

Srovnání životní úrovně seniorů ve městě a na vesnici v regionu Uherské Hradiště

Dagmar Gajová

Bakalářská práce
2014/2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dagmar Gajová**
Osobní číslo: **H12181**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Srovnání životní úrovně seniorů ve městě a na vesnici v regionu Uherské Hradiště**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Zpracování teoretických východisek z oblasti kvality života seniorů, domovů pro seniory a stárnutí.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení výzkumu.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 2010, ISBN: 80-7038-158-2.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4.

PAYNE, J., a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005, ISBN: 80-7254-657-0.

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska, 2005. Brno: MSD Brno. ISBN: 80-210-3757-7.

VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita, 2008, ISBN 978-80-210-4627-6.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Milan Brázda

Datum zadání bakalářské práce: 23. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 19.2.2015

.....


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

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

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

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

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

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

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Kvalita života seniorů je v podvědomí společnosti vnímána jako jejich soběstačnost, schopnost vést každodenní plnohodnotný život. Jde o aktuální téma naší doby. Cílem bakalářské práce je srovnání kvality života seniorů ve městě a na vesnici v regionu Uherské Hradiště. Práce je podložena kvantitativním výzkumem formou dotazníkového šetření. Vyhodnocovala se ekonomická situace, životní úroveň, demografické údaje, volný čas a vzdělávání, vztahy se sociálním okolím a společenskopolitická situace seniorů v regionu.

Klíčová slova: kvalita života, senioři, stáří, stárnutí, prostředí, domov pro seniory, péče

ABSTRACT

The quality of life of seniors in the corporate world perceived as their self-sufficiency, ability to lead everyday fulfilling lives. It is a current issue of our time. The objective of this thesis is the comparison of the quality of life of seniors in a village in the region of Uherské Hradiště. The work is based on quantitative research by questionnaire. There are evaluated the economic situation and living standards, demographic information, leisure and education, relationships with social environment and socio-political situation of seniors.

Keywords: quality of life, seniors, aging, environment, home for seniors, care

Poděkování za poskytnutí podkladů, cenných informací, odborné konzultace patří především mému vedoucímu bakalářské práce, panu PhDr. Milanu Brázdovi, kterému chci rovněž touto cestou poděkovat za ochotu, vstřícnost a trpělivost v souvislosti s dokončením bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STARNUTÍ JAKO ETAPA V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA	13
1.1 VYMEZENÍ POJMU STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	14
1.1.1 Stárnutí	14
1.1.2 Stáří	15
1.1.3 Teorie stárnutí	16
1.1.4 Projevy stárnutí a stáří.....	16
1.1.4.1 Biologické aspekty.....	16
1.1.4.2 Psychologické aspekty	18
1.1.4.3 Sociální aspekty	20
1.2 DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ SPOLEČNOSTI.....	21
2 SOUHRNNÁ PÉČE O POPULACI SENIORŮ A POSTOJ SPOLEČNOSTI	23
2.1 AGEISMUS	23
2.2 REAKCE NA STÁŘÍ	24
2.3 POTŘEBY SENIORŮ	25
2.4 SOUČASNÉ FORMY PÉČE O POPULACI SENIORŮ	27
2.4.1 Sociální péče	27
2.4.1.1 Pobytové zařízení pro seniory.....	28
2.4.1.2 Ambulantní a terénní péče	28
2.4.1.3 Sociální dávky ve stáří.....	29
2.4.2 Rodinná péče	29
2.4.3 Zdravotní péče.....	30
2.4.3.1 Zařízení poskytující ústavní péči	30
2.4.3.2 Ambulantní a terénní služba	31
2.4.4 Vzdělání seniorů.....	31
2.4.4.1 Realizace vzdělávání seniorů v ČR	32
3 KVALITA ŽIVOTA	33
3.1 HISTORIE.....	34
3.2 PSYCHOLOGICKÉ A SOCIOLOGICKÉ POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	35
3.2.1 Sociologické aspekty.....	35
3.2.2 Psychologické aspekty	36
3.3 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	36
3.4 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI	39

4.1	PŘEDSTAVENÍ A POJETÍ VÝZKUMU	39
4.2	VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	39
4.3	VÝZKUMNÝ VZOREK	40
4.4	UŽITÁ METODA VÝZKUMU	41
4.5	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ ANALÝZY DAT.....	41
4.6	PRŮBĚH A PLÁN VÝZKUMU	43
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	44
5.1	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	44
5.1.1	Osobní a demografické údaje o respondentech.....	44
5.1.2	Spokojenost respondentů se svou životní situací	46
5.1.2.1	Spokojenost respondentů s bydlením	47
5.1.2.2	Spokojenost seniorů se svou ekonomickou situací.....	50
5.1.3	Hodnocení vlastní péče o zdraví respondentů a využívání zdravotnických a sociálních služeb	51
5.1.4	Hodnocení volného času seniorů, jejich koníčky, zájmy a záliby	54
5.1.5	Začleňování seniorů do společnosti a vzájemné vazby mezi rodinou a vrstevníky	59
6	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	63
6.1	SOUČASNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE VE MĚSTĚ A NA VESNICI.....	63
6.2	EKONOMICKÁ SITUACE SENIORŮ VE MĚSTĚ A NA VESNICI	64
6.3	SKUTEČNOST, ZDA O SVÉ ZDRAVÍ PEČUJÍ STEJNĚ SENIOŘI VE MĚSTĚ I NA VESNICI	65
6.4	TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU SE SVÝMI KONÍČKY SENIORŮ VE MĚSTĚ A NA VESNICI	66
6.5	VZTAHY SE SVOU RODINOU A S VRSTEVNÍKY	67
7	DISKUZE	68
8	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77
	SEZNAM OBRÁZKŮ	78
	SEZNAM TABULEK.....	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

„Stáří nemá být koncem života, nýbrž jeho korunou.“

André Repond

Vývojové období každého člověka má své charakteristické etapy, svá specifika a zákonitosti. Ty ovlivňují nejen rozsah a způsob, ale především kvalitu života. V každém životním období se nám nabízí určité možnosti, jiné nás limitují. Období dětství a mládí je spojeno se slovy – krása, poznávání, učení, energie, zdraví, životní elán. Pro období stárnutí a stáří se nabízejí slova negativní, pramenící z obav o zdraví, tělesné a materiální pohodlí, rodinné zázemí a celkové snížení kvality života.

Není vždy nutné vnímat stáří jako strádání, omezení a handicap. Tento názor podporuje dnešní hektická a na výkon zaměřená doba. Zakořeněné obavy vyplývají z procesu stárnutí populace nejenom evropské, ale i celosvětové. Demografické stárnutí lze pak označit za fenomén dnešní doby a dotýká se především sociálního systému. Skutečnost, že se lidé dožívají vyššího věku a mají i vyšší kvalitu života je projevem moderní vyspělé společnosti. Skupina seniorů v České republice je nepřehlédnutelná a stále se zvyšující. Nabízí se tak řada otázek a témat k diskuzi, kterou se zabývá široká veřejnost i profesionálové a hledají optimální řešení v oblasti sociální i ekonomické.

Mezi aspekty obecné spokojenosti s životem seniorů patří nejenom zdravotní prospívání, dostupnost a využití sociálních služeb, ekonomická situace, využití volného času, zajištění bydlení, ale především sociální kontakty. Mnozí nacházejí sociální kontakty prostřednictvím přivýdělku, sebevzděláváním, realizováním svých snů, přání a tužeb a prodlužují si tak produktivní část svého života. Stávají se tak spokojenější a vnímají svůj „podzim života“ jako kvalitní. Seniori se tak stávají plnohodnotnými členy společnosti a vnímají toto období za nejkrásnější část jejich životní etapy. Zakořeněné obavy se tak stávají neopodstatněné a mnoho seniorů se cítí vyrovnanějšími, klidnějšími a svobodnějšími.

Teoretická část práce je zaměřena na kvalitu života jako pojem, stárnutí a stáří. Popisuje důsledky a projevy stárnutí. Vymezením pojmů rodinná, sociální, zdravotní péče a vzdělávání seniorů objasňuje současné formy péče o populaci seniorů. Poslední kapitola je věnována kvalitě života seniorů a procesy spojené se stárnutím. Empirická část práce je

zaměřena na výzkum srovnání kvality života seniorů ve městě a na vesnici v regionu Uherské Hradiště.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit jak vnímají senioři svůj zdravotní stav, jak jsou spokojeni se svým životem, proč je pro ně důležité vyplnit svůj volný čas, přistupovat aktivně k nabídkám moderní společnosti a umět se plnohodnotně začlenit do společnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STARNUTÍ JAKO ETAPA V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA

Problematikou starých lidí a stáří se zabývá gerontologie. Gerón znamená řecky starý člověk a logos nauka. Jde o interdisciplinární nauku a zahrnuje vše, co se týká starého člověka ve zdraví i nemoci. Je zaměřena na zkvalitňování života starých lidí, na jejich specifické potřeby. Stárnutí je celosvětovým problémem. Problematice stárnutí se věnují nejen sociologové, psychologové, ale i ekonomové a politici. „*Všichni stárneme. Dnes jsme mladší, nežli budeme zítra. Zítra budeme starší, nežli jsme dnes. Žít dobře znamená i dobře stárnout. A dobře stárnout znamená žít dobře*“ (Křivohlavý, 2011, s. 12).

Stárnoucí obyvatelstvo je neodmyslitelný prvek společnosti i důležitým pojmem v sociální práci, je jejím cílem, subjektem, klientem, uživatelem i příjemcem. Stárnutí populace je pojem každodenního života, obsažen ve slovnících nejen běžných občanů, ale i politiků (Heteš, 2011, s. 5).

Ontogenetický a fylogenetický vývoj člověka probíhá v kontextu s jeho životním polem, které se skládá ze tří složek a to ze složky biologické, mentální a sociální a také s jeho dynamikou. Stáří je chápáno jako vyvrcholení a závěrečná fáze individuálního života a implikací společnosti, v níž žil a žije. Staří je také jevem dnešní společnosti neboli určitý fenomén, který o ní vypovídá a je jejím produktem. Aby byla správně pochopena definice stáří, je důležité neopomínat souvislosti všech prožitých etap v životním cyklu. Životní styl během dětství, mládí a dospělosti mají dopad na kvalitu stáří. Souvislost mezi stárnutím a společností se nevyvíjí jen jedním směrem, ale také opačným. Stárnutí má vliv na společnost a naopak (Sak, Kolesárová, 2012, s. 11).

Autoři Sak a Kolesárová (2012, s. 11) uvádějí ve svém díle: „*Prodlužování délky života člověka má význam nejen vzhledem k jednotlivému člověku. Prodlužování střední délky života obsahuje potenciál zpětného vlivu na kvalitu společnosti na její proměnu v dlouhověkou společnost.*“

Stárnoucí jedinec je ve velké míře odpovědný sám za kvalitu života a jeho smyslu. Avšak společnost by měla mít nemalý zájem o to, aby současné a budoucí generace seniorů byly na stáří připravené. Jde o to, aby stárnoucí jedinec pečoval o své zdraví, byl zdatnější a samostatnější a dokázal se správně a včas rozhodnout, kde dožije svou poslední etapu svého života (Ondrušová, 2011, s. 10).

1.1 Vymezení pojmu stárnutí a stáří

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 57).

1.1.1 Stárnutí

Stárnutí je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují narůstající zranitelností a snížením výkonnosti člověka (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 184).

Stárnutí je základním biologickým procesem započatým okamžikem zrození. To je jeho speciální případ sledovaný na živých bytostech. Vše, co jednou vznikne, přestává být v určitém bodě novým a stává se starým (Vidovičová, 2008, s. 11).

Autorka Ondrušová (2011, s. 13) uvádí, že stárnutí je významnou osobní zkušeností, se kterou se setká dříve či později každý jedinec. Procesem stárnutí prochází každý z nás, nemaje výjimky. Jedinec by tento proces neměl chápat jako degradaci, ale jako životní etapu, která má své strasti i radosti, negace i pozitiva.

Každý jedinec má nastaven individuální plán stárnutí a do procesu vstupuje celý člověk. Mění se více jeho charakteristika, nejen biologické charakteristiky, ale i psychické a sociální. Z biologického hlediska je to proces asynchronní, lidské orgány nestárnou zároveň, ale podle daných aspektů. Společným znakem tohoto procesu je zanikání různých struktur a funkcí u jedince. Dalším ukazatelem procesu je snížená adaptabilita ve stáří na změny vnějšího a vnitřního prostředí (Pacovský, 1997, s. 55-60).

Autor Kalvach (1997, s. 51) rozděluje proces stárnutí do tří kategorií:

- Úspěšné stárnutí.
- Obvyklé, normální stárnutí.
- Neúspěšné, patologické stárnutí.

Jedinec, který se řadí do úspěšného stárnutí, má zdravotní a funkční stav lepší, než současný průměr, je plně soběstačný a je psychicky, sociálně a fyzicky soběstačný a aktivní. Autor Koukolík (2014, s. 12) charakterizuje úspěšné stárnutí jako stárnutí bez zdravotních problémů, s neomezenou pohyblivostí, bez známky depresí a vynikajícími sociálními vztahy.

Obvyklé a normální stárnutí odpovídá ve společnosti současné normě. Objevují se limity a zdravotní obtíže. Neúspěšné, patologické stárnutí je chápáno jako horší zdravotní a funkční stav než mají vrstevníci. Převažuje zde potřeba pomoci druhé osoby, závislost na druhém člověku. Stárnutí je zrychleno a proces je předčasný.

1.1.2 Stáří

Pojem stáří nelze jednoznačně definovat. Stáří je podmíněno věkem jedince a lze jej vymezit na základě několika kritérií. Rozlišujeme:

- **Kalendářní (chronologický) věk:** lze přesně vymezit a to datem narození.
- **Sociální (sociálně-historický) věk:** určuje chování jedince dle společenských měřítek, zachycuje změny sociálních rolí, životního stylu, ekonomické situace.
- **Biologický (funkční) věk:** vymezuje biologické stárnutí organismu.
- **Psychologický věk:** jedná se o subjektivní vnímání vlastního věku, poukazuje na psychický stav jedince (Křivohlavý, 2002, s. 137).

Biologické stáří není přesně stanovitelné, je dáno dosažením do jisté míry involučních změn a poklesu potencionálního zdraví jedince. Jedná se o součet nezvratných biologických změn apod. Neexistují přesná kritéria, jde také o působení vnitřních a vnějších aspektů. Důležitý aspekt pro biologické stáří je považován psychický aspekt, vnímání jedince sebe sama, vnímání jeho věku. Kalendářní stáří vychází z průměrného průběhu života a biologického stárnutí. Sociální stáří je soubor sociálních změn u člověka. Změny se týkají sociálních rolí, sociálních postojů atd. (Čevela, Kalvach, Čeledová, s. 25-26, 2012).

Světová zdravotnická organizace (WHO) člení věkové skupiny takto:

- 45 - 59 let: střední věk.
- 60 - 74 let: stárnoucí osoby.
- 75 - 89 let: stará generace.
- 90 a víc let: stařecká skupina (Dienstbier, 2012, s. 15).

Profesor Ján Šramo (2011, s. 17) ve své publikaci uvádí stáří jako proces skládající se z více složek, sem řadí genetické faktory, správnou životosprávu, životní styl, zdravotní stav v průběhu celého života, vlivy vnějšího prostředí, vrozené předpoklady pro nemoci,

tělesnou aktivitu průběhu života jedince a v neposlední řadě psychickou vyváženost. Na proces stárnutí by se mělo podle autora připravovat již v raném věku člověka.

1.1.3 Teorie stárnutí

O příčinách stárnutí a stáří existuje v současné době mnoho hypotéz a řada teorií. Tímto se poukazuje na fakt, že žádná z nich značně nevyhovuje. Bylo nashromážděno velké množství poznatků v této oblasti, avšak jsou to vědomosti a znalosti izolované a nejsou značně přesvědčivé. Je nesnadné rozhodnout, který fenomén v procesu stárnutí je jeho důsledkem ve větší míře. Průkazný je fakt, že o procesu stárnutí mluvíme jako o multifaktoriálním ději, kdy na sebe působí různé genetické podmínky a faktory vnitřního prostředí (Pacovský, 1990, s. 30).

1.1.4 Projevy stárnutí a stáří

Jedinec do procesu stárnutí vstupuje jako celý člověk a v tomto procesu dochází k mnohým biologickým, sociálním, ale i psychickým změnám. Příčiny některých z nich jsou neovlivnitelné a nezvratitelné (Ondrušová, 2011, s. 26).

Venglářová (2007, s. 12) utřídila tělesné, psychické a sociální změny dle tabulky (Tab. 1).

Tab. 1. Tělesné, psychické a sociální změny.

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	změny vnímání	změna životního stylu
změny termoregulace	emoční labilita	stěhování
změny činnosti smyslu	sugestibilita	ztráty blízkých lidí
kardiopulmonální změny	snížená sebedůvěra	osamělost
změny v trávicím traktu	nedůvěřivost	finanční problémy
změny vylučování moči	špatná adaptace nového	
degenerativní změny smyslů	obtížná adaptace nového	

1.1.4.1 Biologické aspekty

Biologické aspekty stárnutí jsou více viditelné než psychologické aspekty. Vše je dáno genetickými dispozicemi, životním stylem jedince a probíhá u každého člověka

individuálně. Biologické stárnutí je spojováno a souvisí s biologickým věkem, což znamená jaký je celkový stav organismu jedince (Jarošová, 2006, s. 21).

Šramo (2012, s. 23–22) mezi všeobecně příznaky biologického stárnutí řadí vysušování a zvrásňování kůže, slábnutí zraku i sluchu, šedivění a ubývání vlasového porostu, i zužování vizuálního pole, dále pak ubývání svalové hmoty, ochabování svalstva. Objevuje se dušnost, zhoršuje se dýchání, imunitní systém, hormonální aktivita a sekrece viditelně slábne. Jedinci se vytrácí vitalita a energie. U některých se projevuje biologické stárnutí organismu i zpomalením řečových schopností, gesta a mimika jsou více omezena. Pohybový aparát a chůze jsou omezovány ve větší míře.

Autorka Jarošová (2006, s. 22–24) biologické příznaky stárnutí organismu rozepisuje ve své publikaci detailněji:

Celkový vzhled jedince a kůže – obsah tělního tuku se zvyšuje, vápník v těle se ukládá a proniká do buněk a membrán. Postava jedince se zmenšuje, neboť se ochabuje prostor mezi obratli a dostavuje se svalová ochablost. Vlasová pokožka snižuje svou činnost, tím se narušuje vlasový kořínek, vlas slábne a vypadává, také díky nedostatku pigmentace vlas šediví. Nehty jsou více lámavé a zpomaluje se jejich růst, stejně tak jako u vlasu. Díky nižšímu obsahu vody v kůži se objevují často stařecké skvrny, pokožka je vysušená, dehydratovaná a svrašťelá. Je narušena termoregulace v těle jedince, což souvisí s úbytkem potních žláz.

Pohybový aparát – svalová hmota se zmenšuje, tělo již neumí efektivně pracovat s vápníkem, tím dochází často k osteoporóze a zvětšuje se riziko lámavostí kostí a kvalita zubů se značně zhoršuje. Kosterní svalstvo je méně elastické a ochabuje.

Oběhový systém – často dochází ke kolísání krevního tlaku, elasticita cév je snížena, průtok krve do všech orgánů je zhoršen. Může nastat izolovaná systolická hypertenze, levá srdeční komora ubírá na výkonnosti, k tomu mohou degenerovat srdeční chlopně a srdeční činnost je celkově ohrožována.

Nervový systém – mozkové cévy ztrácejí svou elasticitu, dochází ke snížení mozkových buněk, postupně klesá paměťová schopnost, především je narušena krátkodobá paměť. Jedinec v procesu stárnutí v souvislosti s nervovým systémem může trpět také insomnií, což znamená, že je narušená spánková činnost.

Dýchací systém – neboli respirační systém je zhoršen díky snížení poddajnosti plic. Často se objevují chronické záněty. Snižuje se kapacita plic a funkce řasinkového epitelu je snížena.

Trávicí systém – zásluhou vypadávání zubů se znehodnocuje žaludeční funkce, je snížena sekrece slinných žláz i mobilita žaludku. Objevuje se peristaltika střev a dochází často ke špatné regulaci krevního cukru.

Vylučovací soustava – schopnost a koncentrace ledvin se snižuje, stejně i kapacita močového měchýře. U staršího jedince také často dochází k poklesu pocitu žízně, člověk je ohrožen dehydratací.

Smyslové orgány – dochází k snížení výkonnosti, zhoršuje se zrak, sluch, hmat i čich. Pokud upadají smyslové orgány, funkce mozku je také ovlivněna. U zraku dochází ke klesání zrakové ostrosti. Adaptace na tmou, ostrost vidění, rozlišování barev a rozpoznávání kontrastů je oslabeno. Poruchy sluchu více postihují mužskou populaci ve stáří. Nejdříve se degraduje vnímání tónů ve vysokých tóninách, poté upadají tóny ve střední rovině a nakonec i v hluboké. Poruchy sluchu navazují na ztíženou možnost komunikace s okolím. Smyslové vnímání chuti je narušeno úbytkem chuťových pohárků, citlivost na sladkost s věkem klesá a později se ztěžuje i schopnost rozeznávat slané pochutiny. V neposlední řadě se v souvislosti s atrofickými změnami nosní sliznice s návazností na centrální nervový systém zhoršuje i čichová schopnost.

U smyslových poruch lze pomoci seniorovi kompenzačními pomůckami anebo operacemi zraku a sluchu. Tím se napomůže zkvalitnit komunikace v prostředí alepší se kvalita života.

1.1.4.2 Psychologické aspekty

Stárnutí je často spojováno s psychologickými aspekty v životě seniora. Jedinec trpí tím, že negativně vnímá své tělesné změny a odráží se to v jeho psychice. Podle autorky Malíkové (2011, s. 21) by nemělo docházet k zásadním změnám. Psychologická oblast a její změny přicházejí při fyziologickém stárnutí pozvolna.

Jarošová (2006, s. 24-28) uvádí jako příklad tyto psychické odlišnosti v procesu stárnutí. Funkce paměti a kognitivních funkcí je zhoršena. Stejně tak jako koncentrace a zapamatování si nových poznatků. Řečová schopnost a schopnost komunikace může být omezenější. Intelektové funkce jsou sníženy a může být naopak zvýšena emoční labilita

jedince. Týká se to náladovosti, změny v postojích a v rozhodnutích. Mohou nastoupit povahové změny, z negativních vlastností se mohou stát pozitivní a opačně. Často touto změnou může senior zmást své nejbližší. Může se dostavit citová oploštělost, kdy jedinec není schopen vcítit se v dané situaci do jiného jedince anebo ztratí schopnost vnímat citový prožitek. Adaptace na změny je pokleslá. Častokrát se dostavuje apatie a nezájem k určité situaci, či činnosti. Mění se žebříček životních hodnot a potřeb. Intelektové schopnosti seniora bývají zachovány až do nejpokročilejšího života člověka.

Hegyí (2012, s. 26) ve své publikaci zpracoval stručnou a jasnou charakteristiku o psychických změnách ve stáří, s odkazem na to, že ve vyšším věku člověka mohou být duševní projevy:

- Bez jakéhokoliv psychických změn.
- S výskytem psychických změn, provázející fyziologické stárnutí.
- S výskytem psychických změn, typických pro vyšší věk.
- S psychickými chorobami vyššího věku.

Psychické změny mohou být:

- Roztěkané myšlení, ztráta pružnosti a invence, sklon ke vzpomínkám, stereotyp, zpomalenost v řeči, pohodlnost, nedostatek vůle se rozvíjet, zploštělá fantazie, oddalování řešení složitějších situací, snížená smyslová výkonnost, konzervativní jednání, zpomalení psychomotorického tempa, psychická únava, ohraničené zájmy, zmenšení schopnosti učit se novým věcem.

Emoční poruchy mohou být:

- Náladovost.
- Emoční labilita.
- Sklon k úzkostlivým a depresivním projevům.
- Zvýšená sugestibilita.

Povahové změny mohou být:

- Nedůvěra vůči okolnímu světu.
- Požitkářství a utrácení.

- Svéhlavost.
- Zvýrazněný zájem o fyziologické funkce.
- Snaha být v centru pozornosti.
- Potřeba střídání až tendence k lakotě.
- Rozvoj abúzu alkoholu.

1.1.4.3 Sociální aspekty

Sociální stárnutí jedince provází několik důležitých změn. Zejména odchod z aktivního pracovního života do důchodu, mění se životní role jedince, dochází k omezení mezilidských kontaktů. U některých jedinců dochází ke změně ekonomického hlediska a v neposlední řadě dochází k „závislosti“ na ostatních (Jarošová, 2006, s. 29–30).

Období odchodu do důchodu bývá nejvýraznějším projevem sociálního stárnutí. Můžeme jej řadit k nejrizikovějším obdobím stárnoucího jedince. Odchodem do důchodu více trpí mužská část populace, protože mají pocit, že ztrácejí sociální status živitele rodiny, klesá jejich společenská prestiž a přicházejí o mnoholeté a společenské kontakty, které v době pracovního nasazení získali (Hegyí a kolektiv, 2012, s. 26).

Nejvíce negativní sociální aspekty podle Malíkové (2011, s. 22):

- Generační osamělost, úmrtí partnera či partnerky nebo stárnutí osamoceně.
- Fyzická nesoběstačnost z důvodu nemoci, smyslového nebo pohybového omezení atd.
- Vliv ageismu.
- Změna bydliště.
- Sociální izolace, která může mít mnoho příčin, odvrácení se od rodinných příslušníků, menší okruh přátel a známých z důvodu úmrtí anebo nemoci.
- Odchod do starobního důchodu. Muži toutle změnou trpí daleko více jako ženy.
- Integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách je omezena.
- Ztížená možnost komunikace a kontakt s přáteli a známými, zhoršená účast a podíl na výkonu dříve oblíbených činností.

- Zhoršení ekonomické situace, závislost na pomoci druhých, limity ve finančních možnostech.
- Strach z osamocení a nesoběstačnosti.
- Žádoucí až nutná změna životního stylu, která však nevyhovuje seniorovi.

Naopak Jarošová (2006, s. 31) uvádí pozitivní sociální aspekty:

- Senior má více prostoru a možností na uspokojení svých potřeb.
- Pevná citová pouta, funkční rodina a zlepšení rodinných vztahů.
- Plánování ekonomické přípravy na stáří (vhodné bydlení, penzijní připojištění aj.).
- Lepší organizování volného času a efektivnější nakládání s ním.

1.2 Demografické stárnutí společnosti

Od poloviny 20. století postihuje stárnutí společnosti ve velkém i v malém měřítku všechny státy světa a stárnutí se stává problémovým faktorem. Celosvětovým trendem dnešní společnosti je stárnutí společnosti. Česká republika nemá žádné výsadní postavení a řadí se zde také (Maliková, 2011, s. 26).

Vzrůstající počet stárnoucího obyvatelstva je:

- Relativní – nižší porodnost s klesajícím podílem dětí a mladistvých.
- Absolutní – úmrtnost ve středním věku klesá a stále více lidí se dožívá stáří, klesá také úmrtnost ve stáří. Po roce 2010 vstoupily mezi seniory mimořádně silné poválečné ročníky. Z hlediska pomáhajících profesí je hlavní, že dochází k nárůstu velmi starých lidí ve věku 85 let a více.

U seniorské populace je typickým rysem větší převaha žen stále se vzrůstajícím věkem. Naděje dožití je podstatně vyšší pro ženskou populaci než pro mužskou (Kalvach, Onderková, 2006, s. 8).

Údaje důležité v demografickém stárnutí společnosti jsou tyto:

- Absolutní počet označovaných za seniory (fixní věková hranice 65 let, „plovoucí“ věková hranice – mohla by klesat anebo stoupat).
- Absolutní počet tzv. velmi starých seniorů (80 let a výše).

- Absolutní počet příjemců věkově podmíněných penzí, sociálních dávek i výdajů na zdravotní péči a sociální služby (důležité jsou údaje zdravotních pojišťoven).
- Relativní počet seniorů v populaci.
- Naděje dožití a naděje dožití bez chronických chorob (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 72).

Dle Topinkové (2005, s. 4) trvale klesá porodnost a snižuje se počet úmrtí ve všech věkových kategoriích, a proto bude trend populačního stárnutí v České republice nadále pokračovat. Prodlužuje se střední délka života, ze statistik z roku 2002 v ČR mají ženy 78,7 roků a muži 72,1 roků střední délky života.

Český statistický úřad zpracoval demografickou prognózu o občanech České republiky. Z ní vyplynulo, že v roce 2050 bude žít v České republice asi 500 tisíc lidí starších 85 let a skoro 3 miliony občanů starších 65 let. Děti narozené v roce 2050 budou mít naději dožití, ženy okolo 84,5 roků a muži 78,9 roků (MPSV, 2008, s. 9).

Demografické stárnutí je vnímáno jako negativní jev a problematika spojená s tímto jevem je často ohraničena na problematiku reformy důchodového systému. Aby se na stárnutí a staří nepohlíželo jako na nechtěný proces, je potřeba aby se postoje ke starším jedincům a postoje k nim zlepšily a nemělo by se opomínat na potenciál starších lidí ve spojení s vědeckým, technickým a ekonomickým rozvojem (MPSV, 2008, s. 10).

2 SOUHRNNÁ PÉČE O POPULACI SENIORŮ A POSTOJ SPOLEČNOSTI

Fenomén stáří se týká celé společnosti a každého jedince v ní. Každý stárne a mnoho jedinců tento fakt odmítá. Moderní člověk si nechce stáří připouštět a staví se k této životní etapě odmítavým způsobem. Ovšem tento postoj znemožňuje lidem předcházet problémům, které nastoupí v pozdějším věku (Haškovcová, 2010, s. 9).

Šrámo (2012, s. 28) poukazuje na vzrůstající počet seniorů a na to, že mladší generace vnímá starší jedince odcházející do důchodového věku jako nepotřebné, překážející a ubírající prostor mladší generaci. Podle statistických údajů do důchodu odchází stále více zdravých lidí dříve asi 60 %, například kvůli nedostatku životního elánu. Mladí lidé stále ve větší míře snižují úctu k těmto občanům a odmítají se touto problematikou zabývat, i když budou muset jednou tuto situaci sami řešit.

V minulosti se na starší jedince pohlíželo s úctou a porozuměním. Jejich věk byl oslavován za jejich zkušenosti a byl také chápán jako přínos pro společnost. Úcta ke staršímu člověku byla základním zákonem společnosti. Úcta ke starším lidem znamená tři povinnosti vůči nim a to znamená přijmout je, starat se o ně a oceňovat jejich kvalitu (Šrámo, 2012, s. 29).

Soudobá společnost přistupuje k stáří a stárnutí ambivalentním způsobem. Z jednoho pohledu je mladší generace vedena, aby měla úctu ke staršímu člověku, na druhou stranu jsou však starší občané chápáni jako jistá zátěž pro společnost. Autorka Tošnerová (2002, s. 7) vymezila pět nekritických představ o stáří, aneb staří lidé jsou všichni stejní, staří nemají čím společnosti přispět, stáří mužů a žen je stejné, stáří je křehké, a proto potřebuje péči, stáří je ekonomickou zátěží společnosti.

2.1 Ageismus

„Za společensky vysoce nebezpečnou lze jednoznačně považovat diskriminaci věkově podmíněnou, která vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie či generace vykazují nejen rozdílné charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu“ (Pokorná, 2010, s. 69).

Ageismus pochází z anglického slova age, neboli věk. Vyznačuje se nenávisťnými a negativními postoji ke starým osobám. České synonymum pro toto označení neexistuje. Můžeme jej také zahrnout do věkové diskriminace (Haškovcová, 2012, s. 48).

Aktérem věkové diskriminace může být samotný člověk, který se sám nachází v seniorském věku, člověk přebere stereotypy, které nastiňuje mladší generace o starších lidech, a nezdá se s nimi ztotožňují. Z praktického pohledu se tento stav projevuje ambivalentním postojem k sobě samému. Starší jedinec nabyde dojmu, že i když je spokojený a žije aktivním způsobem života, žije vlastně „špatný život“ (Haškovcová, 2010, s. 35).

Autorka Haškovcová (2010, s. 42–44) zpracovala mýty o seniorech v dnešní společnosti:

- Mýtus falešných představ – starý jedinec potřebuje hlavní materiální zabezpečení pro spokojení svých potřeb.
- Mýtus zjednodušené demografie – za starého člověka je považován každý, kdo odejde do penze.
- Mýtus homogenity – každý člověk, který zestárne, vypadá stejně a ztrácí svou identitu.
- Mýtus neužitečného času – člověk ve stáří není pro společnost přínosem.
- Mýtus ignorace – člověk v seniorském věku je na druhotné koleji, proto není potřeba mu věnovat pozornost.
- Mýtus o lékařích – všechny problémy starší populace vyřeší medikace a lékařská péče.
- Mýtus o arterioskleróze nebo o senilitě – všechny seniory postihují tyto nemoci.
- Mýtus o chudobě seniorů – pokud člověka dožene důchodový věk, stává se automaticky člověkem na hranici chudoby a je ekonomicky špatně zabezpečen.

2.2 Reakce na stáří

Reakce na stáří jedince jsou různorodé, podle toho jak je na tuto etapu života připraven, jestli vidí stárnutí a stáří v dobrém světle, nebo naopak vidí chátrání lidské stránky jako negativní zakončení životní dráhy.

Haškovcová (1990, s. 114-116) reakce na stáří rozděluje do pěti oblastí podle společných znaků:

Konstruktivní přístup - jedinec příchod stárnutí a stáří přijímá nejideálněji. Adaptace na nové životní role je výborná. Svou tělesnou a duševní schránku si udržuje ve výborné

kondici. Snaží se podporovat svou soběstačnost. V jeho mysli je vstřícnost, optimismus, smysl pro humor, radost ze života, tolerance atd. Jeho vztahy s okolím jsou kvalitní a svoji duševní rovnováhu udržuje s nadhledem.

Strategie závislosti – v této strategii se člověk opírá často o pomoc ostatních. Tento postoj je hodně rozšířený. Jedná se o využívání zdravotní a jiné péče k manipulativní činnosti s ostatními. Nejde o promyšlenou strategii, člověk tímto způsobem dává přednost pohodlnějšímu způsobu života. Avšak neváhá využít manipulativní a citové prostředky k dosažení své spokojenosti.

Obranná strategie – tento postoj je obvyklý pro jedince, kteří odmítají odejít ze společenského a aktivního života. Mají strach ze závislosti. Odchod do důchodu oddalují co nejdál. Většinou se tato strategie týká lidí na vysokých postech, kteří se pohybovali ve vyšších společenských kruzích.

Strategie nepřátelství – obtížná situace pro dvě zúčastněné strany. Na jedné straně je senior a na druhé okolí. Jedinec absolutně nepřijímá svou roli seniora a je plný zášti, křivdy i nenávisi. Svůj dosavadní život, který prožili, nebyl většinou příliš úspěšný. Nejsou ochotni přijmout stáří a bývají nepřátelští vůči společnosti. Většinou svalují vinu na osobu mladšího věku. Stárnutí a stáří chtějí prožít o samotě, pod zlou maskou se však skrývají lidé, kteří trpí a mají velkou emoční bolest.

Strategie sebenenávisi – tito lidé jsou uzavření a pasivní. Straní se okolnímu dění. Jedinec sebou pohrdá a nenávidí se. Není schopen se dívat na sebe v dobrém světle.

2.3 Potřeby seniorů

Stejně jako kdokoli jiný, také senioři mají svoje potřeby a snaží se o jejich naplňování, aby nebylo narušeno jejich vnímání kvalitního života, neboť jsou velmi často odkázáni na pomoc okolí. S poklesem funkčnosti a schopnosti vést samostatný život bez pomoci druhých jsou mnohdy deprimovaní (Janečková, 2005, s. 163-193).

Do primárních potřeb seniorů bychom měli zahrnovat potřebu stability, důvěry, jistoty bezpečí, potřebu fyzického a psychického bezpečí i ekonomického zabezpečení. Občas se stává, že se společnost až moc angažuje v pomoci seniorům a ti si pak vypěstují nežádoucí závislost na pomoci druhých a nejsou schopni o sobě celkově rozhodovat (Motlová, 2007, s. 343-346).

Nejvíce rozšířenou teorií o potřebách jedince je klasifikační škála od amerického psychologa Maslowa, kam zahrnuje potřeby fyziologické, potřebu bezpečí, potřeby sociální, potřebu uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace.

- Fyziologické potřeby – jedná se o zcela základní potřeby, je nutné aspoň minimální uspokojení, sem se zahrnuje výživa, spánek, chůze, teplota, také smích, pláč, fyzický kontakt s jinou osobou.
- Potřeba bezpečí – tato potřeba se objevuje, jakmile sám jedinec cítí, že ekonomicky selhal, je v jakémkoliv nebezpečí anebo se ztratila jistota bezpečí, strach z neznámého.
- Sociální potřeby – jedinec touží patřit do nějaké sociální skupiny, bojí se osamělosti a touží být milován, chce mít kontakt s okolním světem.
- Potřeba uznání a sebeúcty – tato potřeba vzniká v okamžiku, kdy člověk cítí, že ztratil respekt, prožívá určitou nedůvěru a nenachází kompenzaci, snaží se získat zpět ztracené sociální hodnoty.
- Potřeba sebeaktualizace – člověk se snaží v seniorském věku znovu najít smysl svého života, realizovat své schopnosti (Jarošová, 2006, s. 32-33).

Mlýnková (2011, s. 48–50) svou teorii potřeb v procesu stárnutí a stáří specifikuje jasněji. U fyziologických potřeb se více senioři soustřeďují na stravu, jak je jídlo připraveno, jak chutná, neboť ve starším věku ubývají chuťové pohárky. Dále je to potřeba vyprazdňování, se kterou jedinci mají v této etapě života větší problémy. Spánkový režim probíhá ve fázích, senioři odpočívají častěji a podřimují i během dne. Senior potřebuje být bez bolesti a chce mít zajištěno pohodlí a přiměřenou teplotu. Do pozadí ustupuje například potřeba příjmu tekutin, senioři na tuto potřebu často zapomínají a dostávají se do zdravotního rizika. Ustupuje potřeba hygienické péče, úprava zevnějšku a vedení aktivního sexuálního života. Vše se odvíjí od aktivity jedince, ne všichni senioři mají stejné nároky.

Do vyšších potřeb řadíme potřebu jistoty i z ekonomického hlediska. Narůstá u nich strach z nemoci, ztráty životního partnera a strach ze závislosti na druhých. Nestabilita u seniora narůstá, pokud nemá dostatečné informace o svém zdravotním stavu, o plánovaných vyšetřeních apod. Potřeba komunikace kolísá, ubývá přátel a kontaktů s okolím, proto je často tato stránka uspokojována díky institucionální péči v domovech pro seniory apod. U některých jedinců se stále probouzí potřeba zdokonalování sebe sama, a proto vznikají

univerzity třetího věku a různé vzdělávací programy specializující se na starší obyvatelstvo. V neposlední řadě jsou zde také duchovní potřeby.

V závěrečné fázi života mnoho jedinců v důchodovém věku bilancuje, hodnotí svůj dosavadně prožitý život a často přemýšlejí nad smyslem svého bytí. Pokud nemají na své otázky odpovědi, potřebují se svěřit druhému člověku, který je bude aktivně naslouchat a poskytne jim dostatečný prostor, aby si utřídili vyřčené otázky sami. Pomoc v tomhle ohledu jim může poskytnout duchovní, neboť péče v různých institucích nemusí vyhovovat požadavkům jedince v tomto směru.

2.4 Současné formy péče o populaci seniorů

Forma péče o seniora může být soustředěna ve třech hlavních skupinách. Jde o péči zajišťovanou rodinnými příslušníky, zdravotní péče včetně ošetrovatelské péče a sociální péče s pečovatelskými úkony.

2.4.1 Sociální péče

V minulosti bylo poskytování sociální péče a sociálních služeb značně omezeno a nebraly se ohledy na individualitu jedince a jeho potřeby. Starost o seniory zřizoval stát a nebyla možnost výběru a volby. Staří a nemocní lidé byli izolovaní a vše bylo postaveno na direktivním přístupu a rutinním skupinovém systému bez hlubšího porozumění. V roce 1989 nastal zlom, sociální stránka státu se začala řešit intenzivnějším směrem.

V roce 2003 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí Bílou knihu o sociálních službách. Díky této knize bylo vytvořeno sedm základních principů pro sociální služby, nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, začlenění a integrace, respektování potřeb, kvalita, rovnost bez diskriminace. Podle Bílé knihy má odpovědnost za sociální služby pět subjektů. Jsou to jednotlivci, občanská společnost, stát, obce a kraje (Holasová, 2014, s. 51–52).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. pomohl nastolit systém v sociálním úseku. Novodobým trendem je přebírat funkční modely ze zahraničí a to zejména ze státu Evropské unie. Nastolila se nová pravidla, nové směry a došlo k deinstitucionalizaci. Dalším důležitým aspektem je, že pokud je člověk nemocný nebo ve znevýhodněné situaci, nesnaží se ho společnost segregovat, ale integrovat ho do fungující společnosti (Malíková, 2010, s. 29–30).

V návaznosti na zákon č. 108/2006 Sb., si stát nechal kontrolu kvality nad sociálními službami. Poskytovatelé služeb mají povinnost zajistit uživatelům kvalitu služeb, a proto byly zavedeny Standardy kvality sociálních služeb, které popisují a ustanovují, jak má sociální činnost v dané oblasti vypadat (Holasová, 2014, s. 53–54).

Formy sociální služby lze rozčlenit na pobytovou, ambulantní a terénní. *Pobytovou formou* je myšleno poskytování služeb, spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. *Ambulantní formou* se rozumí služby, kdy za jedincem dochází určená osoba anebo jej tato osoba doprovází do zařízení. Seniorovi se však neposkytuje ubytovací možnost. *Terénní forma sociální služby* je poskytována člověku v jeho přirozeném prostředí, tam kde je doma (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 64).

2.4.1.1 Pobytové zařízení pro seniory

Sem řadíme domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domy s pečovatelskou službou. Domovy pro seniory jsou zařízení, která zajišťují jedinci kompletní péči a starost. Tyto služby jsou pro člověka, který má sníženou soběstačnost a z důvodu věku potřebuje aktivní pomoc jiné osoby. Domovy s pečovatelskou službou se starají o převážně zdravé seniory, může se jednat o jednotlivce nebo i manželský pár. V tomto zařízení se poskytuje pouze pomoc při některých úkonech, jako je hygiena, stravování atd. Seniorovi je poskytnuto kvalitnější bydlení, kdy obývá samostatnou bytovou jednotku na základě písemné smlouvy. Pečovatelská služba v těchto domovech je podobná jako v domácím prostředí. Domovy se zvláštním režimem jsou podobné domovům pro seniory. Jsou celoroční a specializované na lidi, kteří potřebují speciální péči např. kvůli duševní poruše.

2.4.1.2 Ambulantní a terénní péče

Pečovatelskou službu, denní a týdenní stacionáře a centra denních služeb nabízejí ambulantní formu péče pro seniory. Pečovatelské služby patří mezi nejvíce rozšířené terénní služby a jsou poskytovány v domácím prostředí. Pečovatelská služba je placená a patří sem ošetřovatelské činnosti, nákupy, starání se o domácnost, doprovod k lékaři atd. Sem spadají také střediska osobní hygieny, prádelny a nabízení možnosti rozvozu stravy až do domu. Domovinky neboli centra denních služeb jsou určena pro jedince s fyzickým nebo psychickým omezením, kteří potřebují denní dohled a péči. Napomáhá se nejen klientům, ale i jejich rodinným příslušníkům. Jedinci v seniorském věku zde tráví čas během dne, kdy nemohou péči obstarat přes den rodinní příslušníci. Klientům je nabízeno

mnoho činností a aktivit podle jejich zájmu a také strava. Domovinka může rodině seniora také nabídnout odlehčovací formu péče, kdy je jedinec přijat na přechodnou dobu do zařízení, když jede například rodina na dovolenou. Denní stacionáře navštěvují senioři se sníženou soběstačností, je jim zde poskytována všeobecná péče. Týdenní stacionáře fungují na podobném principu jako denní stacionáře, liší se v délce poskytování péče. Senioři jsou zde od pondělí ráno, nebo neděle večer do pátku do odpoledne, víkendy tráví se svou rodinou (Mlýnková, 2011, s. 66–67).

2.4.1.3 Sociální dávky ve stáří

„Pro stáří kromě starobního důchodu není určena žádná speciální dávka, nicméně se dají využít některé jiné dávky. Právě takovou je příspěvek na péči, jenž je určen osobám, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby ke zvládnutí základních životních potřeb. Rozsah je určen podle vymezeného stupně, který určuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Stupeň závislosti stanovují podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna bez cizí pomoci zvládnout (Benešová, 2004, s. 40).

2.4.2 Rodinná péče

Dnešní rodina je nazývána rodinou moderní, její vazby jsou velmi křehké, protože především je toto uskupení závislé na citových vazbách. Dříve se lidé brali z materiálních důvodů, v současné době je rodina zakládána na „lásce“ (Haškovcová, 2002, s. 42).

Současný model rodiny proběhl změnami právními, společenskými, sociálními, ekonomickými i kulturními. Vztahy mladší a starší generace se také přetransformovaly. Vazby mezi manžely prochází mnoha krizemi a často se potýkají rodiny s rozvodovým řízením. V pozdějších letech se bude možná muset jedinec vyrovnat se smrtí svého partnera anebo bojovat s „ponorkovým syndromem“, kdy manželé neví, jak vedle sebe dále existovat a mají na sebe jakousi averzi (Klevelandová, Dlabalová, 2008, s. 78–80).

Rodinná péče o seniory je na základě předešlých zkušeností považována za neoptimalnější. Rodinné prostředí je v životě člověka největší sociální jistotou ve stáří a stáří. Avšak i tato péče sebou nese mnohá negativa a fyzickou i psychickou zátěž na rodinu. Proto je nezbytné, aby rodinní příslušníci starající se o seniora v rodinném prostředí vyhledávali odbornou pomoc od různorodých institucí a organizací, i kdyby se měla týkat jen morální pomoci (Jarošová, 2006, s. 41–43).

Mlýnková (2011, s. 63) definovala překážky péče v rodinném prostředí:

- Vzdálenost rodin – starší děti seniorů mají vlastní zázemí a senioři mají také bydliště vedeno jinde, tím nastává problém, že mohou být od sebe hodně vzdáleni.
- Nevyhovující bydlení – pokud se nastěhuje senior ke svým dětem, může nastat problém s prostorem a ke ztrátě soukromí u obou stran.
- Zaměstnanost střední generace – rodina se nemůže o seniora aktivněji starat, neboť je přespříliš zaměstnaná a celodenní péči v rodinném zázemí si nemohou dovolit.
- Povinnost vůči vlastní rodině – střední generace je také velmi zaměstnávána starostmi o své děti a domácnost.
- Vyčerpání a únava rodinných příslušníků – nelze perfektně zvládat, aby jedinci ze střední generace zvládali současně starost o domácnost, své děti, zároveň aby se zapojovali aktivně do pracovního procesu a přitom si kvalitně zorganizovali péči o své staré rodiče a jejich domácnost, pokud nebydlí pod jednou střechou.

Stabilně funkční rodinné zázemí je pro seniory přínosem v životě, hlavně pokud je člověk nesoběstačný a potřebuje fyzickou, psychickou i materiální pomoc. Soužití starších lidí v rodině obohacuje náš život a posouvá mladší generaci k pozitivnějšímu postoji a dodává sociální rovnováhu (Vohralíková, Rabušic, 2004).

2.4.3 Zdravotní péče

„Zdravotnictví je definováno jako společenská soustava profesionálních odborných institucí, zařízení a orgánů a pracovníků a jim odpovídajících činnosti, sloužících speciálně k poskytování zdravotní péče s primárním cílem podporovat, zachovávat a obnovovat zdraví“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 100).

Zdravotní politika státu v České republice se řídí Listinou základních práv a svobod, každý má právo na život. Každý občan našeho státu má právo chránit se před chorobami, které jej ohrožují a má právo žádat o zdravotní péči, každý má také právo chránit si své zdraví. Zdravotní péče pro seniory je poskytována v různých zdravotnických zařízeních a dělí se na ambulantní a lůžkovou (Čeledová, Čevela, 2010, s. 101–102).

2.4.3.1 Zařízení poskytující ústavní péči

Mezi zařízení poskytující zdravotní ústavní péči řadíme, fakultní nemocnice, nemocnice akutní péče, nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické

léčebny, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, rehabilitační ústavy, ozdravovny, hospice a ostatní odborné léčebné ústavy (Čeledová, Čevela, 2010, s. 102–103).

2.4.3.2 Ambulantní a terénní služba

Zdravotní péče poskytující činnosti v domácím prostředí seniora je určena jedincům, kteří nemusí být přijati v nemocnici a u kterých dobře funguje rodinná péče. Ambulantní a terénní péči poskytují agentury domácí péče, kde jsou zaměstnány zdravotní sestry s příslušnou kvalifikací. Hlavním cílem je, aby se senior cítil v bezpečí a spokojený na svém domácím území. Tuto péči doporučuje praktický lékař seniora a hradí ji zdravotní pojišťovna (Mlýnková, 2011, s. 64–65).

2.4.4 Vzdělání seniorů

V Českých zemích se o vzdělávání lidí v seniorském věku zmiňoval ve svém díle „Vševýchova“ již Jan Ámos Komenský. Navrhnul, aby byla škola rozšířena o více stupňů a člověk by měl mít možnost vzdělávat se po celý život (Haškovcová, 2010, s. 125).

Průlom nastal po roce 1990, kdy vznikl v naší republice Svaz důchodců. Lidé v seniorském věku se zde scházeli a věnovali se nejen svým koníčkům, ale pořádaly se společné poznávací zájezdy a organizovaly se různorodé přednášky. Na vzdělávání seniorů se v té době taky podílela městská kulturní střediska. V současné době se na vzdělávání seniorů podílí mnoho institucí a organizací a mnoho seniorů těchto možností využívá. Např. Univerzity třetího věku (Haškovcová, 2010, s. 125).

Vědní disciplína, která se zabývá vzděláváním seniorů ve stáří a ke stáří se nazývá gerontopedagogika. Vznikla v padesátých letech 20. století, je to také věda zaměřena na péči, pomoc a podporu seniorů. Vzdělávání v seniorském věku můžeme rozčlenit na čtyři základní okruhy:

- Preventivní – jedinec je v průběhu života připravován na proces stárnutí a stáří, preventivní opatření může pozitivně ovlivnit tuto etapu života bez chronických onemocnění a depresivních stavů.
- Rehabilitační – celoživotní pozornost je zaměřena na udržování a posilování nejen fyzických schopností, ale i duševních.
- Posilovací – podpora probudit u jedince zájem o volnočasové aktivity, nové věci, naučit ho znát své potřeby a umět je naplňovat. Umět přijmout svá omezení a nebát se požádat o pomoc druhé.

- Anticipační – najít nový životní styl, být připraven na budoucí změny v životě (Mühlpachr, 2008, s. 52).

2.4.4.1 Realizace vzdělávání seniorů v ČR

V České republice mají senioři na výběr z mnoha programů, přednášek, vzdělávacích institucí, kde si mohou doplnit, prohloubit a nabýt nové zkušenosti, schopnosti a dovednosti. Patří sem akademie třetího věku, univerzity třetího věku, univerzity volného času, různé kluby seniorů, e-learningové vzdělávání a i různé zájezdy pořádané pro seniory, ale zde se setkáváme často se zneužíváním naivity jedinců v pokročilém věku.

V roce 1983 vznikla Akademie třetího věku v Přerově. Jejich existence se rozšířila od 80. let, vycházelo se z potřeb gerontologických pracovišť. Studenti A3V nemusejí skládat žádné závěrné zkoušky, studium je ukončeno potvrzením o ukončení kurzu. Další A3V nalezneme v každém větším městě. Hlavním cílem a smyslem je motivace seniorů, aby aktivně využívali praktické a teoretické znalosti získané v kurzu (Benešová, 2014, s. 111).

Univerzita třetího věku byla založena v roce 1986 doktorem Pacovským na Karlově univerzitě. V současnosti U3V je u většiny vysokých škol. Odhaduje se, že tyto univerzity navštěvuje přes 4000 seniorských studentů. Nabízené vzdělávací programy na těchto univerzitách podporují osvětu a učení v seniorském věku za pomoci technologických vymožeností (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 53).

Další je Univerzita volného času, neboli nultý ročník, první vznikl v roce 1993 v Praze. Převážně je UVČ pod záštitou konkrétních organizací jako jsou knihovny, kulturní domy, domovy pro seniory aj. Tyto univerzity jsou mezigenerační a jsou hodně sociálně orientované. Můžeme se zde potkat jak se seniory, tak s matkami na mateřské dovolené nebo s lidmi bez zaměstnání. Neplatí se kurzovné a je jen symbolické zápisné (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 53).

3 KVALITA ŽIVOTA

V odborných publikacích existuje celá řada definic, co znamená kvalita života. Avšak neexistuje ani jedna, která by jasně specifikovala tento pojem a byla všeobecně akceptovatelná. Existuje celá řada pojmů, které jsou používány jako ekvivalenty anebo analogové termíny. Například „sociální pohoda“ (social well-being), „lidský rozvoj“ (human development) a „sociální blahobyt“ (social welfare). Na kvalitu života působí velké množství faktorů a kvalita života je chápána jako důsledek interakce s těmito faktory. Řadíme sem faktory zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální, které na sebe vzájemně působí a pak mají vliv na lidský rozvoj, nejen jako na jednotlivce, ale také na celou společnost (Payne a kolektiv, 2005, s. 207).

„Kvalita života je málo propracovaný pojem, označuje kvalitní parametry lidského života, způsobu života, životního stylu a životních podmínek společnosti. Kvalita života je posuzována především podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení a rekreace, mezilidských vztahů, volného času, sociálních i technologických charakteristik práce, možností podílet se na řízení společnosti, podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod“ (Maříková, 1996, s. 557).

Ke kvalitě života lze přistupovat z objektivního a subjektivního pohledu. Pokud vztahujeme kvalitu života k jednomu jedinci a jeho subjektivního vnímání, týká se kvalita všeobecné spokojenosti člověka a jeho emocionality v životě. Objektivní vnímání je spojeno se sociálními a materiálními podmínkami v životě, s fyzickým zdravím a sociálním statutem (Payne a kolektiv, 2005, s. 207).

Světová zdravotnická organizace (WHO) kvalifikuje kvalitu života jako stav naprosté fyzické, psychické a sociální pohody. Lze říci, že se jedná o velmi široký koncept, který je multifaktoriálně ovlivněn fyzickým zdravím jedince, také jeho psychickým stavem, sociálními vazbami i osobním přístupem a vztahem k hlavním oblastem životního prostředí (Payne, 2005, s. 208).

3.1 Historie

Historie poukazuje, že snaha posuzovat kvalitu života sahá až do dob řeckého a římského období. Kvalita života je poprvé v historii lidstva jmenována jednoznačněji A. C. Pigou (1877-1959), který ve 20. letech 20. století použil tento termín v rámci své práce, která se soustředovala na sociální zabezpečení a ekonomii. Americký prezident Johnson použil tento termín pro svou domácí politiku a zahrnul kvalitu života do svých cílů. Na evropském kontinentu se o kvalitu zajímala nevládní organizace Římský klub, která kritizovala negativní kapitalistické tendence tehdejší společnosti. Jako cíl byl stanoven zvýšení úrovně a kvality života lidí. V 70. letech vznikaly první publikace a články o kvalitě života (quality of life – QOL). Vnikl také časopis s názvem „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research). V současné době přibývá mnoho evropských zemí, které se zaměřují na průzkumy kvality života, které uskutečňují různé státní i nestátní organizace a instituce, kvůli porovnání života v Evropské unii i mimo ni (Gillernová a kolektiv, 2011, s. 21-24).

V západní teorii se užívá pojem kvalita života v souvislosti s určitými důsledky celkového vývoje, orientovaného na racionalismus vědy a techniky. K. Galbraith je znovu uvedl do společenských věd a ekonomie. Forrester vymezil 4 faktory ovlivňující kvalitu života. Po roce 1961 je OSN rozšířila na 12 a definovala je jako podmínky života. Nakonec v roce 1974 Evropská komise OSN ohraničila 8 skupin sociálních indikátorů:

- Zdraví.
- Kvalita pracovního prostředí.
- Nákup zboží a služeb.
- Možnosti trávení volného času.
- Pocit sociální jistoty.
- Možnosti rozvoje osobnosti.
- Fyzikální kvalita životního prostředí.
- Možnost účasti na společenském životě (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Kvalita života je v současnosti velmi skloňovaným pojmem, jedná se o celkem nový termín v současných vyspělých společnostech. Kvalitu můžeme chápat jako jakýsi opak kvantity. Kvalita nelze přímočaře ohraničit, v publikacích je vymezena celkem jednoduše. Kvalita života je soubor vlastností, respektive hodnot předmětů a jevů, které se odlišují od jiných, převážně běžných. Kvalita pochází z latinského slova „qui, quae, quod,“ které

znamená jakost. Jedná se o vnímání života jedince a porovnávání života s jinými a to z úhlu pohledu historického nebo přítomného času (Kovač, 2013, s. 28).

3.2 Psychologické a sociologické pojetí kvality života

3.2.1 Sociologické aspekty

„Z pohledu sociologie se jedná o velice komplexní oblast, ve které je třeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které se s QOL (Quality of Life) přímo souvisejí, ale nemohou být ztotožňovány“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30).

Do sociálních aspektů je zahrnuta životní úroveň, životní styl, způsob života, hodnoty a potřeby.

Životní úroveň – se vymezuje za pomoci materiálních a ekonomických podmínek. Jaká je míra uspokojení potřeb, které jsou vedeny v subjektivním slova smyslu, protože míra kvality nezávisí jen na materiální stránce (Tokárová, 2002, s. 13).

Životním styl – na životní styl má vliv také materiálně technická úroveň společnosti. Je to souhrn obyčejů, zvyků a norem. Životním stylem se také vyjadřují hodnoty a zájmy, nejen společnosti, ale také skupin a zejména jedince. Lze jej zkoumat z různých pohledů jedince na jeho každodenní život (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 31).

Životní styl je ustálený souhrn aktivně zastávaných životních priorit jedince, jeho hodnotový žebříček, jaké si volí každodenní zvyklosti a také to může vypovídat o jeho způsobu chování a seberealizace (Čevela, Čeledová, Kalvach a kolektiv, 2004, s. 35).

Způsob života – lze definovat jako strukturovaný soubor relativně stabilních způsobů uskutečňovaných každodenních aktivit a činnosti jedince. Obecně můžeme říci, že každý člověk vykonává nějakou činnost. Každý jedinec má určitý hodnotový žebříček a morálku a existuje v rámci nějakých sociálních skupin a sociálních sítí atd. Způsob života záleží nejen na subjektivním činiteli, ale také na vnějším faktoru a životních podmínkách (Duffková, Urban, Dubský, 2008, s. 113).

Potřeby – lidské chování je zdrojem potřeb a důležitým ukazatelem jeho pochopení. Lidé, kteří se ocitají v ohrožení, dávají přednost potřebám, které jsou dosažitelné financemi a naopak jedinci, kteří jsou zabezpečeni, uspokojují potřeby spojené s kvalitou života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 33).

Hodnoty – pod pojmem hodnoty rozumíme, co má pro jedince a jeho chování a existenci zásadní význam. Hodnoty se vytvářejí ze zájmů a potřeb člověka. Rozlišujeme hodnotu mít a být, hodnota v kontextu s „mít,“ je, že jedinec má touhu vlastní anebo dosahovat určitého zisku z něčeho. „Být“ naopak jedince popuzuje k touze po poznání, solidaritě a empatickému chování (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 33).

3.2.2 Psychologické aspekty

Sociologie i sociální psychologie s pojmem kvalita života systematicky pracují a vytvořili širokou škálu metod na měření toho, co určujeme jako kvalitu života, neboli well-being (Možný, 2002, s. 14).

Well-being je obecný termín o dobrých životních podmínkách. Je to subjektivně vnímaný pocit týkající se života jedince, jeho zaměstnání, jeho rodiny, zdraví atd. Provedené výzkumy nastiňují, že člověk, který je spokojený ve svém životě v dospělém věku, bude nadále pokračovat ve spokojenosti i do etapy stárnutí. Avšak pokud jedinec vnímá svou životní cestu negativně, nebude vnímat období stárnutí a stáří pozitivním způsobem (Šilec, 2004, s. 22).

Hrozenská (2008, s. 51) uvádí, že z psychologického hlediska je kvalita života z pohledu jedince na jeho pocit pohody a spokojenosti v životě. Toto pojetí vychází z hlubšího zkoumání životního stylu člověka, jeho způsobu života, zdravotní a rodinné situace, ale také z hodnotového systému a postojů člověka.

3.3 Měření kvality života

Měření kvality života nelze měřit přímočaře a jednoduše. Měření kvality života rozdělujeme do dvou zásadních skupin a to na obecné nástroje měření a na specifické nástroje měření.

- Obecné nástroje měření QOL – obsahují měření schopnosti v jednotlivých oblastech a charakter zdravotního stavu, jsou zpracovávány z dotazníků, ze kterých se zjišťují nejvlivnější hlediska QOL člověka. Mají multidimenzionální charakter, zahrnují různé oblasti a mohou být použity na jedince s různorodým zdravotním stavem anebo druhem nemoci. Jejich využití je u průzkumů obecného zdravotního stavu, u programů zdravotní péče a při porovnávání jednotlivých nemocí. Nedostatek je vnímán, že je špatná citlivost v některých oblastech měření a hodnocení určitých změn.

- Specifické nástroje měření QOL – zaměřuje se na hledisko dané věci, která je pro danou oblast měření hlavní. Jedná se o specifikaci pro určitou populaci, nemoc, podmínky nebo schopnost. Velkým plusem u tohoto měření je jasnější profil a lépe a citlivěji zhodnotit danou věc (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 52).

Autor Křivohlavý (2002, s. 165) specifikuje tři základní skupiny metod měření QOL:

- Objektivní metody měření kvality.
- Subjektivní metody měření kvality.
- Smíšené metody.

3.4 Shrnutí teoretické části

Cílem teoretické části bakalářské práce je vytvoření souboru východisek použitelných pro koncipování výzkumu, který je prezentován v praktické části a který charakterizuje kvalitu života seniorů ve městě a na vesnici. Neméně důležitým cílem rešerše je přispět k odborné diskusi a dalšímu využití získaných poznatků v praxi.

Jedním z hlavních cílů zpracování práce je ukázat a porovnat rozdíly životní úrovně dvou skupin seniorů. K jeho naplnění pak vede ta část rešerše, v níž jsou popsány hlavní aspekty kvality života a jejího měření podle rozdělení obecných nástrojů a specifických metod, které uvádí Vaďurová a Mühlpachr (viz kapitola 3.3) a dále také dle tří základních skupin metod popsaných Křivohlavým (viz kapitola 3.3).

V rešerši je také uvedena klasifikace kvality života Světovou zdravotnickou organizací, která má zásluhu na ustálení pojmu aktivní stárnutí. Definuje jej jako proces vedoucí k zajištění optimálních příležitostí pro zdraví, zajištění bezpečí a nejlepší kvalitu života starších lidí (viz kapitola 3).

Světová zdravotnická organizace poukazuje rovněž na to, že se stárnoucí lidé neobejdou nejen bez materiálního zabezpečení a zajištění adekvátní zdravotní péče, ale také nemohou postrádat ani zajištění dalších všeobecných osobnostních práv, zejména v oblasti osobní bezpečnosti. Jako důležitý faktor významně ovlivňující kvalitu života seniorů, uvádí WHO rovněž jejich začlenění do společenského dění (viz kapitola 3).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění základních údajů o životní úrovni a životním stylu seniorů v okrese Uherské Hradiště. Respondenti byli záměrně rozděleni do dvou skupin – senioři žijící ve městě a senioři žijící na vesnici. Výzkumné šetření poskytlo aktuální empirická data, která se úzce dotýkají problémů života seniorů.

4.1 Představení a pojetí výzkumu

Tato část bakalářské práce si bere za cíl zmapovat a porovnat život seniorů ve městě a na vesnici. Výzkum má za úkol zjistit rozdíly v jednotlivých aspektech života seniorů a zjistit, do jaké míry má na tyto rozdíly vliv prostředí, ve kterém cílová skupina výzkumu žije. Sběr empirických dat se v této souvislosti zaměřil především na mapování situace v souvislosti s dostupností a využíváním jednotlivých služeb seniory, především v sociálních a zdravotnických službách. Dále se výzkum zaměřoval na oblast bydlení a ekonomickou situaci seniorů, na otázku trávení volného času a v neposlední řadě také na vztahy seniorů v rodině a s vrstevníky. Posledním důležitým bodem výzkumu bylo zjišťování názorů seniorů na současnou politickou situaci a jejich vlastní zkušenosti s mladou generací.

4.2 Výzkumné hypotézy

Prostředí, ve kterém žijeme, do jisté míry předurčuje to, jak svůj život prožíváme, jak jej vnímáme, jak jsme s ním spokojeni. Nemusíme si to ani uvědomovat, ale dostupnost jednotlivých služeb, náklady spojené s našim životním stylem, možnosti využití volného času nebo třeba větší anonymita v populačně větším městském prostředí má vliv na to, jak velkou míru spokojenosti s kvalitou našeho života vnímáme. Výzkum se proto zaměřuje na potvrzení hypotéz, podle kterých se kvalita života současných seniorů na vesnici odlišuje od kvality života současných seniorů v městském prostředí v regionu Uherské Hradiště. Výzkumný problém vychází z těchto následujících předpokládaných hypotéz:

1. **H₀** Spokojenost seniorů se svým životem na vesnici je stejná jako u seniorů ve městě.

H_A Spokojenost seniorů se svým životem na vesnici je vyšší než u seniorů ve městě.

2. H_0 Vlastní ekonomická situace seniorů žijících ve městě je stejná jako ekonomická situace seniorů žijících na vesnici.
 H_A Vlastní ekonomická situace seniorů žijících ve městě je lepší než ekonomická situace seniorů žijících na vesnici.
3. H_0 O své zdraví pečují senioři žijící ve městě stejně jako senioři žijící na vesnici.
 H_A O své zdraví pečují více senioři žijící ve městě než senioři žijící na vesnici.
4. H_0 Senioři ve městě tráví svůj volný čas stejným způsobem jako senioři na vesnici.
 H_A Senioři ve městě tráví svůj volný čas aktivněji než senioři na vesnici.
5. H_0 Senioři žijící ve městě udržují vztahy se svou rodinou a s vrstevníky stejně jako senioři žijící na vesnici.
 H_A Senioři žijící ve městě udržují více vztahy se svou rodinou a s vrstevníky než senioři žijící na vesnici.

4.3 Výzkumný vzorek

Celkový počet dotazovaných respondentů byl 148 osob, přičemž byli respondenti dle prostředí rozděleni na dva soubory. Prvním souborem byli respondenti žijící na vesnici a druhý soubor respondenti žijící ve městě. Sběr dat probíhal v regionu Uherského Hradiště a dále v přilehlých oblastech, které spadaly do správního obvodu města Uherské Hradiště. Z této oblasti byla do souboru město sbíraná empirická data z Uherského Hradiště, Uherského Brodu, Starého Města u Uherského Hradiště, Kunovic, Uherského Ostrohu a z Hluku, kde počet obyvatel dosahoval hranice, která je znázorněna v tabulce (Tab. 2).

Tab. 2. Počet obyvatel jednotlivých měst a obcí.

Město	Počet obyvatel	Vesnice	Počet obyvatel	Vesnice	Počet obyvatel
Uherské Hradiště	25 865	Boršice	2 253	Osvětimany	856
Uherský Brod	17 308	Bílovice	1 715	Ořechov	715
Staré Město	6 809	Březolupy	1 635	Košíky	412
Kunovice	5 467	Topolná	1 609	Zlámanec	302
Uherský Ostroh	4 471	Kněžpole	1 096	Svárov	250
Hluk	4 363	Kudlovice	950		

Zdroj: Portál veřejné správy ČR. *Místopisný průvodce po České republice* [online]. 2009 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://www.mistopisy.cz/search.html?hledej_m=1

Poměr pohlaví respondentů byl 51 mužů (34 %) a 97 žen (66 %). Věkové rozložení respondentů se pohybovalo od 60 let do 99 let. Dotazníky byly rozdány prostřednictvím přímého předání při oslovení seniorů a to na základě demografických údajů v daném regionu.

4.4 Užitá metoda výzkumu

Výzkum probíhal za použití kvantitativní metody polostrukturovaného dotazníku, jenž je také přílohou této bakalářské práce. Dotazník se skládal z 30 uzavřených, polootevřených a otevřených otázek a v souvislosti s výzkumným problémem se dotýkal následujících oblastí:

- Zhodnocení své ekonomické situace a spokojenosti se životem (zacíleno především na otázku spokojenosti bydlení a obavy o něj).
- Zhodnocení otázek zdraví jako vlastní zdravotní stav, využívání zdravotnických a sociálních služeb.
- Vlastní hodnocení způsobu trávení svého volného času (koníčky a zájmy).
- Zhodnocení vztahů s rodinou a se svými vrstevníky.
- Názory současných seniorů na politickou situaci v zemi a na chování mladší generace a okolí k současným seniorům.

Celkem bylo distribuováno 148 dotazníků, zpět bylo získáno 148 platných, návratnost dotazníků byla tedy 100%. Návratnost dotazníků je vysoká z toho důvodu, že dotazníky byly respondentům distribuovány osobně a společně s nimi byly také vyplněny. Tento způsob umožňoval vyloučení nepochopení některé z otázek respondenty, a tím došlo také ke snížení pravděpodobnosti zkreslení dat. Sběr dat probíhal v období od měsíce listopad 2014 do měsíce leden 2015.

Dotazník má především vypovídající hodnotu o vnímání a posouzení aktuální životní úrovně seniorů a přináší některé zajímavé podněty pro další možné náměty či návrhy při práci se seniory jako s cílovou skupinou v sociálních službách.

4.5 Způsob zpracování analýzy dat

Veškeré vyplněné dotazníky byly rozděleny do dvou výzkumných souborů a to dle velikosti sídla a z něj vycházejících charakteristik pro dané prostředí. Soubor vesnice do

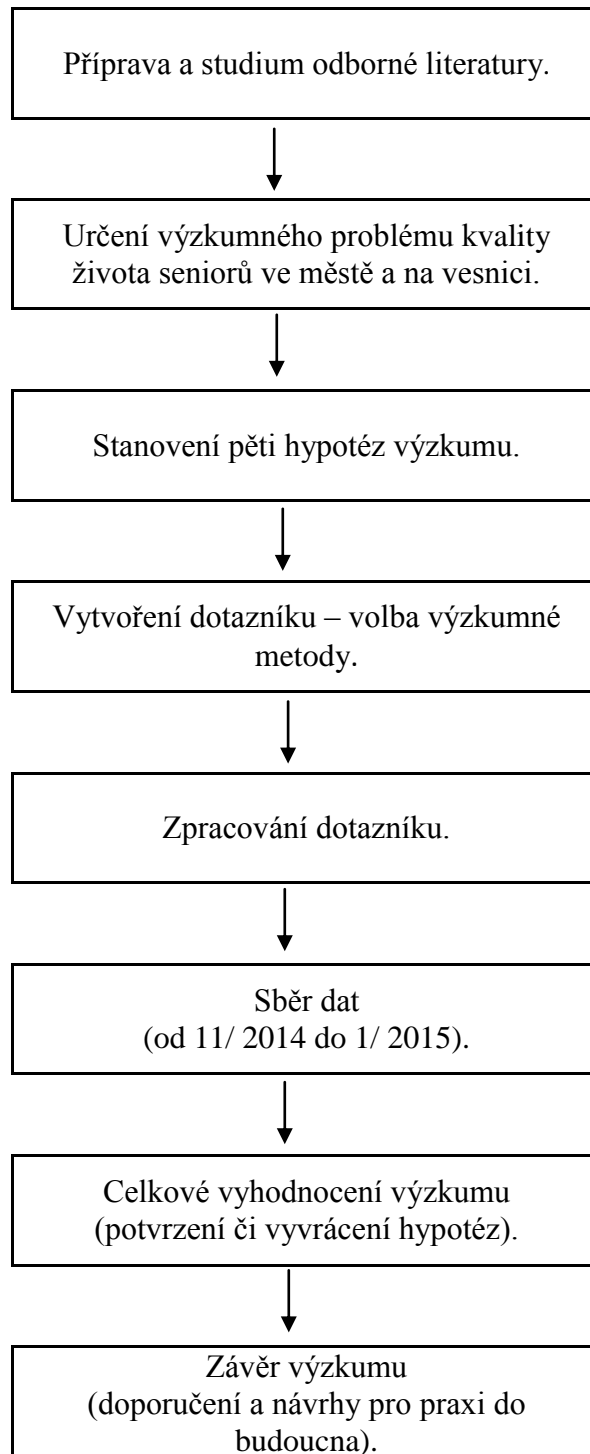
čtyř tisíc obyvatel, který zahrnoval menší či větší vesnice. Druhým byl soubor město nad čtyři tisíce obyvatel.

Data byla dle strukturovanosti otázek sumarizována a analyzována využitím metod aritmetického průměru, procentuálním vyjádřením. U pootevřených či otevřených otázek bylo užito tabulek četností, kde veličina P je pozorovaná četnost a veličina O očekávaná četnost (Chráska, 2007, s. 72). Dle povahy otázky bylo přistoupeno také ke grafickému znázornění formou tabulek a obrázků. Pokud není pod tabulkou či obrázkem uveden zdroj, jde o vlastní práci autora této bakalářské práce.

V závěrečné části bakalářské práce byly použity pro zpracování výsledků dotazníkového šetření dvě metody:

- Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.
- Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku (Chráska, 2007, s. 82).

4.6 Průběh a plán výzkumu



5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Výsledky dotazníkového šetření

V úvodu výzkumné části bylo zmíněno, že bylo vyhodnoceno celkem 148 dotazníků. Dotazník obsahoval celkem 30 otázek. Pomocí těchto otázek bylo zjišťováno srovnání životní úrovně seniorů ve městě a na vesnici.

Pro lepší celkovou orientaci ve výsledcích, zjištěných z dotazníkového šetření, byli respondenti zařazeni do dvou skupin a to do těchto následujících:

- SKUPINA A MĚSTO – senioři žijící v městech, čítajících nad čtyři tisíce obyvatel.
- SKUPINA B VESNICE – senioři žijící na vesnicích či v malých městech do čtyř tisíc obyvatel.

Otázky v první části dotazníku jsou identifikační. Otázky 1, 2, 3, 4 a 5 zjišťují současnou životní úroveň respondentů, která se týká zajištění bydlení. Ke zjištění a určení spokojenosti ekonomické situace respondentů byly použity otázky 6, 7, 8, 9 a 10. Vnímání zdravotního stavu podtrhují otázky 11, 12, 13, a otázka 14 vypovídá o využívání sociálních služeb.

Záliby, koníčky a kulturní aktivity vyjadřují otázky 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, rodinné vazby a sociální začlenění respondentů otázky 20, 21, 25. Na vnímání ageismu odpovídá otázka 26 a 27. Jako doplňující otázky byly použity otázky s číslem 28, 29, 30. U otázky 29 bylo umožněno respondentům otevřeně uvést vnímání největších problémů v oblastech života. Respondenti byli vyzváni k širšímu vyjádření několika větami k danému tématu.

5.1.1 Osobní a demografické údaje o respondentech

Úvodní část dotazníku žádala respondenty o vyplnění základních osobních údajů, jakými byly věk, pohlaví, uvedení zda žijí na vesnici či ve městě, jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání, co bylo jejich dřívějším zaměstnáním, dosažené vzdělání a konečně také jejich rodinný stav.

Odpovědělo 69 respondentů, že žije ve městě a 79 respondentů žije na vesnici.

Průměrný věk respondentů byl ve skupině A (město) 73 let a ve skupině B (vesnice) 71 let. Průměrný věk respondentů v obou skupinách byl vypočten na 72 let.

Tab. 3. Věk respondentů.

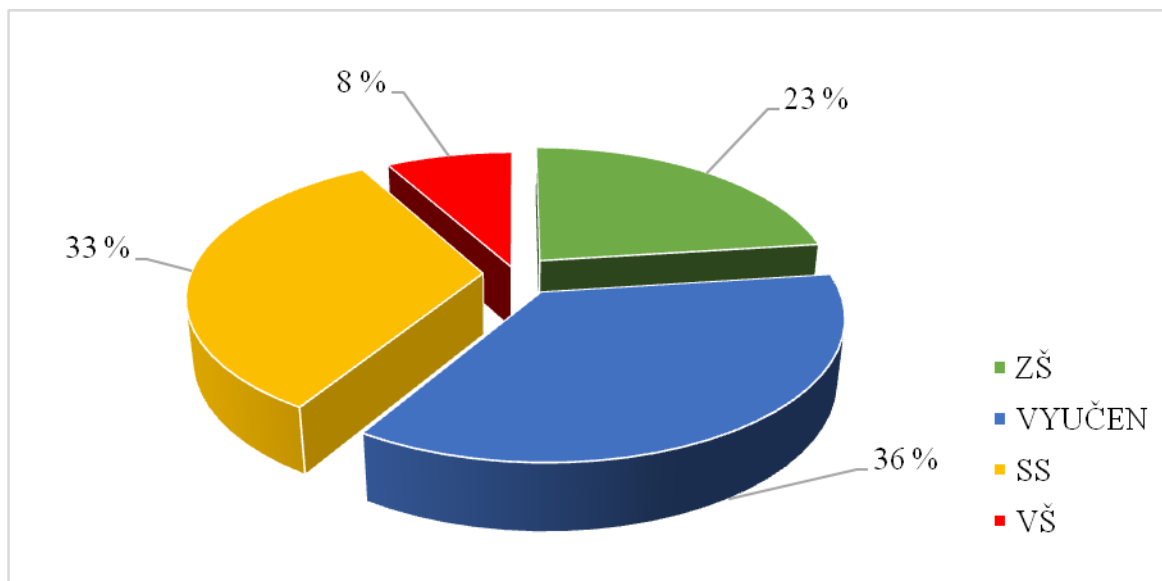
Věk	Skupina A město (počet respondentů)	Skupina B vesnice (počet respondentů)
60-69 let	33	39
70-79 let	15	25
80-89 let	17	15
90 let a více	4	0

Co se týče dřívějšího zaměstnání, ve velké míře převažovaly dělnické, řemeslnické a zemědělské profese, které uvádělo 87 respondentů. Odborné specializované profese uvedlo celkem 27 dotazovaných, administrativní zaměstnávání vykonávalo 17 respondentů. Jako provozní zaměstnanců pracovalo 13 respondentů, pouze 4 dotazovaní uvedli svou dřívější živnost jako podnikatelskou. Tabulka uvedená níže (Tab. 4) zachycuje tuto skutečnost:

Tab. 4. Dřívější zaměstnání respondentů.

Dřívější zaměstnání	Skupina A město (počet respondentů)	Skupina B vesnice (počet respondentů)
Dělníci, řemeslníci, zemědělci	51	36
Provozní zaměstnanci	7	6
Administrativní zaměstnanci	7	10
Odborní zaměstnanci	12	15
Podnikatelé	2	2

V dosaženém vzdělání respondentů převažovaly učňovské obory (53 respondentů) a střední školy (49 respondentů). 34 respondentů uvedlo základní vzdělání a 12 respondentů vysokoškolské vzdělání. Převažující vyučení v řemeslnické či dělnické profesi přímo korespondují také s uvedeným dřívějším zaměstnáním.



Obr. 1. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Jako poslední osobní údaj respondenti uváděli svůj rodinný stav. Tabulka níže (Tab. 5) zachycuje nejčastěji uváděné odpovědi u obou skupin.

Tab. 5. Rodinný stav respondentů.

Rodinný stav	Skupina A město (počet respondentů)	Skupina B vesnice (počet respondentů)
Svobodná/ý	0	6
Vdaná/ženatý	28	41
Rozvedená/ý	14	6
Vdova/vdovec	27	26

Jak je z tabulky vidět, 47 % z celkového počtu respondentů je provdaných či ženatých. Vzhledem k oslovené cílové skupině respondentů, není překvapujícím faktem, že senioři bývají vdovami či vdovci (35 % respondentů). 14 % respondentů je v době vyplňování dotazníku rozvedených a pouze 4 % respondentů uvedlo k rodinnému stavu, že jsou svobodní.

5.1.2 Spokojenost respondentů se svou životní situací

Celá jedna třetina dotazníku se věnuje spokojenosti seniorů se svou současnou životní situací. Kromě subjektivního vnímání své situace se dotazník zaměřoval také na faktory, které toto vnímání ovlivňují a to je vlastní otázka bydlení, měsíční příjmy seniorů

a spokojenost s nimi, zda respondenti v současné době zlepšují svou ekonomickou situaci prací a také, jak vycházejí se svými měsíčními příjmy s přihlédnutím na pravidelné měsíční výdaje.

Z výše uvedeného na základě provedeného výzkumu vyplývá následující. Celkově je 59 % respondentů spíše spokojeno se svou současnou životní situací, velmi spokojeno je pouze 12 %. Spíše nespokojeno je více jak pětina dotazovaných (22 %) a zcela nespokojeno 7 %. Při pohledu na rozdělení dotazovaných na skupinu město a vesnice, můžeme vidět tyto rozdíly (Tab. 6):

Tab. 6. Spokojenost seniorů se svou současnou životní situací.

Míra spokojenosti	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi spokojen/á	14	20	4	5
Spíše spokojen/á	37	54	50	63
Spíše nespokojen/á	13	19	19	24
Zcela nespokojen/á	5	7	6	8
Σ	69	100	79	100

Největší rozdíly můžeme pozorovat u první odpovědi. Ve městě respondenti uváděli velkou spokojenost se svou životní situací a to více než senioři žijící na vesnici. Převážně spokojených bylo 50 respondentů z vesnické oblasti (skupina B) a 37 respondentů ze skupiny A (město). Rovněž bylo spíše nespokojeno či zcela nespokojeno se svou životní situací více seniorů na vesnici (skupina B) než senioři ve městě - jistou míru nespokojenosti pociťuje v současnosti 25 seniorů na vesnici, kdežto ve městě to bylo 18 seniorů.

5.1.2.1 Spokojenost respondentů s bydlením

Podle povahy bydlení můžeme usuzovat také na celkovou spokojenost s bydlením, která má vliv na prožívání a na kvalitu současné životní situace seniorů. Zatímco dle charakteru prostředí u Skupiny B vesnice převažovalo vlastnictví domu (75 %), ve městě (skupina A) bylo nejvyšší procento v rámci vlastnictví naměřeno u bytů (40 %). Skupina A měla také druhé nejvyšší procento u odpovědi, ze které vyplývá, že respondenti žijí v domově pro seniory (32 %). Ze skupiny B na vesnici využívá možnost žít v domově pro seniory

pouze 3 % respondentů. Je však třeba také počítat s možností, že institucionalizovaná forma péče o seniory je spíše dostupná ve městech, než ve vesnických obydlených částech a také, že na vesnici převládá více tradiční pojetí rodiny, kdy staří lidé zůstávají bydlet ve svém přirozeném domácím prostředí s dětmi anebo alespoň s přispěním jejich pomoci a podpory.

Tab. 7. Forma bydlení u seniorů.

Forma bydlení	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vlastní dům	9	13	60	75
Vlastní byt	27	40	10	14
Družstevní byt	8	12	2	3
Pronájem	2	3	4	5
Domov pro seniory	22	32	2	3
Σ	69	100	79	100

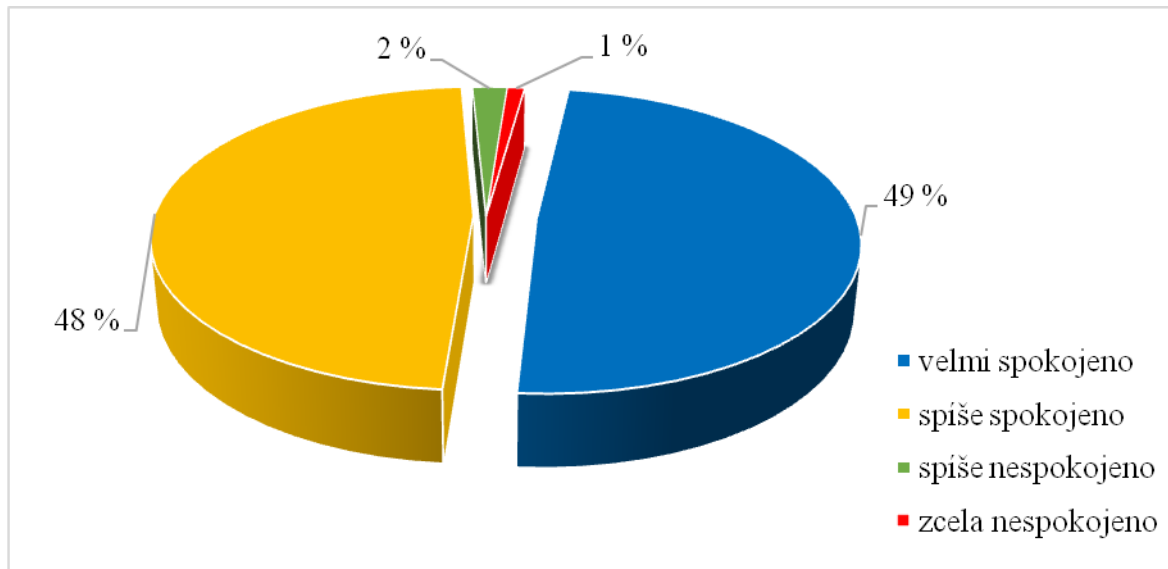
Dále bylo zjišťováno, zda senioři bydlí sami, s rodinou či jinými osobami. Následující tabulka doplňuje údaje o bydlení v komunitě, ve které senioři žijí.

Tab. 8. S kým respondenti nejčastěji bydlí.

Respondent bydlí	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sám/sama	16	22	20	20
S partnerem/partnerkou	30	43	31	39
S partnerem a dětmi	8	12	14	18
Sám/sama s dětmi	8	12	8	10
S jinými osobami	7	11	6	8
Σ	69	100	79	100

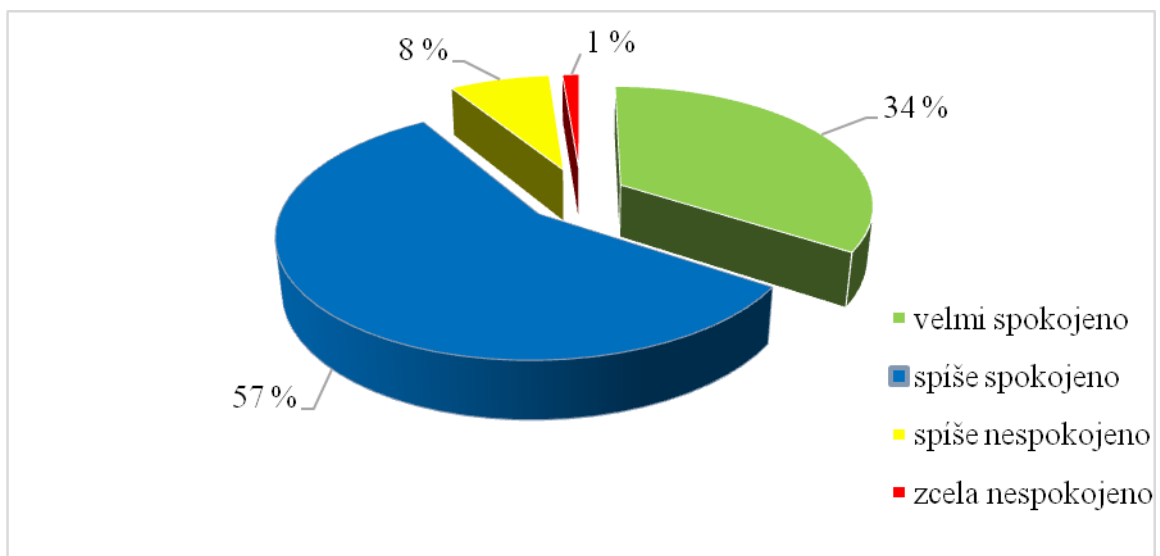
Téměř polovina (49 %) respondentů ze skupiny A je spokojeno se svým bydlením, v téměř stejné míře pocítují senioři ve skupině A spíše spokojenost s bydlením (48 %). Ve skupině A nebyl žádný respondent, který by byl zcela nespokojen se svým bydlením, spíše

nespokojen byl jen 1 senior (1 %). Dá se tedy usuzovat na to, že senioři ze skupiny A byli převážně se svým bydlením spokojeni.



Obr. 2. Spokojenost s bydlením u skupiny A (město).

Poměrně větší rozdíly se spokojeností v bydlení panovaly u skupiny B na vesnici. Zde bylo velmi spokojeno jen 34 %, avšak spíše spokojeno, tedy že ve svém bydlení shledávali určité nedostatky, bylo 57 % respondentů. Spíše nespokojeno bylo 8 % respondentů a zcela nespokojeno 1 % respondentů. Dalo by se tedy říci, že na vesnici je spokojenost s bydlením nižší než ve městě.



Obr. 3. Spokojenost s bydlením u skupiny B (vesnice).

Jako poslední v bytové otázce měřil dotazník míru obav respondentů o své bydlení.

Tab. 9. Obavy o své bydlení.

Míra obav o své bydlení	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemám žádné	59	86	38	48
Částečně se obává	5	7	20	25
Má obavy	2	3	16	20
Neuvádí	3	4	5	7
Σ	69	100	79	100

Při měření bylo zjištěno, že senioři ve městě mají daleko méně obav o své bydlení než senioři z vesnického prostředí. To může být způsobeno také dostupností služeb ve městě, které řeší případné potíže spjaté s bydlením a dále také forma bydlení, kterou senioři ve městě více využívají, již zmíněný domov pro seniory.

5.1.2.2 Spokojenost seniorů se svou ekonomickou situací

Nejčastěji se průměrný měsíční příjem pohyboval u skupiny A (64 %) v rozpětí nad 10 000 Kč až do 20 000 Kč. U skupiny B se tento příjem objevoval u 47 % respondentů. Průměrný měsíční příjem do 10 000 Kč byl vyšší u skupiny B (53 %), než tomu bylo u skupiny A (30 %). Pouze 6 % respondentů ze skupiny A má měsíční příjem nad 20 000 Kč až do 30 000 Kč. Celkově jsou měsíční příjmy u skupiny A vyšší než u skupiny B.

Spíše spokojeni se svým příjmem jsou senioři ze skupiny A (57 %), ve skupině B je to 41 %. Ve skupině B také převažuje spíše nespokojenost se svým měsíčním příjmem (35 %), u skupiny A byla tato odpověď naměřena v 26 %.

Tab. 10. Spokojenost se svým měsíčním příjmem.

Míra spokojenosti s měsíčním příjmem	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi spokojen/á	5	7	7	9
Spíše spokojen/á	39	57	32	41
Spíše nespokojen/á	18	26	28	35
Zcela nespokojen/á	7	10	12	15
Σ	69	100	79	100

V současné době nepracuje u skupiny A 59 % respondentů a u skupiny B 60 %. Naopak jisté rozdíly můžeme naměřit u odpovědi, zda respondent pracuje a to 18 % ze skupiny B a 10 % ze skupiny A. Seniorů zaměstnaných na určitý úvazek je tedy více na vesnici, než je tomu ve městě.

77 % respondentů ze skupiny A pokryje svými příjmy výši měsíčních nákladů. U respondentů ze skupiny B na vesnici je to 70 %. 22 % seniorů ze skupiny A své měsíční náklady ve městě svými příjmy nepokryje, ze skupiny B tuto možnost uvedlo 30 % dotázaných. S tím korespondovalo vyhodnocení otázky, zda se respondentům podaří něco ze svým měsíčních příjmů ušetřit a to po vydání na pravidelné měsíční náklady. U skupiny B byla záporná odpověď zvolena v 71 %, u skupiny A v 57 %. Rozdíl mezi těmito odpověďmi činí 14 % a dá se z ní usuzovat, že celkově je lepší ekonomická situace především u seniorů, žijících ve městech. Ti také (skupina A) uváděli v míře 43 %, že ze svého příjmu mohou ušetřit určitou částku. U seniorů na vesnici je to pouhých 29 %, tedy méně než třetina dotázaných.

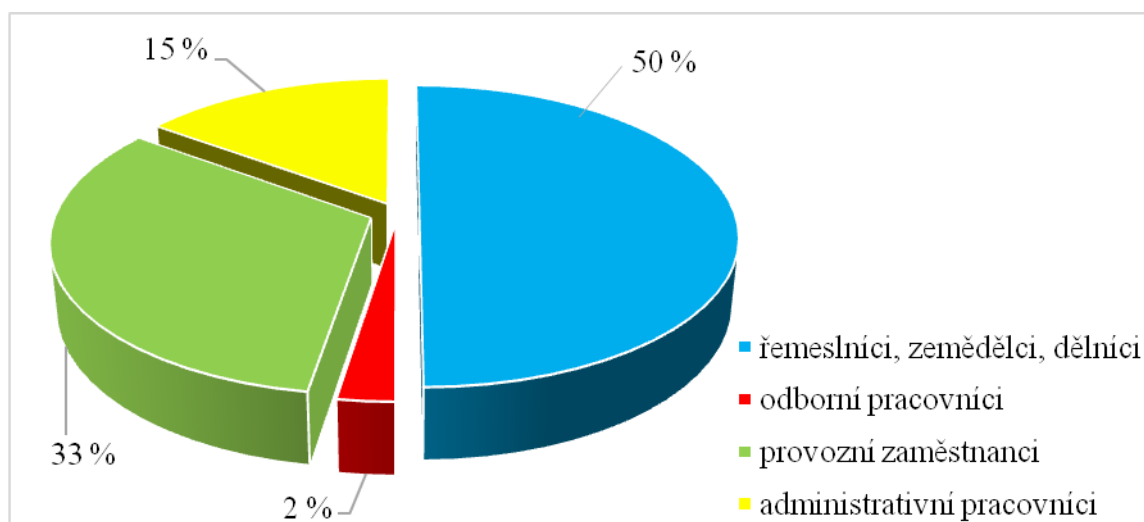
5.1.3 Hodnocení vlastní péče o zdraví respondentů a využívání zdravotnických a sociálních služeb

V případě zjišťování zdravotního stavu seniorů byla posuzována subjektivní odpověď respondentů, jak vnímají svůj zdravotní stav. Nebyly v tomto případě doloženy odborné lékařské zprávy podložené konkrétními diagnózami jednotlivých respondentů – z důvodu citlivých osobních údajů. Šlo o samotné vnímání a posouzení zdravotního stavu seniora.

Tab. 11. Hodnocení zdravotního stavu seniora.

Zdravotní stav seniorů	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Výborný	13	19	12	15
Uspokojivý	23	33	25	32
Špatný	33	48	42	53
Σ	69	100	79	100

Při hodnocení svého zdravotního stavu vnímalo 33 % respondentů ve městě za uspokojivý, 19 % za výborný a 48 % seniorů svůj zdravotní stav vnímalo jako špatný. Nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi špatným vnímáním zdravotního stavu seniorů na vesnici 53 % a špatným ve městě 48 %. Lze říci, že na zdravotním stavu seniorů se podepsalo i předchozí zaměstnání. Viditelnost je zřejmá především u dělnických, řemeslných a zemědělských profesí 50 %, bývalí zaměstnanci v provozu vnímali svůj zdravotní stav za špatný z 33 %, administrativní pracovníci 15 % a pouze 3 % odborní pracovníci.



Obr. 4. Podíl předchozího zaměstnání na hodnocení špatného zdravotního stavu.

Z výsledků výzkumu je patrné, že na zhoršení zdravotního stavu má podíl psychika seniora, jeho samota a ztráta partnera na sklonku života. Podle zjištění uvedlo špatný zdravotní stav 52 % vdov, vdovců.

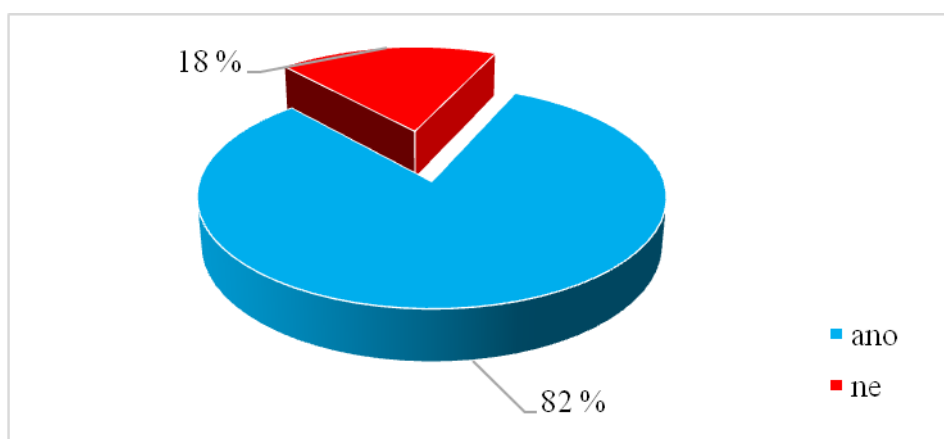
Ke zvýšení kvality života seniorů patří i dostupnost zdravotní péče. Do podvědomí populace se dostává i prevence, která je spojena s pravidelnými návštěvami obvodního

lékaře. Z šetření vyplynulo, že 55 % seniorů pravidelně navštěvuje svého obvodního lékaře, občas 32 % a 13 % málo. Pravidelnost návštěv u obvodního lékaře se slučuje nejenom s prevencí, ale i s věkem a postupným zhoršováním zdravotního stavu.

Tab. 12. Obvodního lékaře navštěvují.

Návštěva obvodního lékaře	Celkový počet respondentů	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pravidelně	81	55
Občas	47	32
Málo	20	13
Σ	148	100

Věk seniorů hraje v jejich zdraví důležitou roli, což podtrhuje otázka zaměřena na pravidelné užívání léků. 82 % seniorů užívá pravidelně medikamenty, 18 % odpovědělo ne. Pravidelnost návštěv u obvodního lékaře se slučuje nejenom s prevencí, ale i s věkem a postupným zhoršováním zdravotního stavu.



Obr. 5. Pravidelné užívání léků.

Ke kvalitě života seniorů neodmyslitelně patří i využívání sociálních služeb. Z výzkumu vyplývá, že více než 50 % seniorů nevyužívá těchto služeb, 15 % seniorů ve městě pobírá sociální příspěvky od státu, na vesnici je tomu podobně (17 %). Mezi tyto příspěvky patří například příspěvek na bydlení, příspěvek v hmotné nouzi, příspěvek na kompenzační pomůcky, příspěvky na zajištění mobility a jiné. Tím dochází k určité ochraně seniorské populace ze strany státu.

Pomoc s využitím pečovatelky využívá 12 % seniorů skupiny A (město) a 13 % seniorů skupiny B (vesnice). Dovoz obědů využívá 17 % respondentů ve městě, na vesnici 15 %. Pečovatelských služeb využívá ve městě 12 % seniorů a na vesnici je toto číslo téměř stejné, 13 %. Centrum denních služeb neuvedl žádný z dotázaných respondentů a sociální ambulantní služby využívá jen 1 senior na vesnici, ve městě žádný. Níže uvedená tabulka (Tab. 13) znázorňuje počty seniorů, kteří využívají, anebo zcela nevyužívají různé formy sociálních příspěvků, služeb a pomoci.

Tab. 13. Využívání služeb seniory.

Využívání služeb	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nevyužívám	39	56	42	54
Sociální příspěvky	10	15	14	17
Dovoz obědů	12	17	12	15
Pečovatelské služby	8	12	10	13
Centrum denních služeb	0	0	0	0
Sociální ambulantní služby	0	0	1	1
Σ	69	100	79	100

Z dotazníkového šetření vyplývá, že sociální služby nejsou využívány seniory v plném měřítku tak, jak by se předpokládalo. Senioři se snaží využívat vlastních prostředků k zajištění soběstačnosti. Rodinná spolupráce tady tvoří nedílnou součást přispění spokojenosti seniorů a zajištění jejich spokojenějšího života.

5.1.4 Hodnocení volného času seniorů, jejich koníčky, zájmy a záliby

Volný čas seniorů tvoří celá škála zájmů, koníčků a zálib, které jsou provázány s jinými faktory. Respondenti byli požádáni v dotazníkovém šetření, aby upřesnili, čemu dávají ve svém volnu přednost, co je zajímavé a čemu se věnují. Z celkového počtu respondentů 30 % seniorů uvedlo i přes svůj věk četbu knih jako nejoblíbenější činnost. 21 % respondentů se nevěnuje žádné činnosti, turistiku má v oblíbě 12 %, na zahradě tráví svůj volný čas 7 %, na zahrádce 5 %. Mezi další činnosti patřil sport, procházky do přírody, pletení, háčkování, ruční práce, cykloturistika, sledování filmů, luštění křížovek, autoturistika, rybaření a jiné. Rozdílnost životního stylu mezi skupinou A (město) a skupinou B (vesnice) nebyla

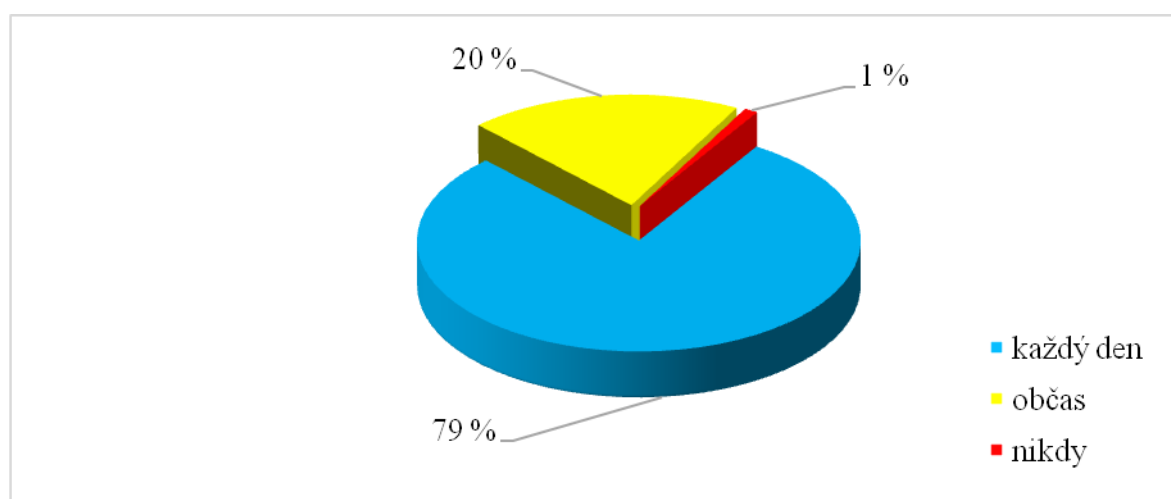
zásadní, většina seniorů se snaží trávit svůj volný čas s ohledem na možnosti jak zdravotní tak i ekonomické.

Senioři obou skupin A + B dávají přednost sledování televize a rozhlasu a to především z důvodu zdravotních. Část seniorů, která uvedla, že se nevěnuje žádné činnosti, protože je k tomu nutí jak finanční okolnosti, tak i zhoršený zdravotní stav, tráví svůj volný čas sledováním pořadů v televizi nebo poslechem rádia. Znázorněná tabulka (Tab. 14) ukazuje rozdílnost sledování televize a rozhlasu v jednotlivých skupinách.

Tab. 14. Sledování televize, skupiny A (město) + B (vesnice).

Sledování televize a rozhlasu	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Televize – každý den a občas	68	71	77	64
Rozhlas – každý den a občas	45	29	73	36
Σ	113	100	150	100

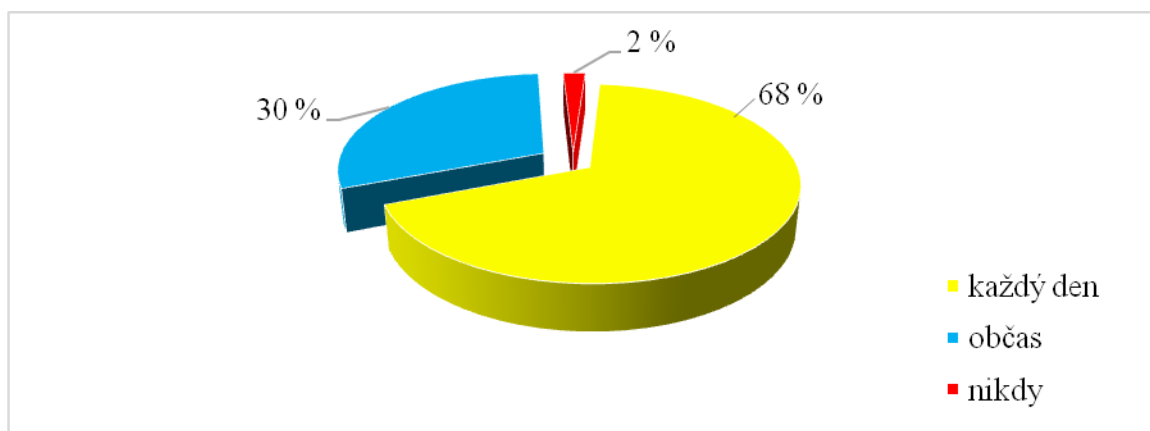
Rozdílnost mezi skupinami město – vesnice, byla zřejmá při vyjádření zájmu o sledování televizních a mediálních pořadů. Respondenti skupiny A (město) sledují televizi 79 %, tedy o 10 % více než respondenti skupiny B (vesnice), kteří sledují televizní pořady méně často – každý den 68 %, občas 30 % a nikdy 2 %.



Obr. 6 Sledování televize – město (skupina A).

Je možné se domnívat, že senioři ve městě tráví více času ve svých bytech než senioři, kteří dávají přednost venkovním aktivitám, proto sledování televizních pořadů je u nich

častější forma vyplnění volného času. Tuto skutečnost ukazuje obrázek (Obr. 7), na kterém je viditelný rozdíl ve sledovanosti televize u seniorů na vesnici.



Obr. 7. Sledování televize – vesnice (skupina B).

Rozdílné ukazatele se nám zobrazí při otázce poslechu rozhlasu. Respondenti odpověděli, že rozhlas občas poslouchá 42 % seniorů, každý den 39 % a nikdy 20 %. Rozdílnost se projevila ve skupinách, kdy skupina A (město) poslouchala rozhlasové vysílání méně než na vesnici. Poslech rozhlasu každý den uvedli na vesnici 51 %, 41 % občas a nikdy pouze 8 %. Na rozdíl od města, kde neposlouchá rozhlas 34 % respondentů.

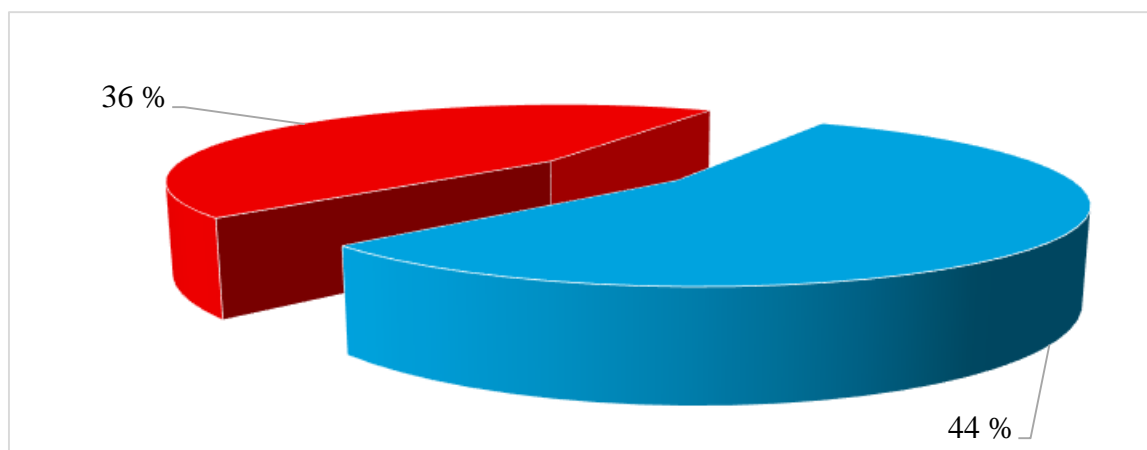
Z toho vyplývá, že senioři na vesnici mají o televizní pořady sice nižší zájem, ale rozhlasovému vysílání dávají přednost. Lze se domnívat, že na tuto skutečnost má vliv hned několik faktorů – zdravotní možnosti (např. časté oční problémy) spojené s přibývajícím věkem, finanční problémy, trávení volného času v určitých ročních obdobích v přírodě, na zahradě, chalupě a také styl života.

Pro zjišťování kvality volného času seniorů bylo důležité znát odpověď na otázku návštěvnosti kulturních zařízení, mezi které patří návštěva divadla, kina, koncertů, plesů a jiných kulturních společenských setkání.

Tab. 15. Návštěvnost kulturní zařízení, skupina A + B.

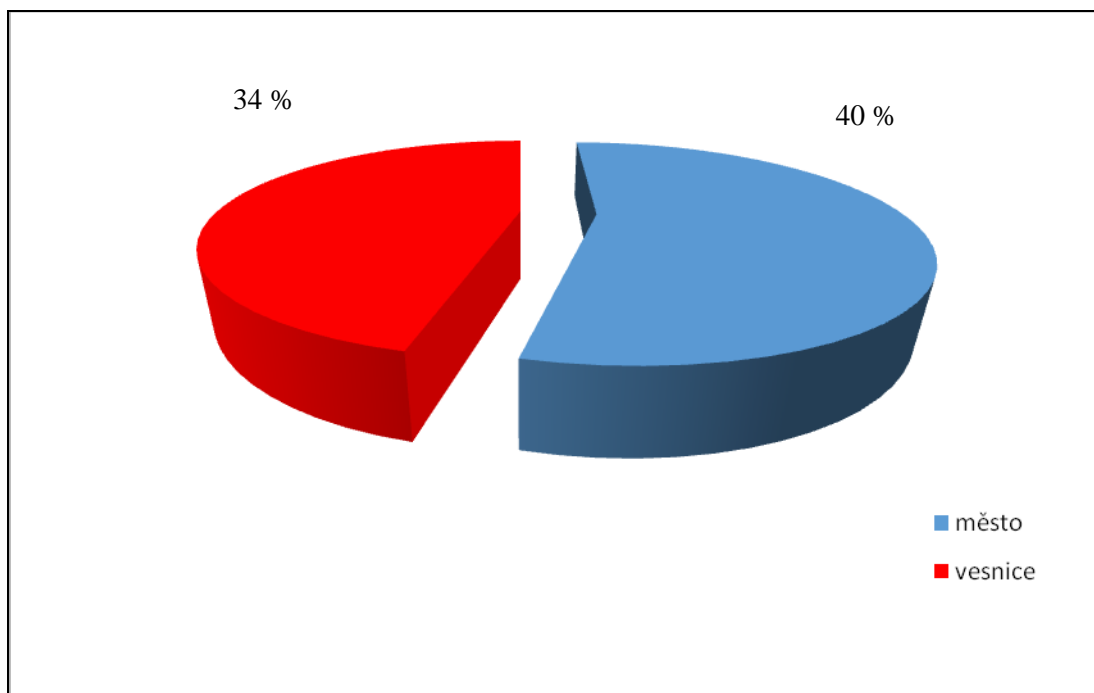
Návštěva kulturního zařízení	Celkový počet respondentů	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	59	40
Ne	89	60
Σ	148	100

Obě skupiny A (město) i B (vesnice) navštěvují kulturní akce ze 40 %, a 60 % respondentů se těchto akcí nezúčastňuje. Předpokládá se, že tato skutečnost je spojena především se zdravotním stavem respondentů. Nejde tudíž o neochotu se začlenit do společenských aktivit, ale mnohdy zhoršující se zdravotní stav neumožňuje seniorovi přístup na tuto událost.



Obr. 8. Návštěvnost kulturních zařízení (divadlo, kino, koncerty).

Cestování patří i přes vysoký věk seniorů k oblíbeným činnostem. Ukazuje se, že se dostává do podvědomí seniorů touha po poznávání nových destinací. Z dotazníkového šetření vyplývá, že senioři by rádi více užívali života touto formou, ale především ekonomická a zdravotní situace jim nedovoluje uskutečnit toto přání. Pouze 34 % respondentů skupiny B aktivně cestuje, 66 % respondentů z vesnice odpovědělo, že necestuje.



Obr. 9. Cestování skupina A + B s odpovědí ano.

Do oblasti volného času seniorů patří neodlučitelně pravidelné setkávání s rodinou a svými vrstevníky. Pokud je vztah seniorů k jejich rodinným příslušníkům pozitivní, podtrhuje spokojenost seniorů a ukazuje na jejich životní situaci. Na základě odpovědí byly rodinné vazby u obou skupin vyvážené. Skupina A (město) odpověděla 80 % kladně a rovněž 79 % kladných odpovědí byla zaznamenána u skupiny respondentů B (vesnice). Senioři pomáhají svým dětem jak po stránce finanční, tak i materiálními prostředky, s výchovou a hlídáním vnoučat. Na vesnici pomáhají senioři svým dětem více než ve městě – tam uvedlo 50 % dotázaných seniorů, že nepomáhá vůbec, na vesnici nepomáhá 30 %. Je zřejmé, že vzájemné vazby dětí, vnuků a seniorů se vzájemně prolínají a i zde zasahují prvky ekonomické, zdravotní a věkové.

Vazby na přátele a vrstevníky mezi městem a vesnicí nebyly signifikantně rozdílné (62 % a 56 %).

Tab. 16. Oblasti trávení volného času seniorů.

Trávení volného času - kladná odpověď	Skupina A město	Skupina B vesnice
	Relativní četnost (%)	Relativní četnost (%)
Kulturní zařízení – divadlo, kino koncerty	44	36
Cestování s jednoznačnou odpovědí ANO	40	34
Zahrádka, pěstování ovoce a zeleniny, květiny	32	59
Domácí mazlíček	22	81
Chování hospodářských zvířat	1	39
Rodina	80	79
Přátelé a vrstevníci	62	56

Rozdílly byly patrné u chování hospodářských zvířat. Respondenti skupiny A (město) chovají hospodářská zvířata pouze 1 %, na vesnici to je 39 %. Je zřejmé, že podmínky pro chov domácích zvířat se nabízí z velké části na vesnici než ve městě. Rovněž zahrádka, pěstování ovoce a zeleniny, zahradničení a záliba v pěstování kytek je viditelná u seniorů na vesnici 59 % než u seniorů ve městě 32 %.

Je důležité zmínit potřebu seniorů vlastnit domácího mazlíčka. Mnozí senioři se cítí osaměle, jsou buď bez partnera, mají více času než tomu bylo dříve, když byli zaměstnáni prací, anebo výchovou svých potomků. Na vesnici vlastní domácího mazlíčka 81 % seniorů, z toho 43 % psů a 38 % koček. Touha vlastnit domácího mazlíčka je výrazně menší ve městě 22 %. Senioři ve městě nemají zcela vyhovující podmínky, aby si splnili přání starat se, ať už o psa, kočku nebo jiné zvířátko. Zdravotní péče těchto domácích zvířat je v dnešní době finanční zátěží pro seniory, v případě zdravotních komplikací seniorů nastává problém kam mazlíčka umístit.

5.1.5 Začleňování seniorů do společnosti a vzájemné vazby mezi rodinou a vrstevníky

Abychom mohli správně popsat životní situaci seniorů, je nutné se zabývat otázkou pocíťování újmy, ztráty, násilí, vydírání ze strany okolí nebo rodiny. Útlak, újmu, násilí, vydírání pocíťuje pouze z celkového počtu všech respondentů 5 % seniorů, a to ze strany rodiny, sousedů, jiných lidí ve městě a 10 % na vesnici. Odpověď NE uvedlo 95 % dotázaných seniorů ve městě a 90 % na vesnici. Všeobecně je známo, že násilné projevy nejvíce vnímají lidé ve větších městech, z televizních průzkumů nad 50 tisíc obyvatel.

Podle anketního šetření vyplynulo, že pokud senioři vnímají násilí a strach z vydírání, potom většinou od cizích, jiných lidí než od vlastní rodiny a sousedů.

Tab. 17. Senior pociťuje újmu, násilí, vydírání ze strany okolí.

Újma, násilí, vydírání	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
NE	64	95	69	90
ANO – ze strany jiných lidí	1	1	4	4
ANO – ze strany rodiny	1	1	1	1
ANO – ze strany sousedů	2	2	3	3
ANO – nespecifikováno	1	1	2	2
Σ	69	100	79	100

Spokojenost seniorů je odrazem vzájemné tolerance s mladou generací. V souvislosti s tím byli osloveni respondenti otázkou, jakou mají zkušenost s mladou generací. O 6 % lepší měli respondenti na vesnici, tedy 65 %. Ve městě mělo dobrou zkušenost 59 % seniorů. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce (Tab. 18), která jednoznačně dokazuje, že senioři v regionu Uherské Hradiště mají pozitivní vztah k mladé generaci.

Tab. 18. Zkušenost seniorů s mladou generací.

Zkušenost s mladou generací	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dobrá	41	59	51	65
Špatná	8	12	15	19
Žádná	20	29	13	16
Σ	69	100	79	100

Senioři jsou skupina populace, která je citlivá i na politické dění ve společnosti. To má vliv na spokojenost této skupiny obyvatel. Proto byla zařazena otázka, která ukazuje vnímání společenské situace samými seniory. Tabulka (Tab. 19) ukazuje, jak jsou spokojeni respondenti se současnou politickou situací v České republice. Vysoké procento respondentů odpovědělo jednoznačně NE. Skupina A (město) uvedla 71 %, skupina B (vesnice) nebyla spokojena z 66 %. Pouze 7 % celkem (skupina A+B) odpověděla ANO.

Tab. 19. Spokojenost seniorů se současnou politickou situací v ČR.

Spokojenost s politickou situací v ČR	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	49	71	52	66
Nezajímá mě	17	25	25	31
Ano	3	4	2	3
Σ	69	100	79	100

Nejenom s politickou situací jsou senioři nespokojeni, ale i v dalších oblastech života vnímají problémy. Při otázce otevřené, ve kterých oblastech života vidíte největší problémy, byli respondenti vyzváni, aby se vyjádřili subjektivně a zhodnotili kategorii problémů, které vnímají. V tabulce (Tab. 20) je viditelné, že respondenti skupiny A (město) vnímali zdražování na prvním místě, následovaly nízké důchody, mezilidské vztahy, zdravotnictví, kriminalita, špatná doprava a špatné zásobování.

Skupina B (vesnice) vnímala kategorii problémů téměř podobně, ale na prvním místě uvedli mezilidské vztahy, zdravotnictví bylo na místě druhém a dalším v pořadí bylo zdražování a nízké důchody. Tyto ukazatele korespondují s předchozí otázkou, která zjišťovala spokojenost s politickou situací. Nízké důchody, korupce, podvody, nízký pocit bezpečí a slabé sociální zabezpečení, mezery ve zdravotnictví jsou faktory, které ovlivňují oblast života seniorů.

Tab. 20. Největší problémové oblasti života seniorů.

Největší problémové oblasti	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zdražování	19	27	14	18
Nízké důchody	14	21	13	17
Mezilidské vztahy	12	17	18	21
Zdravotnictví	12	18	12	16
Kriminalita	8	12	11	15
Špatná doprava	3	4	6	7
Špatné zásobování	1	1	5	6
Σ	69	100	79	100

Doplňující otázkou se mohli respondenti vyjádřit ke členství v některé organizaci sdružující seniory. Skupina A (město) odpověděla 84 %, že NE, skupina B (vesnice) odpověděla, že NE 89 %. Zde je velká shoda, která prokazuje, že senioři v regionu Uherské Hradiště nejsou z převážné části členy některých organizací sdružujících seniory.

Tab. 21. Členství seniorů v organizacích.

Členství v organizaci	Skupina A město		Skupina B vesnice	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	11	16	9	11
Ne	58	84	70	89
Σ	69	100	79	100

6 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

6.1 Současná životní situace ve městě a na vesnici

H_0 Spokojenost seniorů se svým životem na vesnici je stejná jako u seniorů ve městě.

H_A Spokojenost seniorů se svým životem na vesnici je vyšší než u seniorů ve městě.

Tab. 22. Kontingenční tabulka výpočtu spokojenosti seniorů.

	Velmi spokojen/á	Spíše spokojen/á	Spíše nespokojen/á	Zcela nespokojen/á	Σ
Město	14 (8,39)	37 (40,56)	13 (14,92)	5 (5,13)	69
Vesnice	4 (9,61)	50 (46,44)	19 (17,08)	6 (5,87)	79
Σ	18	87	32	11	148

Pro každé pole kontingenční tabulky byla vypočítána hodnota

$$\frac{(P - O)^2}{O}$$

Očekávané četnosti jsou v kontingenční tabulce uvedeny v závorkách.

Testové kritérium χ^2 bylo vypočteno jako součet hodnot $\frac{(P-O)^2}{O}$ pro všechna pole kontingenční tabulky.

Po dosažení číselných hodnot do příslušných vzorců získáváme testové kritérium

$$\chi^2_{0,05}(3) = 8,075.$$

Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria s hodnotou kritickou (7,815) zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je vyšší, a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Spokojenost seniorů se svým životem na vesnici je vyšší než u seniorů ve městě.

Faktory, které ovlivňují spokojenost seniorů, ukazují na celkovou nespokojenost seniorů se svou životní situací především ve městě. Na vesnici převládá více tradiční pojetí rodiny, kdy staří lidé zůstávají bydlet ve svém přirozeném domácím prostředí s dětmi, anebo alespoň s přispěním jejich pomoci a podpory. Podle povahy bydlení můžeme usuzovat také na celkovou spokojenost s bydlením, která má vliv na prožívání a na kvalitu současné životní situace seniorů.

6.2 Ekonomická situace seniorů ve městě a na vesnici

H_0 Vlastní ekonomická situace seniorů žijících ve městě je stejná jako ekonomická situace seniorů žijících na vesnici.

H_A Vlastní ekonomická situace seniorů žijících ve městě je lepší než ekonomická situace seniorů žijících na vesnici.

Tab. 23. Kontingenční tabulka výpočtu ekonomické situace.

	Měsíční příjem (Kč)			Σ
	Do 10 000	10 000 – 20 000	20 000 – 30 000	
Město	21 (2,385)	44 (1,030)	4 (2,447)	69
Vesnice	42 (2,084)	37 (0,899)	0 (2,135)	79
Σ	63	81	4	148

Pro každé pole kontingenční tabulky byla vypočítána hodnota

$$\frac{(P - O)^2}{O}$$

Očekávané četnosti jsou v kontingenční tabulce uvedeny v závorkách.

Testové kritérium χ^2 bylo vypočteno jako součet hodnot $\frac{(P-O)^2}{O}$ pro všechna pole kontingenční tabulky.

Po dosažení číselných hodnot do příslušných vzorců získáváme testové kritérium

$$\chi^2_{0,05}(2) = 10,980.$$

Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria s hodnotou kritickou (5,991) zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je vyšší, a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Vlastní ekonomická situace seniorů žijících ve městě je lepší než ekonomická situace seniorů žijících na vesnici.

Spíše spokojeni se svým příjmem jsou senioři ve městě, kteří dokážou pokrýt své měsíční náklady z větší části než senioři na vesnici. Z toho vyplývá, že seniorů zaměstnaných na určitý pracovní úvazek je tedy více na vesnici, než je tomu ve městě.

Senioři ve městě dokážou ušetřit měsíčně vyšší finanční částku než senioři na vesnici a to i z důvodů vyššího měsíčního příjmu, který je tvořen částkou od 10 tisíc do 20 tisíc korun.

6.3 Skutečnost, zda o své zdraví pečují stejně senioři ve městě i na vesnici

H_0 O své zdraví pečují senioři žijící ve městě stejně jako senioři žijící na vesnici.

H_A O své zdraví pečují více senioři žijící ve městě než senioři žijící na vesnici.

Tab. 24. Kontingenční tabulka výpočtu péče o své zdraví.

	Obědy	Pečovatelka	Sociální příspěvky	Nevyužívám	Σ
Město	11 (0,703)	0 (2,212)	24 (4,097)	34 (0,200)	69
Vesnice	21 (0,557)	5 (1,974)	12 (3,249)	49 (0,279)	87
Σ	32	5	36	83	156

Pro každé pole kontingenční tabulky byla vypočítána hodnota

$$\frac{(P - O)^2}{O}$$

Očekávané četnosti jsou v kontingenční tabulce uvedeny v závorkách.

Testové kritérium χ^2 bylo vypočteno jako součet hodnot $\frac{(P-O)^2}{O}$ pro všechna pole kontingenční tabulky.

Po dosažení číselných hodnot do příslušných vzorců získáváme testové kritérium

$$\chi^2_{0,05}(3) = 13,271.$$

Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria s hodnotou kritickou (7,815) zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je vyšší, a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

O své zdraví pečují více senioři žijící ve městě než senioři žijící na vesnici.

Svůj zdravotní stav hodnotí senioři ve městě lépe a považují ho za více uspokojivý než senioři na vesnici. Důležitou roli v posuzování zdravotního stavu hraje předchozí zaměstnání seniorů a také pohlaví. Nejvíce zdravotních potíží se s věkem projevuje u dělnických, řemeslných a provozních profesí. Věk v jejich zdraví hraje hlavní roli.

Ke kvalitě života seniorů neodmyslitelně patří i využívání různých podpůrných služeb, které jsou rovnoměrně rozloženy. Sociální služby jsou seniory využívány málo. Z uvedených odpovědí vyplynulo, že senioři dávají přednost rodinným vazbám a pomoci z jejich okruhu. Nemají stále vytvořený dostatečný přehled o rozsahu sociálních služeb.

6.4 Trávení volného času se svými koníčky seniorů ve městě a na vesnici

H_0 Senioři ve městě tráví svůj volný čas stejným způsobem jako senioři na vesnici.

H_A Senioři ve městě tráví svůj volný čas aktivněji než senioři na vesnici.

Tab. 25. Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát.

Odpověď	Skupina A město	Skupina B vesnice	Σ
Ano	57	57	114
Ne	12	22	34
Σ	69	79	148

$$\chi^2 = 148 \times \frac{[(57 \times 22) - (57 \times 12)]^2}{114 \times 69 \times 79 \times 34} = 2,950$$

Zjišťujeme, že vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota kritická $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$, proto přijímáme nulovou hodnotu.

Senioři žijící ve městě tráví svůj volný čas se svými koníčky stejným způsobem jako senioři žijící na vesnici.

Rozdíl mezi způsobem trávení volného času ve městě a podílem trávení volného času seniorů žijících na vesnici není statisticky významný.

Volný čas seniorů tvoří celá škála zájmů, koníčků a zálib, které jsou provázány s jinými faktory. Většina seniorů se snaží trávit svůj volný čas s ohledem na možnosti ekonomické, ale především zdravotní. Věk hraje u seniorů rozhodující roli.

Rozdílné ukazatele se nám zobrazí při otázce poslechu rozhlasu. Rozdílnost se projevila nižší u seniorů ve městě. Naopak televiznímu vysílání dává přednost skupina seniorů ve městě. Senioři na vesnici mají o televizní pořady sice nižší zájem, ale rozhlasovému vysílání dávají přednost a to z důvodů vyššího trávení volného času venkovními aktivitami – zahradničení, pěstování ovoce, zeleniny, květin.

Je důležité zmínit potřebu seniorů vlastnit domácího mazlíčka. Touha vlastnit psa nebo kočku je výrazně menší ve městě než na vesnici, kde jsou vytvořeny ideální podmínky.

6.5 Vztahy se svou rodinou a s vrstevníky

H_0 Senioři žijící ve městě udržují vztahy se svou rodinou a s vrstevníky stejně jako senioři žijící na vesnici.

H_A Senioři žijící ve městě udržují více vztahy se svou rodinou a s vrstevníky než senioři žijící na vesnici.

Tab. 26. Kontingenční tabulka výpočtu vztahů seniorů s rodinou a vrstevníky.

	Ano	Ne	Občas	Σ
Město	55 (0,004)	0 (1,399)	14 (0,068)	69
Vesnice	62 (0,003)	3 (1,220)	14 (0,060)	79
Σ	117	3	28	148

Pro každé pole kontingenční tabulky byla vypočítána hodnota

$$\frac{(P - O)^2}{O}$$

Očekávané četnosti jsou v kontingenční tabulce uvedeny v závorkách.

Testové kritérium χ^2 bylo vypočteno jako součet hodnot $\frac{(P-O)^2}{O}$ pro všechna pole kontingenční tabulky.

Po dosažení číselných hodnot do příslušných vzorců získáváme testové kritérium

$$\chi^2_{0,05}(2) = 2,750.$$

Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria s hodnotou kritickou (5,991) zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je nižší, a proto přijímáme nulovou hypotézu.

Senioři se ve městě a na vesnici se setkávají se svou rodinou pravidelně. Mezi odpověďmi seniorů nebyla prokázána statisticky významná odpověď. To znamená, že délka času, kterou tráví senioři v rodinném kruhu, nesouvisí s bydlištěm.

Na vesnici převládá více tradiční pojetí rodiny, kdy staří lidé zůstávají bydlet ve svém přirozeném domácím prostředí s dětmi. Rodina je základní článek, který vytváří zázemí a jistotu pro život seniorů.

Podle anketního šetření rovněž vyplynulo, že pokud senioři vnímají i v malé míře násilí a strach z vydírání, potom většinou od jiných, cizích lidí než od vlastní rodiny a sousedů.

7 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na potvrzení hypotéz, podle kterých se kvalita současných seniorů na vesnici odlišuje od kvality života současných seniorů v městském prostředí. Rozdíly kvality života závisí na specifických podmínkách prostředí. Podmínky a prostředí, ve kterém žijeme, do jisté míry předurčuje to, jak svůj život prožíváme, jak jej vnímáme a od toho se odvíjí naše pocity a spokojenost. Na základě výsledků stanovených hypotéz vyplynulo, že:

Současná životní situace seniorů ve městě a na vesnici.

H_A Spokojenost seniorů se svým životem na vesnici je vyšší než u seniorů ve městě.

V rámci porovnání dvou souborů město – vesnice byl průměrný věk obou skupin respondentů 72 let. Lze vyvodit, že především rozdílnosti příjmů, zaměstnanosti, možností dostupnosti zdravotní péče, možností dalšího vzdělávání, přístupu k informacím, materiálního zajištění, sociální komunikace a začlenění nejsou výrazné rozdíly mezi seniory z města a vesnice. Kromě subjektivního vnímání své situace se dotazník zaměřoval také na faktory, které toto vnímání ovlivňují a to je vlastní otázka bydlení, měsíční příjmy seniorů a spokojenost s nimi. Senioři na Uherskohradištsku vnímali jako pozitivní dostatek kulturních a vzdělávacích akcí, především ve městě ocenili přítomnost U3V, na vesnici senioři vnímali vstřícné mezilidské vztahy výrazněji než ve městě. Negativně vnímali senioři špatnou dopravní obslužnost (lidé z vesnice se dostávají do města obtížně) – obtížná doprava pro osoby se zdravotním postižením. Rovněž senioři poukázali ve svých odpovědích na nedostatek finančních zdrojů, což úzce souvisí s nedostupností služeb.

Ekonomická situace seniorů ve městě a na vesnici.

H_A Vlastní ekonomická situace seniorů žijících ve městě je lepší než ekonomická situace seniorů žijících na vesnici.

Mezi další faktory, které ovlivňují spokojenost seniorů, patří jistoty bydlení. Podle povahy bydlení můžeme usuzovat na celkovou spokojenost s bydlením. To se promítá do současné životní situace seniora a odráží se v celkové spokojenosti. Na vesnici je zakořeněna tradiční souhra rodiny, vzájemná výpomoc, podpora a prolínání mladé generace se starší. Staří lidé zůstávají převážně bydlet ve svém přirozeném domácím prostředí s dětmi, které

jsou pro ně oporou. Dokážou jim zajistit nejenom rodinný kontakt, ale i ekonomickou podporu a zmírnit tím důsledky stárnutí a stáří. Z výzkumu vyplývá, že ve městě je otázka bydlení spojena s častějším využíváním domovů pro seniory. Vzhledem k lepší ekonomické situaci ve městě je i dostupnost sociálních služeb pro seniory jednodušší. Zvláštní důraz je v současné době třeba klást na vzdělávání v oblasti finanční gramotnosti. Právě kvůli ní se dostávají rizikové skupiny, jako jsou senioři a jejich rodinní příslušníci, do finanční tísně.

Skutečnost, zda o své zdraví pečují stejně senioři ve městě i na vesnici.

H_A O své zdraví pečují více senioři žijící ve městě než senioři žijící na vesnici.

Zdravotní stav seniora je další ukazatel spokojenosti života seniora. Potvrdilo se, že o svůj zdravotní stav více pečují senioři žijící ve městě, hodnotí ho lépe, považují ho za více uspokojivý než senioři na vesnici. Je zřejmé, že nejenom přibývajícím věkem seniora, ale i předchozí zaměstnání zvyšuje vliv na zajištění stability zdravotního stavu. Obě dotazované skupiny seniorů uvedly, že převažovaly profese dělnické, řemeslnické a zemědělské. V menší míře to byly specializované a administrativní profese. Minimální počet seniorů uvedlo poslední zaměstnání podnikání. K otázce zdraví patří i subjektivní pocit vnímání svého zdravotního stavu.

Z výsledků výzkumu je patrné, že na zhoršení zdravotního stavu má podíl psychika seniora, jeho samota a ztráta partnera na sklonku života. Podle zjištění uvedlo špatný zdravotní stav více než polovina vdov, vdovců.

Ke kvalitě života seniorů neodmyslitelně patří i využívání sociálních služeb. Sociální příspěvky od státu podle zjištění nevyužívá ani polovina seniorů, jak by se očekávalo. Pouze jedna třetina seniorů využívá pomoc pečovatelky a dovoz obědů – více ve městě. Žádný z dotázaných seniorů nevyužívá ambulantní sociální službu. V Uherském Hradišti se pravidelně pořádá výstava poskytovatelů sociálních služeb. Přesto je tato praxe nedostatečná a je potřeba neustále podporovat osvětu a informovanost.

Trávení volného času se svými koníčky seniorů ve městě a na vesnici

H₀ Senioři žijící ve městě tráví svůj volný čas se svými koníčky stejným způsobem jako senioři žijící na vesnici.

Rozdíly mezi způsobem trávení volného času seniorů ve městě a podílem trávení volného času seniorů žijících na vesnici nejsou statisticky významné. Většina seniorů dnešní

moderní doby má širokou nabídku zájmů, koníčků, zálib, aktivit, které jsou vázány na další faktory. Zjištěním bylo prokázáno, že senioři mají o tyto aktivity zájem, ale finanční a zdravotní možnosti nejsou tak ideální, jak by si oni sami přáli. Věk zde hraje také důležitou roli ve volbě trávení svého volného času.

Rozdílné ukazatele se promítají v otázce poslechu rozhlasu a sledovanosti televize u skupiny seniorů žijících ve městě a na vesnici. Televiznímu vysílání dávají přednost senioři žijící ve městě, rozhlasové vysílání upřednostňují více senioři na vesnici. Tato skutečnost je dána tím, že senioři na vesnici tráví více svého času v přírodě, na zahrádce, chovem domácích zvířat, mazlíčků a jinými venkovními aktivitami. Tyto možnosti nemají v takové míře senioři ve městě, proto tráví více času u televize, navštěvují kulturní akce, více cestují a využívají nabídek, které jim přináší městský styl života.

Vztahy s rodinou a vrstevníky, společenské zařazení.

H₀ Senioři žijící ve městě udržují vztahy se svou rodinou a s vrstevníky stejně jako senioři žijící na vesnici.

Z literatury i z praxe vyplývá, že rodinné prostředí je v životě seniora vnímáno jako největší sociální jistota. Rodina dokáže eliminovat i sociální vyloučení, nátlaky mladé generace, strach z vydírání a vyhrožování od cizích lidí. Podle anketního šetření vyplynulo, že pokud senioři vnímají násilí a strach z vydírání, potom většinou od cizích, jiných lidí než od vlastní rodiny a sousedů.

Především senioři jsou skupina populace, která je citlivá na politické dění ve společnosti. To má vliv na spokojenost této skupiny obyvatel. Více než polovina seniorů není v České republice spokojena s politickou situací. Tato skutečnost úzce souvisí se zdražováním, nízkými důchody, které mnohdy nepokryjí náklady seniorů tak, jak by si sami přáli. Do spokojenosti se promítá nejistota, zdražování v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb. Podle závěrů se kvalita života českých seniorů žijících ve městě výrazně neliší od kvality života seniorů žijících na vesnici.

Ke kvalitě života současně patří i využívání podpůrných služeb, které jsou seniory jak ve městě, tak i na vesnicích málo využívány. Tato situace je dána především tím, že senioři se neorientují v sociální politice tak dobře, jak by si sami přáli. Stále nemají dostatečný přehled o rozsahu sociálních služeb a celý systém je pro ně nepřehledný a složitý. Důležitá

je proto osvěta – možnost vzdělávacích akcí nejenom pro seniory, ale i pro jejich rodinné příslušníky.

Je nutné v dlouhodobém horizontu zvýšit podvědomí o tématu zdravého a aktivního stárnutí a udržitelnosti služeb zdravotní a dlouhodobé péče v České republice, zabývat se více o problematikou stárnutí, nepřehlížet zhoršenou ekonomickou situaci seniorů, plánovat a finančně lépe řídit služby zdravotní a sociální péče. Představené příklady z praxe a doporučení mají největší přínos tehdy, pokud jsou založeny na dlouhodobé snaze o zlepšení v této oblasti. Těmto výzvám lze nejlépe a efektivně čelit, pokud jsou vzájemně řešeny ve spolupráci měst a komunikací občanů a obcí.

8 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo srovnání životní úrovně seniorů ve městě a na vesnici v regionu Uherské Hradiště. Nedílnou součástí naší společnosti je problematika českých seniorů, vnímání jejich postavení, zachování přirozeného sociálního prostředí vlastního domova a sociálního pole, hmotné zajištění, mezigenerační solidarita, zdravý životní styl, zajištění zdravotní péče, podpora společenských aktivit, vzdělávání a také důstojný život.

Kvalitní život seniora se vytváří na základě principů, které se snaží vystihnout potřeby seniorů tak, aby jejich etapy života byly smysluplné, důstojné a etické. Důraz je kladen nejenom na oblast ekonomickou, ale i na oblast sociální. V zájmu celé společnosti je seznamovat mladou generaci s problematikou stáří a samotnou mládež postupně připravovat na jejich vlastní etapu života.

Výzkum, který byl realizován v rámci této bakalářské práce, byl zaměřen na srovnání životní úrovně dvou skupin seniorů v regionu Uherské Hradiště. První skupina seniorů vypovídala o své životní úrovni ve městě, druhá skupina vypovídala o životní úrovni na vesnici. Jednotlivé otázky byly strukturovány tak, aby zahrnovaly oblasti rodinné, ekonomické, sociální, zájmové a v neposlední řadě i zdravotní. Z výzkumu, který se zaměřil na otázky životní úrovně seniorů, vyplynulo několik principů zaměřených na potřeby českých seniorů.

Z výsledků je dále patrné, že senioři si přejí být společností vnímáni s respektem, tolerancí, porozuměním, bez sociálního vyloučení. Přejí si větší podporu v rodině, protože tady vnímají zázemí a stabilitu. Senioři podle odpovědí vnímají k zajištění plnohodnotného stáří hmotné zajištění, které jim vytvoří důstojný způsob života v době, kdy už nejsou schopni se sami hmotně zabezpečit. Finanční jistota seniora úzce souvisí s přiměřeným a důstojným bydlením, které by je neodlučovalo od rodin, přátel, vrstevníků a ostatní společnosti. Senioři by se rádi začleňovali více do společenských aktivit, aby si zachovali své zájmy, záliby, koníčky a případně by mohli zúročit své životní zkušenosti ve školách v rolích lektorů. Dokázali by jistě poradit nejenom v oblasti stárnutí a stáří, ale i v jiných odborných oblastech.

Prioritou seniorů je oblast zdraví a zdravého životního stylu. Proto jsou tolik vnímaví na dodržování rovného přístupu ke zdravotní péči a vítají jednodušší přístup ke kvalitním kompenzačním pomůckám, rehabilitaci a péči o chronické pacienty.

Senioři jsou skupinou obyvatel, která citlivě vnímá otázky zdražování, korupce, kriminality, mezilidských vztahů a dodržování lidských práv.

Spokojená životní úroveň seniora má také spojitost s prevencí a systémem zdravotní péče. Je důležité, aby bylo těmto lidem umožněno co nejdéle setrvat v rodinném, domácím prostředí kde vnímají svůj život jako spokojený.

Z výzkumu vyplynulo, že rozdíl mezi životní úrovní seniorů ve městě a životní úrovní seniorů na vesnici není tolik rozdílný, jako tomu bylo v minulosti. Kvalitní životní styl se vytváří nejenom správným využitím volného času, ale také aktivitami, kterými se vyplňuje volný čas, a rovněž správným dodržováním morálky a etiky. Česká republika má stále mnoho rezerv a zákonné prostředky k tomu, aby zohlednila potřeby seniorů a vytvořila těmto občanům slušný sociální systém a tím i plnohodnotný život a zázemí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENEŠOVÁ, Dana, 2014. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-039-6.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ, 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-123-6.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 8070133635.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

HEGYI, Ladislav, 2012. *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-99-6.

HETTEŠ, Miloslav, 2011. *Starnutie spoločnosti: vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-031-6.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody Pedagogického výzkumu*, 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KOVÁČ, Damián, 2013. *Umne stárnúť: (fragmenty)*. 1. vyd. Bratislava: Veda.. ISBN 978-80-224-1280-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3604-4.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada. ISBN 807169195x.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MOŽNÝ, Ivo, 2002. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 8071786241.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3345-2.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PAYNE, J., a kol., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN: 80-7254-657-0.

- Portál veřejné správy ČR. *Místopisný průvodce po České republice* [online]. 2009 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://www.mistopisy.cz/search.html?hledej_m=1
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3271-8.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
- ŠRAMO, Ján, 2012. *Příprava na stáří*. Vyd. 1. Praha: Občanské sdružení Melius. ISBN 978-80-87638-00-2.
- ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-920-8.
- TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 8072623656.
- VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., 2005. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MSD Brno. ISBN: 80-210-3757-7.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VIDOVIČOVÁ, Lucie, 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav. ISBN 978-80-210-4627-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A3V	Akademie třetího věku
ČR	Česká republika
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSN	Organizace Spojených národů
QOL	Quality of life
U3V	Univerzita třetího věku
UVČ	Univerzita volného času
WHO	World Health Organisation

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.	46
Obr. 2. Spokojenost s bydlením u skupiny A (město).	49
Obr. 3. Spokojenost s bydlením u skupiny B (vesnice).	49
Obr. 4. Podíl předchozího zaměstnání na hodnocení špatného zdravotního stavu.	52
Obr. 5. Pravidelné užívání léků.	53
Obr. 6 Sledování televize – město (skupina A).	55
Obr. 7. Sledování televize – vesnice (skupina B).	56
Obr. 8. Návštěvnost kulturních zařízení (divadlo, kino, koncerty).	57
Obr. 9. Cestování skupina A + B s odpovědí ano.	58

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Tělesné, psychické a sociální změny.	16
Tab. 2. Počet obyvatel jednotlivých měst a obcí.	40
Tab. 3. Věk respondentů.	45
Tab. 4. Dřívější zaměstnání respondentů.	45
Tab. 5. Rodinný stav respondentů.	46
Tab. 6. Spokojenost seniorů se svou současnou životní situací.	47
Tab. 7. Forma bydlení u seniorů.	48
Tab. 8. S kým respondenti nejčastěji bydlí.	48
Tab. 9. Obavy o své bydlení.	50
Tab. 10. Spokojenost se svým měsíčním příjmem.	51
Tab. 11. Hodnocení zdravotního stavu seniora.	52
Tab. 12. Obvodního lékaře navštěvují.	53
Tab. 13. Využívání služeb seniory.	54
Tab. 14. Sledování televize, skupiny A (město) + B (vesnice).	55
Tab. 15. Návštěvnost kulturní zařízení, skupina A + B.	57
Tab. 16. Oblasti trávení volného času seniorů.	59
Tab. 17. Senior pocítuje újmu, násilí, vydírání ze strany okolí.	60
Tab. 18. Zkušenost seniorů s mladou generací.	60
Tab. 19. Spokojenost seniorů se současnou politickou situací v ČR.	61
Tab. 20. Největší problémové oblasti života seniorů.	61
Tab. 21. Členství seniorů v organizacích.	62
Tab. 22. Kontingenční tabulka výpočtu spokojenosti seniorů.	63
Tab. 23. Kontingenční tabulka výpočtu ekonomické situace.	64
Tab. 24. Kontingenční tabulka výpočtu péče o své zdraví.	65
Tab. 25. Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát.	66
Tab. 26. Kontingenční tabulka výpočtu vztahů seniorů s rodinou a vrstevníky.	67

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Dagmar Gajová a jsem studentkou bakalářského studia v oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitního studia. Ráda bych Vás touto cestou oslovila a dovolila si požádat o laskavé vyplnění dotazníku, který je důležitý pro můj výzkum a je nedílnou součástí mé bakalářské práce na téma **Srovnání životní úrovně seniorů ve městě a na vesnici v regionu Uherské Hradiště**. Dotazníkové šetření je zcela anonymní a veškerá získaná data budou sloužit pouze pro účel vyhotovení bakalářské práce.

Děkuji Vám za věnovaný čas, který strávíte při vyplňování dotazníku.

Věk:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
Dřívější zaměstnání:	Dosažené vzdělání:
Bydliště: <input type="checkbox"/> město <input type="checkbox"/> vesnice	Uveďte název města/vesnice:
Rodinný stav: <input type="checkbox"/> svobodná/(ý) <input type="checkbox"/> vdaná/ženatý <input type="checkbox"/> rozvedená/(ý) <input type="checkbox"/> vdova/vdovec	

- 1) **Se svou současnou životní situací jsem:** velmi spokojen (a) spíše spokojen(a) spíše nespokojen(a) zcela nespokojen (a)
- 2) **Bydlím:** vlastní dům vlastní byt družstevní byt pronájem
 domov pro seniory / pečovatelský dům
- 3) **Bydlím:** sama/sám s partnerem s partnerem a s dětmi/vnuky
 sám s dětmi/vnuky s ostatními osobami
- 4) **Se svým bydlením jsem:** velmi spokojen (a) spíše spokojen (a)
 spíše nespokojen (a) zcela nespokojen (a)
- 5) **Máte obavy o své bydlení ?** nemám žádné obavy obávám se částečně
 mám obavy neuvádím
- 6) **Měsíční příjem:** do 10.000 Kč 10.000 – 20.000 Kč 20.000 – 30.000 Kč
 30.000 Kč a více
- 7) **S výší svého příjmu jsem:** velmi spokojen (a) spíše spokojen (a)
 spíše nespokojen(a) zcela nespokojen (a)
- 8) **V současné době:** pracuji nepracuji
- 9) **Výše mého příjmu pokryje všechny moje měsíční náklady:** ano ne
- 10) **Ze svého příjmu ušetřím peníze:** ano ne
- 11) **Můj zdravotní stav je:** výborný uspokojivý špatný
- 12) **Obvodního lékaře navštěvuji:** pravidelně občas málo
- 13) **Užívám pravidelně léky:** ano ne
- 14) **Využívám těchto služeb:** obědy pečovatelka sociální příspěvky jiné,
uveďte nevyužívám
- 15) **Věnuji se svým koníčkům:** ano ne

Pokud ano, uveďte jakým (např. četba knih, sport, cvičení, turistika) :

-
- 16) **Televizi sleduji:** každý den občas nikdy
- 17) **Poslouchám rozhlas:** každý den občas nikdy
- 18) **Navštěvuji kulturní zařízení (divadlo, kino, koncerty):** ano ne
- 19) **Cestuji:** ano ne
- 20) **Pravidelně se setkávám se svou rodinou:** ano ne občas
- 21) **Pravidelně se setkávám se svými vrstevníky:** ano ne občas
- 22) **Na zahrádce si pěstuji vlastní ovoce a zeleninu:** ano ne
- 23) **Chovám užitková domácí zvířata:** ano ne
- 24) **Vlastním domácího mazlíčka:** nevlastním pes kočka jiné: uveďte
-
- 25) **Svým dětem/vnukům:** nepomáhám pomáhám: finančně materiálně jinak (uveďte)
- 26) **Pocitujete někdy jako senior újmu, násilí, vydírání ze strany okolí, rodiny?**
 ano ne
- Pokud ano, zatrhněte:** ze strany rodiny ze strany sousedů ze strany jiných lidí
- 27) **Jakou máte zkušenost s mladou generací?**
 dobrou špatnou žádnou
-
- 28) **Jsem spokojen (á)/(ý) se současnou politickou situací v ČR?**
 ano ne nezajímá mě
- 29) **Ve kterých oblastech života vidíte největší problémy?** (např. zdravotnictví, zdražování, špatná doprava, špatné zásobování, nízké důchody, mezilidské vztahy, kriminalita) **uveďte:**
.....
.....
.....
- 30) **Jste členem některé z organizací sdružujících seniory?**
 ano ne