu 5,4 ST. Zatímco pasivní muži ohodnotili svůj vztah k dětem 6,2 ST a pasivní ženy rovnými 6 ST, u aktivní skupiny hodnotili svůj vztah k dětem lépe ženy (5,5 ST), těsně za nimi byli aktivní muži (5,2 ST).

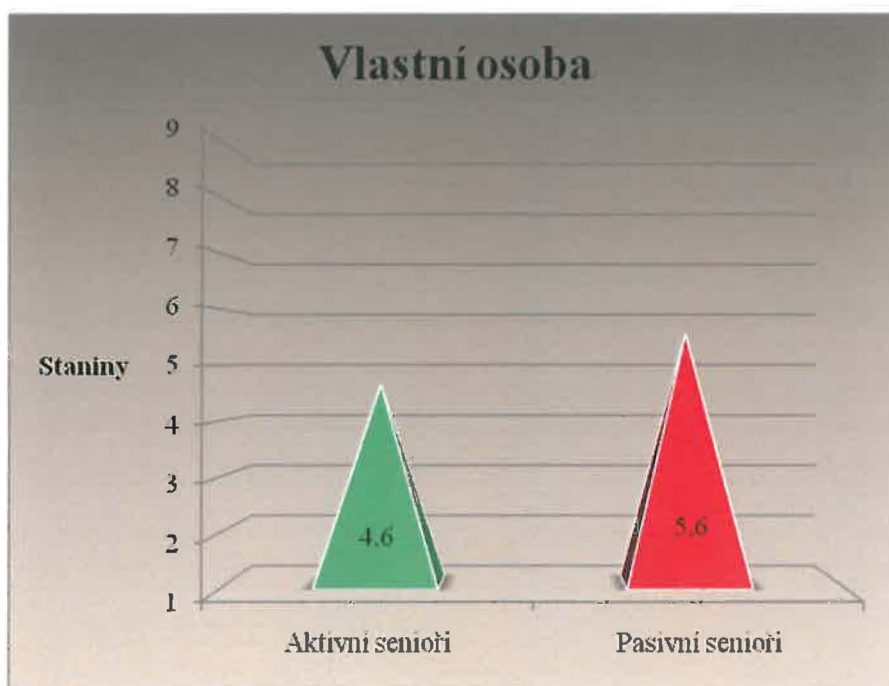
Pasivní senioři tedy dosáhli mírně nadprůměrných hodnot a aktivní senioři se zařadili svým hodnocením do průměru populace.

Vlastní osoba

Škála „vlastní osoba“ v sobě zahrnuje mnoho aspektů týkající se naší osoby, od spokojenosti se vzhledem, schopnostmi, charakterem, vitalitou až po sebevědomí. K tomu patří i hodnocení způsobu života, který doposud jedinci vedli a vycházení s ostatními lidmi.

Hodnocené výroky:

- Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...
- Se způsobem, jak jsem doposud žil, jsem...
- Se svým vnějším vzhledem jsem...
- Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...
- Se svým charakterem (povahou) jsem...
- Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...
- Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...



Graf 7

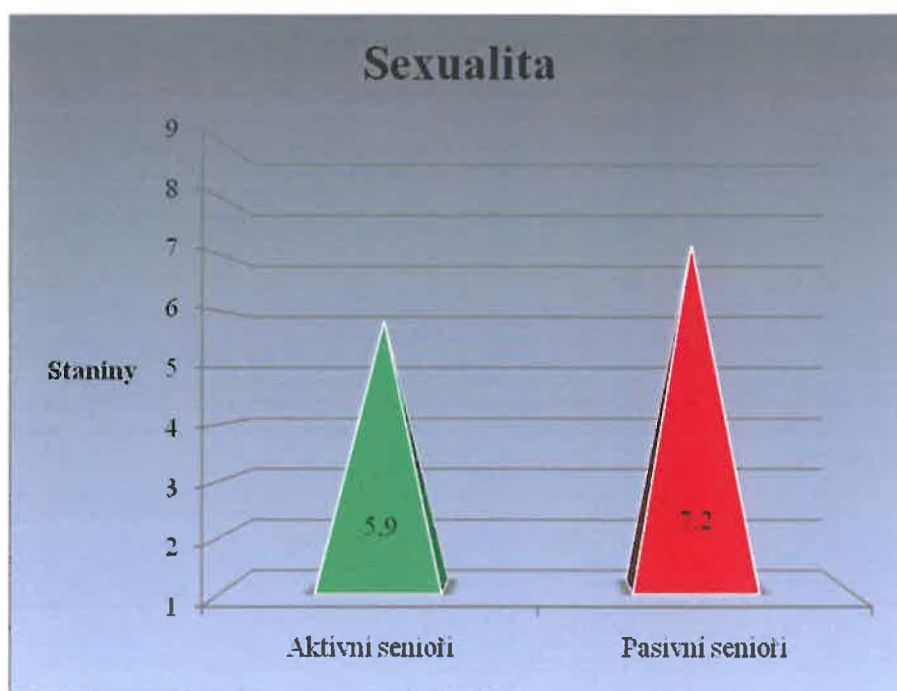
V dotazníku dosáhli vyšších hodnot pasivní senioři (5,6 ST), z čehož se lépe hodnotily ženy (5,8 ST) a poté muži (5,2 ST). Aktivní senioři dosáhli 4,6 ST. I zde dospěly k lepšímu hodnocení ženy (5 ST), zatímco muži vykazovali o celý 1 ST nižší hodnocení (4 ST).

Sexualita

Oblast sexuality hodnotí dle subjektivního postoje vlastní fyzickou atraktivitu, spokojenost se sexuální výkonností, sexuálními kontakty a sexuálními reakcemi. To zahrnuje možnost otevřeně hovořit o sexualitě a obecně sexuální harmonii s partnerem. Vzhledem k věku dotazovaných osob nemůžeme hodnotit interkorelaci s ostatními škálami, jako je manželství či partnerský život, vlastní osobou a zdravím.

Hodnocené výroky:

- Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...
- Se svou sexuální výkonností jsem...
- S četností svých sexuálních kontaktů jsem...
- S tím, jak často se mi můj partner/má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...
- Se svými sexuálními reakcemi jsem...
- Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...
- Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...



Graf 8

V oblasti sexuality byly srovnávány výsledky dvaceti seniorů z aktivní skupiny a sedmnácti seniorů ze skupiny pasivní. Mnohem vyšších hodnot dosahovali pasivní senioři (7,2 ST), muži 7,3 ST a ženy 7,2 ST. Tento výsledek je už považován jako nadprůměrný. Nižší hodnoty vykazovali aktivní senioři (5,9 ST), které se zařazují mezi hodnoty průměrné. Výsledky byly srovnatelné u pasivních mužů a žen, naopak aktivní seniorky (6,6 ST) byly v oblasti sexuality spokojenější než aktivní senioři (5,1 ST).

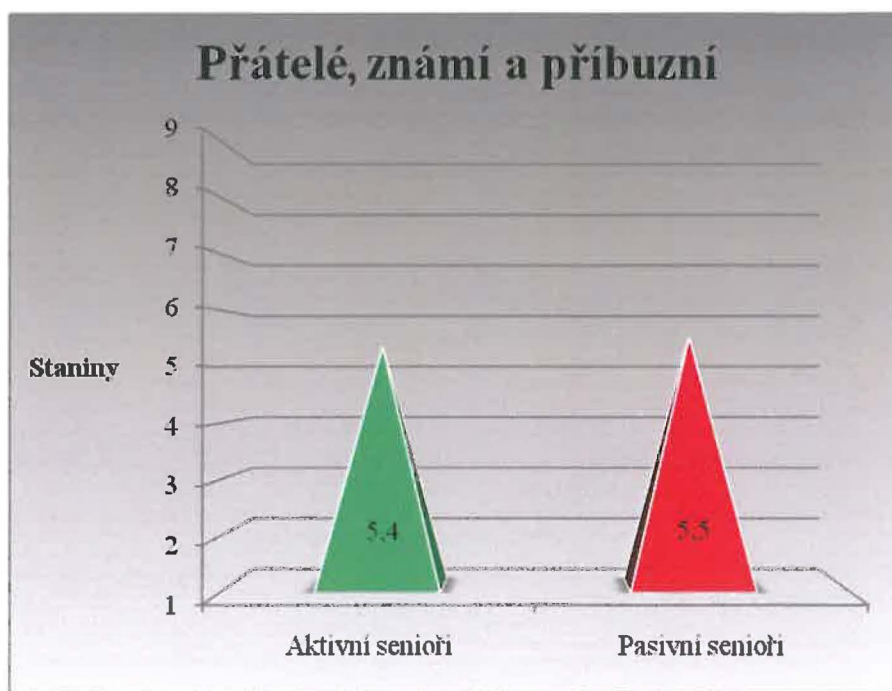
Jelikož tato škála nebyla vždy vyplněna, srovnání je v grafu 6 uděláno z osob, které otázky týkající se sexuality vyplnily. Přestože je dotazník sestaven tak, že je nutné pro celkové vyhodnocení vyplnit všechny škály kromě manželství, práce a dětí, jinak je celý dotazník nahrazen missing daty, domnívám se, že by bylo zavádějící hodnotit celkovou životní spokojenost na základě sexuality. U nevyplněných škál sexuality jsem nahradila tato chybějící data missing daty, aby bylo ještě možné dotazníky využít a vyhodnotit.

Přátelé, známí a příbuzní

Podle autorů dotazníku souvisí velice úzce tato škála se sociálními vztahy, tzn. s kruhem přátel a známých, s příbuznými a kontakty se sousedy, které jedince má. Pozitivně hodnoceny jsou sociální podpora, sociální aktivity a společenská angažovanost a obecně četnost styků s ostatními. Hodnocení těchto sociálních vztahů má velkou spojitost s hodnocením vlastní osoby, bydlením, financemi a manželstvím a partnerstvím.

Hodnocené výroky:

- Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...
- S kontaktem se svými příbuznými jsem...
- S kontaktem se svými sousedy jsem...
- S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...
- Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...
- Se svou společenskou angažovaností jsem...
- Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...



Graf 9

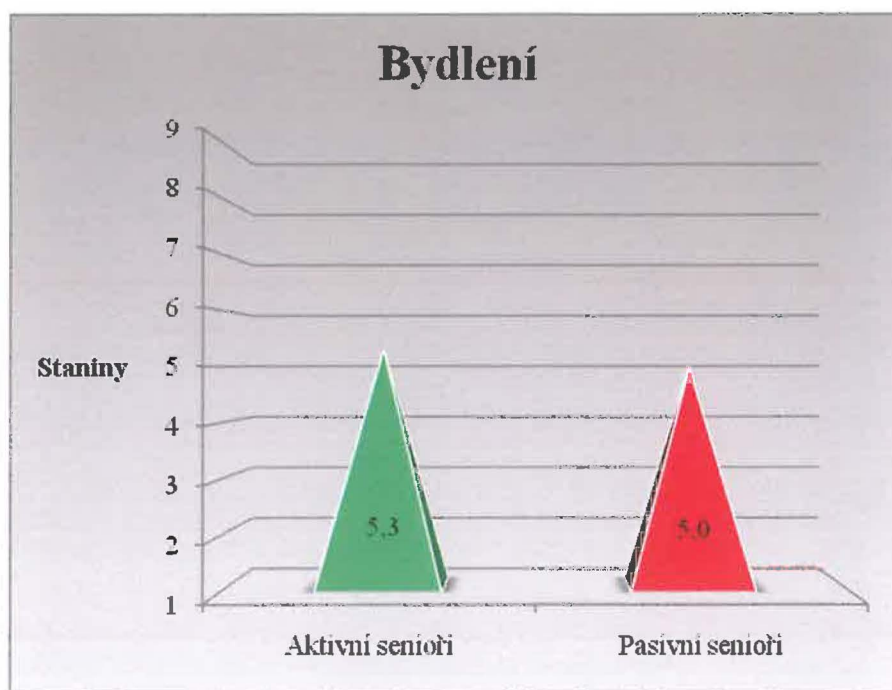
Výsledky obou skupin (aktivní i pasivní) jsou rovnocenné, pohybují se v průměrných hodnotách. U aktivních seniorů tato hodnota činí 5,4 ST a u pasivních seniorů 5,5. Aktivní a pasivní ženy vykazují s 5,6 ST o něco větší spokojenost v této oblasti než muži. Muži pasivní dosáhli 5,4 ST, nejmenší hodnoty přisoudili otázkám v této škále aktivní muži a dosáhli tak 4,9 ST. Všechny tyto výsledky lze považovat za průměrné.

Bydlení

Poslední škálou dotazníku životní spokojenosti je „bydlení“. Hodnotí se spokojenost s bytovými podmínkami, jako je velikost, stav a poloha bytu, dostupnost dopravních prostředků, případná hluková zátěž, náklady spojené s bydlením, stejně jako obecně standard bydlení. Spokojenost s položkou bydlení s věkem obecně přibývá, nároky se snižují. Úzce souvisí s výší příjmu, jaký partneři nebo samostatně žijící jedinec má. Nejvyšší interkorelaci vykazuje bydlení s finanční situací.

Hodnocené výroky:

- S velikostí svého bytu jsem...
- Se stavem svého bytu jsem...
- S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...
- S polohou svého bytu jsem...
- S dosažitelností dopravních prostředků jsem...
- Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...
- Se standardem svého bytu jsem...



Graf 10

Skupina aktivních seniorů dosáhla v této kategorii 5,3 ST. Ženy byly přitom spokojenější (5,6 ST) než muži (4,7 ST). Skupina pasivních seniorů dosáhla 5 ST. V této skupině byli naopak spokojenější muži (5,5 ST) než ženy (4,7 ST). Obě skupiny tedy vykázaly průměrné hodnoty a příliš se neodlišovaly.

5.3 Celková životní spokojenost

Jak už bylo řečeno, celková životní spokojenost se vypočítá sečtením hrubých skóre příslušných škál, kromě škál práce a zaměstnání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem, a následně se převede do standardních skóre v podobě staniny.



Graf 11



Graf 12

Celková životní spokojenost je ve výsledku stejná u aktivních a pasivních seniorů a dle normových tabulek ji lze zařadit mezi výsledky průměrné, tedy pohybující se od ST 4 po ST 6, v nichž se nachází 54% obyvatel. Toto rozložení můžeme názorně spatřit v grafu 11. Aktivní i pasivní senioři dosáhli jednotné průměrné hodnoty 5,4 ST. Nejvyšší životní spokojenost vykazovaly aktivní ženy (5,9 ST), za nimi hodnotili shodně 5,4 ST životní spokojenost pasivní muži a ženy a nejnižší hodnoty přisoudili škálám v konečném výsledku aktivní muži (4,5 ST).

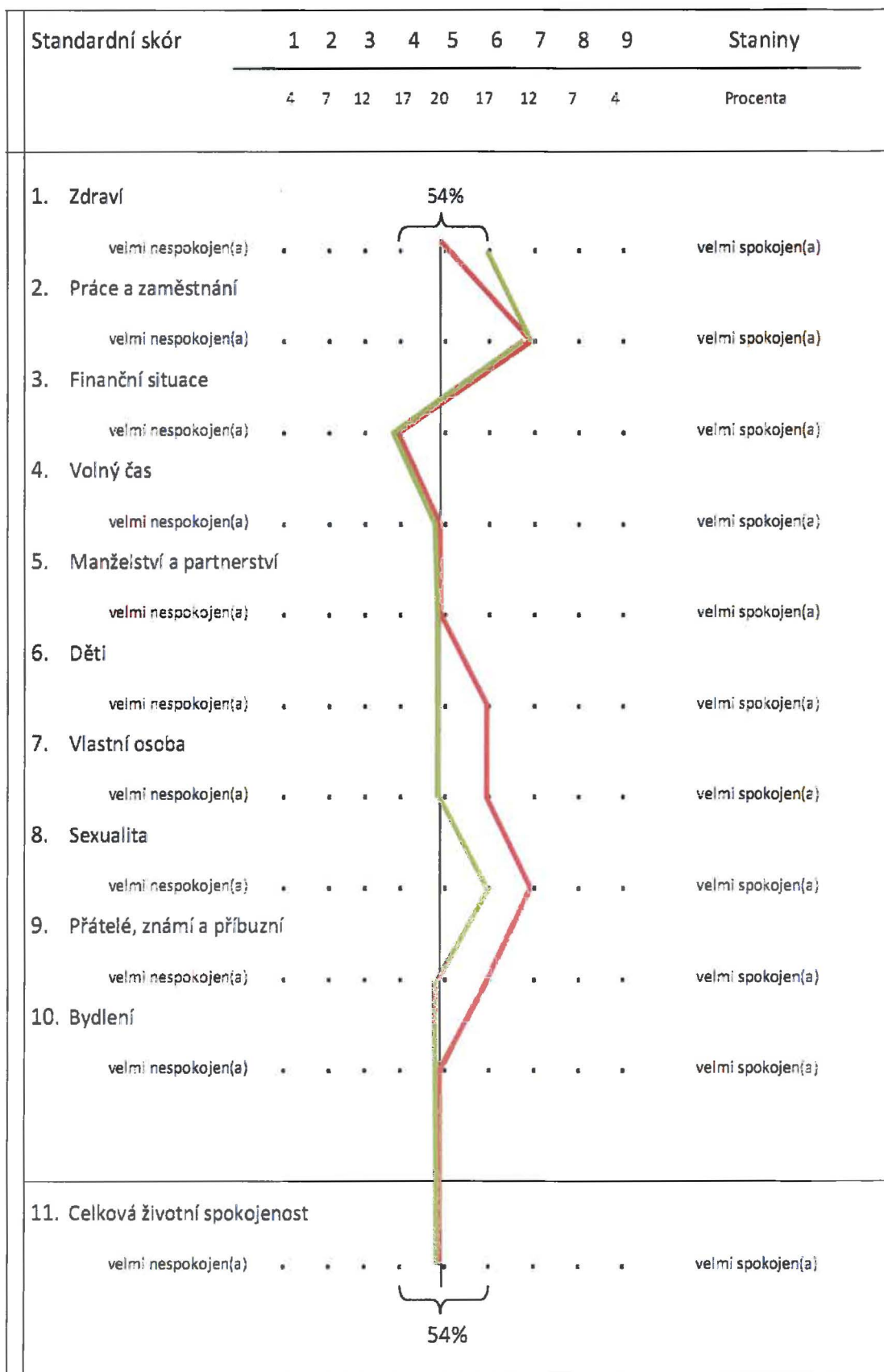
Graf 12 pak ukazuje celkovou životní spokojenost zvlášť u mužů a žen, aktivních i pasivních. Zde dosáhly nejvyššího skóre aktivní ženy, následují pasivní muži a ženy a nejmenšího skóre životní spokojenosti dosáhli aktivní muži.

Vyhodnocovací list:

Vyhodnocovací list je součástí *Dotazníku životní spokojenosti* a slouží k zaznamenávání dosažených skóre v jednotlivých škálách. Následným spojením bodů zaznačených ve vyhodnocovacím listu dostaneme křivku, která názorným způsobem ukazuje míru životní spokojenosti v deseti oblastech života a také umístění těchto škál na devítibodové staninové stupnici vzhledem k průměrným výsledkům životní spokojenosti populace.

V grafu 13 můžeme spatřit křivky pasivní a aktivní skupiny sestavené z dosažených hodnot v jednotlivých škálách a celkovou životní spokojenost. Pro lepší přehlednost byla jako ve všech grafech aktivním seniorům přisouzena zelená barva a pasivním seniorům červená. Černá prostřední škála naznačuje středovou hodnotu, kolem které se vyskytuje největší počet lidí, tedy 54% populace.

Z tohoto grafu lze vyčíst, že aktivní skupina seniorů dosáhla vyššího skóre jen u škály „zdraví“, ve škálách „práce a zaměstnání“, „finanční situace“, „volný čas“, „manželství a partnerství“ a „bydlení“ dosáhly obě skupiny shodného výsledku. Ve škálách „děti“, „vlastní osoba“, „sexualita“, „přátelé a známí“ naopak vykazovali větší spokojenost senioři pasivní. V konečném výsledku spadají skupiny aktivních i pasivních seniorů do standardního skóre 5, tudíž se zařazují mezi výsledky běžné populace.



Graf 13

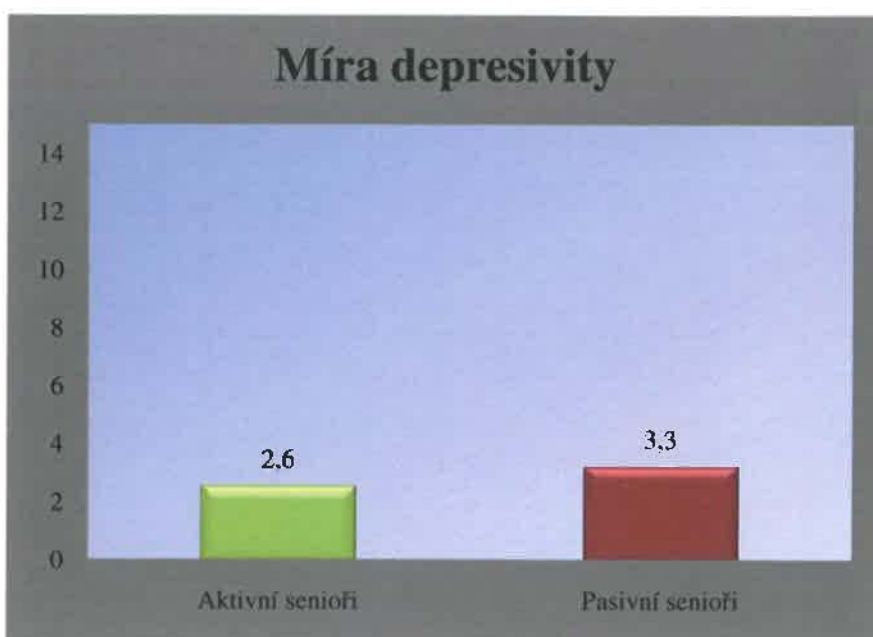
5.4 Geriatrická škála deprese

Spolu s *Dotazníkem životní spokojenosti* byly všem seniorům rozdány dotazníky *Geriatrické škály deprese*. Cílem spojení těchto dvou dotazníků bylo zjistit, zda se výsledky životní spokojenosti shodují s geriatrickou škálou deprese.

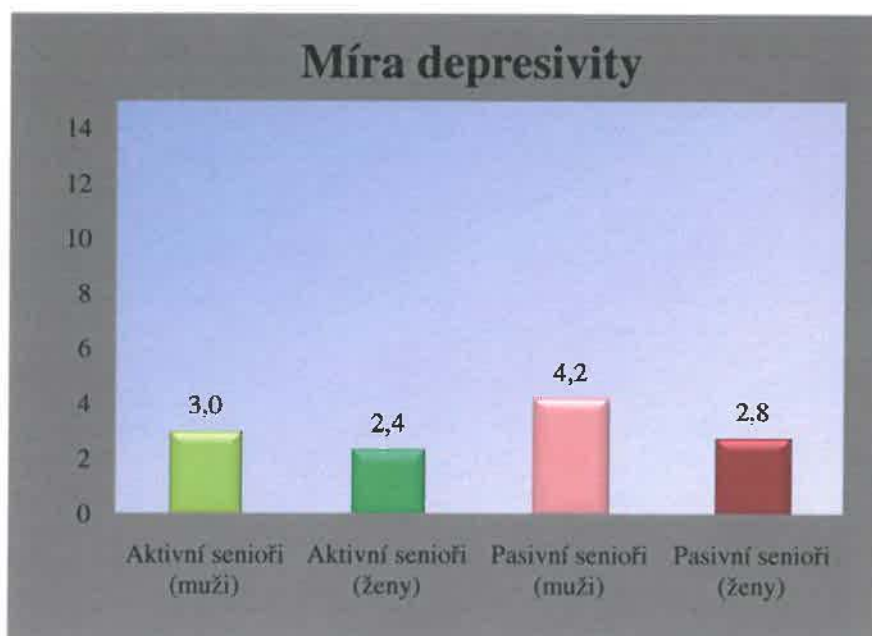
Dle předpokladů osoby aktivní skupiny dosahovaly nižšího počtu bodů u otázek vykazující možnou depresi než osoby pasivní. Avšak tento rozdíl byl minimální. U aktivních seniorů činil průměrný výsledek 2,6 bodů, přičemž hodnoty vyskytující se v dotazníku byly v rozmezí 0 – 7, což je považováno za normu. Vyšší hodnoty dosahovali muži (3 body), u žen průměrný výsledek činil (2,4 bodů).

U pasivních seniorů činil průměrný výsledek 3,3 bodů. Hodnoty této skupiny se pohybovaly od 1 do 9 bodů. Až na tři osoby, u kterých se objevila mírná deprese, všichni dotazovaní dosáhli průměrného počtu bodů spadajícího do normy. I zde dosáhli vyšších hodnot muži (4,2 bodů), průměrná hodnota žen činila 2,8 bodů. V celkových výsledcích nejvyšších hodnot dosáhli pasivní muži, poté aktivní muži, pasivní ženy a nakonec aktivní ženy.

Následující grafy ukazují srovnání depresivity pasivních a aktivních seniorů a rovněž míru deprese u jednotlivých pohlaví a skupin.



Graf 14



Graf 15

6 Diskuse

Trend prodlužování střední délky života mužů a žen nás staví před otázku, jak bychom měli vyplnit program v důchodovém věku. Vzhledem k přibývajícimu počtu seniorů musíme dbát na to, aby jejich život byl co nejdéle plnohodnotný, aktivní a aby dokázali žít samostatný a kvalitní život do vysokého stáří. Medicína přichází s mnoha novými metodami, jak oddálit projevy stárnutí, zdokonaluje se zdravotnická péče. Sociální politiku zasahují reformy, díky nimž by se měli mít senioři dobře. Musíme si však uvědomit, že nejen zásahy z okolí ovlivní kvalitu života či životní spokojenost jedince. Důležitým úkolem celé společnosti by mělo být podněcování starších spoluobčanů k aktivitě a udržet tak jejich psychické a fyzické zdraví na vysoké úrovni.

Tato práce se zabývala aktivitou, kterou čeští senioři vykazují a možným dopadem na jejich životní spokojenost. Je obecně známo, že jakákoliv aktivita, ať už pohybová či psychická, udržuje jedince v kondici a pomáhá mu zachovávat jistou soběstačnost a autonomii. V diplomové práci jsem zkoumala, jestli právě pohybová aktivita ovlivňuje životní spokojenost a pokud ano, do jaké míry a v jakých oblastech může míru spokojenosti zvýšit. Rovněž jsem se zajímala, jestli se výsledky *Dotazníku životní spokojenosti* liší u osob pasivních, které se pravidelné pohybové aktivitě nevěnují.

Dalším cílem práce bylo zjistit, zda senioři aktivní a pasivní skupiny trpí některou formou deprese a zda existuje korelace mezi mírou životní spokojenosti a mírou deprese. Výsledky míry depresivity byly získány pomocí dotazníku *geriatrické škály deprese*.

Dalo by se předpokládat, že aktivní senioři, kteří dochází cvičit, jsou v pravidelném kontaktu se svým sociálním okolím a nachází náplň svého volného času, budou se svým životem celkově spokojenější. Výsledky však prokázaly, že míra životní spokojenosti se u skupin respondentů neliší a je dokonce shodná. Drobné odchylky ve výsledcích vykazovaly pouze některé škály dotazníku, u kterých převažovala vyšší míra spokojenosti jedné ze skupin seniorů.

Zdraví

Obecně se tvrdí, že spokojenost se zdravím ve stáří zřetelně klesá. Děje se tak z důvodu snižování fyzické a psychické kondice. Starší osoby přestávají být schopny zvládnout velký počet fyzicky náročných aktivit a začínají se objevovat některé nemoci typické pro stáří, jako artróza, omezení kloubní pohyblivost, potíže s dechem či některá postižení smyslových orgánů. Tato skutečnost většinou jedince odrazuje od pohybových aktivit, ať už mají zdravotní ráz nebo ne.

Výsledky prokázaly, že lidé pěstující pohybovou aktivitu jsou se svým zdravím spokojenější. Tyto výsledky mohou být dány snížením zdravotních rizik a posílením fyzické kondice právě díky pohybové aktivitě. Již samo docházení do Sokola vypovídá o fyzické zdatnosti a kondici jedince. Pokud by měl senior problémy fyzické či těžšího rázu i problémy psychické, nemohl by samostatně a pravidelně docházet cvičit. I cvičenci, které jsem oslovila, tvrdili, že pokud se u nich vyskytne zdravotní problém, přichází se do tělocvičny jen dívat na ostatní nebo cvičení vynechávají. Nutno však podotknout, že škála zdraví posuzuje hlavně aktuální stav jedince, tudíž jsou dotazované osoby velmi ovlivněny momentálním zdravotním stavem.

Nicméně ani pasivní senioři nevykazovali nízké hodnoty a mnoho z dotázaných se cítilo na velmi vysoké fyzické úrovni. Je otázkou, zda se věnují jiným pohybovým činnostem (zahrádkaření, cestování, procházky), které mohou zdraví „pasivního“ jedince udržovat stejně dobře jako cvičení.

Práce a zaměstnání

Ve škále práce a zaměstnání dosáhly obě skupiny nadprůměrné spokojenosti. Pro míru spokojenosti v oblasti zaměstnání není směrodatný věk, ani dosažené vzdělání, odlišnosti se spíše vyskytují mezi pohlavími, kde vyšší spokojenost vykazovaly ženy.

Mohli bychom se zamyslet nad tím, proč toto vysoké hodnocení nastalo právě u bývalého zaměstnání. Nabízí se odpověď, že většina dotazovaných osob prožila svůj produktivní život před rokem 1989, kdy podle jejich slov měl každý jistotu zaměstnání a pravidelné výplaty. Také vztahy mezi zaměstnanci byly bezstarostnější, žilo se více kolektivem. Přestože tato doba přinášela mnohá negativa, co se týče pracovního zázemí průměrných zaměstnanců, bylo méně hektické než v dnešní době. Na druhou stranu

mnoho lidí s ukončeným vysokoškolským vzděláním nemělo příležitost k sebezdokonalování, vzdělávání a osobnímu růstu, jak by si představovali. Přesto v největší míře souvisí vysoké hodnocení této škály s idealizovaným pohledem seniorů na bývalé zaměstnání, jako na aktivně prožívaný život, který je v protikladu se současným stavem důchodového věku.

Finanční situace

Finanční situaci hodnotí obě skupiny jako méně uspokojivou, přitom nezáleží na věku, pohlaví nebo vzdělání, kterého respondent dosáhl. Dle mého názoru může být tato nespokojenost způsobena odlišnými potřebami jedinců (skromnější a náročnější) a rodinným stavem (vdova/vdovec či soužití v partnerském svazku).

Velký vliv na spokojenost s finanční situací má rostoucí inflace. Zde tedy musíme brát v potaz zvyšující se ceny zboží a služeb, které zatěžují peněženky seniorů.

Volný čas

Pokud chceme mluvit se seniory o volném čase, je třeba jim vysvětlit, co si mohou pod pojmem volný čas představit. Spousta seniorů přechází tuto škálu s tvrzením, že volný čas mají stále a nechtějí tuto škálu vyplnit. Z tohoto důvodu jsem musela některé dotazníky z výzkumu vyřadit, jelikož chyběly vyplněné položky z oblasti volného času.

I když bychom mohli namítat, že aktivní senioři budou mít náplň volného času velmi pestrou na rozdíl od seniorů pasivních, výsledek ukázal, že ve spokojenosti s volným čase se obě skupiny neliší. Pohybová aktivita v tomto případě nemusí být jedinou prioritou a musíme brát rovněž v úvahu, že si respondenti nacházejí i jiné koníčky, jako je např. zahrádka, péče o rodinu, kluby seniorů a mnoho jiných.

Právě u žen je zřejmé, že smysl svého života mohou spatřovat i v jiných aktivitách, jako je péče o rodinu a vnoučata, přesto by tuto domněnku potvrdily pouze aktivní ženy, které skórovaly v této škále vysoce. U pasivní skupiny naopak dosáhli vyššího skóru muži.

Přátelé, známí a příbuzní

S volným časem úzce souvisí škála přátelé, známí a příbuzní (tyto hodnoty mohou vykazovat vysokou korelaci), proto jsem si ji dovolila zařadit přímo za volný čas.

Obecně mají sklony k nečinnosti muži, ženy naopak soustřeďují veškerou svou pozornost na rodinu a péči o ni. Přestože výsledky volného času tuto teorii nepodpořily, ve škále přátelé, známí a příbuzní vykazovaly o něco málo vyšší hodnoty, což by mohlo souviset s jejich větším zájmem o sociální okolí. I když tedy pasivní seniorky nesportují, svou aktivitu mohou projevovat právě v péči o své blízké, scházení se s přáteli, ježdění s nimi na výlety, podnikání procházek.

Rovněž je zajímavé, že nejmenší spokojenosti v této oblasti dosahovali aktivní muži. Neprokázalo se tedy, že by společná pohybová aktivita zvýhodňovala aktivní seniory v oblasti sociálních kontaktů na rozdíl od pasivních seniorů. K ověření těchto výsledků by však byl zapotřebí větší vzorek dotazovaných.

Manželství a partnerství

Výsledky z oblasti manželství byly získány na základě dostupných informací od seniorů, kteří ještě stále žijí v partnerských vztazích. Do srovnání nebyli započítáni jedinci žijící samostatně bez partnera.

Přestože je obecně udáváno, že spokojenost v manželství s přibývajícím věkem roste a že vyšší spokojenost v manželství vykazují ve vyšším věku muži, na základě zodpovězených dotazníků jsem došla k opačnému závěru. Ženy vykazovaly větší spokojenost než-li muži. Obecný jev se tedy v tomto šetření nepotvrdil.

Tento výsledek může být zkreslen malým vzorkem dotázaných osob žijících s partnerem či partnerkou a jeho prověření by vyžadovalo oslovení většího počtu seniorů žijících s partnery.

Pokud bychom hovořili o aspektech souvisejících se stabilitou a spokojeností v partnerství v tomto věku, mohli bychom říci, že vyšší hodnoty v oblasti manželství souvisí s délkou trvajících vztahů, se zvykem na druhého partnera a větší tolerantností, která již ve vyšším věku převažuje.

Vztah k vlastním dětem

Dobry vztah k detem byva prioritou vetsiny rodiču. Škála vztahu k dítěti koreluje se škálami přátel, známí a příbuzní, vlastní osoba a manželství. V mém výzkumu hodnotili svůj vztah k dětem o něco lépe pasivní senioři. Tento fakt může být způsoben širším záběrem aktivit seniora sportujícího, který nekoncentruje veškerou svou pozornost jen na rodinu a své známé, ale také na jiné oblasti života, jež ho naplňují. Nutno však podotknout, že nižší hodnocení neznamená menší zájem o děti a jejich rodiny.

Musíme brát rovněž zřetel na to, že výsledky a vykazovaná nespokojenost či jen průměrná spokojenost mohou pramenit ze vzdálenosti, kterou mezi sebou mají rodiče a děti (jiné místo bydliště), ale také z individuálních rozdílů (zvyků, tradic), které mezi jednotlivými rodinami panují a mohou tak ovlivnit spokojenost s rodinnými vztahy.

Dnešní uspěchaná doba povětšinou omezuje rodinný kontakt na minimum, tudíž se také může stát, že aktuální situace se dostává do rozporu s přáním rodičů vidět své děti více.

Vztah k vlastní osobě

Utvořit si vztah k sobě samému, respektovat se a mít se rád je s přibývajícím věkem čím dál těžší. Přesné a pomalé provedení, problémy s pamětí, měnící se vzhled snižují sociální status jedince a zapříčiňují horší hodnocení seniorů lidmi z rodiny či okolí. Starší člověk poté ztrácí dobré mínění o sobě samém a záleží, jak se s touto situací vyrovná.

Ve výzkumu hodnotili vlastní osobu hůře aktivní senioři. Domnívám se, že tato nespokojenost s vlastní osobou je jakýmsi „motorem“ aktivních seniorů neustále na sobě pracovat a „nezakrnět“. Mimo udržení tělesné kondice a sociálních kontaktů může být důsledkem potřeby „něco dělat“ návštěva pravidelné sportovní aktivity, v případě mého výzkumu v Sokole.

Protože muži hodnotili svou osobu hůře, můžeme se domnívat, že toto nižší hodnocení opět souvisí s jejich pesimističtější pohledem na svět a na sebe samé.

Sexualita

Sexualita je v *Dotazníku životní spokojenosti* velmi úzce spojována s manželstvím a partnerstvím a patří mezi škály, které by měly být zcela vyplněny, aby výsledky celkové životní spokojenosti byly co nejrelevantnější

Sexualita je velmi choulostivou oblastí a získat informace odrážející spokojenost v této oblasti života právě od seniorů ve věku na 65 let je velmi obtížné. Nedostupnost informací z oblasti sexuality je zapříčiněná ostychem starších lidí otevřeně o sexualitě mluvit, ale také skutečností, že tito lidé už většinou nežijí sexuálním životem nebo nemají partnera.

Senioři se rovněž mnohdy obávali, že informace získané v oblasti sexuality budou zkoumány jako první, jindy se projeví puritánské sklony těchto lidí, kdy pro ně sexualita byla a stále je tabuizovaným tématem.

Přesto jsem analýzou dostupných výsledků došla k tomu, že hodnocení sexuality bylo u pasivních seniorů nadprůměrné a u aktivních seniorů průměrné. Bylo by spekulativní vyvozovat z těchto výsledků jakékoliv závěry. K posouzení oblasti sexuality by bylo zapotřebí většího vzorku dotazovaných.

Bydlení

Poslední hodnocená škála bydlení dosáhla opět shodných průměrných skóre. Velké rozmezí spokojenosti s bydlením můžeme dávat do souvislosti s lokalitou bydlení, mírou hluku způsobeného dopravou či dostupností dopravních prostředků. Spokojenost s bydlením je ovlivněna výší finančních příjmů, které jedinec má.

I když velká část pasivních seniorů pochází z domova pro seniory, jejich hodnocení bydlení bylo velmi vysoké. Takovéto hodnocení může souviset s dobrým vedením domova, s odbornou péčí a komfortem, který domov seniorům poskytuje.

Celková životní spokojenost

Na základě teoretických poznatků by se dalo předpokládat, že aktivní senioři budou vykazovat vyšší hodnoty celkové životní spokojenosti. Pravidelná sportovní aktivita, pestřejší životní náplň, aktivní životní styl mohou jedincům zajistit spokojený

život. Tato domněnka se však nepotvrdila. Výsledné hodnoty dotazníku prokázaly, že míra životní spokojenosti je u skupin aktivních a pasivních seniorů rovnocenná. Přitom nejvyšší spokojenost vykazovaly aktivní ženy, za nimi shodně pasivní ženy a muži a nejméně spokojeni byli aktivní muži.

Lze předpokládat, že život aktivních žen je nejvíce naplněn, ať už pohybovými aktivitami, výlety, sociálními kontakty nebo péčí o své blízké. Pasivní ženy mohou nacházet náplň u aktivit jiných než pohybových, které ale ovšem mohou vyplnit jejich čas stejně smysluplně jako pohybová aktivita.

U mužů je smysluplně, spokojeně strávený a prožitý čas obtížnějším úkolem. Jejich sklony k depresivnějšímu ladění a kritičtějšímu hodnocení sebe samých a okolí znemožňují optimisticky pohlížet na různé oblasti života, což se pak projevuje nespokojeností. Do jisté míry je to dáno rozdílnými rolemi mužů a žen a svou roli hraje již několikrát zmíněný smysl života žen, který spatřují v rodině.

Geriatrická škála deprese

Druhou analyzovanou oblastí byla míra deprese, která se velice často u seniorů vyskytuje. Zvýšená pravděpodobnost deprese souvisí s přibývajícím věkem, kdy perspektiva do budoucna není téměř žádná. Také zdravotní stav může znemožňovat vykonávání aktivit, na které byli dříve zvyklí, což v nich opět podporuje pesimistický pohled na svět.

V dnešní době můžeme zmínit i další aspekt ovlivňující náladu jedince. Přestože mnoho dotazovaných lidí prožilo velmi těžké období 2. světové války a později obsazení vojsky sovětské armády, ani současná doba jim nepřináší taková pozitiva, s jakými počítali po roce 1989. Přestože hranice již nejsou uzavřeny, spousta seniorů v tomto věku lpí na svých domovech a zažitých stereotypch, které nepřipouští žádnou změnu a tudíž je tato možnost pro ně bezpředmětná. Toto souvisí s typickou osobností seniora. Rovněž aktuální situace ve světě (atentáty, kriminalita, globální problémy) zapříčiňují nespokojenost s dobou, ve které žijeme, což se projevilo i v geriatrické škále deprese.

Zažité stereotypy a nesnášenlivost jakýchkoliv změn můžeme spatřit i u otázek, zda raději zůstávají senioři doma či mají radši společnost. Pohybová aktivita zde nehrála žádnou roli a celá 1/3 lidí v obou skupinách upřednostňuje pohodlí domova.

Upřednostňování pobytu doma může být rovněž způsobeno strachem o vlastní osobu. Strach, že se jim přihodí něco zlého, měly z velké většiny ženy. Ony jsou totiž ty, které se starají o partnera a rodinu.

Dalším společným znakem obou skupin byla domněnka seniorů, že se většine daří lépe než jim. Tato skutečnost může být ovlivněna finanční situací, zdravotní stavem, ale také rodinným zázemím, které jedinec má.

Celková životní spokojenost a geriatrická škála deprese

Z konečného výsledku můžeme tvrdit, že míra celkové životní spokojenosti a jejich jednotlivých škál postihujících zmíněné oblasti nejsou ovlivněny pravidelnými pohybovými aktivitami. Rovněž nemá pohybová aktivita u seniorů vliv na míru depresivity. Tato skutečnost by však musela být ověřena na větším vzorku respondentů. Potvrzují se tak názory mnoha psychologů, že nezáleží na tom, zda senior pěstuje pravidelně pohybovou aktivitu, ale zda se cítí subjektivně zdravý a spokojen. Až tehdy, kdy se cítíme spokojeni a vyrovnaní, můžeme mluvit o obecné životní spokojenosti.

Na základě *Geriatrické škály deprese* jsem se dozvěděla, že nálada aktivních seniorů je ve všech 30 případech dobrá a jen 5 respondentů pasivní skupiny zaznamenalo, že mají náladu převážně špatnou. Rovněž výsledky *Dotazníku životní spokojenosti* prokázaly srovnatelnou míru životní spokojenosti u obou skupin.

Pokud bych tedy měla odpovědět na otázku, zda životní spokojenost souvisí s mírou deprese vyskytující se u osob seniorského věku, musela bych říci, že ano. Z dostupného vzorku respondentů jsem zjistila, že výsledky životní spokojenosti spolu korespondují a nenalezla jsem žádný rozpor.

Závěr a doporučení

Výsledky mého výzkumu mezi seniory nepotvrdily hypotézu, že sportovní aktivity mají pozitivní vliv na míru celkové životní spokojenosti starších lidí. Na základě výsledků studie lze pouze říci, že sportovně aktivní senioři jsou více spokojeni se svým zdravotní stavem.

Výzkum ukázal jako neplatný předpoklad, že pasivní senioři mají větší sklon k depresím než senioři aktivní. Pasivní senioři sice vykazovali větší počet negativně zodpovězených otázek, což samo o sobě poukazovalo na možné depresivní příznaky, nicméně dle vyhodnocení geriatrické škály deprese trpěli ze vzorku pasivních seniorů pouze tři muži mírnou depresí.

Výzkum také nepotvrdil hypotézu, že senioři s nízkou mírou životní spokojenosti vykazují vyšší sklon k depresivitě než senioři s vyšší mírou životní spokojenosti.

Touto prací jsem dospěla k závěru, že celková životní spokojenost není ovlivněna tím, zda se starší člověk věnuje sportovní aktivitě či ne. Ze studie vyplývá, že životní spokojenost je hodnocena velmi subjektivně. Kvalitu života a celkovou životní spokojenost ve stáří ovlivňují do značné míry životní postoje, které si člověk utvářel v průběhu celého života, a také charakter jeho osobnosti.

Sportovními a pohybovými aktivitami může však starší člověk přispět ke kvalitnějšímu životu ve stáří a předcházet některým jeho negativním doprovodným jevům. Tyto činnosti mají nepochybně pozitivní vliv na fyzickou a psychickou kondici starších lidí a pomáhají jim udržovat či rozvíjet sociální kontakty. Mohou tedy plnit úlohu prevence.

Z tohoto důvodu považuji za zásadní, aby senioři měli dostatečnou nabídku aktivit, kterými mohou svůj volný čas trávit. Společnost by měla vycházet seniorům vstříc zakládáním a podporováním institucí, klubů či kroužků specializujících se na volný čas starších lidí a motivovala je tak k aktivnímu způsobu trávení života ve vyšším věku. Důležitá je také osvěta mezi seniory, která by informovala o pozitivních efektech sportovních a pohybových aktivit ve stáří.

Životní spokojenost a kvalita života seniorů je obecně oblastí, která bude mít stále větší význam. Střední délka života se prodlužuje a procento starších lidí ve společnosti se tak bude zvyšovat. Společnost by měla být na tento trend připravena. Je důležité tuto oblast dostatečně prozkoumat, abychom uměli odpovědět na otázky, jaké jsou potřeby seniorů, jak jim společnost může pomoci k prožití delšího, aktivnějšího a spokojenějšího stáří a co by pro takto prožité stáří měli dělat sami senioři.

Dosud v České republice neexistují standardní normy pro *Dotazník životní spokojenosti*. Aby bylo možné využívat dotazník pro diagnostické účely a pro přesnější posuzování životní spokojenosti v subpopulacích, doporučuji sestavit normy s ohledem na českou populaci. Tyto normy by mohly být stanoveny na základě distribuce a vyhodnocení dostatečně velkého počtu *Dotazníků životní spokojenosti* mezi českou populací, nejen seniorskou.

Jsem si vědoma faktu, že výsledky a závěry mé práce vychází z výzkumu provedeného na omezeném počtu seniorů a musí tedy být do jisté míry brány pouze jako indikace. K potvrzení trendů naznačených mou studií by bylo potřeba provést výzkum na větším souboru dotazovaných.

Seznam použité literatury

BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kolektiv. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.

BLAHUŠ, P., ČELIKOVSKÝ S. *Vybrané stati z metodologie vědy*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 142 s.

BORTZ WM. *Zdravě a úspěšně až do přirozené stovky*. Přel. J. Hollanová. Praha: Alternativa, 1995. 257 s. Přel. z: We live too short and die too long.

BUIJSSEN, H. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Přel. H. Kašparovská. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 134 s. Přel. z: The Simplicity of Dementia. ISBN 80-7367-081-X.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *O štěstí a smyslu života*. Přel. E. Hauserová. 6. svazek edice Psychologie P. Praha: Lidové noviny, 1996. 400 s. Přel. Z: Flow (The psychology of optimal experience). ISBN 80-7106-139-5.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

HAMER, D., COPELAND, P. *Geny a osobnost: biologické základy psychiky člověka*. Přel. V. Blecha, O. Prcin, K. Vaňková. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 264 s. Přel. z: Living with Our Genes. Why They Matter More Than You Think. ISBN 80-7178-779-5.

HAMPLOVÁ, D., ŠALAMOUNOVÁ, P., ŠAMANOVÁ, G. aj. *Životní cyklus. Sociologické a demografické perspektivy*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. 308 s. ISBN 80-7330-082-6.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. opravený dotisk. Praha: Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Vyd. 2, opr. Praha: Portál, 2006. 583 s. ISBN 80-7367-123-9.

HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. 304 s. ISBN 80-246-0457-4.

HUĐCOVIC, M., GROH, J. *Aktivní život ve stáří a prevence předčasného stárnutí*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1983. 21 s.

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 56 s. ISBN 80-244-1552-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. 96 s. ISBN 80-85495-33-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

KUČERA, M. *Pohyb v ontogenezi*. In: KUČERA, M., DYLEVSKÝ, I. a kol. *Pohybový systém a zátěž*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. s. 28 - 30. ISBN 80-7169-258-1.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Radosti a strasti prarodičů aneb když máme vnoučata*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 144 s. ISBN 80-7169-455-X.

MŮHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.

PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku?*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 128 s. ISBN 80-7184-486-1.

PONDĚLÍČEK, I. *Stárnutí, osobnost a sexualita*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1981. 248 s.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

SRNEC, J. *Psychologie stárnutí*. In: WOLF, J. a kolektiv. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982. s. 127 - 172.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Přel. J. Krejčí. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. Přel. z: *The Psychology of Ageing*. ISBN 80-7178-274-2.

STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 228 s. ISBN 978-80-7367-282-9.

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. aj. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3.

ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 95 s. ISBN 80-246-0788-3.

ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přepracované vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. 111 s.

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 463 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Přel. Foltýn, J. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 204 s. Přel. Z: Groupwork activities. ISBN 80-7178-970-4.

Internetové zdroje:

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P. Aktivní stárnutí. *Česká geriatrická revue* [časopis on-line]. 2006, č. 3 [citováno 12. března 2008]. Dostupné na World Wide Web: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_06_03_06.pdf.

MACHÁČOVÁ, K., BUNC, V., VAŇKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., VELETA, P. Zkušenosti s hodnocením tělesné zdatnosti seniorů metodou „Senior Fitness Test“. *Česká geriatrická revue* [časopis on-line]. 2007, č. 4. [citováno 12. března 2008]. Dostupné na World Wide Web: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_07_04_09.pdf.

SHROMÁŽDILOVÁ, L. *Internetový zpravodaj AU3V* [on-line]. Poslední úpravy 13.3.2008 [citováno 15. března 2008]. <http://au3v.vutbr.cz/zapisy.php>.

VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Zpráva z empirického výzkumu. [on-line]. Praha: VÚPSV, 2003. [citováno 12. března 2008]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.vupsv.cz/Fulltext/vidrab.pdf>.

Seznam příloh

1. Dotazník životní spokojenosti
2. Geriatrická škála deprese
3. Výsledky aktivních seniorů (hrubý skór)
4. Výsledky pasivních seniorů (hrubý skór)
5. Výsledky aktivních seniorů (standardní skór)
6. Výsledky pasivních seniorů (standardní skór)
7. Výsledky geriatrické škály deprese
8. Fotodokumentace aktivních seniorů

1 Pg 130/02

DOTAZNÍK
Dotazník životní spokojenosti

Univerzita Masarykova v Brně
 Filozofická fakulta
 KABINET DIAGNOSTICKÝCH POMŮCEK
 KATEDRA PSYCHOLOGIE UK FF
 602 00 Praha 1, Celetná 20, tel. (02) 24491606

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④. U každého tvrzení zaškrťávejte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na svém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							

FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestrostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							

VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S vlivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							

PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví: muž žena

Věk: let

Dosažené vzdělání:

- nedokončené základní vzdělání
 základní
 vyučen bez maturity
 vyučen s maturitou
 ukončené středoškolské vzdělání
 ukončené vysokoškolské vzdělání

Rodinný stav:

- ženatý / vdaná
 svobodný(á)
 vdovec / vdova
 rozvedený(á)

Domácnost:

- žiji sám / sama
 žiji s partnerem / partnerkou

Jste zaměstnaný(á)?

- ano
 ano, ve vlastní firmě
 v domácnosti

– anebo jste:

- žák / žákyně
 student / studentka
 v učení
 v důchodu
 nezaměstnaný(á)

Zaměstnání:

Děkujeme za vaši spolupráci.

Příloha 2 Geriatrická škála deprese

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete? ANO – 0 b NE – 1 b
2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy – stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal/a? stejné – 0 b zanechal – 1 b
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života? ANO – 1 b NE – 0 b
4. Často se nudíte? ANO – 1 b NE – 0 b
5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná? dobrá – 0 b špatná – 1 b
6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého? ANO – 1 b NE – 0 b
7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á? šťastný/á – 0 b nešťastný/á – 1 b
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci? ANO – 1 b NE – 0 b
9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost? doma – 1 b společnost – 0 b
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků? ANO – 1 b NE – 0 b
11. Myslíte, že žijeme v hezké době? ANO – 0 b NE – 1 b
12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný/á, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi? ANO, mívám ten pocit – 1 b NE – 0 b
13. Cítíte se převážně dobře plný/á energie, chuti do života? ANO – 0 b NE – 1 b
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu? ANO, mívám ty pocity – 1 b NE – 0 b
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám? ANO, myslím si to – 1 b NE – 0 b

Příloha 3

Aktivní senioři – hrubé skóry (HS)

N	POHLAVÍ	VĚK	VZDĚLÁNÍ	STAV	DOMÁCNOST	POVOLÁNÍ	ZDR	PAZ	FIN	VLC	MAN	DET	VLO	SEX	PZP	BYD	GŽS
1	Ž	75	SŠ	vdova	sama	důchod	38	38	37	42	38	44	40	43	41	42	290
2	Ž	77	VŠ	vdaná	s partnerem	důchod	33	33	38	39	38	38	39	30	43	40	267
3	M	78	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	33	27	29	34	40	37	34	28	33	28	234
4	Ž	69	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	35	34	19	39	42	42	39	37	40	40	279
5	M	74	SŠ	vdovec	sám	důchod	31	37	24	38	0	40	36	25	30	45	214
6	M	75	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	42	45	42	42	42	43	42	42	42	39	292
7	Ž	70	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	38	37	37	48	39	39	37	39	38	43	283
8	M	79	ZŠ	vdovec	sám	důchod	42	35	35	42	0	43	43	42	42	46	297
9	Ž	67	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	40	44	38	42	44	47	43	35	45	40	296
10	Ž	67	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	42	42	42	42	42	33	42	29	42	45	275
11	Ž	72	vyučená b.m.	vdova	s partnerem	důchod	38	38	34	47	43	32	43	40	39	40	284
12	Ž	69	VŠ	vdaná	s partnerem	důchod	38	45	39	45	31	43	39	24	41	47	270
13	M	68	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	39	33	27	33	36	0	33	31	36	41	209
14	M	72	vyučen s m.	ženatý	s partnerkou	důchod	28	32	32	31	41	41	31	29	31	41	243
15	Ž	80	SŠ	vdova	sama	důchod	33	37	30	37	0	39	33	0	35	40	184
16	Ž	71	SŠ	vdova	sama	důchod	32	40	18	35	0	46	29	0	33	46	189
17	M	78	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	39	33	34	41	33	39	39	23	34	40	299
18	Ž	75	VŠ	vdova	sama	důchod	42	49	35	33	0	0	45	0	42	44	164
19	Ž	79	SŠ	vdova	sama	důchod	33	37	39	42	0	41	36	0	40	40	199
20	Ž	80	SŠ	vdova	sama	důchod	37	38	21	35	0	38	27	0	30	34	164
21	M	75	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	29	35	22	28	35	42	32	28	39	31	235
22	Ž	74	SŠ	vdova	sama	důchod	42	42	40	42	0	40	42	0	42	40	206
23	M	77	VŠ	rozvedený	sám	důchod	35	37	13	35	0	26	29	30	36	34	190
24	Ž	71	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	39	36	32	38	42	40	45	28	40	40	273
25	Ž	67	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	40	36	37	45	42	45	42	40	38	42	294
26	Ž	79	VŠ	vdova	sama	důchod	35	42	36	45	0	41	38	0	44	38	206
27	Ž	73	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	37	45	40	45	41	45	40	0	45	44	260
28	M	86	ZŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	44	42	40	40	49	45	44	28	43	42	294
29	Ž	77	SŠ	vdova	sama	důchod	26	39	25	33	0	44	26	0	41	37	181
30	Ž	75	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	35	28	27	41	41	39	30	0	41	46	238

Příloha 4

Pasivní senioři - hrubé skóry (HS)

N	POHLAVÍ	VĚK	VZDĚLÁNÍ	STAV	DOMÁCNOST	POVOLÁNÍ	ZDR	PAZ	FIN	VLČ	MAN	DET	VLO	SEX	PZP	BYD	CZŠ
1	M	71	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	26	40	37	43	40	45	33	30	39	46	276
2	M	77	vyučen s m.	ženatý	s partnerkou	důchod	18	40	39	32	44	47	33	0	34	36	226
3	Ž	72	ZŠ	vdaná	s partnerem	důchod	26	36	31	33	37	48	41	0	39	35	233
4	Ž	66	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	37	30	23	39	41	38	41	39	40	30	268
5	Ž	67	ZŠ	vdaná	s partnerem	důchod	43	28	15	42	42	44	42	42	47	35	294
6	Ž	66	ZŠ	vdaná	s partnerem	důchod	32	41	29	33	40	42	44	36	42	40	277
7	Ž	70	vyučen b.m.	vdova	sama	důchod	35	41	31	35	0	45	42	28	42	40	232
8	Ž	68	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	37	44	27	39	38	45	44	30	42	42	280
9	Ž	82	ZŠ	vdova	sama	důchod	33	41	28	39	0	37	41	0	40	40	197
10	M	78	vyučen s m.	ženatý	s partnerem	důchod	34	41	30	42	39	31	40	40	43	32	267
11	M	82	ZŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	29	31	26	37	41	42	47	0	31	38	247
12	Ž	71	vyučená b.m.	vdaná	s partnerem	důchod	39	45	27	33	38	48	46	0	38	31	234
13	M	78	vyučen b.m.	ženatý	s partnerkou	důchod	21	34	34	33	40	48	34	0	36	31	226
14	Ž	80	vyučená b.m.	vdaná	s partnerem	důchod	40	41	40	41	44	48	42	42	43	43	303
15	M	80	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	38	46	42	38	43	47	44	43	44	44	308
16	Ž	75	vyučena s m.	vdova	sama	zam. i důchod	40	38	40	41	0	41	34	0	37	37	190
17	Ž	70	VŠ	vdova	sama	důchod	40	37	27	43	0	41	38	0	43	40	205
18	M	84	SŠ	rozvedený	sám	důchod	44	46	41	49	0	46	46	46	43	43	273
19	Ž	78	ZŠ	vdova	sama	důchod	20	35	26	42	0	38	35	0	43	47	205
20	Ž	84	vyučená b.m.	vdova	sama	důchod	41	40	30	38	0	0	42	0	36	44	160
21	Ž	75	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	34	42	42	40	43	40	39	39	26	40	267
22	Ž	77	ZŠ	vdova	sama	důchod	18	28	28	28	0	31	28	0	36	36	159
23	Ž	88	vyučená s m.	vdova	sama	důchod	25	46	33	42	0	49	37	0	48	42	218
24	Ž	80	ZŠ	vdova	sama	důchod	33	41	23	42	0	49	40	0	34	41	206
25	Ž	75	vyučená s m.	vdaná	s partnerem	důchod	30	40	32	43	47	35	40	40	44	32	281
26	Ž	76	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	38	42	31	41	37	42	37	36	43	40	276
27	Ž	73	VŠ	vdaná	s partnerem	důchod	42	48	26	42	45	35	44	37	45	44	292
28	M	78	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	37	43	27	41	47	34	42	32	45	44	286
29	M	74	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	38	42	31	41	37	42	37	36	43	40	276
30	M	76	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	35	42	42	41	43	40	40	39	25	40	269

Příloha 5

Aktivní senioři - standardní skóry (STANINY)

N	POHLAVÍ	VĚK	VZDĚLÁNÍ	STAV	DOMÁCNOST	POVOLÁNÍ	ZDR	PAZ	FIN	VLČ	MAN	DET	VLO	SEX	PZP	BYD	CŽS	DEPR
1	Ž	75	SŠ	vdova	sama	důchod	6	8	5	6	6	7	5	9	6	5	7	0
2	Ž	77	VŠ	vdaná	s partnerem	důchod	5	6	5	5	6	5	5	7	6	5	6	2
3	M	78	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	4	3	2	4	4	5	3	4	4	2	3	4
4	Ž	69	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	5	7	2	5	6	6	5	7	5	5	4	4
5	M	74	SŠ	vdovec	sám	důchod	4	6	2	5	0	5	4	3	3	7	3	3
6	M	75	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	7	8	7	6	5	6	6	8	7	5	7	0
7	Ž	70	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	6	7	5	7	5	4	4	7	5	6	7	2
8	M	79	ZŠ	vdovec	sám	důchod	7	5	4	6	0	6	6	9	6	7	7	0
9	Ž	67	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	6	8	5	6	6	8	7	7	8	8	7	4
10	Ž	67	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	7	7	7	6	6	3	6	5	6	7	7	6
11	Ž	72	vyučená b.m.	vdova	s partnerem	důchod	6	7	4	7	6	3	7	8	5	5	7	2
12	Ž	69	VŠ	vdaná	s partnerem	důchod	6	8	6	7	4	6	5	3	6	8	7	2
13	M	68	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	6	5	3	4	3	0	3	5	4	5	4	4
14	M	72	vyučen s.m.	ženatý	s partnerkou	důchod	3	5	4	4	5	5	2	5	3	5	2	4
15	Ž	80	SŠ	vdova	sama	důchod	5	7	3	5	0	5	4	0	4	5	4	1
16	Ž	71	SŠ	vdova	sama	důchod	4	7	1	4	0	8	2	0	4	7	3	1
17	M	78	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	6	8	3	5	2	5	4	3	4	5	5	4
18	Ž	75	VŠ	vdova	sama	důchod	7	9	5	4	0	0	8	0	6	7	7	1
19	Ž	79	SŠ	vdova	sama	důchod	5	7	5	6	0	5	5	0	5	5	6	0
20	Ž	80	SŠ	vdova	sama	důchod	6	8	1	4	0	5	2	0	3	3	4	7
21	M	75	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	4	5	2	3	3	6	3	4	6	2	2	6
22	Ž	74	SŠ	vdova	sama	důchod	7	7	6	6	0	5	6	0	6	5	7	0
23	M	77	VŠ	rozvedený	sám	důchod	5	5	1	4	0	1	2	6	5	5	3	2
24	Ž	71	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	6	7	4	5	6	5	8	5	5	5	5	4
25	Ž	67	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	6	7	5	7	6	7	6	8	5	6	7	1
26	Ž	79	VŠ	vdova	sama	důchod	6	9	5	7	0	5	5	0	7	4	6	0
27	Ž	73	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	5	8	6	7	6	7	5	0	8	7	7	5
28	M	66	ZŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	3	6	5	5	8	3	7	4	7	5	7	3
29	Ž	77	SŠ	vdova	sama	důchod	4	8	2	4	0	7	1	0	6	4	4	2
30	Ž	75	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	5	5	3	5	6	4	3	0	6	7	5	3

Příloha 6

Pasivní senioři - standardní skóry (STANINY)

N	POHLAVÍ	VĚK	VZDĚLÁNÍ	STAV	DOMÁCNOST	POVOLÁNÍ	ZDR	PAZ	FIN	VLČ	MAN	DET	VLO	SEX	PZP	BYD	CŽS	DEPR
1	M	71	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	3	7	3	6	4	7	3	5	6	8	5	3
2	M	77	vyučen s m.	ženatý	s partnerkou	důchod	1	6	2	4	5	8	3	0	4	4	3	5
3	Ž	72	ZŠ	vdaná	s partnerem	důchod	3	7	4	4	5	8	6	0	5	3	4	3
4	Ž	66	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	5	6	2	5	6	4	6	7	5	2	4	3
5	Ž	67	ZŠ	vdaná	s partnerem	důchod	7	4	1	6	6	7	6	8	8	3	6	4
6	Ž	66	ZŠ	vdaná	s partnerem	důchod	4	7	3	4	5	6	8	7	6	5	5	2
7	Ž	70	vyučena b.m.	vdova	sama	důchod	5	7	4	4	0	7	6	5	6	5	5	3
8	Ž	68	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	5	8	3	5	5	7	8	6	6	6	5	1
9	Ž	82	ZŠ	vdova	sama	důchod	5	9	3	5	0	4	6	0	5	5	6	2
10	M	78	vyučen s m.	ženatý	s partnerem	důchod	5	6	2	6	4	2	5	8	7	3	5	1
11	M	82	ZŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	4	4	2	4	4	6	8	0	3	9	5	2
12	Ž	71	vyučena b.m.	vdaná	s partnerem	důchod	6	8	3	4	5	8	8	0	5	3	5	6
13	M	76	vyučen b.m.	ženatý	s partnerkou	důchod	1	5	3	5	4	8	3	0	5	3	3	6
14	Ž	80	vyučena b.m.	vdaná	s partnerem	důchod	7	9	6	5	7	8	6	9	6	6	7	3
15	M	80	SŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	6	7	6	5	7	6	7	9	7	6	7	3
16	Ž	75	vyučena s m.	vdova	sama	zam. i důchod	6	7	6	5	0	5	4	0	4	4	6	2
17	Ž	70	VŠ	vdova	sama	důchod	6	7	3	6	0	5	5	0	7	5	6	7
18	M	84	SŠ	rozvedený	sám	důchod	8	7	6	2	0	8	3	9	7	6	5	2
19	Ž	78	ZŠ	vdova	sama	důchod	3	6	2	6	0	5	4	0	6	7	5	6
20	Ž	84	vyučena b.m.	vdova	sama	důchod	7	8	3	5	0	0	6	0	4	6	6	1
21	Ž	75	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	4	7	7	5	6	5	5	7	2	5	5	7
22	Ž	77	ZŠ	vdova	sama	důchod	2	5	3	2	0	3	3	0	4	4	3	1
23	Ž	88	vyučena s m.	vdova	sama	důchod	3	9	4	6	0	9	5	0	8	5	6	1
24	Ž	80	ZŠ	vdova	sama	důchod	5	9	1	6	0	9	5	0	4	5	5	1
25	Ž	75	vyučena s m.	vdaná	s partnerem	důchod	4	7	4	6	7	4	5	8	7	3	5	1
26	Ž	76	SŠ	vdaná	s partnerem	důchod	7	9	3	5	6	6	5	8	6	5	6	1
27	Ž	73	VŠ	vdaná	s partnerem	důchod	7	9	3	6	6	4	8	7	8	7	7	1
28	M	76	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	6	8	2	5	3	4	6	6	7	6	6	1
29	M	74	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	6	7	3	0	4	6	3	6	7	5	6	3
30	M	76	VŠ	ženatý	s partnerkou	důchod	4	6	6	5	5	5	5	8	1	5	5	8

Příloha 7

Geriatrická škála deprese
(počet negativně zodpovězených otázek u každé kategorie)

otázka	a.ženy	a.muži	a.ženy + a.muži	p.ženy	p.muži	p.ženy + p.muži	ženy a.+ p.	muži a. + p.
1	1	1	2	4	2	6	5	3
2	2	4	6	4	4	8	6	8
3	3	2	5	1	2	3	4	4
4	2	0	2	1	1	2	3	1
5	0	0	0	3	2	5	3	2
6	6	1	7	8	2	10	7	3
7	1	0	1	3	1	4	4	1
8	0	0	0	5	1	6	5	1
9	5	5	10	6	6	12	11	11
10	2	2	4	5	2	7	7	4
11	10	6	16	15	6	21	25	12
12	3	2	5	1	0	1	4	2
13	2	2	4	1	3	4	3	5
14	4	2	6	1	1	2	5	3
15	6	3	9	4	2	6	10	5

Vysvětlivky zkratk a značení

	muž
	nezodpovězené otázky

vyučen/a s m.
vyučen/a b.m.
zam.
a.ženy
a.muži
p.ženy
p.muži

vyučen/a s maturitou
vyučen/a bez maturity
zaměstnaný/á
aktivní ženy
aktivní muži
pasivní ženy
pasivní muži

ZDR
PAZ
FIN
VLČ
MAN
DĚT
VLO
SEX
PZP
BYD
CŽS
DEPR.

zdraví
práce a zaměstnání
finanční situace
volný čas
manželství a partnerství
vztah k vlastním dětem
vlastní osoba
sexualita
přátelé, známí a příbuzní
bydlení
celková životní spokojenost
geriatrická škála deprese

Příloha 8

Fotodokumentace aktivních seniorů



