

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta
Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje

Studijní program: Epidemiologie
Studijní obor: Sociální epidemiologie



Bc. Markéta Pluhařová

Vliv volnočasové a společenské aktivity na kvalitu života seniorů v Evropě – analýza dat studie SHARE

Impact of leisure and social activities on quality of life among elderly in Europe – SHARE data analysis

Diplomová práce

Vedoucí práce:
RNDr. Michala Lustigová, Ph.D.

Praha, 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 8. 12. 2021

Bc. Markéta Pluhařová

Poděkování

Mé velké poděkování patří školitelce této diplomové práce paní RNDr. Michale Lustigové, Ph.D. za její dobré rady, trpělivost a příjemnou spolupráci.

Vliv volnočasové a společenské aktivity na kvalitu života seniorů v Evropě – analýza dat studie SHARE

Abstrakt

Vlivem demografického stárnutí se stává kvalita života zvyšujícího se podílu seniorů důležitější než kdy jindy. Dle teorie aktivity a konceptu aktivního stárnutí je aktivní život ve vyšším věku způsob, jak prožít dobré stáří. Diplomová práce se věnuje dopadům volnočasové a společenské aktivity na kvalitu života seniorů starších 65 let v 17 evropských zemích. Pomocí binární regresní analýzy a víceúrovňového modelování s použitím binární regresní analýzy jsou analyzována data šesté vlny The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) z roku 2015 a panelového datasetu easySHARE. Vztah 11 vybraných aktivit, které byly rozděleny pro potřeby této diplomové práce na společenské, individuální aktivity a činnosti zaměřené na pomoc druhým osobám, a kvality života je kontrolován pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky. Kvalita života je hodnocena pomocí indikátoru CASP-12. U společenských a individuálních aktivit mají aktivní senioři vyšší šance na vysokou kvalitu života (skóre CASP-12 > 39) než neaktivní. Vyšší šance mají i senioři, kteří neposkytují pomoc s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti oproti pečujícím.

Klíčová slova

stárnutí, stárnutí populace, kvalita života, sociální aktivity, studie SHARE, Evropa

Impact of leisure and social activities on quality of life among elderly in Europe – SHARE data analysis

Abstract

Due to demographic aging, the quality of life of an increasing proportion of seniors is becoming more important than ever. According to activity theory and the concept of active aging, active life is a way to experience good old age. The diploma thesis focuses on the impacts of leisure and social activities on the quality of life of elderly over 65 in 17 European countries. Sixth wave data from The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) from 2015 and the easySHARE panel dataset are analyzed using binary regression analysis and multilevel modeling using binary regression analysis. The relationship of 11 selected activities, which were divided for the needs of this thesis into social, individual activities and activities aimed at helping others, and quality of life is controlled for socio-economic, demographic and health characteristics. Quality of life is measured using the CASP-12 indicator. For social and individual activities, active elderly have a higher chance of a high quality of life (CASP-12 score > 39) than inactive. Elderly who do not provide personal care assistance to people from the same household also have a better chance than caregivers.

Key words

ageing, ageing of population, quality of life, social activities, The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Europe

OBSAH

SEZNAM TABULEK	7
SEZNAM OBRÁZKŮ	8
PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK	9
1 Úvod	10
1.1 Předpoklady a východiska.....	11
2 Stáří a stárnutí.....	14
2.1 Sociální gerontologie	15
2.2 Sociální teorie stárnutí.....	17
2.2.1 Koncept úspěšného stárnutí.....	19
2.2.2 Koncept aktivního stárnutí	20
2.3 Demografie stáří.....	22
3 Aktivní život ve stáří.....	24
3.1 Sociální interakce a participace.....	24
3.2 Volný čas.....	26
3.3 Volnočasové a společenské aktivity.....	26
3.3.1 Faktory ovlivňující účast na volnočasových a společenských aktivitách	30
4 Kvalita života.....	32
4.1 Měření kvality života	34
4.2 Kvalita života seniorů	36
4.3 Dopad společenských a volnočasových aktivit na kvalitu života seniorů.....	38
5 Data a metodika	41
5.1 Zdroj dat – studie SHARE	41
5.2 Charakteristika indikátoru kvality života CASP-12	44
5.3 Aplikované statistické metody	46

6 Analýza vztahu volnočasových a společenských aktivit a kvality života seniorů v Evropě	48
6.1 Charakteristika datového souboru	48
6.2 Prevalence volnočasových a společenských aktivit u seniorů v Evropě	53
6.3 Postup regresního modelování	61
6.4 Vliv volnočasových a společenských aktivit na kvalitu života seniorů v Evropě...	62
7 Diskuze hypotéz.....	77
8 Závěr	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
PŘÍLOHY	90

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Socioekonomické a demografické charakteristiky datového souboru, 2015	49
Tab. 2: Zdravotní charakteristiky datového souboru, 2015	51
Tab. 3: Prevalence volnočasových a společenských aktivit, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015	57
Tab. 4: Souvislosti participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky modelů binární logistické regrese, 2015	63
Tab. 5: Souvislosti socioekonomických, demografických a zdravotních charakteristik a vysoké kvality života u seniorů v Evropě, výsledky modelu binární logistické regrese, 2015	65
Tab. 6: Souvislost participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života u seniorů v Evropě, výsledky adjustovaného modelu binární logistické regrese, 2015	67
Tab. 7: Souvislosti participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky adjustovaných modelů binární logistické regrese, 2015	70
Tab. 8: Souvislosti participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky adjustovaného víceúrovňového modelu binární logistické regrese, 2015	72
Tab. 9: Vztah participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života seniorů v Evropě, odhad náhodného parametru víceúrovňového modelování, 2015	73
Tab. 10: Celkový efekt víceúrovňového modelu binární logistické regrese pro vztah participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života seniorů v Evropě, 2015	73
Tab. 11: Souvislosti participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky adjustovaných modelů víceúrovňové binární logistické regrese, 2015	74
Tab. 12: Vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, odhady náhodných parametrů a celkových efektů víceúrovňového modelování, 2015	75

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Koncept úspěšného stárnutí	20
Obr. 2: Průměrná hodnota skóre CASP-12 ve vybraných zemích Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015	52
Obr. 3: Rozložení hodnot skóre CASP-12 ve vybraných zemích Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015	53
Obr. 4: Prevalence společenských aktivit: dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015	54
Obr. 5: Prevalence individuálních aktivit: užívání internetu, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015	54
Obr. 6: Prevalence aktivit zaměřených na pomoc druhým osobám: péče o vnoučata, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015	55
Obr. 7: Kvalita života seniorů ve vybraných evropských zemích studie SHARE dle participace na aktivitách, věk 65+, obě pohlaví, 2015.....	59

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

AAI	Active ageing index
CASP-12	Indikátor kvality života
DALY	Disability-Adjusted Life Years
EU	Evropská unie
EU-27	27 členských zemí Evropské unie
EUROSTAT	Evropský statistický úřad
HRQoL	Health Related Quality of Life
IADL	Instrumental activities of daily living
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
OSN	Organizace spojených národů
QALY	Quality-Adjusted Life Years
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	Dotazník WHO pro měření kvality života

Kapitola 1

Úvod

V současné době se ve světové populaci zvyšuje podíl osob žijících v seniorském věku, jelikož se snižuje míra plodnosti a zvyšuje naděje dožití. Už mezi roky 2015 a 2050 se očekávalo, že podíl starších osob v populaci se téměř zdvojnásobí a dosáhne hodnot okolo 20 %. Z toho důvodu zdravotní stav a kvalita života seniorů zásadně nabyly na důležitosti. (WHO 2017) K 31.12. 2020 žilo v Evropě už 20,6 % osob starších 65 let, čímž došlo k předčasnému naplnění očekávání. Odhaduje se, že do roku 2100 dojde dokonce k 2,5násobnému nárůstu podílu nejstarších seniorů (80 a více let) z 5,9 % na 14,6 %. K nejvyššímu nárůstu podílu seniorů za posledních deset let (v letech 2010–2020) došlo ve Finsku (o 5,6procentních bodů) následovaném Lichtenštejnskem, Polskem a Českem (o 4,8; 4,6; 4,6procentních bodů). (EUROSTAT 2021b) Téměř polovina seniorské populace napříč členskými zeměmi Evropské unie uvádí, že má potíže s alespoň jednou aktivitou v domácnosti nebo s aktivitou v otázce osobní péče (EUROSTAT 2019). Omezení v každodenních aktivitách jako je péče o sebe a domácnost mohou zásadně ovlivnit kvalitu života. K dosažení tzv. úspěšného stárnutí by se měli senioři snažit vyhnout nemocem a disabilitě, zachovat si kognitivní a fyzickou zdatnost a aktivně se zapojovat do života. (Rowe a Kahn 1997)

Z dosavadního zkoumání vyplývá, že existuje souvislost mezi zapojením seniorů do společnosti a jejich kvalitou života. Jinými slovy to, jestli vůbec a jakým způsobem senioři vedou aktivní a společenský život, má dopad na jejich kvalitu života. Na aktivity lze nahlížet nejen jako na nový životní program, ale i jako na příležitost k utváření sociálních vazeb a prevenci osamění či izolace. Podle již provedených analýz vykazují osoby v seniorském věku, které participují na volnočasových a společenských aktivitách vyšší kvalitu života. (Lee et al. 2014; Vozikaki et al. 2017; Lestari et al. 2021; Conde-Sala et al. 2017; Park a Byers-Connon 2012) Aktivní přístup k životu ve vyšším věku na základě teorie aktivity je způsob, jakým se mohou senioři vypořádat s projevy stáří a změnou životního stylu po odchodu do penze (Moody 2010), a který podle konceptů aktivního a úspěšného stárnutí může vést ke kvalitně prožitému stáří (Rowe a Kahn 1997; Walker 2002).

Právě aktivnímu zapojení seniorů do společnosti se věnuje tato diplomová práce. Ta si klade za cíl zjistit, zda účast na volnočasových a společenských aktivitách má vliv na kvalitu života seniorů v Evropě, a zda se mezi dopady jednotlivých aktivit při zavedení socioekonomických, demografických a zdravotních kontrolních proměnných nachází určité rozdíly. Diplomová práce

je vypracována na základě rešerše odborné literatury. K dosažení stanovených cílů bylo užito metod binární logistické regresní analýzy a víceúrovňového modelování. Analýza je provedena na individuálních datech šesté vlny studie SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) z roku 2015 a panelového datasetu easySHARE. Do analýzy vstupují data za 17 zemí Evropy, přičemž byl zahrnut maximální počet zemí, které poskytovaly potřebné údaje. Individuální data byla zpracována za osoby starší 65 let. Aktivity seniorů byly pro potřeby práce rozděleny na společenské, individuální a se zaměřením na pomoc druhým osobám. Toto dělení vychází z předpokladu, že společenské aktivity byly primárně vykonávány ve společnosti více osob, individuální aktivity byly naopak v první řadě prováděny samostatně. Činnosti týkající se poskytování pomoci jsou zcela odlišné nejen svým charakterem, ale rovněž vyžadují určitou fyzickou i psychickou zdatnost, proto byly vyčleněny zvlášť. Účast či neúčast byla zjišťována na základě vlastní deklarace jedince. Regresní modely mají poskytnout obraz o dopadech aktivního života seniorů na jeho kvalitu srovnatelný podle jednotlivých druhů aktivit v 17 evropských zemích.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část a členěna je do kapitol. Teoretická část uvádí téma do kontextu, zachycuje dosavadní stav bádání na téma stáří, stárnutí. Rozpracována je problematika aktivního života ve stáří, možnosti volnočasových a společenských aktivit a faktory ovlivňující míru participace. V neposlední řadě je rozebrán fenomén kvality života, způsoby jeho měření a specifika pro osoby ve vyšším věku. Praktická část je zaměřena na samotnou analýzu. Nejprve jsou popsány datové zdroje, metodologie jejich sběru a výběr proměnných vstupujících do analýzy. V analytické části je provedena deskriptivní analýza dat, která má za cíl popsat datový soubor. Ve stěžejní části diplomové práce jsou aplikovány metody binární logistické regresní analýzy a víceúrovňového modelování ke zjištění vztahu participace na společenských a volnočasových aktivitách na kvalitu života seniorů v Evropě kontrolovaného pro socioekonomické, demografické a zdravotní proměnné.

1.1 Předpoklady a východiska

Předkládaná diplomová práce zkoumá vliv společenské aktivity na kvalitu života seniorů v evropských populacích na datech 6. vlny studie SHARE z roku 2015 a panelového datasetu easySHARE s cílem zjistit odlišnosti v kvalitě života seniorů podle toho, zda se věnují společenským aktivitám. Tyto odlišnosti jsou poté kontrolovány pro vybrané demografické, socioekonomické a zdravotní proměnné. Důležitost kvality života seniorů dokládá zařazení zvyšování kvality života v jakémkoliv věku do Globálních cílů udržitelného rozvoje OSN. Členské státy se zavázaly do roku 2030 splnit 17 cílů na nejdůležitější oblasti rozvoje a docílit vymýcení chudoby, ochrany životního prostředí a zajištění blahobytu všem lidem. Tato práce primárně vychází ze třetího cíle ve znění „Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku.“ a z cíle 3.4 „podporovat duševní zdraví a duševní pohodu“ (OSN 2021).

Nejprve se práce věnuje stáří a stárnutí a s nimi spojeným teoriím, které pomohou pochopit důležitou část života po završení produktivního věku. Nejdříve je třeba vymezit toto období, jelikož hranice stáří jsou mnohdy nejasné např. ne každý jedinec, který patří podle kalendářního

věku mezi seniory se jako senior musí cítit, musí pobírat penzi či trpět stařeckou křehkostí apod. Zejména Čevela et al. (2012), Haškovcová (2010) a Moody (2010) popisují problematiku heterogenity seniorské populace, odlišné přístupy k vyrovnávání se s projevem stárnutí.

Dále jsou rozpracovány dva nejznámější koncepty stárnutí. Prvním je koncept úspěšného stárnutí, kterým se zabývali Rowe a Kahn (1997) a druhý je známý jako koncept aktivního stárnutí, jež od 90. let 20. století využívá Světová zdravotnická organizace (WHO). Poté je pozornost zaměřena na zapojení do společnosti skrze volnočasové a společenské aktivity vykonávané samostatně i s druhými lidmi, jejich důležitost v životě člověka a zejména v seniorském věku. Tato část práce vychází především z publikací, které se věnovaly jednotlivým druhům aktivit seniorů jako je např. dobrovolnictví (Kafková a Petrová 2012), péče o druhé (Patschová 2014), vzdělávání (Staudinger a Baumert 2009), kultura (EUROSTAT 2020) a jejich míra participace napříč Evropou.

Vlivem společenských aktivit na kvalitu života seniorů se již v minulosti zabývali mnozí zahraniční autoři jako např. Lee et al. (2014); Lestari et al. (2021); Vozikaki et al. (2017); Conde-Sala et al. (2017) a další. Obdobnému tématu se na katedře Sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy již věnoval Marek Zehnálek (2018). V jeho diplomové práci byla analyzována data z 5. vlny studie SHARE a posuzován byl index úspěšného stárnutí tvořený úrovní subjektivního zdraví, symptomů deprese a soběstačnosti. Předkládaná diplomová práce vychází oproti zmíněné práci z následující 6. vlny studie SHARE, zaměřuje se na kvalitu života vyjádřenou indikátorem CASP-12 a má za úkol odpovědět na následující výzkumné otázky: *Jak se liší kvalita života seniorů dle účasti na volnočasových a společenských aktivitách v Evropě? Přežívají tyto rozdíly při zahrnutí demografických, socioekonomických a zdravotních kontrolních proměnných?* Odpovědi na stanovené výzkumné otázky tato diplomová práce hledá pomocí binární logistické regresní analýzy a víceúrovňového modelování. Na základě rešerše relevantní odborné literatury byly stanoveny tři hypotézy.

Většina autorů zabývajících se vztahem participace na aktivitách a kvalitou života seniorů se spíše přiklání k tomu, že souvislost mezi nimi existuje. Zároveň se přiklání k teorii aktivity, podle které aktivní život v seniorském věku přispívá ke kvalitnímu stáří. Jedinci, kteří se dokázali úspěšně adaptovat na stáří žijí spokojenější život. Podle Haškovcové (2010) senioři mající smysluplný program jako např. studium univerzity třetího věku nemají čas lenivět, věnovat se svým fyzickým indispozicím a často navštěvovat lékaře. Tato diplomová práce studuje vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a kvality života seniorů, ve kterém existuje souvislost.

Hypotéza 1: Osoby participující na společenských a individuálních aktivitách mají vyšší kvalitu života.

Z již provedených analýz vyplývá, že neformální pomoc rodině, přátelům či sousedům je pozitivní prediktor kvality života, tj. že lidé pomáhající svému okolí mají spíše vyšší kvalitu života. Nicméně zdá se, že rozhodující faktor pro vyšší kvalitu života není samotná pomoc, jako spíše návratnost investovaného úsilí. V případě pomoci nebo péče o osobu s disabilitou či nemocí je návratnost investice spíše menší nebo žádná, a pečující tak nedosahují vyšší kvality života.

Zároveň je ukončení péče spojeno s nárůstem kvality života. (Siegrist a Wahrendorf 2009) Na základě zmíněného předchozího zkoumání byla stanovena druhá hypotéza. Jelikož vybraný datový soubor poskytuje informace pouze o osobní péči člena vlastní domácnosti, hypotéza je stanovena na úžeji vymezenou oblast.

Hypotéza 2: Osoby pečující o člena vlastní domácnosti v oblasti osobní péče mají nižší kvalitu života.

Tato diplomová práce předpokládá, že budou nalezeny odlišnosti v participaci na společenských a volnočasových aktivitách napříč evropskými zeměmi. Stejně jako je v Česku typickou volnočasovou aktivitou chalupaření, lze očekávat, že i v jiných oblastech budou kulturní specifika, a tudíž i celkově odlišné prevalence aktivit napříč zeměmi Evropy (Haškovcová 2010). Územní odlišnosti v participaci na aktivitách byly již nalezeny v odborných publikacích autorů Lestari et al. (2021) a Vozikaki et al. (2017). Lze očekávat, že při zkoumání aktivit a jejich dopadu na kvalitu života seniorů v 17 zemích Evropy se rozdíly rovněž objeví.

Hypotéza 3: Účast na aktivitách se liší dle územního vymezení.

Tato práce se zabývá participací seniorů na volnočasových a společenských aktivitách, které jim mohou pomoci zabránit sociální izolaci, najít nový životní program nebo budovat nové či posílit současné sociální vazby. Vztah aktivit s kvalitou života je v binární logistické regresní analýze a víceúrovňovém modelování kontrolován pro vybrané socioekonomické, demografické a zdravotní proměnné – věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, příjem domácnosti, velikost bydliště, země, pracovní stav, omezení instrumentálních každodenních aktivit, index mobility a subjektivně hodnocené zdraví. Ačkoliv předkládaná diplomová práce neaspíruje na odhalení kauzálních souvislostí, jelikož jevy nezkoumá v časové následnosti, její přínosy lze nalézt v jedinečném přístupu k analýze aktivit. V této diplomové práci je zkoumáno 11 aktivit rozdělených na společenské, volnočasové a zaměřené na pomoc druhým osobám. Participace seniorů je zkoumána v souvislosti s kvalitou života napříč 17 evropskými zeměmi. Tím práce utváří rozsáhlý přehled dopadů účasti na aktivitách na kvalitu života seniorů.

Kapitola 2

Stáří a stárnutí

Téma stáří a stárnutí je ve společnosti odsunováno do věku, kdy se člověka začne přímo nebo zprostředkovaně dotýkat (Haškovcová 2010). Období stáří je závěrečnou etapou lidského života. Stav a vzhled typický pro starého člověka se označuje jako fenotyp stáří. To, jaké nabývá podoby, je dáno mnoha vlivy jako jsou biologické faktory, důsledky nemocí a úrazů, životní styl, fyzické a sociální prostředí či psychické stavy. Vyjma biologicky daných změn lze všechny ostatní faktory do určité míry ovlivnit, a tím se přičinit k podobě vlastního stáří. (Čevela et al. 2012) Tím, že je podoba stáří a stárnutí ovlivňována množstvím faktorů, lze i tento fenomén zkoumat z pohledu mnoha různých disciplín. Vyjma epidemiologie přinášejí důležitá poznání o stáří např. obory demografie, biologie, medicína, psychologie, ekonomie či sociologie. Věda, přímo zabývající se stárnutím a stářím, se nazývá gerontologie. Ačkoliv se jedná o mladý obor, který se formoval v průběhu 20. století, jeho mezinárodní význam zejména s demografickým stárnutím roste. Gerontologii lze členit do podoborů na teoretickou, klinickou a sociální. Teoretická gerontologie tvoří teoretický rámec pro péči o člověka vyššího věku. Klinická g. se jinak nazývá geriatric a zabývá se nemocemi ve stáří a jejich léčbou. V neposlední řadě se vyčleňuje gerontologie sociální, která se zaměřuje na vztah starých osob a společnosti. (Kasalová 2018) Právě tento třetí podobor je stěžejní pro pochopení společenského postavení seniorů a jejich zapojování do společnosti.

V této kapitole je pozornost věnována fenoménu stáří. Na následujících stránkách je popsáno, jak stáří vypadá, jakým způsobem je definováno, co jej ovlivňuje, jak se s ním lidé vypořádávají a jaké teorie se k němu váží. V neposlední řadě jsou rozebrány nejužívanější koncepty spojené se stářím a stárnutím – koncept úspěšného stárnutí a koncept aktivního stárnutí. Závěrem kapitoly je charakterizováno demografické stáří.

2.1 Sociální gerontologie

Než bude fenomén stáří rozpracován do podrobností potřebných pro uvedení analýzy do kontextu, je třeba nejprve definovat stáří a seniorskou populaci. Ačkoliv je stáří exaktně takřka nedefinovatelné, pro potřeby jeho zkoumání je nutné poslední, ale neméně důležité období životního cyklu vymezit.

Nejčastěji se uvádí členění na biologické, kalendářní a sociální stáří. Biologické stáří je dáno nevratnými biologickými změnami, které se navenek projevují nižší výkonností, klesající mírou funkčního zdraví, již zmíněným fenotypem stáří či potenciálem zdraví, geriatrickou křehkostí aj. Zatímco pro hranici biologického stáří nejsou stanovena pevná kritéria, kalendářní stáří jsou dány přesně dohodnutým věkem. Tento sociální konstrukt vychází z empirické zkušenosti o obvyklém životě a z biologických změn. Ačkoliv se stanovením kalendářního stáří usnadnilo vědecké zkoumání, individuální rozdíly ve stárnutí a jeho sociální aspekty tento přístup ke stáří pomíjí. (Čevela et al. 2012) Nejčastěji je využíváno členění dle Světové zdravotnické organizace ještě z 60. let 20. století na rané stáří (60–74 let), vlastní stáří neboli sénium (75–89 let) a na období dlouhověkosti (90 let a více). S prodlužováním délky života a hranicí pro odchod do penze se mění i periodicita stáří. V současnosti je proto často využíváno datování mladých seniorů (young old) do věkové kategorie 65–74 let, stařecký věk pak představuje kategorie 75–84 let (old old) a nejstarší kategorii tvoří senioři nad 85 let (very old old, oldest old). (Haškovcová 2010)

Mnohdy je využíváno rozlišování stáří na třetí a čtvrtý věk. Třetí věk představuje rané stáří tzn. osoby starší 60 let, které jsou považovány za více či méně aktivní a soběstačné. Naopak čtvrtý věk je charakterizován stařeckou multimorbiditou a funkčním úpadkem. Zpravidla je typický pro starší seniory (80 a více let), nicméně toto členění není nutně časově návazné. (Baltes 2009) V neposlední řadě lze období stáří vymezit z hlediska sociálního. Charakterizuje se společenskými změnami, tj. změny rolí ve společnosti, sociálních postojů, sociálního potenciálu atd. Hranici sociálního stáří zpravidla tvoří doba, kdy má osoba nárok na odchod do penze i v případě, pokud do důchodu ještě neodejde. V současnosti se tato hranice posouvá z důvodu zvyšování důchodového věku, přebývání formy přechodného penzionování či participace seniorů. Nicméně ani v případě sociálního stáří nelze k jeho vymezení přistupovat striktně, je vždy třeba vzít v úvahu odlišnosti mezi jedinci. (Čevela et al. 2012) Zmíněná vymezení stáří mají své limity v aplikaci na rozvojové země. Tyto oblasti mají oproti rozvinutým zemím výrazně nižší naději dožití a ani starobní důchod zde není pravidlem, tudíž takovéto členění stáří nelze aplikovat (Kowal a Dowd 2001).

Staří lidé tvoří homogenní skupinu. Liší se funkčně, zdravotně, životním stylem i podmínkami, ve kterých žijí. Zároveň jsou senioři heterogenní skupinou i z pohledu věkových rozdílů, které mezi nimi panují. (Baltes 2009) Podle Čevely (2012) lze seniorskou populaci charakterizovat vedle heterogenity převažujícím podílem ovdovělých žen, často podceňovaným sociálním potenciálem, znevýhodněním vůči mladším populacím, požadovaným osobnostním přístupem a potřebou podpory ke smysluplnosti a samostatnosti. Čevela se oproti jiným autorům vymezuje vůči popisu seniorské populace jako „postproduktivní“. Ačkoliv staří lidé jsou velmi často již ve starobním důchodu tzn. aktivně nepracují a své „produktivní“ období mají již za sebou, více je vystihuje funkční znevýhodnění a horší potenciál zdraví.

Podle Giddense jsou senioři skupinou lidí, jejíž společenský význam stoupá. Důsledkem zvyšování podílu starých lidí v populaci, roste jejich politický vliv (Giddens 2013b). Staří lidé v moderní společnosti se v pracovním životě potýkají s devalvací zkušeností z důvodu rychlého vývoje vědění, tudíž jejich dříve cenné zkušenosti jsou s postupem let považovány za nemoderní a zastaralé. Zároveň jsou v práci znevýhodněni, jelikož jejich fyzické schopnosti jim neumožňují akceptovat vysoké pracovní tempo. (Liessmann 2008) Tyto změny, kterými si staří lidé ve společnosti procházejí, vyústí v odchod do důchodu. Změna pracovního statusu není jedinou výzvou, s níž se musí senioři vypořádat. Opuštěním pracovního místa zároveň opouští i vybudované sociální vazby, které lze nadále jen velmi obtížně udržovat. Je nasnadě, že jsou někteří senioři sociálně izolovaní. Další ranou, kterou lidé ve vyšším věku velmi často utrpí, je ztráta blízké osoby, partnera. Takto náročná životní situace vyžaduje velké množství sil, které mohou v případě předcházející péče o nemocného chybět. Ačkoliv častěji ovdoví ženy, muži jsou při ovdovění méně soběstační a se situací se vyrovnávají hůře. Nicméně tato smutná životní zkušenost může vyvolat ještě větší pocity osamění. (Haškovcová 2010) Mezi další životní výzvy starých lidí patří osamostatnění dětí, snížení životní úrovně a společenské prestiže, snížení výkonu, vyšší výskyt zdravotních potíží, ohrožení soběstačnosti a mnohé další (Čevela et al. 2012).

Vzhledem k tomu, čím vším si musí staří lidé projít a jak se na nich stárnutí projevuje, může strach ze závěrečného období lidského života u některých lidí vyústit až v negativistické pojetí stáří. Nepřátelský postoj ke starým lidem nebo dokonce averze se označuje jako ageismus. Stejně tak lze označovat věkovou diskriminaci starých osob a přebírání stereotypů o stáří a starých lidech. Nicméně ageismus se může projevovat nejen u skutečně starých osob, např. když jsou na pracovní pozici preferováni uchazeči mladší 30 let. (Haškovcová 2010)

Na vlastní stárnutí a stáří různí lidé napříč společnostmi reagují odlišně, což je možné usuzovat i pouze z vlastního pozorování seniorů z pozice člena společnosti. Proč tomu tak je, lze vysvětlit různou úrovní schopností lidí zvládat obtížné životní situace. Jako lidé se vzájemně odlišujeme úrovní adaptace, tzn. jak nakládáme s problémy a jak jsme schopni přijmout situace, které nemůžeme ovlivnit nezávisle na tom, zda jsou potíže vnitřní nebo vnější. (Křivohlavý 2011) Stárnutí jako neodvratitelný involuční proces je typickým příkladem takové situace a schopnost člověka adaptovat se na stáří hraje velkou roli. Z různorodosti reakcí na stáří vyvstává následující otázka. Lze se na stáří vůbec připravit?

Odborná společnost zastává názor, že se připravit lze, nicméně musí k ní dojít dříve před odchodem do penze (Křivohlavý 2011). Základem pro přípravu na stáří je uvědomění si vlastní zodpovědnosti za kvalitu života ve stáří, a zároveň adekvátní podpora společnosti a využití potenciálu starých lidí. Nicméně příprava samotného jedince na stáří začíná již v útlém věku, kdy se dítě setkává se starými příbuznými, kteří mají svou roli v životě rodiny, a tvoří první pozitivní zkušenosti se stářím.

Ve vzdělávacím procesu by měly být předány informace o různých podobách stáří, úspěšném, aktivním i chorobně závislém atd., a rovněž by měl být dán důraz na možnost tvorby zajištěného stáří a vlastní zodpovědnost za jeho podobu. Ve středním věku je s ohledem k přípravě na stáří potřeba ekonomického zajištění a utvoření si vlastního životního řádu a návyků, které člověk bude udržovat do konce života, a jež umožňují člověku nepropadat bezcílnosti a prázdnotě i při náročnějších životních situacích. Předdůchodový věk už by měl být ve znamení posilování zdravotní kondice a upevnění finančního a bytového zajištění. (Čevela et al. 2012)

2.2 Sociální teorie stárnutí

Druhů teorií v souvislosti se stářím existuje nespočet. V této kapitole je popsáno několik přístupů, vyčleňující jednotlivé teorie stárnutí. Na nejobecnější úrovni lze vyrovnávání lidí se změnami stáří rozdělit na 3 druhy – aktivní, substituční a postupné uvolňování, které se vzájemně prolínají. První je teorie **aktivního stáří**, podle které se senioři snaží žít dosavadní aktivní život s optimalizovanými podmínkami. Druhá teorie je **substituční**, kdy si staří jedinci vyselektují aktivity úměrné k jejich možnostem a ty náročnější nahradí novými. Posledním typem teorií adaptace na stáří jsou **teorie postupného uvolňování**, jejímž cílem je přijmout limity stáří a zanechat aktivit. (Čevela et al. 2012) Toto dělení teorií patří mezi nejčastěji užívané, ale zároveň nejméně konkrétní.

Další skupinou teorií, které se v sociální gerontologii často užívají jsou následující:

1. Teorie modernizace
2. Teorie odpojení
3. Teorie aktivity
4. Teorie kontinuity

Teorie modernizace udává, že role a status seniorů je úzce spojen s technologickým pokrokem. V tradičních zemědělských společnostech mají staří lidé vysoký status, jelikož právě oni jsou vlastníci půdy. Nicméně moderní společnost má tendenci jejich status devalvovat. Podstatu teorie modernizace lze charakterizovat jako snižování společenského statusu seniorů důsledkem modernizace. Druhá teorie odpojení je s předchozí teorií modernizace úzce provázána. Odpojení spočívá v přirozeném oddělení seniorů od zbytku společnosti v důsledku odchodu do důchodu, změn životního rytmu, modernizace společnosti atd. Odpojení nemusí být nutně zjevné z chování, spíše se jedná o vnitřní postoj. Tento proces je považován za zcela přirozený a normální. Teorie odpojení je podložena empirickou longitudinální studií z 2. pol. 20. stol. a bývá často kritizována za její neaktuálnost pro dnešní společnost. Opakem teorie odpojení je teorie aktivity, podle které spokojenost seniorů vězí v aktivním životě. Senioři podle této teorie definují sebe sama tím, co dělají tzn. ponechávají si role a aktivity z „produktivního“ věku. Poslední teorie kontinuity se částečně shoduje s tou předchozí. Podstatou je pokračování v dosavadním životním stylu, zvycích z mladšího věku. U obou z těchto teorií je snížení sociální participace seniorů vysvětlována zhoršením zdraví a disabilitou, nikoliv tzv. odpojením. (Moody 2010)

Na konkrétnější úrovni nejčastější strategie seniorů na vyrovnání se se stářím popsal již v roce 1966 D. B. Bromley.

1. Strategie konstruktivnosti
2. Strategie závislosti
3. Strategie obranného postoje
4. Strategie nepřátelství
5. Sebenenávist

První strategie konstruktivnosti se považuje za téměř ideální způsob, jak se vyrovnat se stářím. Tato forma adaptace je charakteristická přetrvávající radostí ze života, přizpůsobivostí a tolerancí. Seniori reprezentující první strategii se nepoddávají sebelítosti, často mají smysl pro humor a nadále tvoří sociální vazby. Druhá strategie závislosti je hojně využívaná, založená právě na závislosti a celkové pasivitě. Tito starší lidé spoléhají na své okolí a očekávají od nich péči a zajištění. V pořadí třetí strategie zaujímavý obranný postoj je vyznávána lidmi, pro které práce byla hlavní náplní života, byli nezávislí, měli aktivní společenský život a nechtějí se svého původního života vzdát pro stáří. Z toho důvodu se snaží udržet v práci i společnosti co nejdéle a bojovat s postupujícím stárnutím. Nepřátelství jako strategie adaptace na stáří číslo čtyři je považována za zhoubnou. Seniori reprezentující tuto strategii jsou typicky podezíraví, mrzutí až agresivní, vinu za životní neúspěchy se snaží svalit na své okolí a stárnutí považují za další životní křivdu. Poslední vymezenou strategií je sebenenávist. Její reprezentanti se od předchozích „nepřátelských“ seniorů liší obviňováním sebe sama, mají absenci sebelásky a svým životem pohrdají. (Haškovcová 2010)

Vedle Bromleyho strategií se adaptací na stáří zabýval J. Švancara (2004), který pro její optimální úroveň stanovil plnění tzv. **5P** – perspektiva, pružnost chování a myšlení, prozíravost, porozumění, potěšení. Stárnoucí jedinci, jež chtějí prožít závěr života v co nejlepší psychické pohodě, by se měli zaměřit na to, aby ve svém životě měli perspektivu. I ve vyšší věku je důležité si stanovit plány a stále mít smysl života. Pružnost chování a myšlení je doporučení seniorům být otevřený k novým věcem, názorům a přístupům a snažit se i o vlastní osobní růst. Třetí rada nazývána jako „prozíravost“ vyjadřuje schopnost tvořit a přizpůsobovat podmínky vlastním možnostem, vybírat si činnosti a kompenzovat své limity. Čtvrté doporučení radí penzistům pěstovat pozitivní sociální vazby, mít pro své okolí pochopení a být tolerantní. V neposlední řadě cílem dobrého stáří je podle Švancary mít se stále na co těšit a udržet si radost ze života. (Švancara 2004)

K zajištění dobrého stáří je zapotřebí provedení několika společenských změn, které by přinesly větší respekt a vstřícnost starým lidem a umožnili jim se i ve vysokém věku rozvíjet. Téměř ve všech životních oblastech jako je mediální prezentace stáří, rodinná politika, dopravní infrastruktura atd. je třeba vynaložit úsilí ke zlepšení. Nicméně ani závratné změny ve společenské struktuře člověku nezajistí dobré stáří, k tomu je třeba se přičinit vlastním aktivním jednáním. (Gruss 2009)

2.2.1 Koncept úspěšného stárnutí

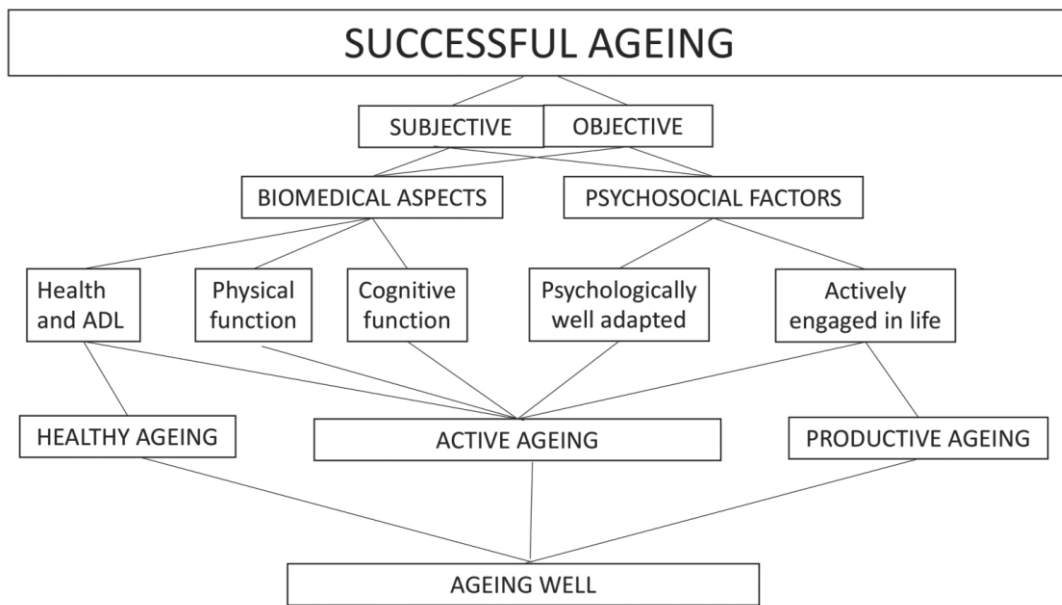
Koncept úspěšného stárnutí se v posledních letech stal důležitým konceptem k popisu kvality stárnutí. Jedná se o multidimenzionální přístup k problematice stárnutí s hlavním cílem tzv. „přidávat život rokům, nikoliv roky životu“, tedy prodloužit kvalitní život i do vyššího věku. (Urtamo et al. 2019) Podle klasické teorie autorů Rowa a Kahna (1997) je úspěšné stárnutí definováno pomocí tří hlavních pilířů: „nízkou pravděpodobností onemocnění a disability, vysokou kognitivní a fyzickou zdatností a aktivním zapojením do života“. Vedle nich vidí Kim a Park (2016) 4 základní prvky úspěšného stárnutí. Kromě tří totožných pilířů jako Rowa a Kahna (1997) vyhnutí se nemocem a disability, aktivního zapojení do života a vysokou úrovní zdatnosti rozšiřují definici o dobrou adaptaci na stárnutí.

Sjednocení a propojení několika různých definic dalo vzniknout přehlednému schématu na Obr. 1 autorů Urtama a dalších (2019), které shrnuje dosavadní poznání o konceptu úspěšného stárnutí a vystihuje jeho vícedimenzionální podstatu. Na koncept úspěšného stárnutí lze nahlížet ze subjektivního a objektivního hlediska jak z pohledu individua, tak i populace. Na populační úrovni jsou do konceptu zahrnuty determinanty zdraví a účast na podpoře politik. Ze strany individua je úspěšné stárnutí definováno zdravotním stavem jedince, fyzickou a kognitivní zdatností a zapojením do života. Rovněž lze koncept úspěšného stárnutí definovat z biomedicínského a psychosociálního pohledu. (Urtamo et al. 2019)

Z biomedicínského hlediska úspěšné stárnutí spočívá v dlouhověkosti, jak již definovali Rowe a Kahn (1997), bez nemoci a disability. Nicméně ve velmi vysokém věku mnohdy není možné se chronickým obtížím vyhnout, tudíž by podle tohoto kritéria byl počet úspěšně stárnoucích velmi omezen. Nicméně zvláště v posledních letech mnohé studie ukazují, že právě absence nemoci nebo disability není nejdůležitějším prvkem konceptu úspěšného stárnutí. Limity způsobené fyzickým zdravím mohou být vykompenzovány psychologickými a sociálními mechanismy. (Nosraty et al. 2015) Například už podle modelu selekce, optimalizace a kompenzace (SOC) autorů Baltes a Baltes (1990) je možné stárnout úspěšně pomocí zaměření úsilí na užší spektrum činností, obohacování života tím, co je pro člověka hodnotné a psychologickou nebo technologickou kompenzací dorovnat chybějící sílu a energii. Senioři mohou naplnit koncept úspěšného stárnutí, pokud jsou společensky aktivní a psychologicky dobře adaptovaní, i když jim ubývá fyzické síly a snižuje se jejich kognitivní funkce. (Kim a Park 2016)

Aktivní zapojení do života jako podstata produktivního stárnutí reflektuje zájem o udržení role ve společnosti, respektive o získání role nové. Příkladem aktivního zapojení do společnosti může být dobrovolnická práce nebo angažování ve sportovním, kulturním nebo jiném klubu. (Jopp et al. 2014) V neposlední řadě jako součást konceptu úspěšného stárnutí lze považovat adaptaci na stáří. Životní spokojenost, smysl života i uvědomění si stárnutí patří mezi faktory pozitivně ovlivňující úspěšné stárnutí. (Baltes a Baltes 1990)

Obr. 1: Koncept úspěšného stárnutí



Zdroj: Urtamo et al. 2019, str. 360

Koncept úspěšného stárnutí evidentně postrádá jednotnou a ucelenou definici, nicméně multidimenzionální přístup k tomuto tématu může pomoci k lepšímu pochopení aspektů stárnutí a podpořit jeho využití ve stárnoucích populacích.

2.2.2 Koncept aktivního stárnutí

Koncept aktivního stárnutí pochází z 90. let 20. století, kdy začal být využíván Světovou zdravotnickou organizací ke svým politickým účelům (Hasmanová Marhánková 2014). Aktivní stárnutí vychází svým pojetím z konceptu úspěšného stárnutí (Rowe a Kahn 1997) a produktivního stárnutí (Bass et al. 1993), jejichž kořeny sahaly především do Spojených států. Spojuje základní prvky produktivního stárnutí (aktivity produkující zboží a služby nebo vytváření kapacit pro ně bez ohledu na to, zda jsou placené či nikoliv) s důrazem na kvalitu života a psychickou i fyzickou pohodu (Walker 2002). Výklad samotného fenoménu dnes již běžně užívaného světovými institucemi se mnohdy liší. Dle definice WHO (2002) se jedná o „proces co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí“. Z pohledu společenských věd pak koncept aktivního stárnutí vymezuje např. Alan Walker (2006), který k němu přistupuje jako k multidimenzionální strategii, která se na společenské úrovni týká oblasti sociální inkluze či zaměstnání, zatímco na individuální úrovni se jedná o celoživotní úsilí o vzdělávání a podporu vlastního zdraví a životní pohody.

Hlavní roli konceptu aktivního stárnutí hraje aktivita, která nabývá mnoha podob už jen z důvodu variability definic samotného konceptu. Shoda panuje ve zdravém a aktivním životním stylu, který má být cestou ke zdravému a spokojenému stárnutí (Hasmanová Marhánková 2014). Typicky se jedná o pokračování v ekonomické aktivitě, domácí péči, aktivní účast v komunitě, dobrovolnictví a zejména volnočasové zájmové aktivity (Čepelka 2019). Koncepce spočívá i v přebírání vlastní zodpovědnosti za kvalitu života ve stáří skrze individuální volby. Deklarace aktivního životního stylu, a tím vyvrácení negativního obrazu o stáří, mnohým seniorům slouží

jako zdroj sebevědomí. Na druhou stranu životní styl, individuální volby a provozované aktivity charakteristické pro aktivní stárnutí určitým způsobem podporují původní třídní rozvrstvení společnosti, jelikož vyšší třídy mají ke zdravým volbám a aktivnímu životnímu stylu podstatně lepší dispozice. (Hasmanová Marhánková 2014)

V souvislosti s aktivním stárnutím se od roku 2012 používá tzv. Active ageing index (AAI, index aktivního stárnutí). Jedná se o nástroj k objektivnímu zhodnocení potenciálu starých osob pro aktivní a zdravé stárnutí na úrovni populace napříč zeměmi. Index je souhrnem úrovně samostatnosti, výkonu placeného zaměstnání, účasti na společenských aktivitách a kapacity seniorů žít aktivní život. Z pohledu účasti na společenských aktivitách, které jsou pro tuto práci stěžejní, index hodnotí dobrovolnictví, poskytování péče (dětem, vnoučatům, nemohoucím či postiženým) a politickou participaci. V roce 2018 AAI v průměru EU dosahoval hodnoty 35,7, do té doby hodnota stoupala, celkem za 10 let vzrostla o 3,7 bodů. Hodnoty AAI pro Česko se nachází mírně nad průměrem EU se skóre 36,5. (UNECE 2019)

Podle hodnot AAI za rok 2014 lze země EU rozdělit podle Walkera a Zaidi (2016) do tří skupin. Země s nejvyšším indexem aktivního stáří, jejichž senioři mají nejvyšší potenciál pro aktivní a zdravé stárnutí, jsou ze severní a západní Evropy (Švédsko, Dánsko, Nizozemsko, Velká Británie, Finsko, Irsko) a hodnoty jejich indexu se pohybují od 38,6 do 44,9. Středních hodnot indexu (od 33,7 do 35,8) dosahují země převážně západní a střední Evropy konkrétně Francie, Lucembursko, Německo, Belgie, Česko, Rakousko a ostatní jako Itálie, Kypr, Estonsko. Zbylé země EU-28 převážně z jižní a východní Evropy mají nejnižší index aktivního stáří v rozmezí 27,6–33,5, tudíž jejich potenciál pro zdravé a aktivní stárnutí je ze všech zemí Evropy nejnižší. (Walker a Zaidi 2016)

V případě, že se při shlukování zemí EU na základě Active ageing index zohlední jeho jednotlivé složky, utvoří se za rok 2018 4 clustery zemí s podobnou úrovní samostatnosti, zaměstnanosti a socializace seniorů. První shluk tvoří země střední Evropy a Středozemské státy (Bulharsko, Chorvatsko, Řecko, Maďarsko, Itálie, Polsko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko a Španělsko), které dosahují nízkých hodnot ve všech složkách indexu. Nejnižší úroveň měly v sociální participaci. Druhý cluster je tvořen zeměmi kontinentální Evropy a Středozemských ostrovů konkrétně Rakousko, Belgie, Kypr, Francie, Lucembursko a Malta. Tyto země jsou typické nízkou mírou zaměstnanosti seniorů. V pořadí třetí shluk je opakem druhého. Má vysokou zaměstnanost a nízkou společenskou aktivitu a patří do něj Česko, Estonsko, Německo, Irsko, Litva, Lotyšsko a Portugalsko. Poslední cluster je tvořen zeměmi ze severní Evropy (Dánsko, Finsko, Nizozemsko, Švédsko a Velká Británie) a jeho hodnoty patří ve všech složkách k nejvyšším. Zvláště vyniká s nejvyšší úrovní nezávislého bydlení. Podle European Quality of Life Survey existuje silná přímá korelace mezi skóre Active ageing index a životní spokojeností osob nad 65 let věku. To značí, že šťastnější lidé jsou více aktivní nebo naopak aktivnější lidé jsou více šťastní. Stejně tak byla nalezena pozitivní korelace mezi výší indexu a výší HDP. (UNECE 2019) Celkově je koncept aktivního stárnutí důležitou strategií pro růst EU, jak z hlediska ekonomického, tak z pohledu zdravotní a sociální péče i společenského růstu (Walker a Zaidi 2016).

Active ageing index je, jak již bylo zmíněno, ukazatel založený na agregovaných datech. Rozdělení zemí do skupin podle jeho hodnot je v této diplomové práci použito ke srovnání s výsledky vlastní analýzy vlivu společenských aktivit na kvalitu života seniorů postavené na individuálních datech.

2.3 Demografie stáří

V současné době ve světové populaci dochází k jevu, který se nazývá demografické stárnutí. Spočívá ve zvyšování podílu osob žijících v seniorském věku v důsledku snižování míry plodnosti a zvyšování naděje dožití. Z toho důvodu zdravotní stav a kvalita života seniorů zásadně nabyly na důležitosti. V průběhu populačního vývoje dochází ke změnám reprodukce z extenzivní na intenzivní, společnosti z tradiční na moderní. Z původní tradiční společnosti s extenzivní reprodukcí charakteristickou vysokou mírou porodnosti i úmrtnosti, nízkou nadějí dožití a minimálním podílem seniorské populace se společnost demografickou revolucí změnila v moderní s typicky intenzivní reprodukcí – nízkou úmrtností i porodností, vysokou nadějí dožití a rostoucím podílem seniorů. Tuto revoluci doprovází komplex změn jako je růst životní úrovně, zlepšení životních podmínek, zkvalitnění zdravotní péče atd. Demografický vývoj, potažmo průběh revoluce se liší mezi vyspělými a rozvojovými zeměmi, nicméně demografické stárnutí je jev týkající se celosvětové populace. (Kurtinová 2019)

Už v roce 2017 se očekávalo, že podíl starších osob v populaci se do roku 2050 téměř zdvojnásobí a dosáhne hodnot okolo 20 % (WHO 2017). V Česku k 31.12. 2020 žilo 20,2 % osob starších 65 let, zároveň v této věkové skupině existoval největší rozdíl v zastoupení mužů a žen, výrazněji (57,9 %) jsou zastoupeny ženy, které žijí v průměru déle než muži, nicméně také častěji trpí zdravotními omezeními (ČSÚ 2020b). Podíl starších osob žijících v EU je ještě vyšší, činí až 20,6 %, čímž se původní očekávání naplnila podstatně dříve. Dále se očekává, že do roku 2100 se až 2,5krát zvýší podíl nejstarší složky seniorů nad 80 let z 5,9 % na 14,6 %. (EUROSTAT 2021b)

Naděje dožití v EU dosahovala za rok 2019 úrovně 81,3 let (84, 0 let pro ženy, 78,5 let pro muže), tzn. že 81,3 let se dožije průměrná osoba při narození za předpokladu zachování úmrtnostních poměrů. V Česku je naděje dožití za obě pohlaví pro rok 2019 rovna 79,3 let, u mužů je to 76,4 let a u žen 82,2 let. (EUROSTAT 2021a) Ženy se dožívají zpravidla vyššího věku než muži, tudíž pro seniorskou populaci je typický fenomén osamělých starých žen jako důsledek mužské nadúmrtosti (Kalvach et al. 2004). Nicméně pro rok 2020 se odhaduje v souvislosti s pandemií onemocnění COVID-19 nižší naděje dožití pro obě pohlaví než předešlý rok u většiny zemí EU (EUROSTAT 2021a). Mediánový věk evropské populace je za rok 2020 43,9 let, tzn. že polovina populace je starší než 43,9 let. Nejnižší věkový medián má Kypr, zatímco nejvyšší je v Itálii. (EUROSTAT 2021b) V demografii se často užívá pojem index stáří představující podíl seniorů (65 a více let) k dětské složce (0–14 let) žijící v dané populaci. Například v Česku byla hodnota 100 poprvé překročena v roce 1997 (Kalvach et al. 2004). V současnosti za rok 2019 dosahuje index stáří hodnoty 124,6 (ČSÚ 2020a).

Důvodem, proč se stárnutím populací zabývat jsou jeho dopady na společnost. Nárůst podílu starších osob v populaci je logicky spojen s nárůstem výdajů na zdravotní péči a potřeby

sociálního zabezpečení a z ekonomického pohledu s menším počtem osob v tzv. produktivním věku. (Vohradílková a Rabušic 2004) Téměř polovina seniorské populace napříč členskými zeměmi Evropské unie uvádí, že má potíže s alespoň jednou aktivitou v domácnosti nebo v otázce osobní péče (EUROSTAT 2019). Omezení v každodenních aktivitách jako je péče o sebe a domácnost mohou zásadně ovlivnit kvalitu života. Za klíč k tzv. úspěšnému stárnutí je považována snaha vyhnout se nemocem a disabilitě, zachování kognitivní a fyzické zdatnosti a aktivní zapojení do života (Rowe a Kahn 1997). Tudíž pokrok, kterého bylo dosaženo prodloužením naděje dožití, je třeba následovat úsilím o prodloužení naděje dožití ve zdraví, aby lidé žili déle v dobrém zdravotním stavu, byli co nejvíce soběstační, a tím ušetřili i zdravotní a sociální systém. I přesto, že se zdraví a celková zdatnost seniorů v čase lepší (Baltes 2009), je stále žádoucí tzv. přidávat život létům, ne roky životu.

Již v roce 1991 Organizace spojených národů (OSN) vymezuje 5 nejdůležitějších dimenzí pro období stáří, které by měly být podporovány – důstojnost, autonomie, seberealizace, participace a zabezpečení (Čevela et al. 2012). Úroveň obdobných dimenzí zohledňuje indikátor kvality života seniorů CASP–12, který je využitý v této práci viz metodická část.

Kapitola 3

Aktivní život ve stáří

V následujících podkapitolách jsou rozpracovány možnosti aktivního života ve stáří. Nejprve je zaměřena pozornost na podstatu sociální interakce a participace, jaký je jejich význam v životě člověka, a jakou mají roli v seniorském věku. Charakterizovány jsou různé druhy interakcí, které vedou k participaci člověka ve společnosti. Druhá podkapitola má za cíl přiblížit problematiku volného času a možnosti jeho naplnění v poslední fázi života. Závěrem této kapitoly je pozornost zaměřena na volnočasové a společenské aktivity seniorů, které mohou vyplnit množství volného času v penzi, aspirovat na tzv. druhý životní program či přinášet prostou radost a uspokojení.

3.1 Sociální interakce a participace

Sociální interakce jsou procesy, při kterých působí jednající či skupina jednajících na druhého jednajícího nebo na skupinu jednajících. Toto působení nemusí být nutně oboustranné, ačkoliv nejčastěji u rozvinutější formy sociální interakce tomu tak je. Očekává se, že dojde k vyvolání reakce druhého jednajícího (či skupiny). Rovněž může mít mnoho podob. Sociální interakce se může lišit dle zaměřenosti, přímosti či známosti aktérů. Přímá interakce probíhá přímým kontaktem aktérů tzv. tváří v tvář, v případě nepřímé interakce je kontakt zprostředkován skrze komunikační prostředky (např. média) nebo třetí osobu. (Strmiska 2020) Zaměřená (zaostřená) sociální interakce představuje vyvinuté úsilí směřované k působení, ovlivnění či výchově druhého jednajícího, typickým příkladem může být snaha rodičů či učitelů k formování dítěte. Na druhou stranu interakce nezaměřená (nezaostřená) probíhá v běžných každodenních situacích, kde může být jeden aktér ovlivňován druhým i pouhým pozorováním. (Giddens 2013b)

Dalšími druhy sociální interakce mohou být osobní a anonymní, které se liší na základě toho, zda se lidé znají nebo jsou jejich identity skryty. Během procesů interakce často dochází k sociální komunikaci, ovlivňování, užívání moci, kooperaci či konfliktu. Sociální interakce je základním kamenem života ve společnosti, což je jeden z důvodů, proč je podstatné se o ni zajímat, a proč se tímto fenoménem zabývá velké množství sociologů, a tudíž existuje mnoho jejích pojetí, která se více či méně rozcházejí. (Strmiska 2020)

Ústřední roli hrají sociální interakce v teorii sociální směny, za níž stojí Peter Blau (1996) a George Caspar Homans (1961). Teorie sociální směny vychází z předpokladu, že každé sociální jednání je sociální směnou, která vede k utváření společenských vztahů. Podle této teorie člověk jedná čistě racionálně a za jeho jednáním je kalkulace zisků či výhod. Výsledkem je předvídatelnost lidského jednání dle výpočtu hodnoty možné dosažené výhody vynásobené pravděpodobností dosažení této výhody. (Petrušek 2020) Přibližně od počátku 50. let 20. století se vyvíjí teorie sociální interakce, kdy se do popředí dostává empirické zkoumání malých skupin, o což se zapřičinili Erving Goffman a George Caspar Homans. Tato teorie sociální interakce rozšířila hodnotu směny (to, co je ziskem, odměnou) o tzv. funkční status, se kterým aktéři do interakce vstupují. Jedná se o status nebo „titul“ vyplývající z jejich osobnosti či příslušnosti ke skupinám, společenským celkům aj. Právě v malých skupinách se dle této teorie v rámci sociálních interakcí utvářejí silné osobní vazby. To ovšem neznamená, že by malé skupiny měly na silné vazby „monopol“. (Strmiska 2020)

V dnešní společnosti dochází k výraznému rozvoji anonymních a neosobních vazeb především díky rychlému vývoji informačních technologií a celkově díky vysokým nárokům společnosti na výkon a rychlost, kterými právě osobní vztahy trpí. Přesto není tento typ interakcí potažmo vazeb čistě negativní, jelikož umožňuje širší portfolio k využití pro směnu. Komunikace v kyberprostoru má své příznivce i odpůrce. Kritici uvádějí jako zásadní nevýhodu nepřítomnost těla (postojů, gest, mimiky atd.), čímž je celá komunikace ztížena a aktéři mohou pouze odhadovat záměry, význam zprávy či tón, v jakém byla zpráva poslána. Tezi, že lidé, kteří komunikují skrze virtuální prostor, jsou ohroženi sociální izolací a mají potíže navazovat reálné společenské vazby, vyvrací Giddens (2013a). Naopak podle průzkumu mezi uživateli internetu tito lidé využívali i jiná média ke komunikaci, a zároveň se častěji osobně setkávají. Nicméně i v dnešní moderní společnosti mají lidé potřebu se stále fyzicky setkávat a váží si osobních interakcí. (Giddens 2013a) Tato potřeba byla v důsledku pandemie onemocnění COVID-19 dlouhodobě nenaplňována.

Ačkoliv mají senioři zpravidla limitované možnosti socializace, sociální interakce jsou i ve vyšším věku velmi důležité. Zrání, růst a integrace osobnosti zdaleka nekončí odchodem do penze, přesně naopak se v této životní fázi osobnost člověka může naplno rozvinout. (Křivohlavý 2011) Studie ukazují, že pravidelné sociální interakce vedou ke šťastnějšímu a více naplněnému životu, a tím i k dlouhodobě lepšímu duševnímu zdraví. Lidé, kteří jsou v pokročilém věku společensky aktivní se spíše mohou vyhnout sociální izolaci, která je obvykle spojena s nízkou fyzickou aktivitou, nástupem deprese a mnoha dalšími psychickými a fyzickými obtížemi. (A.G. Rhodes 2016) Pandemie COVID-19 změnila nejen starým lidem denní režim, péči a podporu, kterou dostávají, a jejich možnost zůstat společensky aktivní. Zvláště v pandemické době, kdy je možné jen omezeně udržovat kontakt s členy rodiny a přáteli, jsou pozastaveny veškeré aktivity a lidi sužuje strach z nemoci a smrti, je důležité podporovat zdravé stárnutí. (WHO 2020)

3.2 Volný čas

Volný čas lze definovat mnoha různými způsoby. Podle některých autorů (Dumazedier a Rybáčková 1966) je volný čas starý jako práce sama a v dobách před průmyslovou revolucí ani neexistoval. V současnosti je pro člověka běžnou součástí života a způsob naplňování volného času ho zásadně ovlivňuje. Volný čas a jeho trávení je nedílnou součástí životního stylu, multidimenzionální a velmi komplexní kategorie. Celkově je volný čas doba po splnění povinností, kdy je možné nakládat s časem podle svého uvážení a věnovat se svým zájmům. Z pohledu seniorů se jedná o čas po uspokojení základních potřeb vlastní osoby, domácnosti a rodiny. (Janiš a Skopalová 2016) Většinou je naplňován odpočinkem, koníčky, zábavou, vzděláváním, společenskými aktivitami atd. Při hlubším zkoumání volného času může být rovněž brán jako čas věnovaný sobě a vlastním zájmům, který utváří multidimenzionální kvalitu života. (Moody 2010) Bez ohledu na věk jsou nejčastěji vymezovány funkce volného času jako zdravotní, výchovně-vzdělávací, sociální a preventivní. (Janiš a Skopalová 2016)

3.3 Volnočasové a společenské aktivity

Volnočasové a společenské aktivity označují dobrovolné činnosti provozované ve volném čase po pracovních povinnostech, péči o sebe a spánku (OECD 2009). V případě starších seniorů v penzi lze u značné části z nich pracovní povinnosti již vynechat. Volnočasové aktivity mohou po pracovním životě aspirovat na nový životní smysl. Zda volnočasové aktivity ve stáří nahradí roli práce záleží i na druhu provozovaných aktivit, zatímco čtení knih či cvičení mohou člověka rozvíjet, pasivní sledování televize je aktivita méně žádoucí. (Moody 2010) Lidé zpravidla ve stáří pokračují v aktivitách, které provozovali v dřívějším životě, jak vypovídají výsledky analýz na základě The Ontario Longitudinal Study of Aging (Singleton et al. 1993) a potvrzují teorii kontinuity. Nicméně s přibývajícím věkem úroveň zapojení do těchto aktivit klesá. Kromě fyzické indispozice může být jedním z důvodů ekonomická situace, která člověka může omezit v cestování či kultuře vyžadující značné náklady. Aktivity seniorů jsou opředeny stereotypy jako např. že staří lidé holdují lidovým písním, hrají stolní hry apod. Nicméně senioři, jak už bylo uvedeno, tvoří homogenní skupinu a aktivity, které provozují, jsou rovněž ovlivněny individuálními odlišnostmi, genderem nebo socioekonomickým statutem. (Moody 2010)

Zdá se, že participace ve společnosti a v kultuře je člověku přirozená a vychází z jeho podstaty (Křivohlavý 2011). Nicméně to, jakým stylem žijeme, co děláme, je souhrnem našich osobních charakteristik – atributů, vloh, kapacit, schopností a kompetencí atd. (Hendricks a Hatch 2006). Celkově volnočasové aktivity umožňují seniorům zůstat aktivní a být platnými členy společnosti. Odborníci se shodují, že díky nim mohou být lidé v pokročilém věku více šťastní a jejich život naplněný. **Kultura** může zlepšit kvalitu života, protože umožňuje spojení s okolním světem, probouzí v lidech pocity patřičnosti a přispívá ke spokojenosti (EUROSTAT 2020). Více než třetina seniorů starších 75 let (35,6 %, 2015) a více než polovina seniorů ve věku 65–74 let (54,5 %, 2015) v EU-27 se účastnila alespoň jednou v posledních 12 měsících kulturní nebo sportovní akce. Nejvíce osob se kultuře a sportu věnovalo v západních a severních členských

státech EU (Finsko, Švédsko, Dánsko, Německo, Nizozemsko, Lucembursko) a tento trend je patrný i u produktivní složky obyvatel. (EUROSTAT 2020)

Spektrum aktivit, které je možné provozovat ve stáří je široké. Určitá skupina seniorů stále ještě chodí do práce, vzdělává se nebo se věnuje svým koníčkům. Důležité jsou i společenské aktivity, jelikož díky nim je možné se i v pokročilém věku socializovat. Mezi tradiční volnočasové aktivity v Česku patří chalupaření, kutilství či sběratelství. Všeobecně populární jsou hudba, tanec a zpěv, kterým začíná konkurovat turistika. Celkově **sport** u seniorů mezi ostatními aktivitami spíše zaostává. V Česku sportuje týdně 39 % seniorů a 48 % se sportu vůbec nevěnuje. Na druhou stranu v Nizozemsku nebo Švýcarsku sportuje minimálně 65 % lidí vyššího věku. Nicméně i v Česku se možná blýská na lepší časy, jelikož napříč republikou přibývá sportovních cvičišť a různých hřišť např. na pétanque pro seniory. (Haškovcová 2010) V 27 zemích EU se v roce 2017 třetina lidí starších 75 let věnuje alespoň 3 hodiny týdně fyzickým aktivitám. Největší podíl (71,8 %) fyzicky aktivních seniorů mělo Estonsko následované Dánskem, Německem, Nizozemskem, Slovenskem a Švédskem. Zcela pochopitelně ve většině zemí procento sportujících nad 75 let je vzhledem k nemocem a křehkosti nižší než u mladší seniorské kategorie 65–74 let. Výjimku tvoří Německo, ve kterém senioři starší 75 let holdují fyzickým aktivitám více než mladší senioři i celá dospělá populace. Vedle fyzických aktivit je v současnosti na vzestupu seniorská turistika. Polovina seniorů Evropské unie za rok 2018 uvedla, že provozuje turistiku, nejčastěji však v Norsku a Švýcarsku, což může být dáno turisticky přívětivými přírodními podmínkami v zemi. (EUROSTAT 2020)

Nepochybně zásadní volnočasovou a společenskou aktivitou je pěstování a udržování společenských vazeb mezi přáteli a rodinou. Studie ukazují, že senioři udržující si naplněné mezilidské vztahy a jiné sociální interakce mají spíše šťastnější a plnohodnotný život. S ohledem na změny rodinných struktur, kdy jsou starší členové rodiny odsouzeni žít samostatně nebo s odstupem od zbytku příbuzných, nabývají další **sociální vazby** na důležitosti. Nicméně ještě v roce 2015 v EU-27 téměř 10 % osob starší 75 let nemělo za posledních 12 měsíců kontakt s přáteli, čímž mohou být ohroženi sociální izolací a závislostí na rodině. Stejně úrovně (10 %) dosahoval i podíl osob, které v 75 a více letech nemají nikoho, s kým by mohli diskutovat své osobní záležitosti. S udržováním sociálních vazeb úzce souvisí i péče o druhé, které mnohdy tvoří nemalou část programu v důchodovém věku (12, 6 % u žen ve věku 55–64 let, EU-27, 2016). Nejvíce zatíženi **péčí o druhé** jsou mladí senioři pečující o vnoučata, staré lidi a lidi s postižením. (EUROSTAT 2020) Zejména seniorky pečují o druhé, nejčastěji o členy rodiny, bez nároku na odměnu, a tím odlehčují zbylým příbuzným v produktivním věku (Evropská komise 2021). Nicméně v současné společnosti senioři považují prarodičovství za dobrovolnou a nesamozřejmou aktivitu, která se podřizuje vlastním zájmům a programu starších jedinců (Patschová 2014).

V EU zhruba pětina seniorů v 65–74 letech se věnuje **dobrovolnickým činnostem** a osoby starší 75 let se v rámci svých zdravotních možností taktéž snaží zůstat aktivní. Zejména v pandemické době měli zásadní hodnotu dobrovolnické aktivity k odlehčení jiným pracovníkům. (Evropská komise 2021) Dobrovolnictví je považováno za druh prosociálního chování charakterizovatelné jako zpravidla dlouhodobá neplacená služba určená pro osoby zpočátku bez sociální vazby, která je často spojená s projevy náboženské orientace. Je dokázáno, že

dobrovolnictví přináší profit nejen příjemcům dobrovolnické služby, ale i jejím poskytovatelům. Byla nalezena souvislost mezi dobrovolnictvím a delším životem, respektive nižší úmrtností. Ačkoliv jsou dobrovolníci pravděpodobně zdravější než lidé, kteří se dobrovolnictví nevěnují, mají vyšší skóre pocitu životní pohody a subjektivního hodnocení zdraví. (Šimek a Zášková 2019) Pro seniory může být dobrovolnictví způsob uplatnění a navázání sociálních vazeb po odchodu z trhu práce. V českém prostředí se na datech Evropského výzkumu hodnot z roku 2008 rovněž prokázala motivace podpory rozvoje společnosti a komunity vedle motivace vlastní užitečnosti. (Kafková Petrová 2012)

Po odchodu do penze senioři hledají novou náplň života, která se často nazývá jako tzv. „druhý životní program“. Ten musí vycházet z potřeb stárnoucího jedince, které se týkají zdraví, finančního a materiálního zajištění a prostředí domova. V životě seniora je důležitá strukturovanost programu. Činnosti včetně těch zájmových jsou prospěšné, jelikož aktivnímu penzistovi mohou přinést uspokojení a radost. Nicméně podle Haškovcové (2010) zájmová činnost jako druhý životní program nestačí, pokud je považována za pouhou zábavu a doplněk. Pro uznání plnohodnotného náhradního programu je podle ní třeba, aby společnost i jedinec danou činnost považovali za nosnou, tj. aby byla provozována napříč generacemi a senior díky ní dosáhl společenského uznání.

Typicky plnohodnotným druhým životním programem je univerzita třetího věku, jejíž počátky sahají do Toulouse roku 1973. Univerzity pro seniory umožňují starším lidem se i ve vyšším věku rozvíjet s respektem k jejich omezením a s vysokou společenskou prestiží. Vedle primárního účelu vzdělávání, univerzita umožňuje penzistům se sociálně začlenit a budovat sociální vazby s vrstevníky. (Haškovcová 2010) S ohledem na vysoký podíl seniorů ve společnosti, který bude v následujících letech dále eskalovat, se vzdělávání v seniorském věku už nemůže týkat pouze společenských a pracovních elit. (Staudinger a Baumert 2009) Vzdělávání zejména v mladším seniorském věku může mít přínos v podobě rekvalifikace. Touto cestou je možné naplnit potřeby společnosti a rozvíjet seniory v jejich zájmech. (Čevela et al. 2012) **Vzdělávání** celkově už nelze vymezovat pouze na jednu specifickou životní fázi spojenou s roky strávenými ve školních institucích. Stává se z něho dynamický celoživotní proces, což samotné univerzity třetího věku dokazují. Má potenciál zvýšit produktivitu starých osob a zlepšit jejich dovednosti a znalosti. Celoživotní vzdělávání může vést lidi k aktivnějšímu a plnohodnotnějšímu životu. (EUROSTAT 2020)

Nicméně přes nesporné výhody vzdělávání i ve vyšším věku, se mu věnovalo v roce 2019 pouze 6,2 % osob ve věku 55–64 let a 2,9 % lidí ve věkové kategorii 65–74 let. Nicméně ani v produktivním věku (25–54 let) podíl osob participujících na formálním, neformálním vzdělávání či tréninku není o mnoho vyšší, dosahuje 12,4 % lidí. Nejvyšší podíl mají v produktivním i postproduktivním věku severské země a Švýcarsko. Zajímavostí je, že ve Švédsku, Dánsku a Finsku ve věku 55–74 let ve vzdělávání výrazně převažovaly ženy a téměř o polovinu (EUROSTAT 2020).

Jedním z dalších způsobů trávení volného času jsou **náboženské aktivity** a spirituální praktiky. Průřezové studie ukazují pozitivní korelaci mezi životní spokojeností (tzv. well-being) a náboženskou vírou při kontrole pro věk, rodinný status, vzdělání a subjektivní zdraví. Ti, kteří měli vysokou úroveň náboženského nasazení, byli zároveň i více spokojeni se životem. Nicméně

měřit míru, do jaké je člověk nábožensky „zapálený“, je obtížné. Existují i další studie (např. The Duke Longitudinal Study (Palmore 1983)), které zjistily, že lidé praktikující náboženské a spirituální aktivity se lépe vyrovnávají se stresem. Přínos v těchto aktivitách pro vyšší věk je spatřován vedle zvládnání stresu v poskytování smyslu života, získání sociální sítě uvnitř náboženských skupin a v posilování psychické odolnosti a sebevědomí. (Moody 2010)

Mezi volnočasovými aktivitami současnosti nelze nezmínit **digitální technologie**. Ačkoliv senioři současnosti s technologiemi nevyrostali jako dnešní děti, v životě seniora mohou hrát rovněž podstatnou roli. Digitální technologie jako mobilní telefony, osobní počítače, internetové připojení a další vymoženosti představují spojení s moderní společností, dostupnost informací na dosah ruky, řešení osamělosti i využití jako zdravotní pomůcky. Je nepopíratelné, že senioři jsou v adaptaci na nové technologie pomalejší než mladší populace. Podle šetření *Community survey on ICT usage in households and by individuals* starší muži využívají moderní technologie spíše než ženy, což je pravděpodobně dáno větší expozicí technologiím ještě v pracovním životě. Průzkum provedený v roce 2017 ukazuje, že bylo ve věkové skupině 65–74 let 44 % osob, které nikdy nepoužili počítač. Digitální technologie a internet mají velký potenciál ve využití pro seniory zejména v online nakupování, internetovém bankovníctví, komunikaci s rodinou a je otázkou času, kdy těchto výhod bude naplno využíváno. (EUROSTAT 2020)

Základním předpokladem životní pohody ve stáří i účasti na volnočasových a společenských aktivitách je funkční motorika a celková schopnost pohybu. Se zvyšujícím se věkem procentuální podíl osob se sníženou funkční schopností zvyšuje. Doporučenou cestou k zachování fyzické zdatnosti je pravidelná pohybová aktivita, která má i pozitivní účinky na psychickou odolnost. (Kalvach et al. 2004) Aktivní zapojení zůstává ve vyšším věku klíčem k životní spokojenosti a pozitivnímu myšlení. Nicméně je třeba podotknout, že některé podskupiny seniorů vykazují odlišné vzorce. (Moody 2010)

Pro určité fáze stárnutí existuje pravděpodobnostní variabilita priorit zájmů a potřeb. Mladí senioři (60/65-74 let) mají tendenci hledat pracovní či činnorodé uplatnění. Jelikož se jedná o první fázi po ukončení pracovního procesu, v počínajícím stáří se lidé často snaží věnovat činnostem, na které nebyl v předchozích fázích života čas z důvodu pracovního vytížení nebo péče o děti, což jsou zejména aktivity v rodině a spolková činnost. Vlastní stáří (75-84/89 let) je období, ve kterém se projevují zdravotní problémy, každodenní činnosti vyžadují více času a energie, což vede k větší potřebě odpočinku potažmo rehabilitačních a rekondičních programů. Velmi staří senioři (85/90 a více let) mají větší potíže se soběstačností, větší potřebu péče a podpory. Nicméně i v této třetí fázi stárnutí žijí lidé, kteří se těší velmi dobrému zdraví a jsou na svém okolí nezávislí. (Čevela et al. 2012) Lze tedy předpokládat, že největší zájem o zapojení do společenských aktivit se bude koncentrovat spíše do první fáze stárnutí, kdy mají lidé méně zdravotních potíží, jsou soběstační a mají na společenské vyžití dostatek energie. Mladé seniory tzv. young old tak lze kategorizovat jako aktivní seniory, o které se zvyšuje zájem v řadách marketérů a inzerentů (Moody 2010). Vedle věku způsob trávení volného času ve stáří je ovlivňován susedstvím, jelikož v tomto prostoru jsou nejčastěji uskutečňovány denní aktivity seniorů (Vidovičová a Kafková Petrová 2012).

3.3.1 Faktory ovlivňující účast na volnočasových a společenských aktivitách

Participaci seniorů na volnočasových a společenských aktivitách nelze zjednodušit pouze na účast a neúčast, aniž by byl zohledněn kontext jejich chování. Se vzrůstajícím věkem se jedincům mění priority, schopnosti, může se zhoršovat zdravotní stav apod., což ovlivňuje, jaké aktivity, jakým způsobem a jak často vykonávají. Určité druhy aktivit přímo vyžadují funkční a fyzické schopnosti. (Vidovičová a Kafková Petrová 2012) Dalším faktorem, který by mohl ovlivňovat účast na aktivitách je jejich nabídka a dostupnost. Se zvyšujícím se věkem roste i podíl seniorů, kteří tráví převážnou část dní v blízkém okolí bydliště (Vidovičová a Kafková Petrová 2012), tudíž jsou ve většině případů odkázáni k naplnění svých potřeb tzn. zajištění chodu domácnosti, sebeobsluhy a provozování aktivit v úzce vymezené lokalitě.

Účast na aktivitách se pravděpodobně bude lišit dle základních sociodemografických proměnných. Dle již provedených analýz dobrovolnictví a neformální pomoc vykonávají spíše jedinci s vyšším vzděláním a vyšším příjmem (Siegrist a Wahrendorf 2009). Participantů jsou spíše mladší senioři, s vyšším věkem se účast snižuje. Mezi pohlavím nemusí být nutně signifikantní rozdíl. (Vozikaki et al. 2017)

Frekvence aktivit je vyšší u seniorů, kteří mají možnost podnikat aktivity ve společnosti s někým dalším nebo pro nějakou další osobu (Vidovičová a Kafková Petrová 2012). Určitá skupina seniorů provozuje sportovní aktivity s cílem setkat se s vrstevníky, jelikož mají strach z osamění a sociálního vyloučení (Bendikova a Bartik 2015). Lze očekávat, že z obdobných důvodů budou někteří senioři participovat i na jiných kolektivních aktivitách. Na druhou stranu mohou být senioři motivováni k účasti na aktivitách skrze benefity, které jim tyto činnosti přinášejí. Mezi výhody patří získání nových přátel, rozšiřování sociální sítě, nalezení nových sociálních rolí nebo podpora mezigeneračních aktivit umožňující narušit stereotypy o vnímání stáří (Bendikova a Bartik 2015).

V neposlední řadě participaci seniorů na aktivitách ovlivňují jejich vlastní zájmy. Lze rozdělit tři ideální typy seniorů – spotřebitele, „hobíky“ a angažované. Spotřebitelé jsou specifictví tím, že se zaměřují na chod domácnosti a události v rodině, provádějí běžné denní aktivity (nákup, sledování TV apod.) a celospolečenským děním se příliš nezabývají. Tzv. hobíci provozují širší spektrum zájmových aktivit a zejména mimo domácnost a rodinu. Lze je považovat za modelový příklad aktivního stárnutí. Posledním typem jsou angažovaní senioři, kteří spojují první dva typy aktivit a rozšiřují je o participaci na veřejném dění, čímž jsou přínosní pro veřejnost bez ohledu na její šíři. Pro tuto skupinu je důležitá seberealizace, solidarita a spoluodpovědnost za podobu současného světa. Právě třetí typ seniorů je velmi společensky přínosný a přechod k tomuto typu je spojen s vyšší kvalitou života, delší dobou prožitou ve zdraví a může pomoci oslabit stigmatizaci stáří. (Čepelka 2021) Pravděpodobně bude ve společnosti existovat i skupina seniorů, které různé volnočasové a společenské aktivity nezajímají a neúčastní se jich z prostého důvodu, a to že se jich účastnit nechtějí.

Pokud mají lidé účastníci se aktivit vyšší kvalitu života, nutně neznamená, že je mezi tím kauzální souvislost. Vyšší kvalita života může být způsobena privilegovaným postavením těch, kteří se účastní aktivit (Lestari et al. 2021). Takové postavení může být dáno finančními prostředky či životními podmínkami. Jedinci, kteří trpí nedostatkem finančních prostředků, mají nízkou kvalitu života a nemají dostatek času či peněz na provozování volnočasových a společenských aktivit.

Není možné opomenout vliv životních zvyků. I v otázce účasti na aktivitách v seniorském věku je rozhodování ovlivněno životní zkušeností. Pokud jedinec byl v dospělosti velmi aktivní, věnoval se určitým zájmům, činnostem či profesím, mohou být tyto faktory i silnými prediktory pro jeho životní styl v penzi. (Agahi et al. 2006) Při mezinárodním srovnání je třeba věnovat pozornost i kulturním zvyklostem jednotlivých zemí, jelikož některé aktivity jsou typické pro různé země či kultury spíše než jiné, což může ovlivnit interpretaci výsledků analýzy.

Kapitola 4

Kvalita života

Kvalita života je obdobně jako problematika stáří multidisciplinární a lze jí zkoumat z několika různých pohledů různých vědních disciplín, tj. sociologie, medicíny, ekonomie atd. Je třeba rozlišovat subjektivní kvalitu života, jež se váže na spokojenost se životem a duševní pohodu, od objektivní kvality života, která je dána sociálními a materiálními podmínkami života a fyzickým zdravím. Objektivní hledisko hodnocení představuje předpoklady pro kvalitní život, jeho samotné naplnění je velmi subjektivní a může být považováno za nadřazené objektivnímu hodnocení viz následující podkapitola 4.1 *Měření kvality života*. (Čevela et al. 2012) Kvalita života bývá často chápána jako výsledek existence sociálních, osobnostních, zdravotních, ekonomických a sociálně-demografických zdrojů. Ačkoliv se předpokládá, že kvalita života závisí na prostředí, nemusí tomu tak nutně vždy být. (Vidovičová a Kafková Petrová 2012) Ze sociologického pohledu pojem kvality života představuje opak ekonomických výkonnostních ukazatelů a idey konzumního životního stylu. Tím se obrací k postmateriálním hodnotám a zaměřuje se na životní styl, způsob a úroveň. (Duffková a Linhart 2018) Dle definice WHO (2012) kvalita života představuje vnímání pozice jedince v životě v kontextu kultury, hodnotového systému, ve kterém žije, v souvislosti s jeho cíli, očekáváními, standardy a obavami.

Je evidentní, že ani v případě vymezení kvality života nedošlo mezi odbornou veřejností ke shodě a nelze tak problematiku jednoznačně zachytit v celé své šíři. I tak hraje kvalita života významnou roli v mnoha odvětvích. Ačkoliv se dříve medicína soustředila na objektivní hledisko hodnocení zdraví, v průběhu času subjektivní hodnocení nabylo na důležitosti. V současnosti se ukazatele úmrtnosti a indikátory kvality života užívají při volbě léčby vážných onemocnění a k určení potřeby a způsobu lékařské intervence. (Čevela et al. 2012) Zdravotní stav v lékařském výzkumu tak dnes už nestačí a další dimenze jsou také důležité (Wilhelmson et al. 2005).

I vzhledem k nejasným hraničním definicím kvality života se vedle sebe vyskytuje několik různých pojmů, které se svými významy podobají a více či méně se překrývají. Jedním z nich je osobní pohoda jinak pojem známý jako tzv. **well-being**. Tato osobní pohoda je dána subjektivním prožíváním pozitivních emocí a dobrého fungování tzn. prožívání štěstí a spokojenosti v kombinaci s určitou mírou kontroly nad svým životem, rozvojem vlastního potenciálu, se smyslem života a pozitivními vztahy. (Ruggeri et al. 2020) Osobní pohoda může být považována

za hodnocení kvality života jako celku (Šolcová a Kebza 2004). Dalšími příbuznými pojmy jsou štěstí a životní spokojenost. Lze konstatovat, že z výběru pojmu ke studiu vyplývá, jakým aspektům životních situací lidí bude věnována pozornost. V zájmu této práce je kvalita života z pohledu kontroly nad vlastním životem, soběstačnosti, životní spokojenosti a radosti ze života, v neposlední řadě i z pohledu seberealizace a vlastního naplnění. Zde studovaná kvalita života má podobné rysy jako již zmíněný well-being.

Mnoho výzkumů napříč kulturami se zaměřuje na zkoumání různých faktorů, které by mohly ovlivňovat kvalitu života (Lee et al. 2014). Mezi nejčastější komponenty kvality života patří fyzické zdraví, osobní pohoda a bezpečí, finanční a materiální zabezpečení, mezilidské vztahy, participace ve společnosti, osobní rozvoj a růst, seberealizace. Různí autoři definují složky kvality života odlišně, nicméně právě zmíněné komponenty se i v průběhu let zkoumání této problematiky objevují nejčastěji. (Kučera 2004) Konkrétně se jedná o aspekty práce, bydlení, vzdělání, sousedství, kultury, hodnot nebo spirituality a mnohé další (CDC 2018).

Pojem kvalita života se začal objevovat už v 1. pol. 20. století nicméně ve zcela jiných souvislostech, než je mu věnováno v této práci, zejména v ekonomickém či politickém kontextu. Od poloviny 20. století se koncept kvality života zastávaný Galbraithem a Riesmanem věnoval způsobu života a záběr jeho zájmu se časem čím dál více rozšiřoval. (Duffková a Linhart 2018) V českých podmínkách bylo od 50. let cílem zlepšit úroveň pracující populace, zatímco od let 70. byl význam kvality života v rozšiřování socialistického způsobu žití (Čepelka 2019). Počáteční snahy o zachycení kvality života objektivními indikátory se přibližně od 70. let v USA ukázaly jako neefektivní, jelikož člověku „věcné“ faktory jako životní podmínky nebo socioekonomický status nemají vždy se subjektivním hodnocením kvality života přímou souvislost. Do popředí se tak dostává psychologický přístup zaměřený na vlastní prožívání a pojmy jako životní spokojenost a well-being. (Gullone a Cummins 2002)

Důvodem, proč je důležité se zabývat kvalitou života, jsou limity hodnocení zdraví skrze údaje o úmrtnosti a nemocnosti. Jelikož je zdraví definováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO 2021a), není možné obsáhnout jeho plný význam pouze zdravotní statistikou. Při neustálém pokroku v léčbě současných onemocnění, prodlužování naděje dožití a odsunu úmrtnosti do vyššího věku se část pozornosti přesouvá od zachraňování životů ke zlepšování kvality života. Je důležité žít nejen déle, ale delší dobu prožít v dobré kvalitě a ve zdraví. (CDC 2018)

Jak už bylo zmíněno výše, na kvalitu života lze nahlížet z objektivního (vnějšího) a subjektivního (vnitřního) hlediska. Zatímco vnější dimenze zahrnuje vlastnosti člověku vnější, prostředí kolem nás, vnitřní dimenze se zabývá vlastnostmi jedince zahrnují emoční rozpoložení a životní spokojenost. Právě tyto způsoby nahlížení na kvalitu života předurčují způsob jejího měření. (Čepelka 2019)

4.1 Měření kvality života

Kvalita života je hodnocena na základě různých indikátorů – úrovně bydlení, ukazatelů zdraví a nemoci, životního prostředí, interpersonálních vztahů, bezpečnosti, společenské participace atd. Na významu nabývají indikátory vycházející z globálních problémů, tj. postihující ekologické aspekty života. Kvalitu života lze studovat a měřit, jak už bylo uvedeno, ze subjektivního a objektivního hlediska. (Duffková a Linhart 2018) Značná část nástrojů měření kvality života se zaměřuje na subjektivní hodnocení životní situace jedince, ale existují i snahy o objektivizaci pomocí hodnocení životních podmínek tzn. socioekonomické, politické či ekologické prostředí. (Kučera 2004) Zaměřením právě na předpokládané zdroje kvality života je možné objektivně měřit a tím i srovnávat úrovně tohoto fenoménu mezi populacemi. Vnější dimenzi zohledňuje např. Evropská statistika o příjmu a životních podmínkách (EU-SILC) nebo metody měření kvality života Českého statistického úřadu (ČSÚ). Příklady aplikace vnitřní dimenze jsou škály WHOQOL, CASP apod. (Čepelka 2019) Rovněž je možné nad pojmem uvažovat a hodnotit jej holisticky, čímž mu přisoudit vlastnosti celku s vlastní strukturou a významy nebo jako souhrn jednotlivých složek života (Duffková a Linhart 2018). Někteří autoři užívají členění na tzv. neindexové přístupy, které chápou kvalitu života jako vícerozměrný a kvalitativní pojem, empiricky měřitelný a číselně vyjádřitelný. Indexové přístupy navíc mají schopnost vystihnout kvalitu života jedním nebo více číselnými ukazateli. (Čepelka 2019)

Měření a hodnocení kvality života je obtížné a odvíjí se od vybraného nástroje, který je při daném zkoumání použit. Způsoby měření lze odlišit podle toho, zda je pracováno s individuálními nebo agregovanými daty. Kvalitu života na základě agregovaných dat měří demografické ukazatele o úmrtnosti a zdravotním stavu (QALY, HRQoL, DALY aj.). Na druhou stranu mezi nástroje k měření kvality života na individuální úrovni patří:

- Dotazník EUROQOL (EQ – 5D, hodnocení 5 dimenzí života ve 3 úrovních)
- Dotazník SQUALA (subjektivní analýza kvality života)
- SEIQoL (Systém individuálního hodnocení kvality života)
- Škála WHOQOL-100 (WHO Quality of Life, 100 položek v 6 dimenzích)
- Škála WHOQOL-BREF (zkrácená verze, 26 položek ve 4 dimenzích)
- Škála WHOQOL-OLD (modul pro seniory, 24 položek v 6 dimenzích)
- Škála CASP-19 (19 položek ve 4 dimenzích), CASP-12 (12 položek ve 4 dimenzích)

Výzkumů blízkých kvalitě života, životní spokojenosti, pohody či štěstí bylo provedeno již nespočet. Jak je možné usuzovat z pouhého výběru několika nástrojů měření kvality života výše, způsobů, jakým tento fenomén měřit, je obrovské množství.

Prvními uvedenými nástroji k měření kvality života jsou demografické úmrtnostní ukazatele a ukazatele zdravotního stavu, což jsou nástroje, které hodnotí kvalitu života souhrnně na úrovni populace. Jedním z takových ukazatelů je **HRQoL** (Health Related Quality of Life, Kvalita života vztažená ke zdraví). Tento koncept zahrnuje ty aspekty kvality života s průkazným vlivem na fyzické a duševní zdraví jednotlivce nebo skupiny v průběhu času. Na úrovni jednotlivce zohledňuje HRQoL vnímání fyzického a psychického zdraví jako je nálada nebo úroveň energie a jejich korelace zahrnující zdravotní rizika a podmínky, funkční status, socioekonomický status či sociální podporu. Na úrovni skupiny potažmo komunity zahrnuje ukazatel zdroje, podmínky,

politiky a praktiky komunity, které mají dopad na populační vnímání zdraví a funkčního statusu. K měření se využívá setu otázek nazývaný „Healthy Days Measures“, jež poskytuje informace kolik dní za poslední měsíc respondent prožil tzv. nezdravě, s určitým zdravotním omezením. Měřením a analyzováním dat HRQoL je možné vytipovat skupiny se špatným vnímaným zdravím a pomoci nasměřovat intervence ke zlepšení zdraví a odvrácení vážnějších následků. (CDC 2018)

Dalším ukazatelem kvality života je **QALY** (Quality-Adjusted Life Years, Kvalitou vážené roky života). Představuje počet let prožitých v plném zdraví, respektive v plné kvalitě života, 1 takto strávený rok je roven 1 QALY. Výpočet spočívá ve vážení běžných roků života jejich kvalitou (např. podle schopnosti vykonávat každodenní činnosti), čímž dojde k přepočtu na plnou kvalitu života. Tento ukazatel je vhodný pro usuzování o efektivitě nákladů zdravotních intervencí. (NICE 2021)

Posledním demografickým ukazatelem zdravotního stavu hojně využívaným v souvislosti s kvalitou života je **DALY** (Disability-Adjusted Life Years, Roky života vážené disabilitou). Ukazatel souhrnně určuje počet let ztracených předčasnými úmrtími a roky života ztracené v důsledku neúplného zdraví nebo disability. Roky ztracené předčasnými úmrtími jsou dány násobkem počtu zemřelých podle skupin onemocnění a charakteristikou ztracených let života pro daný věk a pohlaví. (WHO 2021b) Druhou komponentou ukazatele DALY jsou roky života ztracené disabilitou, jež jsou dány násobky incidence, stupně disability a průměrnou délkou trvání disability (ČDS 2010). Jeden DALY představuje ztrátu ekvivalentu 1 roku v plném zdraví (WHO 2021b).

Následující nástroje slouží k hodnocení kvality života na individuální úrovni. Organizace EUROQOL distribuuje dotazník **EQ-5D** jako jeden z nejpoužívanějších vícedimenzionálních nástrojů k měření kvality života spojené se zdravím z pohledu analýzy nákladové efektivity. Dotazník zahrnuje 5 dimenzí – mobilitu, péči o sebe, obvyklé aktivity, bolest/diskomfort a úzkost/deprese. Užívá se při klinickém testování, populačních výzkumech o zdraví a dalších rutinních statistikách. Distribuuje se ve třech různých verzích EQ-5D-3L, EQ-5D-Y a EQ-5D-5L. (EUROQOL 2021)

Dalším měřicím nástrojem je standardizovaný dotazník Subjective Quality of Life Analysis – **SQUALA**. Zaměřuje se na 23 oblastí z vnější a vnitřní dimenze. Vhodný je pro zdravou i zdravotně znevýhodněnou populaci a má široké spektrum uplatnění. Z původního francouzského originálu byla vytvořena verze pro české sociálně-kulturní podmínky. Rozhodující jsou pojmy spokojenosti a důležitosti. Subjektivní kvalitu života měří pomocí skóre spokojenosti člověka s aspekty života, které sám považuje za důležité. (Chrastina et al. 2014)

Metoda hodnocení **SEIQOL** – The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life přistupuje ke kvalitě života individuálně. Hodnocení je založené na hodnotovém systému jedince, který se v průběhu života mění. Měřeno je 5 životních cílů/smyslů života, jejich důležitost, míra uspokojení a celková spokojenost se životem. Jedná se o nepřímé měření kvality života usuzující z celkové míry spokojenosti, proto může být považováno za citlivější než externí posuzování zdravotního stavu. (Zeman 2008)

Mezi nejběžnější nástroje měření patří WHOQOL, která měří kvalitu života komplexně ve snaze postihnout celou její šíři (WHOQOL-100). Zkrácená verze **WHOQOL-BREF** je tvořena výběrem nejdůležitějších položek v plném znění z **WHOQOL-100**. Cílem dotazníků je

sebehodnocení kvality života v případě WHOQOL-100 v 6 dimenzích: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vazby, prostředí, spiritualita a kvalita života jako celek. Zkrácený dotazník dělí položky pouze do 4 dimenzí: fyzické zdraví, prožívání, sociální vazby a prostředí, a zvláště vyčleňuje položky hodnotící celkovou kvalitu života tvořené přímým dotazováním na kvalitu života a spokojenost se zdravím. Oba zmíněné dotazníky jsou vhodné pro osoby mladší 65 let. (WHO 2012) Pro starší věkové kategorie byl vytvořen speciální modul **WHOQOL-OLD**, který lépe zohledňuje aspekty kvality života ve stáří. Skládá se z 24 položek v 6 dimenzích specifických pro vyšší věk: smyslové schopnosti, autonomie, aktivity (minulé, současné i budoucí), sociální participace, smrt a umírání a intimita. (WHO 2006)

Posledním vybraným měřicím nástrojem kvality života je škála **CASP** (Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure). Škála je tvořena 4 dílčími škálami vyplývajícími ze samotného názvu – škály kontroly, autonomie, seberealizace a radosti ze života. Nástroj CASP-19 byl původně vytvořen pro potřeby malé longitudinální studie Boyd-Orr. Mnohé nástroje se zaměřovaly více na negativní aspekty stárnutí, na problémy zdravotní a sociální péče. CASP-19 byl designován, aby zohlednil aktivní a přínosné zkušenosti pozdního věku a umožnil nahlížet na stáří více pozitivně. Další výhodou tohoto nástroje bylo jeho jasné teoretické ukotvení v pracích Maslowa a Giddense. Dále byl nástroj úspěšně aplikován do English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) a ve verzi CASP-12 využit i pro Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Celkově je CASP považován za rychlý, efektivní nástroj s psychometrickými vlastnostmi. (CASP-19 2015) Zároveň může být kritizován za příliš úzké pojetí kvality života, které je zaměřené na současné postoje a prožívání, z tohoto pohledu se jedná spíše o psychologický nástroj (Čepelka 2019). V této diplomové práci je využito nástroje CASP-12, který je podrobněji popsán v *Kapitole 6 Data a metodika*.

4.2 Kvalita života seniorů

Kvalita života u starších osob bývá vnímána odlišně a často přisuzována schopnosti vést autonomní a soběstačný život. Z toho vyplývají i metody hodnocení, které se zaměřují na výkon obvyklých denních aktivit. Funkční schopnost je tedy často brána jako důležitý faktor ovlivňující kvalitu života seniorů vedle mnoha dalších ať už sociálního či psychologického charakteru. Znalostí faktorů majících pozitivní vliv na kvalitu života osob vyššího věku lze zlepšit jejich životní situaci. (Dragomirecká a Šelepová 2004) Kvalita života je zároveň jedním z klíčových aspektů konceptů aktivního i úspěšného stárnutí, které jsou popsány v podkapitolách 2.2 *Sociální teorie stárnutí*, proto je důležité se této problematice věnovat i v souvislosti s vyšším věkem.

Předpokladem životní spokojenosti jsou faktory nezávislosti, seberealizace, bezpečí, důstojnosti a participace ve společnosti. Zejména ve stáří je důležité zachování vlastní identity a životní úrovně. K podpoře životního smyslu dále přispívá kultivace ducha, pozitivní myšlení, radost ze života či angažovanost v aktivitách. (Ondrušová 2011)

Na příkladu studie více než sto slovenských seniorů žijících v regionu Košic vyšly jako negativní prediktory kvality života deprese, úzkost, funkční disabilita, poly-morbidita a život bez partnera. Nejvyšší kvalita života byla zaznamenána ve vztahu k sociálním vazbám, zatímco nejnižších hodnot bylo dosaženo v doméně zdraví. Právě zdraví je považováno za klíčový faktor

kvality života a ani tato studie není výjimkou. Ačkoliv tři čtvrtiny vzorku neměly potíže s každodenními aktivitami, pouze jedna čtvrtina dotazovaných netrpěla duševními obtížemi jako je úzkost či deprese. (Soósová 2016) Deprese se ukázala jako jeden z nejvýznamnějších prediktorů kvality života seniorů i ve výzkumu napříč 6 evropskými zeměmi. Zajímavou souvislost mezi kvalitou života a spokojeností v rodině vykazovala Praha jako centrum jediného zástupce postkomunistických zemí oproti zemí západním, což je zde vysvětlováno právě tzv. postkomunistickým syndromem. Ten je charakteristickým nedostatkem identifikace s komunitou a malou občanskou sounáležitostí, a tím uzavření se do kruhu rodiny. (Dragomirecká et al. 2008)

S prodloužením délky života je spojen větší počet zátěžových situací jako např. ztráta blízké osoby, finanční krize nebo osamění, které člověk může ve svém životě prožít. Aby lidé měli šanci prožít svůj delší život kvalitně, je důležité, aby byli schopni náročným životním situacím čelit zvláště ve vyšším věku, kdy jejich životní síla může být už omezená. Ze snahy o zlepšení kvality života seniorů vznikl nový fenomén tzv. úspěšného stáří. (Marmot a Wilkinson 2006) Důvodem je civilizační vývoj, prevence nemocí a změna životního stylu. Tento koncept bude efektivní pouze v případě, když ve společnosti nebudou věkové bariéry, předsudky a změní se postavení seniorů, jejich role a aktivity. Samotní senioři by měli být zodpovědní za své kvalitní stáří a snažit se v něm seberealizovat. (Kalvach 2004)

Lidé jsou v závěru svého života ohrožováni disabilitou tzn. částečným omezením nebo úplnou ztrátou schopnosti provádět činnosti v míře a rozsahu, které jsou společensky považované za normální. Disabilita je v souvislosti s kvalitou života diskutována z pohledu aktivit každodenního života (activities of daily living – ADL), se kterými mívají lidé vyššího věku potíže a dochází ke snižování soběstačnosti. Samotné ADL napomáhají k hodnocení funkční významnosti obtíží. (Kalvach et al. 2004) Ve studii švédské seniorské populace je funkční schopnost považována za nejvýznamnější s ohledem na kvalitu života následována fyzickým zdravím, sociálními vazbami a možností nadále žít ve svém domově. Funkční schopnost byla vnímána zvláště důležitou u seniorů starších 80 let. V této studii rezidentů Göteborgu v seniorském věku byly vyhodnoceny sociální vazby, funkční schopnost a aktivity jako zásadní faktory ovlivňující kvalitu života rovnocenně jako zdravotní status. Právě sociální vazby hrály významnou roli, jelikož jimi respondenti odpovídali na otázku, co pro ně znamená kvalita života. Příkladem sociálních vazeb je jakýkoliv kontakt s druhými lidmi jako např. přátelství, děti a vnoučata, pomoc druhým či pocit potřebnosti. Důležité byly zejména pro osoby trpící vážnou nemocí. (Wilhelmson et al. 2005)

Nízká kvalita života, která jde ruku v ruce právě se ztrátou soběstačnosti, patří k největším obavám starých lidí hned vedle strachu z ovdovění a osamělosti (Kalvach et al. 2004). Nicméně staří lidé mají tendenci být pozitivnější s ohledem na jejich životní spokojenost než lidé ve středním věku. Ve vyšším věku životní spokojenost roste nebo se stabilizuje do doby, dokud senior nezačne trpět křehkostí, chronickými nemocemi či disabilitou. (EUROSTAT 2020) Ačkoliv například v Česku senioři nejsou spokojeni se svou finanční situací, z pohledu materiálního well-beingu nevykazují podprůměrné hodnoty. Proč senioři v mnoha ohledech svou kvalitu života hodnotí lépe má nejspíše několik důvodů, v případě financí je jedním z nich fakt, že příjmová nerovnost v seniorské věkové skupině je podstatně nižší než v populaci ekonomicky aktivních. (Dragomirecká et al. 2008)

4.3 Dopad společenských a volnočasových aktivit na kvalitu života seniorů

Způsob, jakým jedinci tráví svůj volný čas, není ve vyšším věku méně důležitější než v produktivním období života. Ačkoliv označení „volnočasové aktivity“ asociuje nadbytečný program tzv. něco navíc bez čeho je možné se obejít, všechny tyto aktivity jsou pro udržení zdravého těla i ducha seniorů zcela zásadní a napomáhají k uspokojování psychogenních potřeb, tj. získaných potřeb působících převážně v nevědomí a utvářejících podstatu osobnosti. (Čepelka 2021) Nerovnosti v kvalitě života osob vyššího věku byly zjištěny v populacích většiny evropských zemí (Siegrist a Wahrendorf 2009). Jak už bylo dříve zmíněno, zvyšování kvality života pro všechny osoby bez výjimky a bez ohledu na věk, patří mezi Globální cíle udržitelného rozvoje OSN (2021). Zkoumání dopadů trávení volného času volnočasovými a společenskými aktivitami na kvalitu života seniorů může pomoci k pochopení její odlišné úrovně.

Dosavadní zkoumání dopadů participace na volnočasových a společenských aktivitách na kvalitu života je ovlivněno již zmíněnou nejednoznačností definice pojmu kvality života. Autoři odborných publikací na toto téma se odlišují využitím různých nástrojů měření, ať už se jedná o etablované nástroje (viz podkapitola 4.1 *Měření kvality života*) nebo o tvorbu vlastních indikátorů kombinujících životní spokojenost, depresivní faktory, subjektivní hodnocení zdraví, faktory osamění apod. Rovněž k měření participovanosti lze přistupovat z několika pohledů jako např. zapojování se do aktivit, společenské angažovanosti, aktivního zapojení do života, propojení a integrace. Primárně jde ale o to, zda mají seniori ve společnosti smysluplné role a mají přístup k psychosociálním zdrojům. (Vozikaki et al. 2017)

Velké množství studií podporuje teorii aktivity (viz podkapitola 2.2 *Sociální teorie stárnutí*) tzn. přiklání se k tomu, že cvičení, sociální participace a zastávání produktivních rolí přispívají k dobrému duševnímu zdraví, životní spokojenosti, a tím i k dobré kvalitě života. Na druhou stranu existují studie, které považují neformální aktivity nebo pouhé sociální interakce za mnohem důležitější pro vnímání subjektivní spokojenosti. Z tohoto pohledu lze považovat postoje ohledně aktivit – to co pro seniory znamenají, a jak je vnímají, za důležitější než samotnou účast na nich. (Moody 2010) Pro pochopení významu aktivit je rovněž důležité, zda jsou aktivity prováděny individuálně nebo kolektivně. Zejména aktivity prováděné ve skupině s dalšími lidmi se ukázaly jako nejvíce asociované s pocitem pohody. (Čepelka 2021)

Sociální podpora má zcela bezvýhradně příznivý vliv na zdraví jedince. Naopak lidé v sociální izolaci mají větší sklon k nemocem a horšímu zdraví. Nejvýraznější efekt ve vztahu sociální podpory a zdraví má souvislost mezi sociální podporou a úmrtností, kterou prokázalo nespočet rozsáhlých prospektivních studií. Na švédské populaci (Swedish Cohort Study of 50-year-old men) byl prokázán pozitivní efekt sociální integrace na zdraví a dlouhověkost. (Marmot a Wilkinson 2006) Nicméně spíše než sociální podpora ve smyslu šire sociálních sítí, asociují s úmrtností více její funkční aspekty, které více vystihují sociální interakce. Právě dopady úrovně sociální integrace se zabýval již Émile Durkheim při svém výzkumu sebevraždnosti. Durkheim prokázal, že sociální izolace asociuje s vyšší mírou sebevraždnosti. (Durkheim 1951) Zároveň je známo, že osoby, které prožívají náročnou životní situaci, truchlí a nemají okolo sebe síť přátel či příbuzných, mají vyšší riziko rozvoje psychických problémů. Zvláště u žen je

nedostatečná emocionální podpora rizikovým faktorem deprese. (Marmot a Wilkinson 2006) Zdrojem pro vytváření sociálních sítí a potažmo budování sociální podpory by mohly být společenské aktivity.

Již dříve v této práci rozpracované koncepty úspěšného a aktivního stárnutí považují za důležitou nabídku aktivit a utváření prostředí pro seberealizaci a participaci včetně zaměstnanosti seniorů. Když se jedincům pokročilého věku podaří fyzicky, psychicky i funkčně adaptovat na stáří a ekonomickou situaci odpovídající nárokům prostředí a společenské situaci, mohou dosáhnout osobní spokojenosti, seberealizace a participace až do vysokého věku. (Čevela et al. 2012)

Spojitosť participace na volnočasových a společenských aktivitách s vyšší kvalitou života byla nalezena při mnohonásobné regresní analýze páté vlny studie SHARE z roku 2013 společně s vyšší životní spokojeností, nižší úrovní deprese, dostatečným příjmem, lepším subjektivním zdravím, fyzickou aktivitou, absencí funkční indispozice a mladším věkem ve všech 14 zemích Evropy vstupujících do analýzy. Mezi jednotlivé aktivity mající úzkou souvislost s vyšší kvalitou života patří sociálně produktivní aktivity jako je dobrovolnictví, poskytování neformální péče stejně jako volnočasové aktivity, péče o vnoučata nebo fyzická aktivita. (Conde-Sala et al. 2017)

Vnímání kvality života u osob starších 65 let je ovlivňováno individuálními fyzickými a socio-demografickými charakteristikami, taktéž i systémem sociálního zabezpečení v dané zemi. Panuje shoda u několika autorů, kteří tvrdí, že zdravý životní styl, pravidelné cvičení a účast na volnočasových aktivitách může u starších osob asociovat s vyšší úrovní kvality života a zároveň zmírňovat depresivní příznaky. (Portellano-Ortiz et al. 2018) Na příkladu korejské městské seniorské populace kvalita života pozitivně koreluje se sportovními a venkovními aktivitami, a také s koníčky dohromady s jinými volnočasovými aktivitami, které byly i nejsilnějším prediktorem pro úroveň kvality života (Lee et al. 2014). Podle Parka a Byers-Connon (2012) volnočasové aktivity umožňují seniorům navodit pocity štěstí a naopak snížit pocity osamění, ale i dodávat sílu vyrovnat se s fyzickými i psychickými změnami, které stáří přináší. Díky společenským aktivitám mohou senioři využít příležitosti a najít si nové přátele a nebýt odsouzeni k sociální a emoční izolaci. (Park a Byers-Connon 2012) Participace seniorů na společenských aktivitách je zkoumána napříč kulturami a zeměmi. Mezi určitými oblastmi se nacházejí rozdíly v preferenci určitých aktivit, které dělají senioři ve svém volném čase. V Evropě a USA se lidé častěji zapojují do náboženských, dobrovolnických a společenských aktivit, nicméně v Asii se věnují spíše poslouchání hudby, sledování TV a čtení, což je obdobné jako v Evropě a USA, ale na rozdíl od těchto oblastí jimi tráví čas na úkor dobrovolnictví a náboženských aktivit, kterým se věnují o něco méně. (Lee et al. 2014)

Při studiu dopadů participace na sociálně produktivních aktivitách na kvalitu života ve 14 zemích Evropy na základě dat prvních dvou vln studie SHARE vyšel významný efekt zejména u poskytování neformální pomoci (rodině, přátelům či sousedům) a dobrovolnictví. Na základě víceúrovňového modelování autoři zjistili, že přínosem je rovnováha mezi investovaným úsilím a obdržením nemateriální odměny jako je úcta či uznání. Naopak signifikantní efekt nebyl zjištěn u poskytování péče nemocné osobě nebo osobě s disabilitou. Jedním z možných vysvětlení je stres z dlouhodobé péče a „nenávratnost investice“. Zároveň ukončení péče o druhou osobu je spojeno s nárůstem kvality života. (Siegrist a Wahrendorf 2009)

Na dvou po sobě jdoucích vlnách dat studie SHARE byla nalezena souvislost mezi participací alespoň na jedné ze sociálně produktivních aktivit s kvalitou života. Zejména silná asociace byla u žen, lidí starších 75 let a žijících v regionu jižní Evropy. (Lestari et al. 2021) V první vlně studie SHARE byla vysoká míra participace v souvislosti s vysokou kvalitou života zjištěna v Dánsku, Švýcarsku, Švédsku a Nizozemsku. Na druhou stranu ve Španělsku a Itálii byla participace na aktivitách i kvalita života na nízké úrovni. Specifické postavení má v této analýze seniorská populace Řecka, která ač přes vysokou míru participace nedosahuje vysoké kvality života, což může být vysvětleno vysokou mírou náboženského nasazení na úkor ostatních společenských aktivit. (Vozikaki et al. 2017)

Podle Haškovcové (2010) studenti univerzity třetího věku věnují méně pozornosti osobním problémům, snáze se s problémy vypořádají a v menší míře podléhají nemocem. Hodnotný program aktivní penzisty natolik zaměstná, že nemají čas lenivět a zaobírat se fyzickými indispozicemi, a tudíž i méně navštěvují lékaře. Studenti mohou diskutovat se vzdělanou společenskou autoritou při studiu na univerzitě a nemají potřebu konzultovat se svým lékařem. Právě takový sociální kontakt a smysluplné trávení času jim může nabídnout participace na různých volnočasových a společenských aktivitách, zastávat preventivní funkci a mít blahodárné účinky na jejich zdraví, potažmo na kvalitu života. (Haškovcová 2010)

Autoři zmíněných publikací se shodují na pozitivním vlivu participace na volnočasových a společenských aktivitách na kvalitu života, nicméně odlišují se kromě regionálního zaměření a volbě kontrolních proměnných ve výběru aktivit vstupujících do analýzy. Některé odborné texty se zaměřují pouze na sociálně produktivní aktivity (Lestari et al. 2021), jiné rozdělují aktivity do tematických kategorií (Lee et al. 2014), nebo se zabývají frekvencí sociálních a produktivních aktivit dohromady a zvláště (Vozikaki et al. 2017) apod. Ačkoliv bylo napsáno na téma volnočasových a společenských aktivit v souvislosti s kvalitou života seniorů nespočet publikací, málokterá vzájemně srovnává dopady konkrétních činností mezi evropskými populacemi.

Kapitola 5

Data a metodika

V této kapitole je popsán hlavní zdroj dat, kterým je studie SHARE. Nejprve je charakterizována samotná studie, jaká data poskytuje a jakým způsobem jsou získávána. V druhé řadě je zdůvodněn a představen vybraný datový soubor včetně konkrétních proměnných vstupujících do analýzy. Dále je v kapitole zahrnuta charakteristika zvoleného indikátoru kvality života – nástroje CASP-12. V neposlední řadě je představena metodika, podle které bylo dosaženo uvedených výsledků.

5.1 Zdroj dat – studie SHARE

Data byla získána z šesté vlny Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) z roku 2015 a panelového datasetu easySHARE. SHARE je mezinárodní vědecký projekt zaměřený na osoby starší 50 let napříč Evropou zabývající se jejich zdravím, kvalitou života, socio-ekonomickým statusem, pracovními podmínkami, odchodem do penze a dalšími aspekty životního cyklu. Od roku 2004 poskytuje individuální data o seniorské populaci napříč evropskými zeměmi. S každou následující vlnou studie roste počet zapojených zemí. V současnosti jsou k dispozici údaje o populacích 28 zemí Evropy a Izraele. SHARE je největší panevropská sociálně-vědní panelová studie, která umožňuje zkoumat životní podmínky jedinců v Evropě. Nyní je dostupných 8 vln studie s celkovými 140 tisíci respondenty. (SHARE 2021b)

Vlny studie 1, 2, 4, 5 a 6 obsahují hlavní dotazník s širokou škálou informací o respondentech a jejich domácnostech. Třetí a sedmá vlna jsou jiné, jelikož respondenti odpovídají na specifický dotazník SHARELIFE, který zajišťuje získání informací o dřívějším životě respondentů, tj. pracovní i partnerské historii, dětství, zdravotní anamnéze apod. V rámci jednotlivých vln je k dispozici souhrnný soubor easySHARE, jež poskytuje kompletní dostupná nashromážděná data z každé vlny za všechny respondenty v jednom souboru. Data jsou získávána metodou Computer assisted personal interviews (CAPI), která spočívá v osobních rozhovorech s podporou počítače, doplněnou o osobní dotazování pomocí papírového dotazníku pro tzv. drop-offs dotazníky. Osmá vlna byla díky celosvětové pandemii onemocnění COVID-19 a s ním spojeného omezení kontaktů provedena telefonicky metodou CATI – Computed assisted telephone interviews. Tato

poslední dostupná vlna obsahuje speciální sadu otázek právě na COVID-19. (SHARE 2021a) Tato diplomová práce užívá pouze šesté vlny této studie a souhrnného datasetu easySHARE, tudíž problematiku kvality života zkoumá transversálně. Šestá vlna byla zvolena jako nejaktuálnější vlna studie obsahující všechna potřebná data. V době psaní této diplomové práce osmá vlna ještě není kompletní a sedmá vlna je specifickou vlnou s SHARELIFE dotazníkem. Z toho důvodu lze šestou vlnu považovat za poslední vlnu s kompletními dostupnými daty.

Cílem této diplomové práce je zjistit vliv participace na společenských a volnočasových aktivitách na kvalitu života seniorů v Evropě. Nezávisle proměnné primárně vychází z otázek na prevalenci společenských a volnočasových aktivit, jedná se o účast za posledních 12 měsíců (v případě otázky na užívání internetu za posledních 7 dní) na následujících aktivitách, které jsou rozděleny pro účely této práce do tří skupin podle jejich charakteru:

- Společenské aktivity
 - dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost,
 - účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu,
 - účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy,
 - hraní karet nebo her jako například šachy.
- Individuální aktivity
 - účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu,
 - četba knih, časopisů nebo novin,
 - luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku,
 - užívání internetu.
- Aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám
 - péče o vnoučata,
 - poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti,
 - poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti.

Respondent vždy vybere nebo nevybere danou aktivitu nebo zaškrtně odpověď odpovídající realitě z nabídky ano/ne, tudíž nezávisle proměnné vždy nabývají hodnot 0 – *ne/neaktivní* nebo 1 – *ano/aktivní*. Jako společenské byly vybrány ty aktivity, které jsou v prvé řadě vykonávány ve společnosti jedné nebo více osob či ve skupině. Ačkoliv je možné, že samotná činnost je prováděna individuálně, prvotní účel je zaměřený na vícero osob. Individuální aktivity jsou svým charakterem přesný opak. Hlavní záměr je naplnění určité individuální potřeby. I zde není vyloučeno, že při participaci na tomto druhu aktivit nedojde ke vzájemné komunikaci mezi více jedinci a popřípadě k budování společenských vazeb. Třetí druh aktivit, který je zvláště vyčleněn, se zaměřuje na pomoc druhým osobám. Poskytování pomoci vyžaduje určitou psychickou i fyzickou funkční schopnost, tím klade vyšší nároky na jedince – seniora. Zejména v této skupině je zajímavé zkoumat dopad takto vynaloženého úsilí na kvalitu života.

Kontrolní proměnné zahrnují demografické, socioekonomické a zdravotní charakteristiky respondentů jako jsou věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, velikost místa bydliště, příjem, současný pracovní stav, omezení na instrumentálních každodenních činnostech, index mobility, subjektivně hodnocené zdraví. Výběr kontrolních proměnných je založen na jejich užívání v odborné literatuře (Portellano-Ortiz et al. 2018; Siegrist a Wahrendorf 2009; Conde-Sala et al. 2017).

Pro lepší přehled v datech byla proměnná věk kategorizována do 4 věkových kategorií: 65–69, 70–74, 75–79, 80 a více let. Na základě mezinárodní klasifikace vzdělání ISCED-97 byly pro účely diplomové práce vytvořeny čtyři kategorie vzdělání: *základní (ISCED 1), střední bez maturity (ISCED 2), střední s maturitou (ISCED 3, ISCED 4) a vysokoškolské (ISCED 5, ISCED 6)*. Ostatní kategorie, u kterých vzdělání nebylo uvedeno, nebylo žádné, bylo jiné, nebo respondent nevěděl, nejsou zahrnuty do další analýzy. Kategorie rodinného stavu (*v manželství, v registrovaném partnerství, v manželství žijící odděleně, rozvedení, svobodní, ovdovělí*) byly upraveny z důvodu nedostatečného zastoupení některých skupin spojením respondentů žijících v manželství a registrovaném partnerství (osoby žijící v určitém druhu institucionálního svazku) a respondentů rozvedených a v manželství žijících odděleně (osoby se zkušeností s institucionálním svazkem aktuálně žijící bez partnera). Velikost místa bydliště je určena tazatelem dle místa konání rozhovoru, tzn. v jak velké obci žije osoba z domácnosti, ve které probíhá dotazování. Škála velikosti místa bydliště má 5 stupňů: *velkoměsto, předměstí nebo okraj velkoměsta, velké město, malé město, venkov* (pro potřeby práce zkráceno z původního „vesnice nebo venkovské prostředí“).

Další zahrnutou proměnnou je země, ze které respondent pochází. Po odstranění zemí, ve kterých nebyla dostupná data za jednotlivé aktivity, zbylo v datovém souboru 17 zemí Evropy, pro které jsou provedeny analýzy. Zahrnuty jsou: *Belgie, Česko, Dánsko, Estonsko, Francie, Chorvatsko, Itálie, Lucembursko, Německo, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko*. Jelikož lze proměnnou země považovat za kontrolní, ale zároveň za tu, která z kulturního pohledu může předurčovat participaci na aktivitách, do modelu vstupuje jako fixní a posléze náhodný efekt.

Informace o příjmu jedince je dána kvintily příjmů domácností, které byly spočteny z proměnné percentily příjmů domácností účastníků se šesté vlny studie. Nová proměnná příjem domácnosti vstupující do analýzy má 5 kategorií, jež vznikly sloučením dvou po sobě jdoucích percentilů od nejnižšího po nejvyšší (1–2, 3–4, 5–6, 7–8, 9–10). Kategorie příjmů byly pojmenovány vzestupně *nejnižší příjmy, nižší příjmy, průměrné příjmy, vyšší příjmy, nejvyšší příjmy*.

Původní proměnná současná výdělečná situace představuje ekonomickou aktivitu seniora. Vychází z dotazu na pracovní stav jedince. V této práci je proto proměnná nazvána jako pracovní stav. Jedinec může být *v důchodu, pracující* (zaměstnaný/á nebo osoba samostatně výdělečně činná včetně práce v rodinné firmě), či *nepřacující*. Z důvodu nedostatečného zastoupení jednotlivých kategorií je skupina nepřacujících tvořena sloučením osob, které jsou nezaměstnané, v trvalé pracovní neschopnosti v důsledku nemoci nebo zdravotního postižení nebo v domácnosti.

Za indikátory fyzického zdraví byl zvolen index mobility, omezení při instrumentálních každodenních aktivitách a subjektivní hodnocení zdraví. Každá ze zvolených proměnných zastupuje jinou složku zdraví. Index mobility představuje stav pohybových schopností jedince, protože potíže s mobilitou by mohly být zásadním faktorem při neúčasti na společenských aktivitách. Je souhrnem schopností ujit 100 metrů, přejít místnost, vystoupat několik schodů a vystoupat schod. Index nabývá hodnot 0–4, kde vyšší hodnota znamená horší mobilitu. Pro účast na aktivitách lze považovat za zásadní, zda osoba je schopna učinit několik kroků k přemístění za aktivitou. Z toho důvodu má význam vyčleňovat skupiny pouze s 1 omezenou

aktivitou a s 2 a více. V analýze je použita škála 0–2, skupiny se dvěma a více omezeními byly spojeny, tzn. *žádné potíže s mobilitou, mírně zhoršená mobilita, imobilita*. Omezení při instrumentálních každodenních aktivitách (IADL) dává informaci o funkčních schopnostech jedince, zda se o sebe dokáže postarat a zajistit základní potřeby domácnosti. Tato proměnná zahrnuje schopnost vyřídit si telefonní hovory, brát léky, nakládat s penězi, nakoupit základní potraviny a připravit teplé jídlo. Škála 0–5 byla zúžena na 0–2+ *žádné potíže s IADL, mírné potíže s IADL, nesoběstačnost při IADL* z podobných důvodů jako u indexu mobility, tj. lze předpokládat, že méně soběstačné a nesoběstačné osoby se spíše nebudou moci účastnit aktivit. Posledním indikátorem zdraví je subjektivní hodnocení zdraví, které představuje vlastní hodnocení jedince jeho současného zdravotního stavu. Proměnná vychází z americké škály tvořené 5 odpověďmi na dotaz na začátku a na konci bloku otázek na fyzické zdraví – výborné, velmi dobré, dobré, průměrné a špatné. Jelikož skupina osob s nejlépe hodnoceným zdravím nebyla dostatečně zastoupena a pro analýzu je důležitý spíše fakt, že bylo zdraví hodnoceno výrazně kladně, byly spojeny dvě nejlepší kategorie. Výsledná škála použitá v analýze nabývá hodnot *velmi dobré, dobré, průměrné a špatné*.

5.2 Charakteristika indikátoru kvality života CASP-12

Kvalita života je pro potřeby analýzy měřena pomocí dotazníku (baterie otázek) CASP-12. Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku CASP-19, který přistupuje k fenoménu kvality života ze sociologického pohledu, respektive dle teorie lidských potřeb. Zaměřuje se na ty aspekty života, jež jsou důležité specificky pro vyšší věk. CASP byl vytvořen primárně pro věkovou skupinu 65–75 let. Ve studii SHARE je CASP-12 užíván pro výrazně širší věkovou skupinu, jelikož studie je zaměřena na populaci starší 50 let věku bez horní věkové hranice. (Borrat-Besson et al. 2018) Dotazníkem jsou měřeny 4 domény individuálních potřeb seniorů: kontrola (C – control), autonomie (A – autonomy), seberealizace (S – self-realization) a radost ze života (P – pleasure). (Siegrist a Wahrendorf 2009) V těchto 4 dimenzích respondenti vyjadřují v reakci na otázku nebo tvrzení spokojenost se svým životem. Hodnocení je zaznamenáváno na čtyřstupňové Likertové škále, která se skládá z odpovědí „často“, „někdy“, „málokdy“ a „nikdy“. (Mehrbrodt et al. 2019)

Dotazník CASP-12 obsahuje následující set otázek (v závorkách jsou uvedeny zkratky příslušné dimenze):

1. Jak často si myslíte, že Vám Váš věk zamezuje dělat to, co byste chtěl/a dělat? (C)
2. Jak často máte pocit, že to, co se Vám děje, je mimo Vaši kontrolu? (C)
3. Jak často máte pocit, že se věci okolo Vás dějí bez Vaší účasti? (C)
4. Jak často si myslíte, že můžete dělat takové věci, které byste chtěl/a dělat? (A)
5. Jak často si myslíte, že Vám rodinné povinnosti zamezují dělat to, co byste chtěl/a dělat? (A)
6. Jak často si myslíte, že Vám nedostatek peněz nedovoluje dělat to, co byste chtěl/a dělat? (A)
7. Jak často se těšíte na každý den? (P)
8. Jak často máte pocit, že Váš život má smysl? (P)
9. Jak často se v průměru díváte zpátky na Váš život s pocitem štěstí? (P)
10. Jak často se v současné době cítíte plný/á energie? (S)
11. Jak často máte pocit, že život je plný příležitostí? (S)
12. Jak často máte pocit, že Vaše budoucnost vypadá dobře? (S) (SHARE 2017)

Název indikátoru kvality života CASP-12 je tvořen iniciály 4 měřených dimenzí a počtem položek v dotazníku. Na základě odpovědí umístěných na škále se celkové skóre respondenta pohybuje v rozmezí od 12 do 48 bodů. Vyšší skóre indikuje lepší kvalitu života. (Siegrist a Wahrendorf 2009) Literatura neposkytuje mezní hodnoty vyšší a nižší úrovně kvality života (Mehrbrodt et al. 2019). Z toho důvodu můžeme vycházet pouze z toho, jaké kategorie podle hodnoty indikátoru kvality života CASP-12 již byly utvořeny jinými autory pro potřeby analýz v již vydaných publikacích. Obvykle se za bod zlomu oddělující vysokou kvalitu života užívá hodnota 39 (Vozikaki et al. 2017; Conde-Sala et al. 2017; Portellano-Ortiz et al. 2018), tzn. respondent dosahující na škále CASP-12 hodnoty vyšší než 39 je považován za jedince s vysokou kvalitou života. Tato diplomová práce užívá stejného dělení.

Měření kvality života pomocí CASP-12 má rovněž své limity. V první řadě CASP-12 nemusí být zcela vhodný pro populaci mladých (do 65 let) a naopak starších (nad 75 let) seniorů. Proces stárnutí je velmi heterogenní, tudíž tato škála nemusí být vhodná např. pro jedince velmi nemocné a velmi vysokého věku. Podle evaluace Borrat-Besson et al. (2018) nejsou zcela vhodné otázky na rodinnou zodpovědnost a nedostatek peněz. Ačkoliv se nejedná o jediné limity měření pomocí indikátoru CASP-12, je založen na přístupu ke konceptu kvality života z psychosociálního hlediska, čímž tvoří protiváhu ke kvalitě života založené především na zdravotním stavu. Tím přináší velmi hodnotnou informaci o prožívání jedince, jelikož ani dobré biologické zdraví není zárukou dobré kvality života. Při výběru jiného indikátoru kvality života se mohou výsledky lišit.

5.3 Aplikované statistické metody

K elementárnímu popisu analyzovaného datového souboru je nejprve užito deskriptivních statistik. Pro vytvoření představy o rozložení dat u kategoriálních proměnných do jednotlivých kategorií jsou vypočteny podíly, které jsou sledovány i dle pohlaví. Kontinuální proměnná CASP-12 je charakterizována pomocí statistik jako jsou průměr, minimum a maximum. K popisu kvality života dle účasti na aktivitách je použito průměrů skóre CASP-12 a rozdílů těchto průměrných hodnot mezi aktivními a neaktivními seniory. Cílem práce je zjistit, zda je účast na společenských a volnočasových aktivitách spojena spíše s vysokou či nízkou kvalitou života. Ke splnění cílů diplomové práce a zhodnocení předem stanovených hypotéz je aplikována metoda binární logistické regresní analýzy s fixními a smíšenými efekty. Tento druh regresní analýzy umožňuje nalézt nejvhodnější model k popsání vztahu mezi závislou (vysvětlovanou) binární proměnnou a skupinou nezávislých (vysvětlujících) proměnných (Řeháková 2000). Binární závislá proměnná je v této analýze kvalita života založena na indikátoru CASP-12 nabývající dvou hodnot, 0 – nízké (66 % respondentů) a 1 – vysoké (34 % respondentů) kvality života. Logistická regresní analýza nevyžaduje žádné předpoklady normality, linearitu a homogenity rozptylu u nezávislých proměnných. Ačkoliv může dojít oproti např. lineární regresní analýze ke ztrátě informace, pro výše zmíněný cíl práce je binární logistická regrese naprosto vyhovující. Výsledkem analýzy je podíl šancí (odds ratio – OR) vyjadřující kolikrát vyšší šanci má osoba v dané skupině, že u závisle proměnné nastane sledovaný jev (vysoká kvalita života) než osoba ve zvolené referenční kategorii, pokud je zachována stejná úroveň ostatních nezávislých proměnných v modelu. Pro referenční kategorii je regresní koeficient roven nule, OR potom 1. Za referenční je zvolena kategorie proměnné s předpokládanou nejmenší šancí na vysokou kvalitu života. Proměnné do regresního modelování vstupují metodou Enter.

Vytvořeny byly 4 typy binárních logistických regresních modelů:

1. Model pro vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a kvality života (11 samostatných modelů)
2. Model pro vztah socioekonomických, demografických, zdravotních proměnných a kvality života (1 model)
3. Model pro vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a kvality života kontrolovaný pro socioekonomické, demografické, zdravotní proměnné s fixním efektem (11 samostatných modelů)
4. Víceúrovňový model pro vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a kvality života kontrolovaný pro socioekonomické, demografické, zdravotní proměnné se smíšeným efektem (11 samostatných modelů)

V první sadě vytvořených modelů je odhadován vztah pouze pro jednotlivé aktivity a proměnnou kvality života zvlášť. Tento model ukazuje, jaký by byl tento vztah, kdyby byly proměnné participace na aktivitách a kvalita života analyzovány bez zahrnutí kontrolních proměnných. Druhý model je vytvořen pro vztah kontrolních proměnných a kvality života a slouží pouze pro ověření správného výběru nezávislých proměnných. Třetí typ modelů již zahrnuje všechny nezávislé kategoriální proměnné s fixním efektem kontrolující vztah kvality života a každé jednotlivé aktivity zvlášť. Poslední typ modelu je totožný, pouze proměnná země vstupuje

do modelu s náhodným efektem, zatímco ostatní kontrolní proměnné jako fixní efekty. To umožňuje modelovat vztah jak na úrovni jedinců, tak modelovat rozdíly mezi jednotlivými skupinami (dle zemí). V takovém případě dochází ke zrušení předpokladu nezávislosti proměnných. Zároveň je tak možné zobecnit závěry na celý základní soubor (napříč jedinci i skupinami). Pro víceúrovňové modely s použitím binární logistické regrese je spočteno ICC – vnitrotřídní koeficient korelace (intra-class correlations coefficient). Hodnota koeficientu značí, kolik procent z celkového rozptylu je vysvětleno variabilitou mezi zeměmi. Koeficient je spočten podle následujícího vzorce.

$$ICC = \frac{\sigma_{\mu_{0j}}^2}{\sigma_{\mu_{0j}}^2 + 3.29}$$

Celkem bylo vytvořeno 34 modelů. Vzniklé modely by měly objasnit, které charakteristiky souvisí s vysokou kvalitou života ve stáří. Statistická analýza byla provedena v programu IBM SPSS Statistics 23. Zpracování tabulkových a grafických výstupů bylo zhotoveno v Microsoft Excel.

Kapitola 6

Analýza vztahu volnočasových a společenských aktivit a kvality života seniorů v Evropě

Cílem analýzy vztahu společenských a volnočasových aktivit a kvality života seniorů v Evropě je zjistit, zda účast na různých druzích aktivit v seniorském věku je spojena s vysokou nebo naopak nízkou kvalitou života, a zda se tyto asociace liší při zavedení kontrolních socioekonomických, demografických a zdravotních proměnných. Na základě rešerše relevantní odborné literatury je zpracována binární logistická regresní analýza a víceúrovňové modelování pro vztah společenských a volnočasových aktivit a kvality života. Analýza je provedena na datech šesté vlny Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) z roku 2015 a panelového datasetu easySHARE. Nejdříve jsou představeny deskriptivní statistiky vybraného datového souboru. Jsou popsány proměnné vstupující do analýzy a vyzdvíženy zajímavé hodnoty. Ve stěžejní části kapitoly je popsána realizace samotné regresní analýzy. **Výsledkem jsou šance evropských seniorů participujících na aktivitách na vysokou kvalitu života.**

6.1 Charakteristika datového souboru

Datový soubor vybraný pro tuto diplomovou práci zahrnuje data z šesté vlny studie SHARE z roku 2015 a panelového datasetu easySHARE za 17 evropských zemí (Belgie, Česko, Dánsko, Estonsko, Francie, Chorvatsko, Itálie, Lucembursko, Německo, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko). Celkem jsou použity výpovědi 37 220 respondentů, 20 466 žen a 16 754 mužů. Jelikož se jedná o data úzké věkové skupiny respondentů, osob starších 65 let, nebyly aplikovány žádné váhy. Různorodé věkové složení osob v nejstarších věkových skupinách by na výsledky analýz nemělo mít zásadní vliv. Nejprve je popsán datový soubor podle socioekonomických, demografických a zdravotních charakteristik.

Jak již bylo naznačeno výše, v datovém souboru vstupujícím do analýzy se vyskytuje 45 % respondentů mužského a 55 % ženského pohlaví viz Tab.1. Většina osob spadá do nejmladší analyzované věkové kategorie 65–69 let, stejně tomu tak je u mužů i u žen. Nejvyšší podíl respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou. V kategorii vzdělání se vyskytují mírné rozdíly v rozložení mezi pohlavími. Zatímco u mužů má střední vzdělání s maturitou

35,0 % osob a tvoří tím nejvíce zastoupenou skupinu s nejvyšším dosaženým vzděláním s výrazným rozdílem, u žen má střední vzdělání s maturitou 30,7 % dotazovaných. Ačkoliv se rovněž jedná o nejpočetnější skupinu, jen o málo méně zastoupená je skupina se základním vzděláním (27, 3 %). Lze konstatovat, že nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání žen se oproti mužům ve vybraném datovém souboru koncentruje do nižších stupňů, tzn. podíl žen se základním a středním vzděláním bez maturity je výrazně vyšší než podíl mužů (o téměř 10 procentních bodů). Naopak mezi muži je více jedinců s vysokoškolským vzděláním než mezi ženami – 22,1 % vs 15,2 %.

Tab. 1: Socioekonomické a demografické charakteristiky datového souboru, 2015

Proměnné	Kategorie	Muži		Ženy		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
Celkem		16754	45,0	20466	55,0	37220	100,0
Věk	65–69	5368	32,0	6120	29,9	11488	30,9
	70–74	4303	25,7	4978	24,3	9281	24,9
	75–79	3396	20,3	4120	20,1	7516	20,2
	80+	3687	22,0	5248	25,6	8935	24,0
Vzdělání	Základní	3614	21,6	5588	27,3	9202	24,7
	Střední bez maturity	2403	14,3	3679	18,0	6082	16,3
	Střední s maturitou	5859	35,0	6276	30,7	12135	32,6
	Vysokoškolské	3703	22,1	3103	15,2	6806	18,3
	Neuvedeno	1175	7,0	1820	8,9	2995	8,0
Rodinný stav	Ve svazku	13250	79,1	10704	52,3	23954	64,4
	Rozvedení, rozdělení	1032	6,2	1746	8,5	2778	7,5
	Svobodní	692	4,1	861	4,2	1553	4,2
	Ovdovělí	1710	10,2	7096	34,7	8806	23,7
	Neuvedeno	70	0,4	59	0,3	129	0,3
Pracovní stav	V důchodu	15605	93,1	15775	77,1	31380	84,3
	Pracující	634	3,8	412	2,0	1046	2,8
	Nepracující	164	1,0	3304	16,1	3468	9,3
	Neuvedeno	351	2,1	975	4,8	1326	3,6
Velikost bydliště	Velkoměsto	2392	14,3	3187	15,6	5579	15,0
	Předměstí nebo okraj velkoměsta	1712	10,2	1904	9,3	3616	9,7
	Velké město	2355	14,1	2947	14,4	5302	14,2
	Malé město	4167	24,9	4913	24,0	9080	24,4
	Venkov	5364	32,0	6341	31,0	11705	31,4
	Neuvedeno	764	4,6	1174	5,7	1938	5,2
Příjem domácnosti	Nejnižší	2452	14,6	5780	28,2	8232	22,1
	Nižší	3500	20,9	5478	26,8	8978	24,1
	Průměrný	4195	25,0	3951	19,3	8146	21,9
	Vyšší	3732	22,3	3214	15,7	6946	18,7
	Nejvyšší	2875	17,2	2043	10,0	4918	13,2

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Z pohledu rodinného stavu žije většina respondentů v určitém typu institucionálního svazku, tj. v manželství či v registrovaném partnerství. U obou pohlaví má tato kategorie největší zastoupení, nicméně liší se svou úrovní. Hodnota podílu u mužů činí 79,1 % zatímco u žen pouze 52,3 %. Takto velký rozdíl je dán především vyšším podílem ovdovělých žen než ovdovělých mužů. Je všeobecně známo, že ženy žijí déle než muži, tudíž lze očekávat výrazně vyšší podíl ovdovělých žen než mužů. I v tomto datovém souboru se očekávání naplnila a ovdovělých žen je 34,7 % a mužů pouze 10,2 %. Většina dotazovaných je dle očekávání již v důchodu, drtivá většina mužů (93,1 %) a nadpoloviční většina žen (77,1 %). Neméně významná skupina žen, která tvoří 16,1 % ze všech zúčastněných, je zahrnuta v kategorii nepracujících. Tato kategorie shlukuje osoby, které jsou nezaměstnané, v trvalé pracovní neschopnosti v důsledku nemoci nebo zdravotního postižení či v domácnosti. Je třeba zdůraznit, že i ve věku 65 let a vyšším je zastoupena i skupina pracujících, která tvoří 2,8 % ze všech respondentů, 3,8 % mužů a 2,0 % žen.

Podle kategorie velikosti místa, ve kterém byli respondenti dotazováni, žije většina dotazovaných na venkově. Společně s jedinci, kteří žijí v malých městech, tvoří nadpoloviční většinu. Ve velkém městě i velkoměstě žilo 15 % osob. Na předměstí nebo okraji velkoměsta žilo pouze 10,2 % mužů a 9,3 % žen. Z pohledu participace na aktivitách lze konstatovat, že většina respondentů pochází z prostředí, ve kterém žije spíše méně obyvatel, čímž může být občanská vybavenost méně bohatá, a tím nabídka aktivit omezená. Proměnná příjem domácnosti byla vytvořena sloučením percentilů příjmů domácností všech respondentů do kvintilů. Z toho důvodu je celkové rozložení do kategorií příjmových úrovní rovnoměrnější než u jiných proměnných. Rozložení příjmů domácností, ve kterých byli dotazováni muži, připomíná křivku normálního rozdělení, kdy nejvíce domácností dotazovaných mužů má průměrné příjmy (25,0 %) a směrem od středních hodnot zastoupení klesá. Naopak u žen jsou nejčastější nejnižší příjmy domácností (28,2 %) a se vzrůstajícími příjmy zastoupení osob v kategoriích klesá až po skupinu žen s nejvyššími příjmy domácností, ve které se nachází pouze 10,0 % žen. Respondenti starších věkových skupin mají zpravidla nižší příjem z důvodu již ukončené ekonomické aktivity.

Následující tabulka (Tab. 2) je zaměřena na zdravotní statistiky respondentů vybraného datového souboru. První zdravotní charakteristikou je subjektivní hodnocení zdraví. Zde došlo ke sloučení kategorií, tudíž kategorie „velmi dobré“ zdraví (v Tab. 2) je složena z původních dvou kategorií „výborné“ a „velmi dobré“. Za zmínku stojí vyšší podíl mužů hodnotících své zdraví jako velmi dobré (19,9 %) oproti ženám (15,6 %). Většina dotazovaných ale hodnotí své zdraví pomocí středové kategorie (dobré) a kategorie „průměrné“ pro mírně horší. To může být dáno zcela pochopitelně zdravotními obtížemi v pokročilejším věku. Na druhou stranu položka Likertovy škály hodnotící zdraví v českém jazyce jako „průměrné“ mohla být podle mého názoru respondentem považována rovněž za středovou obdobně jako položka „dobré“. Nicméně v anglickém originálním znění dotazníku je zmíněná položka označena jako „fair“, čímž podle mého mínění lépe vystihuje kýžený význam. Otázkou je, jak citlivě byla přeložena kategorie do dalších jazyků. Celkově ženy své zdraví v tomto datovém souboru hodnotí hůře než muži, tzn. zaostávají oproti mužům v podílu osob hodnotících své zdraví spíše pozitivně, a naopak mají vyšší podíl osob, které hodnotí své zdraví spíše negativně.

Tab. 2: Zdravotní charakteristiky datového souboru, 2015

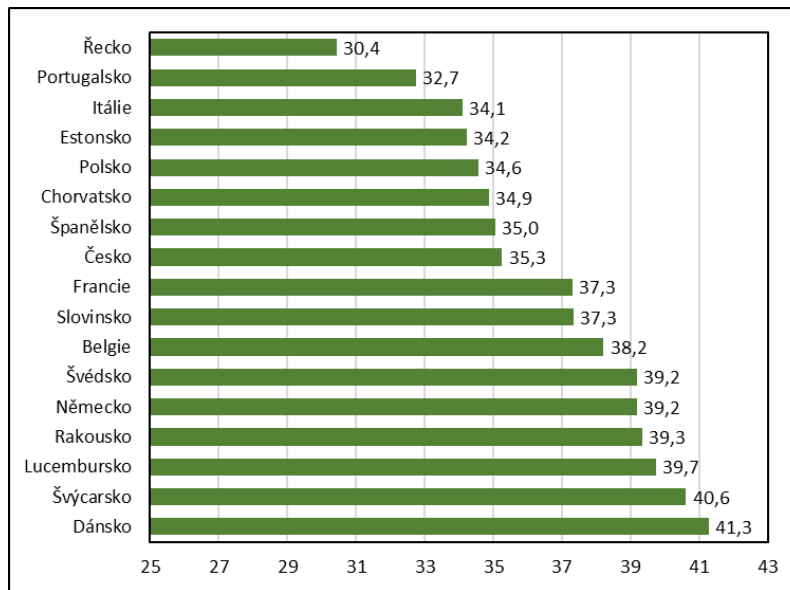
Proměnné	Kategorie	Muži		Ženy		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
Celkem		16754	45,0	20466	55,0	37220	100,0
Subjektivní hodnocení zdraví	Velmi dobré	3330	19,9	3183	15,6	6513	17,5
	Dobré	6002	35,8	6810	33,3	12812	34,4
	Průměrné	5186	31,0	7211	35,2	12397	33,3
	Špatné	2205	13,2	3230	15,8	5435	14,6
	Neuvedeno	31	0,2	32	0,2	63	0,2
Index mobility	Bez omezení	10878	64,9	10432	51,0	21310	57,3
	Zhoršená mobilita	2921	17,4	4779	23,4	7700	20,7
	Imobilita	2915	17,4	5209	25,5	8124	21,8
	Neuvedeno	40	0,2	46	0,2	86	0,2
Omezení IADL	Bez omezení	14769	88,2	16988	83,0	31757	85,3
	1 omezení	772	4,6	1463	7,1	2235	6,0
	2 a více omezení	1175	7,0	1971	9,6	3146	8,5
	Neuvedeno	38	0,2	44	0,2	82	0,2

Pozn.: IADL – Instrumental activities of daily living (Instrumentální každodenní aktivity)

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Druhou proměnnou vstupující do analýzy, jež charakterizuje zdraví respondentů, je index mobility. Jedná se o nástroj hodnocení omezení mobility na základě potíží s chůzí a zdoláváním schodů. U obou pohlaví tvoří mírně nadpoloviční většinu podíl dotazovaných bez omezení mobility. U mužů hodnota podílu dosahuje 64,9 % zatímco u žen o něco méně – 51,0 %. Rozložení osob do zbylých dvou kategorií se zhoršenou mobilitou a imobilitou je u mužů rovnoměrné, 17,4 % dotazovaných mužů uvedlo mírné i zásadní potíže s mobilitou. Ve vybraném datovém souboru se nachází 23,4 % žen se zhoršenou mobilitou a až 25,5 % žen s výrazně zhoršenou mobilitou, která byla pro tuto analýzu označena jako imobilita. Poslední proměnnou zachycující zdravotní stav respondentů je omezení instrumentálních každodenních aktivit (IADL). Nástroj IADL hodnotí problémy se zajišťováním chodu domácnosti jako např. nakupováním, přípravou jídla, nakládáním s financemi apod. Velice příznivý je podíl drtivé většiny dotazovaných nemajících žádné omezení z pohledu instrumentálních aktivit. Zvláště zajímavé je srovnání podílů osob imobilních (celkem 21,8 %) a osob s 1 nebo 2 a více omezeními (6,0 a 8,5 %). To znamená, že podstatná část osob, která má potíže s mobilitou nebo je dokonce imobilní nemá problémy s aktivitami jako je vyřízení telefonátů, užívání léků, hospodaření s financemi, zajištění nákupu základních potravin či připravení teplého jídla.

Obr. 2: Průměrná hodnota skóre CASP-12 ve vybraných zemích Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015

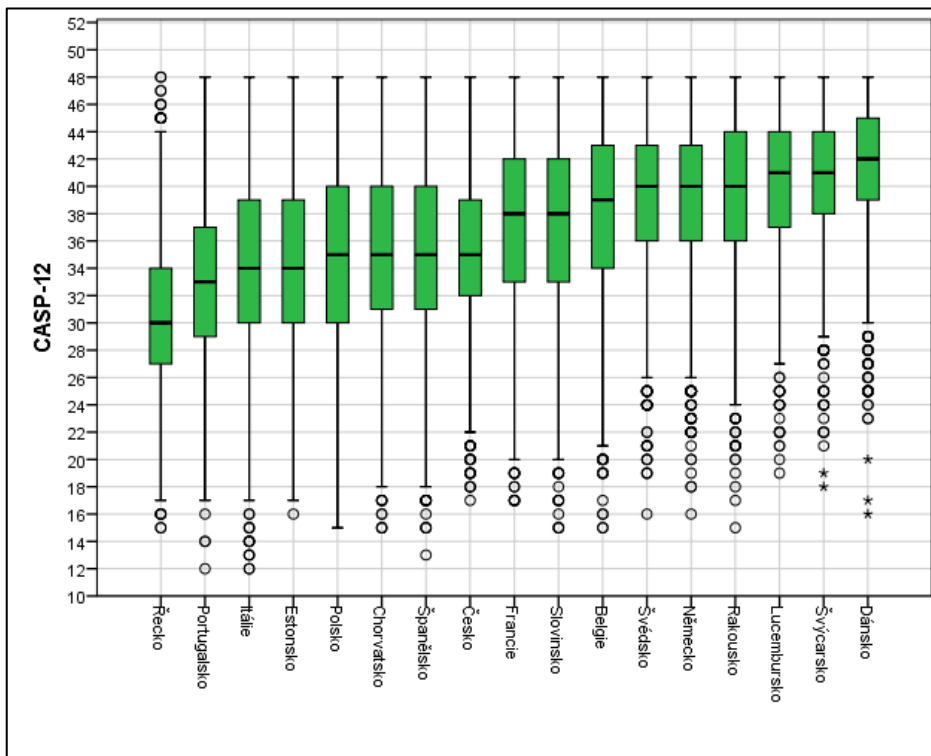


Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Kvalita života seniorů podle indikátoru CASP-12 byla na základě výpovědí respondentů nejnižší v Řecku. Průměrná hodnota dosahovala na škále od 12 do 48 pouhých 30,4 viz Obr. 1. Ačkoliv většina řeckých seniorů dosáhla nízkého skóre CASP-12, existují mezi nimi tací, kteří dovršili nejvyšší úroveň 48, a zároveň zde nejsou jedinci s hodnotou nejnižší (12). Druhá nejnižší průměrná kvalita života byla zjištěna v Portugalsku, která činí 32,7. Zde, stejně jako v Itálii, je rozpětí mezi nejvyšší a nejnižší úrovní kvality života maximální (viz Obr. 2), tzn. respondenti pouze v těchto ze všech vybraných evropských zemí dosáhli hodnoty 12 i 48. Na opačném pólu proti nejnižší kvalitě života seniorů jsou hodnoty, které vykazují jedinci v Dánsku a Švýcarsku. Nejvyšší život vykazují dánští senioři s průměrnou CASP-12 hodnotou 41,3 následováni švýcarskými seniory s hodnotou 40,6. V těchto dvou zemích se naprostá většina respondentů zkoncentrovala úrovní kvality života do nejmenšího rozpětí hodnot CASP-12 ze všech analyzovaných zemí 29–48.

Spíše nižší kvalitu života mají senioři v Itálii, Estonsku, Polsku, Chorvatsku, Španělsku a Česku. V těchto zemích se úroveň pohybuje od 34,1 (Itálie) do 35,3 (Česko). Zajímavých výsledků dosahuje právě kvalita života seniorů v Česku, jejichž hodnoty jsou na škále velmi souměrně rozptýlené. „Tělo“ krabicového diagramu pro Česko oproti ostatním zemím je krátké, ale „vousy“ jsou naopak dlouhé. Jinými slovy vzdálenost horního a dolního kvartilu patří k nižším z vybraných zemí, průměr a medián se shodují a minimální hodnota dosahuje až 17 bodů, což patří k nejvyšším z analyzovaných zemí. Francouzští a slovinští senioři tvoří z pohledu kvality života vybraných zemí pomyslný střed. Respondenti z obou zemí dosahují v průměru hodnoty 37,3. Vyšší kvalitu života vykazují jedinci z Belgie, Švédska, Německa, Rakouska a Lucemburska. Pohybují se na úrovni CASP-12 od 38,2 (Belgie) po 39,7 (Lucembursko). Ačkoliv se v těchto zemích kvalita života respondentů soustřeďuje do vyšších hodnot, u všech je možné nalézt velké množství odlehklých hodnot, tedy respondentů s výrazně nižší kvalitou života, než je průměr.

Obr. 3: Rozložení hodnot skóre CASP-12 ve vybraných zemích Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015



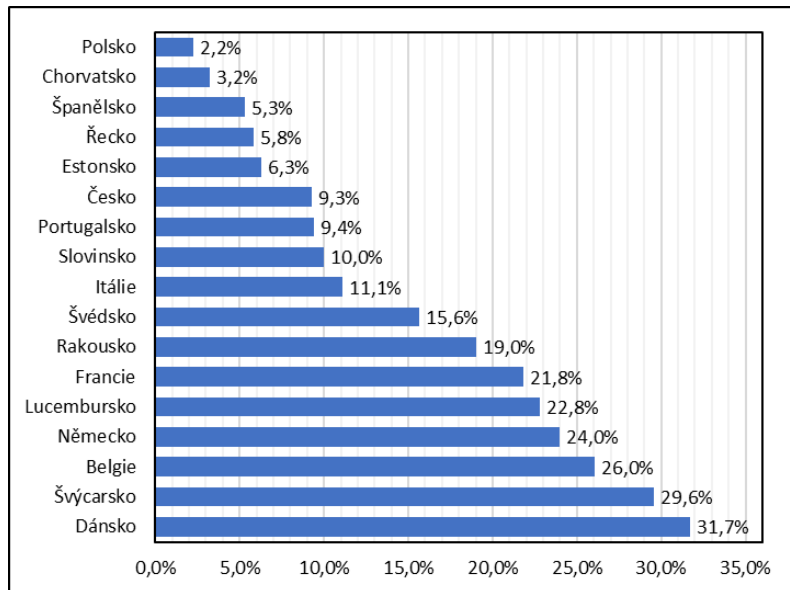
Pozn.: krabice diagramu – horní a spodní hranice krabice je dána 3. a 1. kvartilem, středovou linií tvoří medián (2. kvartil), vousy – nejnižší údaj v liniové části grafu představuje 1,5 IQR spodního kvartilu a nejvyšší údaj naopak 1,5 IQR horního kvartilu, ° – mírné odlehlé hodnoty, * – extrémní odlehlé hodnoty
Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

6.2 Prevalence volnočasových a společenských aktivit u seniorů v Evropě

Aby bylo možné porovnat, zda se liší účast seniorů na volnočasových a společenských aktivitách napříč Evropou, byly spočteny prevalence těchto aktivit. V následujících grafech (Obr. 3, Obr. 4 a Obr. 5) jsou znázorněny prevalence vždy jedné aktivity zastupující jednu skupinu společenských, individuálních aktivit a činností zaměřených na pomoc druhým osobám. Prevalence zbylých aktivit vstupujících do analýzy jsou umístěny v příloze (Příloha 1, Příloha 2, Příloha 3). Nejprve je pozornost zaměřena na společenské aktivity, které jsou zde zastoupeny dobrovolnou neplacenou nebo charitativní činností viz Obr. 3. Nejnižší prevalenci dobrovolnictví mají jedinci vyššího věku v Polsku (2,2 %). Více jak polovina vybraných zemí Evropy vykazuje hodnoty do 12% prevalence. Mezi státy s nižší účastí na dobrovolných neplacených a charitativních činnostech patří i Česko s prevalencí 9,3 %. Země, ve kterých je dobrovolnictví častější, mají účast od 15,6 % (Švédsko) do 31,7 % (Dánsko). Státy s nejvyšší prevalencí jsou, kromě Dánska, Švýcarsko a Belgie. Mezi další společenské aktivity, jejichž grafy prevalence jsou umístěny v příloze, patří účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu, na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy a hraní karet nebo her jako například šachy. Nejvyšší účast na spolku či klubu je u seniorů ve Švédsku a Dánsku, kde tvoří

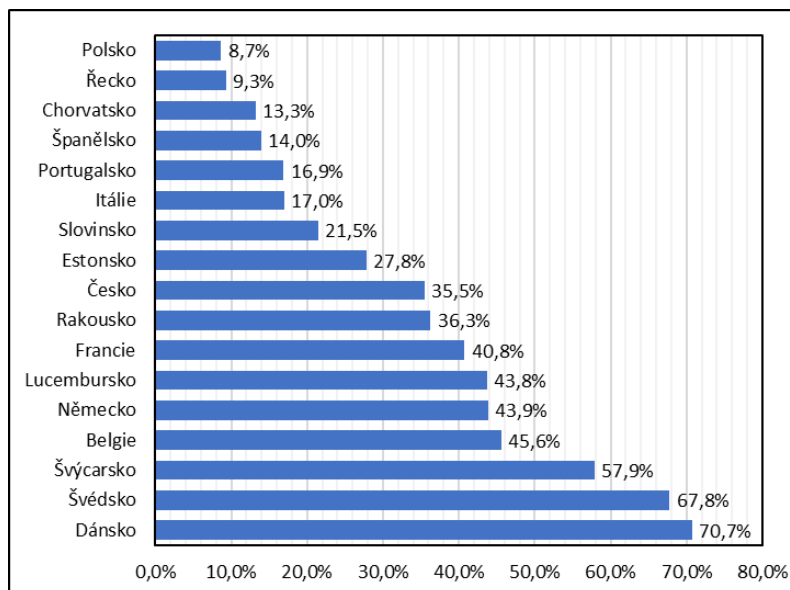
nadpoloviční většinu (52,9 % a 57,4 %), čímž se výrazně odlišují od ostatních zemí. Německo s třetí nejvyšší prevalencí dosahuje hodnoty 36,6 %. Na aktivitách spojených s politikou participují nejčastěji respondenti ve Švédsku, nicméně účast je pouhých 11,3 %. Respondenti z více jak poloviny zemí mají účast do 7 %. Naopak hraní karet a her je výrazně populárnější. Nejvyšší prevalence je u seniorů ve Švýcarsku (46,4 %), Dánsku, Rakousku a Německu. Nejméně hrají karty a hry respondenti z Polska (6,2 %). U českých seniorů je prevalence hraní her a karet 24,4 %.

Obr. 4: Prevalence společenských aktivit: dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015



Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

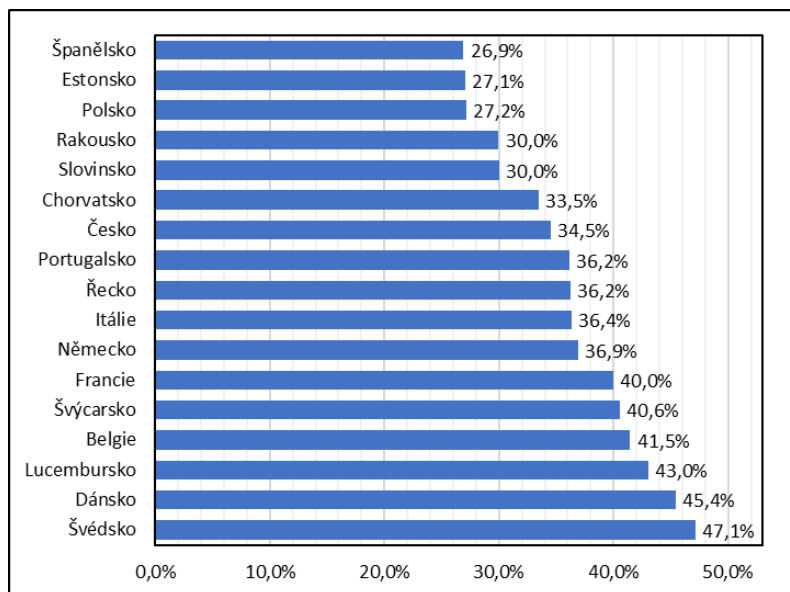
Obr. 5: Prevalence individuálních aktivit: užívání internetu, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015



Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Druhou skupinu tvoří individuální aktivity, které jsou pro potřeby charakteristiky datového souboru této diplomové práce zastoupeny činností užívání internetu (Obr. 4). Stejně jako v případě dobrovolnictví na Obr. 3 tvoří čtveřici zemí s nejnižší prevalencí Polsko, Řecko, Chorvatsko a Španělsko. Nicméně v případě užívání internetu nejmenší podíl aktivních respondentů činí 8,7 %, což je téměř čtyřikrát větší podíl než u dobrovolnictví. Nejvyšší účasti opět dosahují jedinci v Dánsku (70,7 %), následováni seniory ze Švédska (67,8 %) a Švýcarska (57,9 %). Česko je tentokrát s 35,5 % prevalencí v pomyslném středu vybraných zemí. Užívání internetu společně s četbou patří k aktivitám s nejvyšší prevalencí. Čtení se nejvíce věnují senioři ve Švédsku (92,6 %), ale i v dalších zemích je čtení oblíbenou aktivitou. Ve 13/17 zemích nadpoloviční většina respondentů uvedla čtení jako činnost, které se aktivně věnují (viz Příloha 2). I čeští senioři jsou v otázce čtení velmi aktivní, prevalence činí 85,2 %. Luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku je ve většině zahrnutých zemí hojně prováděná aktivita. Ačkoliv u seniorů pouze v šesti státech více než polovina respondentů uvedla luštění jako aktivně provozovanou činnost, v 11/17 zemích luští více než 40 % dotazovaných osob. Zároveň je luštění jediná aktivita, ve které Česko jako země s největším podílem aktivních seniorů (64,0 %) dominuje. Poslední individuální aktivitou zahrnutou v analýze jsou vzdělávací a tréninkové kurzy, kterým se většina seniorů spíše nevěnuje. Největší podíl aktivních byl ve Švédsku, ale dosahoval pouze 15,3 %. V Chorvatsku se vzdělávání věnovalo jen 0,6 % dotazovaných seniorů.

Obr. 6: Prevalence aktivit zaměřených na pomoc druhým osobám: péče o vnoučata, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015



Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Třetí skupinu tvoří aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám. Péče o vnoučata jako aktivita reprezentující celou skupinu má nejvyšší maximální podíl aktivních, kterého je dosaženo u švédských seniorů (47,1 %). Zároveň se jedná o činnost, jež je hojně zastoupena napříč všemi vybranými evropskými zeměmi, tzn. nejmenší podíl činí 26,9 %. Hodnota nejmenší prevalence u této aktivity patří k nejvyšším napříč analyzovanými aktivitami. Nejméně aktivních seniorů v otázce péče o vnoučata je ve Španělsku, dále Estonsku (27,1 %) a Polsku (27,2 %). Výraznou změnu je možné pozorovat u podílu aktivních v Řecku. Ačkoliv u všech ostatních aktivit patří podíl aktivních seniorů k nejnižším, v případě péče o vnoučata je zastoupení aktivních 36,2 %,

čímž se řadí do pomyslného středu mezi vybranými zeměmi. Naopak čeští senioři za řeckými z pohledu péče o vnoučata mírně zaostávají, tzv. prarodičovství se věnuje 34,5 % dotázaných. Zbylé dva druhy aktivit – pomoc osobám z jiné domácnosti a pomoc s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti jsou umístěny v příloze (Příloha 3). V pomoci druhým osobám z jiné domácnosti dominují dánští senioři (41,0 %), až s odstupem následují aktivní jedinci ze Švédska (30,8 %) a Česka (29,2 %). Na druhou stranu výrazně nejméně aktivních je ve Španělsku (5,3 %). Poslední analyzovanou aktivitou je pomoc s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti. Nejvyšší podíl aktivních je v Portugalsku (12,5 %), který je zároveň druhý nejnižší ze všech aktivit. Následuje podíl aktivních pomáhajících v Česku (12,1 %) a Rakousku (11,8 %). Na druhou stranu nejmenší zastoupení aktivních v otázce pomoci s osobní péčí druhým mají respondenti ve Švýcarsku (4,7 %), Švédsku (5,9 %), Chorvatsku (7,0 %) a Dánsku (7,1 %). Zejména Švýcarsko, Švédsko a Dánsko, které u ostatních aktivit patřilo k těm s nejvyšším podílem aktivních, zde nezvykle dosahuje opačných hodnot. Nicméně odpověď na dotaz na pomoc s osobní péčí může být ovlivněna nabídkou sociálních služeb, tzn. že někde jedinci tuto aktivitu nevykonávají, jelikož je za ně může zastat určitý druh sociální služby.

Celkově bylo nejvyšší prevalence u 4 aktivit dosaženo nejčastěji shodně v Dánsku a Švédsku viz Tab. 3. Dánští senioři se spíše věnují společenskému typu vybraných aktivit, zatímco senioři ze Švédska dávají přednost individuálním aktivitám. Ve hraní her vynikají respondenti ze Švýcarska, na luštění jsou specialisté čeští senioři. Pomoc v oblasti osobní péče o člena domácnosti nejvíce poskytují jedinci z Portugalska. Vůbec nejvyšší prevalence dosahují senioři ze Švédska u čtení knih, časopisů nebo novin – 92,6 %. Nejméně se evropské senioři účastní politických aktivit, nejnižší hodnota mezi maximálními prevalencemi byla 11,3 % ve Švédsku. Z pohledu nejvyšší úrovně participace na aktivitách dominují polští důchodci. Ti se vůbec nejméně účastní 4 aktivit, přičemž 3 z nich jsou společenského typu. V Itálii respondenti ve srovnání s ostatními vybranými evropskými zeměmi nejméně čtou a participují na politických aktivitách. Španělé starší 65 let minimálně pečují o vnoučata a pomáhají osobám z jiné domácnosti. Chorvatští senioři se téměř nevzdělávají, vzdělávání se zde věnuje vůbec nejméně osob – 0,6 %. Důchodci v Řecku téměř neluští křížovky nebo jiné číselné hádanky a sudoku. Nejméně se věnují pomoci s osobní péčí člena domácnosti respondenti ze Švýcarska. Celkově se ve všech vybraných zemích napříč Evropou senioři hojně věnují péči o vnoučata, jejíž nejvyšší prevalence dosahuje 26,9 % osob ve Španělsku. Největší rozdíl mezi minimální a maximální prevalence byla nalezena u seniorů při užívání internetu, nejvíce byli aktivní jedinci z Dánska (70,7 %), naopak nejméně řečtí senioři (8,7 %). Čeští senioři mají, jak už bylo zmíněno, nejvyšší prevalence ve vybraných zemích Evropy v luštění, nicméně vůbec nejvíce procent dotázaných seniorů se věnuje četbě. Naopak nejméně ze všech aktivit se v Česku senioři věnují politickým aktivitám.

Tab. 3: Prevalence volnočasových a společenských aktivit, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015

Volnočasové a společenské aktivity		Max	Země	Min	Země	Česko
Společenské aktivity	Dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost	31,7 %	Dánsko	2,2 %	Polsko	9,3 %
	Účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu	57,4 %	Dánsko	3,4 %	Polsko	20,2 %
	Účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy	11,3 %	Švédsko	2,7 %	Itálie	6,4 %
	Hraní karet nebo her jako například šachy	46,4 %	Švýcarsko	6,2 %	Polsko	24,4 %
Individuální aktivity	Účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu	15,3 %	Švédsko	0,6 %	Chorvatsko	6,6 %
	Četba knih, časopisů nebo novin	92,6 %	Švédsko	39,8 %	Itálie	85,2 %
	Luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku	64,0 %	Česko	10,8 %	Řecko	64,0 %
	Užívání internetu	70,7 %	Dánsko	8,7 %	Polsko	35,5 %
Aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám	Péče o vnoučata	47,1 %	Švédsko	26,9 %	Španělsko	34,5 %
	Poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti	41,0 %	Dánsko	5,3 %	Španělsko	29,2 %
	Poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti	12,5 %	Portugalsko	4,7 %	Švýcarsko	12,1 %

Pozn.: Max – maximální hodnota prevalence aktivit, Min – minimální hodnota prevalence aktivit, Země – území, na kterém žijí respondenti s danou maximální nebo minimální prevalencí, Česko – prevalence aktivit v Česku, tučně zvýrazněné jsou minimální a maximální prevalence v rámci minimálních a maximálních hodnot a Česka

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

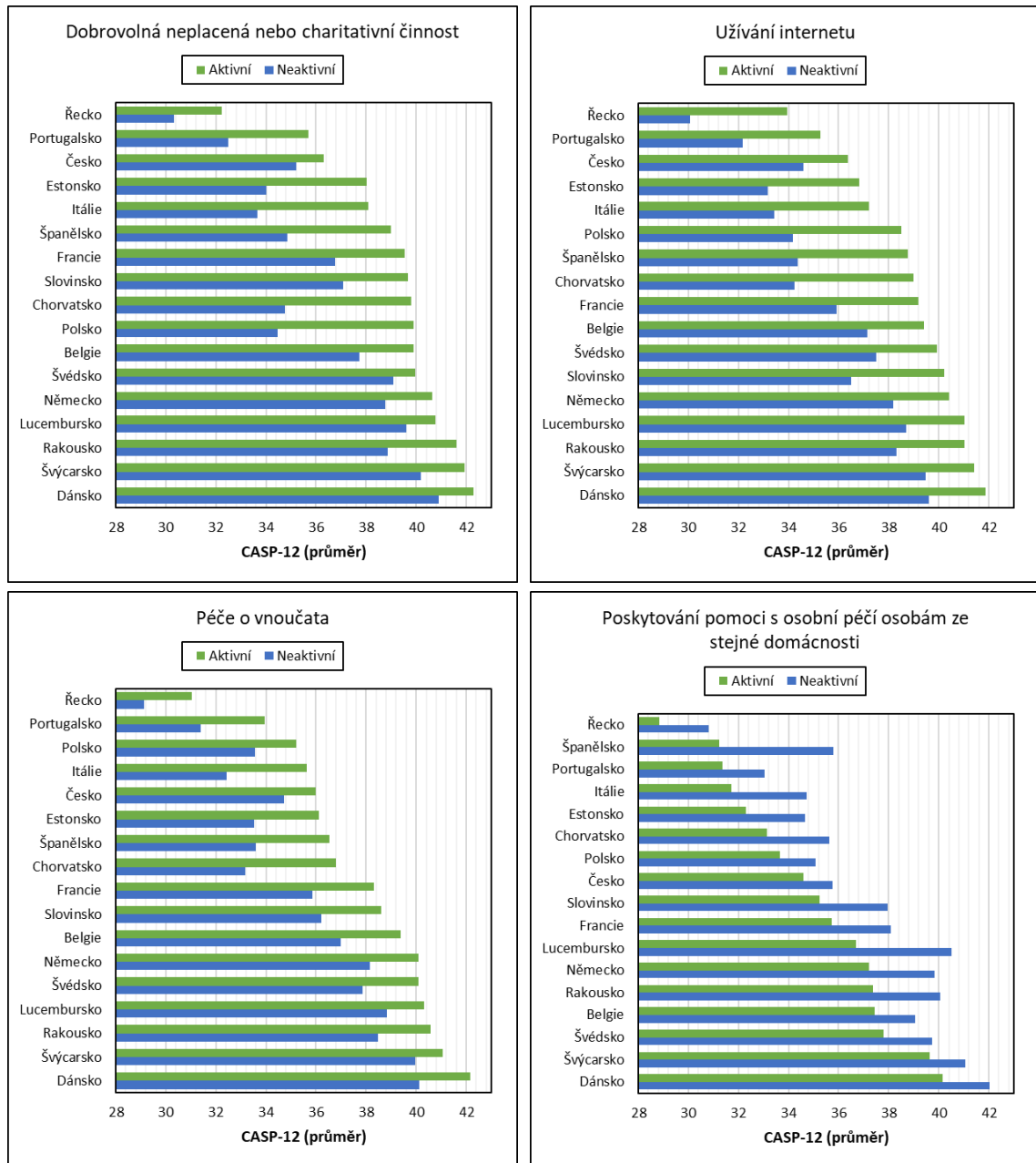
Na následujících stránkách je popsána kvalita života seniorů starších 65 let dle účasti na společenských a volnočasových aktivitách ve vybraných zemích Evropy na základě dat studie SHARE viz Obr. 6. Stejně jako při deskripci prevalence je zobrazena vždy jedna činnost z vybrané skupiny společenských, individuálních aktivit a činností zaměřených na pomoc druhým osobám. Výjimku zde tvoří poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti, které vykazuje odlišné výsledky než všechny ostatní aktivity, a proto je zde navíc.

Jedinci aktivní v dobrovolnických nebo charitativních činnostech dosahují napříč všemi vybranými zeměmi vyšší kvalitu života než ti neaktivní. Nejméně výrazný je rozdíl v Česku, Švédsku a Lucembursku, kde se odlišují hodnoty kvality života aktivních od neaktivních o 1 bod skóre. Nejvýrazněji se liší kvalita života z pohledu dobrovolnictví v Polsku (o 6 bodů skóre)

a Chorvatsku (o 5 bodů skóre). V další společenské aktivitě, kterou je aktivita ve spolku nebo klubu, je rovněž pozorovatelné vyšší skóre CASP-12 pro jedince, kteří ji zaškrtnuli ve výběru činností (viz Příloha 4). Největší rozdíl v kvalitě života aktivních ve spolku nebo klubu oproti neaktivním je opět v Polsku. Aktivní jedinci mají v průměru až o 8 bodů skóre vyšší kvalitu života. Významný rozdíl je znovu i v Chorvatsku (o 5 bodů skóre) a také v Itálii (o 4 body skóre).

I ve třetí analyzované aktivitě, kterou je účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy, mají aktivní jedinci vyšší kvalitu života. V některých zemích je rozdíl málo průkazný, např. u seniorů z Lucemburska se neliší ani o celou jednotku, aktivní respondenti ze Švédska, Česka, Rakouska, Švýcarska a Portugalska se liší od neaktivních pouze o jeden bod skóre kvality života. Naopak výrazněji se liší hodnota CASP-12 dle aktivity u starých osob žijících v Chorvatsku, Polsku, ale i Francii, Španělsku, Itálii, Estonsku a Řecku. V Dánsku dosahuje hodnota CASP-12 u aktivních skóre 43, což je nejvyšší hodnota, které je napříč vybranými aktivitami dosaženo. Poslední zahrnutou společenskou aktivitou je hraní karet či her jako např. šachy. U této aktivity lze rovněž pozorovat mírně vyšší kvalitu života u aktivních seniorů, nicméně ani zde není rozdíl napříč zeměmi markantní. Nejvíce se liší kvalita života aktivních od neaktivních opět v Polsku (o 4 body skóre). U zbylých zemí se jedná o rozdíl 1–2 bodů skóre. Souhrnně z pohledu společenských aktivit mají nejnižší kvalitu života seniori v Řecku, u kterých činí průměrná hodnota CASP-12 úrovně 30, zatímco nejkvalitnější život vykazují aktivní respondenti z Dánska se skóre 42 a v případě politických aktivit s až 43 body.

Obr. 7: Kvalita života seniorů ve vybraných evropských zemích studie SHARE dle participace na aktivitách, věk 65+, obě pohlaví, 2015



Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Dotazovaní senioři z vybraných evropských zemí, jež označili analyzované individuální aktivity jako ty, které za posledních 12 měsíců vykonávali, dosahují vyšší kvality života než osoby v těchto činnostech neaktivní. Z individuálních aktivit se jedná o užívání internetu, účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu, čtení knih, časopisů nebo novin a luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku viz Příloha 5. Osoby aktivní na internetu dosahují výrazně vyšší kvality života ve všech vybraných zemích s výjimkou Česka, kde se ne/aktivita liší pouze jedním bodem skóre. Ve všech ostatních zemích aktivita na internetu představuje 2 a více bodů skóre CASP-12. Výrazně kvalitnější život vykazují senioři aktivní na internetu v Chorvatsku, Španělsku a Polsku. Osoby participující na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu viz Příloha 5 rovněž dosahují vyšší kvality života dle škály CASP-12 než ti, kteří ve svých činnostech

vzdělávací aktivity neuvodli. Největší rozdíl ve skóre kvality života byl nalezen v Itálii a Estonsku (5 bodů skóre). Nejméně se liší kvalita života dle účasti na aktivitách u seniorů ve Švýcarsku, Dánsku a Švédsku o 1 bod skóre.

Kvalita života u respondentů věnujících se četbě knih, časopisů nebo novin je lepší než u osob na této aktivitě neparticipujících. Největší rozdíl v kvalitě života ve prospěch aktivních jedinců se nachází u rakouských, chorvatských a estonských seniorů. Tyto osoby mají v průměru o 4 body na škále CASP-12 kvalitnější život. Zároveň u řeckých respondentů, kteří se čtení nevěnovali, byla vykázána nejnižší hodnota skóre CASP-12 činící 29 bodů. Poslední individuální aktivitou zahrnutou do analýzy je luštění. U aktivně lušticích seniorů byly nalezeny více i méně vyšší hodnoty kvality života ve vybraných evropských zemích. Minimálně se liší kvalita života u ne/aktivních např. ve Švýcarsku, Švédsku a Belgii, kde rozdíl je pouze v řádu desetin. Naopak výrazné rozdíly v kvalitě života na základě participace jsou evidovány v Polsku, Španělsku či Chorvatsku.

Senioři pečující o svá vnoučata dosahují vyšší kvality života než ti, kteří se o svá vnoučata nestarají napříč vybranými zeměmi Evropy viz Příloha 6. Respondenti z Lucemburska, Švýcarska, Česka a Polska patří k těm s nejmenšími rozdíly v kvalitě života dle péče o vnoučata. Na druhou stranu aktivní jedinci z Chorvatska, Itálie či Španělska oproti nepečujícím mají výrazně vyšší kvalitu života. I senioři poskytující pomoc osobám z jiné domácnosti vykazují lepší životní kvalitu. O tři body na škále CASP-12 mají vyšší kvalitu života respondenti v Chorvatsku a Polsku. Naopak nápomocní lucemburští senioři se oproti těm, kteří nepomáhají, liší v kvalitě života pouze v řádu setin.

Zcela specifických výsledků dosahuje průměrná hodnota kvality života na škále CASP-12 dle poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti napříč evropskými zeměmi ve srovnání z ostatními aktivitami zahrnutými do analýzy. Neaktivní jedinci z pohledu pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti vykazují ve všech vybraných zemích Evropy vyšší průměrnou kvalitu života než ti, kteří pomoc poskytují. Nejmenší rozdíl průměrné hodnoty CASP-12 u aktivních a neaktivních mají respondenti z Česka a Polska, liší se pouze o jeden bod skóre. Naopak největší rozdíl v kvalitě života dle participace na aktivitách je ve Španělsku (o 5 bodů skóre) a Lucembursku (o 4 body skóre). Deskriptivní statistika kvality života a participace na aktivitách prozatím podporuje H2 o nižší kvalitě života osob poskytujících pomoc s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti oproti těm, kteří tento druh pomoci neposkytují.

Celkově lze konstatovat, že v rámci jednotlivých aktivit mají nejnižší skóre CASP-12 vždy senioři z Řecka, zatímco nejvyššího skóre dosahují senioři z Dánska. Nejnižší zjištěná hodnota byla 29 bodů u jedinců z Řecka, kteří poskytovali pomoc v oblasti osobní péče osobě ze stejné domácnosti, nevěnovali se čtení a nepečovali o vnoučata. Na druhou stranu nejvyššího skóre (43 bodů) dosáhli ti dánští senioři, kteří participovali na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy. Největší rozdíl v kvalitě života u aktivních vůči neaktivním seniorům se objevuje nejčastěji v Chorvatsku a Polsku (s výjimkou péče o vnoučata a pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti) napříč různými aktivitami.

6.3 Postup regresního modelování

Nejprve je vytvořen model 1, který se skládá z 11 jednotlivých submodelů zahrnujících proměnné účasti na aktivitách a binární proměnnou kvalitu života. Celkem 11 druhů aktivit je jednotlivě vkládáno do modelu ke kvalitě života. Jedná se o analýzu vztahu participace na společenských a volnočasových aktivitách a kvality života bez zahrnutí kontrolních proměnných. Za referenční byly zvoleny kategorie neaktivních osob vyjma proměnné poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti, kde je tomu naopak – referenční kategorií byli aktivní. V předchozí kapitole při explorační analýze bylo zjištěno, že jedinci v této činnosti neaktivní dosahují vyšší kvality života než ti aktivní. Jelikož cílem práce je zjistit šance na vysokou kvalitu života, za referenční kategorie byly zvoleny právě ty, u kterých lze očekávat nízkou kvalitu života. Všechny proměnné aktivit vyšly ve vztahu ke kvalitě života signifikantní na 5% hladině významnosti, tudíž žádnou aktivitu nebylo nutné z analýzy vyřadit.

Model 2 byl vytvořen pro odhad vztahu kontrolních proměnných a kvality života. Slouží pouze k ověření, zda na základě rešerše odborné literatury vybrané kontrolní proměnné jsou zvoleny správně, ve vztahu ke kvalitě života jsou statisticky významné a má smysl je zařadit dále do analýzy. Za kontrolní proměnné byly vybrány pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, velikost bydliště, pracovní stav, příjem, subjektivní zdraví, index mobility, omezení na instrumentálních každodenních aktivitách a země. Referenční kategorie jsou primárně nastaveny ty s předpokladem o nízké kvalitě života a neaktivitě. Konkrétně jsou za referenční považováni muži, starší 80 let, osoby se základním vzděláním, nízkým příjmem, ovdovělí, nepracující, žijící na venkově, s omezením 2 a více instrumentálních aktivit, imobilní, se špatným subjektivním zdravím a žijící v Chorvatsku. U všech kontrolních proměnných je vždy alespoň jedna kategorie statisticky významná, tudíž není důvod jakoukoliv proměnnou z další analýzy vyřazovat.

Třetí typ modelů odhaduje vztah participace na aktivitách a kvality života kontrolované pro již zmíněné proměnné pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, velikost bydliště, pracovní stav, příjem, subjektivní zdraví, index mobility, omezení na instrumentálních každodenních aktivitách a země. Aktivity jsou do modelů opět vkládány jednotlivě a kontrolní proměnné vstupují do analýzy jako fixní efekt. Celkem bylo opět utvořeno 11 modelů tohoto typu.

Poslední typ modelů je obdobný předchozímu s výjimkou způsobu zahrnutí proměnné země. Tato proměnná vstupuje do analýzy jako náhodný efekt. V takovém případě je narušen předpoklad nezávislosti. Lze očekávat, že účast na aktivitách, respektive dopad na kvalitu života je ovlivněn zemí, ve které daná osoba žije. Čtvrtý typ modelů je binární logistický regresní model se smíšenými efekty, jelikož všechny ostatní kontrolní proměnné vstupují do analýzy standardně. Pro náhodný efekt je vypočítán koeficient ICC, jak již bylo zmíněno výše. Právě provedení analýzy se smíšenými efekty je přidanou hodnotou této práce. I toto modelování je prováděno pro každou jednotlivou aktivitu zvlášť, tudíž opět bylo vytvořeno 11 modelů. Celkem regresní modelování zahrnuje 34 modelů 4 typů. V následující podkapitole jsou popsány zjištěné výsledky analýzy vlivu participace na společenských a volnočasových aktivitách na kvalitu života.

6.4 Vliv volnočasových a společenských aktivit na kvalitu života seniorů v Evropě

Vztah volnočasových a společenských aktivit a kvality života u seniorů v Evropě je popsán na následujících stránkách podle provedených modelů binární logistické regrese s fixními a smíšenými efekty. Na základě rešerše odborné literatury byly vybrány proměnné vstupující do analýzy individuálních dat šesté vlny studie SHARE a panelového datasetu easySHARE pro 17 evropských zemích za obě pohlaví dohromady. Postup tvorby modelů je popsán v předchozí podkapitole. Celkem byly vytvořeny 4 typy modelů, 2 druhy modelů k ověření správného výběru proměnných a 2 stěžejní druhy modelů pro vztah aktivit a kvality života kontrolované pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky. Celkem je v této podkapitole shrnuto 34 logistických regresních modelů. Tabulky s nejdůležitějšími výsledky jsou umístěny v textu práce. Každá tabulka je podrobně popsána a shrnuté výsledky jsou porovnány s již provedenými analýzami v rámci publikací a studií.

První typový model pro vztah aktivity a kvality života bez kontrolních proměnných vyšel pro hodnoty podílu šancí i celkového efektu modelu signifikantní na hladině významnosti α 5 % u všech 11 samostatných modelů viz Tab. 4. U všech aktivit vyšly vyšší šance u aktivních osob na vysokou kvalitu života s výjimkou poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti, kde vyšší šanci na vysokou kvalitu života mají neaktivní. Nejnižší hodnoty podílu šancí (OR) byly nalezeny pro osoby aktivní v poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti (OR = 1,89), hraní karet nebo her (OR = 1,97), péči o vnoučata (OR = 1,98) a luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku (OR = 1,99). Tzn. že jedinci, jež byli aktivní ve zmíněných čtyřech aktivitách mají téměř 2× vyšší šanci mít vysokou kvalitu života než ti, kteří se do daných aktivit nezapojovali. Naopak nejvyšších šancí na vysokou kvalitu života dosahují senioři aktivně užívající internet, konkrétně 3,43× vyšší než neaktivní, a věnující se četbě (3,05× vyšší). Respondenti účastníci se aktivit politické organizace nebo občanské iniciativy a osoby neposkytující pomoc v oblasti osobní péče o člena domácnosti mají více než dvojnásobné šance na vysokou kvalitu života. Téměř 3× vyšší šance mají aktivní senioři ve vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu (OR = 2,57), dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti (OR = 2,76) a sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu (OR = 2,85) oproti těm, kteří se do těchto aktivit nezapojovali. Přímá souvislost mezi aktivitami a kvalitou života je statisticky významná a není třeba některou aktivitu vyřadit z další analýzy.

Tab. 4: Souvislosti participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky modelů binární logistické regrese, 2015

Volnočasové a společenské aktivity	Sig.	OR	CI 95 %	
Společenské aktivity	Dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	2,76	2,60 2,93
	Účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	2,85	2,71 3,00
	Účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	2,06	1,89 2,25
	Hraní karet nebo her jako například šachy			
Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,97	1,88 2,07	
Individuální aktivity	Účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	2,57	2,36 2,80
	Četba knih, časopisů nebo novin			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	3,05	2,88 3,23
	Luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,99	1,90 2,08
	Užívání internetu			
Aktivní vs neaktivní	<0,001	3,43	3,27 3,59	
Aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám	Péče o vnoučata			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,98	1,86 2,10
	Poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,89	1,79 1,99
	Poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti			
Neaktivní vs aktivní	<0,001	2,05		

Pozn.: Sig. – statistická významnost Waldova testu, OR (odds ratio) – podíl šancí, CI 95 % - interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty OR ($p < 0,05$)

11 samostatných modelů

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Druhý typ regresního modelu byl vytvořen pouze pro kvantifikaci a potvrzení souvislosti kontrolních proměnných složených ze socioekonomických, demografických a zdravotních charakteristik a kvality života (Tab. 5). Jelikož cílem této práce je zjistit dopad participace na volnočasových a společenských aktivitách na kvalitu života, jsou tyto charakteristiky vloženy do modelu najednou pouze pro ověření jejich výběru pro další modelování.

Prvním kontrolním faktorem v modelu 2 je pohlaví. Ženy mají pouze o 2 % vyšší šanci na vysokou kvalitu života než muži, nicméně hodnoty pro vztah pohlaví a kvality života nejsou statisticky signifikantní. Ačkoliv by proměnná pohlaví do další analýzy neměla vstupovat, jelikož zde statistická významnost nebyla prokázána, jedná se o elementární demografickou proměnnou, a z toho důvodu byla v analýze nadále ponechána.

Další kontrolní proměnnou je věk respondentů. Šance na vysokou kvalitu života byly pro osoby 80 a více let a 75–79 let obdobné, osoby mladší však měly statisticky významně vyšší šanci na vysokou kvalitu života. Jedinci v mladším seniorském věku (65–69 a 70–74 let) mají o 26 % a 19 % vyšší šanci na vysokou kvalitu života než nejstarší senioři ve věku 80 a více let.

Dále je pro kontrolu vztahu aktivit a kvality života sledováno vzdělání. Mezi vzděláním a kvalitou života existuje statisticky významný vztah pro všechny kategorie vzdělání kromě

středního vzdělání bez maturity. Se vzrůstajícím vzděláním roste i šance na vysokou kvalitu života. Osoby se středním vzděláním s maturitou mají o 17 % a vysokoškolsky vzdělaní o 18 % vyšší šanci na vysokou kvalitu života než jedinci se základní vzděláním.

Následující zahrnutou proměnnou je rodinný stav respondentů. Ačkoliv byla za referenční zvolena kategorie ovdovělých, u kterých by se dala očekávat nižší kvalita života, oproti ostatním kategoriím rodinného stavu mají nejvyšší šanci na vysokou kvalitu života. Nejnižší šance dosahují rozvedení nebo rozdělení jedinci (OR = 0,83), jejichž hodnota je jako jediná s referenční kategorií signifikantní. U zbylých kategorií rodinného stavu se šance na vysokou kvalitu života oproti ovdovělým seniorům téměř nelišily.

Z pohledu pracovní aktivity mají vyšší šanci na vysokou kvalitu života důchodci i osoby pracující oproti nepracujícím. Mezi respondenty v důchodu a nepracujícími nevyšel rozdíl šancí na vysokou kvalitu života signifikantní. Jedinci pracující v seniorském věku mají o 32 % vyšší šanci na vysokou kvalitu života (OR = 1,32) oproti respondentům nepracujícím bez ohledu na důvod (pracovní neschopnost, práce v domácnosti apod.).

Z hlediska velikosti místa bydliště mají nižší šanci na vysokou kvalitu života pouze osoby žijící ve velkoměstě v porovnání s jedinci žijícími na venkově. Proměnná velikost bydliště ve vztahu ke kvalitě života vyšla signifikantní pouze v kategorii velkoměsto. Nicméně oproti jedincům žijícím na venkově nebo ve venkovském prostředí mají senioři z velkoměsta nižší šance na vysokou kvalitu života (OR = 0,91).

Šance na vysokou kvalitu života roste s příjmem domácnosti. S vyšší příjmovou kategorií roste i šance na vysokou kvalitu života. Kategorie osob s nižšími příjmy má oproti nejnižším o 28 % vyšší šanci na vysokou úroveň životní kvality. Jedinci s průměrnými příjmy domácnosti mají 1,34× vyšší šanci na vysokou kvalitu života, ti s vyššími příjmy mají šanci vyšší 1,57× a s nejvyššími 1,90×.

Zdravotní charakteristiky zahrnuté do modelů – subjektivní zdraví, index mobility a omezení na instrumentálních každodenních aktivitách jsou ve všech kategoriích ve vztahu ke kvalitě života statisticky signifikantní. U všech rovněž platí, že jedinci v kategorii s lepším zdravotním stavem mají rovněž i vyšší šanci na vysokou kvalitu života, než ti se zdravím špatným. Nejvyšší šanci na vysokou kvalitu života mají osoby deklarující velmi dobré subjektivní zdraví a to až 10,42× než ti, kteří vnímají své zdraví jako špatné. Respondenti s dobrým subjektivním zdravím mají šanci 5,26× vyšší a s průměrným subjektivním zdravím až 2,74× vyšší. Z pohledu indexu mobility jsou šance osob s úplnou mobilitou na vysokou kvalitu života nejvyšší, tzn. 2,15× vyšší než u imobilních. Jedinci s jedním omezením v mobilitě dosahují o 27 % vyšších šancí než imobilní. Šance na vysokou kvalitu života podle omezení instrumentálních každodenních aktivit jsou u osob bez omezení 3,57× a u osob s jedním omezením o 89 % vyšší než u jedinců s 2 a více omezeními.

V Tab. 5 jsou zobrazeny i rozdíly v šancích na vysokou kvalitu života ve srovnání s respondenty z Chorvatska. Nejnižší šance na vysokou kvalitu života mají respondenti žijící v Řecku následovány seniory z Portugalska, Česka, Itálie a Španělska. Naopak největší šance na vysokou kvalitu života mají jedinci z Dánska, Lucemburska, Švýcarska.

Tab. 5: Souvislosti socioekonomických, demografických a zdravotních charakteristik a vysoké kvality života u seniorů v Evropě, výsledky modelu binární logistické regrese, 2015

Proměnná	Kategorie	Sig.	OR	CI 95 %	
Pohlaví	Muž		1		
	Žena	0,530	1,02	0,96	1,08
Věk	65–69	<0,001	1,26	1,16	1,38
	70–74	<0,001	1,19	1,09	1,30
	75–79	0,069	1,09	0,99	1,19
	80+		1		
Vzdělání	Základní		1		
	Střední bez maturity	0,590	1,03	0,94	1,12
	Střední s maturitou	<0,001	1,17	1,08	1,27
	Vysokoškolské	0,001	1,18	1,07	1,29
Rodinný stav	Ve svazku	0,283	0,96	0,88	1,04
	Rozvedení, rozdělení	0,002	0,83	0,74	0,94
	Svobodní	0,458	0,94	0,81	1,10
	Ovdovělí		1		
Pracovní stav	V důchodu	0,075	1,11	0,99	1,25
	Pracující	0,007	1,32	1,08	1,60
	Nepracující		1		
Velikost bydliště	Velkoměsto	0,034	0,91	0,83	0,99
	Předměstí nebo okraj velkoměsta	0,072	0,91	0,83	1,01
	Velké město	0,950	1,00	0,92	1,09
	Malé město	0,766	1,01	0,94	1,09
	Venkov		1		
Příjem domácnosti	Nejnižší		1		
	Nižší	<0,001	1,28	1,17	1,39
	Průměrné	<0,001	1,34	1,22	1,47
	Vyšší	<0,001	1,57	1,42	1,73
	Nejvyšší	<0,001	1,90	1,70	2,12
Subjektivní zdraví	Velmi dobré	<0,001	10,42	8,94	12,15
	Dobré	<0,001	5,26	4,56	6,07
	Průměrné	<0,001	2,74	2,38	3,16
	Špatné		1		
Index mobility	Bez omezení	<0,001	2,15	1,94	2,37
	Zhoršená mobilita	<0,001	1,27	1,14	1,42
	Imobilita		1		
Omezení IADL	Bez omezení	<0,001	3,57	2,87	4,44
	1 omezení	<0,001	1,89	1,46	2,45
	2 a více omezení		1		

Tab. 5: Souvislosti socioekonomických, demografických a zdravotních charakteristik a vysoké kvality života u seniorů v Evropě, výsledky modelu binární logistické regrese, 2015 (pokračování)

Proměnná	Kategorie	Sig.	OR	CI 95 %	
Země	Chorvatsko		1		
	Rakousko	<0,001	2,85	2,37	3,42
	Německo	<0,001	2,86	2,38	3,42
	Švédsko	<0,001	1,93	1,62	2,31
	Španělsko	0,750	0,97	0,80	1,17
	Itálie	0,002	0,75	0,62	0,90
	Francie	<0,001	1,70	1,41	2,05
	Dánsko	<0,001	4,93	4,05	5,99
	Řecko	<0,001	0,15	0,12	0,19
	Švýcarsko	<0,001	3,45	2,85	4,18
	Belgie	<0,001	1,94	1,63	2,31
	Česko	<0,001	0,68	0,57	0,82
	Polsko	0,036	1,30	1,02	1,65
	Lucembursko	<0,001	3,90	3,08	4,93
	Portugalsko	<0,001	0,55	0,42	0,72
	Slovinsko	<0,001	2,11	1,75	2,53
Estonsko	0,957	1,01	0,84	1,21	

Pozn.: Sig. – statistická významnost Waldova testu, OR (odds ratio) – podíl šancí, CI 95 % - interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty OR ($p < 0,05$)

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Třetí typ modelu představuje binární logistickou regresi pro vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života kontrolovaný pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky, které vstupují do analýzy jako fixní efekt. V Tab. 6 jsou zobrazeny kompletní výsledky modelování pro první z jedenácti aktivit – dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost. Tato tabulka slouží jako vzorový příklad. Ačkoliv byly vytvořeny modely pro každou aktivitu včetně kontrolních proměnných zvlášť, do textu byla umístěna kompletní tabulka s podíly šancí kontrolních proměnných pouze pro jednu aktivitu. Na této tabulce (Tab. 6) jsou popsány změny šancí na vysokou kvalitu života i napříč socioekonomickými, demografickými a zdravotními charakteristikami. Důležitější, pro cíle této diplomové práce než šance na vysokou kvalitu života dle kontrolních proměnných, jsou šance z pohledu účasti na aktivitách. V další tabulce (Tab. 7) lze proto srovnávat šance na vysokou kvalitu života napříč 11 vybranými volnočasovými a společenskými aktivitami.

Tab. 6: Souvislost participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života u seniorů v Evropě, výsledky adjustovaného modelu binární logistické regrese, 2015

Proměnná	Kategorie	Sig.	OR	CI 95 %	
Dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost	Aktivní	<0,001	1,36	1,26	1,46
	Neaktivní		1		
Pohlaví	Muž		1		
	Žena	0,923	1,00	0,95	1,06
Věk	65–69	<0,001	1,22	1,12	1,33
	70–74	0,001	1,15	1,06	1,26
	75–79	0,181	1,06	0,97	1,17
	80+		1		
Vzdělání	Základní		1		
	Střední bez maturity	0,795	1,01	0,92	1,11
	Střední s maturitou	0,001	1,15	1,06	1,25
	Vysokoškolské	0,013	1,13	1,03	1,24
Rodinný stav	Ve svazku	0,739	0,99	0,91	1,07
	Rozvedení, rozdělení	0,004	0,84	0,75	0,94
	Svobodní	0,431	0,94	0,81	1,10
	Ovdovělí		1		
Pracovní stav	V důchodu	0,103	1,10	0,98	1,24
	Pracující	0,005	1,33	1,09	1,63
	Nepracující		1		
Velikost bydliště	Velkoměsto	0,037	0,91	0,83	0,99
	Předměstí nebo okraj velkoměsta	0,091	0,92	0,83	1,01
	Velké město	0,797	1,01	0,93	1,10
	Malé město	0,631	1,02	0,95	1,10
	Venkov		1		
Příjem domácnosti	Nejnižší		1		
	Nižší	<0,001	1,27	1,17	1,39
	Průměrné	<0,001	1,33	1,21	1,46
	Vyšší	<0,001	1,55	1,41	1,72
	Nejvyšší	<0,001	1,89	1,70	2,12
Subjektivní zdraví	Velmi dobré	<0,001	9,85	8,44	11,50
	Dobré	<0,001	4,97	4,30	5,74
	Průměrné	<0,001	2,61	2,26	3,01
	Špatné		1		
Index mobility	Bez omezení	<0,001	2,14	1,93	2,37
	Zhoršená mobilita	<0,001	1,27	1,13	1,42
	Imobilita		1		
Omezení IADL	Bez omezení	<0,001	2,77	2,22	3,46
	1 omezení	0,002	1,53	1,17	1,98
	2 a více omezení		1		

Tab. 6: Souvislost participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života u seniorů v Evropě, výsledky adjustovaného modelu binární logistické regrese, 2015 (pokračování)

Proměnná	Kategorie	Sig.	OR	CI 95 %	
Země	Chorvatsko		1		
	Rakousko	<0,001	3,00	2,49	3,61
	Německo	<0,001	2,71	2,26	3,24
	Švédsko	<0,001	1,86	1,56	2,23
	Španělsko	0,897	0,99	0,82	1,19
	Itálie	0,001	0,73	0,61	0,88
	Francie	<0,001	1,61	1,34	1,95
	Dánsko	<0,001	4,59	3,78	5,59
	Řecko	<0,001	0,15	0,12	0,19
	Švýcarsko	<0,001	3,22	2,65	3,91
	Belgie	<0,001	1,82	1,52	2,17
	Česko	<0,001	0,68	0,56	0,81
	Polsko	0,032	1,31	1,02	1,67
	Lucembursko	<0,001	3,78	2,98	4,79
	Portugalsko	<0,001	0,58	0,44	0,76
	Slovinsko	<0,001	2,13	1,77	2,56
Estonsko	0,726	1,03	0,86	1,24	

Pozn.: Sig. – statistická významnost Waldova testu, OR (odds ratio) – podíl šancí, CI 95 % - interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty OR ($p < 0,05$)

Zdroj: SHARE 2011b, vlastní zpracování

Z pohledu pohlaví se při zahrnutí dobrovolnictví šance na vysokou kvalitu života žen snížily, nicméně ani v tomto modelu nejsou statisticky rozdílné od mužů. U všech věkových kategorií se taktéž snížily šance na vysokou kvalitu života, nicméně vůči nejstarší věkové skupině stále mladší kategorie dosahují vyšších šancí na kvalitnější život. U seniorů ve věku 65–69 let a 70–74 let jsou šance na vysokou kvalitu života o 22 % a 15 % vyšší než u jedinců starších 80 let. Šance u jedinců ve věku 75–79 let se oproti nejstarším seniorům statisticky nelišily ($p=0,181$). U vzdělání se při zahrnutí aktivity dobrovolnictví díky mírnému poklesu šancí na vysokou kvalitu života změnil trend napříč kategoriemi. V tomto modelu mají seniori se středním vzděláním s maturitou o 15 % vyšší šanci oproti jedincům s nejnižším vzděláním, nicméně vysokoškolsky vzdělání mají šanci vyšší pouze o 13 %.

Šance na vysokou kvalitu života dle rodinného stavu se téměř nezměnily. Opět nižších šancí dosahují rozvedení a rozdělení oproti ovdovělým. Obdobně se minimálně pozměnily hodnoty pro osoby z pohledu pracovního statusu. I v tomto modelu mají pracující seniori nejvyšší šance na vysokou kvalitu života, o 33 % ($p=0,005$) vyšší než nepracující. U dotazovaných dle velikosti bydliště přidáním dobrovolnictví do modelu nedošlo k výraznějším změnám. Statisticky významně nižší šance na vysokou kvalitu života byly zjištěny pouze u respondentů velkoměst (OR=0,91, $p=0,037$) v porovnání s respondenty žijícími na venkově. Respondenti ostatních velikostních kategorií bydliště se v šancích na vysokou kvalitu života nelišili. U příjmů domácností nedošlo u hodnot šancí taktéž k razantní změně. S každou kategorií vyššího příjmu roste i úroveň šancí na vysokou kvalitu života. Jedinci s nižšími příjmy mají o 27 % vyšší šance, a naopak ti s nejvyššími příjmy o 89 % vyšší šance na vysokou kvalitu života.

Podle zdravotních charakteristik mají jedinci s lepším zdravím výrazně vyšší šance na vysokou kvalitu života. Ve srovnání s modelem bez zahrnutí proměnné dobrovolnických aktivit se celkově úroveň šancí mírně snížila, nicméně i zde platí, že šance se zvyšují s kategoriemi s lepším zdravím. Jedinci s velmi dobrým zdravím mají napříč všemi analyzovanými charakteristikami nejvyšší šance na vysokou kvalitu života, 9,85× vyšší než referenční kategorie, kterou jsou jedinci se špatným subjektivním zdravím. I osoby s deklarovaným dobrým zdravím mají velkou šanci na vysokou kvalitu života (OR = 4,97) a o něco menší šanci se zdravím průměrným (OR = 2,61). Z pohledu indexu mobility mají ti bez potíží s mobilitou 2,14× vyšší šanci na vysokou kvalitu života než imobilní. Bez omezení na instrumentálních aktivitách 2,77× vyšší než ti se dvěma a více omezeními.

Přidáním aktivity dobrovolnictví se mírně změnila úroveň šancí na vysokou kvalitu života napříč evropskými zeměmi. Nejnížší šance mají opět senioři v Řecku, Portugalsku, Česku a Itálii, což je totožné jako před zahrnutím dobrovolnictví do modelu. Změna nastala u jedinců se zemí s nejvyšší šancí na vysokou kvalitu života. K zemím s vůbec nejvyššími šancemi, kterými jsou Dánsko, Lucembursko a Švýcarsko, se přidali senioři z Rakouska, kde se přidáním dobrovolnictví do modelu šance na vysokou kvalitu života zvýšily. Vůbec nejdůležitější hodnotou šancí jsou ty pro osoby dle účasti na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti v modelu kontrolovaném pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky. Aktivní senioři v těchto činnostech mají o 36 % vyšší šanci na vysokou kvalitu života než ti, kteří se těmto aktivitám nevěnují. Oproti modelu pouze pro dobrovolnictví a kvalitu života bez zahrnutí kontrolních proměnných, kde šance na vysokou kvalitu života byly 2,76× vyšší pro aktivní než pro neaktivní (viz Tab. 4), jsou šance v kontrolovaném modelu výrazně nižší. Z toho lze usuzovat, že šance na vysokou kvalitu života jsou dány nejen aktivním dobrovolnictvím.

Tab. 7: Souvislosti participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky adjustovaných modelů binární logistické regrese, 2015

Volnočasové a společenské aktivity	Sig.	OR	CI 95 %	
Společenské aktivity	Dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,36	1,26 1,46
	Účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,27	1,19 1,35
	Účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy			
	Aktivní vs neaktivní	0,001	1,21	1,08 1,35
	Hraní karet nebo her jako například šachy			
Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,21	1,14 1,28	
Individuální aktivity	Účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu			
	Aktivní vs neaktivní	0,010	1,15	1,03 1,28
	Četba knih, časopisů nebo novin			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,52	1,41 1,64
	Luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,17	1,11 1,24
Aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám	Užívání internetu			
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,16	1,09 1,24
	Péče o vnoučata			
	Aktivní vs neaktivní	0,261	1,05	0,97 1,14
	Poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti			
Aktivní vs neaktivní	0,481	0,98	0,92 1,04	
Poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti				
Neaktivní vs aktivní	<0,001	1,56		

Pozn.: Sig. – statistická významnost Waldova testu, OR (odds ratio) – podíl šancí, CI 95 % - interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty OR ($p < 0,05$)

Kontrolováno pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky, 11 samostatných modelů

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Třetí typ modelu byl aplikován na všech 11 vybraných volnočasových a společenských aktivit (viz Tab. 7). Lze konstatovat, že u 8 z 11 aktivit mají aktivní senioři větší šance na vysokou kvalitu života než ti neaktivní s výjimkou péče o vnoučata, poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti a poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti. Pouze u aktivity pomoci s osobní péčí mají neaktivní jedinci vyšší šanci na vysokou kvalitu života, a to až o 56 %. U zbylých dvou aktivit se zaměřením na pomoc druhým osobám nevyšly s ohledem na kvalitu života rozdíly mezi aktivními a neaktivními statisticky významné. Ve srovnání s modelem 1 bez zahrnutí kontrolních proměnných (viz Tab. 4) celkově úroveň šancí na vysokou kvalitu života klesla. Tzn. velké rozdíly v podílu šancí mezi aktivními a neaktivními byly částečně vysvětleny kontrolními proměnnými.

Nejmenší signifikantní rozdíl v šancích u aktivních versus neaktivních mají senioři aktivní ve vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu ($OR = 1,15$, $p < 0,05$). Další aktivity jako užívání internetu ($OR = 1,16$) a luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku ($OR = 1,17$) zvyšovaly kvalitu života pouze nepatrně. Velmi zajímavé výsledky byly zjištěny u jedinců, kteří aktivně působí na internetu. V modelu 1 bez kontrolních proměnných jejich šance na vysokou kvalitu života byly nejvyšší – až $3,43\times$ vyšší než u neaktivních na internetu. Po přidání socioekonomických,

demografických a zdravotních proměnných šance výrazně klesly. Mezi aktivními jedinci, kteří mají šance na vysokou kvalitu života vyšší než neaktivní o 20 % až 30 % jsou ti, jež hrají karty nebo hry jako např. šachy (OR = 1,21), participují v politických organizacích nebo občanských iniciativách (OR = 1,21) a účastní se sportovních, společenských nebo jiných spolků či klubů (OR = 1,27). Největší změna oproti modelu bez kontrolních proměnných nastala právě u participace na spolcích nebo klubech, jelikož v prvním modelu šance aktivních byly až 2,85× vyšší než u neaktivních.

Účast na společenských a individuálních aktivitách se ukázala jako protektivní faktor pro vysokou kvalitu života. Naopak aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám nezvyšovaly kvalitu života, a v případě pomoci s osobní péčí osobám v rámci domácnosti navíc byla zjištěna nižší kvalita života u jejich poskytovatelů. Nejvyšší šance na vysokou kvalitu života mají senioři, kteří neposkytují pomoc s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti (OR = 1,56), věnují se četbě knih, časopisů nebo novin (OR = 1,52) a participují na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti (OR = 1,36). Ačkoliv aktivity jako četba a dobrovolnictví v neočištěném modelu patřily k těm, jejichž aktivní jedinci měli na vysokou kvalitu života nejvyšší šance, u osob neposkytujících péči ve vlastní domácnosti tomu tak nebylo, OR patřilo k nejnižším. U osob věnujících se četbě a dobrovolnictví došlo k propadu šancí zahrnutím kontrolních proměnných téměř o polovinu.

Čtvrtý typ modelů (Tab. 8) zobrazuje vztah dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a kvality života při zahrnutí kontrolních proměnných stejně jako model předchozí. Výjimku zde tvoří způsob vložení kontrolních proměnných do modelu. Zatímco všechny socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky vstupují do modelu stejně jako v předchozím modelu jako fixní efekt, proměnná země je jako jediná do modelu vložena jako efekt náhodný. Tento model zohledňuje skutečnost, že dopad participace na aktivitách na kvalitu života seniorů se může lišit dle země původu respondentů. Jednotlivá pozorování v rámci jednotlivých skupin nelze považovat za vzájemně nezávislá. Nejprve je opět na příkladu dobrovolnictví pomocí tabulek popsán postup modelování. Poté jsou v Tab. 12 shrnuty výsledky všech 11 samostatných modelů. V Tab. 8 jsou zobrazeny odhadované hodnoty fixních parametrů, zejména pak podíly šancí (OR) na vysokou kvalitu života. Jelikož i v třetím typu modelů tyto proměnné jsou vkládány jako fixní efekt, od hodnot z víceúrovňového modelování se téměř neliší. Stěžejní rozdíl proti modelu 3 tvoří proměnná země, která je zahrnuta s náhodným efektem (viz Tab. 9). Rozdíly v dopadech participace na aktivitách na kvalitu života seniorů napříč evropskými zeměmi vyšly jako statisticky signifikantní v intervalu spolehlivosti 95 %.

Tab. 8: Souvislosti participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky adjustovaného víceúrovňového modelu binární logistické regrese, 2015

Fixní efekt		Sig.	OR	CI 95 %	
Intercept		<0,001	0,02	0,01	0,03
Dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,36	1,26	1,46
Pohlaví	Muž		1		
	Žena	0,941	1,00	0,94	1,06
Věk	65–69	<0,001	1,22	1,12	1,33
	70–74	0,002	1,15	1,05	1,26
	75–79	0,185	1,06	0,97	1,17
	80+		1		
Vzdělání	Základní		1		
	Střední bez maturity	0,765	1,01	0,92	1,11
	Střední s maturitou	0,001	1,15	1,06	1,25
	Vysokoškolské	0,011	1,13	1,03	1,24
Rodinný stav	Ve svazku	0,748	0,99	0,91	1,07
	Rozvedení, rozdělení	0,004	0,84	0,75	0,94
	Svobodní	0,431	0,94	0,81	1,09
	Ovdovělí		1		
Pracovní stav	V důchodu	0,098	1,10	0,98	1,24
	Pracující	0,005	1,33	1,09	1,63
	Nepracující		1		
Velikost bydliště	Velkoměsto	0,032	0,91	0,83	0,99
	Předměstí nebo okraj velkoměsta	0,089	0,92	0,83	1,01
	Velké město	0,821	1,01	0,93	1,10
	Malé město	0,641	1,02	0,95	1,09
	Venkov		1		
Příjem domácnosti	Nejnižší		1		
	Nižší	<0,001	1,27	1,16	1,39
	Průměrné	<0,001	1,33	1,21	1,46
	Vyšší	<0,001	1,55	1,40	1,71
	Nejvyšší	<0,001	1,89	1,69	2,11
Subjektivní zdraví	Velmi dobré	<0,001	9,84	8,43	11,49
	Dobré	<0,001	4,97	4,30	5,74
	Průměrné	<0,001	2,61	2,26	3,01
	Špatné		1		
Index mobility	Bez omezení	<0,001	2,14	1,93	2,37
	Zhoršená mobilita	<0,001	1,27	1,13	1,41
	Imobilita		1		
Omezení IADL	Bez omezení	<0,001	2,77	2,22	3,46
	1 omezení	0,002	1,53	1,17	1,98
	2 a více omezení		1		

Pozn.: Sig. – statistická významnost Waldova testu, OR (odds ratio) – podíl šancí, CI 95 % - interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty OR ($p < 0,05$)

Kontrolováno pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Tab. 9: Vztah participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života seniorů v Evropě, odhad náhodného parametru víceúrovňového modelování, 2015

Náhodný efekt	Odhad	Sig.	CI 95 %	
Země	0,71	0,005	0,35	1,43

Pozn.: Odhad – odhad náhodného parametru, Sig. – statistická významnost Waldova testu, CI 95 % – interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty ($p < 0,05$)

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

To, z jaké evropské země senioři jsou, ze 17,70 % vysvětluje dopad účasti na volnočasových a společenských aktivitách na kvalitu života (viz Tab. 10). Podíl rozptylu vysvětleného variabilitou mezi zeměmi udává ICC – vnitřní koeficient korelace. Kvalitu modelu zachycují Akaikovo a Bayesovské informační kritérium. Oproti hodnotám informačních kritérií u zbylých modelů (viz Tab. 12) hodnoty u modelu s aktivitou dobrovolnictví nedosahují extrémů.

Tab. 10: Celkový efekt víceúrovňového modelu binární logistické regrese pro vztah participace na dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti a vysoké kvality života seniorů v Evropě, 2015

Celkový efekt modelu	
ICC	17,70 %
AIC	144675,1
BIC	144683,4

Pozn.: ICC – Vnitřní koeficient korelace, AIC – Akaikovo informační kritérium, BIC – Bayesovské informační kritérium

Kontrolováno pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky.

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Odhady fixních parametrů aktivit, které jsou pro tuto práci zvláště stěžejní, jsou zobrazeny v Tab. 11. Jednotlivé aktivity vstupovaly i do víceúrovňových modelů samostatně. Výsledné hodnoty fixních parametrů se v modelech s náhodným efektem země téměř nelišily v porovnání s výsledky v modelech pouze s fixními efekty.

Tab. 11: Souvislosti participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, výsledky adjustovaných modelů víceúrovňové binární logistické regrese, 2015

Volnočasové a společenské aktivity	Sig.	OR	CI 95 %		
Společenské aktivity	Dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost				
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,36	1,26	1,46
	Účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu				
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,27	1,19	1,35
	Účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy				
	Aktivní vs neaktivní	0,001	1,21	1,08	1,34
	Hraní karet nebo her jako například šachy				
Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,21	1,14	1,28	
Individuální aktivity	Účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu				
	Aktivní vs neaktivní	0,009	1,15	1,03	1,28
	Četba knih, časopisů nebo novin				
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,52	1,41	1,64
	Luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku				
	Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,17	1,11	1,25
	Užívání internetu				
Aktivní vs neaktivní	<0,001	1,16	1,09	1,24	
Aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám	Péče o vnoučata				
	Aktivní vs neaktivní	0,259	1,05	0,97	1,14
	Poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti				
	Aktivní vs neaktivní	0,499	0,98	0,92	1,04
	Poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti				
Neaktivní vs aktivní	<0,001	1,56	1,39	1,75	

Pozn.: Sig. – statistická významnost Waldova testu, OR (odds ratio) – podíl šancí, CI 95 % - interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty OR ($p < 0,05$)

Kontrolováno pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky, 11 samostatných modelů

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Víceúrovňové modelování bylo provedeno s použitím binární logistické regrese pro vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a kvality života seniorů v Evropě kontrolovaný pro socioekonomické, demografické a zdravotní charakteristiky, přičemž proměnná země je zavedena jako náhodný efekt. Stěžejní tabulka víceúrovňového modelování (Tab. 12) zobrazuje odhady náhodného parametru země a celkový efekt modelování. Celkem bylo provedeno 11 samostatných modelů, do každého z nich byla přidána jedna aktivita. U všech 11 provedených víceúrovňových modelů pro jednotlivé aktivity byly nalezeny rozdíly napříč zeměmi, které do modelů vstupovaly jako náhodný efekt (viz Tab. 12). Odhad hodnoty parametru byl nejvyšší u modelu se zahrnutím pomoci s osobní péčí členovi domácnosti – 0,79. Nejnižší hodnota odhadovaného parametru vyšla u modelu s aktivitou čtení (0,67). Zde bylo zároveň nejnižší procento rozptylu vysvětleno variabilitou mezi zeměmi – 16,84 %. Čím je menší hodnota Akaiikova a Bayesovského informačního kritéria, tím je model lepší. Vůbec nejmenší hodnoty informačních kritérií byly nalezeny v modelu pro aktivitu péče o vnoučata. Právě v tomto modelu byl druhý nejvyšší vnitřitřídni koeficient korelace (ICC). Zde bylo 18,51 % rozptylu vysvětleno variabilitou mezi zeměmi. Druhá nejnižší hodnota informačních kritérií vyšla u modelu se zahrnutím proměnné poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti. U modelu

s touto aktivitou bylo 19,30 % rozptylu vysvětleno rozdíly mezi zeměmi, což bylo zároveň nejvíce ze všech provedených modelů. Nejvyšší hodnoty informačních kritérií byly nalezeny u modelů s aktivitami pomoci osobám z jiné domácnosti a užívání internetu. Z toho důvodu je kvalita těchto modelů ve srovnání s ostatními spíše horší.

Tab. 12: Vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a vysoké kvality života seniorů v Evropě, odhady náhodných parametrů a celkových efektů víceúrovňového modelování, 2015

Modely	Země				ICC	AIC	BIC
	Sig.	Odhad	CI 95 %				
Dobrovolná neplacená nebo charitativní činnost	0,005	0,71	0,35	1,43	17,70 %	144675,1	144683,4
Účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu	0,005	0,70	0,35	1,41	17,51 %	144630,4	144638,7
Účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy	0,005	0,74	0,37	1,48	18,28 %	144636,2	144644,6
Hraní karet nebo her jako například šachy	0,005	0,71	0,35	1,44	17,81 %	144655,8	144664,1
Účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu	0,005	0,73	0,36	1,47	18,19 %	144618,4	144626,7
Četba knih, časopisů nebo novin	0,005	0,67	0,33	1,34	16,84 %	144888,6	144896,9
Luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku	0,005	0,71	0,35	1,43	17,77 %	144684,7	144693,0
Užívání internetu	0,005	0,71	0,35	1,42	17,68 %	151725,1	151733,4
Péče o vnoučata	0,006	0,75	0,37	1,52	18,51 %	83906,7	83914,5
Poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti	0,005	0,74	0,37	1,49	18,32 %	151739,5	151747,9
Poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti	0,005	0,79	0,39	1,59	19,30 %	115255,6	115263,7

Pozn.: Sig. – statistická významnost Waldova testu, Odhad – odhad parametru, CI 95 % - interval spolehlivosti 95 %, tučně vyznačeny jsou statistické významné hodnoty ($p < 0,05$), ICC – Vnitrotřídní koeficient korelace, AIC – Akaiikovo informační kritérium, BIC – Bayesovské informační kritérium 11 samostatných modelů

Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Ve srovnání dopadů společenských, individuálních aktivit a činností zaměřených na pomoc druhým osobám na kvalitu života nedošlo ke zcela jednoznačným výsledkům. Je možné konstatovat, že zapojení do společenských aktivit je spojeno s vyšší šancí na vysokou kvalitu života oproti nezapojení. Zatímco věnování se individuálním aktivitám je spojeno spíše s mírně vyšší šancí na vysokou kvalitu života oproti těm, kteří se aktivitám nevěnují. Výjimku tvoří aktivita čtení, u které jsou šance na vysokou kvalitu života vysoké. U činností zaměřených na pomoc druhým osobám mají vyšší šance na vysokou kvalitu života spíše neaktivní jedinci. V případě péče o vnoučata jsou šance téměř shodné (pouze o 5 % vyšší pro aktivní osoby,

nicméně hodnota není statisticky signifikantní). Zavedením proměnné země jako náhodný efekt bylo souhrnně u všech modelů zjištěno, že 17–19 % rozptylu je vysvětleno právě variabilitou mezi zeměmi. Lze konstatovat, že dopad aktivit na kvalitu života seniorů je ovlivněn zemí, ve které jedinci žijí. Nejvíce vysvětleného rozptylu variabilitou mezi zeměmi je u aktivity pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti, a naopak nejméně u četby knih, časopisů nebo novin. Čtení a neúčast na pomoci s osobní péčí jsou zároveň ty aktivity z pohledu, kterých mají seniori největší šanci na vysokou kvalitu života.

Kapitola 7

Diskuze hypotéz

Výsledky analýzy vztahu participace na volnočasových a společenských aktivitách a kvality života metodou binární logistické regrese a víceúrovňového modelování na datech šesté vlny studie SHARE a panelového datasetu easySHARE ukazují, že u společenských a individuálních aktivit mají účastníci vyšší šanci na vysokou kvalitu života než jedinci neaktivní. Výjimku zde tvoří aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám. Z pohledu péče o vnoučata nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi seniory aktivními vs neaktivními. Stejně tomu bylo u poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti. Výraznější rozdíly byly nalezeny u aktivity pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti. Neaktivní senioři měli signifikantně vyšší šance na vysokou kvalitu života. Z toho důvodu lze H1 o vyšší kvalitě života participujících osob na volnočasových a společenských aktivitách považovat za platnou.

Dle rešerše literatury dobrá adaptace na stáří, nalezení nového smyslu života (Haškovcová 2010) a produktivní využití svého potenciálu (WHO 2002) přispívají k vyšší kvalitě života. Výsledky analýzy provedené v této práci na vybraných společenských a individuálních aktivitách podporují stejné závěry jako již publikované analýzy jiných studií a podporují teorii aktivity a koncept aktivního stárnutí. Aktivity prováděné ve skupině, které jsou v této práci označeny jako společenské, byly v dřívějších výzkumech nejvíce spojené s pocitem pohody (Čepelka 2021). V této diplomové práci měli jedinci aktivní v těchto činnostech celkově spíše vyšší šance na vysokou kvalitu života ve srovnání s individuálními aktivitami.

Ačkoliv dle teoretických předpokladů poskytování neformální pomoci rodině, přátelům či sousedům tedy osobám z jiné domácnosti stejně jako péče o vnoučata mají pozitivní vztah s kvalitou života (Siegrist a Wahrendorf 2009; Conde-Sala et al. 2017), na datech studie SHARE rozdíly v šancích na vysokou kvalitu života nevyšly statisticky signifikantní, tudíž nelze tvrdit, že se šance seniorů dle účasti na této aktivitě liší. Zároveň se zde ukázalo, že senioři poskytující osobní péči osobě ze stejné domácnosti mají spíše nižší kvalitu života. Nepečující mají v této diplomové práci 1,56× vyšší šanci na vysokou kvalitu života než pečující. Lze konstatovat, že H2 o nižší kvalitě života osob pečujících v oblasti osobní péče o člena vlastní domácnosti, se potvrdila. Potvrzení této hypotézy se očekávalo, jelikož v již publikované studii (Siegrist a Wahrendorf 2009) na datech dřívějších vln SHARE bylo spojeno zanechání péče s nárůstem kvality života.

Třetí hypotéza vypovídá o odlišnostech v účasti na aktivitách dle územního vymezení. Na základě rešerše odborné literatury bylo možné očekávat, že zapojení seniorů do volnočasových a společenských aktivit se bude lišit napříč vybranými evropskými zeměmi. V případě vybraných 11 společenských, individuálních aktivit a činností zaměřených na péči o druhé osoby byly předpoklady stejné. Ve většině zemí Evropy zapojených do analýzy se významně liší hodnoty prevalence jednotlivých aktivit. Největší rozdíl prevalence mezi nejvyšší a nejnižší hodnotou dle zemí byl nalezen u užívání internetu, kde nejvyšší prevalence byla u seniorů v Dánsku (70,7 %), zatímco u těch z Řecka byla pouze 8,7 %. Je takto možné považovat H3 za potvrzenou.

Tato analýza vlivu volnočasové a společenské aktivity na kvalitu života seniorů v Evropě má rovněž i své limity. Jelikož jsou do analýzy zahrnuty pouze vybrané volnočasové a společenské aktivity seniorů, nelze konstatovat, že právě tyto vybrané činnosti jsou jediné, které mají pozitivní vliv na kvalitu života, tzn. že zvyšují šance na vysokou kvalitu života. Tudiž lidé, kteří se věnují jiným aktivitám nezahrnutým do této analýzy jsou v provedených regresních modelech ve skupině neaktivních, mohou mít vysokou kvalitu života. Např. sportovní nebo náboženské aktivity, které lze na základě rešerše literatury považovat za pozitivní prediktory kvality života, v práci přímo zahrnuty nebyly. Aktivní jedinci, kteří sportují v rámci sportovního klubu, mohli být zahrnuti do aktivity „Účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu“. Stejně tak nábožensky záněti jedinci mohli díky aktivitám svých církví či jiných náboženských uskupení být aktivní v dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti. Nicméně senioři, kteří sportují individuálně nebo se při svých náboženských aktivitách nevěnují dobrovolnictví a charitě, jako aktivní jedinci zařazeni nebyli. Tato skutečnost může zkreslovat výsledky, jelikož mezi neaktivními v rámci jednotlivých aktivit nejsou pouze osoby, které nežijí aktivním životem, jak by se očekávalo, ale i ti, kteří mají jiný program. Není v možnostech této diplomové práce pokrýt veškeré spektrum aktivit, jež by senioři mohli vykonávat, a proto je třeba při interpretaci brát na tuto skutečnost zřetel.

V druhé řadě je potřeba zmínit, že při analýze vlivu aktivit na kvalitu života není zohledněna frekvence, se kterou se senioři aktivitám věnují. Použitá data zahrnují pouze informace o účasti na aktivitách za posledních 12 měsíců, v případě užívání internetu se jedná o dobu 7 dní. Míra aktivity seniorů velmi pravděpodobně hraje roli z pohledu dopadů účasti na aktivitách na kvalitu života, nicméně pro cíle této diplomové práce je i jednorázová aktivita dostačující informací vypovídající o seniorovi. V této práci je považováno za důležité především to, že senior vůbec projevil vůli k aktivnímu životu zapojením do nějaké z aktivit alespoň jednou.

Z pohledu kvality života může mít vliv na zjištěné výsledky výběr škály CASP-12 jako indikátoru kvality života. Jak již bylo zmíněno dříve, škála nemusí být vhodná pro seniory starší 75 let, jelikož byla původně zkonstruována pro jedince ve věku 65–75 let. Dále výsledky ovlivňuje výběr bodu zlomu, do kterého je kvalita života považována za nízkou a od kterého za vysokou. Zároveň to, jaký dopad bude mít participace na aktivitách na kvalitu života seniorů v Evropě je ovlivněno i tím, jaká je celková úroveň kvality života seniorů v těchto zemích. Celkově jsou data o participaci na aktivitách a složkách kvality života zkoumaných v rámci CASP-12 založena na vlastní deklaraci respondentů. Při práci s daty je nutné důvěřovat

respondentům, že jejich výpovědi jsou pravdivé a nemají tendenci si své odpovědi vylepšovat. Zároveň je třeba počítat s tím, že výsledky mohou být značně nadhodnocené.

V neposlední řadě je důležité uvést, že metoda logistické regrese umožňuje zjistit pouze souvislost mezi proměnnými skrze podíly šancí. Zvolením této metody a rozdělením škály CASP-12 je připuštěna částečná ztráta informace, nicméně pro zjištění šancí na vysokou kvalitu života dle účasti na aktivitách je zvolená metoda nejvhodnější. Zároveň byla analýza provedena na průřezových datech, takže není možné při interpretaci hovořit o kauzálních souvislostech mezi kvalitou života a participací na aktivitách. To lze usuzovat pouze u kohortových studií.

Kapitola 8

Závěr

Tato diplomová práce se zabývala tématy účasti na volnočasových a společenských aktivitách u seniorů v Evropě a kvality života pohledem sociální epidemiologie. Z epidemiologického hlediska vycházela z třetího z Globálních cílů udržitelného rozvoje OSN ve znění „Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku.“ (OSN 2021). Studium participace seniorů na aktivitách, jednoho ze základních předpokladů aktivního stáří ovlivňující kvalitu života, bylo dosaženo zastoupení sociálního faktoru, který k oboru sociální epidemiologie neodmyslitelně patří.

Pro studium vztahu participace na aktivitách a kvality života byla vybrána data šesté vlny studie SHARE z roku 2015 a panelového datasetu easySHARE pro osoby starší 65 let ze 17 zemí Evropy. Za metodu byla zvolena binární logistická regrese. Nejprve bylo provedeno regresní modelování s fixními efekty, poté víceúrovňové modelování se smíšenými efekty, kde jako náhodný efekt vstupovala do modelu proměnná země. Na základě rešerše odborné literatury byly vytypovány různé druhy aktivit i kontrolních proměnných a byla stanovena hranice pro vysokou kvalitu života. Šance na dosažení vysoké kvality života byly zkoumány ve 34 regresních modelech u respondentů podle účasti na 11 vybraných aktivitách a dle kontrolních proměnných, kterými byly pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, pracovní stav, velikost bydliště, země, příjem domácnosti, subjektivní hodnocení zdraví, index mobility a omezení instrumentálních každodenních aktivit.

Vybrané aktivity byly pro účely práce rozděleny na společenské, individuální a se zaměřením na pomoc druhým osobám. Do první kategorie spadaly dobrovolné neplacené nebo charitativní činnosti, účast na sportovním, společenském či jiném spolku nebo klubu, účast na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy a hraní karet nebo her jako například šachy. Za individuální aktivitu byla považována účast na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu, četba knih, časopisů nebo novin, luštění křížovek, číselných hádanek nebo sudoku a užívání internetu. Mezi aktivity zaměřené na pomoc byla zařazena péče o vnoučata, poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti a poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti. U společenských aktivit se očekává, že jsou primárně vykonávány ve skupině osob, zatímco

u individuálních aktivit se v první řadě předpokládá aktivní zapojení jedince samotného. Aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám jsou vyčleněny zvlášť, jelikož svým charakterem oproti předchozím vyžadují vynaložení značného úsilí a určitou úroveň fyzické i psychické zdatnosti.

Cílem předkládané diplomové práce bylo zjistit jaké jsou dopady participace na volnočasových a společenských aktivitách na kvalitu života seniorů v Evropě, a zda se tyto dopady liší při zahrnutí socioekonomických, demografických a zdravotních kontrolních proměnných. V první kapitole práce byly rovněž stanoveny tři výzkumné hypotézy. Výsledky regresního modelování všechny tři předem stanovené hypotézy potvrdily. Deskriptivní analýza dat ukázala, že nejvíce se aktivitám věnují seniori v Dánsku a Švédsku, zatímco nejmenší aktivitu vykázali jedinci z Polska, Itálie a Španělska. Největší prevalence byla nalezena u respondentů u čtení knih, časopisů nebo novin ve Švédsku (92,6 %), na druhou stranu nejmenší účast byla zjištěna u seniorů z Chorvatska na vzdělávacím nebo tréninkovém kurzu (0,6 %). Propastné rozdíly v prevalenci aktivit seniorů potvrzují hypotézu o lišící se účasti na aktivitách dle územního vymezení. Nejvyšší kvalitu života deklarovali aktivní seniori z Dánska. Nejnižšího skóre CASP-12 naopak dosahovali řečtí seniori. Z pohledu aktivit byla nejvyšší kvalita života nalezena u aktivních seniorů na aktivitách nějaké politické organizace nebo občanské iniciativy (skóre 43 z maximálních 48). S průměrnou nejnižší hodnotou kvality života se pojí u řeckých seniorů poskytování pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti, neaktivita v otázce čtení a péče o vnoučata (skóre 29 z minimálních 12).

Při zahrnutí kontrolních proměnných zanikl statisticky významný rozdíl v šancích na vysokou kvalitu života mezi aktivními vs neaktivními u péče o vnoučata a poskytování pomoci osobám z jiné domácnosti. U aktivity týkající se pomoci osobám ze stejné domácnosti vyšly šance na vysokou kvalitu života vyšší pro seniory neaktivní. U všech 8 společenských a individuálních aktivit mimo činnosti zaměřené na pomoc měli aktivnější seniori šance na vysokou kvalitu vyšší než ti neaktivní. Tím se potvrdila hypotéza o vyšší kvalitě života participujících seniorů na společenských a individuálních aktivitách. Jelikož v této hypotéze aktivity zaměřené na pomoc druhým osobám nejsou zahrnuty, lze hypotézu prohlásit za platnou. Potvrzená je rovněž hypotéza o nižší kvalitě života osob pomáhajících v oblastech osobní péče osobám ze stejné domácnosti. Neaktivní jedinci v této činnosti mají šanci na vysokou kvalitu života 1,56× vyšší než aktivní. Zahrnutím proměnné země jako náhodného efektu, nedošlo z hlediska šancí na vysokou kvalitu života u aktivit a kontrolních proměnných k větším změnám. Ve všech 11 víceúrovňových modelech pro aktivity samostatně je vysvětleno 17–19 % rozptylu dopadů participace na aktivitách na kvalitu života variabilitou mezi zeměmi. Největší rozptyl vysvětlený variabilitou mezi zeměmi byl nalezen u pomoci s osobní péčí osobám ze stejné domácnosti.

Výsledky víceúrovňového modelování s použitím binární logistické regrese prokázaly, že u většiny vybraných aktivit existuje vztah s kvalitou života. Zároveň mají aktivní seniori ve většině případů vyšší šance na vysokou kvalitu života. Nalezeným pozitivním vztahem mezi kvalitou života a aktivním životem seniorů je podpořena teorie aktivity a koncept aktivního stáří. Aktivní život ve vyšším věku může vést k vyšší šanci na jeho vysokou kvalitu. Nicméně pro stanovení kauzálních souvislostí je pochopitelně potřeba mnohem hlubší a komplexnější analýzy.

Data stejně jako celá analýza mají rovněž své limity a omezení, jež jsou podrobně rozebrány v předchozí podkapitole. Zásadní vliv na analýzu a následné výsledky má výběr aktivit

a indikátoru kvality života CASP-12. Při výběru jiného indikátoru se mohou výsledky lišit. Dalším omezením jsou zvolená data, která pochází z longitudinální studie, nicméně pro analýzu je využita pouze jedna vlna této studie, tudíž je třeba přistupovat k datům jako k průřezovým. Pro zjištění kauzálních vztahů je třeba analyzovat data z pohledu kohort.

Jelikož byla v rámci analýzy vztahu participace na volnočasových a společenských aktivitách zjištěna variabilita mezi zeměmi, další zkoumání by bylo vhodné zaměřit na odhady parametrů právě v rámci jednotlivých evropských zemí. To by umožnilo mezinárodní srovnání dopadů účasti na aktivitách na kvalitu života. Pro další rozšíření práce by bylo přínosné studium dopadů participace na aktivitách na kvalitu života ve více vlnách studie SHARE z pohledu kohort. Tím by bylo možné analyzovat výsledky hlouběji a studovat výpovědi respondentů v širším kontextu. Závěrem je třeba zmínit, že ačkoliv v této diplomové práci nebyl vztah participace na volnočasových a společenských aktivitách a kvality života studován v kauzálních souvislostech, svůj nezpochybnitelný přínos tato práce má v podpoře seniorů k aktivnímu životu. Studium faktorů vedoucích ke zvýšení kvality života seniorů je v období demografického stárnutí velmi důležité. Zjištěné výsledky stejně jako závěry dalších již provedených studií přisuzují aktivním seniorům vyšší kvalitu života. Otevření diskuze na základě zjištěných skutečností o dostupnosti aktivit pro seniory, která je jedním z faktorů ovlivňujících participaci, by bylo pro společnost nesmírně přínosné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- A.G. RHODES, 2016. Older Adults and the Importance of Social Interaction. *A.G. Rhodes: One of Atlanta's oldest nonprofits and most trusted leaders in senior care* [online]. [vid. 2021-08-25]. Dostupné z: <https://www.agrhodes.org/blog/notable-newsworthy/older-adults-and-the-importance-of-social-interaction/>
- AGAHİ, Neda, Kozma AHACIC a Marti G. PARKER, 2006. Continuity of leisure participation from middle age to old age. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* [online]. **61**(6), S340-346. ISSN 1079-5014. Dostupné z: doi:10.1093/geronb/61.6.s340
- BALTES, Paul B., 2009. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In: Peter GRUSS, ed. *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál, s. 11–25.
- BALTES, PB a MM BALTES, 1990. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, s. 1–34.
- BASS, Scott A., Francis G. CARO a Yung-Ping CHEN, 1993. *Achieving a Productive Aging Society*. Westport: Praeger.
- BENDIKOVA, Elena a Pavol BARTIK, 2015. Selected determinants of seniors' lifestyle. *Journal of Human Sport & Exercise* [online]. **10**(3), 805–814. Dostupné z: doi:10.14198/jhse.2015.103.06
- BLAU, Peter Michael, 1996. *Exchange and power in social life*. New York: John Wiley & Sons.
- BORRAT-BESSON, Carmen, Valérie-Anne RYSER a Judite GONÇALVES, 2018. An evaluation of the CASP-12 scale used in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to measure Quality of Life among people aged 50+. *FORS* [online]. [vid. 2021-09-13]. Dostupné z: <https://forscenter.ch/working-papers/2015-00004/>
- CASP-19, 2015. Background. *CASP-19: Measuring quality of life in later life* [online]. [vid. 2021-09-13]. Dostupné z: <https://casp19.com/background/>
- CDC, 2018. HRQOL Concepts. *Centers for Disease Control and Prevention* [online] [vid. 2021-09-07]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
- CONDE-SALA, J. L., C. PORTELLANO-ORTIZ, L. CALVÓ-PERXAS a J. GARRE-OLMO, 2017. Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social

- welfare—analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Qual Life Res* [online]. (26), 1059–1070. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-016-1436-x
- ČDS, 2010. *Anglické a české termíny pro souhrnné ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva* [online]. 2010. B.m.: Česká demografická společnost. [vid. 2021-09-13]. Dostupné z: <https://www.czechdemography.cz/res/archive/002/000225.pdf?seek=1469211930>
- ČEPELKA, Oldřich, 2019. Výzkumné studie a indexy pro hodnocení kvality života seniorů a aktivního stárnutí. *Demografie*. **61**(2), 137–148.
- ČEPELKA, Oldřich, 2021. Aktivity seniorů ve třetím věku. In: *Stárnutí 2021: Sborník příspěvků 5. gerontologické mezioborové konference*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Hekrova 805, 149 00 Praha 4, s. 17–30. ISBN 978-80-906237-4-3.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. Praha: Grada.
- ČSÚ, 2020a. *Demografická ročenka České republiky - 2019* [online]. 2020. [vid. 2021-08-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2019>
- ČSÚ, 2020b. Věková struktura k 31. 12. 2020 Česká republika. *Český statistický úřad* [online] [vid. 2021-08-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/staticke/animgraf/cz/index.html?lang=cz>
- DRAGOMIRECKÁ, Eva, Jitka BARTOŇOVÁ, Martin EISEMANN, Mary KALFOSS, Reinhold KILIAN, Klaus MARTINY, Nicole VON STEINBÜCHEL a Silke SCHMIDT, 2008. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from cross-cultural perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy* [online]. (15), 193–204. Dostupné z: doi:10.1002/cpp.571
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Pavla ŠELEPOVÁ, 2004. Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In: *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 91–101. ISBN 80-86625-20-6.
- DUFFKOVÁ, Jana a Jiří LINHART, 2018. Kvalita života – Sociologická encyklopedie. *Sociologická encyklopedie - Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online] [vid. 2021-09-06]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Kvalita_%C5%BEivota
- DUMAZEDIER, Joffre a Vlasta RYBÁČKOVÁ, 1966. Volný čas. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*. **2**(3), 443–447. ISSN 0038-0288.
- DURKHEIM, Emile, 1951. *Suicide: a study in sociology*. New York: Free Press. ISBN 978-0-02-908660-5.
- EUROQOL, 2021. About EQ-5D. *EQ-5D* [online]. [vid. 2021-09-16]. Dostupné z: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>
- EUROSTAT, 2019. *Disability statistics - elderly needs for help or assistance - Statistics Explained* [online] [vid. 2020-11-07]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_elderly_needs_for_help_or_assistance
- EUROSTAT, 2020. *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU* [online]. 2020. B.m.: Publications Office of the European Union. [vid. 2021-08-18]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU

- EUROSTAT, 2021a. Mortality and life expectancy statistics. *Eurostat Statistics Explained* [online] [vid. 2021-08-23]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics
- EUROSTAT, 2021b. Population structure and ageing. *Eurostat Statistics Explained* [online] [vid. 2021-08-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- EVROPSKÁ KOMISE, 2021. *Zelená kniha o stárnutí: Podpora mezigenerační solidarity* [online]. 2021. B.m.: Evropská komise. [vid. 2021-08-31]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_fl_green_paper_cs.pdf
- GIDDENS, Anthony, 2013a. Sociální interakce a každodenní život. In: *Sociologie*. Cambridge: Argo, s. 233–262. ISBN 728-80-257-0807-1.
- GIDDENS, Anthony, 2013b. *Sociologie*. Cambridge: Argo. ISBN 728-80-257-0807-1.
- GRUSS, Peter, 2009. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. Praha: Portál.
- GULLONE, Eleonora a Robert CUMMINS, 2002. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. London: Kluwer Academic Publisher.
- HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, 2014. Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí? *Sociální studia*. 3, Katedra sociologie FSS MU, 13–29.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Druhé. Praha: Havlíček Brain Team.
- HENDRICKS, Jon a Laurie Russell HATCH, 2006. Lifestyle and Ageing. In: Robert H. BINSTOCK a Linda K. GEORGE, ed. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 6th ed. Burlington: Academic Press. ISBN 0-12-088388-0.
- HOMANS, George Caspar, 1961. *Social behaviour: its elementary forms*. 1st ed. London: Routledge & Kegan Paul.
- CHRASTINA, Jan, Kateřina IVANOVÁ, Olga KREJČÍŘOVÁ a Šárka VÉVODOVÁ, 2014. Výzkumy subjektivní kvality života SQUALA standardizovaným dotazníkem. *PROFESE on-line*. 7, 1–8.
- JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. 1. vydání. B.m.: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-9541-1.
- JOPP, DS, D WOZNIAK, AK DAMARIN, M DE FEO, S JUNG a S JESWANI, 2014. How could lay perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a U.S. and a German life-span sample. *Gerontologist* [online]. 55(1), 91–106. Dostupné z: doi:10.1093/geront/gnu059
- KAFKOVÁ PETROVÁ, Marcela, 2012. Dobrovolnictví seniorů jako součást aktivního stárnutí. *Sociológia*. 44(2), 212–232.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. 1. Praha: Státní zdravotní ústav.
- KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr SUCHARDA, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7038-3.

- KASALOVÁ, Hana, 2018. Gerontologie. *Sociologická encyklopedie* [online] [vid. 2021-07-21]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Gerontologie>
- KIM, S-H a S A PARK, 2016. Meta-analysis of the correlates of successful aging in older adults. *Research on Aging* [online]. **39**(5), 657–677. Dostupné z: doi:10.1177/0164027516656040
- KOWAL, Paul a J. Edward DOWD, 2001. *Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project* [online]. 2001. B.m.: Geneva: World Health Organization. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Paul_Kowal2/publication/264534627_Definition_of_an_older_person_Proposed_working_definition_of_an_older_person_in_Africa_for_the_MDS_Project/links/53e2f0ac0cf2b9d0d832c458/Definition-of-an-older-person-Proposed-working-definition-of-an-older-person-in-Africa-for-the-MDS-Project.pdf
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing.
- KUČERA, Zdeněk, 2004. Podpora zdraví a kvalita života. In: *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 108–120. ISBN 80-86625-20-6.
- KURTINOVÁ, Olga, 2019. Demografická revoluce. *Geografické rozhledy*. **29**(1), 30–33.
- LEE, Joo Hyun, Ji Hyun LEE a Soo Hyun PARK, 2014. Leisure Activity Participation as Predictor of Quality of Life in Korean Urban-dwelling Elderly. *Occupational Therapy International* [online]. **21**(3), 124–132. ISSN 1557-0703. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1002/oti.1371>
- LESTARI, Septi Kurnia, Xavier DE LUNA, Malin ERIKSSON, Gunnar MALMBERG a Nawi NG, 2021. A longitudinal study on social support, social participation, and older Europeans' Quality of life. *SSM - Population Health*. **13**.
- LIESSMANN, Konrád P., 2008. *Teorie nevzdělanosti: omyly společnosti vědění*. Praha: Academia.
- MARMOT, Michael a Richard G. WILKINSON, 2006. *Social Determinants of Health*. Second edition. New York: Oxford University Press.
- MEHRBRODT, Tabea, Stefan GRUBER a Melanie WAGNER, 2019. *SHARE: Scales and Multi-Item Indicators*. 2019.
- MOODY, Harry R., 2010. *Ageing: concepts and controversies*. 6th ed. Los Angeles: Pine Forge Press. ISBN 1-4129-6966-2.
- NICE, 2021. Glossary: Quality-adjusted life year. *National Institute for Health and Care Excellence* [online]. B.m.: NICE [vid. 2021-09-13]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/glossary?letter=q>
- NOSRATY, L, M JYLHÄ, T RAITTILA a K LUMME-SANDT, 2015. Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study. *Journal of Aging Studies* [online]. (32), 50–58. Dostupné z: doi:10.1016/j.jaging.2015.01.002
- OECD, 2009. Special focus: measuring leisure in OECD countries. *OECD Society at a Glance. Social indicators*. 19–49.

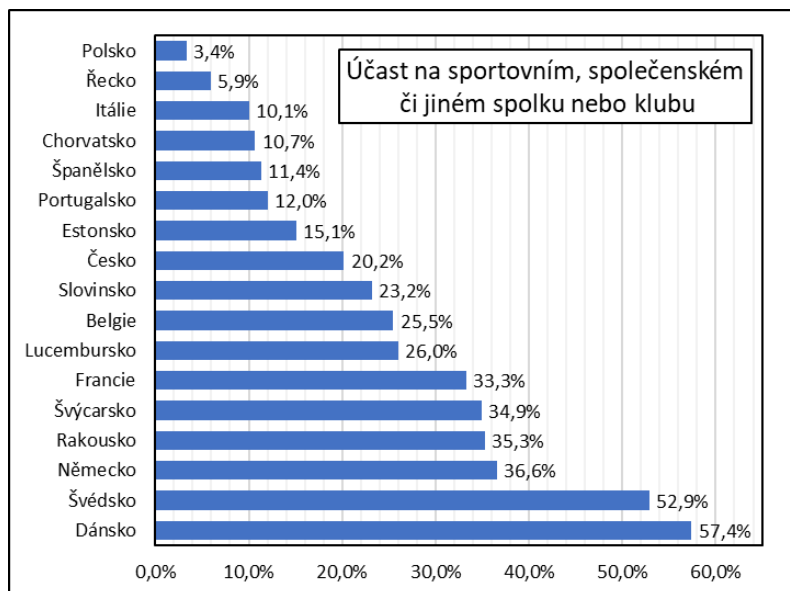
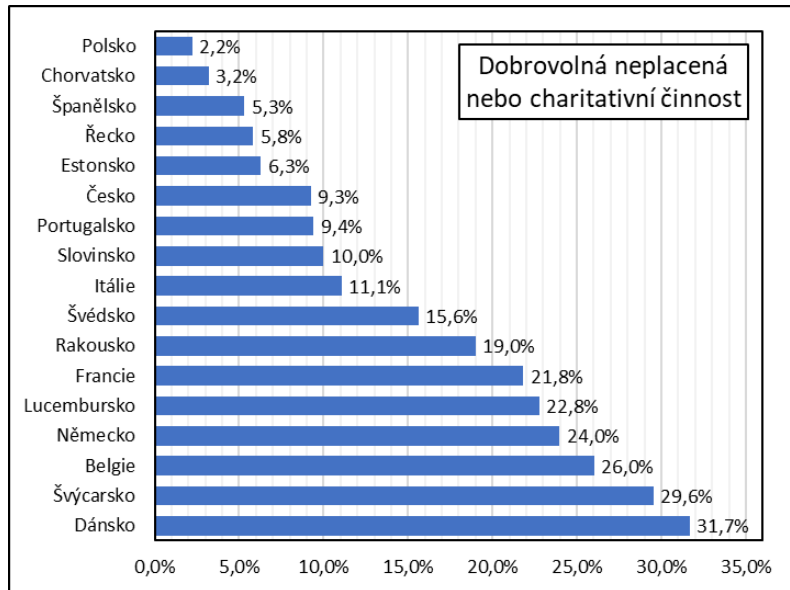
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- OSN, 2021. 3. Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku – OSN Česká republika. *United Nations* [online] [vid. 2021-07-19]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/sdg-3-zajistit-zdravy-zivot-a-zvysovat-jeho-kvalitu-pro-vsechny-v-jakemkoli-veku/>
- PALMORE, Erdman, 1983. Social Patterns in Normal Aging. *Ageing & Society* [online]. **3**(1), 131–134. ISSN 1469-1779, 0144-686X. Dostupné z: doi:10.1017/S0144686X00009910
- PARK, Steve a Sue BYERS-CONNON, 2012. Promoting Engagement in Leisure and Social Participation. *Physical Dysfunction Practice Skills for the Occupational Therapy Assistant* [online] [vid. 2020-12-03]. Dostupné z: <https://docplayer.net/10699827-Promoting-engagement-in-leisure-and-social-participation.html>
- PATSCHOVÁ, Nela, 2014. Dědečkové vs. babičky. Prarodičovství v kontextu aktivního stárnutí. *Sociální studia*. (3), 51–73. ISSN 1214-813X.
- PETRUSEK, Miloslav, 2020. Teorie sociální směny. *Sociologická encyklopedie - Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online] [vid. 2020-09-16]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Teorie_soci%C3%A1ln%C3%AD_sm%C4%9Bny
- PORTELLANO-ORTIZ, C., J. GARRE-OLMO, L. CALVÓ-PERXAS a J. L. CONDE-SALA, 2018. Depression and variables associated with quality of life in people over 65 in Spain and Europe. Data from SHARE 2013. *The European Journal of Psychiatry* [online]. **32**(3), 122–131. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.11.002>
- ROWE, John W. a Robert L. KAHN, 1997. Successful aging. *The Gerontologist*. **37**(4), 433–440.
- RUGGERI, Kai, Eduardo GARCIA-GARZON, Áine MAGUIRE, Sandra MATZ a Felicia A. HUPPERT, 2020. Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. **18**(1), 192. ISSN 1477-7525. Dostupné z: doi:10.1186/s12955-020-01423-y
- ŘEHÁKOVÁ, Blanka, 2000. Nebojte se logistické regrese. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*. **36**(4), 475–492.
- SHARE, 2021a. Dates & Facts about SHARE. *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* [online] [vid. 2021-10-11]. Dostupné z: <http://www.share-project.org/organisation/dates-facts.html>
- SHARE, 2021b. *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* [online] [vid. 2021-10-11]. Dostupné z: <http://www.share-project.org/home0.html>
- SHARE, Axel, 2017. *SHARE wave 6: module AC - Accommodation* [online]. 2017. [vid. 2021-10-30]. Dostupné z: https://www.share-datadocutool.org/control_construct_schemes/codebook/147/lang:19
- SIEGRIST, Johannes a Morten WAHRENDORF, 2009. Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: finding from SHARE. *Journal of European Social Policy*. **19**(4).
- SINGLETON, Jerome F., William F. FORBES a Namrita AGWANI, 1993. Stability of activity across the lifespan. *Activities, Adaptation & Aging* [online]. **18**(1), 19–27. ISSN 1544-4368. Dostupné z: doi:10.1300/J016v18n01_02

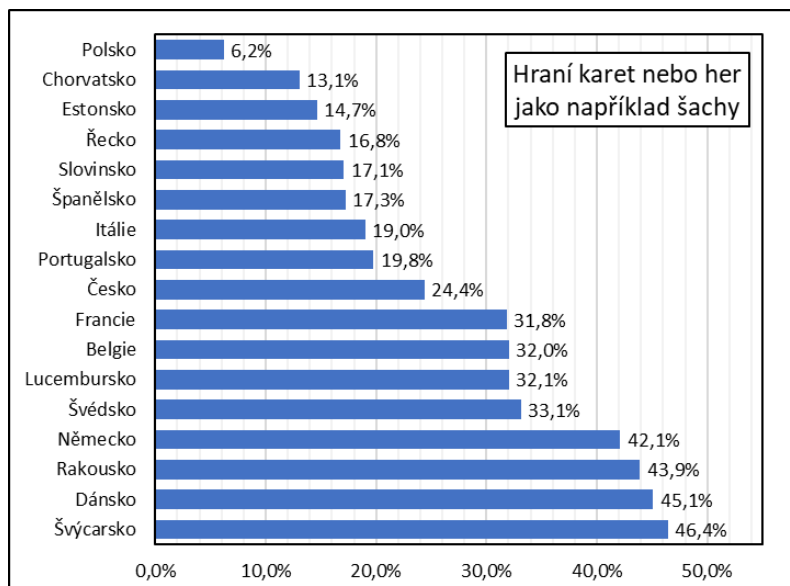
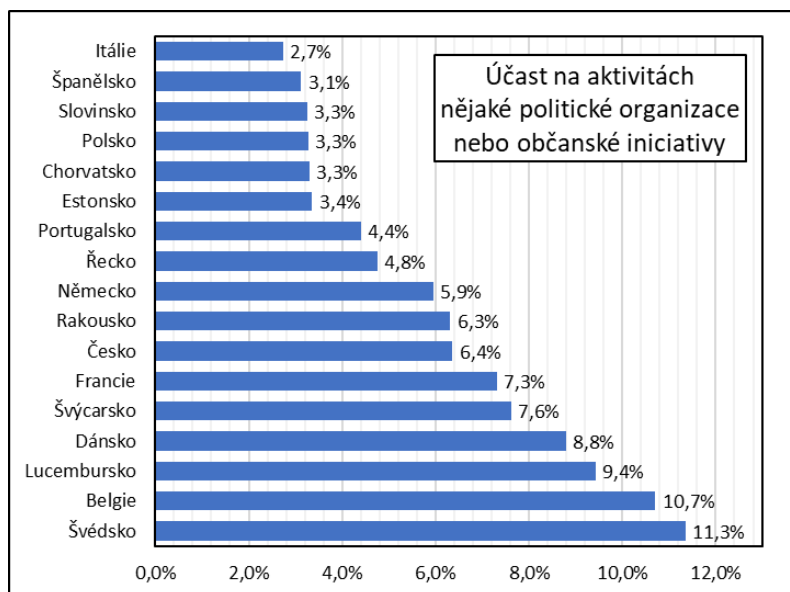
- SOÓSOVÁ, Mária Sováriová, 2016. Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 7(3), 484–493. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2016.07.0019
- STAUDINGER, Ursula M a Jürgen BAUMERT, 2009. Vzdělávání a učení po padesátce: plasticita a realita. In: Peter GRUSS, ed. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-605-6.
- STRMISKA, Zdeněk, 2020. Interakce sociální. *Sociologická encyklopedie - Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online] [vid. 2020-09-15]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Interakce_soci%C3%A1ln%C3%AD
- ŠIMEK, Jiří a Hana ZÁŠKODNÁ, 2019. Dobrovolnictví jako nástroj zlepšování zdraví seniorů. *Praktický lékař*. 99(6), 262–266.
- ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA, 2004. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 21–32. ISBN 80-86625-20-6.
- ŠVANCARA, Josef, 2004. Psychologické aspekty stárnutí. In: Zdeněk KALVACH, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr SUCHARDA *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- UNECE, 2019. *2018 Active Ageing Index Analytical Report* [online]. 2019. [vid. 2021-08-10]. Dostupné z: https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf
- URTAMO, Annele, Satu K. JYVÄKORPI a Timo E. STRANDBERG, 2019. Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed*. 90(2), 359–363.
- VIDOVIČOVÁ, Lucie a Marcela KAFKOVÁ PETROVÁ, 2012. Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života. *Sociologický časopis*. 48(5), 939–963.
- VOHRADÍLKOVÁ, Lenka a Ladislav RABUŠIC, 2004. *Čeští seniori včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno. ISBN 978-80-239-4218-7.
- VOZIKAKI, Maria, Manolis LINARDAKIS, Katerina MICHELI a Anastas PHILALITHIS, 2017. Activity Participation and Well-Being Among European Adults Aged 65 years and Older. *Soc Indic Res* [online]. (131), 769–795. Dostupné z: doi:10.1007/s11205-016-1256-y
- WALKER, Alan, 2002. A strategy for active aging. *International Social Security Review*. 55(1).
- WALKER, Alan, 2006. Active Ageing in Employment: Its Meaning and Potential. *Asia-Pacific Review*. 13(1), 78–93.
- WALKER, Alan a Asghar ZAIDI, 2016. New Evidence on Active Ageing in Europe. *Intereconomics* [online]. (3), 139–144. Dostupné z: doi:10.1007/s10272-016-0592-0
- WHO, 2002. *Active aging. A policy framework*. B.m.: WHO.
- WHO, 2006. *WHOQOL-OLD: Manual* [online]. 2006. B.m.: World Health Organization. [vid. 2021-09-05]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf

- WHO, 2012. *WHOQOL User Manual: Programme on Mental Health* [online]. 2012. B.m.: Division on mental health and prevention of substance abuse World health organization. [vid. 2021-09-02]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/110129/retrieve>
- WHO, 2017. Mental health of older adults. *World Health Organization* [online] [vid. 2020-09-18]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- WHO, 2020. Older people and COVID-19. *World Health Organization* [online] [vid. 2021-08-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19>
- WHO, 2021a. Constitution of the World Health Organization. *World Health Organization* [online] [vid. 2021-09-07]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WHO, 2021b. Indicator Metadata Registry Details: Disability-adjusted life years (DALYs). *World Health Organization* [online] [vid. 2021-09-13]. Dostupné z: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>
- WILHELMSON, Katarina, Christina ANDERSSON, Margda WAERN a Peter ALLEBECK, 2005. Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing & Society* [online]. (25), 585–600. Dostupné z: [doi:10.1017/S0144686X05003454](https://doi.org/10.1017/S0144686X05003454)
- ZEHNÁLEK, Marek, 2018. *Sociální deprivace a její dopad na úspěšné stárnutí v Evropě – analýza dat studie SHARE*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova.
- ZEMAN, Marek, 2008. The concept of SEIQoL as a tool for the assesment of the quality of life. *Kontakt* [online]. **10**, 140–149. Dostupné z: [doi:10.32725/kont.2008.020](https://doi.org/10.32725/kont.2008.020)

PŘÍLOHY

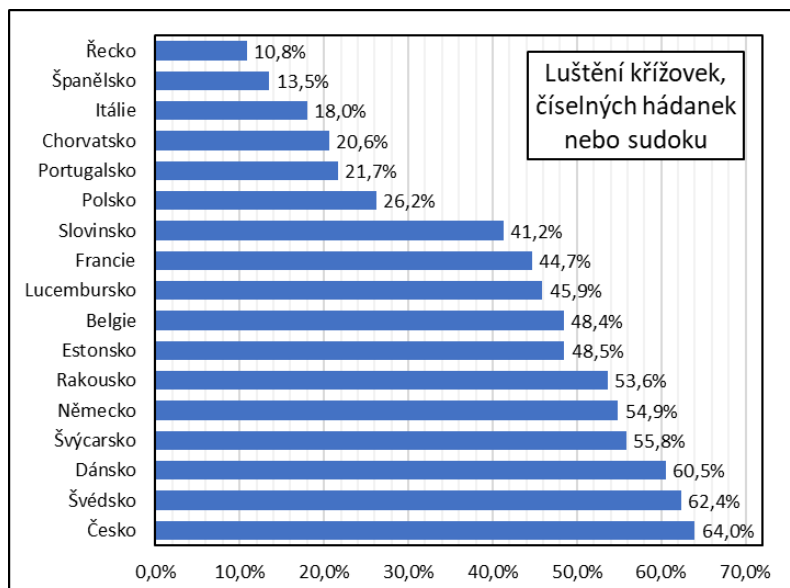
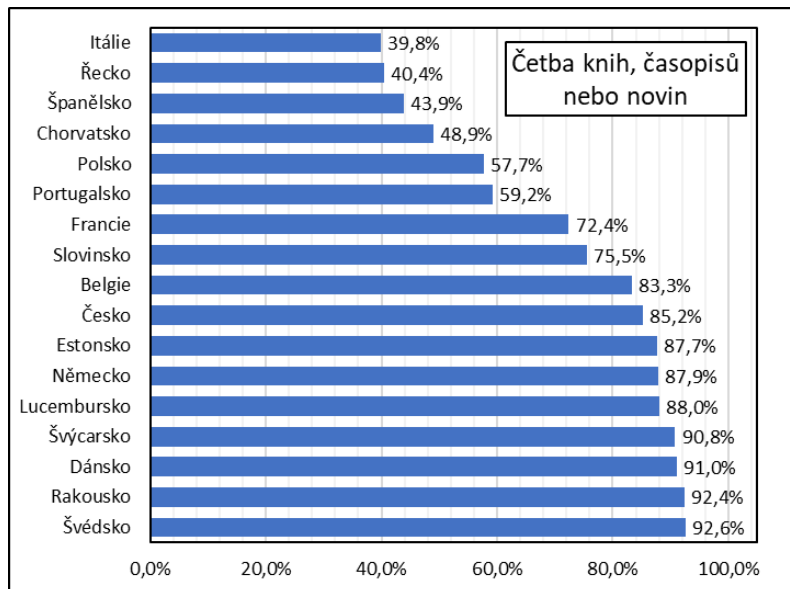
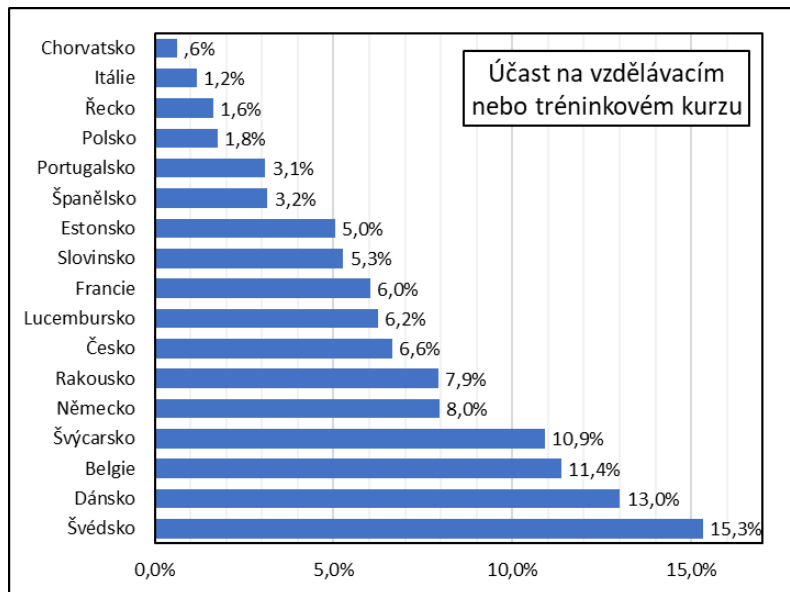
Příloha 1: Prevalence společenských aktivit, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015

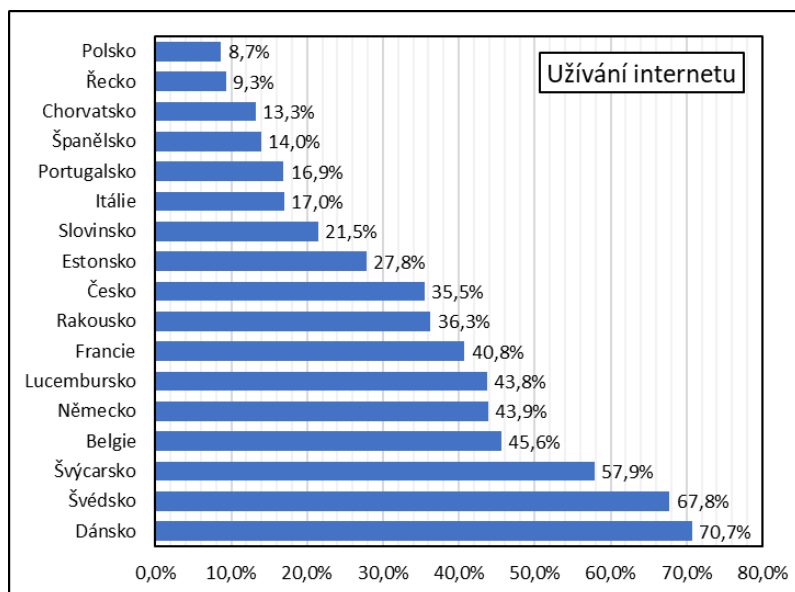




Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

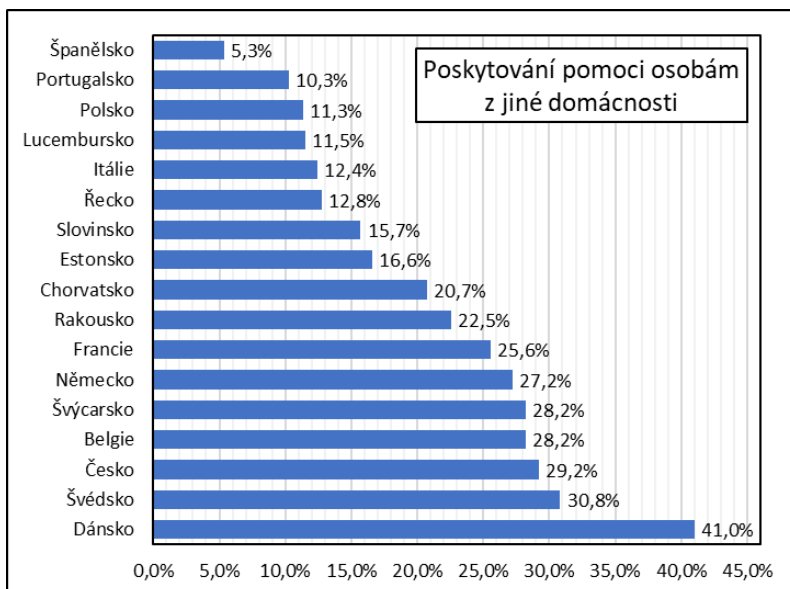
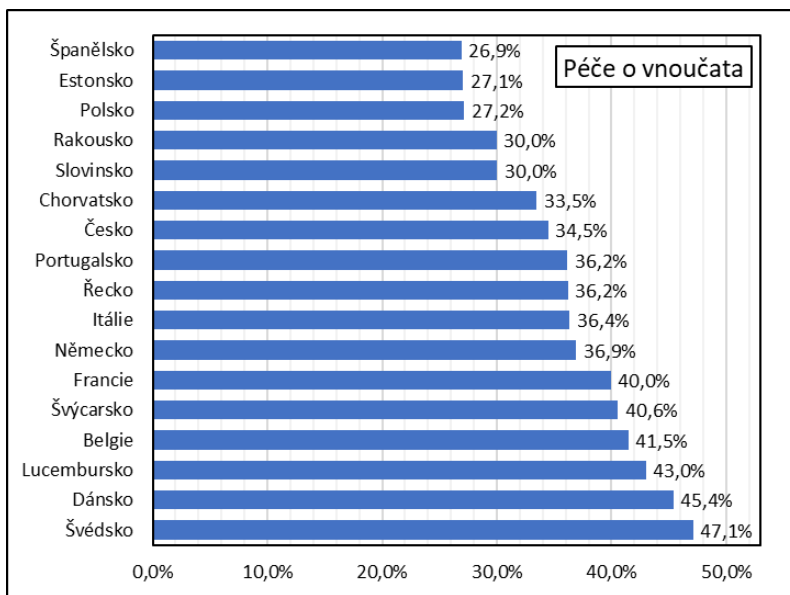
Příloha 2: Prevalence individuálních aktivit, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015

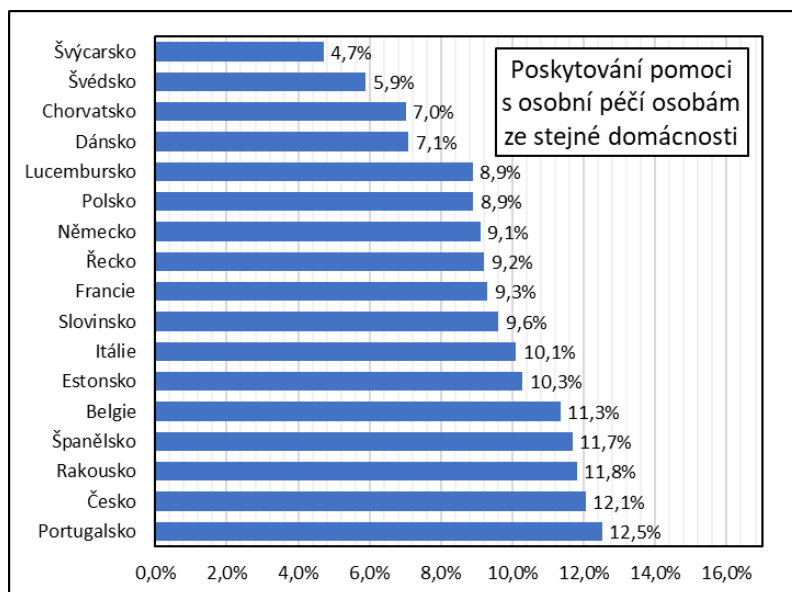




Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

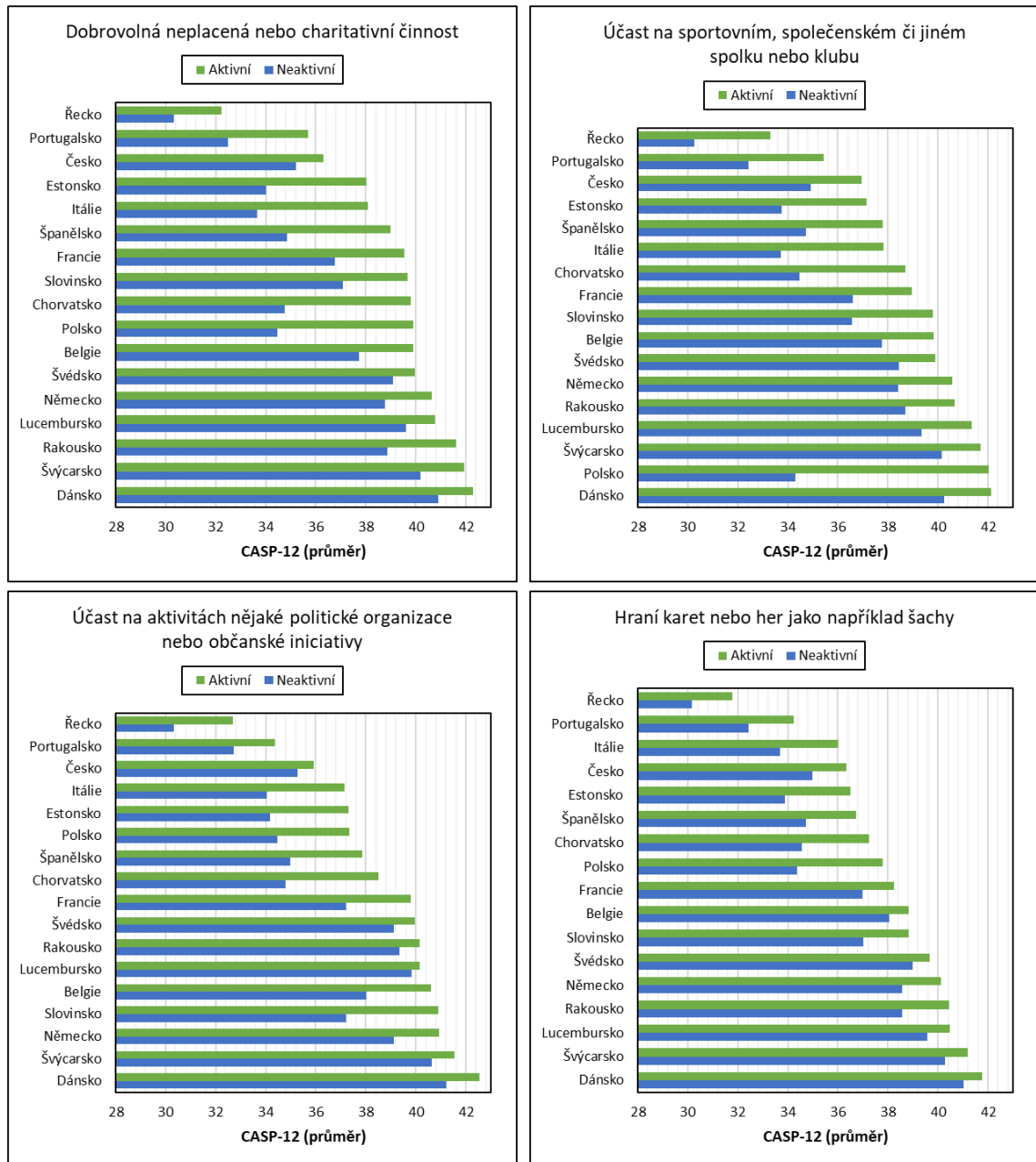
Příloha 3: Prevalence aktivit zaměřených na pomoc druhým osobám, vybrané země Evropy, věk 65+, obě pohlaví, 2015





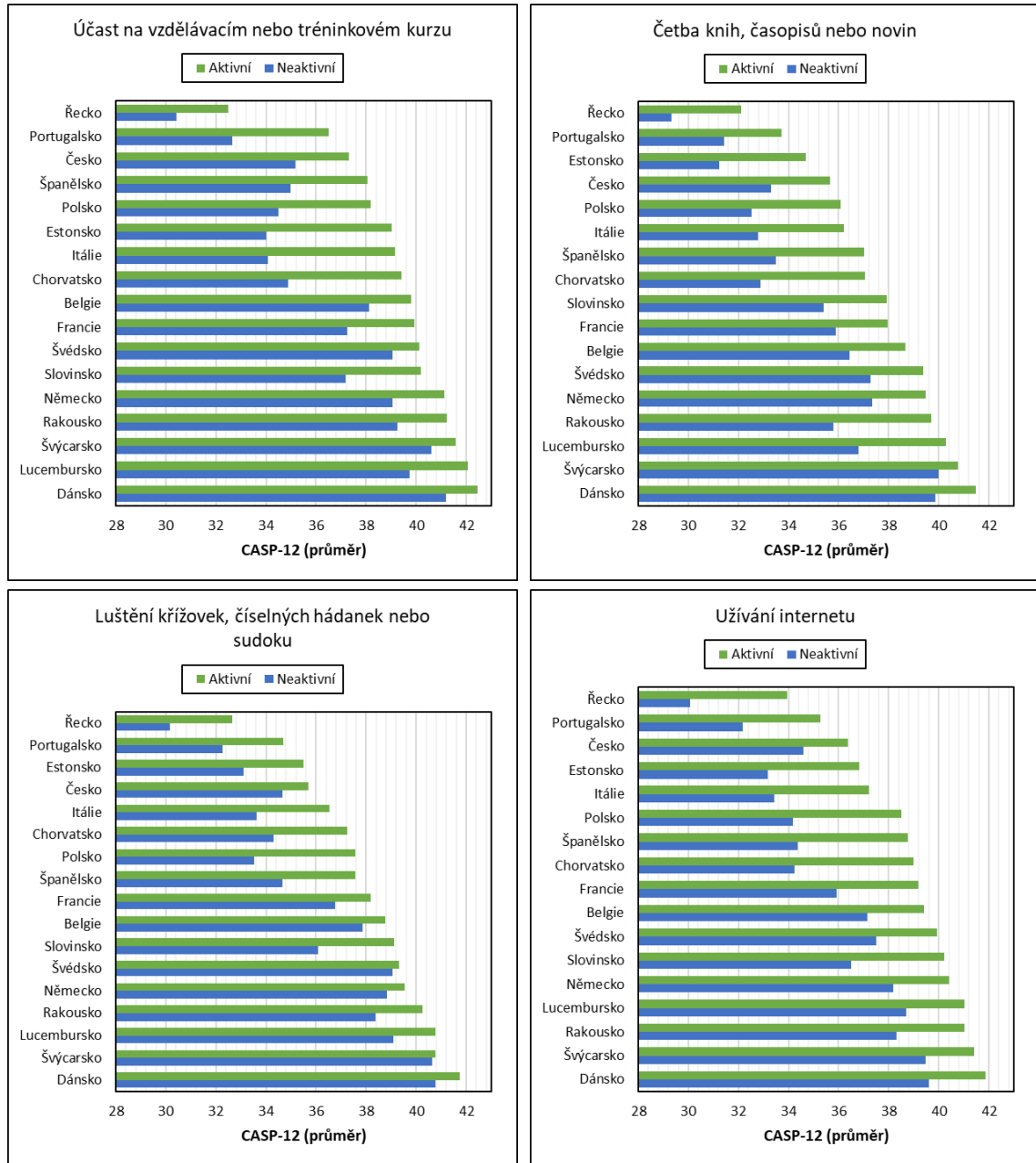
Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Příloha 4: Kvalita života seniorů ve vybraných evropských zemích studie SHARE dle participace na společenských aktivitách, věk 65+, obě pohlaví, 2015



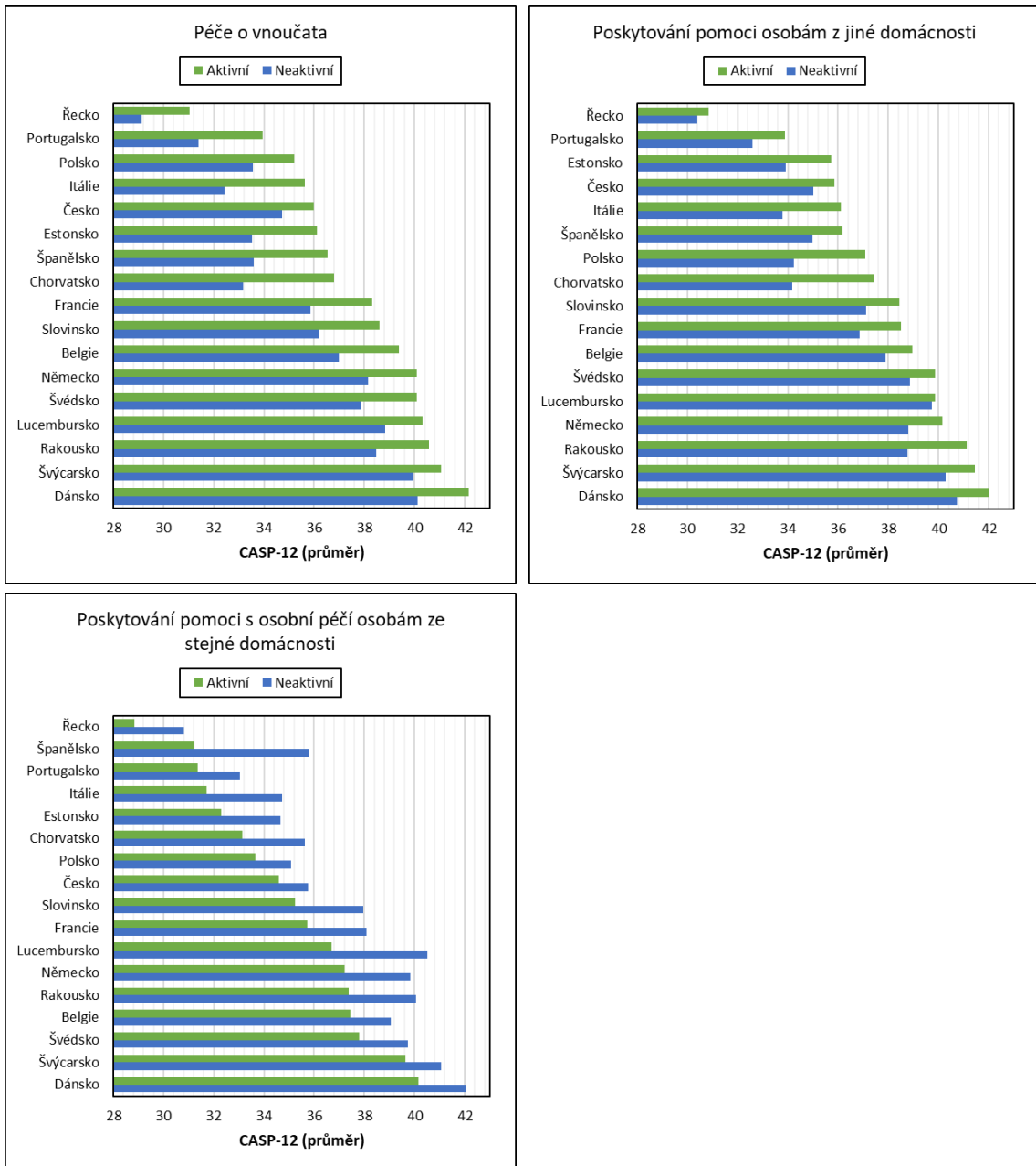
Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Příloha 5: Kvalita života seniorů ve vybraných evropských zemích studie SHARE dle participace na individuálních aktivitách, věk 65+, obě pohlaví, 2015



Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování

Příloha 6: Kvalita života seniorů ve vybraných evropských zemích studie SHARE dle participace na společenských aktivitách, věk 65+, obě pohlaví, 2015



Zdroj: SHARE 2021b, vlastní zpracování