

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra psychologie**



**Diplomová práce**

**Životní spokojenost seniorů**

**Bc. Dominika Kamžová**

© 2022 ČZU v Praze



# ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Dominika Kamžová

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

**Životní spokojenost seniorů**

Název anglicky

**Life Satisfaction among elderly people**

---

### Cíle práce

Hlavním cílem této práce je zjistit míru životní spokojenosti u seniorů.

Cílem teoretické části bude vymezit teoretická východiska problematiky životní spokojenosti a kvality života, a dále pak problematiky stáří a stárnutí.

Praktická část práce bude zaměřena na klíčové faktory ovlivňující spokojenost seniorů, na jejich životní úroveň a na analýzu životní spokojenosti seniorů v kontextu specifických fyzických, psychických a sociálních aspektů života.

### Metodika

Práce bude rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část bude zpracovávat poznatky současné odborné literatury zaměřené na zvolenou problematiku.

Empirická část práce bude obsahovat kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření v populaci seniorského věku. Výsledky výzkumu budou popsány, vyhodnoceny, interpretovány a diskutovány.

**Doporučený rozsah práce**

80 stran

**Klíčová slova**

Životní spokojenost, stáří, kvalita života, dotazníkové šetření

---

**Doporučené zdroje informací**

BLATNÝ, M. *Psychologie osobnosti : hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.

BLATNÝ, M. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno : Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-86633-35-7.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů : v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

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

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství* . Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

---

**Předběžný termín obhajoby**

2022/23 LS – PEF

**Vedoucí práce**

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

**Garantující pracoviště**

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 9. 3. 2022

**PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.**

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 10. 3. 2022

**doc. Ing. Tomáš Šubrt, Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 30. 11. 2022

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Životní spokojenost seniorů" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31. 11. 2022

---

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D., za vedení mé diplomové práce, cenné rady a konzultace v průběhu zpracování dané práce.

# Životní spokojenost seniorů

## Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na životní spokojenost seniorů, a to konkrétně seniorů žijících ve vlastní domácnosti a v pečovatelském zařízení – Domov seniorů Říčany.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje vymezení pojmů životní spokojenost, kvalita života, senior, stárnutí a stáří. Dále se zde pojednává o teoretických poznatcích demografického stárnutí obyvatelstva České republiky a o sociálních službách pro seniory včetně historického vývoje péče o seniory. Praktická část se zabývá seniory ve vlastní domácnosti a v Domově seniorů Říčany. Pro zjištění životní spokojenosti bylo využito dotazníkové šetření pomocí Dotazníku životní spokojenosti (DŽS). Dotazník se zaměřuje na oblasti: Vlastní osoba, Zdraví, Manželství a partnerství, Vztah k dětem, Přátelé, známí, příbuzní, Volný čas, Práce a zaměstnání, Finanční situace a Bydlení. Pojednává se zde i o životních radostech a obavách. V závěru práce je provedeno vyhodnocení dotazníkového šetření a následná komparace. Získaná data z dotazníkového šetření byla adekvátně statisticky zpracována.

**Klíčová slova:** senior, životní spokojenost, kvalita života, stárnutí, stáří, Česká republika, sociální služby pro seniory

# Life Satisfaction among elderly people

## **Abstract**

The diploma thesis is focused on the life satisfaction among elderly people, specifically seniors living in their own households and in care facility – Domov seniorů Říčany.

Thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part contains definitions of the terms life satisfaction, quality of life, seniors, aging and old age. It also discusses the theoretical findings of the demographic aging of the population of the Czech Republic and social services for the elderly, including the historical development of care for the elderly. The practical part deals with seniors in their own households and in Domov seniorů Říčany. We used Life Satisfaction Questionnaire for determine life satisfaction among these elderly people. The questionnaire focuses on the following areas: Own person, Health, Marriage and Partnership, Relationship with children, Friends, acquaintances, relatives, Free time, Work and employment, Financial situation and Housing. Life's joys and fears are also discussed here. At the end of the thesis is an evaluation of the questionnaire survey and then a comparison. The data obtained from the survey were adequately statistically processed.

**Keywords:** senior, life satisfaction, quality of life, aging, old age, Czech Republic, social services for seniors



# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>Cíl práce a metodika .....</b>	<b>14</b>
2.1	Cíl práce .....	14
2.2	Metodika.....	14
<b>3</b>	<b>Teoretická východiska .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>Životní spokojenost .....</b>	<b>15</b>
3.1.1	Definice životní spokojenosti.....	15
3.1.2	Faktory ovlivňující životní spokojenost u starších lidí .....	16
<b>3.2</b>	<b>Kvalita života .....</b>	<b>16</b>
3.2.1	Definice kvality života .....	17
3.2.2	Rozsah pojetí kvality života.....	18
3.2.3	Dimenze kvality života .....	19
<b>3.3</b>	<b>Měření kvality života.....</b>	<b>19</b>
3.3.1	Metody měření kvality života u seniorů .....	20
<b>3.4</b>	<b>Stárnutí a stáří.....</b>	<b>21</b>
3.4.1	Gerontologie.....	22
3.4.2	Příprava na stáří .....	23
3.4.3	Adaptace na stáří.....	24
3.4.4	Periodizace stáří .....	24
3.4.5	Aspekty stárnutí .....	25
<b>3.5</b>	<b>Demografické stárnutí obyvatelstva ČR .....</b>	<b>28</b>
<b>3.6</b>	<b>Senior .....</b>	<b>36</b>
3.6.1	Senior a rodina .....	36
3.6.2	Potřeby seniora.....	38
3.6.3	Ageismus .....	39
3.6.4	Volný čas a aktivity seniorů.....	40
<b>3.7</b>	<b>Sociální služby pro seniory .....</b>	<b>42</b>
3.7.1	Historický vývoj péče o seniory.....	42
3.7.2	Vymezení sociálních služeb pro seniory .....	43
3.7.3	Domovy pro seniory.....	44
3.7.4	Domovy s pečovatelskou službou.....	45
<b>4</b>	<b>Vlastní práce.....</b>	<b>47</b>
4.1	Stanovení cílů výzkumu .....	47
4.2	Stanovení hypotéz.....	47

<b>4.3</b>	<b>Etické aspekty výzkumu .....</b>	<b>47</b>
<b>4.4</b>	<b>Popis a volba vzorku zkoumaných osob.....</b>	<b>48</b>
<b>4.5</b>	<b>Popis použitých metod a jejich aplikace.....</b>	<b>49</b>
4.5.1	Dotazník životní spokojenost.....	49
4.5.2	Statistické zpracování .....	50
<b>4.6</b>	<b>Výsledky dotazníkového šetření.....</b>	<b>51</b>
4.6.1	Obecné informace o respondentech .....	51
4.6.2	Vyhodnocení dotazníkového šetření .....	62
4.6.3	Platnosti hypotéz.....	77
<b>5</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>80</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>85</b>

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1-	Věkové složení seniorské populace 65+ ve vybraných letech (stav k 31.12.)..	34
Obrázek 2 -	Senioři ve věku 65+ podle pohlaví, věku a rodinného stavu k 31.12. 2020 ....	34
Obrázek 2 -	Naděje dožití při narození podle pohlaví v krajích ČR.....	35
Obrázek 4 -	Maslowova pyramida lidských potřeb .....	38
Obrázek 5 -	Existenciální potřeby - potřeby bezpečí a jistot .....	39
Obrázek 6 -	Domov seniorů Říčany.....	49

## **Seznam grafů**

Graf 1-	Podíl respondentů podle domácnosti.....	51
Graf 2 -	Podíl respondentů podle pohlaví v porovnání s domácností.....	52
Graf 3 –	Podíl respondentů podle věkových skupin v porovnání s domácností.....	53
Graf 4 -	Podíl respondentů podle velikosti obce, ve které žijí v porovnání s domácností...	54
Graf 5 -	Podíl respondentů podle kraje, ve kterém žijí v porovnání s domácností .....	55
Graf 6 -	Podíl respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání v porovnání s domácností .....	56
Graf 7 -	Podíl respondentů podle oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání v porovnání s domácností .....	57
Graf 8 -	Podíl respondentů podle rodinného stavu v porovnání s domácností .....	58

Graf 9 - Podíl respondentů podle zaměstnání v porovnání s domácnostmi .....	59
Graf 10 - Podíl respondentů podle zálib v porovnání s domácnostmi .....	60
Graf 11 - Podíl respondentů podle způsobu vzdělávání v porovnání s domácnostmi .....	61
Graf 12 - Podíl respondentů podle preferovaného zaměření kurzů v porovnání s domácnostmi .....	62
Graf 13 - Vlastní osoba .....	64
Graf 14 - Zdraví .....	65
Graf 15 - Manželství a partnerství .....	66
Graf 16 – Podíl respondentů s dětmi v porovnání s domácnostmi .....	67
Graf 17- Vztah k dětem.....	68
Graf 18- Přátelé, známí a příbuzní .....	69
Graf 19- Volný čas.....	70
Graf 20 - Podíl respondentů podle zaměstnání v porovnání s domácnostmi .....	71
Graf 21- Práce a zaměstnání .....	72
Graf 22- Finanční situace.....	73
Graf 23 - Bydlení .....	74
Graf 24 - Životní radosti .....	76
Graf 25- Životní obavy .....	77

## Seznam tabulek

Tabulka 1- Čtyři kvality života podle Veenhovenové .....	18
Tabulka 2 - Situace a výhled úhrnné plodnosti v letech 1980 až 2065 ve vybraných zemích OECD.....	32
Tabulka 3 - Vlastní osoba .....	63
Tabulka 4 - Zdraví .....	64
Tabulka 5 - Manželství a partnerství .....	66
Tabulka 6 - Vztah k dětem.....	67
Tabulka 7 - Přátelé, známí a příbuzní .....	69
Tabulka 8 - Volný čas.....	70
Tabulka 9 - Práce a zaměstnání .....	71
Tabulka 10 - Finanční situace.....	73
Tabulka 11- Bydlení .....	74
Tabulka 12- Životní radosti .....	75

Tabulka 13- Životní obavy.....	76
--------------------------------	----

# 1 Úvod

Stárnutí a stáří je součástí života každého z nás, a proto bychom se touto životní etapou měli více zabývat. Tato problematika bude z ekonomických, politických i sociálních důvodů stále aktuálnější a diskutovanější tématem. Jedná se o jev celospolečenský, ale i zcela individuální.

Stárnutí populace je dlouhodobým trendem, který i díky moderním technologiím, novým medikačním prostředkům a inovativním léčebným postupům bude ještě mnoho let pokračovat. Tento trend povede k většímu zatížení osob v produktivním věku, kteří se budou snažit zajistit sociální výdaje na řadu služeb spojených se stárnutím obyvatelstva.

Životní spokojenost i kvalita života jednotlivých osob je spojená s historickým, geografickým, ekonomickým i společenským kontextem. Dokáže je ovlivnit životní zkušenost člověka i životní podmínky a jejich subjektivní vnímání, jelikož v současné době panuje shoda odborníků, že kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může říci, zda se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Pohled vnějšího okolí může být nejen povrchní, ale hlavně mylný. Je patrné, že pohled na kvalitu života se může měnit s věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením a dalšími okolnostmi.

Jestliže pro seniora již není možné nebo bezpečné žít ve vlastní domácnosti, je postaven před velice náročné rozhodnutí – strávit zbytek svého života v pečovatelském zařízení. Senioři řešení tohoto rozhodnutí většinou odkládají a nepřipouštějí si, že by mělo být na čase svůj domov opustit. V novém prostředí je senior nucen se přizpůsobit tamním podmínkám a najít si nové kontakty. Může nastat i ohrožení ztráty intimity či adaptační šok. Pracovníci v pečovatelských zařízeních by si měli uvědomovat důležitost subjektivního vnímání kvality života seniorů a zaměřit se na potřeby současných seniorů. Zvyšováním kvality těchto zařízení můžeme směřovat k jejich spokojenému a důstojnému životu.

## **2 Cíl práce a metodika**

### **2.1 Cíl práce**

Hlavním cílem diplomové práce je analýza a zhodnocení životní spokojenosti seniorů, a to konkrétně klientů ve vybraném domově pro seniory a seniorů žijících ve vlastní domácnosti. V rámci vlastního výzkumu bude provedeno dotazníkové šetření. Sekundárním cílem je zjistit, zda je nějaký rozdíl mezi těmito skupinami seniorů.

### **2.2 Metodika**

Vlastní výzkum byl založen na standardizovaném Dotazníku životní spokojenosti (1. české vydání Testcentrum, Praha 2001) autorů J. Fahrenberga, M. Myrteka, J. Schumachera, E. Brählera v překladu a úpravě K. Rodné a T. Rodného, který podléhá administraci osobou odpovídajícího vzdělání (psychologem) či jeho odbornému doзору a není volně přístupný. Dotazník je určen pro individuální diagnostiku i pro posuzování kvality života u vybraných skupin populace. Z uvedeného dotazníku byly využity škály (oblasti) Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Přátelé, známí a příbuzní, Bydlení. Každá škála je sycena 7 položkami v intencích sedmibodové škály od velmi nespokojen(a) po velmi spokojen(a). Dotazník životní spokojenosti byl doplněn škálou Volný čas autorky P. Rymešové a Dotazníkem životních radostí a starostí téže autorky, kdy je každá z uvedených škál (oblastí) sycena 12ti položkami hodnocenými na pětibodové škále. Šetření bylo dále doplněno o položky zjišťující vybrané sociodemografické charakteristiky.

## 3 Teoretická východiska

### 3.1 Životní spokojenost

Definice pojmů životní spokojenost, štěstí, subjektivní nebo psychologické blaho mají mnoho společného, i přes značné rozdíly. Tyto definice zdůrazňují subjektivitu hodnocení neboli to, že lidé jsou šťastní a spokojeni, pokud se tak cítí či o sobě říkají, že se tak cítí (Hamplová, 2006, s. 37).

O pozitivních stránkách lidského života se v psychologii začalo více věnovat až od 80. let minulého století, kdy se osobní pohoda stala jedním z nejvíce studovaných psychologických témat (Blatný, 2005, s. 6). Dle amerických psychologů Myerse a Dienera dříve převažovaly studie o negativních stavech a situacích nad těmi pozitivními v poměru 17 : 1. Počet článků o životní spokojenosti, štěstí, osobní pohodě apod. se zvýšil až na 780 článků za rok (Myers & Diener, 1995, s. 10).

#### 3.1.1 Definice životní spokojenosti

Definovat životní spokojenost je složité, jelikož existuje několik různých pohledů a každý autor pojem definuje jinak.

Životní spokojenost je asi nejčastěji spojována s pojmem „*well-being*“ neboli „*osobní pohoda*“. Významně podobnými výrazy je pak životní spokojenost (life satisfaction), štěstí (happiness), kvalita života (quality of life), blaho (welfare), ale i zdraví (health) nebo duševní zdraví (mental health) (Vanda Zemanová, 2015, s. 51-52).

Dle Křivohlavého je pojem „*well-being*“ spojen s tím, jak je danému člověku dobře. Autor poukazuje na to, že „*hodnocení toho jak moc dobře mu je, je však viděno jen a jen ze subjektivního pohledu dané osoby – jen právě ten dotýčný to pociťuje a jen on sám to hodnotí podle svých osobních měřítek*“ (Křivohlavý, 2013, s. 27).

Často jsou zaměňovány pojmy životní spokojenost, subjektivní dobré zdraví a kvalita života, jelikož převažuje shoda v názoru, že kognitivní (bilanční) a afektivní složky všech oblastí života (sociální vztahy, zdraví, psychická stabilita apod.) se mohou podílet na životní spokojenosti (Rybičková, 2006, s. 1).

Blatný popisuje životní spokojenost jako komponentu osobní pohody – vědomé globální hodnocení vlastního života jakožto celku. DeNeveová a Cooper (1998) provedli meta-analýzu 146 studií, ve kterých byly zkoumány vztahy mezi osobní pohodou a osobnostními

charakteristikami. Osobní pohoda v těchto studiích byla vyjádřena pojmem životní spokojenost ve 102 případech (Blatný, 2010, s. 85).

### **3.1.2 Faktory ovlivňující životní spokojenost u starších lidí**

Jedním z nejvlivnějších faktorů u starších lidí je moudrost neboli mít odborné znalosti v základní pragmatice života, tendence k reflexi vlastního chování a také laskavost a empatie místo egoismu. Zatímco fyzické zdraví, socioekonomický status a sociální angažovanost hrají významnou roli v životní spokojenosti starších (i všech ostatních) lidí, bylo zjištěno, že moudrost má 2x větší vliv. Tohle především platí pro ženy, jelikož testy ukázaly, že fyzické zdraví je více důležité pro starší muže, než ženy.

Novější studie z Číny také zdůraznily důležitost zdraví, jako primárně určujícího faktoru životní spokojenosti pro starší osoby. Celkový seznam důležitých faktorů zahrnoval:

- Pohlaví
- Vzdělání
- Místo bydliště
- Zdravotní status
- Kognitivní schopnosti
- Pravidelné fyzické vyšetření
- Vnímání relativního ekonomického statusu
- Přístup k sociálnímu zabezpečení
- Komericializovaná pojištění
- Uspořádání bydlení (s členy rodiny +)
- Počet sociálních služeb k dispozici v komunitě

Tato studie také poukázala na to, že sebehodnocení zdraví má větší vliv na životní spokojenost, než objektivní měření zdraví (Ackerman, 2021).

## **3.2 Kvalita života**

Tento pojem se začal ve společenských vědách objevovat ve druhé polovině 20. století a jako první ho použil americký ekonom a sociolog Galbraith. Se vznikem mezinárodních vědeckých a společenských organizací se pojem „kvalita života“ dostal i do koncepčních dokumentů OSN (Hudáková & Majerníková, 2013, s. 32).



### 3.2.1 Definice kvality života

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vaňurová & Mühlpachr, 2005, s. 11). Výzkum kvality života je označován za podstatné téma současné sociologie, i když velmi kontroverzní, jelikož neexistuje přesný a jednoznačný koncept, co „kvalita života“ znamená. Začátkem 20. století se kvalita života chápala především jako materiální úroveň společnosti. V 60. letech se začalo uvažovat o širším pojetí tohoto pojmu a kvalitou života se rozuměla nematerialistická dimenze života. V dnešní době se výzkum kvality života zaměřuje hlavně na subjektivní vnímání a hodnocení vlastního života (Hamplová, 2006, s. 36).

Kvalita života je tedy subjektivní a individuální. Znázorňuje rozpor mezi očekáváním a realitou (možnostmi a skutečností), které můžeme redukovat adekvátní intervencí. O kvalitě života se dá také říci, že má dynamický charakter, což znamená, že v různých životních etapách a situacích se může obsah tohoto pojmu výrazně lišit (Hudáková & Majerníková, 2013, s. 39). Během běžné komunikace se výraz „kvalita života“ obvykle spojuje s pozitivní konotací pojmu kvalita (kvalitní = dobrý). Kdežto v odborném jazyce se používá k vyjádření pozitivních i negativních aspektů života. Posouzení, zda je náš život kvalitní či ne, je založeno na porovnávání našeho života s očekávanou (žádoucí) úrovní a nebo životem druhých osob. Jaký je ale standard či norma pro stanovení, že je náš život kvalitní (dobrý) (Gurková, 2011, s. 22)?

Na členění konceptů kvality života se podílela i Veenhovenová ve své teorii „čtyř kvalit života“ (2000). Tyto čtyři kvality představují předpoklady (životní šance), životní výsledky, vnější (charakteristiky prostředí i společnosti) a vnitřní (charakteristiky individua) kvality. Tyto stanovené kvality života pak dovolují členit koncepty dobrého života podle toho, kterým aspektem kvality života se zabývají. Kvadrant A představuje vhodnost prostředí - ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně-politické vědy. Kvadrant B zahrnuje životaschopnost jedince - fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky. Do kvadrantu C patří užitečnost života - vnější užitečnost jedince pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a je obvykle předmětem zájmu filozofie. Kvadrant D znázorňuje vlastní hodnocení

života - hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převládající nálady a celkové spokojenosti se životem (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 9).

*Tabulka 1- Čtyři kvality života podle Veenhovenové*

	VNĚJŠÍ KVALITA	VNITŘNÍ KVALITA
PŘEDPOKLADY	<b>A. Vhodnost prostředí</b> Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	<b>B. Životaschopnost jedince</b> Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
VÝSLEDKY	<b>C. Užitečnost života</b> Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce	<b>D. Vlastní hodnocení života</b> Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

*Zdroj: Vlastní zpracování dle (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 9)*

### 3.2.2 Rozsah pojetí kvality života

Rozlišují se tři hierarchicky odlišné sféry:

- **Makro-rovina** – jedná se o kvalitu života, která se zabývá na rovině velkých společenských celků (daný stát, kontinent, apod.). Tato problematika se v makro-rovině stává součástí základních politických úvah, např. problematika boje s terorismem, epidemiemi, hladomorem, apod.
- **Mezo-rovina** – jedná se o kvalitu života, která se zabývá v rovině malých sociálních skupin, např. škola, nemocnice, podnik. Vedle respektu k morální hodnotě života jedince se do popředí dostávají také otázky týkající se sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování či neuspokojování základních potřeb každého jedince dané skupiny.
- **Personální rovina** – ve středu zájmu je život jedince a během hodnocení kvality života posuzujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti apod. K subjektivitě získaných informací vstupují i osobní hodnoty jedince, jeho představy, očekávání, apod., které mohou ovlivnit vnímání kvality života.

- **Rovina fyzické existence** – jedná se o rovinu, ve které se pozoruje objektivně měřitelné a srovnatelné chování druhých osob, např. chůze před a po ortopedické operaci. Této rovině chybí dimenze, která je pro hlubší chápání kvality života nezbytná (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 15).

### 3.2.3 Dimenze kvality života

Ke konceptu kvality života přistupujeme z hlediska objektivního a subjektivního. Odborníci se v dnešní době přiklánějí k subjektivnímu hodnocení jako podstatnému a určujícímu pro život člověka, a to ve všech oborech. I v lékařství došlo k posunu, kde pro měření zdraví byly považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější (pro výběr další léčby a pomoci) ukazatele objektivní (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 17).

Objektivní kvalita života pozoruje materiální zabezpečení, sociální status, sociální podmínky života a fyzické zdraví. Je možno ji definovat jako souhrn ekonomických, zdravotních, sociálních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život jedince (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 17).

Co se týče subjektivní kvality života, ta se zabývá člověkem a jeho vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost závisí na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 17).

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozdělila dimenze kvality života za účelem měření na 4 základní oblasti, které vyjadřují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- **Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – odpočinek, bolest, energie, únava, schopnost pracovat, mobilita, apod.
- **Psychické zdraví a duchovní stránka** – sebehodnocení, myšlení, učení, negativní a pozitivní pocity, víra, soustředění, apod.
- **Sociální vztahy** – sociální podpora, osobní vztahy, sexuální aktivita, apod.
- **Prostředí** – bezpečí, finanční zdroje, dostupnost zdravotnictví a sociální péče, fyzikální prostředí (hluk, znečištěný vzduch, klima) (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 18-19)

### 3.3 Měření kvality života

V lékařství se začalo s měřením kvality života již v poválečných letech. Kvalita života se rozuměla jako objektivní ukazatel nezávislosti a fungování v běžném životě (tzv. performance status) a využívala se hlavně v onkologii, např. při posuzování nežádoucích účinků

při chemoterapii. V 60. a 70. letech se kvalita života hodnotila prostřednictvím tzv. indexů kvality života, který posuzují zdravotní, funkční a psychosociální aspekty pacientovy situace. Tyto indexy se využívaly především v onkologii, transplantologii a neonatologii jako rozhodovací kritéria pro to, jestli poskytnout života zachraňující léčbu, což vyvolalo vlnu kritiky a od této metody se ustoupilo. V 80. letech se měření kvality života dostalo do všech oblastí lékařství a stalo se předmětem společenských věd. Vzhledem k zaměření se na pacienta a jeho pohled se začaly zavádět sebesuzovací škály a dotazníky. Pozorování kvality života bylo např. podstatným kritériem úspěšnosti transformace psychiatrické péče v USA a také států na západní Evropě. Měření kvality života bylo v 90. letech standardním postupem pro hodnocení farmakoterapie a došlo k významnému rozvoji v tomto odvětví. Nezbytnost instrumentů pro mezinárodní studie vedla k vytvoření závazných pravidel pro vývoj, překlad a platnost instrumentů, ke vzniku mezinárodních výzkumných ústavů a pracovních skupin a podílela se na rozvoji nových psychometrických postupů (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 9-10).

### 3.3.1 Metody měření kvality života u seniorů

Tyto metody mohou poskytnout cenné podklady pro aplikaci určitých opatření, zaměřených na zlepšení kvality života seniorů.

Mezi první výzkumy sledující individuální preference oblastí kvality života u zdravých seniorů byla studie z Dublinu, která využila dotazník **SEIQOL** (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Respondenti měli uvést 5 oblastí, které jsou pro kvalitu jejich života nejdůležitější. Skupina seniorů jmenovala sociální kontakty a činnosti ve volném čase, zdraví, rodinu, bydlení a náboženství (Dragomirecká & Prajsová, 2009, s. 10).

Známostou metodou je i např. **Profil kvality života seniorů – QOLSV** (Quality Of Life Profile: Seniors Version). Metoda vznikla pod záštitou kanadského ministerstva zdravotnictví a byla vyvinuta ve spolupráci se seniory. Dotazník může být využit při plánování a hodnocení péče na úrovni jedince i společnosti jako celku nebo při identifikování zdravotních potřeb a nároků na služby. Dotazník se skládá z oblastí Existence (fyzická stránka, psychická stránka), Sounáležitost (místo mezi lidmi, místo ve společnosti) a Adaptabilita (každodenní život, volný čas, plány do budoucnosti) (Vaňurová & Mühlpachr, 2005, s. 19-20).

Dalším nástrojem pro měření kvality života seniorů je **WHOQOL-OLD**, který vyvinula Světová zdravotnická organizace (WHO). WHOQOL-OLD je modifikací nástroje pro měření kvality života běžné populace WHOQOL-100. Vývoj metody probíhal za podpory projektu EU Framework 5 Programme na univerzitě v Edinburhu, která spolupracovala s dalšími 22

zeměmi. Cílem projektu bylo zformovat instrument k měření kvality života ve stáří pro zdravou, ale i nemocnou starší populaci na základě stávajících dotazníků kvality života od WHO. Dotazník je zaměřen na 6 oblastí, které jsou významné pro osoby vyššího věku, a to fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, blízké vztahy a postoj k smrti (Vařurová & Mühlpachr, 2005, s. 107).

Pro zjištění životní spokojenosti je využíván i **Dotazník životní spokojenosti ŽIS**, jehož autorem je Knobloch. Dotazník se zabývá 20 okolnostmi, které mohou přispívat ke spokojenosti nebo nespokojenosti jedince. Respondent označuje počet nepříznivých okolností, jejich intenzitu a jak moc na něj tyto okolnosti působí. Mezi nepříznivé životní okolnosti můžeme řadit: zdravotní stav (tělesný, duševní), tělesný vzhled, manželství, práci, děti, povahové vlastnosti, finance apod. (Svoboda, 2005, s. 229).

Další metodou je **Index životní spokojenosti LISIA**, který vznikl v roce 2003 a jehož tvůrci jsou Kožený a Tišinská. Nástroj obsahuje 14 položek a je vhodný pro odhad subjektivně prožívané životní spokojenosti seniorek žijících v komunitě (STARFOS, 2003).

Pro měření životní spokojenosti se dále využívá **Dotazník životní spokojenosti (DŽS)**, jehož autory je Fahrnberg, Myrtek, Schumacher a Braähler. Byl využit i v této práci, proto si jej podrobněji představíme později (Fahrenberg, a kol., 2001).

### 3.4 Stárnutí a stáří

Pojem stárnutí se nejčastěji chápe jako součet změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. Stárnutí je tedy souhrn změn, kterým podléhá organismus během času (Dvořáčková, 2012, s. 10). Dle Pacovského lze stárnutí chápat jako přechodné vývojové období mezi dospělostí a stářím (Pacovský, 1990, s. 30).

Pojem stáří je složité jednoznačně vymezit. V odborné literatuře se nacházejí různé definice, které na tuto problematiku pohlíží z mnoha hledisek a projevů (Dvořáčková, 2012, s. 10). Dle Kalvacha je stáří obecným označením pozdních fází ontogeneze, ve kterých se výrazněji projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním odolnosti organismu. Co se týče adaptační schopnosti, tak ta je ve stáří snížena, a to jak ve smyslu biologickém, tak i psychosociálním (Kalvach & Onderková, 2006, s. 7). Dle Pacovského by se polovina lidí dožila 700 let, pokud by měli adaptační schopnosti jako v dětství (Pacovský, 1990, s. 35). Období stáří se také často označuje pojmem „třetí věk“, který nastává po období dospělosti, a to odchodem jedince do důchodu (Jarošová, 2006, s. 9).

Stáří nepředstavuje pouze úpadek, jelikož dokážeme různé procesy slábnutí a úpadku zpomalit a někdy dokonce úplně zastavit. Případně můžeme i dospět k novým poznatkům a využít nových možností. Člověk může v jakémkoli věku něco získat a vyvíjet se. A v jakémkoli věku se může vyrovnávat se ztrátami, strádáním a s ranami. Stáří nám také může něčím přispět, a to moudrostí, shovívavostí nebo třeba humorem, tichostí, schopností vidět věci i lidi do hloubky (pozorování), rozeznáváním určitých pozitiv v samotě, nacházením smyslu života a smrti (Pichaud & Thareauová, 1998, s. 25).

### 3.4.1 Gerontologie

Pojem vznikl z řeckého slova „geron, gerontos“ neboli starý člověk a slova „logos“ neboli nauka. Gerontologie je tedy nauka a soubor vědomostí o stárnutí a stáří. Zabývá se zákonitostmi, příčinami a projevy stárnutí, zkoumá problematiku života starých lidí a života ve stáří (Čevela, a kol., 2012, s. 63). Jelikož docházelo k rychlému demografickému stárnutí, byla zavedena tato nová vědní disciplína. Mikrobiolog a imunolog I. I. Mečnikov byl autorem tohoto pojmu již v 19. století (Čevela a kol., 2012, s. 55). Ve 40. letech 20. století vznikaly ve světě gerontologické společnosti. V roce 1958 vznikla v ČR první gerontologická sekce a v roce 1962 Česká gerontologická společnost (Čevela a kol., 2012, s. 63).

Gerontologii můžeme rozdělit na 3 okruhy:

**Gerontologie experimentální** (teoretická) – zabývá se především otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. Rozumí se jako přirozený prvek biologie, ale její důležitou součástí je výzkum psychických změn a schopností během stárnutí a ve stáří.

**Gerontologie sociální** – zajímá se o vzájemné vztahy starého člověka a společnosti, stárnutí společnosti, existencialitou a životem ve stáří. Řadí se sem mnoho aspektů jako např. demografické, politické, ekonomické, sociologické, psychologické, filozofické, právní, spirituální, technické, urbanistické a další.

**Gerontologie klinická** – zabývá se zdravotním a funkčním stavem starých lidí, především funkčním zdravím, involučním poklesem potenciálu zdraví, zdravotními problémy nad rámec biomedicínské orientace na choroby a zvláštnostmi chorob. Tento pojem vznikl na začátku 20. století pro medicínskou problematiku stáří a označuje se také pojmem geriatrie. Rozlišuje se na akutní a chronickou, preventivní a paliativní, rehabilitační a ošetrovatelskou, klinickou a organizační (Kalvach, a kol., 2004, s. 49).

### 3.4.2 Příprava na stáří

Přípravou na stáří rozumíme to, že bychom měli začít včas investovat do svého nového já. Je důležité mít možnosti a zdroje potřebné k tomu, aby člověk dokázal čelit možným problémům, které jsou způsobeny stářím. Přípravu na stáří dělíme na dlouhodobou (celoživotní), střednědobou a krátkodobou (Špatenková & Smékalová, 2015, s. 41).

Dlouhodobá příprava má být součástí veškerých výchovných a vzdělávacích programů, které začínají již od útlého věku. Jedná se o celoživotní tvorbu postojů ke stárnutí a stáří.

Střednědobá příprava a její začátek můžeme počítat od doby, kdy nám do nástupu do důchodu zbývá cca 10 let ekonomicky aktivního života. Součástí této přípravy je především oblast zdravého způsobu života za účelem udržení soběstačnosti do co nejvyššího věku, psychická adaptace spojená s požadavkem přijetí stáří jakožto nedílné součásti života, udržování a systematické rozvíjení lidských a všestranně nosných vztahů v rámci rodiny i společnosti.

Krátkodobá příprava má být uskutečněna 3 až 5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. Je čas prodat svůj byt a koupit menší, pohodlnější, v nižším patře či s výtahem, v blízkosti našich dospělých dětí. Samotné přestěhování není takovou potíží, jako nezbytnost opustit známé okolí, ke kterému má člověk vztah, jelikož zde prožil značnou část svého života. V této fázi je také důležitá úprava např. koupelny, kde dochází k největšímu množství pádů (úprava dlažby, výměna vany za sprchový kout, doplnění madel, apod.). Dále je potřeba vyměnit či doplnit staré nebo nevyhovující spotřebiče jako např. sporáky, pračky a vařiče (Haškovcová, 2010, s. 173-176).

Je důležité poskytnout stárnoucím lidem potřebné informace o sociální a zdravotnické problematice stáří a připravit je na budoucí projevy stáří. Pacovský (1981) popisuje 3 funkce výchovy a vzdělávání ke stáří:

- 1) **Funkce preventivní** – se vzděláním je potřeba začít včas, alespoň 10 let před odchodem do penze (Pacovský, 1981 cit. dle Šmíčková-Čížková, a kol., 2008, s. 159). Podle Tvaroha rozlišujeme prevenci individuální (dědičnost, životospráva) a kolektivní (civilizační vlivy, sociální a zdravotní oblast) (Tvaroh, 1971 cit. dle Šmíčková-Čížková, a kol. 2008, s. 159).
- 2) **Funkce anticipační** – základem funkce je vyhledat znalosti, dovednosti a způsoby chování, které člověka řádně připraví na stáří
- 3) **Funkce posilovací** – tato funkce rozšiřuje individuální koníčky jedinců s potenciálním využitím v pozdějším věku. Dle Tvaroha se jedná o nejvýznamnější funkci, jelikož

přivádí člověka k aktivnímu životu (Tvaroh, 1971 cit. dle Šmíčková-Čížková, a kol. 2008, s. 159).

Wolf dodal funkci čtvrtou:

- 4) **Funkce rehabilitační** – využívá se v etapě pracovní aktivity a v etapě nadcházející. Rehabilitací se rozumí znovuoobnovení vyváženého stavu, ovšem obohaceného „nastavením vyhybek“ pro další životní možnosti geronta (Wolf, 1982 cit. dle Šmíčková-Čížková, a kol., 2008, s. 159).

### 3.4.3 Adaptace na stáří

Adaptace na stáří závisí na mnoha faktorech, ale klíčová je osobnost v souvislosti s celým dosavadním životem (Šmíčková-Čížková, a kol., 2008, s. 157). Bromley již v roce 1966 vyznačil 5 strategií neboli typů reakcí na stáří. Ideální formou adaptace a akceptace stáří je **strategie konstruktivnosti**, kdy se člověk nadále těší ze svého života, je otevřený, tolerantní a adaptabilní. Udržuje své vztahy a relativně snadno navazuje nové. Na okolí působí jako milý starší člověk, ze kterého číší spokojenost. Poměrně oblíbenou strategií je **strategie závislosti**. Osoba tenduje k závislosti a pasivitě, spoléhá na ostatní a věří, že ho zabezpečí (po stránce hmotné i citové). Kariéra pro tohoto člověka není dominantou, chodí do zaměstnání, aby si vydělal. Upřednostňuje klidné zázemí po boku své rodiny, bezpečí, pohodlí a možnost odpočinku. Třetí strategií je **strategie obranného postoje**, kdy život člověka byl doposud profesně orientován a bojí se závislosti na druhých. Bojuje o udržení své pozice a do důchodu odchází až tehdy, když ho k tomu donutí okolnosti. **Strategie nepřátelství** je škodlivá pro jejího reprezentanta i jeho okolí. Jde o lidi, kteří během svého života nedosáhli takového úspěchu, kterého chtěli a mají tendenci dávat to za vinu druhým. Bývají mrzutí, závistiví a rozčilení na celý svět. Chovají se vůči ostatním lidem (především mladší generaci) nepřátelsky, protože jim závidí. Poslední strategií je **strategie sebenávisti**, kdy reprezentant považuje za původ svého neštěstí sám sebe a ne své okolí. Pohrdají sebou i svým dosavadním životem a jednoduše se nemají rádi. Smrt považují za vysvobození ze svého promarněného života. Tito lidé mají větší náklonost k depresím a následným sebevraždám (Bromley, 1974 cit. dle Haškovcová, 2010 s. 83-84).

### 3.4.4 Periodizace stáří

Nejznámější periodizaci stáří nalezneme v Příhodově Ontogenezi lidské psychiky, kde poslední fázi periodizace nazývá **senium** a člení ji na 3 stadia:



- 60 - 75 let – senescence
- 75 - 90 let – kmetství
- 90 let a výše – patriarchium

Tento způsob členění objasňuje tím, že stupeň celkového chátrání organismu má několik etap, které se liší tempem i intenzitou involučních pochodů (Příhoda, 1977 cit. dle Šimíčková-Čížková, a kol., 2008, s. 142).

Nejčastěji se stáří vymezuje chronologicky. Světová zdravotnická organizace stanovila základní klasifikaci vyššího věku na 4 etapy:

- 45 - 59 let – střední nebo také zralý věk
- 60 - 74 let – vyšší věk nebo také rané stáří
- 75 - 89 let – stařecký věk
- 90 let a výše – dlouhověkost (Dvořáčková, 2012, s. 11)

Z praktických důvodů se využívá věk kalendářní, který je odvozen od data narození. Kalendářní věk ale nesvědčí o soběstačnosti ani zdravotním stavu starého člověka (Dvořáčková, 2012, s. 11).

Dle Haškovcové je mimořádně podstatný věk funkční (biologický, subjektivní psychologický, sociální), který nemusí odpovídat kalendářnímu věku. Stárnutí i stáří je velmi individuální, jak z hlediska času, rozsahu tak i z hlediska projevů. Každý jedinec stárne odlišným tempem (Haškovcová, 2010, s. 25).

V anglosaských zemích se využívá poměrně odlišné členění, které však u nás nachází také své využití např. v soudobé gerontologii. Tato periodizace je následovná:

- 65 - 74 let – mladí staří (young old)
- 75 - 89 let – staří (old-old)
- 85 a výše – velmi staří (very old) (Mühlpachr, 2009, s. 21)

### **3.4.5 Aspekty stárnutí**

Lidé mají již od narození určité dispozice. Naši reakci na situace během života ovlivňují genetické předpoklady, životní zkušenosti i prostředí, ve kterém žijeme. Změny, které nastávají v průběhu stáří se projevují na rovině psychické (psychologické), sociální i tělesné (biologické) (Dvořáčková, 2012, s. 12).

#### 3.4.5.1 Psychologické aspekty

Se stářím nám klesají duševní funkce, ovšem tento pokles je ovlivněn biologickými (vnitřními) a sociálními (vnějšími) změnami. Biologické procesy zhoršují vnímání, motoriku, zpomalují duševní pochod a všechny složky psychické činnosti (myšlení, paměť, motivace, apod.). Mezi sociální změny můžeme zařadit změny v sociálním postavení, zvýšení závislosti na ostatních, ztrátu některých sociálních rolí, omezení sociálních kontaktů apod. (Šimíčková-Čížková, a kol., 2008, s. 148). Jedlička popisuje charakteristický obraz psychiky seniorů následovně:

- Psychické změny sestupné povahy – snížení vitality, elánu, zpomalení psychomotorického tempa, pokles pozornosti a výbavnosti, snížení schopnosti navazovat nové vztahy a udržovat stávající
- Psychické změny vzestupné povahy – zvýšení vytrvalosti, trpělivosti a tolerance k druhým
- Psychické funkce, které se s věkem nemění – slovní zásoba, intelekt, jazykové znalosti (Jedlička, 1991 cit. dle Dvořáčková, 2012, s. 13)

Typickou chorobou ve stáří je demence, u které dochází ke značnému snížení paměti, intelektu a jiných kognitivních funkcí od jejich původní úrovně a druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí (Mühlpachr, 2009, s. 40).

Snížení nebo ztráta paměti se projevuje potížemi se získáváním nových znalostí, špatnou orientací v prostoru, čase a lidech, opakujícími se dotazy, paranoickým tvořením představ (konfabulace), úzkostlivostí a nedostatkem vhledu. Průběh demence Alzheimerova typu má pozvolný začátek s postupným ubýváním kognitivních schopností (Zgola, 2003). Dalším typem demence je multiinfarktová (MID), která se objevuje u pacientů s výrazně vyšším poškozením mozkové tkáně. Kvůli tomu se také rovněž objevuje název vaskulární nebo cerebrovaskulární demence (Stuart-Hamilton, 1999, s. 189).

#### 3.4.5.2 Sociální aspekty

Předpokládá se, že sociální situace seniorů bude určena jejich úrovní připravenosti na tyto změny. Jelikož se postoj společnosti ke stáří vyvíjí a mění, odráží se to na společenské roli seniorů a na jejich společenském statutu. Moderní společnost směřuje život člověka k tomu, aby byl nezávislý.

Ve chvíli, kdy člověk odchází do důchodu, dochází ke změně společenské role (přisuzuje se mu role „nemít roli“). V tento moment se člověk dostává do situace závislosti, kde existují dva způsoby řešení tohoto problému:

- Teorie aktivity – pokud senior nemá zdravotní potíže, měl by zůstat plně aktivní
- Teorie stažení – stárnoucí člověk by se měl včas připravit na odchod do důchodu (Dvořáčková, 2012, s. 14)

Odchodem do důchodu se tedy mění identita člověka, kdy se z profesora, zemědělce, pečovatelky, apod. stává důchodce. Odchodem se také ztrácí kontakty na lidi ze zaměstnání a nutí nás to k novému uspořádání života. Manželé se opět musí naučit spolu vycházet a žít ve dvou, i když se stále věnují činnostem mimo domov (Pichaud & Thareauová, 1998, s. 27). Kvůli bio-psycho-sociálním změnám dochází mnohdy k vyčleňování seniorů ze společnosti. Navázání nových přátelských i partnerských vztahů začíná být obtížnější a zvyšuje se strach z osamělosti a opuštěnosti. Se stářím je spojena i smrt, kdy se senioři musí smířit se ztrátou svých vrstevníků či životního partnera (Dvořáčková, 2012, s. 14).

#### 3.4.5.3 Biologické aspekty

Tělesné projevy, kterými odlišujeme mladé lidi od starších, nazýváme jako fenotyp stáří (Dvořáčková, 2012, s. 12). Dále využíváme pojem „biologický věk“, který poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje nebo degenerace. Obecně se tento výraz využívá poměrně volně k vystihnutí celkového stavu lidského organismu. Občas se využívají více specifické pojmy k určení biologického věku, a to věk anatomický (vyjadřuje stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.), karpální (stav zápěstních/karpálních kůstek) či fyziologický (stav fyziologických procesů organismu) (Stuart-Hamilton, 1999, s. 22).

U stárnoucích jedinců je charakteristickým jevem pokles jejich tělesné hmotnosti a snížení výšky, jež se projevuje během celého procesu stárnutí. Pokles hmotnosti je spojen se změnami tělesných proporcí, např. šířky ramen, pánve, snížení hmotnosti celé kostry, snížení váhy vnitřních orgánů a výrazné snížení váhy svalstva. Zmenšení tělesné výšky je spojeno s degenerativními změnami chrupavky, atrofíí kostí a sesedáním meziobratlových plotének, které s rostoucím věkem přicházejí o svou hmotnost, pružnost a vitalitu. Zároveň ve stáří klesá rychlost, pružnost a hbitost pohybů, tudíž s úbytkem pohyblivosti se zvyšuje možnost úrazu. Snižuje se také svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, jenž negativně působí na motorické dovednosti člověka (Šimíčková-Čížková, s kol., 2008, s. 144-145).

Stárnutí se projevuje i u vnitřních orgánů – např. srdce a plíce, u kterých se snižuje jejich výkonnost. Mezi nejčastější příčiny smrti patří až u jedné třetiny starších jedinců ischemická choroba srdeční (infarkt myokardu, kardiomyopatie atd.). Nebezpečí selhání plic hrozí především ležícím starším osobám a činnost plic se pak zhoršuje u kuřáků.

Dále se stárnutí projevuje u smyslových orgánů, kdy smysly slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím a tudíž zhoršování vnímání zbavuje mozek o možnost plně prožívat okolní svět. Mezi stárnoucí smyslové orgány většinou patří **zrak**, kdy si staří lidé často stěžují, že jejich zrak není to, co býval (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27). Dle Bromleyho je zhruba 75 % starých lidí, kteří potřebují brýle, a mnoho z nich nevidí dobře ani s nimi (Bromley, 1988 cit. dle Stuart-Hamilton, 1999, s. 27). Postupně se nám s rostoucím věkem zhoršuje i **sluch**. Dle odhadu Stephense má 1,6 % lidí ve věku 20-30 let problém se sluchem, 32 % ve věku 70-80 let a hodnoty 50 % dosahuje u lidí starších 80 let (Stephens, 1982 cit. dle Stuart-Hamilton, 1999, s. 30). Nejrozsáhlejším druhem oslabení sluchu u starých lidí je presbyakuze (nedoslýchavost stárnoucích) (Stuart-Hamilton, 1999, s. 31).

### 3.5 Demografické stárnutí obyvatelstva ČR

Jedním z globálních problémů lidské společnosti je stárnutí populace. Jedná se o procesy, které mají jasně biologický základ, ale tím, že se konají nejen za příznivých nebo nepříznivých přírodních podmínek, ale také za určitých společenských zákonitostí a sociálních poměrů, musí se o ně společně zajímat jak bio-sociální disciplína **demografie**, tak i společensko-vědní disciplína **sociologie**, ještě za pomoci **statistiky** (Ort, 2004, s. 31).

Demografie je vědecké statistické studium lidských populací. Pojem se poprvé použil v roce 1855 v knize *Éléments de Statistique Humaine, Ou Démographie Comparée* od francouzského autora Achille Guillard. Demografie se věnuje velikosti, struktuře, hustotě a vývoji lidské populace hlavně z kvantitativního hlediska (Jandourek, 2012, s. 48). Demografie stárí si všimá především fenoménů, jako je:

- Vývoj věkového složení populace a jeho zákonitosti
- Problém nízké porodnosti
- Úmrtnosti a její snižování
- Naděje dožití a maximální délka života (Ort, 2004, s. 31)

Společnost České republiky stárne, což znamená, že se postupně mění věková struktura obyvatelstva a zvyšuje se podíl osob starších 60 nebo 65 let a snižuje se podíl osob mladších

15 let. Pokud chceme populaci označit za stárnoucí či starou, musí být podíl obyvatel 65 let a více alespoň 8 % (Rabušic, 1995, s. 12). Stárnoucí neboli „šednoucí“ populace způsobuje několik problémů. Vyšší podíl starších osob znamená nižší podíl mladších dospělých, tedy menší část populace pracuje a platí daň z příjmů, dávky zdravotního a sociálního pojištění apod., aby pomohla k zabezpečení důchodů a sociální a zdravotní péče seniorů (Stuart-Hamilton, 1999, s. 14).

Existuje odhad, podle kterého se v prehistorických dobách nikdo nedožival stáří. Je pravděpodobné, že až do 17. století překročilo věk 65 let pouze 1 % populace. Toto číslo se zvýšilo do 19. století na cca 4 % a v nynější době tvoří 12 % západní populace. Předpokládá se, že v roce 2030 se číslo zvýší na 20 % (Stuart-Hamilton, 1999, s. 43-44). Rostoucí počet seniorů začal již v druhé polovině 80. let 20. století. Na této změně se podílel především přesun osob z početně silných generací narozených po 2. světové válce do věku nad 65 let a dlouhodobě se prodlužující střední délka života (naděje dožití). Od roku 2010 do roku 2019 se zvýšil počet seniorů o půl milionu a v ČR tvoří jednu pětinu obyvatelstva (Český statistický úřad, 2021).

Mezi důležité pojmy patří demografický ukazatel **střední délky života** neboli **naděje dožití**. Dle Českého statistického úřadu udává průměrný počet let, který má člověk před sebou v určitém věku, pokud by zůstaly zachovány úmrtnostní poměry, které jsou ve sledovaném období. Ukazatel je odlišný pro muže a ženy. V Evropě se v 19. století začala projevovat významná nadúmrtost žen, která byla způsobena především nepřiměřenou zátěží, vyčerpáním, infekcemi, nedostatečnou výživou, vysokou mateřskou úmrtností, opakovaným těhotenstvím apod.. S odstraněním těchto faktorů se nám v současnosti střední délka života žen zvyšuje a je vesměs delší než u mužů. Ukazatel střední délky života v ČR dramaticky stoupal od konce 19. století až do roku 1960. Poté následovala v Evropě třicetiletá stagnace (Mühlpachr, 2009, s. 30-33).

Příčiny vyššího věku dožití jsou:

- Genetika – lidé s dlouho žijícími předky obvykle také žijí dlouho
- Pohlaví – ženy žijí déle než muži
- Stavba těla – leptosomální typy žijí déle (s tenkými končetinami)
- Lokace – lidé, kteří žijí v mírném klimatu, bezkonfliktním městě nebo vesnici, žijí déle
- Stravování – osoby s přiměřenou stravou žijí déle
- Manželství prodlužuje délku života muže – dlouhodobě ženatí se pravděpodobněji dožijí 70 let a více

- Kladně ovlivňuje délku života čas strávený ve škole – podle vědců jediný rok prodloužení studia prodlouží život přibližně o 18 měsíců
- Antioxidanty chrání proti volným radikálům – nachází se např. v barevné zelenině a ovoci
- Hodinou zvýšené fyzické aktivity denně – může zvýšit člověku život o 2 až 5 roků (Sak & Kolesárová, 2012, s. 91-92)

Druhým demografickým ukazatelem, který ovlivňuje stárnutí populace, je **počet narozených**. Pokles podílu nově narozených dětí působí nejen na stárnutí obyvatelstva, ale je i alarmujícím jevem ve vztahu k vývoji populace v hospodářsky rozvinutých zemích v porovnání se zeměmi méně rozvinutými, kde počet narozených dětí může být i několikanásobně vyšší. Nárůst porodnosti po 2. světové válce časem nahradil od 70. let minulého století trend mít méně dětí, a to souviselo se změnami životního stylu mladých rodin a potenciálních rodičů, kteří se začali více věnovat své pracovní kariéře. Důležitým faktem je i to, že mateřství se posouvá do vyššího věku (Slepička, a kol., 2015, s. 12-13). Příčiny změn v porodnosti můžeme dělit na ekonomické, sociální a biologické. Příčinami těchto změn je:

- Antikoncepce – generaci žen v 90. letech, které vstupují do produktivního věku charakterizuje plošné používání hormonální antikoncepce, jež má mnoho pozitivních i negativních důsledků. Nejobecnějším důsledkem je to, že ženy začaly mít kontrolu nad reprodukcí. Významným způsobem stoupl podíl plánovaných dětí a klesl počet interrupcí. Česká společnost je mimořádně jednotná v názoru, že žena by měla mít právo na rozhodování o svém mateřství, a to i za cenu interrupce. Negativním důsledkem je, že používání antikoncepce je závislé na vzdělanostní a sociokulturní úrovni žen a na kvalitě jejich sociálního pole. Což znamená, že vyšší porodnost zůstává u žen s nižší sociokulturní a vzdělanostní úrovní. V tomto obecném trendu reprodukčního chování tvoří výjimku praktikující katolíci.
- Nové možnosti realizace mladých lidí – počátkem 90. let byly považovány za hlavní příčinu poklesu porodnosti, především možnost podnikat a cestovat. Dnes je ale jasné, že se jedná o důvody okrajové. Ekonomický faktor nepůsobí u mladých lidí plošně, celkově má ale velkou váhu. Pro mladou generaci je výrazným problémem obstarání si vlastního bytu, pro mnohé to není možné bez hypotéky. Mladá a střední generace je nebývale zadlužená a díky tomu se přidává i existenční nejistota a obava ze ztráty zaměstnání. Pro mladé lidi po škole, kteří nemají praxi je získání zaměstnání velkým

problémem. Založení rodiny je pro mladé páry závažným rozhodnutím, jelikož dítě je ohromná a nevratná investice.

- Životní styl života bez partnera, tzv. single – tento styl života se v západní Evropě šířil již v 60. letech, u nás až v 90. letech započalo větší rozšíření. Tento styl je často doplňován i alternativní hodnotovou orientací, do které patří kariéra a uplatnění se v zaměstnání. Ve spojení s emancipací žen a feministickým hnutím jsou součástí tohoto proudu rovněž mladé ženy. Je zřejmé, že tento životní styl nepřeje narození dítěte. Možností životního stylu je i model svobodné matky, který má však v dnešní tvrdé, agresivní, konkurenční společnosti velmi náročnou pozici.
- Hodnotový systém – oproti předchozí generaci se posunul. Vzrostla hodnota majetku a došlo k devalorizaci sociálních hodnot a hodnoty dítěte. Dítě a životní úroveň jsou v procesu rozhodování konfrontovány, a zároveň ve hře jsou vždy individuální majetkové poměry, takže i rozhodovací procesy jsou rozdílné. Změna pozice dítěte v hodnotovém systému Evropana se řadí k nejpodstatnějším příčinám „soumraku evropské civilizace“. Vymírání evropské populace je doprovázeno procesy, které s ním souznějí, jako např. přesouvání výroby z Evropy do zemí s levnou pracovní silou pro zvýšení zisků nadnárodních korporací. Tímto se uzavírá kruh, ženy nechtějí mít děti, aby neklesla jejich životní úroveň, která bude klesat kvůli přesunu výroby a následné nezaměstnanosti a likvidace sociálního státu.
- Odkládání narození dítěte – dochází k němu z ekonomických důvodů a jelikož je součástí nového životního stylu i u žen, pro které je dítě hodnota a naplnění smyslu života. S růstem věku žen roste i riziko neplodnosti. Civilizačním problémem je fakt, že roste podíl žen, které nemohou mít děti z biologických důvodů a podobný problém se vyskytuje i u mužů. Odvrácenou stranou problému jsou ženy, které mají velkou motivaci mít dítě, ale jsou zasaženy neplodností. U těchto žen pak následuje velká snaha o nestandardní řešení, umělé oplodnění, druhá žena jako nositelka embrya či adopce. I to je soudobá společnost, zahrnuje oba extrém, nepřirozené odmítání mateřství ženami i snaha o mateřství za jakoukoli cenu a získání dítěte jakýmkoli prostředky a způsoby.
- Homosexualita – v poslední době je považována za pozitivní přínos pro „společnost jinakosti“. I tato část společnosti se podílí na poklesu porodnosti, ale stále častěji a silněji se domáhá práva na dítě a jeho výchovu.

- Biologická či zdravotní příčina – v české společnosti dochází k souběhu těchto příčin a následkem je pokles porodnosti (Sak & Kolesárová, 2012, s. 89-91).

Ukazatelem, který se vztahuje k této problematice a vypovídá o věkovém vývoji populace, je **úhrnná plodnost** neboli **fertilita**. Tento ukazatel zobrazuje průměrný počet potomků na jednu ženu v reprodukčním věku a představuje potenciál změn populace. Hodnota 2,1 zachovává početní stav populace za předpokladu, že nenastane migrační změna a změna v úmrtnosti (Slepička, a kol., 2015, s. 13).

*Tabulka 2 - Situace a výhled úhrnné plodnosti v letech 1980 až 2065 ve vybraných zemích OECD*

	1980- 1985	1990- 1995	2000- 2005	2010- 2015	2020- 2025	2030- 2035	2040- 2045	2050- 2055	2060- 2065
<b>Česká republika</b>	<b>2,01</b>	<b>1,66</b>	<b>1,19</b>	<b>1,55</b>	<b>1,71</b>	<b>1,80</b>	<b>1,86</b>	<b>1,89</b>	<b>1,91</b>
Finsko	1,69	1,82	1,75	1,85	1,87	1,88	1,89	1,89	1,90
Francie	1,87	1,72	1,88	1,98	1,98	1,99	1,99	1,99	1,99
Izrael	3,13	2,93	2,91	2,91	2,69	2,49	2,33	2,19	2,08
Japonsko	1,75	1,48	1,30	1,41	1,54	1,63	1,69	1,74	1,78
Maďarsko	1,82	1,74	1,30	1,41	1,53	1,62	1,69	1,74	1,77
Německo	1,46	1,30	1,35	1,42	1,50	1,57	1,62	1,66	1,69
Norsko	1,69	1,89	1,81	1,93	1,93	1,94	1,94	1,94	1,94
Polsko	2,33	1,89	1,27	1,41	1,53	1,62	1,69	1,74	1,77
Rakousko	1,60	1,48	1,38	1,47	1,57	1,66	1,71	1,76	1,79
Slovenská republika	2,27	1,87	1,22	1,39	1,52	1,61	1,68	1,73	1,77
Španělsko	1,88	1,28	1,29	1,50	1,63	1,71	1,77	1,81	1,83
Švédsko	1,64	2,01	1,67	1,92	1,95	1,97	1,98	1,99	1,99
Turecko	4,07	2,87	2,33	2,05	1,89	1,80	1,76	1,75	1,77
Velká Británie	1,78	1,78	1,66	1,89	1,89	1,90	1,90	1,90	1,90
<b>OECD</b>	<b>2,04</b>	<b>1,83</b>	<b>1,65</b>	<b>1,74</b>	<b>1,77</b>	<b>1,80</b>	<b>1,82</b>	<b>1,85</b>	<b>1,85</b>
<b>EU27</b>	<b>1,94</b>	<b>1,67</b>	<b>1,46</b>	<b>1,60</b>	<b>1,68</b>	<b>1,74</b>	<b>1,79</b>	<b>1,82</b>	<b>1,84</b>

*Zdroj: vlastní zpracování dle (Slepička, a kol., 2015, s 14)*



Jestliže bychom chtěli nalézt údaj, do kterého se promítají společenské procesy spojené se stářím v Evropě, pravděpodobně by to byl údaj o věku **odchodu do důchodu**. Zde se totiž protínají ekonomické, demografické, sociální i politické procesy. Důchod a důchodový věk je považován za základní kámen sociálního státu. Vývoj v této oblasti znamenal snižování věku odchodu do důchodu a zvyšování důchodu - tedy zlepšování finančního zabezpečení ve stáří. V posledních letech ale dochází k obratu, buď důchodový věk a velikost důchodu stagnuje nebo byl zahájen proces zvyšování důchodového věku a snižování důchodu. Tento obrat je výsledkem působení procesů v různých dimenzích:

- Formálních-insitucionálních – Evropská unie, OESD, Světová banka, Mezinárodní měnový fond
- Demografické procesy poklesu natality a růstu střední délky života
- Politicko-ideové procesy – převládnutí ideologie neoliberalismu
- Ekonomické procesy
- Růst deficitu státního rozpočtu
- Globalizace (Sak & Kolesárová, 2012, s. 93)

Čím nižší je věk odchodu do důchodu, tím větší je ekonomická zátěž pro stát. Čím déle člověk pracuje, tím je to pro stát ekonomicky výhodnější. Senioři, kteří pobírají důchod a zároveň pracují jsou pro stát také výhodní. Z toho vycházejí soudobé tendence v Evropě (Sak & Kolesárová, 2012, s. 94).

Následující tabulka zobrazuje, že senioři tvořili v roce 2020 více než jednu pětinu obyvatelstva ČR (20,2 %). Početně největší zastoupení mají tradičně senioři ve věku 65-69 let, kterých bylo ke konci roku 2020 necelá jedna třetina (672 418). Od roku 2016 však tato věková skupina oslabuje a přibližuje se tak věkové skupině 70-74 let, která naopak roste. Pandemie Covid-19 téměř neovlivnila trend vývoje dílčích věkových skupin seniorů a během roku 2020 poměrně nejvíce vzrostl počet seniorů ve věkové skupině 70-74 let (o 3 %) a 80-84 let (o 4 %). Růst zaznamenaly i věkové skupiny 75-79 let a 90+. Pokles věkových skupin 65-69 let a 85-89 let byl především odrazem historického vývoje porodnosti, kdy se do těchto věkových skupin přesunuly slabší generace (Český statistický úřad, 2022).

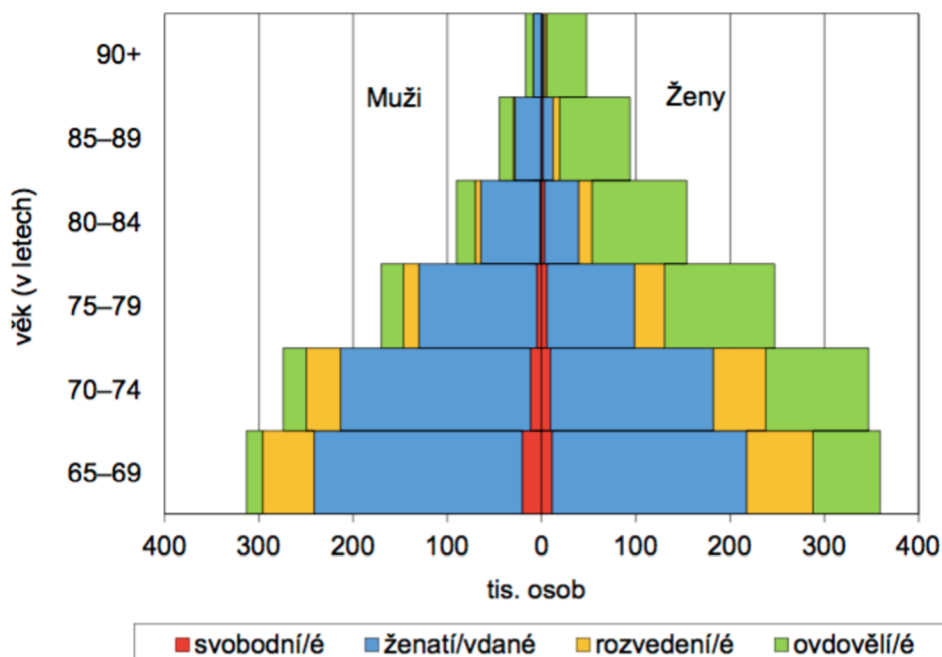
Obrázek 1- Věkové složení seniorské populace 65+ ve vybraných letech

Věk (v letech)	2011	2015	2017	2019	2020
65–69	554 230	692 992	684 548	678 927	672 418
70–74	384 438	495 189	569 661	602 974	621 177
75–79	313 316	323 695	358 552	408 629	417 201
80–84	231 596	232 005	226 588	234 495	244 137
85–89	121 524	135 023	141 839	142 589	138 490
90+	31 865	53 508	58 995	64 016	64 899
Podíl 65+letých v populaci (%)	15,6	18,3	19,2	19,9	20,2

Zdroj: (Český statistický úřad, 2022)

Mezi seniory zpravidla převažují ženy nad muži. Rozdíly v úrovni úmrtnosti mužů a žen můžeme vidět nejen v dílčích věkových skupinách, ale i podle rodinného stavu (viz obrázek 2). U mladších seniorů ve věku 65-74 let jsou poměrně shodné počty osob žijících v manželství, jak u žen tak i mužů. U žen ve věku 75-79 převládá počet ovdovělých nad počtem vdaných. S rostoucím věkem zastoupení ovdovělých osob u obou pohlaví roste (Český statistický úřad, 2022).

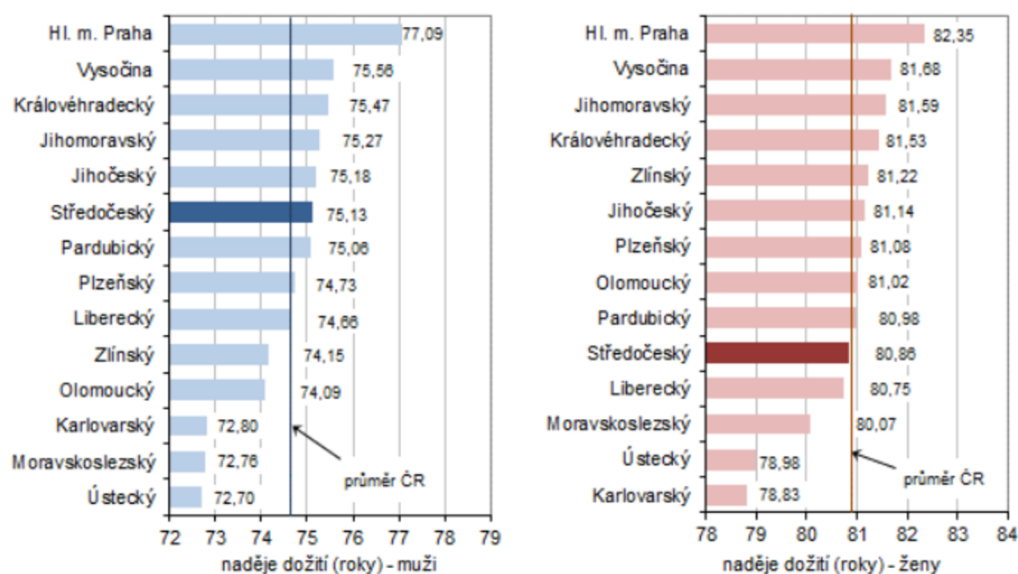
Obrázek 2 - Seniori ve věku 65+ podle pohlaví, věku a rodinného stavu k 31.12. 2020



Zdroj: (Český statistický úřad, 2022)

Na dosažení určitého věku seniorů může mít vliv i život v konkrétních krajích České republiky. Nejvíce se dožívají ženy a muži žijící v Praze a Vysočině. Ženy žijící v Praze se dožívají až 82,35 let a muži 77,09 let. Naopak nejnižší naděje dožití u mužů je v Ústeckém (72,70), Moravskoslezském (72,76) a Karlovarském (72,80) kraji. U žen je naděje dožití také nejnižší v Karlovarském (78,83), Ústeckém (78,98) a Moravskoslezském (80,07) kraji (Český statistický úřad, 2022).

Obrázek 3 - Naděje dožití při narození podle pohlaví v krajích ČR



Zdroj: (Český statistický úřad, 2022)

Co se týče vzdělanosti seniorské populace, je vidět výrazný posun v nejvyšším dosaženém vzdělání. U žen ještě stále dominuje vzdělání bez maturity, každá čtvrtá seniorka má pouze základní školu a vysokoškolské vzdělání má jen 1 z 10. U mužů naopak převažuje středoškolské vzdělání bez maturity. U seniorů je zjevný dvojnásobný podíl vysokoškoláků mužů oproti ženám. Velký vliv na vzdělanost dnešních seniorů má především životní styl, který byl v době, kdy tyto osoby studovaly aktuální. Vzdělanější lidé mají obecně zdravější život, dopřávají si lepší péči o fyzickou stránku, mají vyšší příjmy a bývají proto zdravější (Český statistický úřad, 2021). S rostoucí úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání roste i pracovní aktivita seniorů. Až 39 % pracujících seniorů mělo vysokoškolské vzdělání. U pracujících seniorů pak převažuje práce na částečný úvazek (Petraňová, 2022).

### 3.6 Senior

Petr Sak a Karolína Kolesárová definují seniora, jako člověka v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti (Sak & Kolesárová, 2012, s. 25). Seniozem by měl být každý občan, který splnil podmínky pro nabytí starobního důchodu stanovené legislativou ČR, bez ohledu na věk a bez ohledu na to, jestli starobní důchod pobírá či ne. Právní definice tohoto pojmu ale stále chybí (Senioři České republiky, z.s., 2018). Pojem senior se vyznačuje také tím, že člověk v tomto životním období má největší zásobu životních zkušeností, zažil společnost v různých kritických a krizových situacích, různé politické reprezentace s odlišnými politickými programy, získal nadhled nad společenským děním, své společenské a politické zkušenosti zobecnil a hlavně si vytvořil programy pro analýzu, hodnocení a pochopení společenského dění (Sak & Kolesárová, 2012, s. 21). Český statistický úřad poukazuje na to, že pojem „senior“ nepatří do právní ani statistické kategorie, ale kategorie spíše sociologické. Statistické vymezení seniora dle věku není u nás ani ve světě jednotné. Chronologický věk tedy není jednotným kritériem pro zahrnutí jedince do kategorie „senior“ (Český statistický úřad, 2012).

#### 3.6.1 Senior a rodina

Významným prvkem životní spokojenosti seniorů je i prvek rodiny. (Pacovský, 1990, s. 54). Definice rodiny má poměrně hodně podob, ale shodují se v tom, že jde o společenství osob spjatých manželstvím nebo pokrevním příbuzenstvím a zdůrazňuje, že rodina je tvořena zpravidla rodiči a jejich dětmi (Haškovcová, 2010, s. 53). Životní styl seniorů je ovlivněn právě rodinou, jakožto významnou institucí existující mezi jedincem a společností, zprostředkovávající jejich vzájemné působení. Tradiční rodina ještě z tradiční společnosti zvládla po generace vstřebávat kolem ní probíhající společenské změny. Po druhé světové válce modální česká rodina byla tradiční patriarchální rodinou a poté se začala proměňovat, ale pomalu. Kvůli pomalému tempu a nedostatečným změnám došlo ke stavu, který bývá charakterizován jako krize rodiny. Z této krize se dá dostat transformací patriarchální rodiny v rodinu partnerskou, jež probíhá v současnosti. Transformací typu rodiny nastávají změny její struktury, vztahu generačních i integračních uvnitř užší i širší rodiny, změny hodnot a norem chování (Sak & Kolesárová, 2012, s. 110-111).

Mezi funkce rodiny patří funkce reprodukční, socializačně-výchovná, materiální (ekonomická a zabezpečovací), emocionální a výchovná. Reprodukční funkce je funkcí, která se snaží zachovat svůj rod, pečovat o vlastní následovníky neboli pokračování „vlastní krve“.

Do funkce materiální spadá to, že dospělé osoby chodí do zaměstnání, jsou ekonomicky aktivní a za svou práci dostávají plat, kterým zajišťují domácnost a materiální potřeby každého člena rodiny. Funkce socializačně-výchovná znamená to, že dospělí se podílejí na socializaci, výchově a vzdělávání svých dětí. Funkce emocionální má na starost uspokojování potřeby lásky, bezpečí a jistot. Je velmi důležitá a utváří se již před narozením dítěte. Nefunkční rodina neposkytuje dítěti a ostatním členům rodiny dostatek lásky (Mlýnková, 2011, s. 34-35).

Rodina se považuje za nejstarší základní jednotku lidského společenství, jehož organickou součástí je i starší člověk. Možnost strávit závěrečnou etapu života se svou rodinou je nenahraditelná a v mnohých případech umožňuje staršímu člověku dožít se i delšího věku. Každý senior je rád, že má někoho, kdo ho potřebuje a na koho se může v těžkých životních situacích spolehnout. Právě rodina ve většině starších lidí vyvolává pocit, že je jejich existence stále potřebná a žádaná. Dle vědeckých studií je dokázáno, že senioři žijící v rodinném prostředí mají šťastnější a zdravější život a jsou také déle samostatní (Hrozenková & Dvořáčková, 2013, s. 46).

Pokud chceme z psychologického hlediska analyzovat prožívání vztahu rodiny ke starým rodičům, můžeme vyzorovat, že se mnohokrát mísí pozitivní pocity s těmi negativními.

Mezi pozitivní pocity patří:

- Lásky k rodičům, něžnost či obohacení přítomností seniora v rodině
- Starost o uspokojení potřeb a přání seniora
- Snaha o zabránění vstupu seniora do sociálního zařízení

Z negativních pocitů lze jmenovat:

- Strach z nesplnění svého úkolu, pokud k sobě nevezmu starého rodiče
- Úzkost ze ztráty starého člověka
- Strach z toho, že se nebudu umět chovat, jak se po mně žádá (nebudu vědět, jak se o starého rodiče postarat)
- Neporozumění ostatních členů rodiny (Pichaud & Thureauová, 1998, s. 70)

Rozpad multigenerační rodiny a přesun péče o seniory na instituce je celoevropský proces, který se v jednotlivých státech specifikuje, má individuální tempo a je odrazem různých procesů – industrializace, urbanizace, zaměstnanost žen, pokles natality, růst střední délky života, rozpad velké multigenerační rodiny, sekularizace, prosazování tržní společnosti bez přívlastků a ideologie neoliberalismu, změny hodnotového systému a modální sociability,

rozklad sociálního státu. To vše je důvodem proměny socioekonomické základny stáří (Sak & Kolesárová, 2012, s. 113).

### 3.6.2 Potřeby seniora

Dle Smékala je potřeba definována jako „stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví osobnosti jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu“. (Smékal, 2002, s. 239)

Americký psycholog Abraham Maslow výrazně přispěl k volnému používání výrazu potřeba v nynější psychologii. Nejvíce se proslavil svou hierarchií potřeb v knize „Motivace a osobnost“, kterou vydal v roce 1954. Ve své teorii potřeb se nezabývá psychofyzickým problémem, tedy problémem vztahu mysli a těla (Plháková, 2003, s. 368).

Obrázek 4 - Maslowova pyramida lidských potřeb



Zdroj: (Filozofie úspěchu, 2011)

Abraham Maslow rozdělil ve své knize potřeby na 5 úrovní (od nejnižší po nejvyšší):

1. Fyziologické potřeby (biologické fyzické) – žízeň, hlad, spánek, sex, apod.
2. Potřeby bezpečí a jistoty – stabilita, spolehlivost, osvobození od úzkosti, strachu a chaosu, potřeba pořádku a struktury, apod.
3. Potřeby lásky, náklonosti (sounáležitosti) – potřeba někam patřit
4. Potřeby uznání a úcty – potřeba dosažení úspěchu a prestiže

5. Potřeby seberealizace – týká se žádosti člověka po sebenaplnění a jeho tendence uskutečnit své možnosti (Plháková, 2003, s. 369)

Neuspokojení potřeb (saturace) má vliv na celkovou psychickou činnost člověka a tyto nenaplněné potřeby mohou vycházet jak z vnějších tak i vnitřních podnětů. Mezi obecné příznaky lze zařadit potíže psychické (neklid, úzkost, nesoustředěnost, nervozita) a somatické (porucha spánku, výživy, srdečního rytmu). Pocit nenaplněné potřeby může vést ke stresu (zátěži), distresu, pocitu frustrace, deprivace či depresi (Šamánková & kolektiv, 2011, s. 15).

Vzhledem k postupným změnám a omezením osobnosti dochází k zúžení koníčků a k redukci (občas i ztrátě motivace) mnoha činností. Potřeby seniorů zachycují proměnu jejich fyzického a psychického stavu, snížení soběstačnosti i sociálních vztahů se kterými souvisí subjektivní prožívání kvality života (Vágnerová, 2007, s. 413).

Hlavní potřebou seniorů dle Chloubové je potřeba zdraví. Starý člověk zná daleko více cenu svého zdraví, jelikož cítí, jak postupem času dochází k úbytku tělesných a duševních sil a přibývá i bolesti, která se mění a stává se chronickou. S rostoucím věkem se snižuje soběstačnost seniorů, tudíž člověk si nemůže sám úplně saturovat své základní potřeby a nemůže sám žít v rovnováze s požadavky zevního prostředí. V důsledku těchto vzniklých změn senior ztrácí jistotu jak pracovní, tak i ekonomickou a sociální, která může směřovat k sociální izolaci s pocitu osamělosti a smutku. Potřebou seniora je i potřeba pomoci a péče, bezbariérových přístupů a pomůcek, pocitu bezpečí a ochrany nejen od blízkých lidí, ale i od státních a nestátních institucí a společnosti. Dále se zvyšuje potřeba důvěry a víry vzhledem k prožívání frustrace všech existenciálních potřeb. Senior si během svého života v domácnosti vytvořil svůj řád a pořádek, má svá pravidla, návyky a stereotypy a tuto strukturu domácnosti považuje za samozřejmou (Chloubová, 2005).

*Obrázek 5 - Existenciální potřeby - potřeby bezpečí a jistoty*

zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
--------	----------------	--------------------------	--------------	---------	-----------	---------	----------	------------------------

*Zdroj:* (Chloubová, 2005)

### 3.6.3 Ageizmus

Pojem Ageizmus se poprvé objevil v USA koncem 60. let 20. století a zájem o něj neustále roste se zvyšujícím se počtem stárnoucí populace. Vyjadřuje věkovou diskriminaci, jež může být pro staré lidi značně nebezpečná. Vyplývá z předpokladu, že jednotlivý zástupci

dané věkové skupiny mají jiné charakteristiky a společenskou hodnotu. Ageizmus se tedy nemusí týkat pouze seniorů, ale s diskriminací se může potkat kdokoli v jakémkoli věku. Vidovičová vymezila ageizmus jako „*ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovanou skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminaci osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci*“ (Vidovičová, 2004 cit. dle Mlýnková, 2011, s. 36).

Kasanová stanovila **individuální** (subjektivně-psychologické) **zdroje** ageizmu (s důrazem na vyšší věk), mezi které patří hlavně strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku. Tento strach můžeme do určité míry považovat za antropologickou konstantu, jelikož jsou, s měnící se intenzitou, přítomné skoro ve všech kulturách a časových obdobích. Extrémním projevem je gerontofobie, jehož zdrojem může být neznalost a také nezájem o proces biologického stárnutí. Pokud by lidé byli více informováni, mohlo by to pomoci ke snížení těchto negativních pocitů. Dalším zdrojem ageizmu je identifikovaná frustrace a agrese, ze které vzniká hostilita vůči příslušníkům minoritních skupin. Dále může být individuálním zdrojem ageizmu lehce identifikovatelná racionalizace, kdy se lidskému konání přisuzují racionální a věrohodné motivy bez toho, aby byly analyzovány reálné důvody. Jako **sociální zdroj** ageizmu můžeme brát konflikt hodnot, který pramení z předpokladu, že efekt stárnutí může u starších lidí vyvolat potřebu zastávat se značně odlišné hodnoty, než mají mladší lidé. **Kulturním zdrojem** je fenomén „obviňování obětí“ jako jsou výroky „koledoval si o to.“, „bylo to pro jeho vlastní dobro“ apod. (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Pojem diskriminace představuje rozlišování nebo rozdílný přístup k lidem či různým společenským skupinám. Tento přístup pak ubližuje jak jednotlivcům, tak i skupinám, jelikož omezuje jejich práva a neuznává jejich rovnost s ostatními lidmi (Mlýnková, 2011, s. 37).

#### 3.6.4 Volný čas a aktivity seniorů

Pro seniory, kteří opustili své dlouholeté zaměstnání, by bylo nanejvýš prospěšné, aby se začali věnovat svým zálibám, koníčkům, hobby a činnostem, na které si jako zaměstnání nenašli čas (Ort, 2004, s. 66). Existuje velmi široké spektrum volnočasových aktivit, které můžeme rozdělit do následujících skupin:

- Kulturní aktivity
  - Receptivní činnosti – člověk přijímá kulturní hodnoty, např. návštěva divadla či koncertu, sledování televize
  - Perceptivní činnosti – člověk sám vytváří kulturní hodnotu, např. malování



- Sportovní aktivity
- Sociální aktivity – pěstování sociální kontaktů, mezilidských vztahů, setkávání se s rodinou či přáteli
- Vzdělávací aktivity – individuální sebevzdělávání (čtení literatury, získávání informací na internetu), kroužky, spolky, návštěvy veřejných přednášek, apod.
- Veřejné aktivity – např. akce, demonstrace, veřejné vystoupení a protesty aktivistů
- Rekreační a cestovatelské aktivity – např. zahrádkaření, chalupaření, chataření
- Hobby a manuální aktivity – např. včelařství, rybaření, vyšívání, modelářství, apod. (Urban, a kol., 2008, 157-161)

Generace seniorů více sleduje televizi, poslouchá rozhlas, čte noviny a knihy, žijí více nábožensky a duchovně, více chovají zvířata, zahradničí, chalupaří, chodí na procházky a jsou v přírodě. Naopak méně se věnují sportu a sexuálním aktivitám.

Zásadní součástí životního stylu současné generace seniorů je sledování televize. Televizor vznikl již v první polovině padesátých let a rozvíjel se souběžně s životem této generace seniorů. Zrnitý černobílý obraz se proměnil v dokonalý digitální barevný obraz ve vysokém rozlišení a změny pořad přicházejí. Dle výzkumu se senioři v průměru dívají na televizi 2,9-3,5 hodiny. Tato aktivita je u seniorů také nejčastější ve srovnání s ostatními generacemi a věkovými skupinami. Oproti ostatním věnují televizi 2x více času. Televize je technologií této generace, ale počítač a internet přišel až za vrcholem jejich života ve smyslu osvojování inovací. Senioři se tuto technologii museli naučit ovládat individuálně a ze svého zájmu. Internet přinesl této generaci řadu dříve netušených možností a proměnil charakter stáří a jeho životní styl. Počítač a internet jsou označovány za mezník mezi životem starých lidí před internetem a po něm. Přibližně v polovině středního věku (45 let) začnou klesat návštěvy hospod, restaurací a vináren a začne růst množství vzájemných návštěv doma s přáteli. Tento trend se zvýrazní s odchodem do důchodu a pomocí návštěv se uspokojují sociální a komunikační potřeby. Senioři tráví oproti mladší generaci bohatší čas pobytem v přírodě – výlety, procházky, turistika. Pokud bychom pojednávali o činnosti, která je důležitá pro lidské zdraví a není zahrnovaná do aktivit volného času, ale do času, kdy dochází k lidské regeneraci, máme tím na mysli spánek. Senioři si často stěžují, že spí špatně a málo, ale dle výzkumu spí v průměru 8,8-9,4 hodiny, což je zhruba o hodinu více než spí ostatní věkové skupiny ve všední dny (Sak & Kolesárová, 2012, s. 103-110).

Dle Orta můžeme rozlišovat strukturu aktivit seniorů na tzv. **pasivní trávení volného času** (např. sledování televize, poslech rozhlasu, četba novin a časopisů, luštění křížovek,

karetní a stolní hry, přehrávání videofilmů, prohlížení fotoalb, péče pouze o sebe a svou domácnost, pasivní či formální přijímání návštěv dětí a vnoučat bez provozování aktivit, soužití s domácími mazlíčky, apod.) a **aktivní trávení volného času** (návštěvy knihoven, hvězdáren, chovatelství, výcvik, ruční a výtvarná práce, přátelský posezení v restauracích, cukrárnách, návštěvy tanečních zábav, plaveckých bazénů, saun, solných jeskyň, zahrádkaření, chalupaření, chataření, docházky na přednášky Univerzity 3. věku, kurzy, apod.) (Ort, 2004, s. 67).

Podle J.Dumazediera jsou vymezovány tři základní funkce volného času a ideální je, pokud jsou všechny tři funkce v činnostech volného času rámcově vyrovnané. Těmito funkcemi jsou:

- Odpočinek (relaxace) – hlavně fyzický
- (Sebe)vzdělávání – kultivace osobnosti
- Rozptýlení, zábava – včetně duševní relaxace (Dumazedier, 1966 cit. dle Urban, a kol., 2008, s. 152)

### **3.7 Sociální služby pro seniory**

Sociální služby jsou definovány jako všechny služby (krátkodobé i dlouhodobé) poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, popřípadě i ochrana zájmů společnosti. V České republice i v ostatních evropských zemích se rozlišuje mezi službami poskytovanými klientům a službami administrativními (Matoušek, 2008, s. 203).

#### **3.7.1 Historický vývoj péče o seniory**

V dřívějších dobách byla péče o seniory praktikována především v rámci jejich rodiny. Pokud rodina chyběla, nemohla, nechtěla či nestačila, staří lidé se začali ocitát na okraji lidské společnosti a žili nedůstojný život, potulovali se, žebrali a poté umírali hladem, žízní či podchlazením (Haškovcová, 2010, s. 183-184).

Péče o staré lidi se odvíjela od ekonomických a politických možností dané společnosti a trvalo pár století, než se podařilo majoritě starých lidí poskytnout alespoň materiální minimum. V dnešní době ještě ale existují státy, ve kterých mají péči o seniory na velmi nízké úrovni (Haškovcová, 2010).

V České republice došlo ke změnám po roce 1989, ale výraznější proměna nastala až po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Odpovědnost za sociální služby přešla z odpovědnosti státu na odpovědnost jednotlivce, kraje, obce (komunity),

a občanské společnosti. Více než 85 % pobytových sociálních služeb v ČR zřizují kraje či obce, nikoli stát (Malíková, 2011, s. 30).

Základním posláním sociálních služeb je pomoc lidem udržet si či znovu nabýt své místo v komunitě, nevětšinové společnosti a ve svém přirozeném společenství.

Další změnou si prošlo financování poskytovaných sociálních služeb. Základem je příspěvek na péči, který je nesoběstačným osobám přidělen v rozsahu 4 stupňů závislosti. Také se rozšířila nabídka poskytovatelů sociálních služeb, kde se především v terénních a ambulantních službách významně podílejí nestátní neziskové organizace (Malíková, 2011, s. 32).

### **3.7.2 Vymezení sociálních služeb pro seniory**

Základní činnosti při poskytování sociální služeb jsou přesně dány zákonem o sociální službách a patří mezi ně (§35):

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoci při zajištění stravy
- Poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Sociální poradenství
- Zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- Telefonická krizová pomoc
- Návčik dovednosti pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- Podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (Podnikatel.cz, 2022)

Co se týče druhů sociálních služeb, rozlišujeme jich několik:

- Sociální poradenství – dále se dělí na základní (vždy poskytováno uživatelům služeb v pobytových sociálních zařízeních pro seniory) a odborné

- Služby sociální péče – např. osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, domovy pro seniory, apod.
- Služby sociální prevence – zahrnuje 17 druhů, mezi které patří např. raná péče, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, telefonická krizová pomoc, apod. (Malíková, 2011, s. 44-47)

Formy poskytování sociálních služeb (§33):

- Pobytové – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb
- Ambulantní – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování
- Terénní – služby, které jsou osobně poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (Podnikatel.cz, 2022)

### 3.7.3 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory neboli domovy důchodců představují nejznámější typ rezidenčních služeb. Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku, jejichž situace potřebuje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Dle zákona (§ 49) obsahuje tyto základní činnosti:

- Poskytování ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Senioři žijící v těchto domovech tvoří specifickou skupinu obyvatel naší společnosti. Vzhledem k pobytu v sociálních zařízeních mají senioři omezené možnosti, jak si udržovat či nadále rozvíjet psychické a fyzické schopnosti. Jsou také vystaveni riziku rychlejšího snížení tělesné zdatnosti a mentálního stavu (Žecová, a kol., 2011, s. 7-12).

V domovech pro seniory existovala určitá rivalita mezi zdravotnickým a nezdravotnickým personálem, ne ve všech domovech se dařilo naplňovat standardy kvality. Mezi velké nedostatky patřila spolupráce s rodinou. V mnoha domovech panoval předsudek, že rodina o seniora nemá zájem nebo ho využívá jen kvůli penězům (Matoušek, 2007, s. 90).

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vydala doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, který se zabývá ubytováním, stravováním, kulturou a volným časem, partnerstvím a péčí. Ubytovaní má 29 položek mezi které patří např. WC, koupelna, sprcha, madla v koupelně, vybavení pokoje, připojení elektrických přístrojů, uzamykatelná skříňka na pokoji/trezorek, počet lůžek na pokoji, společné prostory – bezbariérovost, madla, noční osvětlení, objekt – prostor pro duchovní programy, zeleň v interiéru domova, čistota prostředí, okolí domova – vybavení nejbližšího okolí, služby – místnost lékaře, úklid. Stravování se zabývá výběrem z jídel (nutriční péče, pestrost), strukturou a časem podávání jídel. Kultura a volný čas je tvořena kulturou, sportem a pohybem, vzděláváním, duchovními programy, dobrovolnictvím, hobby aktivitami a dopravou, asistencí mimo domov. Partnerství je založeno na základě vzájemného respektu a uznání. Patří sem komunikace (ochrana práv, pravidelný zpravodaj, informovanost), zpětná vazba, individuální přístup a respektování osobního prostoru, dodržování etických pravidel. Poslední část péče se pak zabývá péčí sociální, terapeutickou a zdravotní. Cílem doporučeného standardu je podporovat a stimulovat poskytovatele sociálních služeb ke zvyšování kvality, definovat jasné, transparentní a konkrétní znaky kvality domovů pro seniory v ČR či vyvinout veškeré úsilí, aby tento Doporučený standard byl v budoucnosti standardem minimálním (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015).

#### **3.7.4 Domovy s pečovatelskou službou**

Domovy s pečovatelskou službou (dále DPS) jsou určeny především pro občany žijící osaměle, pro něž je současné bydlení ze zdravotních důvodů nevyhovující. Kvůli svému zdravotnímu stavu či věku potřebují zajistit některé své životní potřeby péčí jiné osoby a tuto pomoc nemohou zabezpečit rodinní příslušníci (Křížová).

Tato zařízení se občas nazývají domy s byty zvláštního určení a ubytování v nich je poskytováno na základě nájemní smlouvy pro konkrétní ubytovací jednotku. V bytech, které jsou v DPS poskytují pečovatelské služby, ale ne nepřetržitě, jako v domovech pro seniory. Služby jsou nastaveny v občasném režimu dle dohody seniora a poskytovatele. Jedná se především o dodání, přípravu a podávání jídla, zajištění nákupů, pomoc při osobní hygieně, úklid domácnosti, praní prádla, apod. (Domov pro seniory Elišky Purkyňové).

Dle zákona (§ 40) má služba obsahovat tyto základní činnosti:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Podnikatel.cz, 2022)

## 4 Vlastní práce

### 4.1 Stanovení cílů výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit míru celkové životní spokojenosti seniorů ve vlastní domácnosti a pečovatelském zařízení, a to v oblastech: Vlastní osoba, Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k dětem, Bydlení a Přátelé, známí, příbuzní. Sekundárním cílem je zjistit, zda existuje rozdíl mezi seniory ve vlastních domovech a seniory žijícími v pečovatelském zařízení.

### 4.2 Stanovení hypotéz

V diplomové práci jsou stanoveny tyto hypotézy:

**H01:** Životní spokojenost v oblasti vlastní osoba nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**H02:** Životní spokojenost v oblasti zdraví nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**H03:** Životní spokojenost v oblasti vztah k dětem nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**H04:** Životní spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**H05:** Životní spokojenost v oblasti volný čas nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**H06:** Životní spokojenost v oblasti finanční situace nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**H07:** Životní spokojenost v oblasti bydlení nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

Nulové hypotézy byly následně vyhodnoceny prostřednictvím kontingenční tabulek, chí-kvadrátového testu a Fisherova přesného testu.

### 4.3 Etické aspekty výzkumu

Výzkumná část práce respektuje etická pravidla. Všichni respondenti byli srozumitelně informováni o dobrovolnosti participace, anonymitě a se svobodou odmítnutí neboli možností ukončit svou účast ve výzkumu. Respondenti předem věděli, jaké jsou cíle výzkumu a jaká

bude časová náročnost dotazníku. Také byli informováni, že data budou využita pouze pro diplomovou práci.

#### **4.4 Popis a volba vzorku zkoumaných osob**

Výzkumný vzorek se skládá ze seniorů žijících ve vlastní domácnosti a seniorů žijících v domově pro seniory, konkrétně v Domově seniorů Říčany. Výzkum pomocí dotazníkového šetření proběhl v měsících únor a březen v roce 2022. Všichni respondenti byli obeznámeni ohledně základních informací dotazníkového šetření a zároveň byly dodržovány etické aspekty. Pro účely této diplomové práce jsme zvolili věkovou hranici respondentů od 60 let.

První skupina respondentů ve vlastní domácnosti je složena ze seniorů v mém okolí, přátel mých prarodičů, prarodičů mých známých, apod. Co se týče druhé skupiny respondentů, vzhledem k tomu, že pandemická situace v tomto období ještě nebyla přívětivá, nemohla jsem Domov seniorů Říčany navštívit osobně. S dotazníkovým šetřením mi tak pomohla pracovnice pečovatelského zařízení, která seniory osobně obcházela a vyplňovala dotazníky s nimi. Domov seniorů Říčany patří mezi nejmodernější sociální zařízení pro seniory v České republice. Nachází se přímo ve městě Říčany a jeho provozovatelem je ProSeneo s.r.o.. Mezi hlavní stránky tohoto zařízení patří zaměření se na domácí prostředí, lidský přístup, úctu a serióznost. Domov disponuje 150 lůžky v převážně dvoulůžkových pokojích, ale nabízí i pokoje jednolůžkové či třílůžkové. Klientům nabízí jídlo, které se připravuje v jejich vlastní kuchyni, a to především z čerstvých a regionálních potravin. Na jídelniček dohlíží nutriční terapeut, který klade důraz na vyváženou stravu. Pestrou stravu nabízejí 6x denně a jídelní lístek si mohou rodinní příslušníci prohlédnout na jejich webových stránkách. Služby, které jsou jinde nadstandardní, jsou v tomto zařízení samozřejmostí. Mezi tyto služby patří např. denní aktivizační programy, kulturní programy, poskytování sociálního poradenství či zajištění a donáška nákupu. Sociální služby dále zahrnují pravidelný úklid, zdravotní péči 24 hodin, zajištění bohoslužeb a duchovního setkání, externí služby (kadeřnice, pedikérky), canisterapie, arteterapie, apod.. Zařízení dále disponuje několika společenskými prostory pro volnočasové aktivity a návštěvy, vlastní prádelnou, zahradou, terasou s bezbariérovým přístupem a přímo u budovy se nachází velké parkoviště. Co se týče návštěv, je zde možnost navštívit své blízké a známé po celý den, a to sedm dní v týdnu. Domov poskytuje dle zákona č. 108/2006 Sb. dvě služby:

- 1) Domov seniorů



## 2) Domov se zvláštním režimem (Domov seniorů Říčany)

Obrázek 6 - Domov seniorů Říčany



Zdroj: (Domov seniorů Říčany)

### 4.5 Popis použitých metod a jejich aplikace

Pro sběr dat byl využit kvantitativní výzkum, jehož výhoda spočívá především v rychlém získání dat od velkého množství respondentů.

#### 4.5.1 Dotazník životní spokojenost

Výzkumnou metodou byl zvolen Dotazník životní spokojenost (DŽS), který se využívá v klinické psychologii, školní a zdravotní psychologii a také ve výchovném poradenství. Slouží k objektivnímu posuzování celkové životní spokojenosti a životní spokojenosti v deseti podstatných oblastech, utvářejících tuto spokojenost. Mezi tyto oblasti (jednotlivé škály) patří:

- Zdraví
- Práce a zaměstnání
- Finanční situace
- Volný čas
- Manželství a partnerství
- Vztah k vlastním dětem
- Vlastní osoba
- Sexualita

- Přátelé, známí, příbuzní
- Bydlení
- Životní radosti
- Životní obavy

Prvních deset škál má sedm položek, na které subjekt odpovídá ze sedmi možných odpovědí – Velmi nespokojen(a), Nespokojen(a), Spíše nespokojen(a), Ani spokojen(a) ani nespokojen(a), Spíše spokojen(a), Spokojen(a), Velmi spokojen(a).

Do výpočtu Celkové životní spokojenosti se započítává pouze oblast Zdraví, Finanční situace, Volný čas, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení.

V této práci byla vynechána oblast Sexualita, jelikož mnoho respondentů by na tuto oblast nechtělo odpovědět. Proto nebude porovnávána celková hodnota DŽS s normami, ale pouze jednotlivé oblasti (škály).

Dotazník je doplněn otázkami ohledně Životní radosti a Životní obavy. Tyto oblasti mají 12 položek. U oblasti Životní radosti mají respondenti u každé položky na výběr z odpovědí – Nepřináší mi žádnou radost, Občas mívám radost, Mám mírnou radost, Mám radost, Mám velkou radost. Oblast Životní obavy má odpovědi – Nemám žádné obavy, Občas mívám obavy, Mám mírné obavy, Mám obavy, Mám velké obavy.

Konkrétní ukázka tohoto dotazníku nesmí být uvedena v přílohách a není ji možné volně zveřejňovat, jelikož se jedná o autorské dílo, které jako diagnostická metoda podléhá regulované distribuci a využití.

#### **4.5.2 Statistické zpracování**

Statistická data, která byla získána prostřednictvím dotazníku životní spokojenosti, byla zpracována za pomoci příslušných statistických metod. U škálové části každému výroku přiřazujeme hodnotu 1-7 či 1-5 dle hodnoty škály, které jsou v dotazníku v závorce nad slovním hodnocením. Poté hodnotíme každý výrok zvlášť pomocí průměrné hodnoty, kterou pak slovně charakterizujeme v intencích: 1-3 nespokojenost, 3,01-3,99 nevyhranění a 4-7 spokojenost. V případě pětibodové škály 1-2 nepřináší radost, 2,01-3,99 nevyhranění a 4-5 přináší radost. U životních obav je toto hodnocení v pozitivitě a negativitě výroku obráceně. Následně celé sekce hodnotíme z pohledu celku.

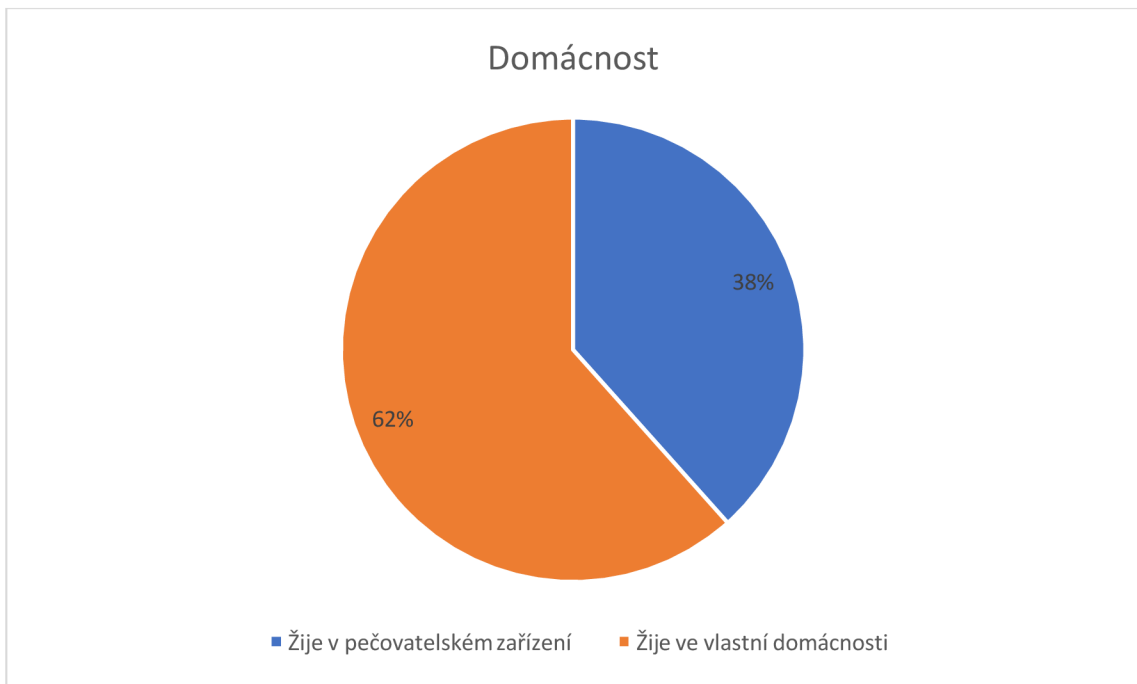
Poté si porovnáme výzkumné skupiny – senioři žijící ve vlastní domácnosti a senioři žijící v domovech pro seniory (pečovatelském zařízení). Porovnání bude provedeno pomocí kontingenčních tabulek, chí-kvadrátového testu a Fisherova přesného testu.

## 4.6 Výsledky dotazníkového šetření

### 4.6.1 Obecné informace o respondentech

Z celkového počtu 113 respondentů musel být jeden vyřazen z důvodu nesprávného vyplnění. Na výzkumu se tedy podílelo 112 respondentů, z toho 43 žije v pečovatelském zařízení a 69 ve vlastní domácnosti.

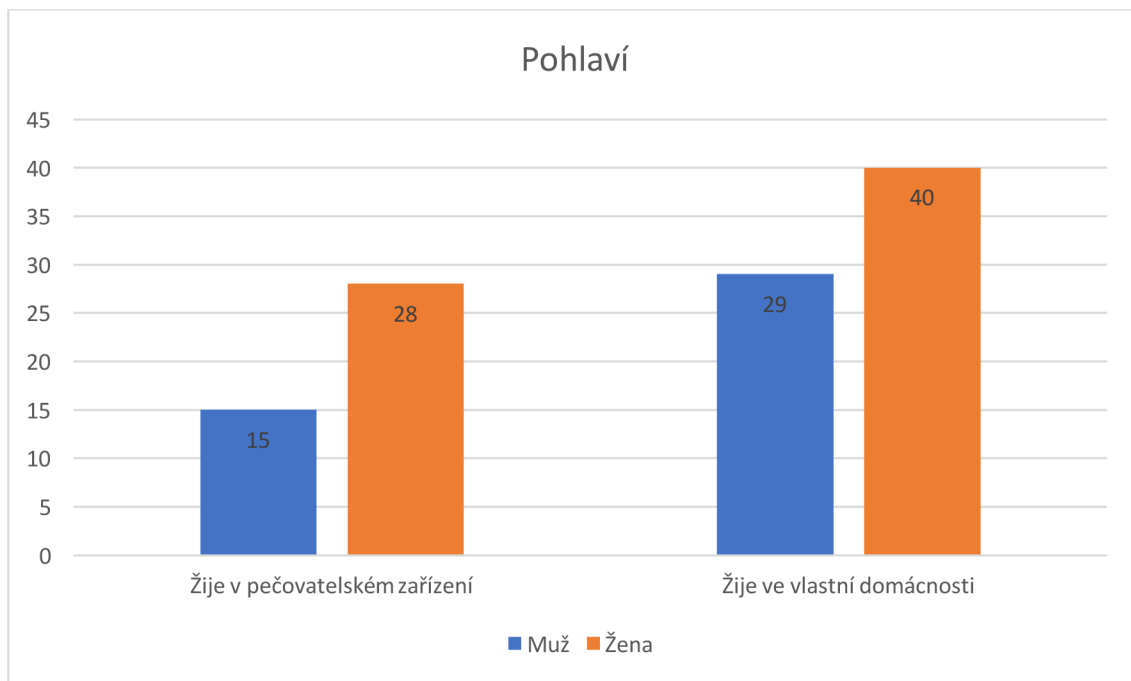
*Graf 1- Podíl respondentů podle domácnosti*



*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového počtu respondentů je 68 žen a 44 mužů. Ženy tak tvoří dohromady 61 % a muži 39 %. Konkrétně v pečovatelském zařízení žije 28 žen a 15 mužů. Ve vlastní domácnosti žije 40 žen a 29 mužů. Nejčastěji žijí s manželem/manželkou (partnerem/partnerkou).

Graf 2 - Podíl respondentů podle pohlaví v porovnání s domácností

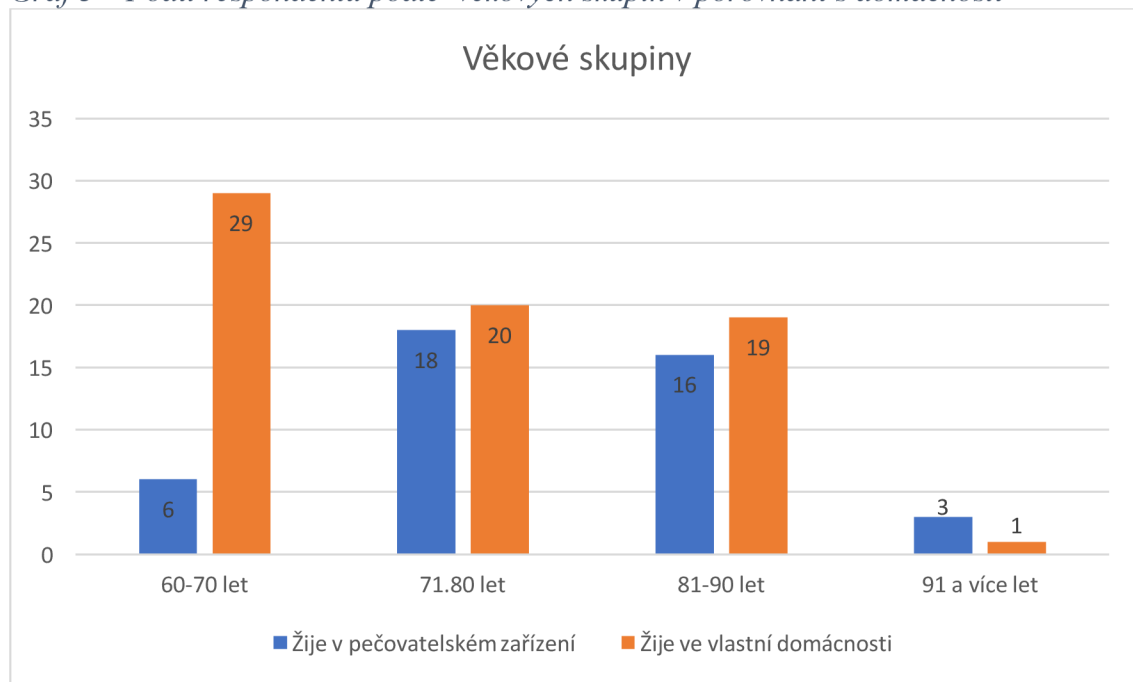


Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce respondentů je ve věku 71-80 let (34 %). Věkové skupiny 60-70 let a 81-90 let mají stejný počet respondentů. Seniorů ve věku 91 a více let bylo nejméně, pouhá 4 %. Průměrný věk všech respondentů je 76,23 let.

Z grafu je patrné, že nejmladší věková kategorie nejčastěji žije ve vlastní domácnosti, především s manželem/manželkou (partnerem/partnerkou). Ostatní věkové skupiny jsou poměrně stejně zastoupené, ale přeci jen máme o něco více respondentů ve věku 71-80 let a 81-90 let ve vlastní domácnosti. Seniori ve věku 91 let a více převažují u pečovatelského zařízení. Průměrný věk respondentů ve vlastní domácnosti je 74,45 let a průměrný věk seniorů v Domově seniorů Říčany je 79,09 let. Z grafu tedy vyplývá, že čím je senior starší, tím více můžeme předpokládat, že bude žít v pečovatelském zařízení.

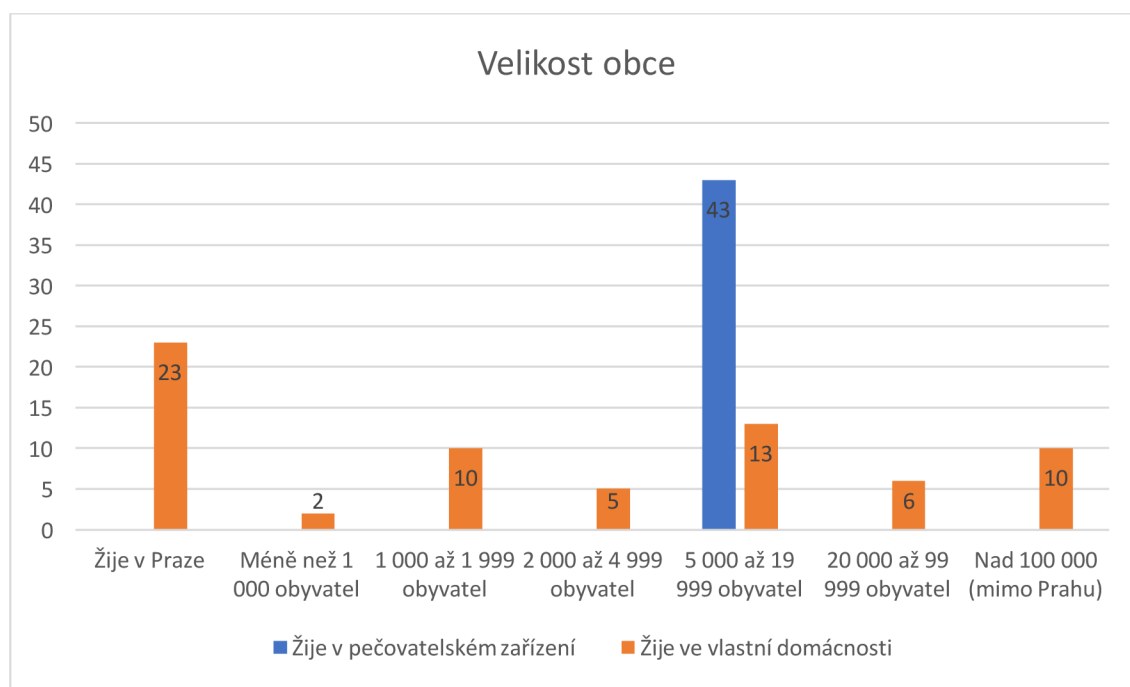
Graf 3 – Podíl respondentů podle věkových skupin v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti z pečovatelského zařízení žijí v obci o velikosti 5 000 až 19 999 obyvatel, jelikož Domov seniorů se nachází v Říčanech (cca 16 000 obyvatel). Většina respondentů žijící ve vlastní domácnosti pochází z Prahy. Nejméně respondentů je z obcí 20 000 až 99 999, 2 000 až 4 999 a obcí, kde žije méně než 1 000 obyvatel.

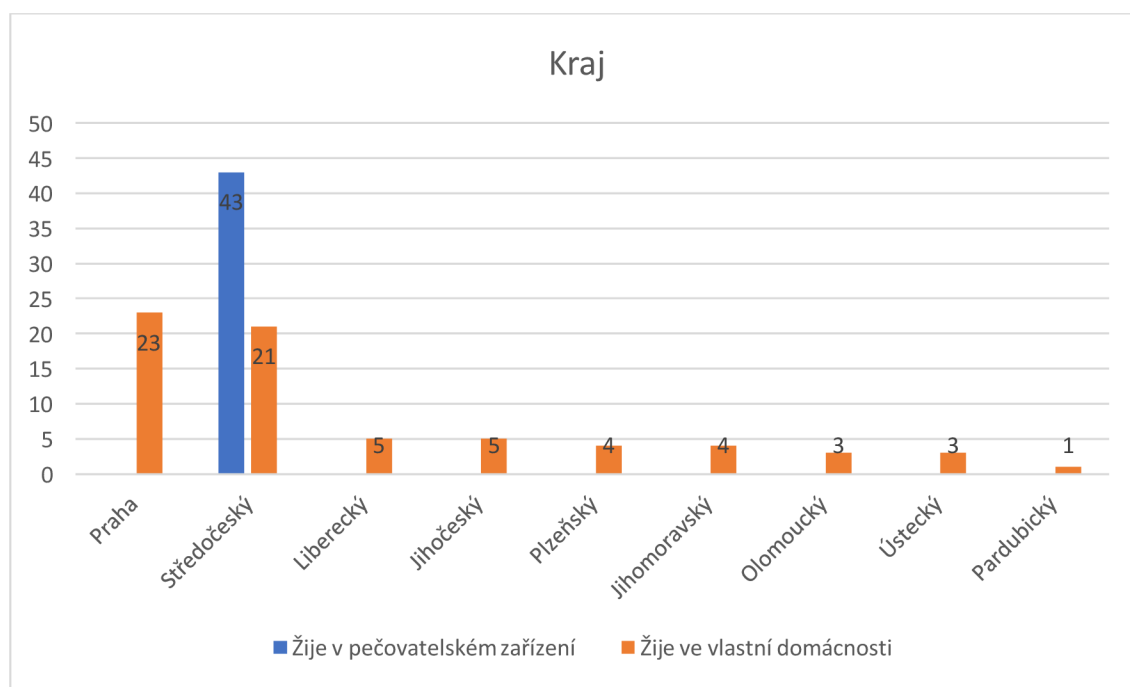
Graf 4 - Podíl respondentů podle velikosti obce, ve které žijí v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti z pečovatelského zařízení pochází ze Středočeského kraje, vzhledem ke sběru dat v Domově seniorů Říčany, který se zde nachází. Respondenti žijící ve vlastní domácnosti mají největší zastoupení v Praze s Středočeským krajem. Respondenti z Libereckého, Jihočeského, Olomouckého, Pardubického, Jihomoravského, Ústeckého a Plzeňského kraje zaujmají pak 1-4 % z celkového počtu. Nemáme zde zastoupení seniorů z Karlovarského, Královéhradeckého, Zlínského, Moravskoslezského a Kraje Vysočina.

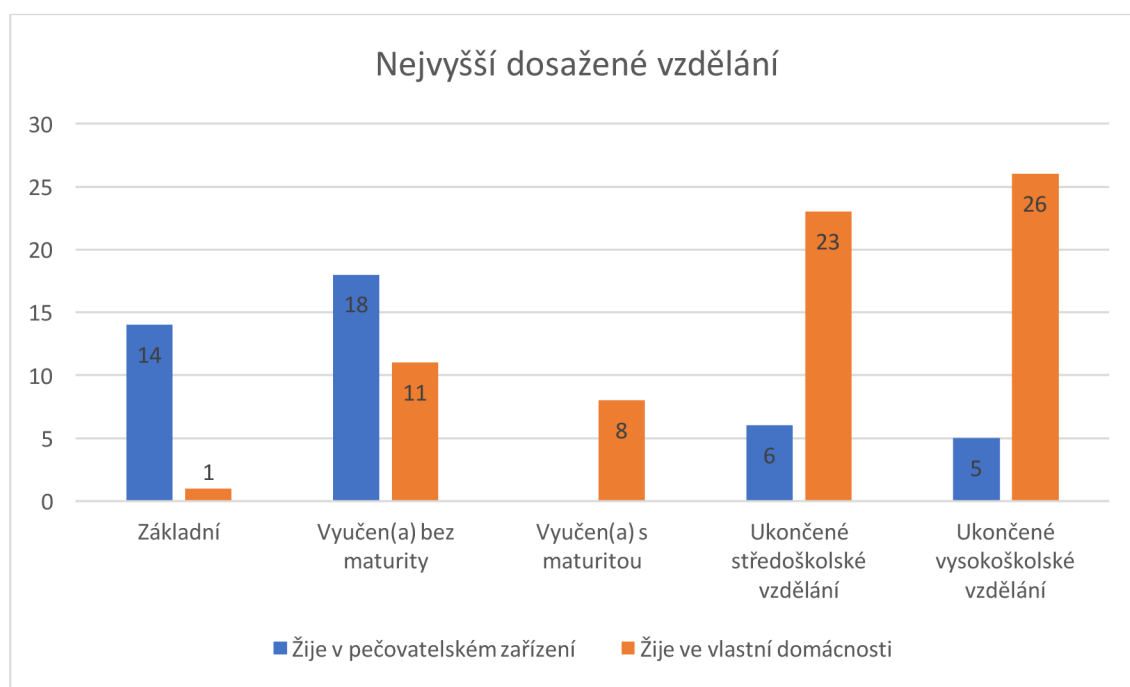
Graf 5 - Podíl respondentů podle kraje, ve kterém žijí v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

Nejvyšší podíl z celkového počtu mají respondenti s vysokoškolským vzděláním (28 %). Z grafu lze vyčíst, že u seniorů žijících v pečovatelském zařízení převažuje vzdělání základní a vyučení bez maturity. Ukončené vysokoškolské vzdělání je výrazné u respondentů žijících ve vlastní domácnosti, a to hlavně u těch, kteří žijí s manželem/manželkou (partnerem/partnerkou). Ukončené středoškolské vzdělání je v porovnání také o hodně vyšší u respondentů žijících ve vlastní domácnosti.

Graf 6 - Podíl respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání v porovnání s domácností

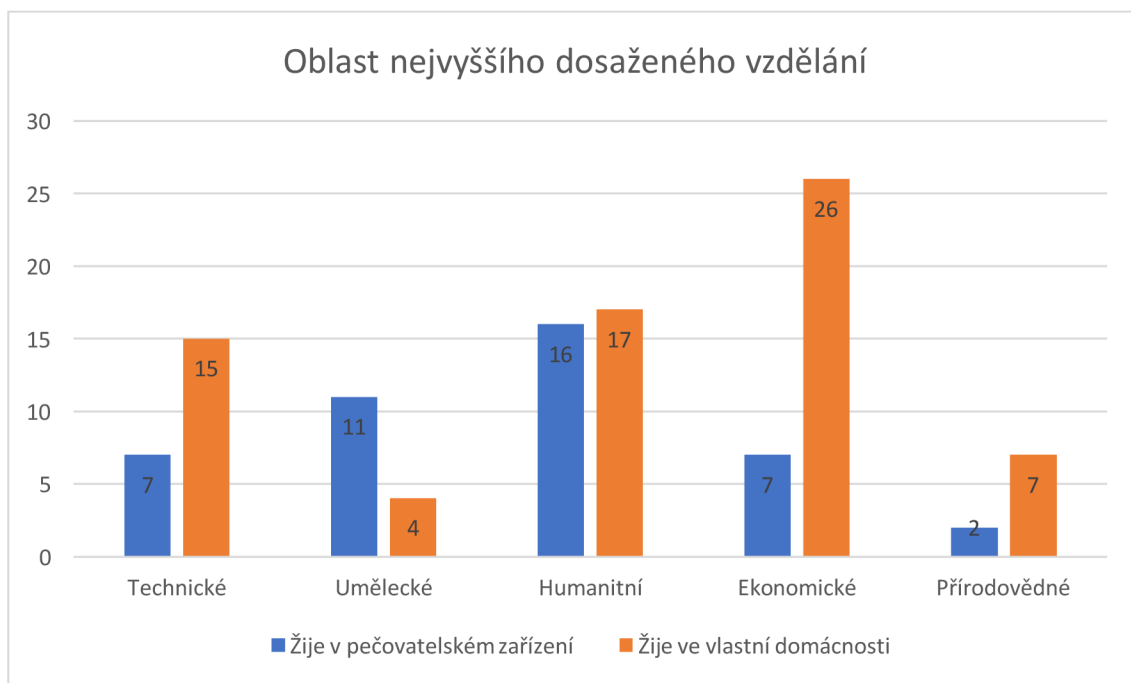


Zdroj: vlastní zpracování

Co se týká oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání, z celkového počtu respondentů mají nejvíce vzdělání s humanitním a ekonomickým zaměřením. U respondentů žijících v pečovatelském zařízení převažuje humanitní oblast a následuje oblast umělecká. Nejméně je zde respondentů s přírodovědním vzděláním. Respondenti žijící ve vlastní domácnosti mají nejčastěji nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti ekonomické. Tato skupina respondentů má nejmenší zastoupení v oblasti umělecké.



Graf 7 - Podíl respondentů podle oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání v porovnání s domácností

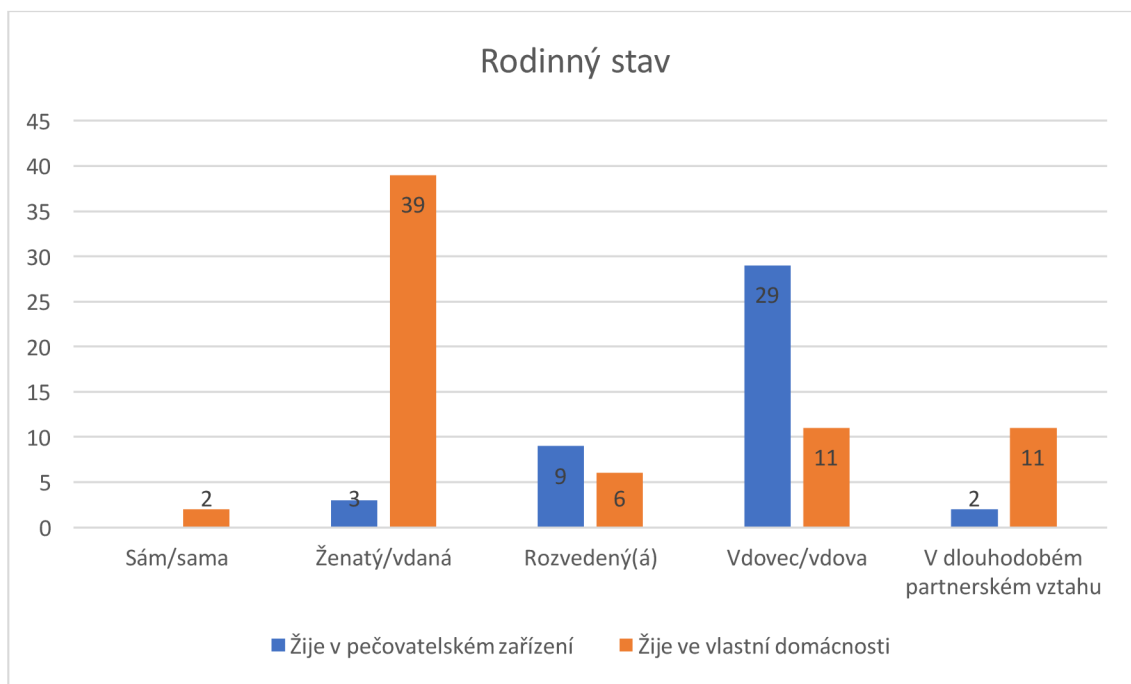


Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů je nejvíce seniorů ženatých/vdaných, a to konkrétně 37 %. Následují vdovci a vdovy, jichž je 36 %. Nejmenší zastoupení mají seniori, kteří žili osamoceně (2 %).

U respondentů žijících v pečovatelském zařízení je značně více vdovců/vdov. Naopak u seniorů žijících ve vlastní domácnosti je nejvíce osob, kteří jsou ženatí/vdaní.

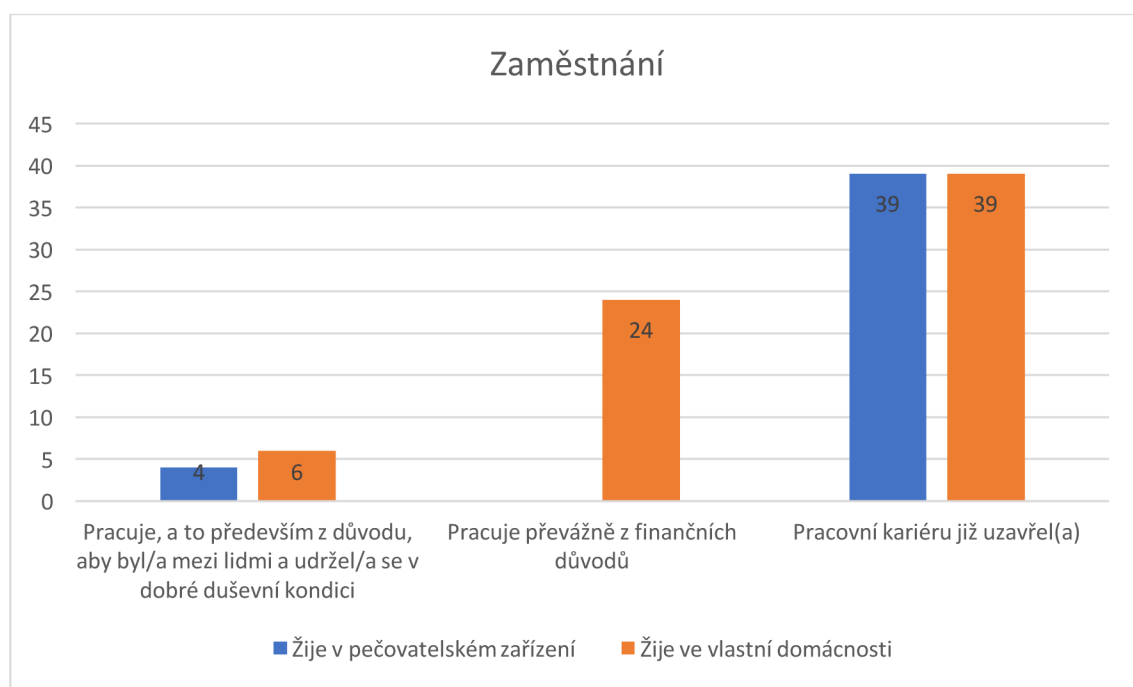
Graf 8 - Podíl respondentů podle rodinného stavu v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 112 respondentů je zaměstnáno 30 % seniorů, a to především z finančních důvodů. Větší podíl (70 %) respondentů svou pracovní kariéru již ukončilo. Respondenti z pečovatelského zařízení, kteří jsou stále zaměstnáni, pracují především z důvodu, aby byli mezi lidmi a udrželi si dobrou duševní kondici.

Graf 9 - Podíl respondentů podle zaměstnání v porovnání s domácností

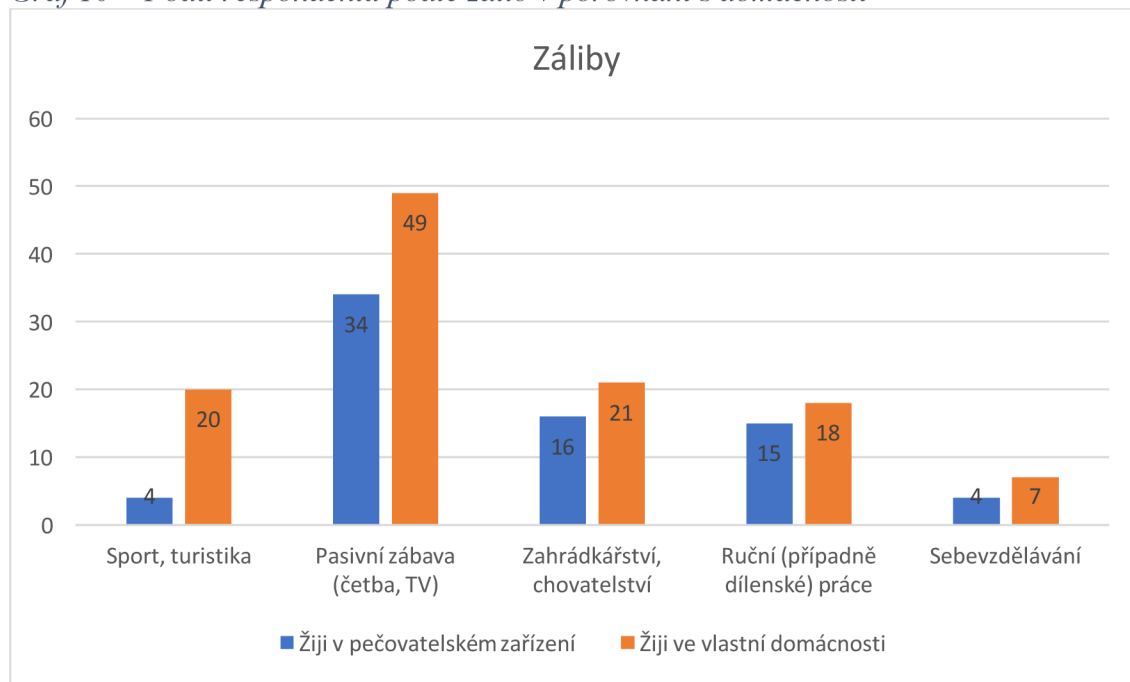


Zdroj: vlastní zpracování

Co se týče zálib, zde měli respondenti možnost volby více než jedné odpovědi. Nejčastěji byla zvolena záliba ve formě pasivní zábavy (TV, četba), která byla zvolena celkem 83x. Největší rozdíl můžeme vidět u sportu, turistiky. Zde převažuje obliba u respondentů žijících ve vlastní domácnosti. Nejméně oblíbenou zálibou u obou skupin je sebevzdělávání, které bylo zvoleno celkem 11x.

Respondenti volící sebevzdělávání mohli dále volit, jaký druh sebevzdělávání upřednostňují. Volba profesně zaměřeného vzdělávání je u obou skupin respondentů vyrovnaná. Naopak upřednostnění zájmového vzdělávání převažuje u seniorů žijících ve vlastní domácnosti.

Graf 10 - Podíl respondentů podle zálib v porovnání s domácností

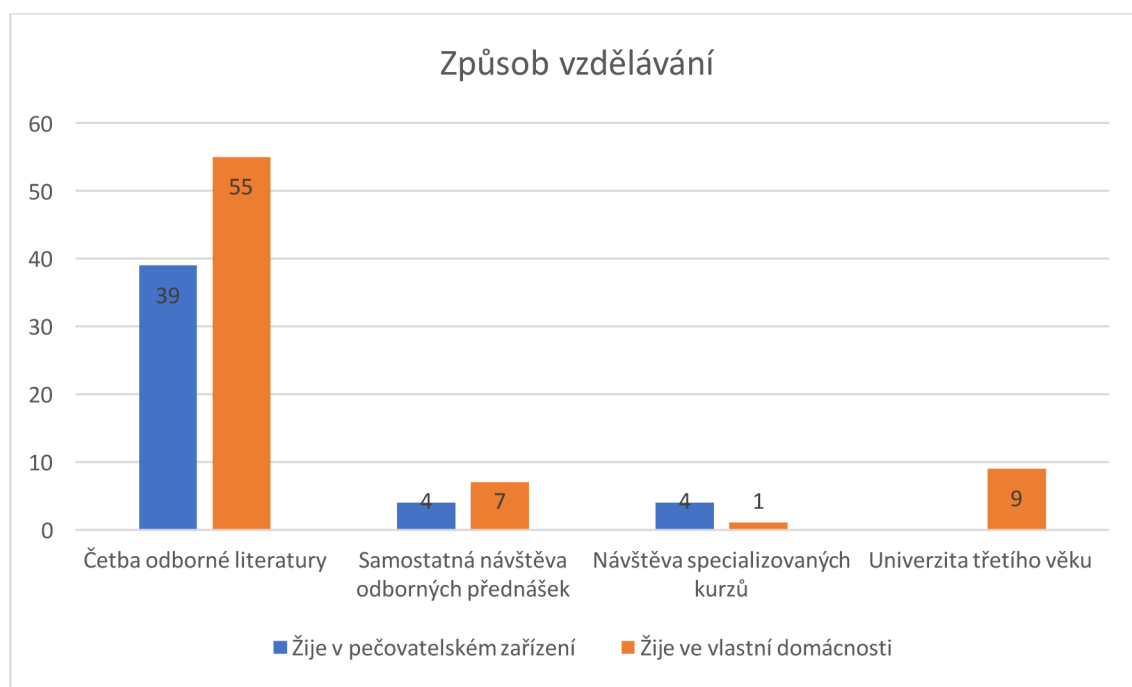


Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti měli také možnost vyplnit další činnosti dle svého uvážení. Tuto část vyplnilo 16 seniorů a nejčastěji se opakovalo: návštěva vnoučat, luštění křížovek či sudoku, používání internetu na počítači/notebooku a chataření. Mezi další záliby patří např. posezení s kamarádkou, společenské hry, poslouchání hudby, opalování, genealogie (zkoumá vztahy předků), rybaření, pečení, procházky či hraní her na telefonu (konkrétně Candy-crush Saga).

Následující graf (č. 11) zobrazuje, jakým způsobem se respondenti vzdělávají. Měli opět možnost zaškrtnout více možností. Nejvyužívanějším způsobem u obou skupin respondentů je jasně četba odborné literatury, která tvoří 79 %. Univerzita třetího věku byla zvolena pouze seniory, kteří žijí ve vlastních domovech.

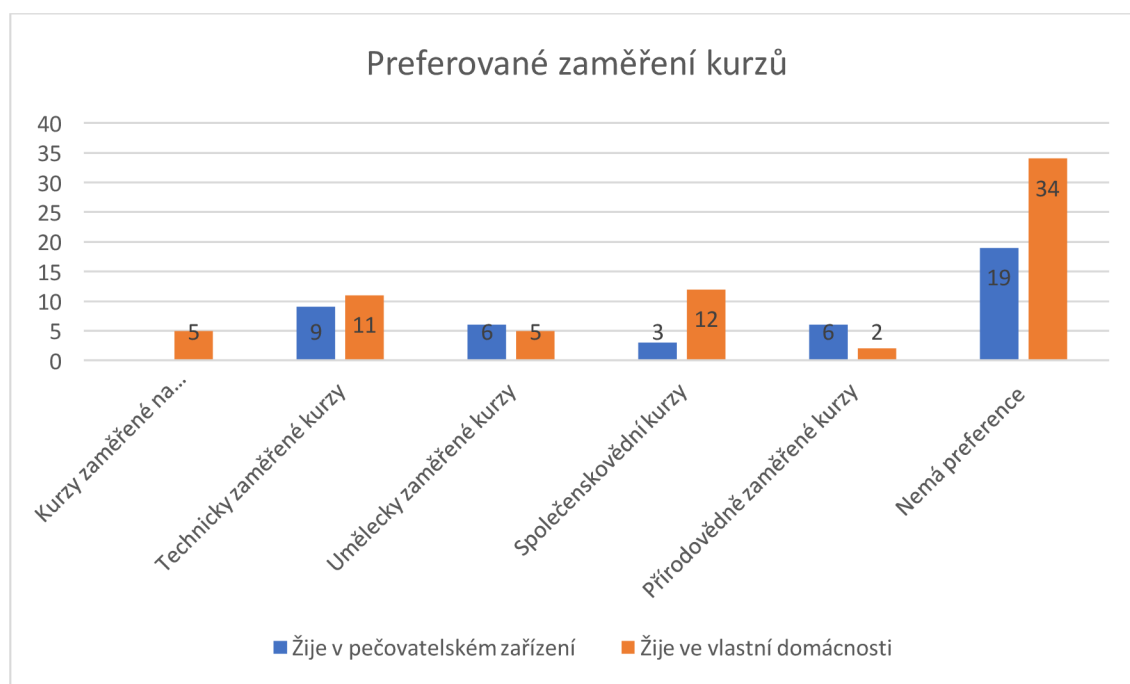
Graf 11 - Podíl respondentů podle způsobu vzdělávání v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

Co se týče preference zaměření kurzů, většina respondentů nemá preference. Respondenti žijící ve vlastní domácnosti, kteří mají preference, pak volili nejčastěji společenskovední kurzy a technicky zaměřené kurzy. U respondentů žijících v pečovatelském zařízení převažují technicky zaměřené kurzy. Nikdo z této skupiny respondentů nepreferuje kurzy zaměřené na ekonomickou oblast.

Graf 12 - Podíl respondentů podle preferovaného zaměření kurzů v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

#### 4.6.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Dotazník byl vyhodnocen z hlediska dvou parametrů – senioři žijící ve vlastní domácnosti a senioři žijící v pečovatelském zařízení (domov pro seniory). Každé slovní odpovědi byla přiřazena číselná hodnota a tyto hodnoty pak byly sečteny za každou otázkou a vyděleny celkovým počtem respondentů dané skupiny. Vyšla nám průměrná hodnota, která poté byla zpracována v tabulkách.

U otázek s devíti hodnotovou škálou máme na výběr: Velmi nespokojen/a, Nespokojen/a, Spíše nespokojen/a, Ani spokojen/a ani nespokojen/a, Spíše spokojen/a, Spokojen/a, Velmi spokojen/a. Z těchto odpovědí spočítáme průměrnou hodnotu, která se následně dělí podle těchto intervalů:

- <1,3> nespokojenost,
- <3,01, 3,99> nevyhranění,
- <4, 7> spokojenost.

U otázek s pěti hodnotovou škálou vybírají v oblasti „Životní radosti“ z možností: Nepřináší mi žádnou radost, Mám mírnou radost, Občas mívám radost, Mám radost, Mám velkou radost. U oblasti „Životní obavy“ volí: Nemám žádné obavy, Občas mívám obavy, Mám mírné obavy, Mám obavy, Mám velké obavy. Z těchto odpovědí spočítáme průměrnou hodnotu podle těchto intervalů:

- <1,2> nepřináší radost/obavy,
- <2,01, 3,99> nevyhranění,
- <4, 5> přináší radost/obavy.

Jednotlivé oblasti dotazníku byly následně vyhodnoceny prostřednictvím nulových hypotéz, kontingenčních tabulek a chí-kvadrátového testu či Fisherova přesného testu, k čemuž byly využity součty odpovědí za každou otázkou. Nulové hypotézy byly zvoleny tak, aby potvrdily nebo vyvrátily výsledky vyhodnocení dotazníkového šetření.

V následující tabulce výsledků můžeme vidět, že respondenti jsou spokojeni se svou vlastní osobou. Míra celkové spokojenosti s vlastní osobou je vyšší u skupiny respondentů žijících ve vlastní domácnosti. Nejvíce jsou spokojeni s interakcí s lidmi (6,20) a charakterem – povahou (6,06). Nejméně jsou spokojeni se svou vitalitou (5,13) a se svými schopnostmi a dovednostmi (5,16). Senioři žijící v pečovatelském zařízení jsou nejvíce spokojeni se způsobem dosavadního života (5,86) a interakcí s lidmi (5,72). Nejméně jsou spokojeni s vnějším vzhledem (4,47) a sebevědomím a sebejistotou (4,63).

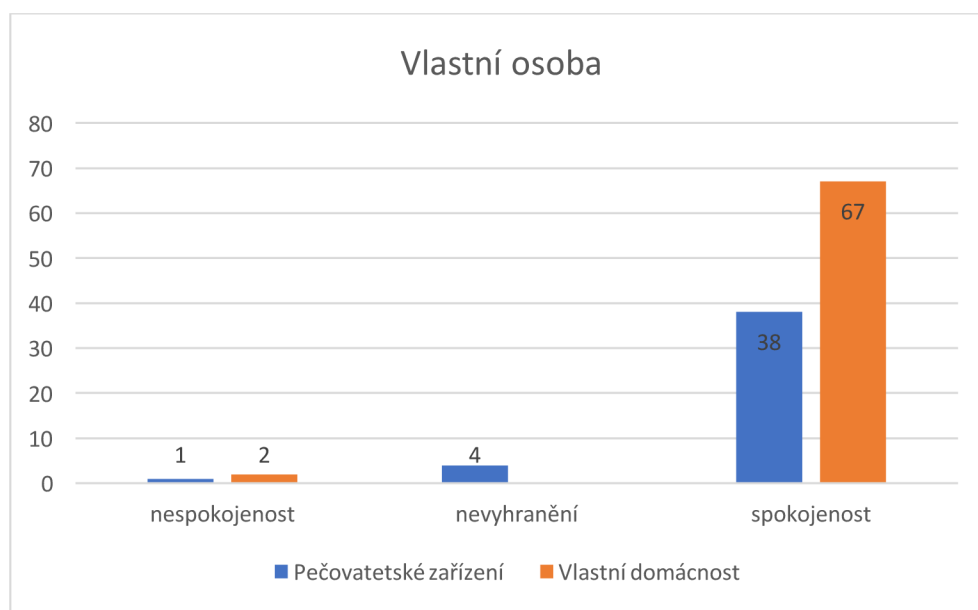
*Tabulka 3 - Vlastní osoba*

<b>Vlastní osoba</b>	<b>Pečovatelské zařízení</b>	<b>Vlastní domácnost</b>
Schopnosti a dovednosti	5,19	5,16
Způsob dosavadního života	5,86	5,90
Vnější vzhled	4,47	5,35
Sebevědomí a sebejistota	4,63	5,56
Charakter	5,09	6,06
Vitalita	5,05	5,13
Interakce s lidmi	5,72	6,20
<b>Míra celkové spokojenosti</b>	<b>5,14</b>	<b>5,62</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z grafu níže je patrné, že většina respondentů z pečovatelského zařízení i vlastní domácnosti jsou spokojeni s vlastní osobou. Ve vlastní domácnosti jsou 2 respondenti nespokojeni se svou vlastní osobou a v pečovatelském zařízení 1 respondent.

Graf 13 - Vlastní osoba



Zdroj: vlastní zpracování

Z následující tabulky můžeme vyčíst, že respondenti jsou se svým zdravím spokojeni. Míra celkové spokojenosti je lehce vyšší u seniorů žijících ve vlastní domácnosti. Nejvíce jsou spokojeni s duševní kondicí (5,19) a duševní výkonností (5,19). Naopak nejméně jsou spokojeni s četností bolestí (4,00) a četností nemocí (4,28). Respondenti žijící v pečovatelském zařízení jsou také nejvíce spokojeni s duševní kondicí (5,00) a duševní výkonností (4,81). Nejméně jsou spokojeni s tělesnou kondicí (4,33) a obranyschopností proti nemoci (4,35).

Tabulka 4 - Zdraví

Zdraví	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Tělesný zdravotní stav	4,40	4,80
Duševní kondice	5,00	5,19
Tělesná kondice	4,33	4,72
Duševní výkonnost	4,81	5,19
Obranyschopnost proti nemoci	4,35	4,71
Četnost bolestí	4,47	4,00
Četnost nemocí	4,53	4,28
<b>Míra celkové spokojenosti se zdravím</b>	<b>4,56</b>	<b>4,70</b>

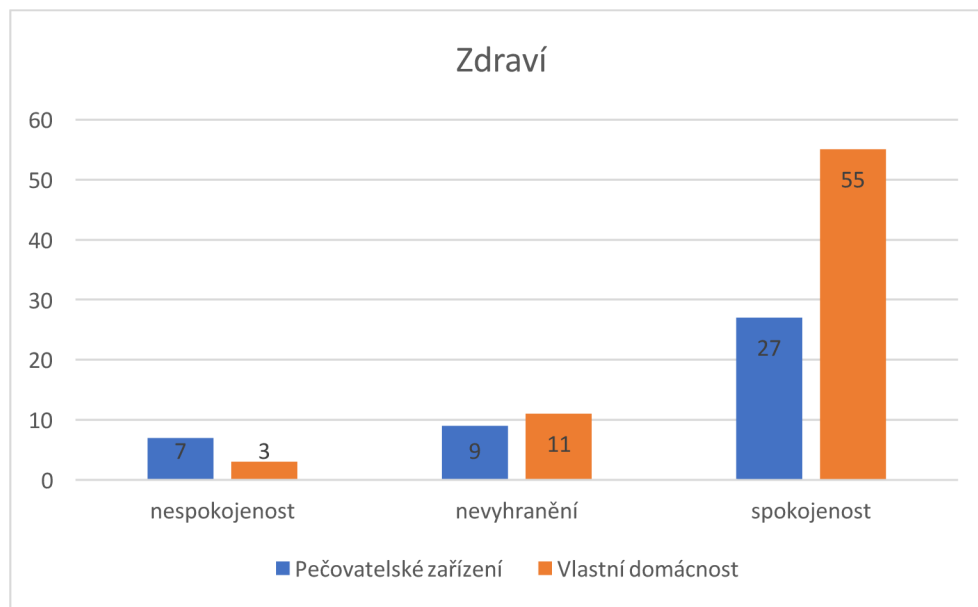
Zdroj: vlastní zpracování

Následující graf nám zobrazuje, že respondenti žijící ve vlastní domácnosti jsou spokojenější se svým zdravím než respondenti v pečovatelském zařízení. V této skupině je



spokojeno 55 seniorů, nevyhraněno 11 a nespokojeni jsou pouze 3. V pečovatelském zařízení je 27 spokojených respondentů, 9 nevyhraněných a 7 nespokojených.

Graf 14 - Zdraví



Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č. 5 máme zobrazeno manželství a partnerství respondentů. Respondenti v pečovatelském zařízení mají vyšší celkovou míru spokojenosti, ale vzhledem k tomu, že tuto skupinu reprezentuje velmi malý počet respondentů, tak se to těžko porovnává. Tuto oblast je tedy nemožné objektivně hodnotit. Nejvyšší skóre mají u požadavků (7,00), upřímnosti a otevřenosti (7,00), pochopení (7,00), bezpečí (7,00) a ochoty pomoci (7,00). Nejnižší skóre a tedy nejméně spokojeni jsou s něžností a intimitou (6,25). Ve skupině respondentů žijící ve vlastní domácnosti máme 49 seniorů v manželství nebo partnerství. Jejich celková míra spokojenosti činí 5,82. Nejvíce jsou spokojeni s bezpečím, které jim partner poskytuje (6,31) a ochotou pomoci (6,22). Nejmenší spokojenost vykazují u něžnosti a intimity (5,16) a společných aktivit (5,49).

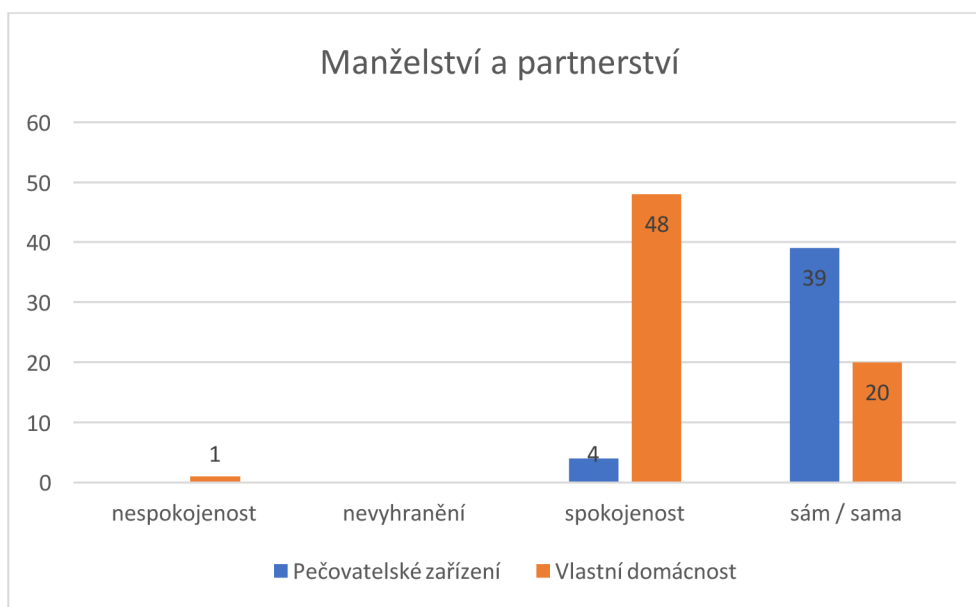
Tabulka 5 - Manželství a partnerství

Manželství a partnerství	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Požadavky	7,00	5,61
Společné aktivity	6,75	5,49
Upřímnost a otevřenost	7,00	5,82
Pochopení	7,00	6,10
Něžnost a intimita	6,25	5,16
Bezpečí	7,00	6,31
Ochota pomoci	7,00	6,22
<b>Míra celkové spokojenosti s manželstvím/partnerstvím</b>	<b>6,86</b>	<b>5,82</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Graf níže nám znázorňuje, že většina respondentů v manželství či partnerství je spokojených. Pouze jeden respondent ve vlastní domácnosti je nespokojen.

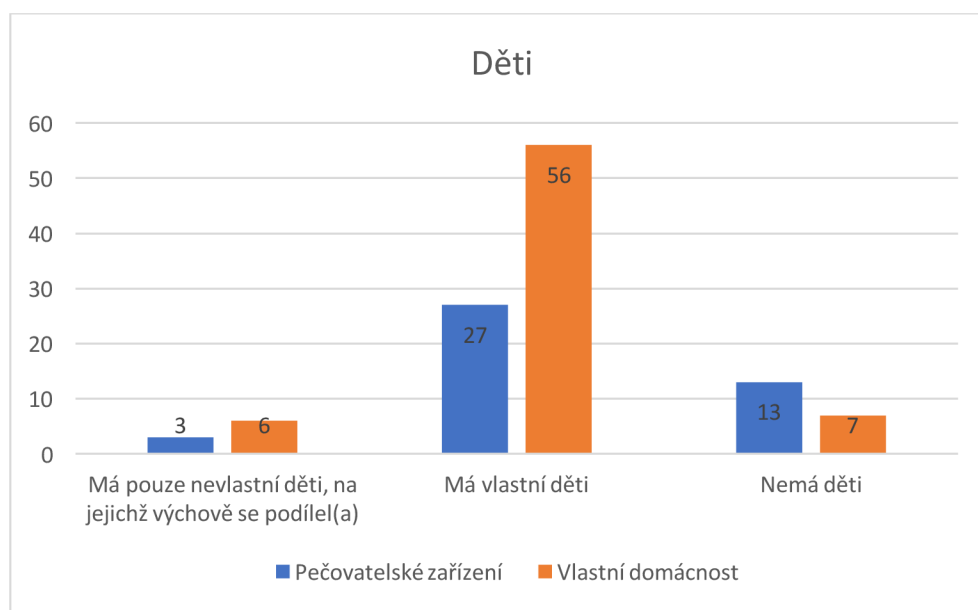
Graf 15 - Manželství a partnerství



Zdroj: vlastní zpracování

Následující graf zobrazuje, kdo z respondentů má děti, ať už vlastní či nevlastní. 56 respondentů žijících v domácnosti má vlastní děti a 6 nevlastí. V pečovatelském zařízení má 27 respondentů vlastní děti a 3 mají nevlastní. Z celkového počtu 112 respondentů má tak 92 respondentů děti.

Graf 16 – Podíl respondentů s dětmi v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce můžeme vidět, že respondenti jsou s pokojením se vztahem k dětem. Celková míra spokojenosti je vyšší u respondentů žijících v pečovatelském zařízení. Tito senioři v pečovatelském zařízení jsou nejvíce spokojeni s radostí, kterou jim děti přináší (6,33) a pracovními úspěchy dětí (6,23). Naopak nejméně jsou spokojeni s vlivem na děti (5,37) a námahou a výdaji, které je jejich děti stály (5,43). Respondenti žijící ve vlastní domácnosti jsou nejvíce spokojeni se vztahem s dětmi (6,37) a pracovními úspěchy dětí (6,34). Nejmenší spokojenost jim přináší námaha a výdaje za děti (5) a uznání od dětí (5,18).

Tabulka 6 - Vztah k dětem

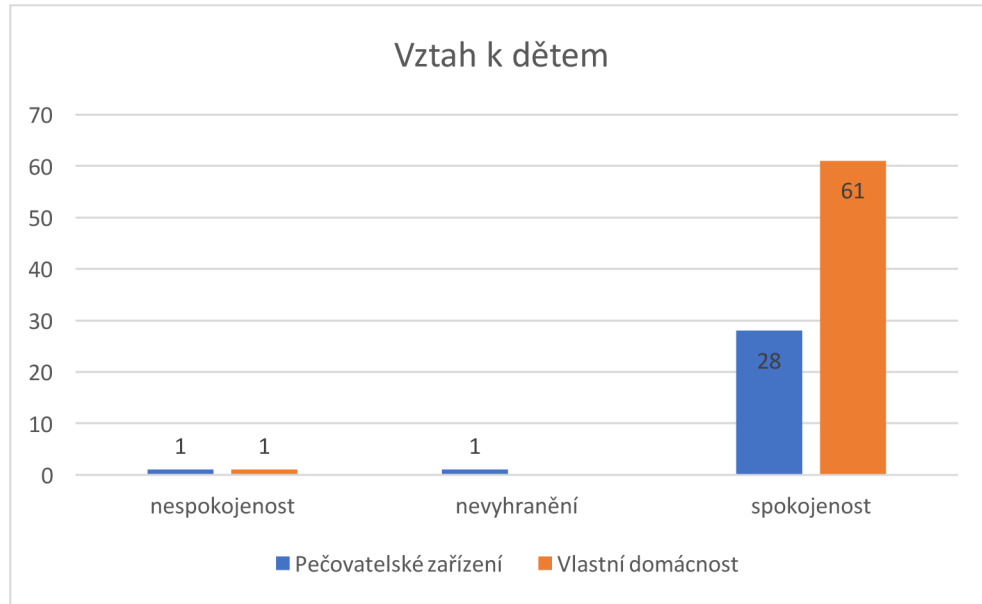
Vztah k dětem	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Vztah s dětmi	6,00	6,37
Pracovní úspěchy dětí	6,23	6,34
Radost z dětí	6,33	6,32
Námaha a výdaje na děti	5,43	5,00
Vliv na děti	5,37	5,35
Uznání od dětí	5,53	5,18
Společné aktivity	5,93	5,23
<b>Míra celkové spokojenosti vztahu k dětem</b>	<b>5,83</b>	<b>5,68</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Graf níže nám ukazuje, jaký počet respondentů je spokojených, nevyhraněných či nespokojených. Ve vlastní domácnosti je 61 respondentů spokojených a 1 respondent

nespokojen. V pečovatelském zařízení je 28 respondentů spokojených, 1 nevyhraněn a 1 nespokojen.

*Graf 17- Vztah k dětem*



*Zdroj: vlastní zpracování*

Následující tabulka nám zobrazuje spokojenost respondentů s přáteli, známými a příbuznými. Míra celkové spokojenosti je vyšší u seniorů žijících ve vlastní domácnosti. Respondenti jsou nejvíce spokojeni s okruhem svých přátel a známých (6,45) a pomocí a podporou (6,16). Nejmenší spokojenost mají s veřejnými a spolkovými aktivitami (5,13) a kontaktem se sousedy (5,35). Respondenti z pečovatelského zařízení jsou spokojeni především s kontaktem se sousedy (5,74) a pomocí a podporou (5,6). Nejméně spokojeni jsou se společenskou angažovaností (5,12) a kontaktem s příbuznými (5,21).

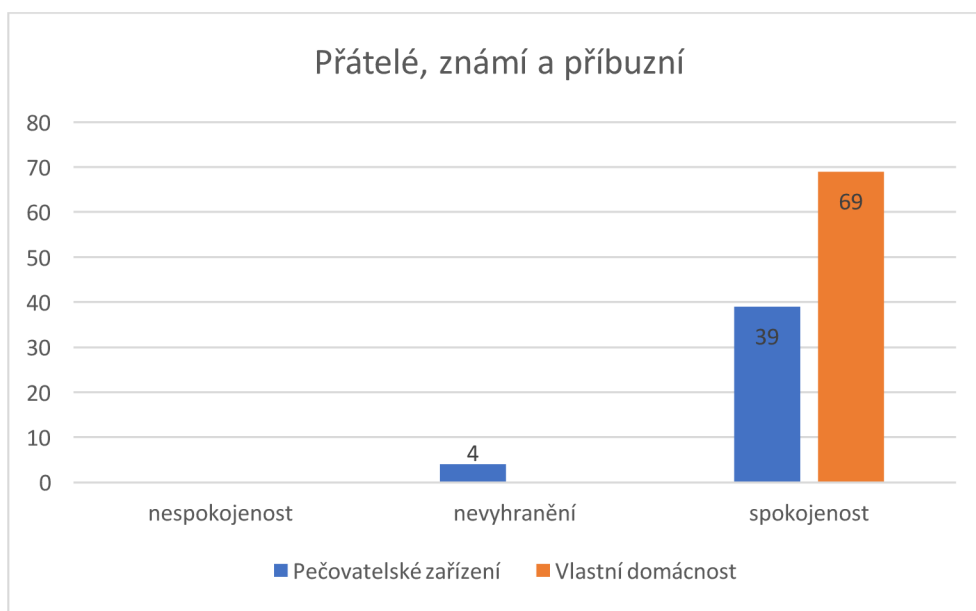
Tabulka 7 - Přátelé, známí a příbuzní

Přátelé, známí a příbuzní	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Okruh přátel a známých	5,42	6,45
Kontakt s příbuznými	5,21	6,06
Kontakt se sousedy	5,74	5,35
Pomoc a podpora	5,60	6,16
Veřejné a spolkové aktivity	5,23	5,13
Společenská angažovanost	5,12	5,38
Čas mezi lidmi	5,44	5,74
<b>Míra celkové spokojenosti s přáteli, známými a příbuznými</b>	<b>5,39</b>	<b>5,75</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Graf nám znázorňuje, že všichni respondenti z vlastní domácnosti jsou spokojeni s oblastí přátelé, známí a příbuzní. U respondentů v pečovatelském zařízení jsou 4 nevyhranění a zbytek je spokojen.

Graf 18- Přátelé, známí a příbuzní



Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č. 8 vidíme, že obě skupiny respondentů vykazují spokojenost s trávením svého volného času. Vyšší míru celkové spokojenosti mají respondenti žijící ve vlastní domácnosti. Nejvíce jsou spokojeni s možností věnovat se blízkým osobám (6,06) a s doposud vykonávanou prací v zaměstnání či domácnosti (5,72). Nejmenší spokojenost těmto seniorům přináší pohybové/sportovní aktivity (4,54) a sebevzdělávací aktivity (5,26). Skupina

respondentů z pečovatelského zařízení je nejvíce spokojená s pestrostí trávení volného času (5,65), možností věnovat se blízkým osobám (5,56) a s možností věnovat se svým koníčkům (5,56). Nejméně jsou spokojeni s pohybovými/sportovními aktivitami (4,02) a s doposud vykonanou prací v zaměstnání/domácnosti (5,21).

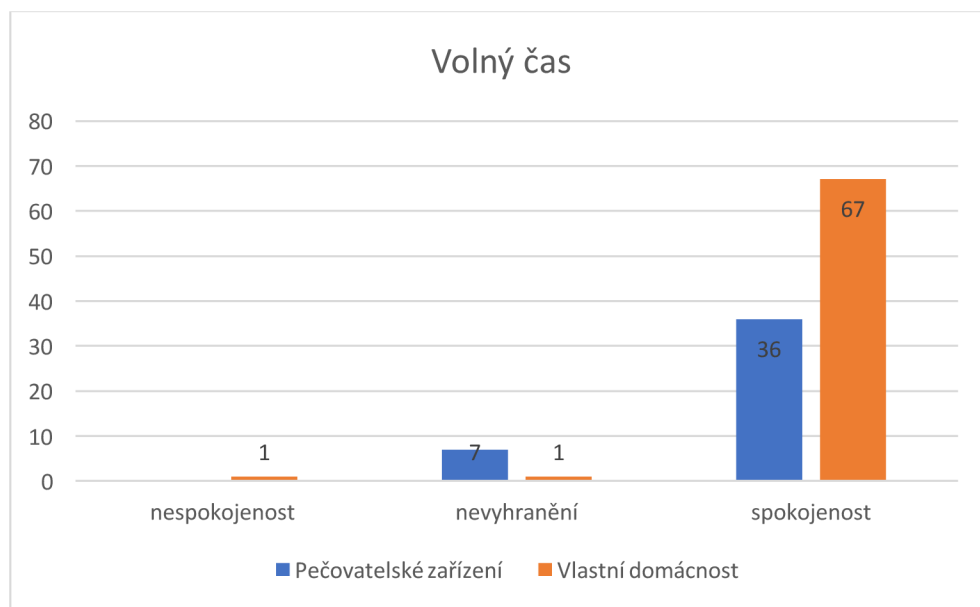
Tabulka 8 - Volný čas

Volný čas	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Práce v zaměstnání/domácnosti	5,21	5,72
Sebevzdělávací aktivity	5,35	5,26
Kulturní aktivity	5,28	5,39
Pohybové/sportovní aktivity	4,02	4,54
Vlastní koníčky	5,56	5,61
Blízké osoby	5,56	6,06
Pestrost trávení volného času	5,65	5,41
<b>Míra celkové spokojenost s volným časem</b>	<b>5,23</b>	<b>5,43</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Následující graf nám zobrazuje, že většina respondentů ve vlastní domácnosti i pečovatelském zařízení jsou spokojeni. Ve vlastní domácnosti je pouze 1 osoba nevyhraněna a 1 osoba nespokojena a v pečovatelském zařízení je 7 osob nevyhraněných.

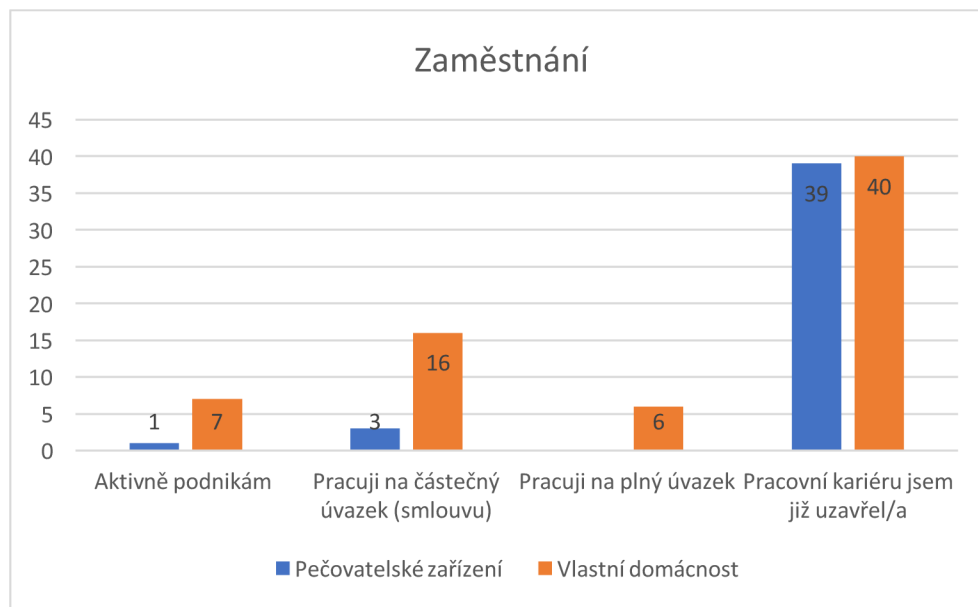
Graf 19- Volný čas



Zdroj: vlastní zpracování

V následujícím grafu můžeme vidět, že většina respondentů svou pracovní kariéru již uzavřela. U těch, kteří ještě pracují, převažuje práce na částečný úvazek (smlouvu).

Graf 20 - Podíl respondentů podle zaměstnání v porovnání s domácností



Zdroj: vlastní zpracování

Co se týče práce a zaměstnání, obě skupiny vykazují spokojenost. Jelikož zde máme malé množství pracujících, nemůžeme tuto oblast objektivně hodnotit. Míra celkové spokojenosti s prací a zaměstnáním je vyšší u seniorů žijících v pečovatelském zařízení. Zde mají nejvyšší skóre a jsou tak nejvíce spokojeni s pracovními úspěchy (7,00). Nejméně jsou spokojeni s pracovními povinnostmi a zátěží (6,50). Skupina seniorů žijící ve vlastní domácnosti je nejspokojenější s atmosférou na pracovišti (6,03) a pracovními úspěchy (6,00). Nejméně jsou spokojeni s možnostmi pracovního postupu (5,07).

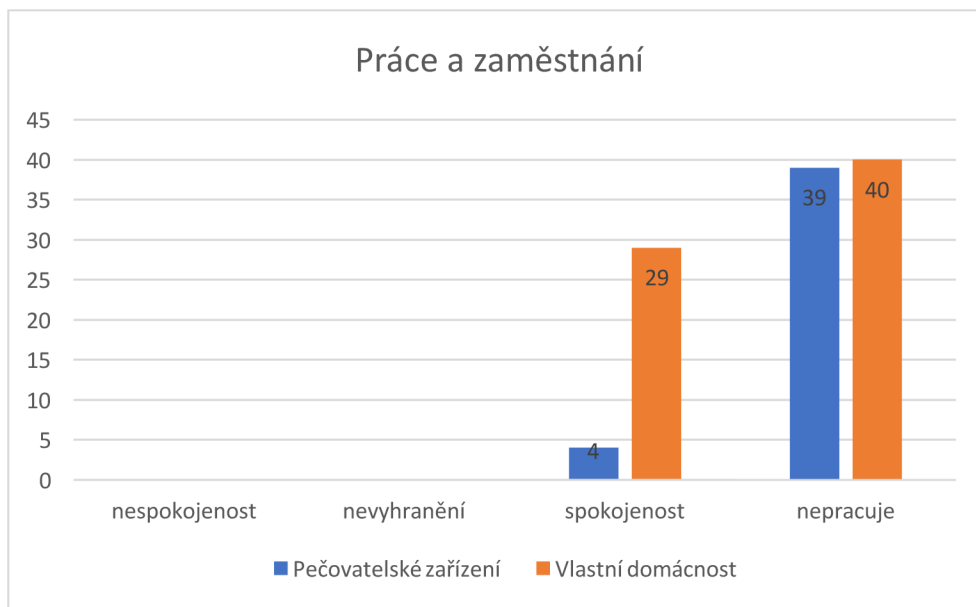
Tabulka 9 - Práce a zaměstnání

Práce a zaměstnání	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Postavení na pracovišti	6,75	5,97
Budoucnost v zaměstnání	6,75	5,38
Pracovní úspěchy	7,00	6,00
Možnosti postupu	6,75	5,07
Atmosféra na pracovišti	6,75	6,03
Pracovní povinnost a zátěž	6,50	5,59
Pestrost v zaměstnání	6,75	5,66
<b>Míra celkové spokojenosti s prací a zaměstnáním</b>	<b>6,75</b>	<b>5,67</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Graf nám ukazuje, že většina respondentů svou pracovní kariéru již ukončila. Ti kteří ale stále pracují, jsou spokojeni.

*Graf 21- Práce a zaměstnání*



*Zdroj: vlastní zpracování*

Z tabulky můžeme vyčíst, že obě skupiny seniorů jsou spokojené s finanční situací. Vyšší míru celkové spokojenosti v této oblasti vykazují respondenti z pečovatelského zařízení. Tato skupina respondentů je nejvíce spokojena s hmotným zajištěním své existence (5,67), životním standardem (5,51) a vlastnictvím (5,51). Naopak nejméně jsou spokojeni s možnostmi, které mohou vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině (4,63) a se svým budoucím očekávaným finančním zajištěním ve stáří (5,19). Senioři ve vlastní domácnosti jsou spokojeni s životním standardem (5,59) a s tím, co vlastní (5,52). Nepříliš velkou spokojenost vykazují u finančního zajištění ve stáří (4,30) a nabídkou finanční pomoci rodině (4,35).



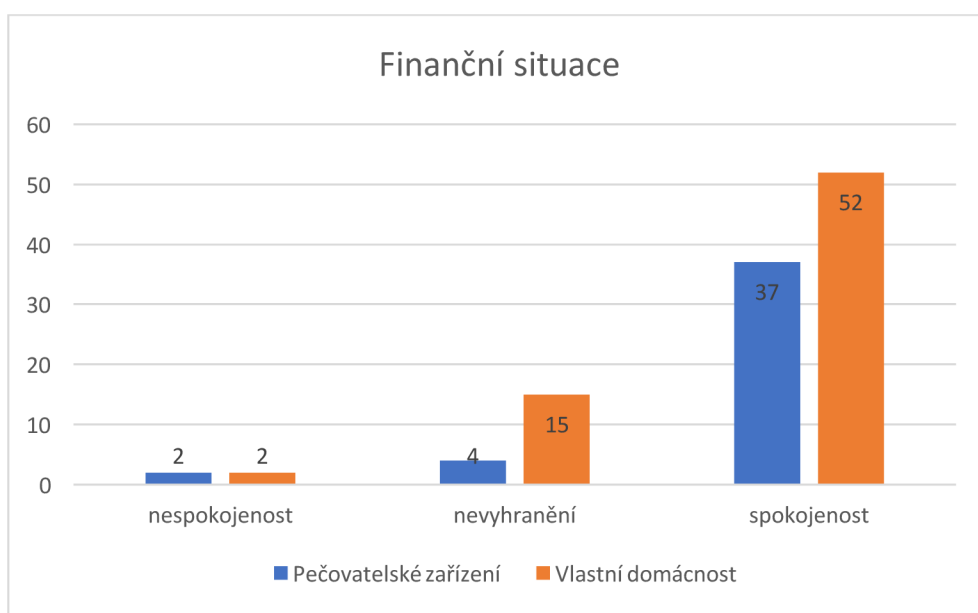
Tabulka 10 - Finanční situace

Finanční situace	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Současný příjem	5,37	4,42
Vlastnictví	5,51	5,52
Životní standard	5,51	5,59
Hmotné zajištění existence	5,67	5,00
Možnost příjmu	5,21	4,41
Nabídka finanční pomoci rodině	4,63	4,35
Finanční zajištění ve stáří	5,19	4,30
<b>Míra celkové spokojenosti s finanční situací</b>	<b>5,30</b>	<b>4,80</b>

Zdroj: vlastní zpracování

Graf níže nám opět zobrazuje, že většina respondentů vykazuje spokojenost. V pečovatelském zařízení je 37 spokojených, 4 nevyhranění a 2 nespokojení respondenti. Ve vlastní domácnosti je 52 spokojených, 15 nevyhraněných a 2 nespokojení respondenti.

Graf 22- Finanční situace



Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce níže můžeme opět vidět, že obě skupiny respondentů jsou dle intervalů spokojené. O trochu vyšší míru celkové spokojenosti s bydlením vykazují senioři žijící ve vlastní domácnosti. Značně jsou spokojenější s polohou svého bytu (6,04), standardem bytu (5,77) a dosažitelností (vzdáleností) dopravních prostředků (5,77). Méně spokojeni jsou s výdaji (nájem, příp. splátky) za svůj byt (4,25) a mírou zátěže hlukem (5,39). Skupina respondentů z pečovatelského zařízení je nejvíce spokojena se standardem bytu (5,95) a se

stavem svého bytu (5,77). Nejméně je spokojena s výdaji za byt (4,81) a dosažitelností dopravních prostředků (5,23).

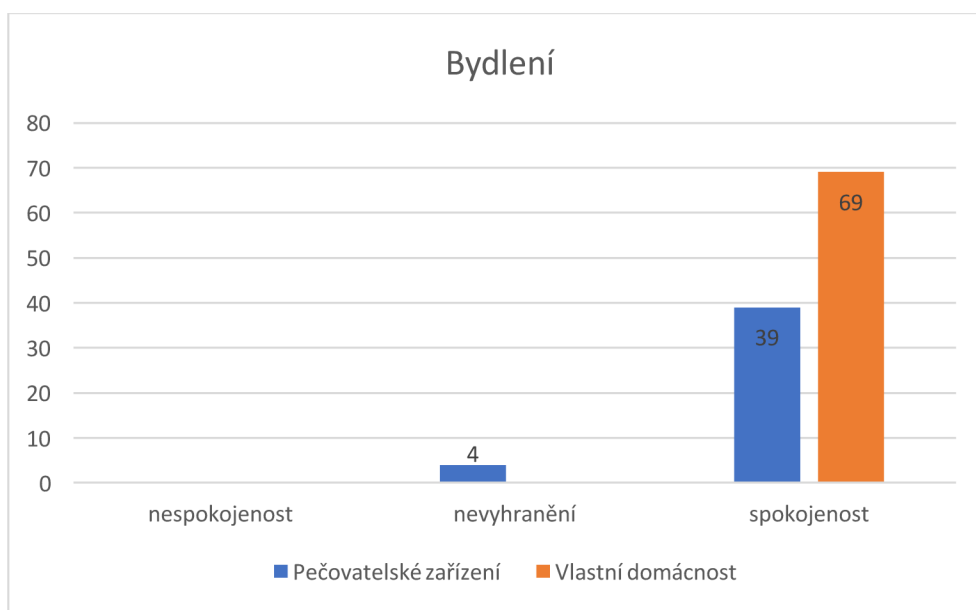
*Tabulka 11- Bydlení*

Bydlení	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Velikost bytu	5,67	5,74
Stav bytu	5,77	5,46
Výdaje za byt	4,81	4,25
Poloha bytu	5,58	6,04
Dosažitelnost dopravních prostředků	5,23	5,77
Zátěž hlukem	5,28	5,39
Standard bytu	5,95	5,77
<b>Míra celkové spokojenosti s bydlením</b>	<b>5,47</b>	<b>5,49</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Následující graf nám znázorňuje, že většina respondentů z obou skupin je spokojena. Pouze 4 respondenti z pečovatelského zařízení jsou nevyhnaněni.

*Graf 23 - Bydlení*



*Zdroj: vlastní zpracování*

Následující část se zabývá životními radostmi a obavami, které nejsou součástí standardizovaného dotazníku (DŽS). Zde nelze hodnotit celkovou míru spokojenosti, jelikož obsahuje parciální oblasti.

V oblasti životní radosti platí, že čím vyšší dosažené skóre, tím je to pozitivnější. Respondentům ve vlastní domácnosti přináší největší radost setkávání s rodinou (4,77), pobyt doma a pasivní odpočinek (4,54). Naopak nejmenší radost mají z pohybových/sportovních aktivit (3,04) a péče o obydlí a domácnost (3,17). Respondenti z pečovatelského zařízení mají radost ze setkávání s rodinou (4,14) a společenské aktivity (3,63). Nejmenší radost mají z péče o zvířecí mazlíčky (2,72) a pohybových/sportovních aktivit (2,74).

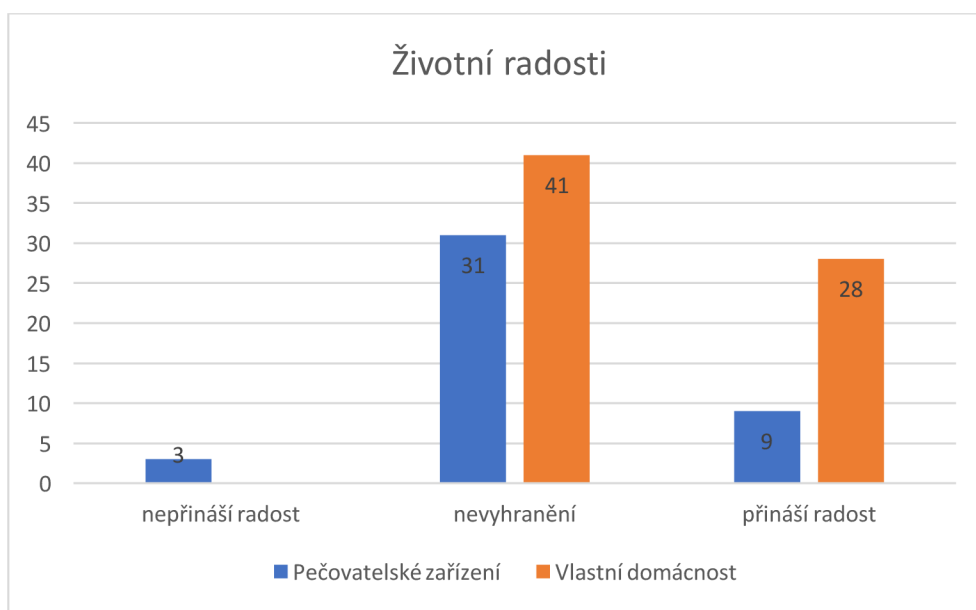
*Tabulka 12- Životní radosti*

Životní radosti	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Setkávání s rodinou	4,14	4,77
Péče o obydlí a domácnost	2,86	3,17
Péče o zvířecí mazlíčky	2,72	4,03
Pobyt doma a pasivní odpočinek	2,98	4,54
Cestování	3,12	3,32
Pobyt v přírodě	3,70	4,25
Pohybové/sportovní aktivity	2,74	3,04
Společenské aktivity	3,63	4,09
Kulturní aktivity	3,53	3,90
Průběžné zájmové aktivity	3,42	3,93
Hry a zábavy	2,95	3,57
Vaření a gastronomické zážitky	2,84	3,59

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z grafu můžeme vyčíst, že větší množství respondentů v obou skupinách vykazuje nevyhraněnost. To znázorňuje, že některé dotazované oblasti nejsou pro respondenty tak podstatné, aby se jimi zabývali. Někteří třeba nevěděli, jak odpovědět či nemají k dotazované oblasti žádný vztah.

Graf 24 - Životní radosti



Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce níže můžeme vidět oblasti životních obav obou skupin respondentů. Zde výsledky platí naopak. Čím nižší dosažené skóre, tím pozitivnější. Skupině respondentů ve vlastních domovech přináší nejvíce obavy zdravotní stav a úmrtí blízkých osob (2,62), snížení samostatnosti a vlastního rozhodování (2,41) a snížení fyzických a psychických schopností/ztráta energie pro běžný život (2,41). Nejméně mají obavy z dostupnosti služeb a zásobování (1,14) a rizika kriminálního ohrožení (1,65). Skupina respondentů v pečovatelském zařízení má nejvíce obavy ze snížení fyzických a psychických schopností (3,6), snížení samostatnosti a vlastního rozhodování (3,56) a zdravotního stavu a úmrtí blízkých osob (3,4). Nejmenší obavy jim přináší riziko kriminálního ohrožení (1,88) a dostupnost služeb a zásobování (2,09).

Tabulka 13- Životní obavy

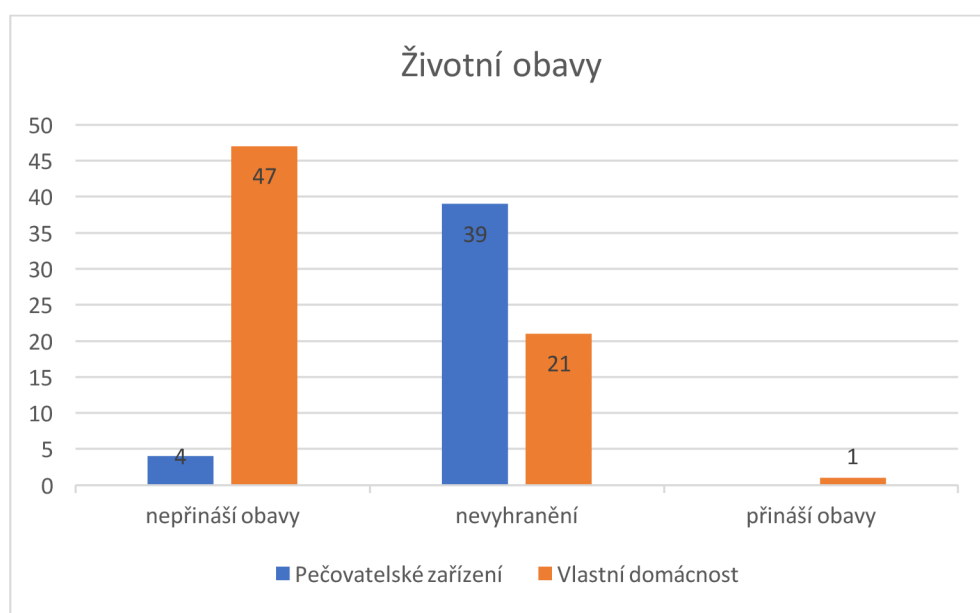
Životní obavy	Pečovatelské zařízení	Vlastní domácnost
Vlastní zdravotní stav	3,02	2,13
Vyrovňávání se s umíráním a se smrtí	3,02	2,26
Snížení fyzických a psychických schopností	3,60	2,41
Snížení samostatnosti a vlastního rozhodování	3,56	2,41
Zajištění péče o vlastní osobu	3,02	2,09
Očekávání životní změny	2,33	1,81
Zdravotní stav a úmrtí blízkých osob	3,40	2,62
Snížení a ztráta sociálních kontaktů	3,33	2,00
Udržení životní úrovně	2,93	1,81

Udržení stávající úrovně bydlení	2,70	1,88
Riziko kriminálního ohrožení	1,88	1,65
Dostupnost služeb a zásobování	2,09	1,14

Zdroj: vlastní zpracování

Graf nám znázorňuje, že většina respondentů z vlastních domácností nemá obavy z jednotlivých oblastí, zatímco u pečovatelského zařízení je většina nevyhraněna. Respondenti z pečovatelského zařízení tedy v některých oblastech deklarují, že pro ně nejsou oblasti, kterou by se zabývali.

Graf 25- Životní obavy



Zdroj: vlastní zpracování

#### 4.6.3 Platnosti hypotéz

Nulové hypotézy byly vyhodnoceny za pomoci chí-kvadrátového testu a Fisherova přesného (exaktního) testu. Fisherův přesný test byl využit u těch oblastí, které nesplňovaly podmínky pro použití chí-kvadrátového testu. Chí-kvadrátový test tak mohl být použit pouze u dvou oblastí – Zdraví (H02) a Finanční situace (H06).

Na základě všech zjištěných výsledků jsme přijali nebo odmítli tyto nulové hypotézy:  
**Přijímáme hypotézu H01:** Životní spokojenost v oblasti vlastní osoba nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**p = 0,105**

Hypotéza H01 byla testována pomocí Fisherova přesného testu a ten nám hypotézu nezamítá na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , tedy životní spokojenost s vlastní osobou nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení.

**Přijímáme H02:** Životní spokojenost v oblasti zdraví nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**p = 0,060**

Hypotéza H02 byla testována pomocí chí-kvadrátového testu a ten nám říká, že hypotézu zamítnout nemůžeme na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , tedy životní spokojenost v oblasti zdraví nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení.

**Přijímáme H03:** Životní spokojenost v oblasti vztah k dětem nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**p = 0,247**

Hypotéza H03 byla testována pomocí Fisherova přesného testu a ten nám hypotézu nezamítá na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , tedy životní spokojenost v oblasti vztah k vlastním dětem nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení.

**Zamítáme H04:** Životní spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**p = 0,020**

Hypotéza H04 byla testována pomocí Fisherova přesného testu a ten nám hypotézu zamítá na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , tedy životní spokojenost v oblasti přátelé, známí, příbuzní závisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení.

**Zamítáme H05:** Životní spokojenost v oblasti volný čas nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**p = 0,026**

Hypotéza H05 byla testována pomocí Fisherova přesného testu a ten nám hypotézu zamítá na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , tedy životní spokojenost v oblasti volný čas závisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení.

**Přijímáme H06:** Životní spokojenost v oblasti finanční situace nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**p = 0,173**

Hypotéza H06 byla testována pomocí chí-kvadrátového testu a ten nám říká, že hypotézu zamítnout nemůžeme na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , tedy životní spokojenost v oblasti finanční situace nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení.

**Zamítáme H07:** Životní spokojenost v oblasti bydlení nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení

**p = 0,020**

Hypotéza H07 byla testována pomocí Fisherova přesného testu a ten nám hypotézu zamítá na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , tedy životní spokojenost v oblasti bydlení závisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení.

## 5 Diskuse

Pro náš výzkum jsme zvolili Dotazník životní spokojenosti (DŽS) od autorů Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brähler.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 112 respondentů, z toho 68 žen a 44 mužů. Na našem výzkumu se tak podílelo více žen než mužů, což v porovnání se skutečností ČSÚ souhlasí, jelikož mezi seniory pravidelně převažují ženy nad muži, viz str. 34 (Český statistický úřad, 2022). Z celkového počtu respondentů pocházelo 69 z vlastní domácnosti a 43 z pečovatelského zařízení – Domov seniorů Říčany. U výzkumné skupiny seniorů žijících ve vlastní domácnosti byl průměrný věk 74,45 let a u respondentů z Domova seniorů Říčany 79,09 let. Dá se předpokládat, že čím vyšší je věk člověka, tím větší je pravděpodobnost jeho umístění do pečovatelského zařízení, jelikož s věkem roste i riziko zdravotních problémů. Věkové složení respondentů je starší v porovnání se seniory ČR (Český statistický úřad, 2022). Domov seniorů Říčany se nachází ve Středočeském kraji a právě proto většina respondentů pochází z tohoto kraje. Velký podíl respondentů (28 %) má ukončené vysokoškolské vzdělání, a to převážně v humanitní a ekonomické oblasti. Vzorek respondentů je tak vzdělanější v porovnání se skutečností, kterou zaznamenává ČSÚ. U současných seniorů totiž dominuje středoškolské vzdělání viz str. 35 (Český statistický úřad, 2021). S rostoucí úrovní dosaženého vzdělání seniorů výrazně roste i jejich pracovní aktivita. Z celkového počtu 112 respondentů je 30 % stále zaměstnáno, a to hlavně z finančních důvodů. U zaměstnaných respondentů převažuje práce na částečný úvazek (smlouvu) a tvoří tak 17 %, což nám koresponduje s poznatkem Petráňové, že u seniorů dominuje práce na částečný úvazek (Petráňová, 2022). Co se týče rodinného stavu, většina respondentů je ženatých/vdaných (37 %) a dále následuje velký podíl vdov/vdovců (36 %). Mezi nejoblíbenější zálibu seniorů patří jednoznačně pasivní zábava, jako např. četba či sledování TV. Tento výsledek koresponduje s teorií, podle které je součástí životního stylu současných seniorů sledování televize (str. 41). Tato generace seniorů s televizorem vyrůstala od jeho úplného počátku a televize se tak souběžně rozvíjela s jejich životem (Sak & Kolesárová, 2012, s. 103-110).

Z celkového vyhodnocení dotazníkového šetření pomocí škál vyplývá, že respondenti žijící ve vlastních domácnostech jsou spokojenější než respondenti žijící v pečovatelském zařízení. Dle vědeckých studií je dokázáno, že senioři žijící v rodinném prostředí mají šťastnější a zdravější život a jsou také déle samostatní (Hrozenková & Dvořáčková, 2013, s. 46) viz str. 37 v práci. U institucionalizovaných seniorů byly již dříve zjištěny depresivní symptomy, úzkostné poruchy a pocity osamělosti (Drageset, 2004), což může tento výsledek vysvětlovat. Senior



v pečovatelském zařízení v určité míře uvažuje o jeho omezené autonomii a pocitu kontroly (Guttmann, 1978 cit. dle Quevedo & Abella, 2014). Oblast Manželství a partnerství a Práce a zaměstnání nemůžeme objektivně hodnotit, protože mnoho respondentů žije osamocně a svoji pracovní kariéru již ukončili.

V diplomové práci bylo stanoveno 7 hypotéz. Hypotéza č. 1 předpokládala, že životní spokojenost v oblasti vlastní osoba nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení. Tuto hypotézu přijímáme a výsledek se nám tak shoduje s výsledkem Lopatové (2022) v její diplomové práci. Předpoklad, že životní spokojenost v oblasti zdraví nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení, byl formulován hypotézou č. 2, která byla přijata a souhlasí s výsledkem Lopatové (2022). Dále se předpokládalo, že životní spokojenost v oblasti vztah k dětem nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení. Tato hypotéza byla také přijata a koresponduje s tvrzením Lopatové (2022). Hypotéza č. 4, která předpokládala, že životní spokojenost v oblasti přátelé, známí a příbuzní nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení, byla zamítnuta. Zde může být rozdíl díky tomu, že v období dotazníkového šetření stále probíhala pandemie Covid-19. Senioři tak měli celkově omezené kontakty, především tedy v těch pečovatelských zařízeních, kde byly zakázané návštěvy. Sociální izolace má za následek psychické potíže, které pak vedou ke snížení kvality života. Hypotéza č. 5 - Životní spokojenost v oblasti volný čas nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení, byla zamítnuta. Předpoklad, že životní spokojenost v oblasti finanční situace nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení, byl vyjádřen hypotézou č. 6. Tato hypotéza byla přijata a souhlasí s výsledkem Lopatové (2022). Ale dle Saka & Kolesárové (2012) finanční situace závisí na tom, jestli senior žije v domácnosti sám. Závisí i na zdravotním stavu seniora, velikosti místa bydliště a jestli bydlí ve vlastním bytě/domě či ne. Poslední hypotéza se zaměřovala na životní spokojenost v oblasti bydlení a jestli nezávisí na tom, zda jedinec žije v domácnosti či pečovatelském zařízení. Hypotéza byla zamítnuta.

Z doplňkové oblasti Životní radosti mají respondenti žijící ve vlastní domácnosti největší radost ze setkávání s rodinou, pobytu doma a pasivního odpočinku a pobytu v přírodě. Dle Pacovského je nejdůležitějším prvkem životní spokojenosti právě prvek rodiny (Pacovský, 1990, s. 54). Myslím si, že senioři mají větší radost ze setkávání s rodinou a pobytu v přírodě i z toho důvodu, že si právě prošli pandemií, jak již bylo zmíněno. Setkávání a vycházení ven tak bylo omezené. Naopak radost jim nepřináší pohybové/sportovní aktivity a péče o obydlí a domácnost. U respondentů z pečovatelského zařízení jsou výsledky podobné. Největší radost

jim přináší setkávání s rodinou a pobyt v přírodě. Naopak péče o zvířecí mazlíčky a pohybové/sportovní aktivity jim radost nepřináší. Může to být způsobeno tím, že senioři v pečovatelském zařízení mazlíčky nemají. Pohybové a sportovní aktivity jim nemusejí přinášet radost, pokud mají nějaké zdravotní omezení nebo bolesti. Je ale důležité, aby si alespoň nějaký pohyb udrželi, jelikož pohyb přispívá ke zlepšení kvality života a má i velký vliv na socializaci a integraci člověka do společnosti. S úbytkem pohyblivosti by se pak zvyšovala možnost úrazu (Šimíčková-Čížková, s kol., 2008, s. 144-145), str. 27 teoretické části.

V oblasti Životní obavy mají respondenti žijící ve vlastních domácnostech největší obavy ze zdravotního stavu a úmrtí blízkých osob, snížení samostatnosti a vlastního rozhodování a snížení fyzických a psychických schopností. S rostoucím věkem jsou tyto obavy vyšší. Je důležité seniory informovat o tom, jaké mají např. možnosti pomoci a podpory při snížení soběstačnosti. Teoretická část této práce nám potvrzuje, že s věkem se zvyšuje strach z osamělosti a opuštěnosti a že se stářím je spojena i smrt, kdy se senioři musí smířit se ztrátou svých vrstevníků či životního partnera (Dvořáčková, 2012, s. 14). Respondenti mají naopak nejmenší obavy z dostupnosti služeb a zásobování a rizika kriminálního ohrožení. Senioři v domově pro seniory mají největší obavy ze snížení fyzických a psychických schopností a snížení samostatnosti a vlastního rozhodování. Naopak nejmenší obavy jim přináší riziko kriminálního ohrožení a dostupnost služeb a zásobování. To může být způsobeno tím, že v pečovatelském zařízení se o dostupnost služeb a zásobování starají především pracovníci.

## 6 Závěr

Jelikož populace České republiky neustále stárne, je důležité se zabírat problematikou spojenou se seniory a jejich životní spokojeností. Koncept životní spokojenosti, jak jsme zjistili, není zcela ucelen, jelikož existuje několik různých pohledů a každý autor definuje pojem jinak. Nejčastěji je spojován s pojmy kvalita života, štěstí, blaho, zdraví, duševní zdraví či s anglickým pojmem „*well-being*“ neboli osobní pohoda. Životní spokojenost je především subjektivní vnímání toho, zda se momentálně cítíme spokojeně a šťastně. Aby člověk prožíval šťastný život i ve stáří, je důležité naslouchat jeho potřebám a věnovat mu dostatečnou péči a pozornost.

V diplomové práci byla nejdříve zpracována teoretická část zabývající se vymezením pojmů životní spokojenost, kvalita života, stárnutí a stáří, senior, demografickým stárnutím obyvatelstva ČR a sociálními službami pro seniory. Dále bylo popsáno, jak se měří kvalita života, jaké jsou aspekty stárnutí či jaké jsou faktory ovlivňující životní spokojenost u starších lidí.

Praktická část byla zaměřená na analýzu životní spokojenosti seniorů, a to seniorů žijících ve vlastní domácnosti a seniorů žijících v pečovatelském zařízení, konkrétně Domově seniorů Říčany. Sledovali jsme, jaký vliv má místo pobytu na jejich životní spokojenost. Pro zjištění bylo využito dotazníkové šetření ve formě Dotazníku životní spokojenosti. Výsledky dotazníku byly zpracovány, popsány, vyhodnoceny, interpretovány a diskutovány i s využitím grafů a tabulek pro lepší přehled. Zjistili jsme, že životní spokojenost v oblasti Přátelé, známí a příbuzní, Volný čas a Bydlení závisí na tom, zda jedinec žije ve vlastní domácnosti či pečovatelském zařízení.

Tato diplomová práce splňuje stanovené primární a sekundární cíle a je vyhotovena stanovenou metodikou.

### **Limity výzkumu**

Jedním z limitů výzkumu je způsob sběru dat, jelikož výzkum byl prováděn během pandemie Covid-19. Kvůli tomu byl zakázán vstup do Domova seniorů Říčany všem návštěvníkům. S výzkumem tak pomohli pracovníci zařízení. Dalším z limitů výzkumu je počet respondentů a jejich nerovnoměrné rozložení (např. pohlaví a těch, kteří žijí v pečovatelském zařízení a ve vlastní domácnosti). Práci mohla ovlivnit i kvalita pečovatelského zařízení a taky to, že se výzkum prováděl pouze v jednom zařízení.

### **Možnosti dalšího výzkumu**

Pro další výzkum doporučujeme zapojit více respondentů do dotazníkového šetření. Respondenti žijící v pečovatelském zařízení a ve vlastní domácnosti by měli být rovnoměrně rozloženi. Dále navrhujeme zapojit větší počet pečovatelských zařízení, a to napříč celým regionem.

## 7 Seznam použitých zdrojů

**Ackerman, Courtney E. 2021.** Life Satisfaction Theory and 4 Contributing Factors. *Positive Psychology*. [Online] 11. březen 2021. [Citace: 10. srpen 2021.]

<https://positivepsychology.com/life-satisfaction/>.

**Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2015.** Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. *APSSČR*. [Online] červen 2015. [Citace: 19. srpen 2021.]

<https://www.apsscr.cz/cz/nabizime/doporuceny-standard-kvality>.

**Blatný, Marek. 2005.** *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno : Masarykova univerzita, 2005. 80-86633-35-7.

**Blatný, Marek. 2010.** *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha : Grada, 2010. 978-80-247-3434-7.

**Bromley, D.B. 1974.** *Psychológia ľudského starnutia*. Bratislava : Smena, 1974.

**Bromley, D.B. 1988.** *Human Ageing. An introduction to gerontology*. místo neznámé : Penguin Books, 1988.

**Český statistický úřad. 2021.** Senioři v ČR v datech. *ČSÚ*. [Online] 29. 1 2021. [Citace: 15. 4 2021.] <https://www.czso.cz/documents/10180/120583272/31003420.pdf/5272aa65-7abc-4262-94a4-fb91e60600e3?version=1.3>.

**Český statistický úřad. 2012.** ČSÚ statistiky nezkresluje. [Online] 1. 10 2012. [Citace: 13. 5 2022.] [https://www.czso.cz/csu/czso/csu\\_statistiky\\_nezkresluje20121001](https://www.czso.cz/csu/czso/csu_statistiky_nezkresluje20121001).

**Český statistický úřad. 2019.** Vývoj obyvatelstva České republiky. *ČT24*. [Online] 3. říjen 2019. [Citace: 15. srpen 2021.] [https://ct24.ceskatelevize.cz/sites/default/files/2365481-vyvoj\\_obyvatelstva\\_cr\\_v\\_roce\\_2018.pdf](https://ct24.ceskatelevize.cz/sites/default/files/2365481-vyvoj_obyvatelstva_cr_v_roce_2018.pdf).

**Český statistický úřad. 2022.** Naděje dožití ve středočeském kraji 2021. [Online] 1. 6 2022. [Citace: 8. 7 2022.] <https://www.czso.cz/csu/xs/nadeje-dozeni-ve-stredoceskem-kraji-2021>.

**Český statistický úřad. 2022.** Senioři v ČR v datech. [Online] 14. 1 2022. [Citace: 12. 4 2022.] <https://www.czso.cz/documents/10180/142141241/31003421.pdf/9a7568fd-10f1-4e6e-bfb7-7a9001f6313c?version=1.17>. 310034-21.

**Čevela, Rostislav, Kalvach, Zdeněk a Čeledová, Libuše. 2012.** *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha : Grada Publishing, 2012. 978-80-247-3901-4.

**Domov pro seniory Elišky Purkyňové.** Dům s pečovatelskou službou. *Průvodce službami pro seniory*. [Online] [Citace: 19. srpen 2021.]

<https://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/dumspecovatelskousluzbou.html>.

**Domov seniorů Říčany.** [Online] [Citace: 3. 6 2022.] <https://dsricany.cz>.

- Drageset, J. 2004.** *The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: S survey among residents in nursing homes.* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18(1), 65–71. <https://doi.org/10.1111/j.0283-9318.2003.00251.x>
- Dragomirecká, Eva a Bartoňová, Jitka. 2006.** *Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace.* Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. 80-85121-82-4.
- Dragomirecká, Eva a Prajsová, Jitka. 2009.** *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality životave vyšším věku.* Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2009. 978-80-87142-05-9.
- Dumazedier, J. 1966.** *Volný čas.* 1. 6 1966, Sociologický časopis, str. 443.
- Dvořáčková, Dagmar. 2012.** *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha : Grada, 2012. 978-80-247-4138-3.
- Fahrenberg, Jochen, a další. 2001.** *Dotazník životní spokojenosti.* [překl.] Kateřina Rodná a Tomáš Rodný. 1. české vydání. Praha : Testcentrum, 2001.
- Filozofie úspěchu. 2011.** Maslowova pyramida lidských potřeb. *Filozofie úspěchu.* [Online] 2. březen 2011. [Citace: 17. červenec 2021.] <https://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>.
- Gurková, Elena. 2011.** *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* Praha : Grada, 2011. 978-80-247-3625-9.
- Guttman, D. 1978.** *Life events and decision making by older adults.* The Gerontologist, 18, 462–467. [https://doi.org/10.1093/geront/18.5\\_Part\\_1.462](https://doi.org/10.1093/geront/18.5_Part_1.462)
- Hamplová, Dana. 2006.** *Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích.* 1, Praha, Sociologický časopis / Czech Sociological Review, Sv. 42, stránky 35-55. 0038-0288.
- Hartl, Pavel a Hartlová, Helena. 2004.** *Psychologický slovník.* Praha : Portál, 2004. 978-80-7367-569-1.
- Haškovcová, Helena. 2010.** *Fenomén stáří.* místo neznámé : Havlíček Brain Team, 2010. 978-80-87109-19-9.
- Hrozenká, Martina a Dvořáčková, Dagmar. 2013.** *Sociální péče o seniory.* Praha : Grada, 2013. 978-80-247-4139-0.
- Hudáková, Anna a Majerníková, Ludmila. 2013.** *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství.* Praha : Grada, 2013. 978-80-247-4772-9.
- Chloubová, Helena. 2005.** Psychosociální potřeby ve stáří. *Rezidenční péče.* [Online] 3. září 2005. [Citace: 19. červenec 2021.] <https://www.rezidenčnipecce.cz/archiv/casopis/0503.pdf>.

- Jandourek, Jan. 2012.** *Slovník sociologických pojmů*. Praha : Grada Publishing, 2012. 978-80-247-3679-2.
- Jarošová, Darja. 2006.** *Péče o seniory*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 80-7368-110-2.
- Jedlička, Václav. 1991.** *Praktická gerontologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 8070131098.
- Kalvach, Ondřej a Onderková, Alice. 2006.** *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha : Galén, 2006.
- Kalvach, Zdeněk, a další. 2004.** *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada Publishing, 2004. 80-247-0548-6.
- Krivohlavý, Jaro. 2013.** *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha : Grada, 2013. 978-80-247-4436-0.
- Křížová, Monika.** Domy s pečovatelskou službou. *Ústav sociálních služeb v Praze 4*. [Online] [Citace: 19. srpen 2021.] <https://uss4.cz/poradenstvi-a-bydleni/domy-s-pecovatelskou-sluzbou/>.
- Lopatová, K. 2022** Životní spokojenost seniorů [online]. Praha, [Citace: 26. 10 2022]. Dostupné z:  
[https://is.czu.cz/auth/zp/index.pl?podrobnosti\\_zp=305857;zpet=;prehled=vyhledavani;vzorek\\_zp=životn%C3%AD%20spokojenost;dohledat=Dohledat;kde=nazev;kde=autor;kde=klic\\_slova;stav\\_filtr=bez;typ=1;typ=2;typ=3;typ=101;typ=8;typ=7;fakulta=20;fakulta=41;fakulta=40;fakulta=71;fakulta=50;fakulta=73;fakulta=72;fakulta=10;fakulta=30;obhajoba=2022;obhajoba=2021;obhajoba=2020;jazyk=1;jazyk=3;jazyk=2;jazyk=-1](https://is.czu.cz/auth/zp/index.pl?podrobnosti_zp=305857;zpet=;prehled=vyhledavani;vzorek_zp=životn%C3%AD%20spokojenost;dohledat=Dohledat;kde=nazev;kde=autor;kde=klic_slova;stav_filtr=bez;typ=1;typ=2;typ=3;typ=101;typ=8;typ=7;fakulta=20;fakulta=41;fakulta=40;fakulta=71;fakulta=50;fakulta=73;fakulta=72;fakulta=10;fakulta=30;obhajoba=2022;obhajoba=2021;obhajoba=2020;jazyk=1;jazyk=3;jazyk=2;jazyk=-1) Diplomová práce. Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.
- Malíková, Eva. 2011.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2011. 978-80-247-3148-3.
- Math and Stats Support Centre. MUNI. Katedra aplikované matematiky.** [Online] [Citace: 7. 10 2022.] <https://mathstat.econ.muni.cz/media/19046/chikv.pdf>.
- Matoušek, Oldřich. 2007.** *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. 978-80-7367-310-9.
- Matoušek, Oldřich. 2008.** *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2008. 978-80-7367-368-0.
- Mlýnková, Jana. 2011.** *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha : Grada, 2011. 978-80-247-3872-7.
- Mühlpachr, Pavel. 2009.** *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. 978-80-210-5029-7.

- Myers , David G. a Diener, Ed. 1995.** “Who Is Happy?”. [Online] 1995. [Citace: 23. 8 2021.] <http://www.jstor.org/stable/40062870>.
- Ort, Jiří. 2004.** *Kapitoly ze sociologie stáří (Společenské a sociální aspekty stárnutí)*. Ústí nad Labem : Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, 2004. 80-7044-636-6.
- Pacovksý, Vladimír. 1990.** *O stárnutí a stáří*. Praha : Avicenum, 1990. 80-201-0076-8.
- Pacovksý, Vladimír a Heřmanová, Hana. 1981.** *Gerontologie*. Praha : Avicenum, 1981. 08-044-81.
- Petráňová, Marta. 2022.** Statistika&My - magazín Českého statistického úřadu. *Seniori na trhu práce uplatňují svou kvalifikaci*. [Online] 18. 5 2022. [Citace: 2. 7 2022.] <https://www.statistikaamy.cz/2022/05/18/seniori-na-trhu-prace-uplatnuji-svou-kvalifikaci>.
- Pichaud, Clément a Thareauová, Isabelle. 1998.** *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998. 80-7178-184-3.
- Plháková, Alena. 2003.** *Učebnice obecné psychologie*. Praha : Academia, 2003. 978-80-200-1499-3.
- Podnikatel.cz. 2022.** Zákon o sociálních službách. *ČÁST TŘETÍ - SOCIÁLNÍ SLUŽBY*. [Online] 1. 2 2022. [Citace: 23. 5 2022.] <https://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach/f3010152/#p40>.
- Příhoda, Václav. 1977.** *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1977.
- Quevedo, R. J. M., a Abella, M. C. 2014.** *Does locus of control influence subjective and psychological well-being?* *Personality and Individual Differences*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.231>
- Rabušic, Ladislav. 1995.** *Česká společnost stárne*. Brno : Masarykova univerzita, 1995. 80-210-1155-6.
- Rybičková, Marta. 2006.** Osobnosti a sociodemografické faktory jako determinanty životní spokojenosti učitelů. 2. konference *Škola a zdraví*. [Online] 2006. [Citace: 6. červenec 2021.] <https://docplayer.cz/45716387-Osobnostni-a-sociodemograficke-faktory-jako-determinanty-zivotni-spokojenosti-ucitelu.html>.
- Sak, Petr a Kolesárová, Karolína. 2012.** *Sociologie stáří a seniorů*. Praha : Grada Publishing, 2012. 978-80-247-3850-5.
- Seniori České republiky, z.s. 2018.** Právní definice seniora stále chybí. *Seniori ČR*. [Online] 1. leden 2018. [Citace: 21. červenec 2021.] <https://senioricr.cz/pravni-definice-seniora-dosud-chybi/>.



- Slepička, Pavel, Mudrák, Jiří a Slepičková, Irena. 2015.** *Sport a pohyb v životě seniorů.* Praha : Karolinum, 2015. 978-80-246-3110-3.
- Smékal, Vladimír. 2002.** *Pozvání do psychologie osobnosti.* místo neznámé : Barrister & Principal, 2002. 80-86598-65-9.
- STARFOS. 2003.** *Československá psychologie.* 2003, Sv. 47, 6, stránky 554-561.
- Stephens, S.D.G. 1982.** *Rehabilitation and service needs.* London : Academic Press, 1982.
- Stuart-Hamilton, Ian. 1999.** *Psychologie stárnutí.* Praha : Portál , 1999. 80-7178-274-2.
- Svoboda, Mojmír. 2005.** *Psychologická diagnostika dospělých.* Praha : Portál, 2005. 978-80-736-706-0.
- Šamánková, Marie a kolektiv, a. 2011.** *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha : Grada, 2011. 978-80-247-3223-7.
- Šimíčková-Čížková, Jitka, a další. 2008.** *Přehled vývojové psychologie.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 978-80-244-2141-4.
- Špatenková, Naděžda a Smékalová, Lucie. 2015.** *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika.* Praha : Grada, 2015. 978-80-247-5446-8.
- Tvaroh, František. 1971.** *Všichni stárneme.* Praha : Avicenum, 1971. 08-063-71.
- Urban, Lukáš, Dubský, Josef a Duffková, Jana. 2008.** *Sociologie životního stylu.* Plzeň : Aleš Čeněk, 2008. 978-80-7380-123-6.
- Vad'urová, Helena a Mühlpachr, Pavel. 2005.** *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska.* Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2005. 80-210-3754-7.
- Vágnerová, Marie. 2007.** *Vývojová psychologie II.* Praha : Karolinum, 2007.
- Vanda Zemanová, Martin Dolejš. 2015.** *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 978-80-244-4492-5.
- Vidovičová, Lucie. 2004.** *Autonomie a věková diskriminace: ohrožení nebo výhra?* Ostrava : Sýkorová, D., Chytil, O. , 2004. Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování. ISBN 80-7326-026-3.
- Wolf, Josef. 1982.** *Umění žít a stárnout.* Praha : Svoboda, 1982. 25-124-82.
- Zgola, Jitka M. 2003.** *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha : Grada, 2003. 80-247-0183-9.
- Žecová, Zuzana, Kopřivová, Jitka a Sebera, Martin. 2011.** *Vliv pravidelné pohybové intervence na aerobní vytrvalost důchodců žijících v domově pro seniory.* místo neznámé : Geriatria, 2011. 1335-1850.