

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Diplomová práce

Kvalita života ve stáří

Quality of Life in Old Age

Vedoucí práce:
doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Autor:
Bc. Tereza Novotná

Praha 2011

Poděkování:

Děkuji doc. PhDr. Jaroslavu Koťovi za odborné vedení diplomové práce, za podnětné připomínky a cenné odborné rady.

Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření, za jejich ochotu a trpělivost.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 23. června 2011

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou stáří, stárnutí a kvalitou života ve stáří. V teoretické části je vymezen pojem stáří, jeho definice, současné rozdělení, důsledky stáří a problémy spojené se stářím a stárnutím. Podrobněji je zhodnocen odchod do důchodu se svými pozitivními a negativními důsledky na život seniora. Velká část je věnována kvalitě života ve stáří, jejímu obecnému vymezení, způsobům měření a porovnávání. Podrobně jsou popsány podmínky pro kvalitní život obecně i ve stáří, které jsou vztaženy na současnost. Výzkumná část je zaměřena na zjištění vlivu zaměstnanosti starších lidí na jejich subjektivní hodnocení kvality života. Zkoumanou skupinu tvořili lidé, kteří jsou ve věku krátce před důchodem nebo jsou již v důchodu.

Klíčová slova: kvalita života ve stáří, stáří, stárnutí, senior, ageismus, odchod do důchodu.

Anotation

Diploma thesis deals with old age, aging and quality of life in old age. In the theoretical part it is described the term of old age – it is introduced the definition of old age, the present classification of old age, consequences of old age and problems, that are connected with aging. A retirement is in detail described with its positive and its negative consequences for a life of old man. Big part focuses on quality of life in old age, its general definition, its means of measuring and comparing. Conditions for quality life are described in detail generally and then also specially for old age. These conditions are relative to the present. The research part detects the influence of employment on evaluation of quality of life by old people. The investigated group of people is in age near to retirement (before and after).

Key words: quality of life in old age, old age, aging, rentier, ageism, retirement.

Obsah

Úvod	6
<u>Teoretická část</u>	
1 Problematika stáří a stárnutí	8
1.1 Obecná charakteristika stáří	8
1.2 Vědy zabývající se stárnutím a stářím	9
1.3 Důsledky stáří	10
1.4 Rozdělení stáří	14
1.4.1 Rané stáří	15
1.4.2 Pravé stáří	16
1.5 Ageismus	17
1.6 Důchod – velký mezník v životě člověka	19
1.6.1 Důsledky odchodu do důchodu	21
1.7 Zhodnocení problematiky stáří	23
2 Kvalita života ve stáří	24
2.1 Přístupy k vymezení kvality života	24
2.2 Měření kvality života	26
2.3 Kvalita života seniorů	30
2.4 Zhodnocení kvality života ve stáří	32
3 Vytváření podmínek pro kvalitní život ve stáří	33
3.1 Aktivní stárnutí	34
3.2 Posun termínu odchodu do důchodu	35
3.3 Sociální programy	40
3.4 Péče o staré lidi	42
3.4.1 Přístupy k poskytování péče o staré lidi	50
3.5 Zhodnocení pojetí podmínek pro kvalitní život ve stáří	51
4 Zhodnocení teoretické části	52
<u>Výzkumná část</u>	
5 Subjektivní vnímání kvality života seniory	54
5.1 Cíle výzkumné části a formulace hypotéz	54
5.2 Organizace a metodika výzkumné sondy	55
5.3 Výsledky výzkumné sondy	57
5.4 Zhodnocení a závěry výzkumné sondy	77
Závěr	80
Résumé	82
Návrh opatření	83
Seznam použité literatury	85
Přílohy	87

Úvod

Pojmy stáří, stárnutí, staří lidé či senioři jsou v současné době stále více předmětem odborných diskuzí. Je to dáno především demografickým vývojem obyvatelstva v České republice, se kterým souvisí nutnost provedení důchodových reforem. Jejich úkolem je především zajistit dlouhodobou udržitelnost a stabilitu financování důchodového (a sociálního) systému, který je v současné době zatížen velmi vysokou výdajovou složkou. K problematice stáří a stárnutí je nutné přistupovat s tím, že je to pojem, jehož obsah se neustále mění a vyvíjí. Významnou roli v tom hraje především prodlužování délky života v posledních dekadách, jež má za následek to, že se mění definice stáří z hlediska věku – před sto lety odpovídal stáří nižší věk, než tomu je v současné době.

Nárůst počtu lidí ve vyšším věku a zvládnutí tohoto trendu je jedna z největších výzev současné doby, kterou řeší všechny státy, jež mají sociální politiku ve svých prioritách. V současnosti se potýkají tyto státy hlavně s problémy s financováním důchodového systému a s financováním péče o staré lidi. Kromě toho stojí i velký úkol před většinovou společností, jehož obsahem je změna postoje k lidem ve vyšším věku, který není často pozitivní.

Stárnutí populace je třeba vnímat jako pozitivní trend. Negativní je pouze to, že nedokážeme využít potenciál lidí ve vyšším věku. V současné době už pozbývá smyslu rozdělovat lidi na staré a mladé. Důchodové reformy, které v současné době probíhají a nepochybně budou probíhat i v následujících letech, způsobují, že se odchod do důchodu posouvá do stále vyššího věku. Tento trend je logický a nutný, neboť se neustále prodlužuje průměrná délka života.

Ve své magisterské práci se věnuji problematice stáří, především vnímání kvality života ve stáří a jakou roli v tomto vnímání hraje zaměstnání. V teoretické části jsem se hlouběji věnovala problematice života seniorů z různých hledisek – průvodní jevy stárnutí, vnímání zdraví a nemoci, aktivní přístup k životu ve stáří, poskytování zdravotnické a ošetrovatelské péče, vytváření podmínek pro kvalitní život ve stáří. Podrobněji jsem se věnovala procesu penzionování, který je velkým zlomem v životě starých lidí a klade velké nároky na adaptaci na novou životní roli důchodce.

Ve výzkumné části jsem zkoumala odchod do důchodu, a to především z hlediska, jak působí na hodnocení kvality života starých lidí. Oblastí mého zájmu byla skupina lidí, kterých

se odchod do důchodu nejvíce týká – tedy lidí ve věku těsně před důchodem a lidí v důchodu do věku 71 let. Tento věk je velmi vzdálen současnému věku odchodu do důchodu, ale v návrzích důchodových reforem se do budoucnosti počítá s tím, že by se věk odchodu do důchodu mohl přiblížit až k věku 71 let.

Teoretická část

1 Problematika stáří a stárnutí

Stáří je poslední etapou života, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Stáří je spojeno s úbytkem energie a nezbytnou proměnou osobnosti směřující k jejímu konci, současně však přináší (nebo alespoň by mělo přinášet) pocit naplnění, nadhled a moudrost. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou ztrát v mnoha oblastech života.

1.1 Obecná charakteristika stáří

Štilec (29) uvádí, že stárnutí lze považovat za přirozený a biologicky zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv.

Stáří se zdá být tedy etapou života, kdy už člověk jen „ztrácí“ a jeho veškerý vývoj již ustal. Na první pohled to tak opravdu může vypadat, ale opak je pravdou. Vágnerová (30) uvádí, že stáří má podle Junga značný smysl, představuje vrchol osobnostního rozvoje a zvládnutí této fáze je významným vývojovým úkolem. V každém věku, tedy i ve stáří, má člověk před sebou ještě mnoho úkolů, které musí zvládnout a umět zestárnout je stejně důležité, jako bylo kdysi dosažení dospělosti. K dosažení vyrovnanosti ve stáří si musí člověk pomoci sám, k tomu mu nikdo nepomáhá a možná ani pomoci nemůže. V současné době kultu věčného mládí je tomu spíše naopak.

Smysl svého života musí starší člověk najít uvnitř sebe, ve svém nevědomí. Jung si představoval, že v průběhu stárnutí se lidé postupně stále více přesouvají do svého nevědomí a vrací se tak ke svým kořenům. (Vágnerová, 30)

Seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní). Jak uvádí Kalvach (12), i když bývají senioři leckdy vnímání jako zdánlivě stejnorodá, homogenní „šedá vlna“, liší se mezi sebou navzájem velmi výrazně věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi, hodnotovým systémem, genetickými vlohami pro dlouhověkost i dalšími okolnostmi.

Přestože ve stáří vzrůstá vliv individuálních rozdílů, lze nalézt charakteristiky, které jsou pro toto životní období typické. Jsou to situace, pocity a události, které jsou pro většinu starých lidí stejné a zažijí je dříve nebo později: ukončení profesní dráhy, zhoršování finanční situace, ubývání sil, zpomalení psychomotorického tempa, zhoršení zdravotního stavu, zhoršující se soběstačnost, ztráta partnera nebo poslední blízké osoby apod. V průběhu stáří se tedy výrazně mění životní styl, což klade velké nároky na adaptaci.

1.2 Vědy zabývající se stárnutím a stářím

Vzhledem k celkovému stárnutí populace dochází k rozvoji oborů, které se stářím a stárnutím zabývají. Jedná se především o vědní obory gerontologii a geriatrii, které se dále dělí na podobory, jež se specializují na jednotlivé oblasti života seniorů.

Gerontologie

Gerontologie (z řeckého gerón, 2.p. gerontos = starý člověk a logos = slovo, nauka) je souhrn poznatků o stárnutí a stáří. (Gerontologie, 6)

Gerontologie se dělí do 3 problémových okruhů (Gerontologie, 6):

- **Gerontologie experimentální** se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou.
- **Gerontologie klinická** (neboli geriatrie) se zabývá zdravotním a funkčním stavem ve stáří, zdravím podmíněnou kvalitou života starých lidí, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikováním a léčením ve stáří.
- **Gerontologie sociální** se zabývá vztahem starého člověka a společnosti včetně fenoménu stárnutí populace - má aspekty demografické, ekonomické, politické, sociologické, psychologické, etické, právní, urbanistické i další.

Ort uvádí v (22), že pod sociální gerontologii patří podobory sociologie stáří a sociologie stárnutí. Zvyšující se podíl starých lidí v demografické struktuře obyvatelstva a změny v sociálních vztazích, které sebou přináší stáří (změny hodnotových preferencí, rodinných vztahů, pracovních povinností aj.) nastolují specifické sociální situace, které se stávají předmětem jejich zájmu:

- Sociologie stáří – jejím úkolem je poznat reálné chování, skutečné životní podmínky, starosti a radosti seniorů v konkrétní době a na konkrétním místě, zmapovat jejich postoje, mínění, názory a motivaci.
- Sociologie stárnutí – jejím úkolem je popsat nezvratné společenské mechanismy stárnutí a doporučit cesty k jeho důstojnému průběhu, a to v různých kulturách a sociokulturních systémech.

Geriatric

Geriatric je jednak synonymum pojmu klinická gerontologie, jednak označením specializačního lékařského oboru (v ČR od r. 1983). Etymologicky je pojem odvozen od řeckého slova gerón (starý člověk) a iatró (léčím), anglické označení: geriatrics. Obor se zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikováním a léčením u starých lidí. Obor vychází z vnitřního lékařství, které obohacuje především poznatky z neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, ergoterapie a ošetrovatelství. (Geriatric, 5)

1.3 Důsledky stáří

Stáří je poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce. Jedná se o souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), které jsou spojené se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potenciálu zdraví. (Kalvach, 12)

Změna životního stylu

Starý člověk musí řešit jiné problémy než dřív, je mnohem více zaměstnáván stále obtížnějším zvládnutím vlastního života. Odborníci se shodují v tom, že člověk je povinen připravit se na své stáří odpovědně, sám a včas. V rámci redukce fyzických schopností se postupně zmenšují rozměry prostoru, v němž žije, redukují se i rozměry času, který má k dispozici, protože konec života je relativně blízko. Stáří nemusí vést nutně k retardaci, jestliže bude organismus stárnoucího člověka cílevědomě, soustavně a přiměřeně zatěžován.

Haškovcová (7, s. 142) definuje přípravu na stáří: „*Je to komplex výchovných, organizačních i sociálně ekonomických opatření směřujících k vytváření příznivých podmínek jak pro etapu přechodu z aktivní ekonomické činnosti do období důchodového věku, tak i optimálních podmínek pro aktivní prožívání tohoto období.*“

Ve stáří nastává doba pro vlastní rozvoj, přičemž většina životních úkolů je již zpravidla splněna (výchova dětí, budování profesní kariéry a sociálního statusu apod.). Stáří sebou přináší také mnohé ztráty – smrt rodičů, odchod dětí z domova, pokles tělesných sil, vyšší výskyt chorob, konec postupu kariéry atd. To vše vytváří tlak na hledání odpovědí na otázky po smyslu života. Přesun v hodnotách a prioritách starého člověka se projevuje v rovině psychické i duchovní. Podle Vážanského (31) tak nastupuje nový ústřední motiv posledního období – nalézání smyslu v každé prováděné činnosti.

Nesoběstačnost

Jak uvádí Kalvach (12), soběstačnost je chápána jako schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně (bez pomoci jiných lidí) v daném prostředí.

Jde tedy o poměr mezi zdatností pacienta a náročností prostředí. Má složku fyzickou (především pohyblivost), psychickou (zejména schopnost zařizovat si svoje věci samostatně), sociální (vazby na rodinu i širší společenství) a hmotnou (dostačující příjmy). Proto také pro zachování či k obnově soběstačnosti vede nejen léčení a rehabilitace pacienta, ale také úpravy jeho prostředí (bezbariérová úprava, instalace kompenzačních pomůcek), což je mnohdy účinnější.

Příčinou zhoršené soběstačnosti starého člověka nejsou tedy jen chronické choroby a ubývání tělesných a duševních schopností. K nejzávažnějším „nemedicínským“ rizikovým faktorům závislosti patří špatné bytové podmínky, nízký důchod, nedostupnost pečovatelské služby a také nemožnost nebo neochota v poskytování pomoci ze strany rodiny. Rodina představuje pro staré osoby nejdůležitější zázemí a dobře fungující vztahy v rodině jsou pro většinu seniorů zdrojem radosti a pocitů jistoty a bezpečí. (Ondrušová, 21)

Změna v uvažování starších lidí

Stárnutí a změna životního stylu má často vliv na uvažování starších lidí a vyznačuje se určitými typickými znaky. Jak uvádí Vágnerová (30), ve stáří se zvětšuje tendence k dogmatismu, k rigiditě přístupu k problémům i jejich řešení a k odmítání nových a neověřených způsobů uvažování.

To se projevuje především tím, že starší lidé mají zažitá určitá zafixovaná schémata chování, které používají za všech okolností, a to i ve zcela nových situacích a velmi často bez ohledu na jejich vhodnost. Současně je však nutné dodat, že rigidita v uvažování a v názorech má i svou pozitivní stránku, která spočívá v relativně vysoké stabilitě názorů a postojů starších lidí. Z tohoto důvodu dávají starší lidé přednost rutině a stereotypu.

Psychické zátěže ve stáří

Vágnerová uvádí (30), že starší senioři se musí čím dál častěji vyrovnávat s různými ztrátami, ať už jde o jejich kompetence či smrt blízkých lidí, které nejsou kompenzovány získáním čehokoli pozitivního.

V průběhu lidského života dochází ke změnám sociálních rolí u každého jedince. Důležitým sociologickým mezníkem ve stáří je penzionování. Ač je odchod do důchodu všeobecně vnímán jako pozitivní událost, staršímu člověku zpravidla způsobuje velmi mnoho problémů v jeho stávajícím životě. Odchod do důchodu přináší změnu dosavadního životního stylu, který je nově spojen s převahou volného času, kdy chybí struktura dne a mnohdy i profesní prestiž. Současně bývá odchod do důchodu provázen i poklesem životní úrovně. Narušení sociálních vazeb v důsledku penzionování je i jednou z příčin osamocení seniorů. Pro čerstvého důchodce to může být a zpravidla to i bývá z psychického hlediska velmi náročné životní období.

K nejtěžším zkouškám v životě staršího člověka patří ztráta partnera, která je ve stáří téměř nenahraditelná. Osamělost, znásobená postupným umíráním vrstevníků a osamostatněním dětí, představuje značnou psychickou zátěž a ztrátu jistot, s níž se lidé zvláště ve stáří velmi těžko vyrovnávají. Opakovaný kontakt se smrtí jim signalizuje blízkost vlastního konce života. Ovdovění tak může vést až k pocitům opuštěnosti a osobní

bezvýznamnosti. V některých případech přispívá k prohloubení pasivity starších lidí, vystupňování úzkosti, depresivně a somatizaci.

Haškovcová (8) uvádí, že vliv psychiky na celkový proces stárnutí je často významnější než působení sociálních a zdravotních faktorů stárnutí.

Nemoci ve stáří - stáří není nemoc

Stáří sice není synonymem nemoci, ale pravdou je, že ve stáří narůstá výskyt nemocí. Současně je nutné dodat, že zdraví má ve stáří jinou dimenzi. Za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný. Sýkorová (26, s. 117) uvádí: „*Je-li starý člověk mobilní, spíše charakterizuje sám sebe jako zdravého, vyjadřuje relativní spokojenost se svým zdravím a cítí se být soběstačný.*“ Z toho vyplývá, že mobilita a soběstačnost hrají při hodnocení zdraví významnou roli.

Ve stáří tedy hraje významnou roli subjektivní postoj k vlastním potížím, které jsou v tomto věku běžné. Stáří je spojeno s nutností přizpůsobit se svým možnostem a akceptovat omezení. Zhoršení zdravotního stavu a s tím spojený úbytek různých kompetencí je tedy typickým projevem stáří. Vágnerová (30) uvádí, že staří lidé obvykle trpí polymorbiditou, tj. současným výskytem několika chorob, přičemž choroby mají průběh se sklonem ke komplikacím a k chronicitě, protože organismus už nemá dostatečné rezervy, aby zvládl i běžná onemocnění. Dále uvádí, že ve věku nad 70 let trpí nějakým chronickým onemocněním až 87% lidí, v 85 letech jsou takto postiženi prakticky všichni.

Obdobně se vyjadřuje i Železný (34, s. 11): „*Jen velice malé procento lidí umírá na stařeckou slabost, u většiny vede ke smrti nějaká nemoc, i když ta může působit smrtelně až v důsledku úbytku obranných sil vyvolaného stářím.*“

Stáří tedy není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá četnosti nemocných lidí. Každý člověk během svého života prodělá řadu nemocí, které ovlivní jeho somatické funkce, některé z těchto chorob mají chronický charakter. Základním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita, to znamená, že starší lidé dost často trpí větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění.

Seniory netrápí jen somatické choroby, ale i psychické potíže, které nebývají vždycky správně diagnostikovány. Ty mohou zůstat skryty, popřípadě jsou považovány za reakci na somatické onemocnění nebo životní zátěž. Takovým způsobem bývají často hodnoceny např. depresivní rozlady seniorů. Vágnerová (30, s. 312) uvádí: „*Četnost duševních onemocnění je ve stáří až překvapivě velká, předpokládá se, že postihují přibližně 20% starých lidí.*“ Ve vyšším věku se vyskytují ve větší míře i poruchy intelektu. Kolibáš (14) uvádí, že demence patří mezi nejčastější choroby starých lidí a podle epidemiologických výzkumů v evropských zemích jimi trpí více než 6% lidí starších 65 let.

1.4 Rozdělení stáří

Vymezení věku člověka je poměrně velmi problematické a v konečném důsledku i nejednoznačné. Vigué (32) rozlišuje chronologický věk a biologický věk:

- Chronologický věk – je to věk jedince, jež je vyjádřen časem, který uplynul od jeho narození. Má význam spíše sociální a právní než biologický.
- Biologický věk – je to věk, který koresponduje s funkčním stavem orgánů v porovnání se standardním stavem v určitém věku; jde proto o pojetí fyziologické. Znalost biologického věku dává o skutečném stavu stárnutí lepší informaci.

V naší společnosti se nejběžněji používá chronologický (neboli kalendářní) věk. Rychlost procesu stárnutí bývá různá a projevem jsou faktické modifikace, jež způsobují, že každý člověk stárne jinak. Odlišná rychlost stárnutí se u různých lidí projevuje výrazněji až ve vyšším věku, kdy často dochází k výraznějším rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce). Existují lidé, kteří jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní a jiní naopak působí předčasně zestárlým dojmem. U takových lidí pak nekověduje jejich chronologický věk s tzv. funkčním neboli skutečným věkem. Rychlost stárnutí je ovlivňována mnoha faktory – biologickými, psychickými, faktory sociální povahy apod. Haškovcová (7) uvádí, že v běžném životě nejčastěji používáme tzv. kalendářní, chronologický neboli matriční věk, jehož počátek je dán datem narození, nicméně rozhodující a pro praktický život určující je tzv. skutečný věk člověka, který odpovídá věku funkčnímu.

Světová zdravotnická organizace podle uznávaných odborných kritérií považuje věkové rozpětí 45 až 59 let za tzv. střední nebo také zralý věk. Teprve období 60-74 let definuje jako rané stáří neboli vyšší věk; obecně hovoříme o starším nebo lépe o stárnoucím člověku. Za počátek vlastního stáří je pokládán 75. rok; senescence je vymezena časem v intervalu 75-89 let. Ti, kteří žijí déle než 90 let, jsou považováni za dlouhověké. (Haškovcová, 7)

Věkové rozdělení stáří se však neustále vyvíjí směrem k vyššímu věku. Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu.

Obdobné rozdělení stáří jako Světová zdravotnická organizace uvádí i Kalvach (12): v hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Dále píše, že se často o věku 65-74 let (někdy dokonce 65-79 let) hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75-80 let. Za dlouhověkost považuje Kalvach (12) věk 90 a více let, i zde však uvádí možný posun až k hranici 100 let.

Uvedené charakteristiky vymezují počínající stáří do věkového intervalu 60-75 let. Tento věkový interval lze nazvat raným stářím, po němž následuje období pravého stáří, které je ve věkovém intervalu 75-89 let. Hranice mezi raným a pravým stářím je stanovena na 75 let kalendářního věku, nicméně tento věk se může posouvat směrem do vyššího nebo do nižšího věku v závislosti na funkčním věku, který je u každého jedince individuální.

1.4.1 Rané stáří

Rané stáří je obdobím života, v němž již dochází k evidentním změnám způsobených stárnutím, nicméně tyto změny nemusí být a zpravidla ani nejsou ještě natolik velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život. V raném stáří tak lidé většinou nepocítují výraznější omezení ve svém životě. Většina šedesátiletých lidí si udržuje přijatelnou úroveň tělesných i duševních schopností a mohou žít uspokojivě a nezávisle. Mohou žít dokonce mnohem svobodněji než dřív, protože nejsou zatíženi povinnostmi, které už splnili (zaměstnání, péče o děti a staré rodiče).

Z hlediska psychologických teorií má období raného stáří v rámci kontinuity lidského života svůj specifický význam. Podle Vágnerové (30, s. 395) je hlavním vývojovým úkolem

raného stáří dosažení integrity v pojetí vlastního života: „*Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života, jeho pojetím jako celku, který měl určitý smysl. Starší člověk by měl svůj život akceptovat takový, jaký byl, bez velké lítosti nad tím, co se neuskutečnilo nebo mohlo být jinak. To zahrnuje i přijetí vlastní nedokonalosti, smíření se svými nedostatky a vyrovnání se vším, co se nepodařilo, včetně vlastních činů, které ještě po čase vyvolávají pocity zahanbení a viny.*“

1.4.2 Pravé stáří

Období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří. Životní období pravého stáří je spojené s nárůstem problémů způsobených tělesným a mentálním úpadkem. Z hlediska svých zachovaných schopností se staří lidé zpravidla významně liší. Na jedné straně existují lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled, a na druhé straně tohoto spektra je relativně početná skupina těch, kteří jsou poznamenáni značným psychickým i somatickým úpadkem. Období pravého stáří je i obdobím kumulace různých zátěžových situací. Míra závažnosti konkrétní zátěže pro určitého člověka závisí na jeho osobnosti, zkušenostech, hodnotovém systému, ale i na aktuálním psychickém a somatickém stavu. Tyto zátěže mohou být, vzhledem k aktuálnímu stavu starých lidí, někdy subjektivně těžko zvládnutelné, neboť kladou značné nároky na adaptaci (např. umístění do institucionální péče).

Jak uvádí Vágnerová (30, s. 398), vývojový úkol raného stáří (dosažení integrity v pojetí vlastního života) je již většinou splněn: „*Starší senioři přijímají svůj život takový, jaký byl, a již se netrápí nevyužitím eventuálních příležitostí, nejsou zoufalí nad jeho uplynulým průběhem. Většina starších seniorů je smířena s realitou, včetně aktuálních i očekávaných limitů vlastního života.*“

Kvalita života v pravém stáří a s ní související subjektivní pocit pohody může být individuálně rozdílný. Důležitým úkolem pozdního stáří, který souvisí s pocitem životní pohody, je udržení přijatelného životního stylu. Jeho podmínky shrnuje Vágnerová (30) do několika bodů:

- Udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti.

- Udržení či znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti.
- Udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostatečnosti a nepotřebnosti.

1.5 Ageismus

Pojem ageismus je odvozen od anglického slova age, které znamená věk, stáří a obecně je jím označován „společný předsudek vůči stáří“. Poprvé byl tento pojem prezentován v roce 1968. Američtí sociologové Neugartenová a Butler nazvali silně negativní názory a postoje vůči starým lidem „ageismus“ s úmyslem, aby toto slovo asociovalo pojem „rasismus“. Jirásková (11)

Vágnerová (30) vymezuje ageismus jako postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří, projevuje se podceňováním, odmítáním, a v krajním případě až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází k symbolické či faktické diskriminaci pouze na základě stáří. Vágnerová (30) dále uvádí, že hodnotový systém současné společnosti klade důraz na zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí (mladistvého vzhledu, výkonu atd.) a staré lidi silně znevýhodňuje.

Tuto tendenci podporují i média, která různým způsobem potvrzují důležitost vnějšího vzhledu jako současnou jedinou normu. Většina populace je tak vystavena diskriminačnímu tlaku vůči starším lidem, jež má za následek rozvrstvení osob do různých skupin na základě věku.

Věková diskriminace (ageismus) může podle Haškovcové (7) nabývat různých podob: může jít o hrubé podoby diskriminace (např. odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku), ale také o „pouhé“ předsudky, myšlenkové stereotypy (tzv. mýty o stáří). Dále může jít o nevhodné jednání ke všem starým lidem, jež spočívá v podmíněném přisuzování negativních vlastností – o zdětinšťování (infantilizaci) starých lidí, o nepřiměřeném odebírání jejich kompetencí (rozhodovacích možností), o podceňování jejich schopností (včetně schopnosti uzdravení), nerespektování jejich osobnosti či ponižování jejich důstojnosti.

Skupina starších lidí v důchodu představuje sociální menšinu, která je v majoritní společnosti chápána jako nevýznamná, neproduktivní a méně užitečná. Je definována ekonomickou závislostí na společnosti a z tohoto důvodu je považována za méně užitečnou. Společnost tak od starých lidí nic pozitivního neočekává – staří lidé mají nízký sociální status, jsou jim přičítány převážně nežádoucí, neimponující osobnostní vlastnosti a nízké kompetence.

Starší lidé musí dle Vážanského (31) překonávat, respektive musí bojovat s předsudky ohledně nemocí (asi 78 % starších osob je dostatečně zdravých), impotence (uspokojivý milostný vztah pokračuje do 70 až 80 let a hraje důležitou roli u obou pohlaví), ošklivosti (subjektivní hodnocení podléhá kulturním standardům krásy), údajným poklesem duševních schopností (realitou je zpomalená doba reakce a prodloužená doba učení), výskytem psychických poruch (v rámci populace se uvádí méně než 10 % osob s vážnou psychickou chorobou a 10 až 32 % s jejími mírnými projevy), představou zbytečnosti (naopak menší fluktuace, nižší nehodovost, vyšší spolehlivost) atd.

Ageismus tak příliš zjednodušuje a nepřiměřeně zevšeobecňuje pohled na stáří a staré lidi. Nebere ohled na individualitu seniorů a na značné difference, které mezi lidmi této věkové kategorie existují. Současně je zapomenut všechn přínos a práce, kterou staří lidé odvedli během svého aktivního pracovního života. V okamžiku, kdy jsou v roli starobních důchodců, tak je na ně pohlíženo jako na přítěž společnosti, která je musí živit a vynakládat nemalé peníze na jejich zdravotní péči. Z ageismu vyplývá i tendence seniory izolovat, aby nezdržovali a nepřekáželi. Stávají se méně významnou součástí majoritní společnosti, ze které jsou postupně vyčleňováni. Tímto způsobem se projevuje změna v oblasti obecně uznávaných hodnot, zvýšený důraz na jedince, rozpad rodinných vazeb a z nich vyplývajících tradičních rolí.

Opatření proti ageismu

Je nutné všemi možnými prostředky (mediálními, společenskými, politickými atd.) podporovat myšlenky rovnoprávného postavení, dostatku příležitostí k osobnímu kontaktu, prosazování příslušníků starších věkových skupin do veřejného života, ožívování vztahů mezi různými skupinami osob a zajišťování dostatku šancí ke spolupráci.

Podle Vážanského (31) musí úsilí spočívat:

- v uznání sociálního, kulturního, ekonomického a politického přínosu starších lidí,
- v zajištění jejich účasti v rozhodovacích procesech na všech úrovních,
- v zabezpečení možností k zaměstnání pro všechny starší pracovníky, kteří ještě chtějí být profesně činní apod.

Dále je nutné podporovat strategii podpory zdraví a pohody po celý život, dodržovat univerzální a rovný přístup ke zdravotním službám, uspokojovat potřeby duševního zdraví seniorů atd.

1.6 Důchod – velký mezník v životě člověka

Odchod do důchodu je signálem přechodu ze středního věku do stáří. Vágnerová (30) uvádí, že vznik nároku na důchod definuje stáří sociálním způsobem, který nezávisí na žádném výrazném biologickém či psychické parametru.

Je tak oficiálním, ale ne faktickým potvrzením ztráty výkonnosti. Současně je i významným sociálním mezníkem, je ukončením profesní kariéry, které představuje jeden z velmi náročných přechodů raného stáří. Vyrovnat se s důsledky, které s sebou penzionování přináší, není vždy jednoduché. Odchodem do důchodu se člověk stává seniorem a ztrácí tak jednu časově i obsahově významnou náplň všedního dne, kterým bylo zaměstnání. To se děje v době, kdy je možnost volby a adaptace na nově vzniklou situaci již do určité míry limitována (zdravotním stavem, omezenějšími schopnostmi, zafixovanými návyky i nedostatkem financí).

Odchod do důchodu nutí k novému uspořádání života. V aktivním životě je čas řízen prací, v důchodu je to naopak, každý si musí svůj čas organizovat sám. Tato doba je pak pro člověka především z počátku plná nejistot. Odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role a s ní spojené společenské prestiže. Odchodem do důchodu mění člověk svou identitu. Tato změna narušuje rovnováhu dosavadního systému všech rolí, předtím byl člověk pečovatel, lékař, učitel a nyní je důchodce. S touto realitou se musí vyrovnat a přijmout ji. Navíc má nová role důchodce horší sociální status a omezená privilegia.

Minibergerová (18) naznačuje určitou podobnost mezi dospíváním a odchodem do důchodu – nelze se už upínat na minulost a zároveň nevíme, co přijde v budoucnosti. Dále uvádí, že rozdíl je však v tom, že dětství a dospívání připravuje člověka na dospělost, kdežto stáří představuje pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti.

Na dobu důchodu společnost žádný závazný program neurčuje. Haškovcová (8) uvádí, že při odchodu do penze hovoří odborníci o penzijním kolapsu, nebo dokonce o penzijní smrti. Dále pokračuje, že tyto pojmy označují skutečnost, že penzista ztratil základní (pracovní) náplň svého dosavadního života a získal roli „nemít roli“.

Období důchodu bývá považováno za období, které nemá jasně vymezený obsah a obecně platný smysl. Nicméně individuální smysl mít může, ale člověk si jej musí nalézt. Z hlediska společnosti splnil senior jeden vývojový úkol, a když už ho společnost nepotřebuje, má právo rozhodovat o svém soukromém životě podle svého přání. Člověk si musí denní program vytvořit sám a to mnozí lidé nedovedou. Celý svůj život nebyli zvyklí se sami rozhodovat a ve stáří se vůbec rozhodují neradi. Mnoho seniorů tak není schopno snadno změnit dosavadní styl života a svoboda raného stáří se tak může snadno stát zátěží, protože ji lidé neumějí využít. Prázdnota, kterou je třeba vyplnit, může člověka děsit. Jak uvádí Vágnerová (30), problém pocitu prázdnoty života v důchodu často spočívá v tom, že si lidé navykli být manipulováni, akceptovat nějaký program a řídit se podle něj.

Spokojenost staršího člověka s každodenním rozvrhem různých aktivit závisí do značné míry na něm a to může být obtížné a nepříjemné. Při adaptaci na novou roli seniora prochází starší člověk zpravidla celou řadou přechodných fází, kdy akceptuje různé alternativní profesní role, které zmírňují zátěž způsobenou odchodem do důchodu. Někteří senioři nejsou k odchodu do důchodu motivováni a snaží se udržet v zaměstnání co nejdéle, nebo alespoň získat jiné pracovní místo (např. na část úvazku, v méně významném postavení atd.). Podle Vágnerové (30) může být jejich motivace udržet se v zaměstnání velmi rozmanitá:

- Skutečný zájem o profesní aktivitu, která je sama o sobě uspokojující.

- Potřeba udržení sociálního statusu daného profesí. Člověk si chce uchovat společenskou prestiž danou jeho funkčním zařazením, protože podporuje jeho sebeúctu.
- Potřeba zachovat určitý životní styl, jehož nedílnou součástí je i pravidelné zaměstnání.
- Potřeba sociálního kontaktu, strach z izolace v rodině.
- Ekonomické důvody – důchod bývá spojen s poklesem životní úrovně.

Adaptaci na důchod ovlivňují různé faktory, např. zda k němu došlo ve standardním období, zda člověk odešel dobrovolně, ale také to, zda má dostatek finančních prostředků, zda je zdravý, zda mu nechybí přijatelné sociální zázemí apod. Vágnerová (30) uvádí, že adaptace na odchod do důchodu trvá určitou dobu a probíhá v několika fázích:

- fáze přípravy na důchod,
- fáze bezprostřední reakce na změnu,
- fáze deziluze a postupného přizpůsobování,
- fáze adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu.

Z dlouhodobého (celoživotního) hlediska je vhodné mladou generaci nenásilnou formou seznamovat s problematikou stárnutí a stáří a pěstovat v ní základní úctu k dříve narozeným. Každý člověk středního věku by měl uvažovat o tom, co bude dělat, až nebude moci dělat to, co nyní. To znamená, měl by se odpovědně zabývat hledáním odpovědi na otázku, co bude dělat, až odejde do penze. Vhodné je, když zvolené aktivity zahájí již před odchodem do penze a později, až přestane chodit do práce, je dále rozvine. Začínat se zcela novými aktivitami až na počátku penzijního času je sice teoreticky možné, prakticky však velmi náročné a obtížné. (Haškovcová, 8)

1.6.1 Důsledky odchodu do důchodu

Po odchodu do důchodu se může pocít životní pohody a spokojenosti s vlastním životem měnit různým způsobem – nemusí se měnit vůbec nebo jen minimálně, může se výrazně zhoršit, ale i zlepšit.

Vágnerová (30) uvádí, že stabilitu spokojenosti, která přetrvává i po odchodu do důchodu, lze chápat jako signál osobní vyrovnanosti usnadňující přijetí vlastního stárnutí a s ním spojených změn.

Odchod do důchodu je tak významným zásahem do života staršího člověka, což sebou přináší své důsledky. Mezi ty významné patří ekonomické, sociální a psychologické důsledky.

Zaměstnání a z něho vyplývající ekonomická nezávislost je jedním z důležitých znaků produktivního dospělého věku. Odchodem do důchodu může být finanční nezávislost do určité míry ohrožena. Senior je ohrožen poklesem životní úrovně, která může za určitých okolností vyústit až v chudobu. Staří lidé již nemají ve svých „rukách“ zajištění vlastních prostředků a jsou závislí na dávkách od státu a případně na pomoci své rodiny. Pokud se senior dožívá vysokého věku a valorizace důchodů dlouhodobě nepokrývá nárůst cen, pak se nebezpečí chudoby zvyšuje.

Odchod do důchodu je možné chápat jako pozitivní změnu života, protože lidem umožňuje věnovat se činnostem, které jsou pro ně více zajímavé a oni se proto mohou cítit spokojenější. V české společnosti je tak obecně považováno za výhodu, když člověk nemusí pracovat a dostává důchod. Podle Vágnerové (30) to však neplatí pro lidi, pro něž byla práce významným zdrojem životní spokojenosti a nemají k dispozici náhradní program, který by považovali za přibližně stejně hodnotný. Dále uvádí, že pocit ztráty a ohrožení osobně významných hodnot může vzniknout tehdy, jestliže profese tvořila významnou součást identity určitého člověka.

Ztráta identity způsobená ztrátou zaměstnání a následným odchodem do důchodu postihuje podle Vágnerové (30) v různé míře muže a ženy, přičemž jsou zpravidla více postiženi muži než ženy. Důvod je ten, že muži jsou většinou více orientovaní na svou profesi a s ní spojenou společenskou prestiž a ztráta profesní pozice tedy mění ve větší míře jejich sociální atraktivitu. Vágnerová (30) uvádí, že maskulinní přitažlivost je definována mimo jiné i postavením a mocí, která z ní vyplývá – imponující muž něco uměl a dokázal to i sociálně prezentovat. Odchodem do důchodu tyto atributy ztrácí a stává se akceptabilním spíš s ohledem na své případné přátelské vlastnosti a projevy, jako společník nebo je ceněn díky své zručnosti v oblasti domácích prací (údržby, opravy apod.).

Naopak sociální status žen není na profesi v tak vysoké míře vázán. Vágnerová (30) dále uvádí, že v případě žen nemá ztráta profesní pozice na jejich sociální přitažlivost tak velký dopad, protože je víc svázaná s jinými atributy, s jejichž ztrátou se již musely vyrovnat v předchozím období (ztráta tělesné atraktivity) nebo si ji uchovávají navzdory odchodu do důchodu (schopnost pečovatelské a emoční opory).

1.7 Zhodnocení problematiky stáří

Obory zabývající se stářím a stárnutím se neustále vyvíjí a současně roste jejich počet. Je to způsobeno nejen objevováním a zjišťováním nových poznatků, ale především se vyvíjí z důvodu neustále se měnících podmínek ve společnosti. Dříve to byly především zdravotnické obory, které se věnovaly problematice stáří. Nicméně s rostoucím počtem seniorů vznikaly další obory, jejichž úkolem bylo zkvalitňovat život ve stáří nejen z hlediska zdraví, ale i z jiných hledisek (volnočasové aktivity, zmírňování sociálního vyloučení, péče o staré lidi). Postupem času se problematika stáří a stárnutí dostala i do takových oborů, jako je ekonomika.

Stáří je spojeno s vyšší nemocností, s větším úbytkem fyzických a psychických sil. Nicméně ten, kdo byl za starého považován před sto lety, již v dnešní době představě „stáří“ vůbec neodpovídá. Stáří jako takové se posouvá do vyššího věku vlivem neustále se zlepšující lékařské péče, lepších životních podmínek, pestřejšího a zdravějšího stravování, neustále se zlepšujících pracovních podmínek atd. Zvyšuje se tedy počet lidí, kteří jsou většinou společností považováni za staré (protože jsou již v důchodu), ač se často jako staří vůbec necítí.

Obory, které se věnují problematice stáří a stárnutí, musí reagovat na neustále se měnící podmínky ve společnosti. Velmi patrné je to na věku odchodu do důchodu, který se neustále posouvá směrem do vyššího věku. Již samotná definice stáří je problematická a nejednoznačná. Doposud bylo stáří definováno chronologickým věkem a zpravidla věkem odchodu do důchodu. Nicméně lze očekávat, že v budoucnu bude ve stáří hrát stále větší roli biologický (fyziologický) věk.

2 Kvalita života ve stáří

V současné době je studium kvality života interdisciplinárním oborem – kvalita života je tak předmětem zájmu medicíny, psychologů, sociologů, politologů, environmentalistů, techniků, ekonomů apod. Hodnocení kvality života se postupně vyvíjelo tak, jak se měnila životní úroveň a životní podmínky obyvatel. V minulosti byla pozornost věnována odstraňování a zmírňování útrap nemocných a chudých, později byla zkoumána spokojenost s prací a životem. Svobodová (25) uvádí, že v současné době je studium kvality života oborem, který zkoumá kvalitu života na různých úrovních od hodnocení životní úrovně národní populace přes porovnání potřeb specifických skupin obyvatel až po měření individuální spokojenosti. Dále uvádí, že se preferuje multidimenzionální (vícerozměrná) holistická koncepce člověka jako bio - eko - psycho - sociální jednoty, přičemž podotýká, že environmentální podmínky života podporují kvalitu života, i když ji samy o sobě nevytvářejí.

2.1 Přístupy k vymezení kvality života

Nejjednodušší, ale ne zcela správné hodnocení kvality života lidí je z ekonomického hlediska, kdy je vyzdvihována hodnota peněz, vlastnění majetku a civilizačních vymožeností. To se děje převážně v západních kulturách a takové hodnocení není platné v celosvětovém měřítku. Není dokonce platné ani v oblastech západní kultury, neboť nebere v úvahu jiné aspekty života – dobré zdraví, funkční a spokojená rodina, společenské prostředí, duchovní stránku života apod.

Kvalita života je velmi abstraktní pojem a dodnes nedošlo ke shodě na jednotné vymežující definici. Dragomirecká (4, s. 130) uvádí: „*Kvalita života je podle definice Světové zdravotnické organizace to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“.

Kvalita života je ovlivněna velkým množstvím faktorů a existuje mnoho pokusů o její vystižení, jež zahrnují takové aspekty života, jako je dostupnost vody, potravy, bydlení či délka života prožitého ve zdraví. Současně jsou brány v úvahu i subjektivní aspekty vnímání života – pocit dobrého života a seberealizace, spokojenost se životem. Svobodová (25, s. 10) uvádí definici kvality života: „*Nositel Nobelovy ceny za ekonomii Ámartya Sen vymezuje*

kvalitu života jako dostupnost možností, ze kterých si člověk může vybírat při naplňování svého života.“

Významné hledisko při hodnocení kvality života ve společnosti je to, zdali všichni mají šanci žít lidsky důstojný život a zda si mohou zajistit lidsky důstojnou životní úroveň. Životní úroveň však není definována absolutně, ale relativně. Svobodová (25) uvádí, že obsah pojmu „kvalita života“ je podmíněn společenskými normami a hodnotami, nebývá však omezen pouze na materiální statky a rovněž „soulad“ neznamena nutně konformitu s většinovou společností.

Jak už bylo uvedeno, na jednoznačné definici kvality života se dodnes odborníci neshodli. Kvalita života je natolik komplexní pojem, že není možné ji vystihnout v několika málo větách. V několika málo větách je tak možné vystihnout jen její určitou oblast. Podle mého názoru velmi zajímavý pohled na kvalitu života uvádí Svobodová (25, s. 7), když uvádí definici amerického ekonoma Jeremi Rifkina: *„Evropa nastoluje sen o kvalitě života, namísto starého amerického snu o individuálním úspěchu. Víte, to čemu říkám Evropský sen, to je silná myšlenka. Měla by to být příští kapitola dějin. Po dlouhou dobu byl příkladem a modelem americký sen. Je to velmi jednoduchý model - když budeš těžce pracovat, dopracuješ se úspěchu. Když se obětuješ, tvoje děti budou mít prospěch z tvé práce. Je to individuální sen. Evropané formulují svůj sen trochu jinak. Řeknou vám většinou, že jim jde o dobrou kvalitu života. Vědí ale, že té lze dosáhnout jen společně. Namísto toho starého amerického snu o individuálním úspěchu a kumulování statků a o právu na majetek a o svobodném trhu, Evropa nastoluje sen o kvalitě života, o udržitelném rozvoji, o rovnováze mezi prací a odpočinkem, o občanských právech a o míru. Já myslím, že tento nový sen, ten rodící se evropský sen, s veškerými svými slabinami, je prvním pokusem svého druhu. Prvním v celé historii. Vytváří globální vědomí v globalizujícím se světě. Ve světě, který už uznal vzájemnou závislost jedněch na druhých. Ten model má možná zatím příliš mnoho slabin na to, aby se prosadil. Ale Evropané zahájili jeho realizaci. Přes všechny nedostatky EU. Přes její vnitřní rozpory, předsudky... Pro mě jako Američana je zajímavé, že to, o co se v Evropě pokoušíte, je cesta ke globálnímu chápání lidské existence.“*

Maslowova pyramida potřeb

Svobodová (25) uvádí, že kvalita života je také o potřebách, jejich uspokojování, o hodnotách a jejich uspořádání. Člověka motivují jeho vnitřní potřeby a nutnost jejich uspokojení. Vnitřní potřeby člověka jsou individuální, mění se v čase a ve vztahu k prostředí.

Pokud hovoříme o kvalitě života, tak není možné nezmínit Maslowovu pyramidu potřeb. Ta nabízí velmi jednoduchý pohled na kvalitu života, ze kterého je možné vycházet při komplexnějších definicích kvality života. Maslowova pyramida (potřeb) je hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb – od nejnižší po nejvyšší a společně pak tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“:

1. fyziologické potřeby,
2. potřeba bezpečí, jistoty,
3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti,
4. potřeba uznání, úcty,
5. potřeba seberealizace.

Maslow říká, že potřeba vyšší se objevuje až po uspokojení potřeb nižších. Jak uvádí Maslowova pyramida (17), toto však není možné tvrdit zcela bezvýhradně a je dokázáno, že uspokojování vyšších potřeb (estetických, duchovních) může napomoci v krajních situacích (nouze, nedostatek, strádání) lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena či znemožněna (například v prostředí koncentračních táborů).

2.2 Měření kvality života

Měření objektivní stránky kvality života se dnes provádí zejména prostřednictvím zvolených ukazatelů. Ty umožňují na různých úrovních (místních, regionálních, národních, mezinárodních) identifikovat stav a trendy vývoje, zprostředkovávat souhrnné informace o environmentálních, demografických, sociálních, ekonomických a dalších důležitých jevech.

Objektivní měření kvality života pomocí ukazatelů se soustřeďuje zejména na předpokládané zdroje kvality života. Není sporu o tom, že člověk vede kvalitní život, když se v dobrém zdravotním stavu dožije vysokého věku, když je mu poskytnuto patřičné vzdělání, má přístup k takovým materiálním statkům, aby si mohl zajistit slušnou životní úroveň, je

obklopen lidmi, které má rád, kterých si váží a kteří ho mají rádi a váží si jeho, když se může účastnit správy věcí veřejných. (Svobodová, 25)

Pojem kvality života je spojován s pojmem „osobní pohoda“ (well-being). Šolcová (28) uvádí, že well-being je hodnocením kvality života jako celku a že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Dále popisuje, že osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad), emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a že osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.

Buchtová (2) uvádí poznatky a zkušenosti získané z měření kvality života, které se ukázaly jako významné:

- Důležitější pro hodnocení kvality života jedince je jeho vlastní názor na stanovení priorit oblastí kvality života než stanovený a posuzovaný vnější systém hodnot.
- Jednotlivé dimenze kvality života mají pro každého jedince odlišnou závažnost.
- V průběhu života jedince dochází v důsledku procházení životními fázemi a překonáváním různých situací ke změnám v pořadí důležitosti dimenzí kvality života.
- Osobní pojetí kvality života je v úzkém vztahu k vyjádření spokojenosti s dosahováním cílů a plněním plánů.

Index lidského rozvoje

Jeden z mnoha pokusů, jak vyjádřit kvalitu lidského života, představuje index lidského rozvoje. Jak uvádí Index (9), ten patří k nejznámějším a je vypočítáván z řady kategorií. Index vymyslel v roce 1990 pákistánský ekonom Mahbub al Hak a od roku 1993 jej OSN používá ve své každoroční zprávě.

Rozvojový program OSN tak vyjadřuje a hodnotí kvalitu života společnosti pomocí indexu lidského rozvoje, který je souhrnným ukazatelem pro její měření. Cílem indexu lidského rozvoje je tedy zachytit kvalitu života v širším rozsahu, přičemž přístup k prostředkům a tomu odpovídající lidsky důstojná životní úroveň je nedílnou součástí měření kvality života. (Kotýnková, 15)

K základním patří tři kategorie faktorů: lidské zdraví, úroveň vzdělanosti a hmotná životní úroveň. Lidské zdraví je v současnosti vyjádřeno jako průměrná očekávaná délka života při narození, protože tento demografický ukazatel v sobě nejlépe zahrnuje všechny negativní i pozitivní vlivy, které lidské zdraví ovlivňují. Úroveň vzdělanosti se stanovuje jako podíl gramotného obyvatelstva a jako kombinovaný podíl populace z příslušné věkové skupiny navštěvující školy prvního, druhého a třetího stupně. Hmotná životní úroveň je vyjádřena jako hrubý domácí produkt na osobu v USD, který je přepočítáván na paritu kupní síly. (Svobodová, 25)

Koncepce metody SEIQoL

Metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života) patří dnes k nejpoužívanějším metodám hodnocení kvality života. Jedná se o způsob zjišťování kvality života, který předem nestanovuje kritéria, co je správné a dobré, ale naopak vychází z osobnostních představ dotazovaného o tom, co on považuje za důležité.

Křivohlavý (16) uvádí základní propozice (navrhované myšlenkové linie) metody SEIQoL:

- Pojetí kvality života, tak jak je chápe metoda SEIQoL, je individuální. Znamená to, že se vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena. Základními daty jsou výpovědi dané osoby.
- Pojetí kvality života dané osoby závisí tak na jejím vlastním systému hodnot. Ten je při měření kvality jejího života plně respektován.
- Aspekty života, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli podstatné, jsou danou osobou určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné. Mohou se v průběhu života měnit.
- Ty aspekty života daného člověka, které jsou pro danou osobu kriticky závažné, se daná metoda snaží poznat v rozhovoru (interview) s touto osobou.
- Relativní důležitost každého aspektu kvality života každého člověka v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení (judgement analysis). V jednodušší formě je relativní důležitost zjišťována pomocí metody

SEIQOL-DW, případně tak, jak je v tzv. adaptované metodě SEIQoL navrhováno – subjektivním odhadem procentuální závažnosti jednotlivých cílů.

Metoda WHOQOL (Šťastná, 28)

Světová zdravotnická organizace vyvinula dotazník zaměřený na měření kvality života WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) a jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF.

Popis

Dotazník WHOQOL-100 se sestává ze 100 položek. Dotazník WHOQOL-BREF se sestává z 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek). Tato zkrácená forma dotazníku vychází z dotazníku WHOQOL-100. Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Znění položek bylo beze změn převzato z plné verze dotazníku.

Kvalitu života autoři definují stejně jako Světová zdravotnická organizace, tedy že kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.

Účel/použití

Oba dotazníky slouží k sebesouzení kvality života jedince. Respondent je vyplňuje sám, pouze v případě potřeby jsou předkládány formou standardizovaného rozhovoru. Oba dotazníky jsou určeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací. Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání nebo srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami.

Oblasti zaměření

WHOQOL-100 zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF jsou rozděleny do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání,

sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím).

Populace

Dotazník je určen pro populaci do 65 let, pro zkoumání kvality života ve vyšším věku doporučují autoři české verze k dotazníku WHOQOL-BREF použít ještě speciální modul pro vyšší věk WHOQOL-OLD.

Výhody

WHOQOL-100 citlivě rozlišuje mezi soubory osob s různou úrovní zdravotních potíží a také rozdíly mezi muži a ženami. Retestová reliabilita domén dotazníku WHOQOL-100 měřená v rozmezí dvou týdnů ukazuje na relativní stálost výpovědi v tomto časovém intervalu. V praxi je účelnější zkrácená verze WHOQOL-BREF.

Omezení

Vzhledem k výsledkům retestové reliability není vhodné dotazník WHOQOL-100 používat k podchycení vlivu bezprostřední nálady nebo krátkodobých změn.

2.3 Kvalita života seniorů

Dragomirecká (4) uvádí, že kvalita života seniorů se často vnímá jako synonymum schopnosti vést nezávislý život a metody hodnocení se často soustředí na schopnost provádět běžné každodenní činnosti. Dále uvádí, že funkční schopnosti mají velký vliv na kvalitu života, přesto existuje mnoho dalších psychologických a sociálních faktorů, které přispívají ke kvalitnímu životu, jejichž poznání může životní situaci seniorů příznivě ovlivnit.

I Ondrušová (21) uvádí, že mezi nejzávažnější problémy ve stáří patří nesoběstačnost spojená s osamělostí, jejichž důsledkem může být až sociální izolace. Dále zmiňuje, že zdraví, sociální prostředí, mezilidské vztahy, životní styl, hmotné zabezpečení, aktivita a také zdravotní péče a sociální služby patří k faktorům, které výrazně ovlivňují spokojenost seniorů a kvalitu jejich života.

Ze zdravotního hlediska není pro kvalitu života starého člověka rozhodující samotná přítomnost či nepřítomnost nějaké nemoci, ale spíše je důležitý stupeň funkčního postižení, které z nemoci vyplývá. Zdraví již v tomto věku není chápáno jako neexistence nemoci, ale více jde o zachování soběstačnosti a přijatelného pocitu pohody. Vágnerová (30, s. 402) uvádí: „Podle seniorů nad 70 let znamená zdraví schopnost radovat se ze života (80%) a možnost dělat si, co člověk chce (71%). Nárůst nesoběstačnosti je po 75. roce života velmi strmý.“

Významným indikátorem zhoršujícího se zdravotního stavu seniorů je kumulace postižení různých funkcí, které ovlivňují a snižují celkovou soběstačnost seniorů. To se projevuje neschopností provádět i běžné činnosti, tedy postarat se adekvátně o sebe i o svou domácnost. Snižování soběstačnosti může vyústit až k závislosti na pomoci jiných lidí či k nutnosti umístění do instituce. Vágnerová (30) uvádí, že uvědomění zhoršování či ztráty důležitých kompetencí se samozřejmě odráží i v psychickém ladění a pocitu životní pohody.

Hodnocení kvality života samotnými seniory

Dragomirecká (4) uvádí velmi často zmiňované negativní aspekty kvality života ve starším věku: diskriminace (souvisí se skutečností „být v důchodu“); zdravotní péče (méně spokojení byli mladší senioři, důvodem nespokojenosti byla cena léků); finance (nedostatek levných služeb v oblasti kultury a cestování); nevýhody velkoměsta (bezpečí, doprava, fyzické bariéry); úraz, nemoc, ztráta partnera, ztráta kontaktů. Dále v oblasti mezilidských vztahů byly zmiňovány špatné vztahy mezi starými lidmi, ztráta sousedské pospolitosti, ztráta mezigenerační vzájemnosti, pocit, že staří lidé nesdílejí stejný svět s mladou generací, že není zájem o jejich zkušenosti a pocit, že nerozumí současnému světu a neumí s ním zacházet (informace, přístroje).

Ke kvalitě života ve starším věku přispívají především aktivity různého charakteru. Může se jednat o práci na plný či zkrácený úvazek nebo o občasnou brigádu, dále to může být dobrovolná práce v různých organizacích či akcích, rozvoj různých zájmů (ať již dříve provozovaných nebo zcela nových), rozvoj společenského života a udržování sociálních kontaktů (studium, cestování). Významnou součástí kvality života ve stáří je možnost

svobodné volby a svobodného rozhodování, zájem a podpora rodiny a v neposlední řadě soběstačnost a schopnost vyrovnat se s nepříznivými skutečnostmi.

2.4 Zhodnocení kvality života ve stáří

Pokud bychom si chtěli zjednodušit přístup k vymezení pojmu kvality života a k vytvoření podmínek, které ji zajišťují, tak nejsnazší je vycházet z Maslowovy pyramidy potřeb. Dá se říci, že je obecně platná pro většinu lidí, nicméně na ní musí být nahlíženo v kontextu místních podmínek. Česká republika se nachází ve střední Evropě a je součástí Evropské unie, čemuž odpovídá, nebo by aspoň měla odpovídat, životní úroveň občanů a tomu odpovídající kvalita života. Proto se při vytváření podmínek nelze (v případě České republiky) omezovat pouze na zajištění základních podmínek, jako je dostupnost vody, potravy, bydlení, ale je potřeba se zaměřit i na vytváření podmínek pro uspokojování „vyšších“ potřeb, které zpravidla souvisí se subjektivním vnímáním života – pocit dobrého života, možnost seberealizace, spokojenost se životem, možnost svobodné volby apod.

Při vytváření podmínek pro kvalitní život je nutné postupovat tak, aby všichni občané bez rozdílu měli možnost žít kvalitní život. Samozřejmě je pak na jednotlivých občanech, zdali tuto možnost využijí. Je tedy důležité vytvořit takový systém, aby nikdo nebyl diskriminován a vyčleněn.

3 Vytváření podmínek pro kvalitní život ve stáří

Při vytváření podmínek a zavádění opatření pro kvalitní život ve stáří je třeba vycházet z aktuálních podmínek, které panují ve společnosti. Opatření, která působila dostatečně před 20 lety, již v současných podmínkách nemusí být dostačující. Podmínky se neustále vyvíjí a mění – jedná se především o demografický vývoj společnosti, se kterým je velmi úzce spojeno financování důchodového systému z hlediska jeho dlouhodobé udržitelnosti.

Demografický vývoj

Stále větší část dospělého života budeme prožívat ve stáří. Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006). Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát a počet stoletých a starších se zvýší 15,5 krát. (MPSV, 20)

Klevetová (13) uvádí, že během padesáti let bude poprvé v historii lidstva žít na zemi více lidí starších 60 let než osob mladších 15 let. V roce 2004 bylo v České republice 14% osob nad 65 let a předpokládaná doba dožití u žen 78 let a u mužů 72 let.

Jarošová (10, s. 17) uvádí: „V Evropě bude žít kolem roku 2020 přibližně 25,1% populace starší šedesáti let a v roce 2050 se podíl osob starších 60 let zvýší na celých 35%.“

V demografickém vývoji lze vyzorovat dva hlavní trendy. Jak už bylo uvedeno, první trend je celkové stárnutí populace a druhým trendem je feminizace stáří. Schmeidler (24) uvádí, že staré ženy jsou s vysokou pravděpodobností spíše vdovy než vdané a spíše žijící v jednočlenných domácnostech, naopak staří muži jsou spíše ženatí než vdovci a žijí ve vícečlenných domácnostech. Schmeidler (24) dále vysvětluje, že tyto rozdíly jsou jednak způsobovány vyšší úmrtností mužů ve starém věku, jednak tím, že mnohonásobně častěji uzavírají další sňatky a pokud se znovu ožení, tak si berou mladší ženy, čímž si zvyšují pravděpodobnost, že svou manželku nepřežijí a nebudou žít osamoceně.

Náročnost financování důchodového systému tak nevzniká pouze měnící se věkovou strukturou obyvatelstva směrem k vyššímu věku, ale vzniká i na základě struktury starších lidí, ve které převládají ženy, jež žijí v samostatných domácnostech.

Financování důchodového systému

Ze zdrojů MPSV (20) vyplývá, že změny věkové struktury populace vytvářejí v případě průběžně financovaného a dávkově definovaného důchodového systému, který má Česká republika, tlak na výdajovou stranu důchodového systému. Dále je zde uvedeno, že současný důchodový systém je proto bez provedení adekvátních změn dlouhodobě finančně neudržitelný a že důchodová reforma by měla být vnímána jako kontinuální proces přizpůsobování, a nikoliv jako jednorázová změna.

Demografické stárnutí obyvatelstva je často považováno za negativní jev a často je tato problematika redukována na reformu důchodového systému, která má zajistit jeho dlouhodobou finanční udržitelnost. K řešení problémů se stárnoucí populací je však třeba udělat více, než jen zajistit financování důchodového systému. Nicméně je nutné dodat, že financování hraje významnou roli.

Stárnutí a případný úbytek pracovní síly může být do značné míry kompenzován zvýšením zaměstnanosti starších lidí. Ekonomický dopad stárnutí populace bude do značné míry závislý na tom, jak budou využity získané přírůstky v délce života. Celková úroveň zaměstnanosti a její prodloužení do vyššího věku je pro „udržitelnost“ financování důchodového systému významnější než samotné poměry věkových skupin v populaci a demografické indexy závislosti. Rozhodující pro přizpůsobení důchodového systému stárnutí populace je oddálení skutečného věku odchodu z trhu práce a zvýšení ekonomické aktivity starších osob, a to nejen zvyšováním statutárního důchodového věku. (MPSV, 20)

3.1 Aktivní stárnutí

Vážanský (31) uvádí, že od devadesátých let je Světovou zdravotnickou organizací proklamován termín „aktivní stárnutí“ (active aging), který přinesl pozitivní vizi založenou na udržení samostatnosti a nezávislosti člověka v pozdním věku. Později se představa aktivního stárnutí doplnila „novými paradigmaty stárnutí“, přijetím zdravého životního stylu, delším

pracovním zapojením a pozdějším odchodem do důchodu, aktivitou ve vyšším věku, snahou o lepší život atd.

Všeobecně je známo, že aktivní život není možný bez dostatečného hmotného zabezpečení, a to bez ohledu na věk. Nízký příjem tak významně omezuje možnosti aktivního života. To platí jak pro mladé lidi, tak i pro starší lidi před důchodem a v důchodu. Pro lidi v důchodu je to o to těžší, že z hlediska hmotného zajištění jsou odkázáni na dávky od státu, jejichž výše nemusí být dostatečná pro vedení aktivního způsobu života. Je proto nutné provést reformy důchodového systému, které povedou ke zvýšení ekonomické aktivity a zaměstnanosti starších lidí.

MPSV (20) uvádí, že s reformou důchodového systému musí být současně provedena reforma trhu práce, a to v souladu s reformou důchodového systému. Dále musí být zvýšení důchodového věku doprovázeno komplexními opatřeními ke zvýšení zaměstnanosti starších osob, k prodloužení pracovního života a ke snížení nezaměstnanosti starších osob.

3.2 Posun termínu odchodu do důchodu

Vždy, když je nastolena otázka posunu termínu odchodu do důchodu do vyššího věku, tak vyvolává velké emoce a reakce. Tato otázka se týká všech lidí ve společnosti – od mladých lidí, kteří teprve začínají svou profesní kariéru, až po lidi, kteří už mají termín odchodu do důchodu blízko. Z demografického hlediska vyplývá, že věk odchodu do důchodu se bude posouvat, a to pouze směrem k vyššímu věku. Tento trend je většinovou společností vnímáno jako negativní opatření. Většinovou společností je v tomto případě myšlena skupina pracujících lidí, kteří ještě reálně nemusí řešit otázku odchodu do důchodu. Mimo tuto skupinu stojí lidé, kteří mají do důchodu „blízko“. Paradoxně tito lidé podle mých zkušeností takové opatření nijak výrazně negativně nevnímají a naopak se snaží co nejdéle zůstat v práci.

Odchod do důchodu může probíhat různými způsoby, může být dobrovolný nebo vynucený okolnostmi (zdravotním stavem, požadavkem zaměstnavatele, tlakem okolí/spolupracovníků), může být jasným mezníkem s konkrétní časovou lokalizací, ale může mít i charakter dlouhodobého procesu. Podle Vágnerové (30) trvají přechodové fáze částečných úvazků či přechodných zaměstnání obvykle jen několik let, po 70. roce už většina lidí pracovat nechce.

Současná společnost považuje za starého toho jedince, kterému vzhledem ke kalendářnímu věku vznikl nárok na starobní důchod. Než se však člověk skutečně stane starým, prožívá relativně dlouhé období, ve kterém je sice sociálně za starého považován, ale zdaleka se tak necítí. Označení starý člověk se zakládá především na společenské konvenci, která má různé, ale převážně ekonomické důvody. A protože každý starobní důchodce je pokládán za starého člověka, většina lidí považuje odchod do důchodu za počátek stáří. Lidé, kteří mají „blízko“ do důchodu, si tento rozpor uvědomují a brání se odchodu do důchodu, protože se nechtějí stát „starými“.

Je tedy mnoho důvodů, proč by měl být posun termínu odchodu do důchodu do vyššího věku proveden. Z hlediska jednotlivce se jedná o důvody vnější – demografický vývoj, financování důchodového systému, lepší zdravotní péče, ale i o důvody, které často vycházejí z aktuálních potřeb staršího člověka – chuť pracovat i po dosažení důchodového věku, touha po zachování sociální role, udržení vyšší životní úrovně atd.

Prodlužování délky života = lepší podmínky k životu

Baltes (1, s. 40) uvádí: *„Prodlužování průměrné délky života je jedním z největších výdobytků moderní doby. Pravděpodobnost dožití vysokého věku se ve vyspělých zemích světa zvyšuje díky lepším životním podmínkám, stále rostoucímu ekonomickému blahobytu a rovněž díky lékařskému výzkumu a péči.“*

Prodlužování průměrné délky života tak způsobuje, že lidé odcházejí do starobního důchodu, který je „nálepkou“ a nespravedlivým synonymem vyzrálého stáří, v době, kdy skutečně staří ještě nejsou. Haškovcová (7) uvádí, že než se začínající důchodce skutečně starým stane, prožije žena třeba i 19 a muž 15 let života. Dále popisuje, že toto patnáctileté období raného stáří nemá kodexovanou, tj. všeobecně uznávanou podobu a obsah, a to ani v rovině individuální, ani společenské, a proto se stává obdobím, v němž se člověku špatně žije.

Stárnutí obyvatelstva je důsledkem společenských a ekonomických změn současného světa. Příčiny lze uvést v pořadí (Vážanský, 31):

- dramatické zvýšení očekávané délky života (průměrný věk lidí na světě za 100 let vzrostl o 37 roků!),
- klesající dětská úmrtnost (nyní pod jedním procentem),

- proměna životního stylu,
- vyšší úroveň lékařské péče,
- snížení míry porodnosti.

Hlavní příčiny stárnutí populace (prodloužení střední délky života a snížení porodnosti) tedy nejsou signálem úpadku, nýbrž bohatství. Devízu představuje nárůst množství disponibilního času, větší bezpečnost, pestrý rejstřík šancí ke vzdělávání, civilizační vymoženosti, dostatek potravin a perspektiva zdravějšího delšího života. (Vážanský, 31)

Uchování schopností ve stáří

Kalvach (12) uvádí, že intelektové schopnosti zůstávají dobře zachovány i do nejpokročilejšího stáří. Tvrdí, že přirozená involuce nevede k syndromu demence – s věkem sice klesá schopnost nacházení nových řešení, rychlého zvládnání neznámých situací a problémů (tzv. fluidní inteligence), ale zůstává zachována tzv. krystalizovaná inteligence, která využívá k řešení problémů zkušenosti a zažitá schémata.

Podle Baltese (1) se v případě krystalizované inteligence jedná o kulturně vázané dovednosti a schopnosti, jako jsou řeč, profesní vědomosti a sociální inteligence. V popředí tedy stojí životní a každodenní zkušenost. Tyto vědomosti a dovednosti mohou dobře fungovat až do pozdního věku. Dále Baltese (1) uvádí, že pokud profese vyžaduje tělesnou sílu nebo neustálé přeučování, představuje stáří a s ním související ztráta fluidní inteligence výrazné omezení z důvodu rychlého stárnutí obsahu a formy potřebných informací.

Haškovcová (7) uvádí, že lidé nad padesát let věku vykazují stereotypii úsudku – myslí a jednají ve známých a osvědčených schématech. Tento fakt lze interpretovat dvojnásobem: jako chvályhodnou zkušenost reprezentující určitou rozvahu, nebo jako způsob, ve kterém jsou zřetelná rizika nadbytečné kategorizace s tendencí k dogmatismu. Určit hranici mezi osvědčenou zkušeností a počínající rigiditou je nesnadné.

Pracovní výkon ve stáří

Ve vyšším věku dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Haškovcová (7) uvádí, že s rostoucím věkem klesá

vitalita a energie a veškerá činnost trvá starému člověku déle. Nicméně na druhé straně je toto negativum zpravidla vyrovnáváno systematičností, důsledností a důkladností.

Toto hledisko je nutné brát v úvahu, pokud je uvažováno o zaměstnaneckém poměru starého člověka. Snížené psychomotorické tempo lze kompenzovat trpělivostí, vytrvalostí, systematičností atd. Dále je nutné z hlediska psychického výkonu ve stáří zajistit dostatečný odpočinek (spánek, přestávky v psychicky náročné činnosti), klid a vlastní tempo (nepřítelem starých lidí je časový stres a obava z neúspěchu). Jak uvádí Kalvach (12), při učení je třeba respektovat zhoršenou vstřípivost – staří lidé potřebují ve srovnání s mladými k zapamatování stejného objemu informací větší počet opakování.

Ač to tak na první pohled nevypadá, starší pracovníci mohou být velkým přínosem pro zaměstnavatele. Jejich velkou výhodou jsou dlouholeté pracovní zkušenosti, profesní i osobní zralost, nižší fluktuace, nižší výskyt absencí apod. Dlouholetými zkušenostmi nekompenzují pouze své „stáří“, ale mladší kolegové se od nich mohou učit (nejen z hlediska odborného, ale i z hlediska přístupu a řešení k problémovým situacím apod.). Jak uvádí MPSV (20), věkově různorodý kolektiv je stabilnější a produktivnější.

Počet pracujících důchodců (CSU, 3)

Pracující důchodci jsou důležitou součástí naší ekonomiky. Mnoho důchodců, a to nejen starobních, si k důchodu přivydělává a pracuje. Jak ukazuje studie Českého statistického úřadu z prvních třech čtvrtletí roku 2010, pracující důchodci představují téměř 5 % všech pracujících a zvláště v některých odvětvích jsou dokonce podstatnou součástí aktivních pracovních zdrojů. Tak jako v jiných evropských státech, věk nároku na starobní důchod, jeho získání a skutečné přerušení všech pracovních (výdělečných) aktivit se můžou značně lišit.

V prvních třech čtvrtletích roku 2010 pracovalo v České republice v průměru 238 tisíc osob, které zároveň pobíraly nějaký důchod. Převažující část z nich (150 tisíc) byli důchodci v řádném starobním důchodu, včetně pracujících s předčasným starobním důchodem. Dále je zde uvedeno, že každý druhý starobní důchodce pracuje jen na částečný úvazek, u žen jejich podíl dosahuje téměř 60 %, u mužů necelých 40 %. Odpracují tak méně hodin týdně než

ostatní pracující, avšak nikoli o tolik méně, jak by se mohlo očekávat: za celé národní hospodářství byl průměr 37,7 hodin týdně a ve skupině důchodců to bylo více než 28 hodin.

Češi končí s aktivní pracovní činností dříve než ostatní obyvatelé Evropské unie. Česká ekonomika patří v rámci EU mezi státy, kde se odchází z aktivního pracovního procesu spíše dříve. Jde však o pouhé srovnání průměrů, které může být ovlivněné odlišnými strukturami ekonomik. V evropské sedmadvacítce činil v roce 2008 průměrný věk odchodu z pracovního života 61,4 roku, v České republice to bylo 60,6 roku. Pro porovnání v Nizozemsku činil tento věk 63,2 a ve Švédsku dokonce 63,8 roku. Zarazí i rozdíly u pohlaví: čeští muži končí své aktivní působení na trhu práce průměrně v 62,3 roku, tj. o čtvrt roku později než je průměr Evropské unie. Naopak ženy v České republice končí své aktivity podstatně dříve než ve většině členských zemí Evropské unie (59,0 roku v ČR; 60,8 roku v průměru za EU). Definitivní odchod na odpočinek je zde určován především měnící se legislativní hranicí pro vznik nároku na starobní důchod.

O aktivitě seniorů rozhoduje vzdělání. Existují velké rozdíly v intenzitě pracovního zapojení důchodců podle úrovně dosaženého vzdělání. Ve skupině osob se základním vzděláním pracoval pouze každý padesátý starobní důchodce. Ve skupině vyučených dosahuje 5 % a ve skupině osob se středním vzděláním s maturitou podíl pracujících starobních důchodců je vyšší než 8 % z celkového počtu respondentů s tímto stupněm vzdělání. Razantně roste podíl pracujících starobních důchodců ve skupině s vysokoškolským vzděláním, kde pracoval dokonce každý pátý starobní důchodce (19 %). Jen velmi malý díl starobních důchodců pracuje v průmyslu a stavebnictví, dominantním sektorem pro jejich pracovní uplatnění je oblast služeb, ve které pracují tři čtvrtiny všech aktivních důchodců.

Čtvrtina pracujících důchodců vlastní živnostenský list, tři čtvrtiny pracují v oblasti služeb. Z hlediska konkrétních zaměstnání se pak skupina pracujících starobních důchodců jakoby rozpadá na dvě extrémní části: 63,5 tisíce starobních důchodců (více než 42 %) pracuje ve vysoce kvalifikovaných profesích (vědeckí a odborní pracovníci a široká skupina technických, zdravotnických a pedagogických pracovníků). Na druhé straně často pracují i jako pomocní a nekvalifikovaní pracovníci (přes 14 %). Ve srovnání s ostatními pracujícími také starobní důchodci častěji pokračují ve svých pracovních aktivitách jako podnikatelé, hlavně jako osoby samostatně výdělečně činné. Podíl těchto podnikatelů bez zaměstnanců

představuje celou čtvrtinu všech pracujících, kteří souběžně pobírají starobní důchod. Je tedy jasné, že v některých zaměstnáních je možné pokračovat i ve vyšším věku, v jiných, zejména fyzicky nejvíce náročných profesích, to lze již jen obtížně.

Pozvolný odchod do důchodu

Ekonomická aktivita starších osob, včetně aktivity po dosažení důchodového věku, závisí na mnoha faktorech. Je obecně vyšší tam, kde je větší poptávka po pracovní síle a nízká nezaměstnanost. Ekonomická aktivita starších osob se liší mezi regiony i sociálními skupinami. Vyšší vzdělání a kvalifikace poskytuje více možností a větší flexibilitu na trhu práce. Věk, ve kterém jednotlivci čelí problémům na trhu práce, se může značně lišit u jednotlivých profesí a sektorů ekonomiky. Nelze stanovit obecně platnou věkovou hranici, kdy člověk ztrácí schopnost uplatnit se v zaměstnání. (MPSV, 20)

Přechod mezi ekonomickou aktivitou a ekonomickou neaktivitou by měl být více flexibilní. Jak už bylo naznačeno v různých definicích kvality života, člověk by měl mít možnost výběru. Dosažení důchodového věku by nemělo znamenat automatický odchod z trhu práce. Starší osoby mohou setrvat déle na trhu práce, pokud k tomu dostanou příležitost a budou pro ně vytvořena adekvátní pracovní místa.

Jak uvádí MPSV (20), lineární model „vzdělání – práce – důchod“ stále více přestává platit a hranice mezi jednotlivými fázemi životního běhu se stávají flexibilnějšími a méně ostrými. Ve fázi přechodu mezi plnou zaměstnaností a důchodem se postupně mění styl života starších lidí, příběh vlastní profesní kariéry se uzavírá a starší člověk jej musí nějak zpracovat.

3.3 Sociální programy

V okamžiku, kdy starší člověk opouští aktivní pracovní život a stává se seniorem, tak se mění radikálně jeho denní program. Již nemá povinnost chodit do zaměstnání, ale svůj každodenní program si musí obstarávat sám. To může být pro některé seniory náročné. V takové chvíli přichází na řadu sociální programy, které slouží ke zkvalitnění života seniorů.

Životní styl člověka ve stáří je většinou stejný jako životní styl, který žil dříve. Člověk není zpravidla schopen změnit svůj životní styl ze dne na den v okamžiku, kdy se člověk stane seniorem. Nicméně každý se během svého života vyvíjí, a tak může dojít postupně ke změně

životního stylu. To si kladou za cíl sociální programy – mají za úkol aktivizovat klienta a zvláště v období stáří nabývá aktivizace na významu, neboť zkvalitňuje život jako takový – přináší značné hodnoty v oblasti správného životního stylu, prevence sociálního vyloučení. Jde o přirozené sociální potřeby člověka, které formují jeho život v každém věku. Sociální programy by měly vycházet ze znalosti klienta, z jeho životní historie, zájmové orientace, profesionálního zaměření, rodinné struktury, zdravotního stavu a ostatních souvislostí jeho života.

Vostrovská (34) uvádí, že pro všechny aktivizační postupy musí platit zásada, že druh aktivity nemůže být stanoven podle poskytovatele sociální služby, ale je třeba obrácené cesty. Dále popisuje, že tou cestou je směr od klienta, který byl zahradník, lékař či učitel, k poskytovateli služby, který mu jen podá ruku k další cestě za kvalitou jeho života s respektováním svobodné vůle ke spolupráci.

Ze znalostí klientů je možné a nutné čerpat náměty a zdroje spolupráce a způsoby aktivizace seniorů. Sociální programy musí zohledňovat různorodost sociální skupiny seniorů, respektování různých potřeb, návyků a způsobů chování. Jak uvádí Vostrovská (34), je špatné univerzální řazení seniorů do kategorie pouze potřebných a nemocných bytostí, které musí být kontrolovány, napomínány, řízeny.

Sociální programy se zaměřují na různé oblasti a stránky lidského života, mezi které patří vzdělávání, rozvoj zájmových aktivit a koníčků, pohybové aktivity, poznávací programy, kulturní programy atd.

Vzdělávání

Přijatelné formy vzdělávání u generace třetího věku jsou stále velmi důležité. Právě u starších občanů jde o nesmírně potřebnou činnost, jež by však měla být přizpůsobena jejich psychosomatickým možnostem. Většinou jde o cílené aktivity, které na první pohled ani jako vzdělávání nevypadají. Důležité je nalézt formu, která je pro klienta přijatelná a zajímavá: přednáška, vysílání vzdělávacích programů, knihovny, noviny a časopisy, univerzita třetího věku apod.

Zájmové aktivity

U většiny klientů lze objevit opravdového koníčka, kterému se věnují aktivně. U některých klientů se musí znovu nalézt, protože zájem již vyprchal, a u jiných je nutné učinit pokus nabídnout odpovídající činnosti, mezi které může patřit: ruční práce, sport (aktivní nebo i pasivní – sledování sportovních přenosů), pěstování květin, zeleniny, práce na zahrádce, péče o drobná zvířátka, společenské hry.

Pohybové aktivity

Ve vyšším věku je potřebný pohyb v jakékoliv formě a intenzitě pro udržení nebo zlepšení sebeobsluhy i sociálních kontaktů. Může se jednat o různé aktivity: chůze (nutná k nezávislosti klienta), vycházky, cvičení, výlety, relaxace.

Poznávací programy

Člověk má přirozenou potřebu poznávat nové, která jej neopouští ani ve vyšším věku. Je nutné dát klientům nabídku něčeho nového, zajímavého, co u nich vytvoří pocit sounáležitosti se společností a vzbudí zájem. Může se jednat o různé aktivity: návštěva města a jeho okolí, návštěva muzea, hvězdárny, pozvánka do školy nebo školky.

Kulturní programy

Účast na kulturních akcích je další z forem potřebné integrace. Člověk tak vystupuje ze své ulity a stává se součástí veřejného dění. Opět má příležitost připojit se k normálnímu běžnému životu. Jedná se tedy o kulturu aktivní: pozvání umělců do klubovny, do domoviny, návštěva divadla (kina), návštěva programů uměleckých škol, pozvání dětí z mateřinky nebo základní školy, účast na různých oslavách.

3.4 Péče o staré lidi

Standardním projevem pokročilejšího stáří je úbytek fyzických i psychických kompetencí, který bývá nejčastějším důvodem ke změně životního stylu. Soběstačnost starého člověka tak postupně klesá a s postupujícím věkem začne potřebovat pomoc i při běžných, každodenních činnostech. Ztrácí svou autonomii a musí se smířit se závislostí na pomoci

někoho jiného. Tato pomoc mu může být poskytnuta příbuznými nebo profesionály v rámci jeho soukromí nebo instituce.

Současné formy péče o staré lidi se realizují v rodině, v resortech zdravotnictví a v sociálních službách. Veškeré úsilí by mělo spočívat v tom, aby starý člověk zůstal co nejdéle ve svém přirozeném prostředí (ve svém bytě, v rámci své rodiny), ve kterém mu je nejlépe. Pouze v případech, kdy už toto není možné zajistit, tak je přemístěn do odpovídajícího zařízení. Pro zajištění takové péče je nutná široká nabídka různých a především dostupných služeb, které se vždy přizpůsobí stavu a situaci klienta. Při poskytování služeb by měl být maximálně využit potenciál klienta a sociální služby by měly dělat za klienta především to, na co už sám nestačí.

Rodina, její možnosti a limity při péči o staré lidi

Člověku je zpravidla nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci. Nicméně tradiční rodinné soužití se ve 20. století výrazně změnilo. Rodiče a jejich dospělé děti již žijí většinou odděleně. Všechny generace si totiž zvykly na nezávislost a těžko se jí vzdávají. Občasná péče o starého člověka většinou nepůsobí rodinám větší potíže. Problémy nastávají, když je nutná náročnější, dlouhodobější nebo trvalá péče o starého nemocného člověka. V té chvíli vyvstávají mnohé překážky: nevyhovující bydlení (malé byty a z toho plynoucí ztráta soukromí), vysoká zaměstnanost žen střední generace, další ekonomické důvody atd.

Rodině, která je ochotna a schopna se starat o seniora, je třeba pomoci. Haškovcová (8) uvádí formy pomoci:

- Respitní péče – princip této péče spočívá v tom, že příslušné kvalifikované zařízení převezme do péče starého a dlouhodobě nemocného člověka, o kterého se stará rodina, a to na dobu určitou. Důvodem je odpočinek starající se rodiny.
- Systém domácí péče (home care) – jedná se o služby, které pomáhají starající se rodině a umožňují pobyt nemocného seniora v domácím prostředí.

Domácí péče (home care)

Posláním domácí péče je zajistit ve vlastním prostředí klienta takový rozsah zdravotní a sociální péče, aby k jeho hospitalizaci nebo k jeho umístění do ústavu sociální péče

docházelo jen tehdy, když je to nezbytně nutné. Domácí péče respektuje v plném rozsahu potřeby klienta v jeho vlastním sociálním prostředí i jeho individuální vnímání kvality života. Soubor činností realizovaný v rámci primární péče úzce souvisí s podporou a ochranou zdraví, prevencí onemocnění, vyšetřováním, léčením, ošetřováním, rehabilitací, sociálními službami apod.

Misconiová (19) uvádí, že vědeckými studiemi je prokázáno, že psychická pohoda člověka, která je v domácí péči bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí, přítomností bytostí blízkých, má přímý vliv na stav imunitního (obraného) systému člověka a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování nebo zmírnění negativního vlivu doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění. Role klienta a jeho blízkých v procesu poskytování domácí péče je nezastupitelná. V rámci domácí péče jsou klient i jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých. I toto je nezastupitelné pozitivum systému domácí péče.

Domácí péči zpravidla využívají zejména dvě skupiny pacientů. První skupinou pacientů jsou ti, kteří jsou propuštěni z nemocnice a u nichž je předpoklad, že doléčení a rekonvalescence může probíhat v domácích podmínkách. Druhou skupinou jsou chronicky nemocní pacienti, kteří vyžadují dlouhodobou, nikoliv však nutně nemocniční péči.

Domácí péče je výhodná z několika důvodů, které uvádí Haškovcová (8):

- udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci,
- nemocný se ve svém prostředí cítí lépe a rychleji se uzdravuje,
- zlepšuje psychický stav nemocných a vylučuje nepříznivé dopady hospitalizace,
- snižuje náklady na zdravotní péči (je však třeba dodat, že domácí péče je sice levnější, ale není levná).

Domácí odborná péče (home care) velmi často bývá kombinována s domácí laickou péčí (home help).

Domácí zdravotnická péče

Domácí zdravotní péči indikují zpravidla praktičtí lékaři (působící v primární péči). Domácí péči může indikovat i odborný lékař, který o klienta pečuje v průběhu hospitalizace, ale pouze po dobu 14 dnů po propuštění z lůžkového zdravotnického zařízení. V tomto případě se jedná o lékaře působícího v systému sekundární a terciární zdravotní péče. Maximální rozsah frekvence domácí zdravotní péče, která je hrazena z fondu zdravotního pojištění, je stanoven na 3 x 1 hodinu odborné péče denně. Jedná se o dostatečný časový rozsah odborné péče, ve kterém mohou poskytovatelé domácí zdravotní péče bezpečně zvládat i velice náročné stavy klientů. Ze zdravotního pojištění je zdravotními pojišťovnami poskytována úhrada za ty výkony v rámci domácí péče, které byly ordinovány ošetřujícím lékařem a mají charakter zdravotní péče. Jedná se o odborné a specializované výkony, které jsou prováděny kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky. Jejich výčet je uveden v Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami. (Misconiová, 19)

Domácí sociální péče (pečovatelská služba)

Pečovatelská služba představuje pomoc, která seniorům umožňuje udržet si alespoň část vlastní autonomie a žít navyklym způsobem života v soukromí vlastního bytu. Za těchto okolností, kdy je starý člověk již významnějším způsobem limitován (zejména pohybově) a v důsledku toho i ve větší míře izolován, plní pečovatelé mimoděk i jiné funkce. Stávají se významným zdrojem sociálního kontaktu, přispívají k vytvoření určitého denního režimu. (Vágnerová, 30)

Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou. Pečovatelskou službu poskytují, organizují a zajišťují orgány státní správy i samosprávy a je poskytována za plnou, nebo částečnou úhradu klientem, s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům klienta a jeho rodinných příslušníků. Sociální potřebnost klienta stanoví sociální pracovník, který také určí, v jakém rozsahu bude pečovatelská služba poskytována. Současně uvede i výši spoluúčasti klienta na úhradě pečovatelské služby, která je stanovena platnou právní normou.

Státní správa i samospráva pro poskytování pečovatelské služby používá svá vlastní zařízení, nebo každoročně vyčlení v rozpočtu příslušný objem finančních prostředků pro

zařízení, která pečovatelskou službu zajistí smluvně. Takovým zařízením mohou být i agentury domácí péče, které po uzavření písemné dohody se státní správou či samosprávou poskytují komplexní (tzn. zdravotní i sociální) péči klientům.

V rámci domácí péče jsou nejčastěji prováděny následující úkony pečovatelské služby: jednoduché ošetřovatelské úkony, ošetření nohou - pedikúra, masáž, zástřih a úprava vlasů, dopomoc při oblékání, přesunu na vozík, WC, lůžko, donáška léků, jídla a pití, příprava a uvaření snídaně, svačiny, oběda, večeře, dopomoc při podávání jídla a pití, hygiena prostředí, práce spojené s udržováním chodu domácnosti, praní, žehlení a drobné opravy prádla, doprovod na vyšetření, nákupy, nutné pochůzky.

Úkony pečovatelské služby, kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby sociálně potřebným klientům, jako je celková koupel včetně mytí vlasů, se poskytují bezplatně, tedy bez spoluúčasti klienta na úhradě. V případě, že klient není z hlediska nároku na poskytování pečovatelské služby „sociálně potřebným občanem“, jsou všechny úkony pečovatelské služby včetně dalších úkonů, jako jsou například kadeřnické služby, pedikúra, manikúra apod., prováděny za přímou úhradu klientem. Nadstandardní službou může být i objednávka širšího rozsahu a vyšší frekvence domácí zdravotní péče, než který hradí zdravotní pojišťovna, u které je klient registrován. Pečovatelská služba poskytuje klientovi péči v různých formách:

- **ambulantní** - v prostorách jednotlivých domů s pečovatelskou službou (domy zvláštního určení),
- **terénní** - v domácnostech klientů.

Umístění do domova důchodců

Pokud už pro starého člověka není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před jednu z psychicky nejnáročnějších situací celého života – odchod do ústavního zařízení. V tomto prostředí se musí přizpůsobit novým podmínkám a hledat nové kontakty. Je ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem, „syndromem poslední štace“. (Ondrušová, 21)

Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří již dosáhli důchodového věku a kteří vzhledem k trvalým změnám zdravotního stavu potřebují komplexní péči. Nejsou určeny pro občany, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a

ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Nicméně pokud se zdravotní stav osob, které již žijí v domově důchodců, zhorší, tak v něm mohou zůstat, má-li domov důchodců k dispozici tzv. ošetřovatelské oddělení. V domovech důchodců je občanům poskytováno bydlení, zaopatření, v případě potřeby osobní vybavení, zdravotní péče, kulturní a rekreační péče. Sagit (23) uvádí, že péče v domovech důchodců je poskytována za úhradu nákladů, která je upravena příslušnými právními předpisy.

Umístění do domova důchodců, popřípadě do jiné instituce, je významným mezníkem v životě starého člověka. Představuje významnou změnu životního stylu, a proto je obtížnější a dlouhodobější i adaptace. Hlavní zátěž spočívá v několika problémech:

- Život v instituci je spojen se ztrátou osobního zázemí a s ním spojené identity.
- Umístění do ústavu symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka.
- Přesun do ústavního zařízení je chápán jako signál blížícího se konce života. Staří lidé si uvědomují, že život v domově důchodců je poslední fází, po níž může následovat jen smrt.

Domovinky

Domovinka pro seniory je denní zařízení pro seniory, popřípadě pro starší občany se zdravotním postižením, kteří vlastními silami nemohou zabezpečit své každodenní základní potřeby. Je určena lidem, jejichž schopnosti jsou omezeny v oblasti osobní péče, v užívání veřejných míst a služeb, ve využití volného času, v uplatňování svých práv a nároků, v kontaktech se širším sociálním okolím. Nabízí tak podporu rodinám, které o takového člověka pečují. Domovinka však není zdravotnickým zařízením, nýbrž zařízením sociálním, a proto neposkytuje lidem plnohodnotnou zdravotní péči.

Domovinka zajišťuje denní pobyt méně soběstačným seniorům. Chodí sem starší lidé, kteří žijí sami nebo v rodině svých dětí a přes den nechtějí nebo nemohou být sami. Mezi služby, které jsou poskytovány, patří doprava do domovinky a zpět, stravování, zábavný program zahrnující možnost účastnit se rehabilitačního cvičení, kulturních pořadů, setkání se zajímavými lidmi i dětmi z mateřských škol, promítání filmů, výletů do okolí, společné vycházky či předčítání apod.

Zdravotnictví

V posledních letech dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. Znamená to, že staří nemocní lidé využívají služeb zdravotnických zařízení i v případech, kdy to není bezpodmínečně nutné. Akutní lůžka jsou vysoce specializovaná a drahá, a tak je logické (a správné), když jsou nemocní následně doléčováni či ošetřováni jinde. Podle Haškovcové (8) tkví problém v tom, že počet „geriatrických lůžek“, tedy těch lůžek, které se nacházejí především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, právě tak jako ošetrovatelských lůžek, je citelný nedostatek.

Zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou neoddělitelné, protože jejich dominance se pravidelně buď překrývají, nebo střídají. Současný systém péče musí doznat změn. Základní strategie péče o staré lidi byla navržena už na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří v roce 1982 a bývá označována jako 4xD a zahrnuje (Haškovcová, 8):

- **Demedicinalizaci** – problematiku péče o staré lidi je třeba odmedicinalizovat. Komplexní zajištění starých lidí nevyřeší medicína. Její odpovědnost je jasně definována a její kompetence omezeny. Péče o staré a staré nemocné občany musí být značnou měrou přenesena do ambulantního režimu zdravotnických i sociálních služeb a do dalších společenských sfér.
- **Deinstitucionalizaci** – péče o staré nemocné lidi nemůže být realizována výhradně nebo převážně na lůžku, tedy v institucích, ať již v rámci resortu zdravotnictví nebo sociálních věcí. Je třeba podpořit starající se rodiny, rozvinout domácí a komunitní formy péče a posilovat partnerskou roli samotných pacientů.
- **Deprofesionalizaci** – o starého člověka se může určitým způsobem postarat každý. Proto ten, kdo je ochoten a schopen se podílet na péči o staré a staré nemocné lidi, má být přizván ke spolupráci.
- **Deresortizaci** – každý resort lidské činnosti může něco udělat pro seniorskou populaci. Zdraví a ekonomicky činní lidé by proto měli alespoň rámcově znát potřeby starých spoluobčanů. Hovoří se proto o celospolečenské prostoupenosti seniorské problematiky.

Hospicová péče

Hospice jsou zařízení, které se zabývají komplexní péčí o těžce, smrtelně nemocné pacienty s nevléčitelným onemocněním (většinou onkologického charakteru). Hospice jsou nestátní zdravotnická zařízení, zařízení lůžková (s hospitalizací pacienta) nebo domácí, někdy označované jako mobilní (ošetřovatelský tým dochází k nemocnému do jeho domácího prostředí, aby pomohl rodině s péčí o jejich blízkého). Není-li možné, aby příbuzní o nemocného celodenně 24 hodin pečovali, potom je pro pacienta vhodný lůžkový hospic.

Zásadním rozdílem mezi péčí poskytovanou v lůžkových nemocničních zařízeních (oddělení akutní péče, následné péče - LDN) a hospicovou péčí je to, že hospicová péče se nesnaží o vyléčení nevléčitelných nemocí, ale o to, aby závěrečná část života těžce nemocného pacienta byla maximálně kvalitní, aby netrpěl bolestí (paliativní léčba), aby nebyl ničím a nikým omezován ve svých aktivitách po celých 24 hodin, aby mu byla poskytnuta kvalitní péče jak fyzická (hygiena, odstranění bolesti), tak psychická, včetně péče duchovní (má-li pacient zájem, duchovní péče není nikomu vnucována). Součástí komplexní hospicové péče je paliativní medicína, která se zabývá odstraňováním a tlumením jakýchkoliv bolestí pacienta.

Paliativní péče

Paliativní péče je celková léčba a péče o nemocné. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných. Časový horizont 6 měsíců do očekávané smrti tak zásadně odlišuje péči hospicovou od péče nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných, nebo ošetřovatelských ústavů.

Domácí hospicová péče

"Domácí, mobilní hospic" je tvořen týmem zdravotnických a nezdravotnických pracovníků - lékař, zdravotní sestra, pečovatelka a dobrovolníci. Zdravotnická část týmu se stará o zdravotní stav pacienta, kontrolují aktuální stav nemocného, příp. upravují medikaci tak, aby netrpěl bolestí. Dobrovolní spolupracovníci nejsou zaměstnanci hospice, ale pomáhají rodině v péči o jejich blízkého, mohou zajišťovat nákupy, pomáhat s úklidem,

hygienou, oblékáním, zajistit stálý dozor u pacienta po dobu nepřítomnosti příbuzného nebo během jeho odpočinku, apod. I doma je možné poskytnout obdobně kvalitní péči jako v nemocnici s využitím odborných pracovníků domácí nebo hospicové péče. Pro pacienta je především důležitá přítomnost, laskavá a klidná péče jeho blízkých a to, že není mezi cizími lidmi...

Lůžková hospicová péče

Zásadní rozdíly hospicové péče a ošetrovatelské péče v nemocnici jsou v tom, že pacient má téměř vždy samostatný vybavený jednolůžkový pokoj (TV, běžný nábytek, koupelna, WC, elektronicky polohovatelná postel, antidekubitní matrace), kvalitnější ošetrovatelskou péči, ošetrovatelky mají více času pro každého pacienta, pravidelná každodenní hygiena, nikdo se však nenutí násilím, kvalitní hygiena je dobrou prevencí proti vzniku proleženin, kožních a jiných problémů, v hospici není "povinný" denní režim jako v nemocnici, hospicová péče se oproti péči nemocniční hradí (podle výše důchodu pacienta), v hospici je téměř vždy a všude přítomný osobní, přátelský vztah ošetrojících k pacientům, je zachována důstojnost člověka i v období těžké nemoci, na konci jeho životní cesty, návštěvy příbuzných nejsou nikým a ničím omezovány (24 hodin), díky přístýlce se může příbuzný ubytovat přímo na pokoji pacienta (za malý poplatek)...

Nikde není dáno, že musí pacient v hospici zemřít, někdy dochází během pobytu v hospici ke zlepšení zdravotního stavu a pacient je propuštěn do domácího ošetrování.

3.4.1 Přístupy k poskytování péče o staré lidi

Kalvach (12) uvádí, že k výrazným nedostatkům při poskytování služeb seniorům patří schematismus, tzn. jejich sdružení do jednotného průměru, jako by si všichni byli ve svých potřebách velmi blízcí. Dále uvádí, že se tato chyba často odvíjí od zúžení a ponížení potřeb starého člověka na základní biologickou úroveň a ošetrovatelskou rutinu.

Jak už bylo uvedeno dříve, seniorská populace je výrazně různorodá a z toho vyplývají i specifické potřeby jednotlivých starých lidí při poskytování péče. Ze vzájemné odlišnosti vyplývá také rozdílnost očekávání, priorit, přání a potřeb. Způsob péče o staršího člověka může být různý. Vostrovská (33) uvádí, že lze stroze poskytnout službu, která je sjednaná, ale

může být také přidán lidský vztah, za kterým se skrývá etika a odbornost sociální práce. – Celý systém poskytování péče je propojen, a pokud některá část chybí, je práce s klientem nekvalitní.

3.5 Zhodnocení pojetí podmínek pro kvalitní život ve stáří

Při vytváření podmínek pro kvalitní život ve stáří bych vycházela z již uvedeného, že kvalita života je chápána jako dostupnost možností, ze kterých si člověk může vybírat při naplňování svého života. Tyto možnosti musí odpovídat určité úrovni, na kterou stát z dlouhodobého hlediska „má“ prostředky. Je proto nutné dát starším lidem možnost volby a zajistit široké spektrum a různorodost nabízených služeb. Poskytovaná péče nemusí (a ani by neměla) být pro všechny stejná. Člověk, který do sociálního systému odvedl během svého pracovního života více, by měl mít právo ve stáří i více z tohoto systému čerpat. Nicméně musí být respektován princip solidarity tím, že bude zajištěna minimální standardní péče, která bude poskytnuta nejnižším příjmovým skupinám obyvatel a která jim zajistí důstojný život na úrovni státu nacházející se ve střední Evropě a na úrovni státu, který je součástí Evropské unie.

4 Zhodnocení teoretické části

Především je třeba si uvědomit, že při vytváření podmínek pro kvalitní život ve stáří může Česká republika dosáhnout pouze takové úrovně, na kterou má prostředky (přesněji vyjádřeno, na kterou si vydělá). Určitým problémem je to, že Česká republika leží vedle vyspělých států, jako je Rakousko a Německo, kde je životní úroveň vyšší. Tím je i více prostředků na vytváření podmínek zajišťujících vyšší kvalitu života. Mnoho lidí v ČR tak chce žít „životní úroveň“ těchto států, ačkoliv na to naše ekonomika nemá prostředky. Úroveň zdravotní péče, sociální péče, péče o znevýhodněné lidi apod. by měla odpovídat úrovni České republiky – zcela jistě by neměla být nižší a nesmí být ani vyšší, neboť potom je z dlouhodobého hlediska neudržitelná. Může se stát, že jedna generace bude zvýhodněna, protože si bude žít „nad poměry“ a ostatní generace pak na to budou doplácet.

Veškeré problematika stárnutí populace by se dala svést na nedostatek peněz, což je do jisté míry pravda. Na druhé straně je však nutné výrazně změnit i myšlení lidí. Většina populace podléhá diskriminačnímu tlaku vůči starším lidem, což je třeba změnit. Tato změna možná nebude trvat příliš dlouho, neboť z menšinové skupiny starých lidí se brzy stane většina. Druhou věcí, kterou je potřeba změnit v myšlení lidí, je uvědomění si vlastní odpovědnosti za svůj život, a to nejen v daném okamžiku nebo v horizontu několika budoucích let, ale především s výhledem do vzdálenější budoucnosti. Perspektiva delšího produktivnějšího života si vyžádá tvorbu bohatství v průběhu aktivního života, spoření na zajištění solidního stáří.

Vzhledem k tomu, že staří lidé se zatím řadí mezi znevýhodněné skupiny obyvatelstva, tak je nutná jejich podpora, která může mít různé formy. Za nejdůležitější je považováno zmírňování jejich sociálního vyloučení. Cílem je vytváření začleňující společnosti, ve které má každý příležitost žít lidsky důstojný život a dosáhnout lidsky důstojné životní úrovně. Prostředky k tomu mohou být různé – zajištění přístupu na trh práce, přístupu ke vzdělání, možnosti adekvátního bydlení, zajištění zdravotní péče a sociální ochrany.

Důchodové reformy, které mají zajistit stabilitu financování důchodového systému, pravděpodobně spějí k tomu, že stát bude garantovat pouze takové prostředky v důchodu, které pokryjí pouze základní služby. Pokud člověk bude chtít mít vyšší životní úroveň ve

stáří, tak si ji bude muset hradit ze svých vlastních prostředků, které si naspořil během svého aktivního pracovního života, nebo bude muset déle pracovat. Pro současné vlády je toto největší úkol – změnit myšlení lidí, aby převzali do určité míry odpovědnost za svůj život a za svou životní úroveň nejen z krátkodobého hlediska (během aktivního pracovního života), ale i z dlouhodobého hlediska (co bude, až budu v důchodu).

Jak jsem již uvedla, při vytváření podmínek pro kvalitní život ve stáří bych vycházela z toho, že kvalita života je chápána jako dostupnost možností, ze kterých si člověk může vybírat při naplňování svého života. Z hlediska financování bych stanovila standardní péči, která bude garantovaná všem a bude odpovídat vyspělosti a možnostem České republiky a současně bude dlouhodobě udržitelná a solidární. Solidární by však neměla být v tom smyslu, že by se degradovaly rozdíly mezi občany, kteří převzali odpovědnost za svůj život a mezi občany, kteří se vzdali odpovědnosti za svůj život.

Všeobecně je stárnutí populace považováno za něco negativního, ale opak je pravdou. Skutečným problémem je to, že počet lidí v produktivním věku klesá. Současně je však nutné dodat, že na vině není pouze stárnutí populace, ale především špatně nastavené podmínky pracovního trhu a příliš nízký věk odchodu do důchodu. V podstatě je možné říci, že počet lidí v produktivním věku klesá, ale počet lidí, jejichž schopnosti odpovídají požadavkům produktivního věku, zůstává podle mého názoru konstantní. A toto je velká výzva současnosti, kdy společně s důchodovou reformou musí být vyřešena i reforma pracovního trhu, aby tito lidé mohli déle zůstat v zaměstnání.

Výzkumná část

5 Subjektivní vnímání kvality života seniory

Ve výzkumné části své diplomové práce jsem zkoumala odchod do důchodu a s tím související proces adaptace na nový životní status důchodce. Zaměřila jsem se na zjištění, jaký vliv má odchod do důchodu na hodnocení spokojenosti se životem. Zkoumanou skupinou byli starší lidé ve věkovém rozmezí zhruba sedm let před nástupem do důchodu a sedm let po nástupu do důchodu.

Vycházela jsem z předpokladu, že zaměstnání má na hodnocení spokojenosti s vlastním životem a na jeho kvalitu velmi významný vliv, a proto je odchod do důchodu důležitým milníkem v životě staršího člověka. Ke spokojenosti přispívá zaměstnání nejen tím, že dává lidem do života řád, pomáhá jim udržovat sociální kontakty, a působí tak proti sociálnímu vyloučení, ale také tím, že dává člověku sociální roli, určitý sociální status, finanční nezávislost, pocit potřebnosti atd. Ztráta těchto všech aspektů, která je způsobená odchodem do důchodu, má na vnímání kvality a spokojenosti života seniorů významný vliv. Tento vliv získává ještě více na významu tím, že tato ztráta přichází v době, kdy je schopnost člověka adaptovat se na nové životní podmínky výrazně zhoršena v důsledku vyššího věku. Odchod do důchodu tak nemusí být hodnocen jako jednoznačně pozitivní změna.

5.1 Cíle výzkumné části a formulace hypotéz

Cíle výzkumné části

Ve výzkumné části diplomové práce jsem si stanovila za cíl prozkoumat spokojenost starších lidí s vlastním životem v závislosti na jejich zaměstnanosti, a to v období před odchodem do důchodu a po nástupu do důchodu. Pozitivní či negativní hodnocení vlastního života vypovídá o jeho kvalitě. Budu se snažit o zjištění a zmapování životní situace starších lidí a posléze o navržení opatření, které by zmírnily dopady negativních důsledků spojených s odchodem do důchodu. Odchod do důchodu je významná životní změna, při které starší člověk opouští aktivní pracovní život, stává se důchodcem a musí se s touto změnou vyrovnat, což leckdy není snadné.

Formulace hypotéz

Na základě studia odborné literatury a stanovených cílů jsem stanovila následující hypotézy:

H1: „Zaměstnanost seniorů a lidí před důchodem výrazně ovlivňuje kvalitu jejich života.“

H2: „Čím vyšší vzdělání seniorů a lidí před důchodem, tím vyšší je jejich zájem nadále pracovat i v důchodovém věku.“

H3: „Věk respondentů nekoreluje s hodnocením vlastní schopnosti pracovat na plný či zkrácený úvazek.“

5.2 Organizace a metodika výzkumné sondy

Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumná sonda je zaměřena na respondenty, kteří jsou ve věku od 56 let do 71 let. Je to věkový interval, kdy již lidé mají relativně blízko do důchodu nebo jsou již v důchodu, ale řadí se ještě mezi mladé seniory. Respondenti, jejichž věk byl mimo tento interval, byli vyřazeni z vyhodnocení.

Největší skupinu respondentů tvořili lidé, které jsem oslovila na ulici, menší skupinu respondentů tvořili lidé z okruhu rodiny či přátel a nejmenší skupinu tvořili respondenti, které jsem oslovila prostřednictvím lékařů a informačního centra.

Převážnou část respondentů jsem oslovila na ulici, kde jsem s nimi i dotazník vyplnila. Ne každý, koho jsem oslovila, byl ochoten se mnou dotazník vyplnit, neboť měli obavu z toho, že jim budu chtít něco prodat apod. To, že jsem získala dotazníky od lidí na ulici, již charakterizuje výzkumný vzorek určitým způsobem. Jedná se zejména o lidi soběstačné a mobilní. S těžce nemocnými lidmi jsem do kontaktu nepřišla, protože těžce nemocní lidé, které by jejich nemoc výrazně ovlivňovala, se za normálních okolností na veřejnosti neobjevují.

Použitá metoda výzkumné sondy

Při výzkumné sondě jsem použila nestandardizovaný dotazník, jenž obsahoval celkem 19 otázek. Otázky (č. 1 až č. 10) v první části sloužily k rozdělení respondentů podle věku, vzdělání, zdali jsou zaměstnaní, zdali mají zájem pracovat, zdali již dosáhli důchodového věku apod. Otázky (č. 11 až č. 19) ve druhé části jsem čerpala z dotazníku WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), který se používá ke zjištění kvality života. Dotazník slouží k sebesouzení kvality života jedince.

Otázky, které jsem použila pro svůj dotazník, jsou především všeobecné a jsou zaměřeny na subjektivní vnímání stávajícího života. Nesnaží se dotazovat na konkrétní oblasti života, jako je spokojenost s lékařskou péčí, s dopravou, s kvalitou životního prostředí apod. Pomocí vybraných otázek se snažím zjistit, jak je člověk spokojen s uspořádáním svého života v rámci jeho aktuálních podmínek a možností.

Otázky z dotazníku WHOQOL-100, které jsem použila ve svém dotazníku, mají škálové hodnocení. Toto škálové hodnocení jsem pro většinu otázek změnila. Cílem změny bylo dosáhnout toho, aby v hodnotící škále byla jedna odpověď neutrální, další dvě byly s pozitivním hodnocením a zbylé dvě s negativním hodnocením. Pozitivní odpovědi byly ve smyslu mírně pozitivní a výrazně pozitivní. Obdobě to bylo i s negativními odpověďmi – ty byly ve smyslu mírně negativní a výrazně negativní.

Organizace výzkumné sondy

Výzkumné šetření proběhlo v Libereckém, Jabloneckém a Chebském okrese. Sběr dat probíhal v dubnu a květnu 2011.

Největší část dotazníků jsem získala od respondentů, které jsem oslovila na ulici a přímo na místě jsem s nimi dotazník vyplnila. Abych zajistila různorodost respondentů, tak jsem tento způsob uplatňovala jak ve všední den, kdy je větší pravděpodobnost zastihnout nepracující respondenty, tak také o víkendech, kdy se zvyšuje pravděpodobnost oslovení pracujících lidí.

Menší část dotazníků jsem získala prostřednictvím obvodních lékařů v Libereckém a Jabloneckém okrese, kteří je dávali lidem při návštěvě jejich ordinace. Dále byly dotazníky distribuovány prostřednictvím informačního centra ve městě Aš.

5.3 Výsledky výzkumné sondy

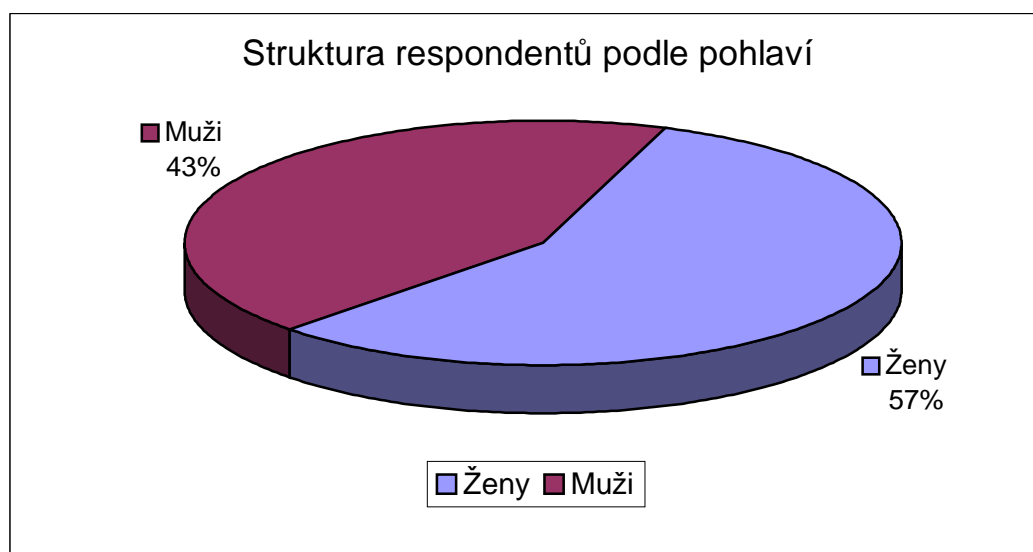
Celkem jsem získala 112 dotazníků, z nichž jsem musela 3 vyřadit, protože nebyly zcela vyplněné. Zbýlých 109 dotazníků jsem použila pro svou výzkumnou sondu.

V první části dotazníku jsou otázky, kterými si kladu za cíl roztrždit respondenty do skupin, které pak použiji při vyhodnocování hypotéz a výsledků výzkumné sondy. Respondenty rozdělím do skupin podle pohlaví, podle dosaženého nejvyššího vzdělání, podle toho, zdali již dosáhli důchodového věku, podle věku, podle zdraví, podle toho, zdali pracují na plný či částečný úvazek.

Vyhodnocení otázky č. 1: rozdělení respondentů podle pohlaví

Z celkového počtu 109 respondentů bylo 47 mužů (43%) a 62 žen (57%).

Graf č. 1: Struktura respondentů podle pohlaví.



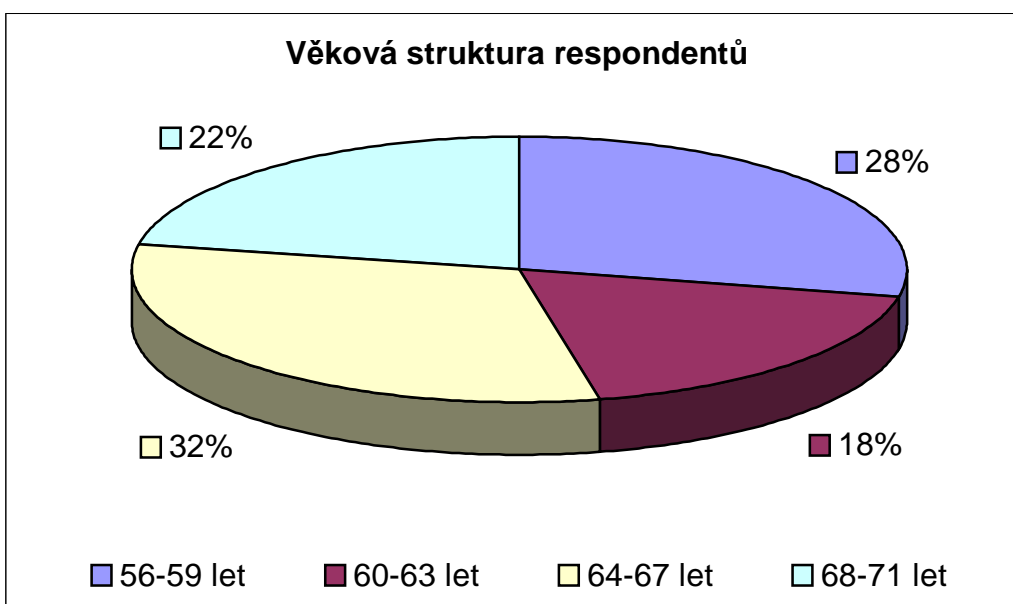
Tabulka ke grafu č. 1: Struktura respondentů podle pohlaví.

Celkový počet respondentů	Ženy	Muži
109	62	47
	57%	43%

Vyhodnocení otázky č. 2: věková struktura respondentů

Při vyhodnocování věkové struktury jsem rozdělila respondenty do 4 věkových skupin. V první věkové skupině 56-59 let bylo 31 respondentů, což je 28% dotázaných, ve věkové skupině 60-63 let bylo 20 respondentů, což je 18% dotázaných, ve věkové skupině 64-67 let bylo 34 respondentů, což je 32% dotázaných a ve věkové skupině 68-71 let bylo 24 respondentů, což odpovídá 22% dotázaných. Grafické znázornění je grafu č. 2.

Graf. č. 2: Rozdělení respondentů podle věku



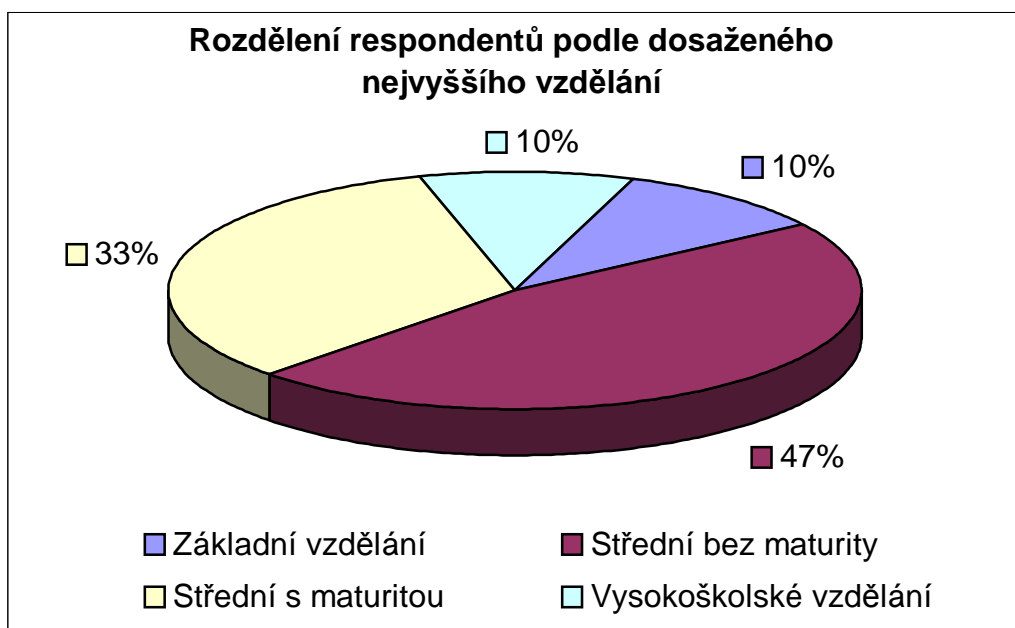
Tabulka ke grafu č. 2: Věková struktura respondentů

Věk	Počet respondentů	%
56-59	31	28
60-63	20	18
64-67	34	32
68-71	24	22

Vyhodnocení otázky č. 3: rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů bylo následující: 11 respondentů uvedlo základní vzdělání za nejvyšší dosažené vzdělání, což je 10% dotázaných, 51 respondentů uvedlo střední vzdělání bez maturity, což je 47% dotázaných, 36 respondentů uvedlo střední vzdělání s maturitou, což je 33% respondentů a 11 respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání, což je 10%. Grafické znázornění je v grafu č. 3.

Graf č. 3: Struktura respondentů podle dosaženého nejvyššího vzdělání



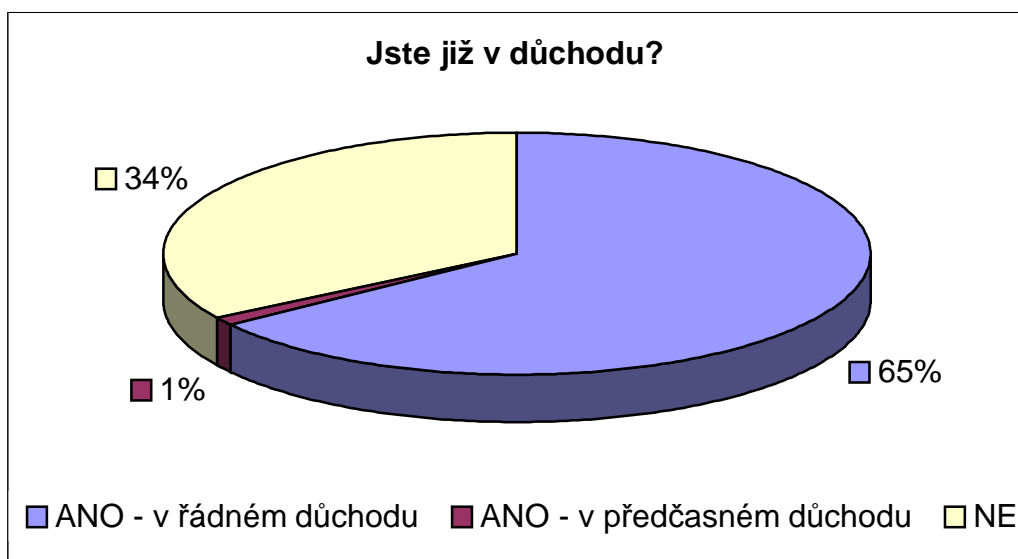
Tabulka ke grafu č. 3: Struktura respondentů podle dosaženého nejvyššího vzdělání.

Dosažené vzdělání	Počet respondentů	%
Základní vzdělání	11	10
Střední bez maturity	51	47
Střední s maturitou	36	33
Vysokoškolské vzdělání	11	10

Vyhodnocení otázky č. 4: „Jste již v důchodu?“

V této položce jsem zjišťovala, zdali jsou respondenti v řádném či předčasném důchodu nebo zdali ještě pracují a důchodového věku nedosáhli. V řádném důchodu je 71 respondentů, což je 65% dotázaných, předčasný důchod uvedl jeden dotázaný, což odpovídá 1% dotázaných a zbylých 37 respondentů (34% z dotázaných) uvedlo, že ještě v důchodu nejsou. Žádný z respondentů neuvedl možnost, že již důchodového věku dosáhl, ale přesto ještě není v důchodu. Grafické znázornění je v grafu č. 4.

Graf č. 4: Rozdělení respondentů podle toho, zdali jsou již v důchodu.



Tabulka ke grafu č. 4: Rozdělení respondentů podle toho, zdali jsou již v důchodu.

Jste již v důchodu?	Počet respondentů	%
ANO - v řádném důchodu	<i>71</i>	<i>65</i>
ANO - v předčasném důchodu	<i>1</i>	<i>1</i>
NE	<i>37</i>	<i>34</i>

Vyhodnocení otázky č. 5: „Jste zaměstnán/a?“

V této položce jsem zjišťovala, zdali respondenti pracují na plný či částečný úvazek nebo nepracují. 68 respondentů uvedlo, že není zaměstnáno, což je 62% ze všech dotázaných, 29 respondentů uvedlo, že je zaměstnáno na plný úvazek, což je 27% ze všech dotázaných a zbylých 12 respondentů je zaměstnáno na částečný úvazek, což je 11% ze všech dotázaných. Grafické znázornění je v grafu č. 5.

Pro pozdější potřeby vyhodnocování rozdělím respondenty na dvě skupiny: na zaměstnané a nezaměstnané (nepracující). Při vyhodnocování tedy nebudu tedy rozlišovat, zdali je respondent zaměstnán na plný či na částečný úvazek – tito respondenti budou tvořit jednu skupinu zaměstnaných respondentů.

Graf. č. 5: Rozdělení respondentů podle toho, zdali jsou zaměstnaní.



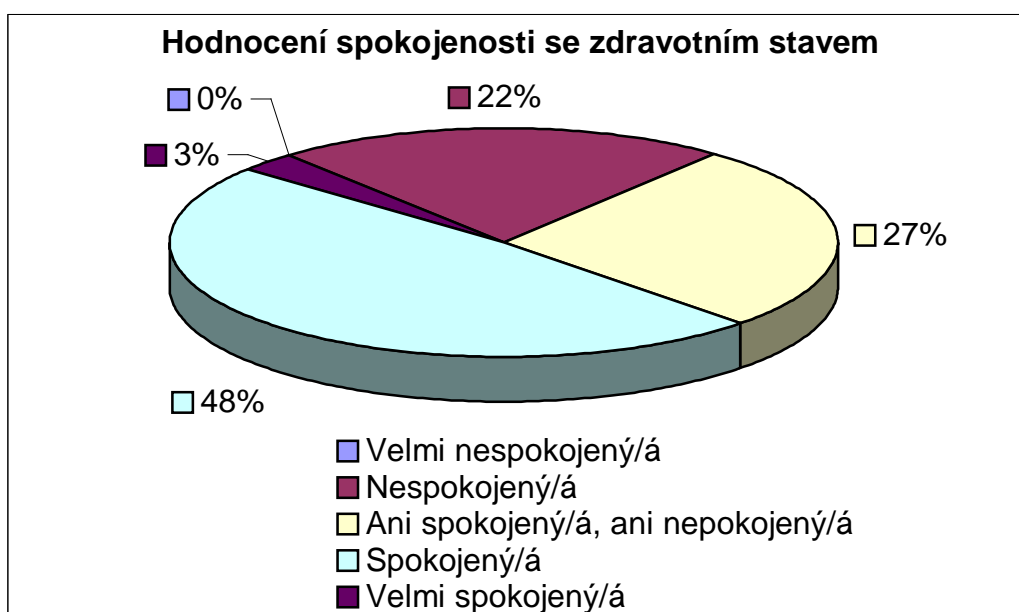
Tabulka č. 5: Rozdělení respondentů podle toho, zdali jsou zaměstnaní.

Jste zaměstnán/a?	Počet respondentů	%
Nezaměstnán	68	62
Zaměstnán/a na plný úvazek	29	27
Zaměstnán/a na částečný úvazek	12	11

Vyhodnocení otázky č. 6: Jste spokojen/á se svým zdravím?

V této položce jsem zjišťovala zdravotní stav respondentů. Respondenti měli na výběr odpověď se škálovým hodnocením: velmi nespokojený/á; nespokojený/á; ani spokojený/á, ani nespokojený/á; spokojený/á; velmi spokojený/á. Žádný z respondentů nehodnotil své zdraví jako velmi neuspokojivé, 24 respondentů bylo nespokojeno se svým zdravím, což je 22% dotázaných, 29 respondentů uvedlo neutrální odpověď (ani spokojeno, ani nespokojeno), což je 27% dotázaných, spokojeno se svým zdravím je 53 respondentů, což je 48% ze všech dotázaných a velmi spokojeno se svým zdravím jsou 3 respondenti, což odpovídá 3% respondentů. Grafické znázornění je v grafu č. 6.

Graf č. 6: Hodnocení spokojenosti respondentů se zdravotním stavem.



Tabulka ke grafu č. 6: Spokojenost se zdravotním stavem.

Hodnocení zdraví	Počet respondentů	%
Velmi nespokojený/á	0	0
Nespokojený/á	24	22
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	29	27
Spokojený/á	53	48
Velmi spokojený/á	3	3

Vyhodnocení otázky č. 7:

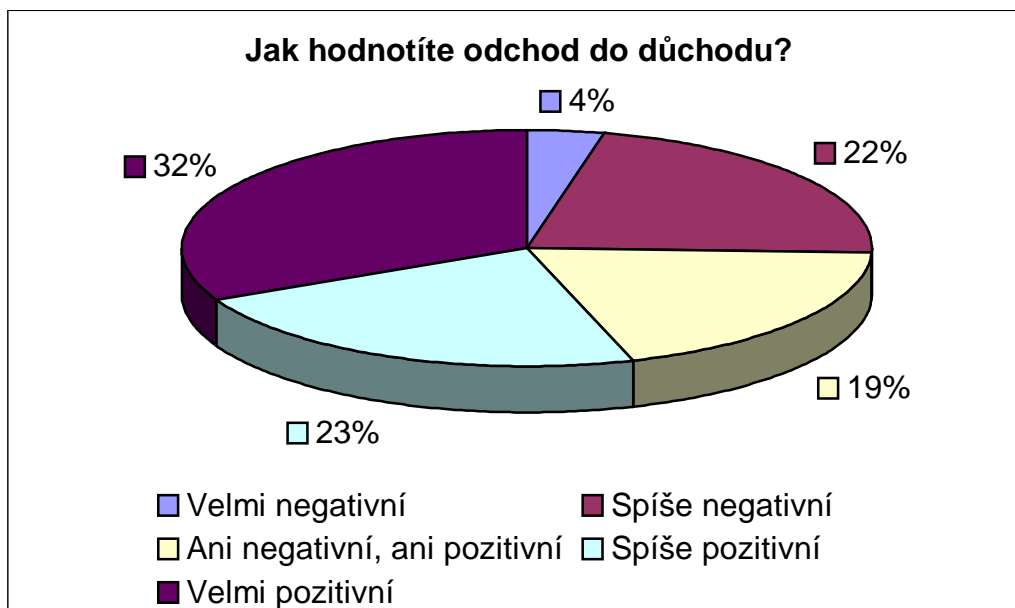
„Hodnotíte odchod do důchodu jako pozitivní nebo negativní změnu ve Vašem životě? Pokud ještě nejste v důchodu, pokládáte odchod do důchodu za pozitivní nebo negativní změnu?“

V této položce jsem zjišťovala subjektivní hodnocení odchodu do důchodu, zdali tuto změnu vnímají respondenti pozitivně nebo negativně. Respondenti, kteří již v důchodu jsou, uvádí svou zkušenost s odchodem do důchodu, jak na ně tato změna působila. Respondenti, kteří ještě v důchodu nejsou, tak vyjadřují očekávání, jakou změnou pro ně odchod do důchodu zřejmě bude.

Životní změnu způsobenou odchodem do důchodu hodnotí velmi negativně 4 respondenti, což jsou 4% z dotázaných, spíše negativně hodnotí odchod do důchodu 24

respondentů, což je 22% dotázaných, ani negativně a ani pozitivně hodnotí odchod do důchodu 21 respondentů, což je 19% dotázaných, jako spíše pozitivní změnu jej hodnotí 25 respondentů, což je 23% z dotázaných a velmi pozitivně hodnotí odchod do důchodu 35 respondentů, což je 32% ze všech dotázaných.

Graf č. 7: Rozdělení respondentů podle hodnocení odchodu do důchodu



Tabulka ke grafu č. 7: Hodnocení odchodu do důchodu.

Jak hodnotíte odchod do důchodu?	Počet respondentů	%
Velmi negativní	4	4
Spíše negativní	24	22
Ani negativní, ani pozitivní	21	19
Spíše pozitivní	25	23
Velmi pozitivní	35	32

Dále jsem rozdělila respondenty do skupin podle toho, zdali jsou zaměstnaní či zdali jsou v důchodu. Vznikly tak 4 skupiny respondentů:

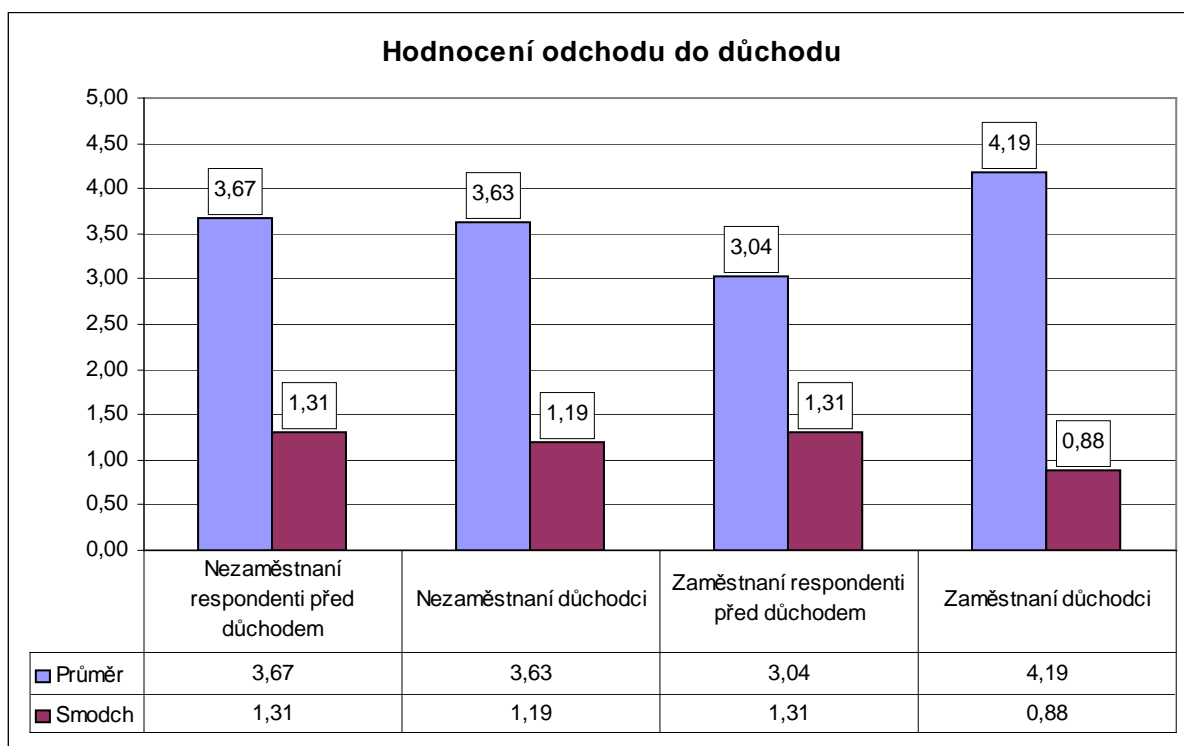
1. nezaměstnaní důchodci,
2. zaměstnaní důchodci,
3. nezaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku,
4. zaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku.

V grafu č. 8 je hodnocení respondentů, jak vidí životní změnu způsobenou odchodem do důchodu. Odpověď na tuto otázku byla škálová a jednotlivé odpovědi byly obodovány. V hodnotící škále jsou dvě odpovědi s negativním hodnocením („velmi negativní“ a „spíše negativní“), jedna odpověď neutrální a zbylé dvě jsou s pozitivním hodnocením („velmi pozitivní“ a „spíše pozitivní“). V tabulce č. 1 je znázorněné bodové hodnocení odpovědí.

Tabulka č. 1: Bodové hodnocení škálových odpovědí.

Škálové hodnocení	Bodové hodnocení
Velmi negativní	<i>1 bod</i>
Spíše negativní	<i>2 body</i>
Ani negativní, ani pozitivní	<i>3 body</i>
Spíše pozitivní	<i>4 body</i>
Velmi pozitivní	<i>5 bodů</i>

Graf č. 8: Průměrné hodnocení odchodu do důchodu



Z grafu č. 8 je patrné, že nejpozitivněji hodnotí životní změnu způsobenou odchodem do důchodu důchodci, kteří jsou zaměstnaní na plný nebo částečný úvazek a to s průměrným hodnocením 4,19 bodu a se směrodatnou odchylkou 0,88 bodu, která je ze všech skupin nejmenší. Zhruba stejně hodnotí odchod do důchodu nezaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli

důchodového věku (průměr 3,67 bodu; směrodatná odchylka 1,31 bodu) a nezaměstnaní důchodci (průměr 3,63 bodu; směrodatná odchylka 1,19 bodu). Nejhůře hodnotí odchod do důchodu zaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku a to s průměrným hodnocením 3,04 bodu a se směrodatnou odchylkou 1,31 bodu.

Vyhodnocení hypotézy č. 1

H1: „Zaměstnanost seniorů a lidí před důchodem výrazně ovlivňuje kvalitu jejich života.“

V hypotéze jsem si stanovila za cíl zjistit vliv zaměstnanosti na kvalitu života. Zaměstnanost by se tedy podle mého názoru měla odrazit v hodnocení kvality života respondentů. Otázky, kterými zjišťuji kvalitu života, jsou uvedeny v tabulce č. 2. Otázky jsou především všeobecné a jsou zaměřeny na zjištění subjektivního vnímání stávajícího života respondenta. Nesnažím se dotazovat na konkrétní věci, jako je spokojenost s lékařskou péčí, spokojenost s dopravou, spokojenost s kvalitou životního prostředí apod. Spíše mi jde o zjištění, jak je člověk spokojen s uspořádáním a prožíváním svého života v rámci jeho aktuálních podmínek a možností.

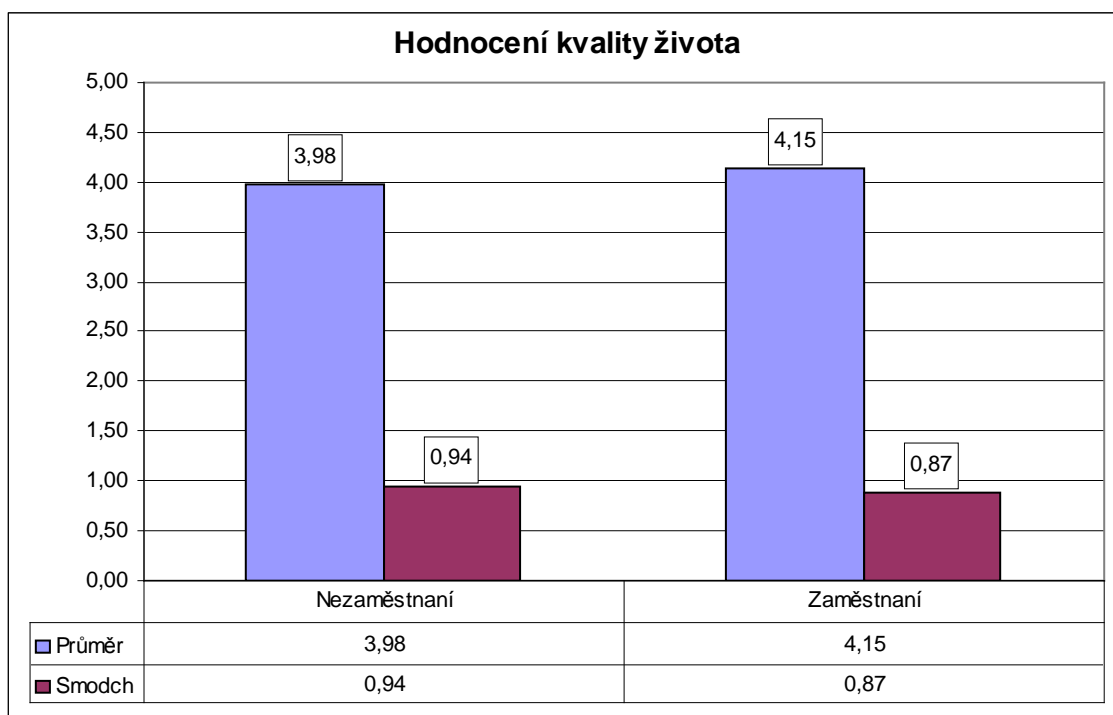
Tyto otázky mají škálové odpovědi, jejichž struktura je uvedena v tabulce č. 1. V hodnotící škále jsou vždy dvě odpovědi s negativním hodnocením („velmi negativní“ a „spíše negativní“), jedna odpověď neutrální a dvě jsou s pozitivním hodnocením („spíše pozitivní“ a „velmi pozitivní“).

Při vyhodnocování jsem nejdříve rozdělila respondenty na dvě skupiny podle toho, zdali jsou zaměstnaní či nezaměstnaní. V první skupině byli lidé nezaměstnaní, tedy lidé v důchodu, kteří nepracovali a lidé, kteří důchodového věku ještě nedosáhli, ale byli nezaměstnaní. Ve druhé skupině byli lidé zaměstnaní, tedy pracující důchodci a zaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku.

Tabulka č. 2: Otázky pro hodnocení kvality života.

Jak moc si děláte starosti kvůli penězům?				
pociťuji výrazný nedostatek	pociťuji mírný nedostatek	nevím	stačí	mám dostatek, peníze neřeším
Má Váš život smysl?				
vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi
Jaké pocity prožíváte ve svém životě v poslední době?				
velmi špatné	špatné	nevím	dobré	velmi dobré
Jak osamělý/á se cítíte ve svém životě?				
velmi osamělý/á	trochu osamělý/á	nevím	nemám s tím problém	osamělost vůbec nepociťuji
Žijete spokojený rodinný život?				
vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi
Těší Vás volný čas?				
vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi
Máte dost energie pro každodenní život?				
vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi
Jak se cítíte v běžném životě?				
velmi nespokojený/á	spíše nespokojený/á	ani spokojený/á ani nespokojený/á	spíše spokojený/á	velmi spokojený/á
Máte oporu ve svých přátelích?				
vůbec ne	spíše ne	nevím	spíše ano	ano, velmi

Graf č. 9: Hodnocení kvality života



Ze škálového hodnocení je patrné, že ani negativní a ani pozitivní životní situace odpovídá hodnotě 3. Negativní hodnocení životní situace má průměrnou hodnotu nižší než tři – čím více by se průměrná hodnota blížila jedné, tím by hodnocení bylo negativnější. Naopak pozitivní hodnocení životní situace má pak hodnotu vyšší než tři a čím více se průměrná hodnota blíží pěti, tím je hodnocení pozitivnější.

Z odpovědí na otázky v tabulce č. 2 jsem vypočetla průměrné hodnoty hodnocení kvality života respondentů a směrodatnou odchylku. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 9 a č. 10. Zaměstnaní respondenti hodnotí kvalitu života v průměru 4,15 body, nezaměstnaní respondenti hodnotí kvalitu života v průměru 3,98 body. Zaměstnaní lidé vykazují menší různorodost odpovědí, protože směrodatná odchylka jejich odpovědí je 0,87 bodu a je menší než u nezaměstnaných respondentů, kde je 0,94 bodu. Z grafu tedy vyplývá, že lidé, kteří jsou zaměstnaní, jsou průměrně se svou životní situací spokojenější než lidé, kteří nepracují, nicméně rozdíl v hodnocení není nijak výrazný.

Při detailnějším vyhodnocení této hypotézy jsem rozdělila respondenty do skupin podle toho, zdali jsou zaměstnaní a zdali jsou v důchodu. Vznikly tak 4 skupiny respondentů:

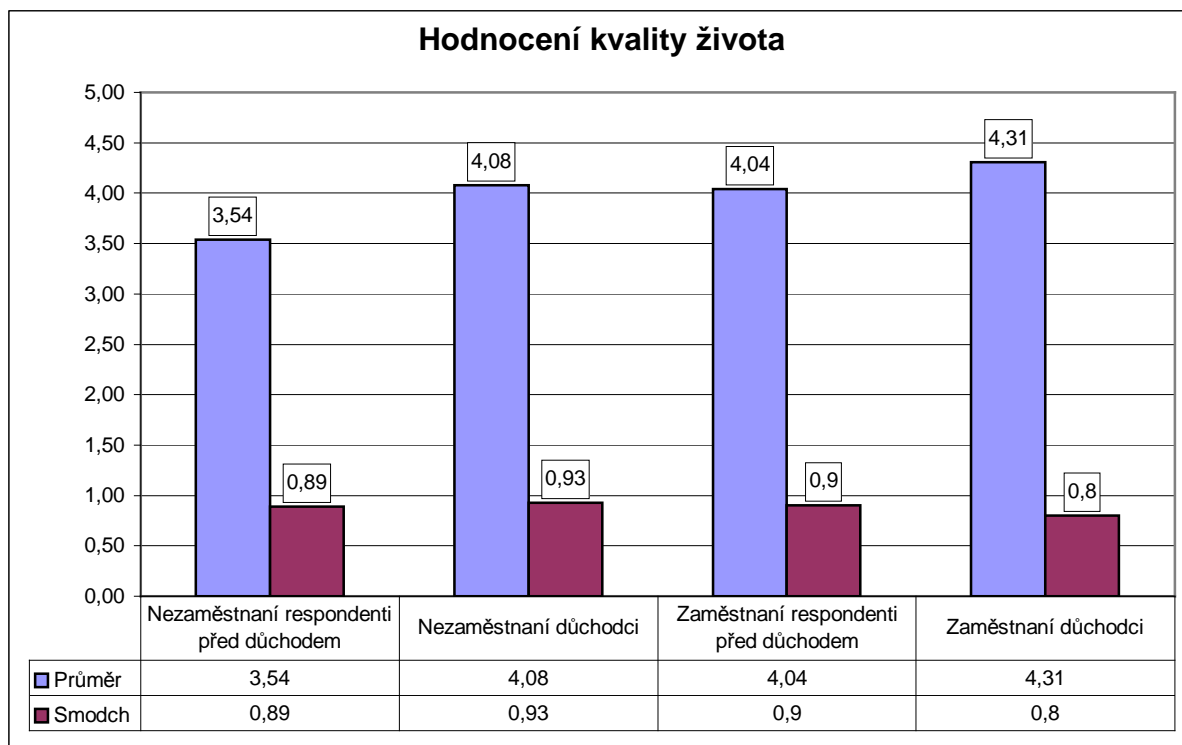
1. nezaměstnaní důchodci,
2. zaměstnaní důchodci,
3. nezaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku,
4. zaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku.

V grafu č. 10 je znázorněno hodnocení kvality života podle jednotlivých skupin respondentů. Nejvýše hodnotí kvalitu svého života pracující důchodci a to 4,31 bodu a současně mají i nejnižší směrodatnou odchylku: 0,8 bodu. Téměř shodně hodnotí kvalitu života nezaměstnaní důchodci (průměr 4,08 bodu a směrodatná odchylka 0,93 bodu) a zaměstnaní lidé (průměr 4,04 bodu a směrodatná odchylka 0,90 bodu). Nejhůře hodnotí kvalitu života nezaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku. Jejich hodnocení je 3,54 bodu (se směrodatnou odchylkou 0,89 bodu), ale i tak se nachází v pozitivní polovině škálového hodnocení.

V grafu č. 10 jsou již rozdíly mezi pracujícími a nepracujícími výraznější a patrnější. U lidí, kteří již dosáhli důchodového věku, je to 0,23 bodu (4,31 bodu pro pracující důchodce

oproti 4,08 pro nepracující důchodce). Ještě větší rozdíl je u lidí, kteří ještě nedosáhli důchodového věku, a to 0,5 bodu (4,04 bodu pro zaměstnané oproti 3,54 bodu pro nezaměstnané).

Graf č. 10: Hodnocení kvality života – rozdělení respondentů do 4 skupin.



Pokud jde o srovnání pracujících důchodců a pracujících lidí, kteří ještě nedosáhli důchodového věku, tak vyšší spokojenost se životem vykazují pracující důchodci. Hlavní rozdíl je zřejmě v tom, že důchodci již zpravidla pracují, protože chtějí. Jejich zaměstnání je pro ně něco navíc, dokazují si, že ještě jsou dostatečně zdatní jak fyzicky, tak psychicky, udržují kontakt s ostatními lidmi. Práce v důchodu je zajímavá i z finančního hlediska, kdy pracující důchodce si může výrazně zvýšit svou životní úroveň.

Při srovnání zaměstnaných důchodců a nezaměstnaných důchodců je rozeznatelný vliv práce na kvalitu a uváděnou spokojenost se životem. Důchodci jsou zpravidla v situaci, že mohou, ale nemusí pracovat. Jejich role ve společnosti a jejich vnímání okolní společností se příliš nezmění tím, zdali pracují či nepracují. Obecně je jejich postavení vnímáno tak, že jsou již v důchodu a mají „odpracováno“. To, zdali pracují či nepracují, nemá vliv na jejich sociální status ve společnosti, ale ovlivňuje to především vnímání jejich vlastního života.

Z určitého hlediska je možné, že pracující důchodce bude vnímán negativně, protože „bere“ práci jiným, kteří ještě nejsou v důchodu.

Nejhůře jsou na tom s hodnocením kvality života nezaměstnaní respondenti, kteří ještě nedosáhli důchodového věku.

Pokud jsem srovnala pouze zaměstnané a nezaměstnané respondenty, tak vliv zaměstnaní na hodnocení kvality života nebyl příliš patrný. Velký vliv na to měli nezaměstnaní důchodci, kteří ačkoliv nejsou zaměstnaní, hodnotí kvalitu svého života velmi pozitivně. Teprve detailnější rozdělení respondentů do čtyř skupin na nepracující důchodce, pracující důchodce, nezaměstnané respondenty před důchodem a zaměstnané respondenty před důchodem ukázalo větší vliv zaměstnanosti na hodnocení kvality života. Na základě údajů v grafech č. 9 a č. 10 považuji první hypotézu za splněnou.

Vyhodnocení hypotézy č. 2

H2: „Čím vyšší vzdělání seniorů a lidí před důchodem, tím vyšší je jejich zájem nadále pracovat i v důchodovém věku.“

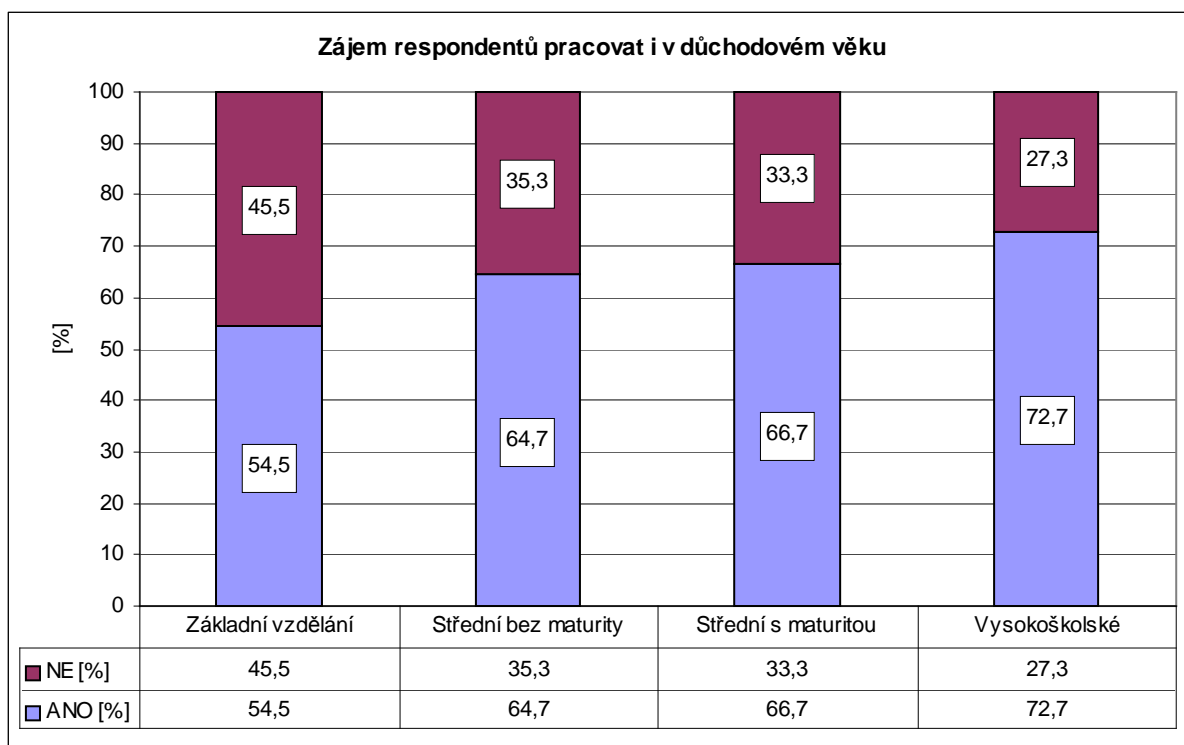
Respondenty jsem rozdělila do dvou skupin podle dosaženého vzdělání a hypotézu jsem vyhodnotila podle otázek č. 8 a č. 9. Otázka číslo 8 se dotazuje lidí před důchodem, zdali mají zájem pracovat i po dosažení důchodového věku. Otázka číslo 9 se dotazuje lidí, kteří již dosáhli důchodového věku, zdali mají chuť pracovat.

Při vyhodnocování této hypotézy vycházím z předpokladu, že ne každý, kdo chce pracovat, má reálnou možnost sehnat ve svém okolí práci. Proto tuto hypotézu nehodnotím podle toho, zdali lidé skutečně pracují, ale podle toho, zdali pracovat chtějí. Existuje také možnost, že lidé ačkoliv uvádějí chuť pracovat, tak ve chvíli, kdy by tuto možnost reálně měli, tak by ji i přesto odmítli. Tato možnost může samozřejmě nastat, ale nepovažuji ji za příliš pravděpodobnou.

Zájem respondentů pracovat i v důchodovém věku je poměrně vysoký, z celkového počtu 109 respondentů jich 71 uvádí, že má zájem pracovat i v důchodovém věku, což je 65,1% dotázaných. Zbylých 38 respondentů (34,9%) odpovědělo, že již nechce pracovat po dosažení důchodového věku. Žádný z respondentů nevedl odpověď nevím.

Grafické vyhodnocení je v grafu č. 11. Nejmenší zájem pracovat uvádí lidé se základním vzděláním – 54,5% respondentů se základním vzděláním má zájem pracovat i v důchodovém věku, u respondentů se středním vzděláním bez maturity je to 64,7% z nich, u respondentů se středním vzděláním s maturitou je to 66,7% z nich. Nejvyšší zájem pracovat i v důchodu uvádějí respondenti s vysokoškolským vzděláním, a sice 72,7% z nich.

Graf č. 11: Zájem respondentů pracovat i v důchodovém věku



Tabulka ke grafu č. 11: Zájem respondentů pracovat i v důchodovém věku

Vzdělání	Počet respondentů		%	
	ANO	NE	ANO	NE
Základní vzdělání	6	5	54,5	45,5
Střední bez maturity	33	18	64,7	35,3
Střední s maturitou	24	12	66,7	33,3
Vysokoškolské	8	3	72,7	27,3

Nejnižší zájem pracovat uvedli respondenti se základním vzděláním, respondenti se středním vzděláním bez maturity a s maturitou uvedli velmi podobný zájem pracovat – rozdíl

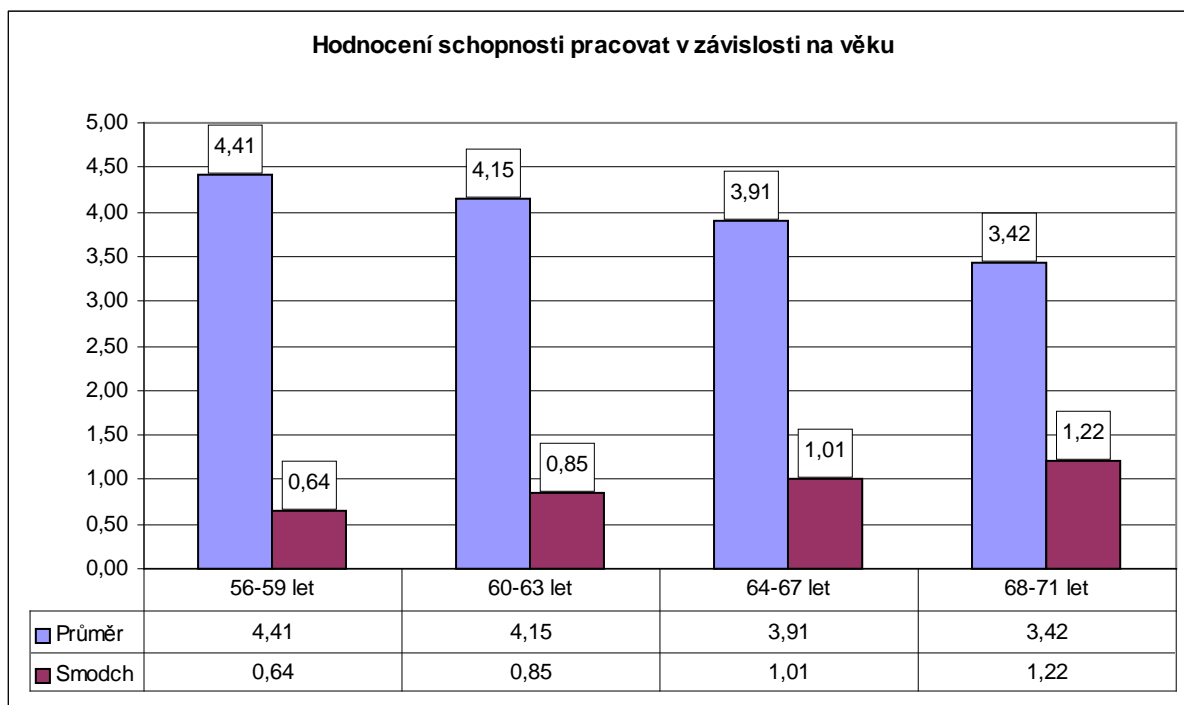
byl pouze dvě procenta. Nejvyšší zájem pracovat vyjádřili respondenti s vysokoškolským vzděláním. Z výsledků zobrazených v grafu tedy vyplývá, že se druhá hypotéza potvrdila.

Vyhodnocení hypotézy č. 3

H3: „Věk respondentů nekoreluje s hodnocením vlastní schopnosti pracovat na plný či zkrácený úvazek.“

Hypotéza vychází z mého předpokladu, že většina lidí při dosažení důchodového věku je ještě schopna plného výkonu v zaměstnání, nebo aspoň tuto schopnost bude uvádět. Tato hypotéza je vyhodnocována na základě otázky č. 10: Jak hodnotíte svou schopnost pracovat na plný či zkrácený úvazek? Tato otázka měla škálovou odpověď. V hodnotící škále jsou dvě odpovědi s negativním hodnocením („velmi špatná“ a „špatná“), jedna odpověď neutrální a dvě jsou s pozitivním hodnocením („dobrá“ a „velmi dobrá“). Odpovědi jsou obodované podle tabulky č. 1.

Graf č. 12: Hodnocení schopnosti pracovat.



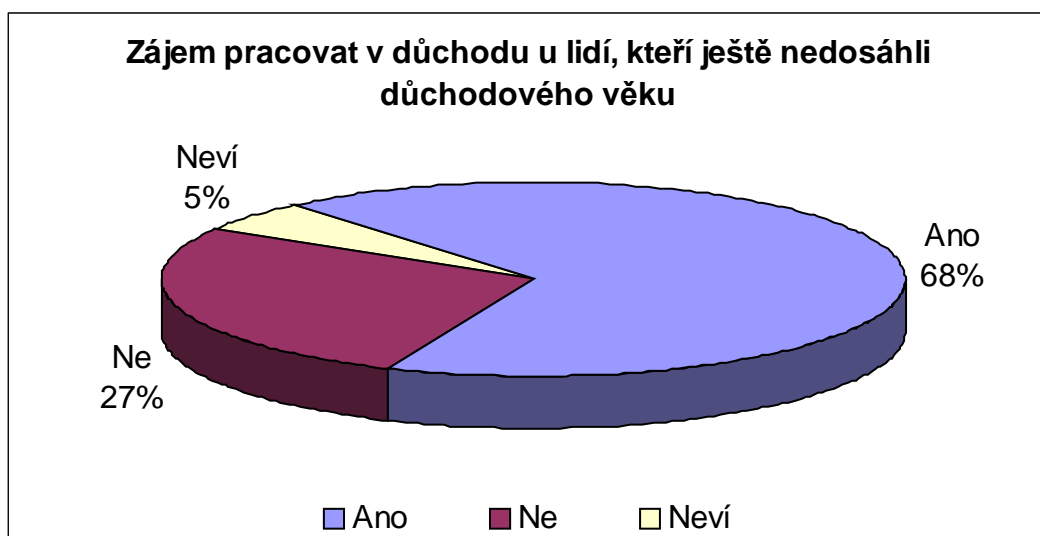
Z odpovědí jsem vypočetla průměrné hodnocení pro jednotlivé věkové skupiny a směrodatnou odchylku. Výsledky jsou znázorněné v grafu č. 12. Nejvyšší schopnost pracovat uvádějí respondenti ve věku 56 až 59 let a to 4,41 bodu se směrodatnou odchylkou 0,64 bodu.

Pro věkovou skupinu 60-63 let je hodnocení 4,15 bodu se směrodatnou odchylkou 0,85 bodu a pro věkovou skupinu 64-67 let je hodnocení 3,91 bodu se směrodatnou odchylkou 1,01 bodu. Respondenti ve věku 60 až 63 let a ve věku 64 až 67 let uvádí téměř totožnou schopnost pracovat na plný či částečný úvazek. Nejnižší schopnost pracovat na plný či částečný úvazek uvádějí respondenti ve věku 68 až 71 let a to 3,42 bodu se směrodatnou odchylkou 1,22 bodu.

U nejstarší věkové skupiny respondentů (68 až 71 let) je nejvyšší směrodatná odchylka, což naznačuje různorodost odpovědí. V této věkové skupině již narůstají rozdíly v hodnocení, kdy na jedné straně jsou lidé, kteří se již necítí příliš na to, aby pracovali na plný či částečný úvazek a na druhé straně jsou lidé, kteří mají stále pocit, že to zvládnou bez větších problémů.

Je nutné brát v úvahu, o jaký druh práce by se jednalo a zdali by se jednalo o práci na plný pracovní úvazek či na částečný pracovní úvazek. Takto podrobně jsem však druh práce nechtěla specifikovat, neboť člověk je neustále vystavován situacím, které ho omezují ve volbě povolání a výběr povolání musí často podřídit svým aktuálním životním podmínkám. Proto i výběr povolání na plný či částečný úvazek v pokročilejším věku musí podléhat aktuálním životním podmínkám, zdraví atd. Z tohoto hlediska tedy považuji za nedůležité, o jakou práci se jedná a zdali je to na plný či částečný úvazek nebo jen občasná brigáda.

Graf č. 13: Rozdělení respondentů, kteří ještě nedosáhli důchodového věku, podle toho, zdali mají zájem pracovat i v důchodu.

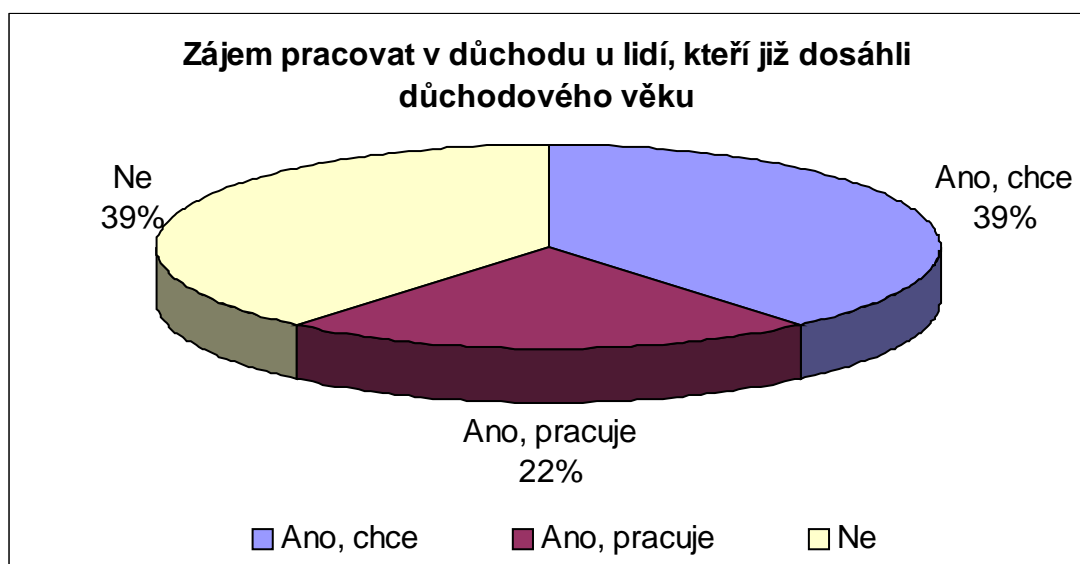


Tabulka ke grafu č. 13: Rozdělení respondentů, kteří ještě nedosáhli důchodového věku, podle zájmu pracovat i v důchodovém věku.

Zájem pracovat v důchodu u lidí, kteří ještě nedosáhli důchodového věku.		
	Počet respondentů	%
Ano	25	68
Ne	10	27
Neví	2	5

V grafu č. 13 je rozdělení respondentů, kteří ještě nedosáhli důchodového věku, podle toho, zdali uvádí zájem pracovat i v důchodu. Z celkového počtu 37 respondentů, kteří ještě nejsou v důchodu, jich 25 (68%) uvádí, že chce pracovat i po dosažení důchodového věku, 2 (5%) respondenti neví a 10 (27%) respondentů uvádí, že po dosažení důchodového věku již nechce pracovat.

Graf č. 14: Rozdělení respondentů, kteří již dosáhli důchodového věku, podle toho, zdali mají zájem pracovat i v důchodu.

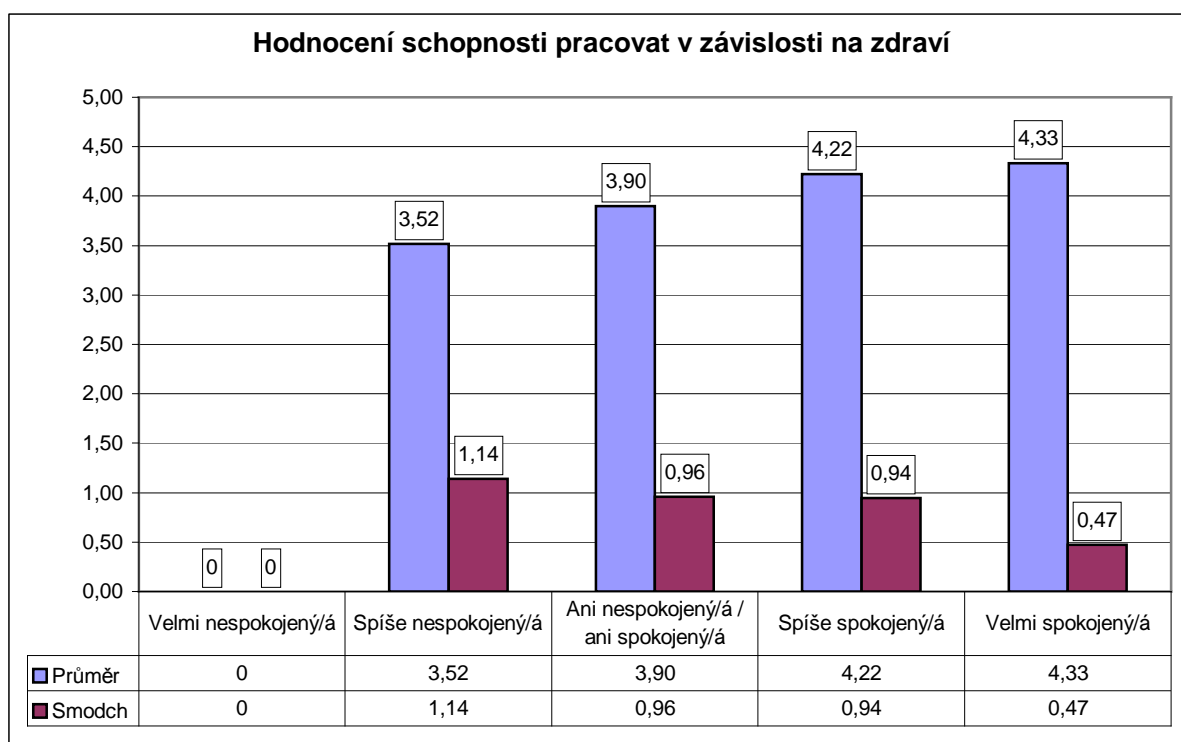


Tabulka ke grafu č. 14: Rozdělení respondentů, kteří již dosáhli důchodového věku, podle zájmu pracovat i v důchodovém věku.

Zájem pracovat v důchodu u lidí, kteří již dosáhli důchodového věku.		
	Počet respondentů	%
Ano, chce	28	39
Ano, pracuje	16	22
Ne	28	39

Obdobně jsem vyhodnotila respondenty, kteří jsou již v důchodu. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 14. Z celkového počtu 72 respondentů, kteří jsou již v důchodu, jich nechce pracovat 28, což je 39% z lidí v důchodu, 28 respondentů (39% z důchodců) uvádí, že má zájem pracovat na plný či zkrácený úvazek, ale v současné době nepracují. Zbýlých 16 respondentů (22% z důchodců) uvádí, že mají zájem pracovat na plný či částečný úvazek a také skutečně také pracují.

Graf č. 15: Schopnost pracovat v závislosti na zdraví



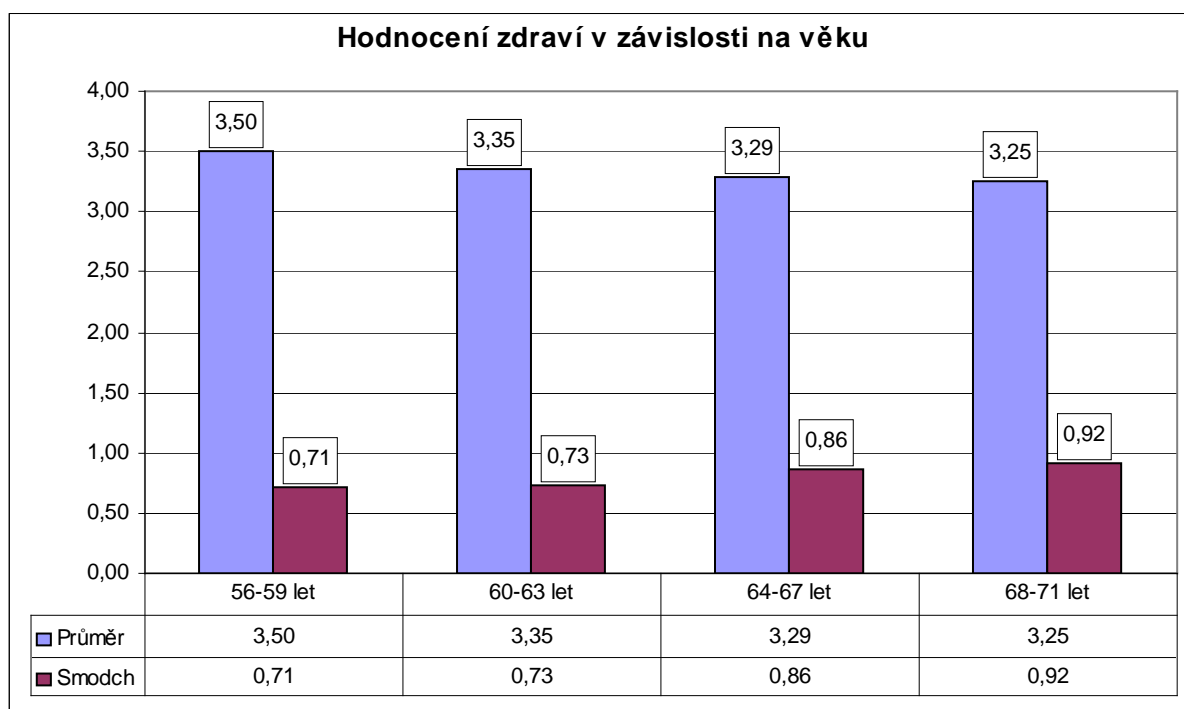
V grafu č. 15 je znázorněno hodnocení respondentů schopnosti pracovat v závislosti na jejich zdraví. Podle očekávání uvádí nejvyšší schopnost pracovat lidé, kteří jsou se svým zdravím velmi spokojeni – jejich hodnocení schopnosti pracovat je 4,33 bodu a směrodatná odchylka je 0,47 bodu. Respondenti, kteří jsou spíše spokojeni se svým zdravím, uvádí také velmi vysokou schopnost pracovat a to 4,22 bodu a se směrodatnou odchylkou 0,94 bodu. Respondenti, kteří jsou ani nespokojeni a ani spokojeni se svým zdravím hodnotí schopnost pracovat 3,90 bodu se směrodatnou odchylkou 0,96 bodu. Respondenti, kteří jsou se svým zdravím spíše nespokojeni, hodnotí svou schopnost pracovat 3,52 bodu se směrodatnou odchylkou 1,14 bodu.

V grafu č. 16 je znázorněné hodnocení zdravotního stavu v závislosti na věku. Nejlépe svůj zdravotní stav hodnotí respondenti ve věkové skupině 56-59 let a to 3,50 bodu se směrodatnou odchylkou 0,71 bodu, respondenti ve věkové skupině 60-63 let hodnotí svůj zdravotní stav 3,35 bodu se směrodatnou odchylkou 0,73 bodu, respondenti ve věkové skupině 64-67 let hodnotí svůj stav 3,29 bodu se směrodatnou odchylkou 0,86 bodu. Nejhorše hodnotí svůj zdravotní stav respondenti ve věkové skupině 68-71 let a to 3,25 se směrodatnou odchylkou 0,92 bodu.

Průměrné hodnocení zdravotního stavu všech respondentů se příliš neliší – rozdíly v hodnocení jsou velmi malé – mezi věkovou skupinou respondentů 56-59 let a 68-71 let je to pouze 0,25 bodu, což je velmi málo. Současně s věkem narůstá směrodatná odchylka. To vypovídá o narůstajících rozdílech v hodnocení zdraví mezi respondenty v jednotlivých věkových skupinách.

Hodnocení zdravotního stavu respondentů je v souladu s výsledky grafů č. 12 a č. 15, kdy s narůstajícím věkem klesá uváděná schopnost pracovat na plný nebo částečný úvazek (graf č. 12) a stejný trend je patrný se klesajícím hodnocením zdravotního stavu (graf č. 15). Výsledky v grafu č. 16 tedy potvrzují tento trend, kdy spokojenost se zdravotním stavem s rostoucím věkem klesá.

Graf č. 16: Hodnocení zdraví v závislosti na věku



Podle výsledků průzkumu uvedených v grafu č. 12 se třetí hypotéza nepotvrdila. S rostoucím věkem respondentů klesá jejich uváděná schopnost pracovat na plný či částečný úvazek. V grafu č. 15 je patrná závislost hodnocení respondentů schopnosti pracovat na spokojenosti se svým zdravím. Čím vyšší spokojenost se svým zdravím respondent uvádí, tím vyšší uvádí schopnost pracovat.

5.4 Zhodnocení a závěry výzkumné sondy

Ve výzkumné části jsem si stanovila za cíl prozkoumat vliv odchodu do důchodu na kvalitu a hodnocení života lidí ve věku těsně před důchodem a v důchodu do věku 71 let. Odchod do důchodu je považován za synonymum pro to, když člověk odchází z aktivního pracovního života a stává se nepracujícím – ze zaměstnance se stává důchodce. Tato změna sebou přináší zásadní změny v uspořádání života a návyků. Ve své výzkumné sondě jsem tedy chtěla zjistit, jak tato změna působí na lidi, kterých se to bezprostředně týká.

Ve svém dotazníku jsem se konkrétně dotazovala respondentů v otázce č. 7, jak hodnotí odchod do důchodu. Respondenti, kteří již dosáhli důchodového věku, hodnotili svou osobní zkušenost a respondenti, kteří ještě důchodového věku nedosáhli, vyjadřovali svoje

očekávání. Nejlépe a velmi pozitivně hodnotili tuto životní změnu zaměstnaní důchodci (4,19 bodu z max. 5 bodů), kteří využívají výhod obou rolí. Role důchodce jim zajišťuje existenční jistotu, tedy to, že mohou pracovat, když chtějí pracovat, ale nemusí, když nechtějí. Zaměstnání je uspokojuje, neboť pracují dobrovolně, což jim přináší pestrý život a současně zvyšuje i životní úroveň z finančního hlediska. Téměř shodně hodnotí odchod do důchodu nepracující důchodci a nezaměstnaní lidé. Jejich hodnocení je stále ještě pozitivní: 3,67 bodu, respektive 3,63 bodu. Nejméně pozitivně hodnotí odchod do důchodu zaměstnaní respondenti, kteří ještě nedosáhli důchodového věku – průměrné hodnocení je 3,04 bodu, což se blíží neutrální hodnotě 3 – tedy hodnocení ani negativní, ani pozitivní. Směrodatná odchylka pro zaměstnané lidi před důchodem je poměrně vysoká, a sice 1,31 bodu, což svědčí vysoké různorodosti odpovědí - část respondentů se do důchodu těší a část respondentů se do důchodu výrazně netěší.

Z hodnocení změny způsobené odchodem do důchodu lze vyzorovat vliv zaměstnanosti na spokojenost se životem, neboť všeobecně lze považovat odchod do důchodu za změnu ze stavu zaměstnanosti do stavu nezaměstnanosti. Nejlépe hodnotí odchod do důchodu lidé, kteří jsou v důchodu a jsou zaměstnaní na plný či částečný úvazek. Naopak nejméně pozitivně hodnotí odchod do důchodu lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku a jsou zaměstnaní. V principu hodnotí tyto dvě skupiny respondentů odchod do důchodu podobně. Pracující důchodci hodnotí změnu způsobenou odchodem do důchodu velmi pozitivně zřejmě z toho důvodu, protože pracují a zaměstnaní lidé před důchodem jej hodnotí neutrálně, protože odchodem do důchodu pravděpodobně o práci přijdou. Spíše neutrální hodnocení odchodu do důchodu u pracujících respondentů před důchodem je kromě ztráty zaměstnání způsobeno i dalšími faktory – odchod do důchodu je především krok do neznámé životní fáze, které se zaměstnaní lidé před důchodem obávají. Zpravidla si nedovedou představit, co budou dělat, jaký bude jejich denní program, zdali to zvládnou finančně, zdali nebudou trpět nudou nebo osamělostí apod.

Na základě vyhodnocení otázky týkající se hodnocení životní změny způsobené odchodem do důchodu lze konstatovat, že zaměstnanost má vliv na hodnocení spokojenosti se životem. Při vyhodnocování otázky č. 7 jsou srovnávány dvě životní etapy: „před důchodem“ a „v důchodu“. Je tedy hodnocena životní etapa jako zaměstnanec („před důchodem“) a

životní etapa jako důchodce („v důchodu“). Z pozitivního hodnocení pracujících důchodců, kteří využívají výhod obou rolí, a z neutrálního hodnocení pracujících respondentů, kteří ještě nedosáhli důchodového věku, lze usuzovat, že životní etapa zaměstnance je hodnocena výše než životní etapa důchodce.

Zajímavé jsou výsledky výzkumné sondy pro hypotézu č. 1, kde jsem zkoumala vztah mezi zaměstnaností a hodnocením kvality života (spokojenosti se životem). Kvalita života byla zkoumána a vyhodnocována devíti otázkami, které se dotazovaly na různé stránky života - finanční stav, rodinu, přátele, pocity ze života, smysl života, osamělost, volný čas apod. (viz tabulka č. 2).

Obě skupiny respondentů, jak nezaměstnaní, tak i zaměstnaní, hodnotili kvalitu svého života pozitivně – z maximálního hodnocení 5 bodů, které znamená nejvyšší kvalitu, uváděli zaměstnaní respondenti v průměru 4,15 bodu a nezaměstnaní 4,02 bodu. Rozdíl 0,13 bodu považují za velmi malý. Jinými slovy řečeno, nezaměstnaní respondenti hodnotí kvalitu života pozitivně a zaměstnaní respondenti hodnotí kvalitu života ještě „o něco málo více“ pozitivněji.

Výraznější vliv zaměstnanosti lze vyzorovat při rozdělení respondentů do čtyř skupin, kdy jsou následně srovnáváni pracující důchodci s nepracujícími důchodci a zaměstnaní lidé před důchodem s nezaměstnanými lidmi před důchodem. Rozdíl v hodnocení kvality života mezi nepracujícími důchodci a pracujícími důchodci je 0,23 bodu (4,08 bodu vs. 4,31 bodu). Hodnocení kvality života pro obě skupiny je velmi vysoké a opět lze tedy konstatovat, že nepracující důchodci hodnotí kvalitu života pozitivně a pracující důchodci ji hodnotí ještě „o něco málo více“ pozitivněji.

Obdobně se nabízí srovnání nezaměstnaných lidí před důchodem a zaměstnaných lidí před důchodem, kde je rozdíl v hodnocení kvality života 0,50 bodu (3,54 bodu vs. 4,04 bodu). Zde už je rozdíl výraznější, ale stále ještě v pozitivní části hodnocení. Nicméně hodnocení kvality života, které uvádí nezaměstnaní lidé před důchodem, považují ve srovnání s ostatními skupinami respondentů za relativně nízké, i přestože se stále ještě nachází na pozitivní straně hodnocení.

Při rozdělení respondentů do čtyř skupin, jak je popsáno výše, je vliv zaměstnanosti znatelnější a zřejmější, ale o skutečném vlivu zaměstnanosti na kvalitu života lze mluvit

pouze u nezaměstnaných respondentů před důchodem. U zaměstnaných lidí před důchodem, u nezaměstnaných důchodců a u zaměstnaných důchodců nezpůsobuje zaměstnanost či nezaměstnanost výraznější rozdíly v hodnocení kvality života.

Vyšší rozdíl v hodnocení kvality života u zaměstnaných a nezaměstnaných lidí před důchodem (0,50 bodu) ve srovnání s pracujícími a nepracujícími důchodci (0,23 bodu) přičítám tomu, že všichni respondenti plní svou „společenskou roli“ kromě nezaměstnaných lidí, kteří ještě nedosáhli důchodového věku. Jejich role „obnáší“ to, že mají být zaměstnaní a tato „nesplněná“ povinnost se odráží na jejich nižším hodnocení kvality života. Ostatní skupiny respondentů plní své role, a proto kvalitu svého života a spokojenost s ním hodnotí vysoko.

Z výsledků výzkumné sondy vyplývá vliv věku na uváděnou schopnost pracovat, neboť s rostoucím věkem skutečně klesá schopnost respondentů pracovat na plný či zkrácený úvazek. Nicméně s rostoucím věkem klesá jak uváděná schopnost pracovat, tak i průměrná spokojenost se zdravotním stavem. Z toho lze usuzovat, že schopnost pracovat na plný či částečný úvazek je závislá jednak na věku, ale také na zdravotním stavu. Do jisté míry se tyto trendy s rostoucím věkem mohou prolínat. Nicméně v určité chvíli se však již nemusí prolínat, protože hodnocení zdravotního stavu je relativní a záleží na tom, jakým způsobem respondent své zdraví hodnotí. Hodnocení zdravotního stavu „spíše spokojený“ ve věku 65 let a ve věku 70 let může znamenat výrazný rozdíl v hodnocení schopnosti pracovat na plný či zkrácený úvazek. Nicméně hodnocení schopnosti pracovat je také subjektivní a pod pojmem „schopnost práce na plný či částečný úvazek“ si každý respondent může představit jinou práci, která zrovna odpovídá jeho podmínkám a zdravotnímu stavu. Obecně lze ale konstatovat, že uváděná schopnost pracovat je závislá na věku a s rostoucím věkem se snižuje.

Nejvyšší dosažené vzdělání má vliv na zájem pracovat i v důchodovém věku. Z výsledků výzkumné sondy vychází trend takový, že čím vyšší dosažené vzdělání, tím mají respondenti větší zájem pracovat i v důchodovém věku. Nicméně je nutné dodat, že uváděný zájem pracovat v důchodovém věku bez ohledu na vzdělání je vysoký.

Závěr

V současnosti je za velký problém považováno stárnutí populace. Toto téma a samotný pojem „stárnutí populace“ je tak často v médiích probíráno, až se jeho význam do určité míry mění. Pokud se hovoří o stárnutí populace, tak je to podáváno především jako problém. Stárnutí populace je tedy vnímáno jako něco, co je negativní. Nicméně synonymum pro termín „stárnutí populace“ může být výraz „nárůst počtu lidí, kteří se dožívají vyššího věku“ – jedná se tedy o dvě významově shodná vyjádření, ale každé z nich působí odlišně. Pojem stárnutí populace ve mně vyvolává pocit, že je třeba populaci omladit „odstraněním“ starých lidí, kteří jsou všeobecně vnímání jako přítěž, kterou lidé v produktivním věku musí „živit“.

Pokud však budeme mluvit o stárnutí populace jako zvyšování počtu lidí ve vyšším věku, tak to z mého pohledu zní výrazně pozitivněji. Protože i já se chci dožít vysokého věku, a to nejlépe ve zdraví, abych si život ve vyšším věku mohla ještě dostatečně užít. Pojem stárnutí populace tak vnímám jako výrazně ageistický výraz, neboť populace stárne ze dvou důvodů. Prvním důvodem je klesající počet mladých lidí (nízká porodnost) a druhým důvodem je zvyšující se počet lidí, kteří se dožívají vyššího věku. Nicméně pojem stárnutí populace asociuje pouze nárůst počtu starých lidí ve společnosti a stárnutí populace je všeobecně vnímáno jako negativní jev a ve stejném smyslu je pak přistupováno i ke starým lidem.

Stále se zvyšující doba dožití znamená, že jsou lidé celkově zdravější, a proto se dožívají vyššího věku. Z tohoto důvodu je logické, že se musí posouvat termín odchodu do důchodu do pozdějšího věku, protože lidé jsou teoreticky (i prakticky) schopni pracovat do vyššího věku. Na druhé straně existuje i názor, že lidé v průměru celkově zdravější nejsou a pouze zlepšující se lékařská péče prodlužuje jejich život v nemoci. Věk, do kterého jsou lidé schopni pracovat, se tak nezvyšuje. Podle mého názoru je tento argument zavádějící. Příkladem může být cukrovka a její léčebné postupy, které umožňují žít takřka normální aktivní život bez výraznějšího omezení.

Z výsledků vyhodnocení kvality života vyplývá, že respondenti hodnotí v průměru kvalitu svého života pozitivně bez ohledu na to, zdali jsou zaměstnaní, nezaměstnaní, v důchodu nebo před důchodem. Je to způsobeno především tím, že svůj život přizpůsobí aktuálním životním podmínkám a v rámci těchto podmínek žijí spokojený život. Negativně

hodnotí kvalitu svého života pouze jedinci a ještě navíc pouze určité oblasti svého života (např.: osamělost, finanční situaci), ale v průměru je jejich hodnocení vždy nadprůměrné. Na základě výsledků výzkumné sondy lze vypozaovat pozitivní vliv zaměstnanosti na hodnocení kvality života, nicméně tento vliv (podle výsledků průzkumu) není nijak výrazný. Spíše bych řekla, že stav zaměstnanosti je preferovanějším stavem než stav nezaměstnanosti, ale není „výrazně lepším“ stavem (výjimku tvoří do jisté míry nezaměstnaní lidé, kteří ještě nedosáhli důchodového věku).

Podle výsledků výzkumné sondy tak mění „zaměstnanost“ spokojený život v ještě více spokojenější. Nicméně bych ještě jednou chtěla zdůraznit, že velkou roli hraje skutečnost, že lidé přizpůsobí svůj život aktuálním podmínkám a v rámci těchto podmínek si zařídí spokojený život.

Současně je však nutné dodat, že především při hodnocení odchodu do důchodu je patrný pozitivní vliv zaměstnanosti a to především u zaměstnaných důchodců. Respondenti všeobecně uvádí poměrně vysoký zájem pracovat na plný či částečný úvazek i v důchodovém věku – zájem vyjadřuje 61% uchazečů, kteří již důchodového věku dosáhli a 68% uchazečů, kteří ještě důchodového věku nedosáhli. Tato čísla jsou poměrně vysoká, nicméně ukazují pouze zájem – realita pak může být jiná. Udávaný zájem pracovat i v důchodovém věku je v souladu se současným trendem posouvání termínu odchodu do důchodu do vyššího věku, a to z důvodu stále se prodlužující doby dožití a z důvodu dlouhodobé finanční udržitelnosti důchodového systému.

Résumé

Diplomová práce se zabývá problematikou stáří, stárnutí a kvalitou života ve stáří. Kvůli demografickému vývoji nabývá problematika stáří a stárnutí na významu. S rostoucím počtem lidí v pokročilejším věku vyvstává otázka zajištění podmínek pro jejich spokojený a kvalitní život. Zaměstnanost ve stáří má v tomto ohledu svou nezastupitelnou roli. Z výsledků šetření vyplývá, že zaměstnanost ve stáří přispívá ke spokojenějšímu životu. Velká část respondentů dále uvádí, že je schopno a má zájem pracovat i po dosažení důchodového věku. To je v souladu se současným trendem posouvání termínu odchodu do důchodu do vyššího věku.

Summary

Diploma thesis deals with old age, aging and quality of life in old age. Problems of old age and aging acquire an importance because of demographic development. With increasing number of people in higher age it comes a question of assuring the conditions for their satisfied and quality life. Employment in old age has in this respect its own nonsubstitutable role. From the investigation follows the results, that employment in old age supports a positive evaluation of life. Many respondents mention ability and interest to be employed also after their retirement. This agreed with contemporary trend of moving a retirement age into higher age.

Návrh opatření

Z výsledku výzkumné sondy vyplývá, že možnost pracovat hraje významnou roli v životě starších lidí a působí pozitivně na hodnocení kvality života. Jedním z opatření, které povede ke kvalitnějšímu a spokojenějšímu životu, je zajištění možnosti pracovat i ve vyšším věku. Tento trend v současné době probíhá, neboť v rámci zaváděné důchodové reformy se posouvá odchod do důchodu do vyššího věku. Samozřejmě už se nejedná o dobrovolný pracovní poměr v důchodu, kdy senior pracuje nad rámec svých povinností. Toto opatření řeší i to, že lidé v současné době odchází do důchodu ve věku, kdy se ještě za staré a „patřící do důchodu“ nepovažují, tedy ve věku, ve kterém jsou většinou schopni práce na plný úvazek.

Samotné posunutí odchodu do důchodu do pozdějšího věku však nestačí. Je třeba současně s tím reformovat a regulovat pracovní trh takovým způsobem, aby pro firmy bylo výhodné zaměstnávat starší lidi. V podstatě je nutné celkově reformovat pracovní trh, jeho podmínky a zažité standardy. Reforma pracovního trhu je ale problematické téma, neboť vyvstává otázka, co nebo koho podporovat více – zaměstnanost mladých lidí a absolventů škol, zaměstnanost matek s dětmi, zaměstnanost starších lidí či podporovat další jinou více nebo méně znevýhodněnou skupinu občanů. Odpověď je taková, že je samozřejmě nutné podporovat všechny znevýhodněné skupiny občanů. Řešení není jednoduché, ale mělo by být komplexní, aby řešilo všechny skupiny obyvatel.

Velký problém vidím v tom, že na českém pracovním trhu je poměrně málo nabídek částečných úvazků. To se musí podle mého názoru v budoucnosti změnit. Zkrácené úvazky nejsou vhodné jen pro starší lidi, ale i pro mladé matky, které současně obstarávají i rodinu. Z obdobného důvodu mohou pracovat i starší lidé na částečný úvazek, protože se současně musí starat o nemocného příbuzného, manžela či rodiče, nebo jen si více odpočinout.

Výhodou zkrácených úvazků je především to, že lidé neztrácejí kontakt s pracovním prostředím, neztrácejí návyk chodit do práce, ale současně mají více času na ostatní činnosti, na odpočinek, regeneraci apod. Zkrácené úvazky v České republice nemají příliš velkou tradici, proto by stát měl zajistit, aby takové úvazky bylo pro firmy výhodné nabízet.

Je třeba však změnit i přístup starších lidí k zaměstnání a vykonávané profesi. Člověk během svého života prochází určitým vývojem a v různých životních etapách vykonává různě kvalifikovanou práci. Může se stát, že na sklonku svého pracovního života již bude mít pouze

nabídky práce, které „neodpovídají“ jeho kvalifikaci. Někteří lidé, a nejen starší lidé, tak raději nepracují, než aby vykonávali z jejich pohledu podřadnou práci. Je však nutné poukazovat na to, že je přirozené pracovat, že ne vždy člověk může vykonávat práci, na kterou se „cítí“ a kterou by chtěl dělat.

Jak by staří lidé měli mít svobodnou volbu a možnost pracovat, tak by současně měli mít i možnost svobodné volby odejít i do předčasného důchodu. Vývoj se tímto směrem také ubírá. Životní náklady v důchodu budou v budoucnosti financovány z více zdrojů, a pokud bude mít starší člověk již dostatečně naspořeno, tak by měl mít možnost odejít do předčasného důchodu, aniž by byl přehnaně diskriminován nebo sankcionován.

V takové chvíli, kdy starší člověk odchází do řádného či předčasného důchodu, přicházejí na řadu další opatření, které vytvoří podmínky pro kvalitní život v roli seniora. Jako velmi významné hodnotím možnosti volby a výběru volnočasových aktivit pro seniorskou populaci. Univerzity třetího věku, podpora různých zájmových skupin (turistické skupiny, tělovýchovné organizace), či jen setkávání seniorů s mladší generací by mělo být pro každého dostupné a možné. Ve stejném duchu by měly být nabízeny i sociální služby zajišťující autonomii starého člověka – široká a dostupná nabídka.

Hlavní kritériem při zavádění jakýchkoliv opatření by mělo být to, aby staří lidé měli na výběr ze široké škály možností, které jejich život uspokojí. Cílem veškerých opatření je tedy vytvoření takových podmínek, které starším občanům zajistí „možnost volby“. Je však důležité, aby „možnost volby“ byla dostatečně široká, aby si starší občané mohli vybrat to, co jim vyhovuje, co potřebují a co jim jejich život udělá kvalitní a spokojený.

Seznam použité literatury

1. BALTES, PAUL. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In: *Perspektivy stárnutí*. 1. vyd. 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.
2. BUCHTOVÁ, Božena. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In: *Kvalita života* [online]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&>.
3. ČSU. *Pracující důchodci tvoří důležitou součást české ekonomiky* [online]. 2010. Dostupné z: http://czso.cz/csu/tz.nsf/i/pracujici_duchodci_tvori_dulezitou_soucast_ceske_ekonomiky.
4. DRAGOMIRECKÁ, Eva, ŠELEPOVÁ, Pavla. Kvalita života u seniorů. In: *Kvalita života* [online]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&>.
5. *Geriatricie* [online]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Geriatrie>.
6. *Gerontologie* [online]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Gerontologie>.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. 1990. ISBN 80-7038-158-2.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. 2006. ISBN 80-7013-363-5.
9. *Index lidského rozvoje* [online]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Index_lidsk%C3%A9ho_rozvoje.
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. 2006. ISBN 80-7368-110-2.
11. JIRÁSKOVÁ, Věra. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. 1. vyd. 2005. ISBN 80-86861-80-5.
12. KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 2006. ISBN 80-7262-455-5.
13. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
14. KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. 2005. ISBN 80-7262-363-X.
15. KOTÝNKOVÁ, Magdalena. Zmírňování chudoby a sociálního vyloučení jako předpoklad pro zvýšení kvality života. In: *Kvalita života* [online]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&>.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života* [online]. Dostupné z: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html.
17. *Maslowova pyramida* [online]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida.
18. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky a pracující se seniory*. 1. vyd. 2006. ISBN 80-7013-463-4.

19. MISCONIOVÁ, Blanka. *Systém domácí péče* [online]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->.
20. MPSV. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
21. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Měření kvality života u seniorů* [online]. 2009. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf.
22. ORT, Jiří. *Kapitoly ze sociologie stáří*. 1. vyd. 2004. ISBN 80-7044-636-6.
23. SAGIT. *Domovy důchodců* [online]. Dostupné z: http://www.sagit.cz/pages/lexikonheslatxt.asp?cd=154&typ=r&levelid=SZ_052.HTM.
24. SCHMEIDLER, Karel. *Problémy mobility stárnoucí populace*. 1. vyd. 2009. ISBN 978-80-87342-05-3.
25. SVOBODOVA. *Soudoba sociologie 2 – Kvalita života* [online]. Dostupné z: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc.
26. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
27. ŠIPR, Květoslav. *Jak zdravě stárnout*. 1. vyd. 1997. ISBN 80-901834-1-7.
28. ŠOLCOVÁ, Iva, KEBZA, Vladimír. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In: *Kvalita života* [online]. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&>.
29. ŠŤASTNÁ, Lenka. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100* [online]. 2007. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/165/904/?acc=enb>.
30. ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. 2004. ISBN 80-7178-920-8.
31. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. - Dospělost a stáří*. 1. vyd. 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.
32. VÁŽANSKÝ, Mojmír. *Atributy života starších osob s ohledem na proměny společnosti*. [online] Dostupné z: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Balogova1/pdf_doc/26.pdf.
33. VIGUÉ, Jordi. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. 2006. ISBN 80-7234-536-2.
34. VOSTROVSKÁ, Helena. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. vyd. 1998. ISBN 80-7071-093-4.
35. ŽELEZNÝ, Ivo. *Když člověk přichází do let*. 1. vyd. 1997. ISBN 80-237-3447-4.

Příloha

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,
tento dotazník se týká kvality života a je součástí mé magisterské práce k ukončení studia. Úkolem dotazníku je zjištění spokojenosti s životní situací, a to u lidí před odchodem do důchodu a v době po nástupu do důchodu. Dotazník je anonymní a údaje v něm uvedené budou použity výhradně pro mou potřebu. Předem Vám děkuji za Vaši ochotu, spolupráci a trpělivost při jeho vyplňování.
Tereza Novotná

1 Jste muž žena

2 Kolik je vám let?

3 Jakého jste dosáhl/a nejvyššího vzdělání?

Základní vzdělání Výuční list Maturita Vysokoškolské vzdělání

4 Jste již v důchodu?

ANO, v řádném NE, ale důchodového věku jsem již dosáhl/a
 ANO, v předčasném NE
 jiná možnost

5 Jste zaměstnán/a?

Nezaměstnán/a Zaměstnán/a na plný úvazek Zaměstnán/a na částečný úvazek

6 Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

velmi nespokojený/á nespokojený ani spokojený/
ani nespokojený spokojený velmi
spokojený/á

7 Hodnotíte odchod do důchodu jako pozitivní nebo negativní změnu ve Vašem životě? Pokud ještě nejste v důchodu, pokládáte odchod do důchodu za pozitivní nebo negativní změnu?

velmi negativní spíše negativní ani negativní,
ani pozitivní spíše pozitivní velmi pozitivní

8 Hodláte pracovat (na plný či částečný úvazek) i po dosažení zákonného důchodového věku? (otázka pro respondenty, kteří ještě nejsou v důchodu)

ANO NE nevím

9 Máte chuť pracovat (na částečný nebo plný úvazek)? (otázka pro respondenty, kteří jsou již v důchodu)

ANO NE nevím

10 Jaká je Vaše schopnost pracovat na plný (či zkrácený úvazek)?

velmi špatná špatná ani špatná, dobrá velmi dobrá
ani dobrá

11 Děláte starosti kvůli penězům?

pociťuji pociťuji nevím stačí mám dostatek,
výrazný nedostatek mírný nedostatek peníze vůbec neřeším

12 Má Váš život smysl?

vůbec ne spíše ne nevím spíše ano ano, velmi

13 Jaké pocity prožíváte ve svém životě v poslední době?

velmi špatné špatné nevím dobré velmi dobré

14 Jak osamělý/á se cítíte ve svém životě?

velmi trochu nevím nemám osamělost vůbec
osamělý/á osamělý/á s tím problém nepociťuji

15 Žijete spokojený rodinný život?

vůbec ne spíše ne nevím spíše ano ano, velmi

16 Těší Vás volný čas?

vůbec ne spíše ne nevím spíše ano ano, velmi

17 Máte dost energie pro každodenní život?

vůbec ne spíše ne nevím spíše ano ano, velmi

18 Jak se cítíte v běžném životě?

velmi spíše ani spokojený/á spíše velmi
nespokojený/á nespokojený/á ani nespokojený/á spokojený/á spokojený/á

19 Máte oporu ve svých přátelích?

vůbec ne spíše ne nevím spíše ano ano, velmi