

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Lenka Holasová

Život seniorů v různých typech sídel v kraji Vysočina

The life of seniors in different types of settlements in Vysočina Region

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Šťastná, Ph.D.

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí práce PhDr. Jaroslavě Šťastné, Ph.D., za cenné rady a poskytnutou pomoc. Dále bych chtěla poděkovat Ivaně Štěpničkové z odboru sociálních věcí magistrátu města Jihlava, Boženě Hrabětové, vedoucí Klubu seniorů v Jihlavě, a Evě Havlíčkové z organizace Hodiny H za velkou ochotu a vstřícnost při zprostředkování dotazníků. Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině za pevné nervy, povzbuzování a pomoc při psaní bakalářské práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 29. dubna 2015

.....

Lenka Holasová

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je porovnání vybraných aspektů života seniorů žijících v odlišných typech sídel kraje Vysočina.

Porovnáváno je krajské město Jihlava, bývalé okresní město Pelhřimov a Kamenice nad Lipou – obec s pověřeným obecním úřadem.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá pojmy vztahujícími se ke stáří, seniorům, smysluplnosti života, aktivnímu stárnutí a k demografii v České republice. Hlavním zdrojem byla odborná literatura, podklady k projektu Fram a další dokumenty z dané oblasti. Praktická část práce obsahuje vlastní výzkum, který je tvořen polostrukturovaným dotazníkem a vlastním pozorováním mezi seniory (ve vymezených věkových skupinách) ve sledovaných oblastech.

Pomocí toho šetření bylo zjišťováno, jaká je dostupnost sociálních a zdravotních služeb v jednotlivých zkoumaných sídlech, jaké aspekty života považují senioři za důležité a jak jsou naplňovány požadavky na uspokojivý život seniorů v daných lokalitách.

V souhrnu výsledků vyšlo najevo, že v Jihlavě je nedostatečná bezpečnost a nevyřešená otázka Romů, v Pelhřimově chybí dobrý stav chodníků, jakož i v Kamenici nad Lipou, kde chybí dostatečná nabídka sociálních i zdravotních služeb a kulturních programů.

Klíčová slova

senior, stáří, aktivní stárnutí, smysluplnost života, potřeby seniorů

Abstract (in English)

The aim of this bachelor thesis is to compare selected aspects of life of seniors living in different types of settlements in the Vysočina Region. The compared settlements are the county town of Jihlava, the former district town Pelhřimov, and Kamenice nad Lipou which is a municipality with an authorized municipal office.

The work consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with terms related to senior age, the elderly, meaningfulness of life, active ageing, and demographics of the Czech Republic. The main sources used were reference books, Fram planning documents and other documents from the areas of the research.

The practical part contains the actual research, which consists of a semi-structured questionnaire and a personal observation of specific age groups of seniors in the monitored areas.

The outcomes of the research describe availability of social and health services in the settlements, aspects of life which are important to seniors and ways the requirements for the quality of life of seniors in those locations are fulfilled.

To summarize, the results revealed that there is a lack of security and an unresolved issue of the Roma ethnic in Jihlava, in both, Pelhřimov and Kamenice nad Lipou, sidewalks are in a bad state of repair, and in Kamenice nad Lipou is also lack of social and health services and cultural events in the latter.

Keywords (in English)

senior, elderly, active ageing, meaningfulness of life, needs of seniors

Obsah

Úvod	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Stárnutí a stáří	8
1.1 Charakteristika stárnutí a stáří	8
1.2 Periodizace stáří	9
1.3 Teorie stárnutí	10
2 Životní změny ve stáří	12
2.1 Biologické změny	13
2.2 Psychické změny	13
2.3 Sociální změny	14
3 Stáří a stárnutí v dnešní době	15
3.1 Adaptace a příprava na stáří	15
3.2 Psychologické souvislosti seniorského věku	17
3.3 Potřeby seniorů v dnešní době	18
3.3.1 Fyziologické potřeby	19
3.3.2 Vyšší potřeby	20
3.3.3 Duchovní potřeby	20
3.4 Smysluplnost života ve stáří	21
3.5 Aktivní stárnutí	23
4 Demografie	25
4.1 Pojem demografie	25
4.2 Střední délka života	25
4.3 Demografie stárnutí	25
4.4 Demografický vývoj v České republice	25
4.5 Dopad demografického stárnutí populace	26
II. PRAKTICKÁ ČÁST	28
5 Výzkumné šetření	28
5.1 Cíle práce	28
5.2 Metodika šetření	28
5.3 Charakteristika zkoumaného souboru	29
5.4 Výsledky šetření	32
5.5 Shrnutí výsledků	53
Závěr	61
Použitá literatura	63
Příloha: Dotazník	65

Úvod

Stárnutí a stáří představuje v dnešní moderní společnosti významný fenomén. Stárnutí populace se stalo celosvětovým problémem. Proto je třeba ho přijmout a také mu přizpůsobit vývoj ve společnosti. V posledních dvaceti letech se toto téma přece jenom dostalo více do širšího veřejného povědomí a jak na mezinárodní, tak i na celonárodní úrovni vznikly různé programy, jak zajistit vysokou kvalitu života pro seniory. Vláda České republiky například vytvořila tzv. „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“, který se zabývá realizací politiky přípravy na stárnutí, zajištěním a ochranou lidských práv starších osob, celoživotního učení, zaměstnáváním starších pracovníků, dobrovolnictvím a mezigenerační spoluprací, kvalitním prostředím pro život seniorů, zdravým stárnutím a péčí o seniory s omezenou soběstačností.

Ve své bakalářské práci se budu zabývat porovnáním určitých aspektů života seniorů v různých typech sídel v kraji Vysočina. Sídla v této práci charakterizují jako krajské město, bývalé okresní město a obec.

Téma této práce jsem si vybrala proto, že se věnuji seniorům ve svém profesním i v soukromém životě (jako dobrovolník). Nejčastěji s nimi pracuji v denním centru aktivit, kde vedu trénink paměti, reminiscenční terapii a další terapeutické aktivity. Vzhledem k tomu velice dobře vím, jak je důležité pro seniory aktivně trávit čas a tím přispívat ke zvýšení či udržení dobré psychické i fyzické kondice.

Pro šetření v kraji Vysočina jsem se rozhodla kvůli své rodině, která zde žije, a v současné době se její členové začínají přibližovat seniorskému věku. Díky průzkumu ve své bakalářské práci bych chtěla zjistit, jak jsou sami senioři spokojeni v těchto sídlech, zda je v této zkoumané oblasti kraje Vysočina dostatek volnočasových aktivit a služeb pro seniory, či zda nějaké chybí. Zvláště mě zajímalo, zda se jim dostatečně věnují a jak přispívají na zvýšení jejich spokojenosti života ve stáří.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Stárnutí a stáří

1.1 Charakteristika stárnutí a stáří

Charakterizovat stárnutí je nesnadné. Existuje několik definic stárnutí, avšak žádná z nich není zcela výstižná.

Stárnutí je proces, kdy vznikají degenerativní změny jak ve tvaru buňky, tak v její funkci. Tyto změny nastupují v různou dobu během života jedince a postupují s individuální rychlostí. U některého člověka probíhají změny velmi rychle, u jiného zaznamenáváme pomalejší průběh. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována, současně je ovlivněna životním stylem, prostředím, v němž člověk žije, prací, kterou vykonává, stresem a dalšími faktory. Změny tkání a buněk související se stárnutím zpravidla začínají ve 30. roku života člověka. (Mlýnková, 2011 str. 13)

Jarošová (2006 str. 8) ve své publikaci uvádí názor Prchlíka, který definuje stáří jako plynulý a pozvolný, přirozený, zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka. Prchlík charakterizuje lidi jako různé, navzájem se lišící a s rozdílným průběhem stárnutí.

Stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince. (Mlýnková, 2011 str. 13)

Haškovcová (1990 str. 59) uvádí, že stáří je přirozené období lidského života, které vztahujeme k ostatním životním obdobím: k dětství, mládí a k době zralosti. Malíková (2010 str. 15) poté zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.

V souvislosti s věkem existují termíny kalendářní stáří (dané věkem člověka) a biologické stáří (podmíněné zdatností seniora, jeho vitalitou a zdravím). Kalendářní věk vůbec nemusí odpovídat věku biologickému. (Mlýnková, 2011 str. 14)

Biologické stáří poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje, nebo degenerace. Obecně je tento pojem používán k vyjádření celkového stavu lidského organismu, ale užívá se i specifitějších určení biologického věku jako např.:

1. Anatomický věk – pojem vyjadřující stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.
2. Karpální věk – stav zápěstních, tedy karpálních kůstek
3. Fyziologický věk – stav fyziologických procesů organismu, např. rychlost metabolismu (Stuart-Hamilton, 1999 str. 22)

Za nejdůležitější ukazatel toho, jak je kdo starý, je považován kalendářní věk, který je sice jednoznačně vymežitelný, ale nevypovídá nic o involučních změnách, pracovních schopnostech či změnách sociálních rolí v životě člověka. (Ondrušová, 2011 str. 16)

Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. (Stuart-Hamilton, 1999 str. 18)

Stáří je často spojováno s nemocí a slabostí – i když to nemusí být pravda. Starší lidé čelí řadě různých hrozeb, které mohou vyústit v problémy s duševním onemocněním, například kvůli izolaci, snížení funkční schopnosti, finanční nebo osobní nejistotě. Mezi nejčastější formy psychického onemocnění patří deprese a úzkostné poruchy, starší osoby jsou rovněž náchylné k psychiatrickým onemocněním, jako je například demence. Hlavními zdravotními riziky ve stáří z hlediska funkčního jsou projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc), osteoporóza (zvláště v souvislosti s pády a úrazy), osteoartróza, chronická obstrukční plicní nemoc, smyslová postižení (hypakusis, poruchy vize – zvláště makulární degenerace sítnice a katarakta), deprese, poruchy výživy (malnutrice) a dekondice (hypokinetický syndrom).

S rostoucím věkem přibývá fyzických i duševních omezení z důvodů fyziologie stárnutí, ale i vlivem společenských stereotypů, projevujících se v pasivitě samotných starých a stárnoucích lidí, kteří se bojí učení nových dovedností i zapojování do nových aktivit. To se odráží i na přístupu k péči o zdraví, jež se většinou omezuje na pasivní konzumaci (často zbytečně a nadbytečně) předepsaných a léků. Podpora zdraví a informovanosti o zdravé výživě mají prokázaný efekt v každém věku.

Zdravotní potenciál ve stáří je možné hodnotit nejen délkou života (aspekty mortality), ale především funkční zdatností (aspekty disability), zdravím podmíněné kvality života (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů). (FRAM, 2013)

1.2 Periodizace stáří

Světová zdravotnická organizace (WHO) akceptovala v šedesátých letech minulého století patnáctiletou periodizaci lidského života a dále klasifikuje vyšší věk na:

- 60–74 let – rané stáří (počínající stáří);
- 75–89 let – vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku);
- 90 a více let – období dlouhověkosti.

Z demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu seniorů vyplývá i současné orientační členění stáří:

- 65–74 – mladí senioři
- 75–84 – staří senioři
- 85 a více let – velmi staří senioři (Ondrušová, 2011 str. 17)

Dělení stáří jako vývojové etapy lidského jedince může být podle Hrozenkové (2013 str. 13) diferencováno na tři období – období počátečního stáří (od 60 do 65 let věku), pokročilého stáří (od 75 let věku) a vrcholného stáří (od 90 let věku), které můžeme nazývat také dlouhověkostí.

1.3 Teorie stárnutí

Vědci zabývající se stárnutím vypracovali několik teorií.

Weber (2000 stránky 13-15) uvádí, že teorie stárnutí je možné rozdělit do dvou hlavních skupin:

- Stochastické teorie – Jejich podstatou je předpoklad, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch buněčného řízení.
- Nestochastické teorie – Vycházejí z principu, že stárnutí je geneticky předurčeno.

Mlýnková (2011 stránky 13-14) uvádí dále tyto teorie:

Teorie o působení zevních vlivů – Ekologická teorie říká, že zevní vlivy pozitivně nebo negativně ovlivňují proces stárnutí. Patří sem působení chemických látek na lidský organismus, skladba potravy, působení mikroorganismů, životní styl a působení stresových a dalších psychosociálních faktorů.

Teorie volných radikálů – Volné radikály poškozují membrány buněk a další části buněk. Volné radikály jsou škodlivé sloučeniny, které vznikají v organismu. Jejich nadměrné množství poškozují organismus.

Genetická teorie – Délka života je předem geneticky naprogramována. Dožívají-li se rodiče vyššího věku, je pravděpodobné, že se dožijí vysokého věku i jejich děti.

Imunologická teorie – Při dělení buněk nastávají chyby, které organismus není schopen s narůstajícím věkem rozpoznávat a odstraňovat. Důsledkem je autoimunitní proces, kdy dochází k ničení vlastních buněk.

Malíková (2010 str. 17) ve své publikaci uvádí tyto další teorie:

Teorie omylů a katastrof – Ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů (bílkovin) při jejich transkripci a translaci.

Teorie překřížení – Ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání, např. tvorbou katarakty aj.

Teorie opotřebení – Vychází z předpokladu, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu, s posloupností od zániku buněk vedoucího k poškození tkáně, pak orgánu a nakonec organismu jako celku. Existuje souvislost s poškozením deoxyribonukleové kyseliny v průběhu života.

Pacemakerová teorie – Je nazývána také „teorií genetických hodin“. Podle této teorie jsou určité orgány nebo orgánové systémy (imunitní a neuroendokrinní systém, především hypotalamus) považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života. Autoři teorie poukazují na některé změny, k nimž v lidském organismu dochází již v období adolescence: involuce thymu (zmenšení brzlíku přirozenými změnami organismu, při stárnutí), pokles funkce B-, a hlavně T-lymfocytů aj.

Teorie o rychlosti života – V roce 1928 ji formuloval a představil Pearl. Podle ní závisí délka lidského života na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii. Tato teorie byla podepřena Sohalem, jehož měření fyzické aktivity populace potvrdila, že lidé vykazující větší pohyblivost žijí kratší dobu než méně aktivní jedinci. (Jarošová, 2006 str. 13)

Sociální teorie vztahující se ke stárnutí a stáří jsou ovlivňovány strukturou společnosti a sociální změnou. Postoj k seniorům je ovlivněn jejich počtem. Ve společnosti, v níž je vysoké procento seniorů, je vyšší riziko jejich devalvace a naopak – ve společnosti s jejich nízkým zastoupením se senioři těší vyššímu sociálnímu statutu. (Jarošová, 2006 str. 15)

Teorie aktivity – Vychází z názoru, že pokračování člověka ve vykonávání aktivit je významným základem a předpokladem k získání a udržování uspokojení, sebepojetí a zdraví ve stáří.

Teorie neangažovanosti podle Kalishe doporučuje cíleně v předchozím období, protože míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů.

Teorie kontinuity a diskontinuity – Její podstatou je názor, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynější situace se situací, jak žil ve středních letech svého života. Platí zde pravidlo: čím více změn, tím je diskontinuita větší.

Jarošová (2006 str. 15) uzavírá přehled teorií stárnutí shrnutím, že stárnutí je děj multifaktoriální, sestávající ze základu genetického a z procesů zevních a vnitřních vlivů. Dále připomíná, že všechny teorie jsou v praxi neprověřené a nezohledňují všechny ovlivňující faktory (determinanty). Každá teorie se zaměřuje pouze na dílčí oblast.

2 Životní změny ve stáří

Ve vyšším věku dochází v lidském organismu k mnoha změnám, které s sebou stáří přináší a kterým se nelze vyhnout. U lidí se však projevují značnými individuálními rozdíly. Také jejich nástup je časově různorodý v souvislosti s genetickými dispozicemi, životním stylem, zlozvyky apod. Všechny změny spolu vzájemně souvisejí a ovlivňují se. (Mlýnková, 2011 str. 20)

Faktory urychlující stárnutí:

- nadměrný příjem potravy;
- stres;
- vysoký krevní tlak;
- tabák a alkohol;
- obezita;
- osamocenost, malé společensko-pracovní zapojení;
- sedavý způsob života, malá fyzická aktivita.

Faktory zpomalující stárnutí:

- klidný spánek;
- častá fyzická aktivita;
- zdravá výživa;
- společenské a pracovní zapojení. (Knihovna zdraví, 2006 str. 10)

Venglářová (2007 str. 12) životní změny popisuje na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální (viz tabulka níže).

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtížnější osvojování	změna životního stylu
změny termoregulace	nového	stěhování
změny činnosti smyslů	nedůvěřivost	ztráty blízkých lidí
degenerativní změny kloubů	snížená sebedůvěra	osamělost
kardiopulmonální změny	sugestibilita	finanční obtíže
změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	emoční labilita	
změny vylučování moči	změny vnímání	
změny sexuální aktivity	zhoršení úsudku	

Nejčastěji se změny ve stáří dělí na biologické, psychické a sociální.

2.1 Biologické změny

Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejvíce nápadné jsou na kůži nebo pohybovém systému, které vidíme. Dále probíhají v:

- kardiovaskulárním systému;
- respiračním systému;
- trávicím systému;
- pohlavním a vylučovacím systému;
- nervovém systému;
- smyslovém vnímání, spánku. (Mlýnková, 2011 str. 21)

Klevetová (2008 str. 19) uvádí názor Zdeňka Kalvacha (2004), který hodnotí atrofii jako obecný rys stárnutí. Ta postihuje všechny orgány a tkáně. Nejvíce je ohrožen centrální řídicí orgán – mozek, specializovaná tkáň, která je nahrazována tkání pojivovou. Výzkumy prokázaly, že člověk využívá pouze 5 % mozkové kapacity. Cvičením pohybových vzorců a kognitivních funkcí můžeme dosáhnout toho, že vyřazená nefunkční neuronová spojení převezmou jiné mozkové okruhy. Toho lze využít především při cévních mozkových příhodách, neurologických postiženích a při některých druzích demence.

Jak uvádí Mlýnková (2011 stránky 14-15), se stárnutím úzce souvisí fyzická křehkost. Jde o stav, který může být spojen se zvýšeným sklonem k různým omezením. Jako příklad si můžeme uvést pád seniora. Může dojít ke fraktuře předloktí, z čehož se odvíjí zvýšená závislost na pomoci druhých osob a snížená soběstačnost a schopnost sebepéče. Mohou se objevovat jistá omezení, která senior dosud nepocíťoval.

Příčinou fyzické křehkosti může být:

- snížená svalová síla;
- snížená fyzická schopnost (snižuje se rychlost chůze);
- ztráta kostní hmoty a minerálů v kostech;
- snížená imunita;
- snížená fyzická výkonnost a vytrvalost;
- narušená pohyblivost a tělesná rovnováha.

2.2 Psychické změny

Stárnutí zahrnuje různé změny psychik, které se s rostoucím věkem mohou objevovat u každého člověka individuálně.

Dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, tedy vnímání, pozornosti, paměti, představ, myšlení. Nezměněna zůstává slovní zásoba, jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek,

intelekt. Některé psychické pochody naopak zaznamenávají zlepšení, např. vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku, rozvaha.

Na kvalitě psychiky se podílí osobnost člověka. Integrita osobnosti zůstává zachována, zpravidla se mění pouze její dílčí schopnosti. Mohou se měnit některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince. Také dochází ke změně hierarchie potřeb.

Velikou psychickou až traumatizující změnou je ztráta životního partnera. Po jeho smrti prožívá ten druhý zcela nevyhnutelně pocit nenahraditelné ztráty, prázdnoty, samoty a opuštění. Většina lidí se s touto ztrátou naučí žít, i když je to situace nesmírně bolestivá. Někteří lidé tuto emociálně náročnou situaci neunesou, což nejednou může urychlit jejich vlastní úmrtí. (Mlýnková, 2011 stránky 24-25)

2.3 Sociální změny

Sociální stárnutí velmi úzce souvisí s odchodem do starobního důchodu. Je to jedna ze zásadních změn v životě, která člověka může ovlivnit v negativním i pozitivním slova smyslu. Odchodem do starobního důchodu se mění sociální role seniora. (Jarošová, 2006 str. 29)

Končí role pracujícího člověka, který svou pracovní činností vytváří hodnoty pro obyvatelstvo a celý stát. Starší člověk získává novou roli důchodce, který naopak dostává od státu penzi a svou práci již našemu společenství nijak nepřispívá. Tím může dojít ke snížení společenské prestiže a autority.

Mění se i ekonomická situace seniorů. Nízká penze, poplatky u lékařů a v lékárnách mnohdy nedovolují udržet dosavadní životní standard, na který byli lidé ve středním věku zvyklí.

Někteří lidé se na penzionování těší. Plánují si různé aktivity, na něž dosud neměli čas. Chtějí se věnovat zahradě, přestavět část domu, věnovat se vnoučatům, cestovat. Jsou připraveni na nový život, který jim uspokojí mnohá očekávání. (Mlýnková, 2011 str. 25)

Senioři tak přestávají být „prarodiči ke hlídání vnuků“, realizují svůj vlastní životní program, k němuž přibírají vnoučata. Dochází k výrazné diferenciaci mezi lidmi s lepším zdravím, lepším funkčním stavem, obvykle s dlouhodobě zodpovědnějším přístupem k životu, větší aktivitou a směřování k cíli, obvykle také s vyšším příjmem a lidmi pasivními, apatickými, s rychle klesajícím potenciálem zdraví, s nezdravým způsobem života, obvykle v horší ekonomické situaci. (Čevela, a další, 2014 str. 36)

Mnozí lidé však nevědí, co dělat s volným časem, kterého je najednou příliš. Pokud nejsou schopni naplnit den smysluplnými činnostmi, může se objevit nuda, přemítání o smyslu života, pocit neuspokojených potřeb a další negativní emoce. (Mlýnková, 2011 stránky 25-26)

3 Stáří a stárnutí v dnešní době

3.1 Adaptace a příprava na stáří

Adaptace jedince na stáří závisí na mnoha faktorech, z nichž nejdůležitější je osobnost člověka, jeho aktivita během dosavadního života, zkušenosti a vlastní životní filozofie. (Mlýnková, 2011 str. 17)

Malíková (2010 str. 18) dále uvádí, že adaptace je ovlivněna také výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém jedinec žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi.

Podle Venglářové (2007 str. 15) se člověk „učí způsobům chování v určité době a na určitém místě“. Od okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, začíná problém jeho psychologické adaptace na stáří. Jeho postoj může mít konstruktivní přístup, někteří si vytvoří závislost na okolí, ale může se stát i to, že vůči všemu a všem zaujme postoj nepřátelský.

Způsoby, jak se vyrovnat s vlastním stářím:

- Konstruktivní způsob – jde o pozitivní postoj k životu. Senioři jsou přizpůsobiví, realizují své zájmy, zajímají se o dění kolem sebe, jsou činní. Jsou smířeni se svým stárnutím a s potenciálním omezením svých možností a schopností. Vyhledávají aktivní formy trávení času a udržují si duševní i tělesnou svěžest.
- Obranný postoj – tuto reakci lze spatřit u osob, které byly velmi aktivní. Jde o lidi např. dříve pracující na vedoucích pozicích, kteří realizovali své pracovní ambice a budovali si kariéru. Nemohou se smířit se stárnutím, úbytkem sil, mohou mít strach ze závislosti na druhých osobách. V nemoci nebo při postižení odmítají pomoc, nejsou schopni o ni požádat a přijmout ji, tají sníženou schopnost sebepečce.
- Závislost – sklon k závislosti mají lidé, kteří bývali po celý život spíše pasivní, spoléhali se na druhé, nechali se vést druhými lidmi. I ve stáří očekávají, že je někdo povede, vyhová jejich žádostem, vykoná činnosti za ně. Okolí se může zdát, že své potíže často zveličují.
- Nepřátelský postoj – neshody tvoří součást dosavadního života těchto seniorů. Mají sklon ke svalování viny na druhé, bývají agresivní, zlostní, mrzutí, nespokojení. K ostatním lidem se mohou chovat nepřátelsky. Není výjimkou, že tito senioři žijí osaměle, protože se jim okolí včetně vlastní rodiny raději vyhýbá.
- Sebenávist – někteří senioři mohou být lítostiví, pesimističtí, jejich život se jim zdá nedostatečně naplněn. Mají pocit, že jej promarnili. Cítí se osamělí, ale sociální kontakty nevyhledávají. U této skupiny nejvíce hrozí, že si mohou ublížit. V tomto

případě je vhodná intervence (zásah, pomoc) lékaře – psychiatra. (Mlýnková, 2011 str. 17)

Jednotlivé způsoby zvládání změn se mohou kombinovat a reakce na stárnutí je vždy individuální.

Prizpůsobení se stáří ovšem není záležitost pouhých několika let před dosažením důchodového věku. Příprava na stáří je celoživotní záležitostí. Můžeme rozlišit tři formy přípravy na stáří:

- Dlouhodobá příprava – začíná v dětství, kdy učíme děti úctě ke stáří a správným formám chování k seniorům. Praktické informace o tom, jak se chovat ke starým lidem, poskytují rodiče dětem tím, jak se chovají k vlastním rodičům, jak o nich hovoří, jak se tváří, jak s nimi komunikují. Příkladem je také schopnost řešení péče o seniora v rodině, celkový postoj k situaci.
- Středně dlouhá příprava – člověk ve středním věku má začít s cílenou přípravou na stáří. Může se týkat životosprávy, cvičení, kontaktů s přáteli. Nezbytným krokem je sociální příprava zahrnující finanční zajištění svého stáří z vlastních zdrojů, neboť výška penze nemusí být u všech osob dostatečná. Dospělí lidé se celkově zamýšlí nad tím, jak bude jejich stáří vypadat. Uvažují o tom, kde budou žít, s kým, kdo se o ně bude moci postarat, až nebudou mít dostatek vlastních sil.
- Krátkodobá příprava – týká se období zhruba tří let před odchodem do důchodu. Má být ryze praktická a týká se např. úpravy bytu, výměny opotřebovaných elektrospotřebičů, koupě nové mikrovlnné trouby, pračky apod. Některé elektrospotřebiče jsou poměrně finančně náročné a kupovat je v době, kdy je senior již v penzi, nemusí být jednoduché. Součástí krátkodobé přípravy je i plán, jak vyplnit svůj volný čas. (Mlýnková, 2011 stránky 17-18)

Hrozenková (2013 stránky 39-40) ve své publikaci odkazuje na 5 „Pé“ optimální adaptace, která obsahuje důležité předpoklady pro duševní životosprávu ve vyšším věku:

- Perspektiva – časová a věková – jako způsob chápání smyslu života a pohled do budoucnosti úzce související s hierarchií hodnot vyznávaných jedincem.
- Pružnost – udržování pružnosti v myšlení a chování má velký vliv na dobrou adaptaci i ve vyšším věku a otevírá možnosti řešení nových úkolů.
- Prozíravost – schopnost vidět dál než jen v rozsahu dané konkrétní situace, rozvíjející se zkušenostmi a poučením se z vlastních chyb a omylů.

- Porozumění (pochopení) pro druhé – schopnost empatie v konání a myšlení jiných lidí.
- Potěšení – srdce i mysl, citová saturace.

3.2 Psychologické souvislosti seniorského věku

Z hlediska psychologického podle Kurice (1992 str. 101) začínáme o stáří mluvit zpravidla tehdy, když úbytek fyzických a psychických sil znemožňuje jednotlivci podávat plné výkony v procesech tělesné a duševní práce.

Hrozenská a Dvořáčková (2013 str. 36) uvádí, že je možné pozorovat nežádoucí psychologické důsledky deficitu ve smyslovém vnímání. Úbytek citlivosti na zvuky s vyšším kmitočtem ztěžuje porozumění řeči. Chronický úbytek zraku a sluchu může vyvolat emoční problémy – deprese, úzkost, výbušnost.

Haškovcová (2010 str. 146) dále uvádí, že z psychologického hlediska jsou intenzivně studovány poruchy paměti, které laická společnost považuje za typické projevy stáří. To však není přesné konstatování. Paměť má různé kvality: rozlišujeme paměť krátkodobou, dlouhodobou, profesní, specifickou. Je nesporné, že ve stáří dochází k pravidelnému snížení vštipivosti a výbavnosti, což jsou podstatné složky paměti, ale netvoří paměť celou.

Dále Haškovcová upozorňuje na názor psychologa J. Švancara, který uvádí, že senioři potřebují ve srovnání s mladými lidmi zhruba čtyřnásobnou dobu k naučení úkolu, během učení udělají zhruba čtyřnásobný počet chyb a k úplnému naučení potřebují dvaapůlkrát více opakování.

Cattel a Horn identifikovali krystalickou a fluidní inteligenci, v běžné terminologii řečeno „moudrost“ a „důvtip“. (Stuart-Hamilton, 1999 str. 49)

Krystalická inteligence udává množství vědomostí, které člověk získal v průběhu života, lze ji měřit jednoduchými, přímými otázkami, jež vymezují hranice báze znalostí jedince. Fluidní inteligence znamená schopnost řešit problémy, pro které neexistuje řešení, k němuž by bylo možné dojít na základě formálního vzdělání nebo zkušeností daných kulturou. Je to schopnost subjektu řešit nové problémy. Fluidní inteligence věkem slábne, zatímco krystalická zůstává téměř nedotknutá. Je důležité ale upozornit, že úbytek fluidní inteligence není v jedné věkové skupině všeobecný, někteří jedinci mohou změnám podmíněným věkem poměrně dobře odolávat. (Hrozenská, a další, 2013 stránky 37-38)

Haškovcová (2010 stránky 147-148) uvádí, že méně známým faktem je ve stáří vyšší zájem o historii a všeobecné dění. Senioři dobře hierarchizují, což znamená, že rozlišují podstatné od nepodstatného. Současně vzrůstá smysl pro detail.

Lidé už od padesáti let věku vykazují stereotypii úsudku, myslí a jednají ve známých a osvědčených schématech. Tento fakt lze interpretovat dvojím způsobem: jako chvályhodnou zkušenost reprezentovanou určitou rozvahou, nebo jako způsob, ve kterém jsou zřetelná rizika nadbytečné kategorizace s tendencí k dogmatismu.

3.3 Potřeby seniorů v dnešní době

Potřeba je projevem něčeho nebo projevem toho, že něco v organismu chybí, něčeho se našemu tělu nedostává. (Mlýnková, 2011 str. 47)

Potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž žije. (Ondrušová, 2011 str. 43)

U osob nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci. Mění se hodnotová orientace potřeb. V popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. (Mlýnková, 2011 str. 48)

Všichni mají potřebu být a zůstat platní, prospěšní, užiteční a být za to i uznáváni. (Ondrušová, 2011 str. 41)

Struktura vývojových potřeb je rozdělena do šesti oblastí (Vágnerová, 2000 str. 413):

- Potřeba stimulace správnými podněty;
- Potřeba smysluplného světa;
- Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými;
- Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti;
- Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými;
- Potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva.

Klavetová (2008 stránky 71-73) ve své publikaci uvádí další model potřeb, a to Model vývojových životních potřeb podle Alberta Pessa a Dany Boydenové:

- Potřeba místa;
- Potřeba bezpečí a ochrany;
- Potřeba podpory;
- Potřeba výživy a péče;
- Potřeba hranic a limitů.

Tento model potřeb se užívá u PBSP – tzn. Pessa-Boyden systém psycho-motor. Jedná se o psychoterapeutický přístup, který je založen na předpokladu, že každý jedinec je po narození vybaven určitým očekáváním toho, co potřebuje bytostně najít ve svém životě, a má energii, která ho nutí nasycovat své základní potřeby. Znalost tohoto modelu považujeme za

přínos pro lepší pochopení způsobu chování seniorů a hledání cest k přijetí jejich omezených možností. Pomůže nám také hledat chybějící potřeby a nacházet způsoby jejich dosycení. (Klevetová, a další, 2008 stránky 71-73)

Nejčastěji se však používá hierarchie podle „Maslowovy pyramidy potřeb“.

Ondrušová (2011 stránky 42-43) uvádí, že Maslow seřadil lidské potřeby hierarchicky podle důležitosti od těch nejnaléhavějších – biologických přes potřeby psychosociální až po zdánlivě nejméně naléhavé potřeby růstu a rozvoje (seberealizace).



Maslowova pyramida potřeb

Obecně v této teorii platí, že alespoň částečné uspokojení níže položených – základních potřeb je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně, a jak dokládají někteří autoři (V. E. Frankl, M. Svatošová), naplňování vyšších potřeb (duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb značně omezena. K takovým patří například období strádání, těžkého utrpení či nevléčitelné nemoci.

3.3.1 Fyziologické potřeby

Ve stáří se mění chuť v důsledku ubývání chuťových pohárků. Je zvýrazněna potřeba vyprazdňování, se kterým má většina seniorů problémy. Inkontinence moči a zácpa se ve vyšším věku objevuje zcela běžně. Senioři potřebují více odpočinku a také spánku. Senioři spí nebo podřimují i během dne, například po obědě. Velmi důležitá je potřeba být bez bolesti, mít zajištěno teplo a pohodlí. Naopak některé fyziologické potřeby ustupují do pozadí, a to například potřeba příjmu tekutin, neboť senioři mají snížený pocit žízně. Mezi méně

významné potřeby seniorů patří sexuální potřeby, hygienická péče, úprava zevnějšku nebo péče o čisté lůžko. (Mlýnková, 2011 str. 48)

3.3.2 Vyšší potřeby

Senioři prožívají strach z onemocnění, ze ztráty životního partnera, závislosti na pomoci druhých osob. Dominuje potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomických jistot. Mnozí senioři se těžko smiřují s tím, že budou závislí na pomoci druhých osob. Hůře může být uspokojena potřeba komunikace, jestliže ubývá známých, přátel, nebo pokud životní partner zemřel. Mnozí senioři stále pracují až do vyššího věku a realizují se v zaměstnání nebo si zvelebují domov či zahrádku. Jiní senioři se účastní akcí klubů seniorů nebo kulturních akcí nebo mají v oblíbě výlety. Je třeba zdůraznit, že vyšší věk jednoznačně nezahrnuje pouze starost o bolavá kolena, zácpu nebo nenaplněný čas. Někteří senioři si dokonce stěžují na nedostatek času a stýskají si, že by na uskutečnění svých plánů potřebovali dalších minimálně dvacet let čilého mentálního a fyzického života.

Intelektuální potřeby lze realizovat prostřednictvím univerzit třetího věku (dále jen U3V) nebo jinými vzdělávacími programy a kurzy. Celoživotní vzdělávání má pozitivní důsledky pro mentální svěžest ve stáří. Aktivní život seniorů je také podporován poskytováním finančních slev na kulturní a společenské akce, dopravu vlakem, návštěvy hradů a další. (Mlýnková, 2011 stránky 49-50)

3.3.3 Duchovní potřeby

Senioři v závěrečné fázi svého života bilancují, hodnotí svůj dosavadní život a pokládají si otázky o smyslu svého života. Přemýšlí, zda splnili všechno, co si kladli za úkol a cíl. Stává se, že na mnohé otázky nemají odpověď. Potřebují se svěřit se svými myšlenkami někomu, kdo aktivně naslouchá a poskytuje prostor k tomu, aby odpovědi na otázky našli sami v sobě. Duchovní potřeby nejsou v institucionální péči dostatečně uspokojovány. Ošetřující personál v institucionální péči nemůže suplovat roli duchovního. Avšak vhodným rozhovorem může pomoci seniorovi svěřit se se svým trápením, nedosaženými cíli, chybami, které v životě udělal, a smířit se s nimi. Identifikace a uspokojování duchovních potřeb člověka není pouze záležitostí víry v Boha. Potřeba např. sounáležitosti, důvěry, jisté závislosti na někom spadá do duchovních potřeb nemocného a personál či pečující může v mnohém člověku pomoci. (Mlýnková, 2011 str. 50)

Od potřeb seniorů se odvíjely i zásady OSN.

Holmerová (2007 stránky 20-21) uvádí, že Organizace spojených národů vyzvala vlády jednotlivých členských zemí, aby jej takto připomínaly svým občanům a aby prosazovaly zásady OSN pro seniory, které byly dány Mezinárodním shromážděním o stárnutí a stáří v roce 1982.

Účast na životě společnosti – uznání a respektování stáří, a to nikoli jako nežádoucího a mnohdy obávaného fenoménu, ale jako normální součásti života a období, kdy stále pokračuje rozvoj lidské osobnosti. Starší lidé jsou platnými a cennými členy lidského společenství, které by bez jejich přispění nemělo všechny potřebné dimenze.

Podíl na vytváření a využívání jejích zdrojů – starší lidé se podíleli a podílejí na vytváření společenských zdrojů, a mají také proto nezpochybnitelné právo na jejich nediskriminované využívání.

Důstojnost – starší lidé mají právo na důstojnost svého života, a to zejména v situaci nesoběstačnosti způsobené chorobou, zdravotním postižením či chronickou nemocí.

Nezávislost – starší lidé se stejně tak jako všichni občané lidské společnosti mohou svobodně a nezávisle rozhodovat o tom, kde a jak budou žít, zda budou pracovat, kdy odejdou ze zaměstnání a budou se věnovat jiným činnostem. Měli by mít možnost žít v takovém prostředí, které je pro ně bezpečné a přizpůsobené jejich potřebám.

Péče – starší lidé by měli mít možnost využívat péči a ochranu rodiny a komunity v souladu se systémem kulturních hodnot, který je vlastní jejich společnosti. Potřebují zdravotní péči, která jim umožní zachovat či navrátit optimální úroveň fyzické a duševní pohody, zabránit nemoci či ji oddálí, dále potřebují sociální a právní pomoc, jež jim pomohou zajistit jejich autonomii, ochranu a péči.

3.4 Smysluplnost života ve stáří

Baštecká ve své publikaci (2009 str. 351) definuje smysluplnost života jako výraz hodnoty, kterou přisuzujeme událostem a běhu života, i jako výraz významu, který přiřazujeme vlastní existenci.

Frankl (1994 str. 17) uvádí, že při hledání smyslu života vede člověka svědomí, ale že ani při posledním vydechnutí si člověk není jist, zda svůj smysl života naplnil, protože žijeme ve století rozšiřujícího se pocitu bezsmyslnosti. Smysl nemůže být dán, ale musí být člověkem nalezen.

Křivohlavý (2007) uvádí, že smysluplnost života má úzký vztah k problematice psychologie zdraví. Otázky po životním smyslu hrají klíčovou roli v průběhu celého lidského života při tvorbě a udržování vlastní identity. Autor zdůrazňuje, že smysluplnost života má

své místo i v pojetí celoživotního vývoje osobnosti, zvláště pak v růstu a zrání, v průběhu stárnutí, ale i při zvládání závažných obtíží a adaptaci na změněné situace. Všimá si, že má vliv na psychické i fyzické zdraví jedince, a tedy i na kvalitu života.

Co může seniorům dávat pocit smysluplnosti jejich života? V první řadě záleží především na osobnosti dotyčného člověka, ale ve většině případů to jsou tyto aspekty – získávání nových zkušeností, sociální kontakt, seberealizace, pocit užitečnosti a potřeba otevřené budoucnosti a naděje. Důležité je, aby si senior uvědomil, že je nutné mít v životě nějaký smysl, jinak dochází ke snížení kvality života.

Stáří patří k těm etapám lidského života, ve kterých se obvykle nejnaléhavěji objevují otázky po jeho naplněnosti, smyslu a směřování. S prodlužováním lidského života ve stáří tak problematika životní smysluplnosti a seberealizace nabývá na významu. Ačkoli je smysluplnost života hlubokou lidskou potřebou, která má vliv na kvalitu života a zdravotní stav člověka, v Deklaraci Evropské konference o péči a ochraně starších lidí, která se konala v květnu 2009 v Praze, je zdůrazněno, že „vůle ke smyslu, touha po uspokojení i vyšších lidských potřeb bývá často podceňována“. (Ondrušová, 2011 stránky 86-87)

Ondrušová dále uvádí, že stárnutí konfrontuje člověka s konkrétními existenciálními otázkami, které jsou často příčinou trápení ve stáří. Patří k nim pocit blížící se smrti, bilancování dosavadního života, vyrovnání se se ztrátami a omezeními, ale může to být i přítomnost vážného, potenciálně letálního onemocnění. Pokud jsou tato témata v životě stárnoucího člověka opomíjena, může to vyústit až v krizi, psychické poruchy, ale i v somatické onemocnění a naopak – pochopení vlastního života přispívá v procesu stárnutí k osobní zralosti.

Vágnerová uvádí (2007 str. 305), že ve stáří je důležité najít smysl zbývajících života. Jeho hodnotu zásadním způsobem ovlivňuje vědomí časové omezenosti a očekávání různých ztrát, které jsou ve stáří četnější než dříve a někdy fungují jako časové zlomy. Starý člověk velmi brzy pochopí, že je třeba:

- naučit se těšit se z toho, co zůstalo zachováno;
- akceptovat to, co nelze změnit;
- zaměřit se na to, co je opravdu významné.

Ondrušová (2011 str. 88) ve své publikaci cituje názor Wonga, který uvádí další faktory, jež přispívají k smysluplnému životu seniorů. Jsou to angažovanost v aktivitách, hodnotách, udržování optimismu a kultivování duchovní složky života a religiozita. V souvislosti s pozdějšími výzkumy Wong uvádí jako další důležité cesty ke smysluplnému životu tvořivost, vztahy k druhým, sebezpešah, potěšení v životě a naděje do budoucna.

3.5 Aktivní stárnutí

Aktivní život a aktivní stárnutí znamená, že se jednatel snaží zajistit si dobrou kvalitu života. Kvalita života však nereprezentuje pouze individuální životní standard, ale je velmi úzce spjata i s prostředím, ve kterém lidé žijí, s jejich potřebami a požadavky. Může být chápána jako výsledek působení mnoha faktorů, a to jak sociálních, zdravotních, ekonomických, tak i environmentálních podmínek, které jsou ve vzájemné interakci. Může také zahrnovat otázky smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní svobody a spokojenosti. Kvalita života se považuje za pozitivní ukazatel celkového stavu jedince, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence. (Holczerová, a další, 2013 str. 23)

Prvním konceptem aktivního stárnutí byl tzv. koncept komprese morbidity. Jedná se o to, abychom stárli zdravě a aby se nám tak dařilo onemocnět co nejvíce oddalovat. Postupem času se však ukázalo, že tento koncept nelze aplikovat všude, a to zejména u neurodegenerativních onemocnění (např. Alzheimerova choroba).

Jeden z významných gerontologů, zakladatel mezinárodní sítě Longevity Center profesor Robert Butler prosazoval pojem „produktivní“ stárnutí, a to ve snaze popřít onu tezi o produktivním a neproduktivním věku, ukázat, že staří lidé jsou stále zdrojem a významnou součástí společnosti. (Fram, 2015)

Terminologie se postupně ustálila na pojmu aktivní stárnutí, a to zejména zásluhou Světové zdravotnické organizace (WHO).

WHO (2002 str. 12) definuje tento pojem jako proces optimálních příležitostí pro zdraví, účast na životě společnosti a bezpečí s cílem zvýšit kvalitu života starších lidí.

Světová zdravotnická organizace v této definici sděluje, že lidé potřebují podporu zdraví a adekvátní zajištění péče o zdraví, že potřebují pocit bezpečí, a to jak ve fyzickém ohledu (bezpečné prostředí), tak v ohledu materiálním (sociální zabezpečení, zdravotní pojištění, ochrana před upadnutím do chudoby), a že potřebují možnost přispívat životu společnosti ať již svou pracovní činností, nebo činností dobrovolnickou.

Definice také naznačuje, že stárnutí je velmi variabilním a individuálním procesem. (Fram, 2015)

OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) označuje aktivní stárnutí jako schopnost lidí, jak správně stárnout a vést přitom produktivní život ve společnosti. To znamená, že lidé mohou dělat flexibilní rozhodnutí, jakým způsobem budou trávit čas ve svém životě – učením, prací či zapojením do volnočasových aktivit. (Ervik, 2006)

O aktivitě ve stáří rozhodují čtyři dimenze. Jedná se o společenskou atmosféru, individualitu člověka, zdravotní stav a nabídku možností. Důležitými prvky sociálního začlenění seniorů jsou bydlení a zaměstnanost, která přináší hmotné zabezpečení, sociální participaci, sociální kontakty a rytmus pracovního dne. K hlavním nástrojům prodloužení aktivního života patří zdravý způsob života, prevence onemocnění a posilování funkčního zdraví. Odchod do penze je považován za závažný stresor. Mění se životní stereotypy, dochází ke ztrátě sociálních kontaktů, snižují se finanční zdroje. Maladaptace na penzionování může vést k rodinným konfliktům, depresi, k psychosomatickým potížím, ztrátě smyslu života, abúzu alkoholu apod. (Čevela, a další, 2014 str. 95)

Dvořáčková (2013 str. 24) uvádí, že demografické změny lze úspěšně zvládnout pozitivním přístupem zaměřeným na potenciál starších věkových skupin. Koncepce aktivního stárnutí je hlavní složkou této pozitivní odezvy na demografickou změnu a je nezbytná pro zachování mezigenerační solidarity. Aktivní stárnutí principiálně znamená tři věci:

1. Umožnit ženám i mužům, aby vydrželi v zaměstnání déle – překonáváním strukturálních bariér a poskytováním vhodných nabídek bude možné mnoha starším lidem pomoci, aby zůstali aktivní na trhu práce, což přinese systémové i individuální výhody.
2. Usnadnit aktivní občanství podporou prostředí, ve kterém se využívá přínos starších žen i mužů pro společnost.
3. Umožnit ženám i mužům zachovat si ve stáří dobré zdraví a žít nezávisle díky životnímu přístupu ke zdravému stárnutí v kombinaci s adaptovaným ubytováním a místním prostředím, které starším lidem umožní zůstat ve svých domovech co možná nejdéle.

Aktivní stárnutí také znamená nabízet lepší podporu starším lidem, kteří ji potřebují, aby zdravotní neduhy automaticky nevedly k vyloučení a nadměrné závislosti na pomoci druhých, s cílem zajistit jim důstojný život.

Být aktivní znamená být pozitivní, otevřený novým věcem a nebát se jít jim vstříc. Znamená to také smysluplně využívat svůj volný čas, dbát o své zdraví a udržovat bystrou mysl. Aktivní stárnutí znamená i rozšiřovat stále své obzory a dělit se o to s ostatními lidmi. Dvořáčková (2013 str. 24)

4 Demografie

4.1 Pojem demografie

Demografie je věda, která zkoumá složení a pohyb lidských populací. Složení obyvatelstva je výsledkem dlouhodobých reprodukčních procesů a společenských podmínek. Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace, ale probíhá odlišně v zemích hospodářsky vyspělých a v zemích rozvojových. (Ondrušová, 2011 str. 18)

4.2 Střední délka života

Střední délka života, též pravděpodobná nebo očekávaná doba života, popř. naděje dožití (v anglické literatuře life expectancy) – údaj, který říká, kolika roků se velmi pravděpodobně dožije právě narozené zdravé dítě. Střední délka života se stále zvyšuje. Podstatné je, že termín střední délka života nebo naděje dožití je přesný, a bylo by žádoucí, aby vždy a všude vystřídal problematické označení průměrný věk. (Haškovcová, 2012 str. 162)

4.3 Demografie stárnutí

K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci. Může být vyvoláno dvěma faktory.

Prvním je relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin, které je většinou výsledkem poklesu úrovně plodnosti a porodnosti. Tento typ stárnutí se nazývá „stárnutí v základně věkové pyramidy“.

Druhým faktorem je zrychlení růstu počtu osob ve starším věku, které je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku. To vede k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. V tomto případě jde o typ „stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy“. Obvykle však oba uvedené typy probíhají současně. (Hůle, 2014)

4.4 Demografický vývoj v České republice

Od roku 2001 přibýlo více než 234 tisíc osob ve věku 65 a více let, z toho mužů o 121 tisíc (o 22 %) a žen o 113 tisíc (o 13 %). Celkem v České republice (dále jen ČR) ke dni sčítání lidu žilo více než 1,64 milionu osob ve věku 65 a více let (60 % žen), více než 697 tisíc osob ve věku 75 a více let (65 % žen) a téměř 155 tisíc osob ve věku 85 a více let (72 % žen).

Počet osob ve věku 95 a více let se téměř zdvojnásobil na celkem 6 051 a počet stoletých a starších osob téměř ztrojnásobil na 530 osob (poměr mužů a žen v těchto nejvyšších

věkových kategoriích je 1:4). Podíl osob starších 65 a více let na celkové populaci vzrostl na 15,8 % (v případě žen 13,0 % a mužů 18,4 %), podíl osob starších 75 a 85 let pak na 6,7 % respektive 1,5 % populace (osoby starší 60 let k 1. 7. 2011 tvořily 26 % populace).

Pokud jde o rodinný stav, ve věkové skupině 65 a více let bylo ovdovělých 25 % mužů a 69 % žen a ve věkové skupině 85 a více let pak 44 % mužů a 84 % žen.

Téměř půl milionu seniorů žilo v jednočlenných domácnostech (z toho 77 % tvořily ženy).

Ve věku 65 a více let žilo v jednočlenné domácnosti 30 % osob (17 % mužů a 39 % žen) a ve věkové kategorii 75 a více let 39 % osob (21 % mužů a 48 % žen).

Lidé se stěhují za prací často do blízkosti větších měst. Na druhé straně si pro místo svého života raději volí menší obce než velká města. Důvodem je menší anonymita, možnost života v komunitě: zapuštění kořenů a také i perspektiva stáří stráveného v příjemném a bezpečném prostředí. Řada seniorů se po ukončení pracovního života stěhuje do menších obcí.

Právě ve vyšším věku nabývá obec v životě člověka na zvláštním významu a důležitosti. Lidé přestávají z obce dojíždět za prací a více času tráví v místě svého bydliště. Kontinuita jejich života je spjatá s obcí jako s místem, kde prožili významnou část svého života, vychovali děti, zestárlí. S tím je spojena řada formálních a neformálních vztahů: k obci ve formě participace na veřejném životě, účasti v místních spolcích, osobními aktivitami a iniciativami. (Fram, 2015)

Projekce populačního vývoje v České republice předpokládají, že do roku 2050 se celkový počet obyvatel lehce sníží, dětí mladších 15 let ubude o více než čtvrtinu, zatímco počet seniorů nad 65 let se zdvojnásobí, takže se přiblíží 30 % obyvatelstva. Nejdramatičtější vývoj se předpokládá ve věkové skupině 80+, která se zvětší trojnásobně na téměř 10 % populace. Lidí starších 85 let bude v polovině století žít v ČR asi 500 000, z nich kolem 200 000 ve věku nad 90 let. Přes setrvalé zlepšování zdravotního a funkčního stavu i nejstarších věkových skupin tak dojde k absolutnímu nárůstu případů typických chorob pokročilého stáří včetně syndromu demence a závažné disability – jejich výskyt v seniorské populaci se naštěstí relativně sníží, ale absolutní počet osob se specifickými potřebami přesto vzroste. Naléhavou potřebou se tak stává zlepšování funkčního zdraví seniorů, jeho přesnější hodnocení, účinnější a účelnější intervenování geriatricky modulovanými službami. (Čevela, a další, 2014 str. 27)

4.5 Dopad demografického stárnutí populace

Jak argumentuje Mátl (FRAM, 2013), „dopady stárnutí populace (nárůst reálného indexu stáří) budou v České republice ve srovnání s jinými ekonomicky vyspělými státy poměrně hodně závažné. Populace seniorů je ve svých příjmech totiž z velké části závislá na

ochotě ekonomicky aktivní populace vzdát se (ve formě daní a jiných odvodů) části svých příjmů. Předpokládané úspory seniorů, které budou plynout ze snížení počtu dětí, nejsou příliš reálné. Výdaje rodin s dětmi přitom budou růst v důsledku delší doby vzdělávání. Navíc je třeba mít na paměti, že výchova dětí a jejich příprava na ekonomicky aktivní období života je ze strany rodičů z ekonomického pohledu významnou investicí. Výdaje spojené s výchovou dětí jsou v převážné míře zajišťovány ze soukromých prostředků domácností, nikoli z veřejných prostředků. Náklady vložené do výchovy se však nevrátí jenom těm, kteří tuto investici zajistili, ale ve stejné míře i těm, kdo do výchovy dětí neinvestovali a uspořené prostředky si ponechali k zajištění vlastního stáří nebo je použili k většímu uspokojování svých potřeb. Tento negativní ekonomický stimul bude při zachování stávajícího způsobu přerozdělování narůstat s klesající plodností.“

Ohledně budoucích demografických změn přitom existují dvě hodnotící pojetí. První z nich vnímá stárnutí jako zátěž pro společnost nebo „stříbrné tsunami“, které vyžaduje radikální reorganizaci zdravotnictví a sociální péče. Například poskytování univerzální zdravotní péče pro stárnoucí populaci vede k vyšším nákladům, které není snadné financovat navyšováním příspěvků, takže můžeme zaznamenat vzrůstající tendence ke snižování veřejně financovaných zdravotnických služeb na základní minimum a navyšování prostředků na doplňkovou soukromou zdravotní péči.

Druhý směr nahlíží na demografické změny jako na fakt a uznává, že i když stárnutí představuje mnoho výzev, může také přinést mnoho příležitostí. Například zvýšená délka života a zvýšený počet roků prožitých ve zdraví může starším lidem umožnit, aby zůstali aktivní na trhu práce, aby fungovali jako dobrovolníci a aby i nadále výrazně déle nakupovali zboží a investovali, než tomu bylo v minulosti. (Fram, 2015)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření

5.1. Cíle práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit určité aspekty života seniorů v různých typech sídel v kraji Vysočina a následně je mezi sebou porovnat. Šetření se snažilo odpovědět na tyto výzkumné otázky:

- Jaká je dostupnost sociálních a zdravotních služeb v jednotlivých zkoumaných sídlech.
- Jaké jsou sociální vazby dotazovaných seniorů a jak senioři hodnotí svou ekonomickou a materiální situaci.
- Jakým aktivitám se dotazovaní senioři věnují.
- Jaké další aspekty života v lokalitách považují senioři za důležité.
- Jak jsou naplňovány další požadavky na kvalitu života v daných lokalitách – bezpečnost, bezbariérovost, městská doprava apod.

5.2. Metodika šetření

Pro šetření byla použita metoda polostrukturovaného dotazníku doplněného o několik otevřených otázek.

Dotazník obsahoval 29 otázek. Otázky (1–8) zjišťují identifikační znaky respondenta, další otázky (9–26) jsou zaměřeny na problematiku spokojenosti seniorů v různých oblastech života, tedy jak jednotlivé oblasti hodnotí, a také na specifické oblasti ovlivňující jejich život ve městě. Na tyto otázky se odpovědi označovaly zakřížkováním. Zbylé otázky (27–29) byly otevřené a zjišťovaly vlastní názory a myšlenky respondentů.

S ohledem na ochranu osobních údajů byl dotazník anonymní. Otázky byly zaměřeny na specifické aspekty života seniorů ve zkoumaných městech.

Specifické aspekty života byly vybrány pomocí testů SQUALA a WHOQOL-OLD zaměřených na kvalitu života ve vyšším věku a podle projektu FRAM, který uváděl důležité aspekty pro podporu aktivního a zdravého stárnutí na místní úrovni. Jednalo se o tyto určité aspekty:

- Podpora zdraví a zdravého stárnutí;
- Komunikace a účast na správě obce;
- Bydlení;
- Bezbariérovost prostředí a dostupnost dopravy;

- Pohybová aktivita a sport;
- Mezigenerační solidarita;
- Dobrovolnictví;
- Vzdělávání;
- ICT a internet;
- Společenské aktivity.

5.3. Charakteristika zkoumaného souboru

Projekt FRAM (Holmerová, a další, 2013) uvádí, že v České republice žije ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie relativně hodně lidí v malých obcích do jednoho tisíce obyvatel. Těchto obcí je téměř 5 tisíc (téměř 80 % počtu všech obcí) a žije v nich cca 17 % obyvatel České republiky. Spravují však více než polovinu celého území České republiky (57 %). Tato situace je v Evropě výjimečná a je srovnatelná prakticky jen s Francií.

Pouze čtvrtina z těchto obcí zajišťuje některé sociální služby. Z šetření využitého v rámci tohoto projektu vyplývá, že třetina obcí neví o možnosti sledovat a zjišťovat potřebu péče a podpory u starších osob a podle představitelů třetiny obcí to není potřeba.

Podle sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011 dvě třetiny seniorů žijí v obcích do 50 tisíc obyvatel, téměř jedna čtvrtina seniorů žije ve městech nad 100 tisíc obyvatel a zhruba 10 % seniorů žije v obcích o velikosti 50–99 tisíc obyvatel. Z tabulky níže je patrné, že senioři bydlí zejména v obcích a městech do 50 tisíc obyvatel.

Tabulka: Obyvatelé ve věku 65 a více let podle velikostní kategorie obcí

velikostní kategorie obce	počet obyvatel
do 50 tis. obyvatel	1 103 547
50 až 99 tis. obyvatel	177 405
100 tis. a více obyvatel	393 343
Celkem	1 674 295

Zdroj: ČSÚ (předběžné výsledky SDBL 2011)¹

¹ Pozn.: Kategorie 65 a více let včetně nezjištěno (tj. osoby, jejichž věk nebyl uveden; jejich počet byl však zanedbatelný). Rozložení populace ve věku 65 a více let odpovídá obecnému rozložení populace dle velikostní kategorie obcí. Počet byl však zanedbatelný. Rozložení populace ve věku 65 a více let odpovídá obecnému rozložení populace dle velikostní kategorie obcí.

V kraji Vysočina žije podle statistiky ke dni 31. 12. 2013 124 340 obyvatel ve věku 60 a více let, což tvoří 24,4 % z celkové populace kraje. Podle výsledků sčítání lidu, domů a bytů 2011 má kraj ve srovnání s ostatními regiony nejnižší zastoupení domácností jednotlivců a nejnižší podíl obyvatel bydlících v panelových domech.

Zkoumaným souborem byli respondenti z Jihlavy, Pelhřimova a Kamenice nad Lipou ve věku 61 a více let.

Jihlava je statutární město, původně pouze moravské, dnes po obou stranách česko-moravské zemské hranice (tvořené zčásti řekou Jihlavou). Historické město, založené ve 13. století jako hornické s těžbou stříbra, je od roku 1982 městskou památkovou rezervací.

Jihlava je od roku 2000 krajským městem kraje Vysočina. V současné době zde žije 50 598 obyvatel. Jihlava patří do sítě Zdravých měst a k Městům přátelským seniorům.²

Pelhřimov je okresní město (obec s rozšířenou působností) v jihočeské části kraje Vysočina. Žije zde přes 16 tisíc obyvatel. Centrem historického města je Masarykovo náměstí, kde nalezneme též děkanský kostel sv. Bartoloměje, sochu sv. Václava a radnici s orlojem.³

Pelhřimov se také proslavil jako město rekordů a kuriozit. Jako Jihlava i tato obec patří k síti Zdravých měst.

Kamenice nad Lipou je obec s pověřeným obecním úřadem v okrese Pelhřimov. Nachází se na Českomoravské vrchovině při řece Kamenici, na trase turisticky atraktivní úzkokolejky Obrataň – Jindřichův Hradec vlastněné a provozované společností Jindřichohradecké místní dráhy. Dle evidence obyvatel vedené Městským úřadem Kamenice nad Lipou je přihlášeno k 1. lednu 2015 k trvalému pobytu celkem 3 796 obyvatel. Z tohoto počtu v samotné Kamenici nad Lipou bydlí 3 336 obyvatel.⁴

Historické jádro města je městskou památkovou zónou. Mezi turistické zajímavosti města patří renesanční zámek spravovaný Uměleckoprůmyslovým museem v Praze a poslední postavená synagoga před druhou světovou válku.

Šetření ve vybraných sídlech bylo prováděno u seniorů žijících v domácím prostředí, kteří aktivně dochází do Klubu seniorů, Univerzity třetího věku (dále jen U3V) či do jiného spolku. V Jihlavě probíhalo šetření v Klubu seniorů, a to formou focus group pod vedením vedoucí klubu paní Hrabětové. Výsledky šetření byly odeslány elektronickou formou.

² <http://www.jihlava.cz/>

³ <http://www.mupe.cz/>

⁴ <http://www.kamenicenl.cz/>

Šetření ve městě Pelhřimov bylo primárně zajištěno pomocí neziskové organizace Hodiny H, která pořádá Univerzitu třetího věku (U3V). Během setkání U3V byly rozdány seniorům dotazníky, které později respondenti samostatně vyplnili a odevzdali zpět do organizace Hodiny H. Získání většího souboru respondentů z Pelhřimova se podařilo jen díky ochotě jedné klientky U3V, která sama nabídla pomoc při rozdávání. Tato klientka poté obešla všechny své sousedy a známé.

Kamenice nad Lipou má pouze jeden Klub seniorů, který se však schází jednou za půl roku, v listopadu a červnu. Jelikož listopadový termín jsem nestihla, provedla jsem šetření sama, a to mezi svými příbuznými a seniory žijícími ve stejné ulici, kde žili mí prarodiče. Většina z nich vyplnila dotazník samostatně, u ostatních vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a věku jsem získala data pomocí řízeného rozhovoru. Rozhovor klade menší nároky na iniciativu a znemožňuje vynechání otázky. Se zkoumanými osobami byl nejprve navázán kontakt úvodním rozhovorem a po něm následovalo vyplnění dotazníku.

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků v Pelhřimově a Kamenici nad Lipou. Z Jihlavy mi byly výsledky šetření, kterého se zúčastnili všichni klienti Klubu seniorů (50 seniorů), poslány elektronickou formou. Celkově se mi vrátilo 104 dotazníků, které byly vyplněny seniorskou populací. Zbylé 4 dotazníky byly vyplněny a vráceny elektronickou formou.

Dotazníkové šetření probíhalo od prosince 2014 do ledna 2015.

Specifika vzorku respondentů

Jak je uvedeno výše, dotazovanými respondenty byli senioři docházející do Klubu seniorů, U3V a pouze v Kamenici nad Lipou byl vzorek respondentů vytvořen podle mého vlastního výběru. Vzhledem k jejich většinou pravidelným návštěvám klubu či U3V je můžeme považovat za aktivní seniory.

Avšak tímto výběrem zkoumaný vzorek nemohl zachytit neaktivní seniory, kteří nemají komunikační dovednosti a u kterých můžeme do jisté míry očekávat vyšší výskyt pocitu osamocení, horší zdravotní stav a odlišné potřeby. Lze tedy předpokládat, že daný výběr respondentů bude s příznivějšími charakteristikami. Nemůžeme to však říci s jistotou.

Vlastní pozorování

Ve vlastním pozorování jsem se zaměřila na zkoumání města z hlediska dostupnosti městské hromadné dopravy (dále jen MHD), kvality chodníků, dosažitelnosti informací a na dostupné dokumenty o zkoumaných sídlech (komunitní plány, internetové stránky měst a další internetové zdroje).

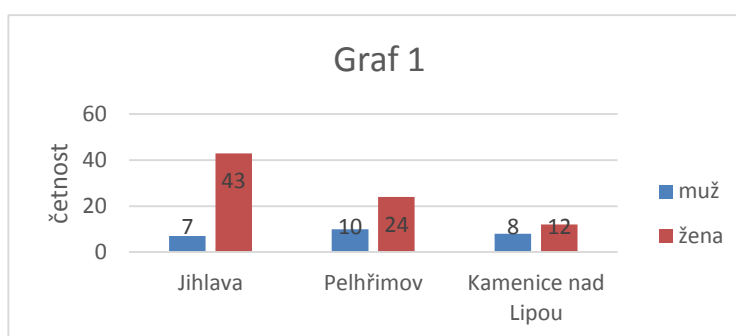
5.4. Výsledky šetření

Pro prezentaci souhrnných výsledků z rozhovorů a obdržených dotazníků byly použity sloupcové grafy a tabulky, v nichž každé sledované sídlo představuje samostatný sloupec. Sloupce byly řazeny od největšího sídla po nejmenší. Výsledky šetření jsou uvedeny v absolutních číslech (uvedeny v pořadí ženy/muži) a v procentech.

1. otázka byla zaměřena na pohlaví respondentů

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

	Ženy	Muži
Jihlava	43	7
Pelhřimov	24	10
Kamenice nad Lipou	12	8

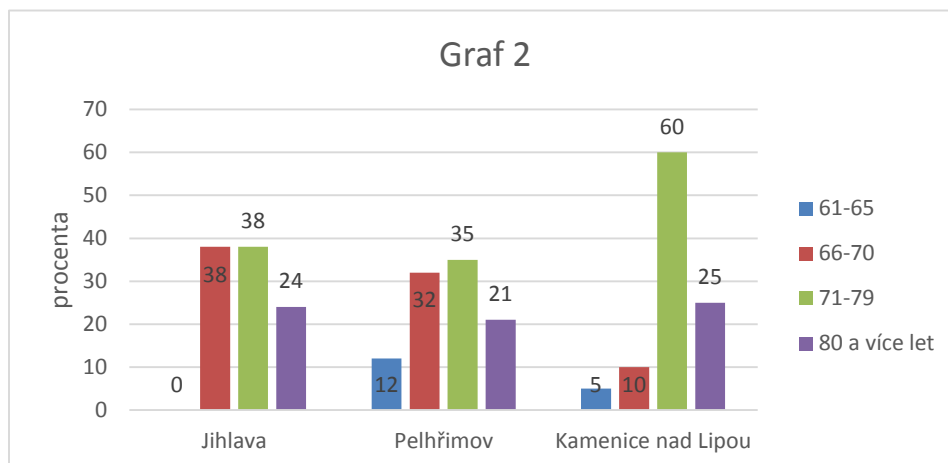


Celkový počet respondentů je 104. Město Jihlava má 50 respondentů (činí 100 % pro další tabulkové a grafické znázornění), z toho 43 žen a 7 mužů. Pelhřimov je zastoupen 34 respondenty (100 % v tabulk. a graf. znázornění), z nichž je 24 žen a 10 mužů. Kamenice nad Lipou má celkově 20 respondentů (100 % pro tabulk. a graf. znázornění), které tvoří 12 žen a 8 mužů.

2. otázka zjišťovala věk respondentů

Tabulka č. 2: Věk

	61–65	66–70	71–79	80 a více let
Jihlava	0 %	38 % (16/3)	38 % (17/2)	24 % (10/2)
Pelhřimov	12 % (1/3)	32 % (8/3)	35 % (11/1)	21 % (4/3)
Kamenice nad Lipou	5 % (0/1)	10 % (2/0)	60 % (4/3)	25 % (2/2)

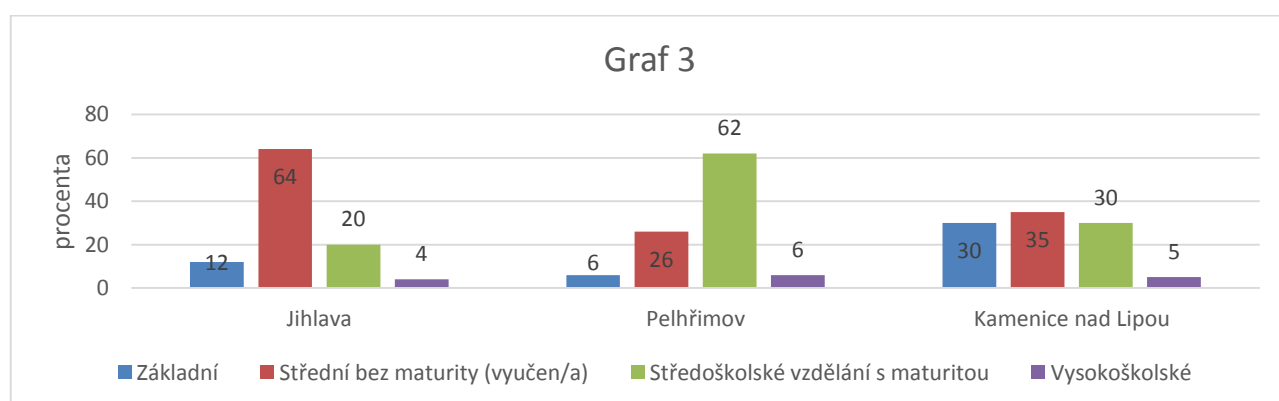


Pro potřeby této práce byl věk respondentů rozdělen do čtyř kategorií. V Jihlavě byly kategorie (kromě první) zastoupeny poměrně vyrovnaně: 38 % respondentů bylo ve věku 66–70 let, 38 % ve věku 71–79 let a zbylých 24 % respondentů 80 a více let. V Pelhřimově bylo zastoupení v kategoriích takové: 12 % ve věku 61–65 let, 32 % ve věku 66–70 let, v kategorii 71–79 let bylo 21 % a ve věku 80 a více let 21 %. V Kamenici nad Lipou byl největší podíl respondentů ve věku 71–79 let, kterou tvoří 60 %. Ve zbylých kategoriích: 61–65 let bylo 5 %, ve věku 66–70 let 10 % a 25 % ve věku 80 a více let. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 2.

3. otázka se týkala vzdělání respondentů

Tabulka č. 3: Vzdělání

	základní	střední bez maturity	středoškolské s maturitou	vysokoškolské
Jihlava	12 % (6/0)	64 % (28/4)	20 % (9/1)	4 % (0/2)
Pelhřimov	6 % (2/0)	26 % (4/5)	62 % (17/4)	6 % (1/1)
Kamenice nad Lipou	30 % (3/3)	35 % (4/2)	30 % (4/3)	5 % (1/0)

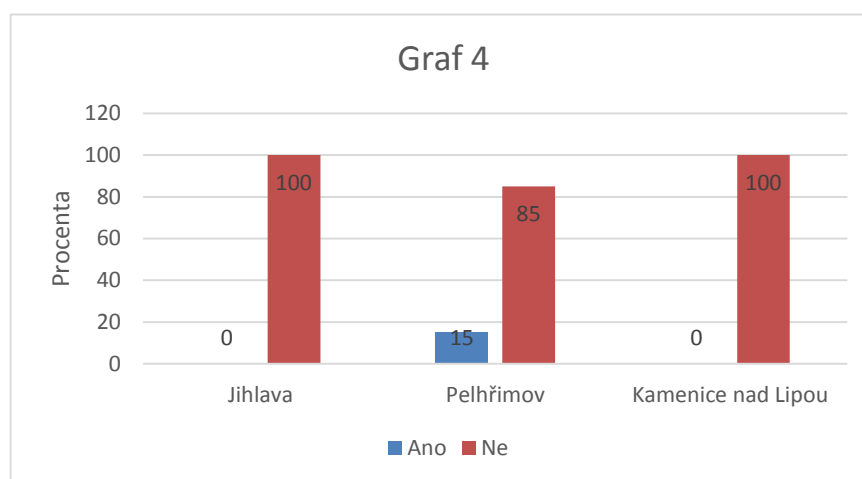


V rámci šetření se podařilo oslovit soubor, který prezentoval všechny varianty vzdělání respondentů, 39 % respondentů uvedlo středoškolské vzdělání bez maturity (vyučen/a), 31 % středoškolské vzdělání s maturitou, 20 % respondentů uvedlo základní vzdělání a 10 % vzdělání vysokoškolské. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 3.

4. otázka zjišťovala, zda respondenti vykonávají zaměstnání.

Tabulka č. 4: Zaměstnání

	ano	ne
Jihlava	0 %	100 % (43/7)
Pelhřimov	15 % (2/3)	85 % (22/7)
Kamenice nad Lipou	0 %	100 % (12/8)

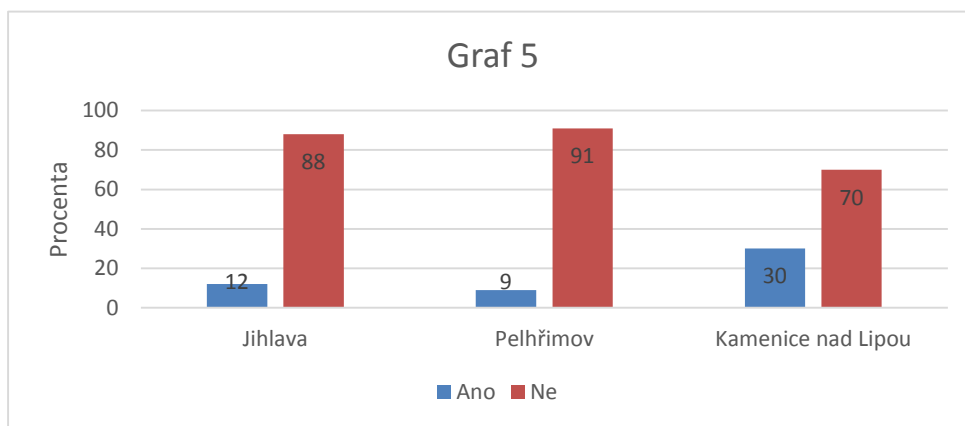


Z výsledků vyplývá, že v Jihlavě ani v Kamenici nad Lipou žádný z respondentů nevykonává zaměstnání. Pouze v Pelhřimově 15 %, tedy 5 respondentů stále pracuje.

5. otázka zněla, zda pobírají sociální dávky.

Tabulka č. 5: Sociální dávky

	ano	ne
Jihlava	12 % (6/0)	88 % (37/7)
Pelhřimov	9 % (2/1)	91 % (22/7)
Kamenice nad Lipou	30 % (4/2)	70 % (8/6)

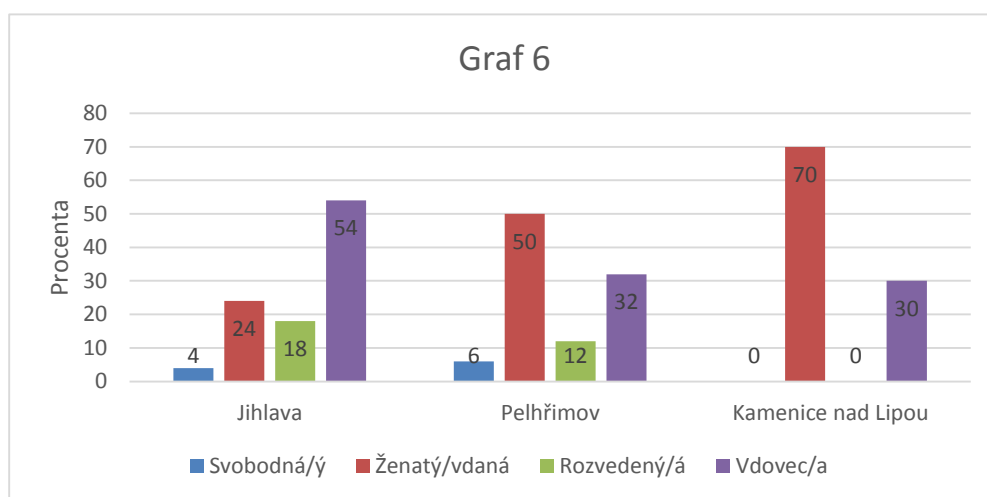


Ve všech sledovaných městech převyšuje skupina respondentů, jež nepobírají sociální dávky. Přesněji: v Jihlavě 88 %, v Pelhřimově 91 % a v Kamenici nad Lipou 70 %. Pouze 12 % v Jihlavě, 9 % v Pelhřimově a 30 % respondentů z Kamenice nad Lipou pobírají sociální dávky. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 5.

6. otázka směřovala k zjištění rodinného stavu.

Tabulka č. 6: Rodinný stav

	svobodný/á	ženatý/vdaná	rozvedený/á	vdovec/a
Jihlava	4 % (2/0)	24 % (8/4)	18 % (7/2)	54 % (26/1)
Pelhřimov	6 % (2/0)	50 % (7/10)	12 % (4/0)	32 % (11/0)
Kamenice nad Lipou	0 %	70 % (7/7)	0 %	30 % (3/3)



Respondenti z Jihlavy a Pelhřimova zastupovali všechny určené kategorie rodinného vztahu. V Jihlavě však byla nejvíce zastoupena kategorie vdovec/a, a to 54 %. V dalších kategoriích: 4 % svobodný/á, 24 % ženatý/vdaná a 18 % rozvedený/á. V Pelhřimově bylo nejvíce

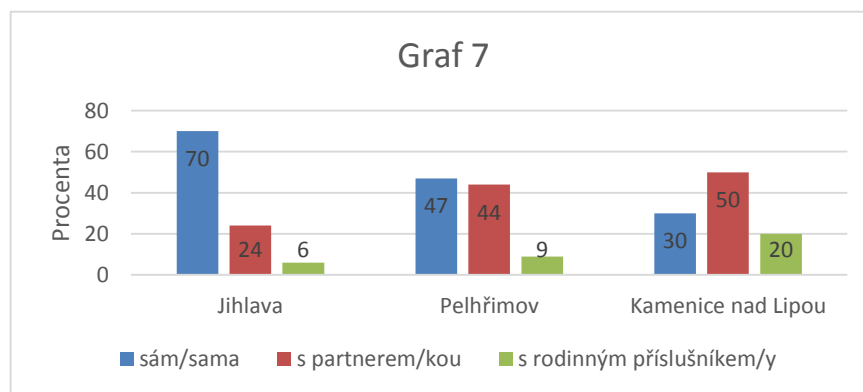
respondentů ženatých/vdaných (50 %), poté 32 % bylo vdovec/vdova, 12 % rozvedený/á a 6 % svobodný/á. Zato v Kamenici nad Lipou byli zastoupeni pouze ženatí/vdané 70 % respondentů a 30 % vdov/ců. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 6.

7. otázka zjišťovala, v jakém městě respondenti bydlí. Sloužila tak pro jednoduché rozdělení respondentů do měst.

8. otázkou jsem chtěla zjistit bydlení seniorů. Pro jednoduchou odpověď byla tato otázka rozdělena do tří kategorií – sám/a, s partnerem/kou a s rodinným/i příslušníkem/y.

Tabulka č. 7: Bydlení

	sám/a	s partnerem/kou	s rodinným příslušníkem/y
Jihlava	70 % (32/3)	24 % (8/4)	6 % (3/0)
Pelhřimov	47 % (16/0)	44 % (6/9)	9 % (2/1)
Kamenice nad Lipou	30 % (5/1)	50 % (5/5)	20 % (2/2)

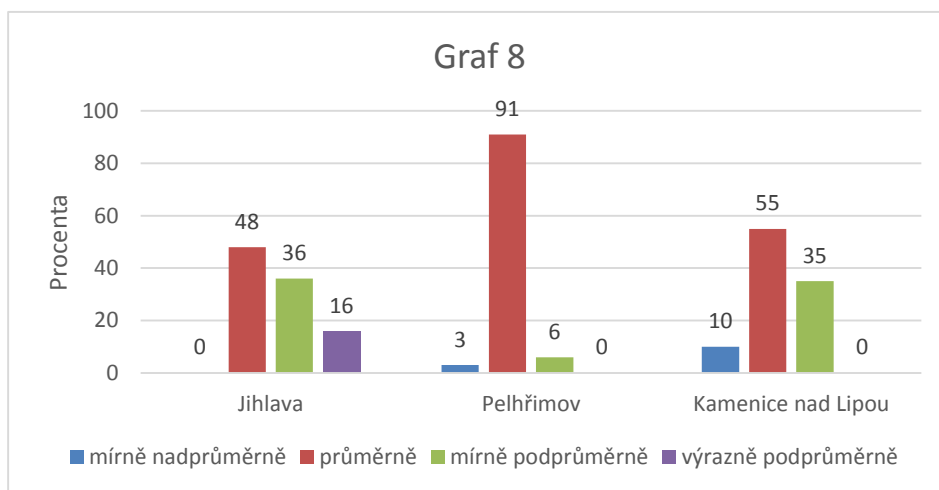


Z výsledků je patrné, že v Jihlavě byly kategorie takto: 70 % sám/sama, 24 % s partnerem/kou a zbylých 6 % s rodinným/i příslušníkem/y. V Pelhřimově kategorie vyšly takto: 47 % sám/sama, 44 % s partnerem/kou a 9 % s rodinným příslušníkem/y. V Kamenici jsou kategorie zastoupeny následovně: 30 % sám/sama, 50 %, s partnerem/kou, 20 % s rodinným/i příslušníkem/y. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 7.

9. otázka se týkala finanční situace respondentů. Otázka byla položena tak, aby se respondenti necítili nepříjemně, poníženě či trapně a mohli odpovědět pravdivě.

Tabulka č. 8: Finanční situace

	mírně nadprůměrně	průměrně	mírně podprůměrně	výrazně podprůměrně
Jihlava	0 %	48 % (22/2)	36 % (15/3)	16 % (6/2)
Pelhřimov	3 % (0/1)	91 % (23/8)	6 % (1/1)	0 %
Kamenice nad Lipou	10 % (1/1)	55 % (6/5)	35 % (5/2)	0 %

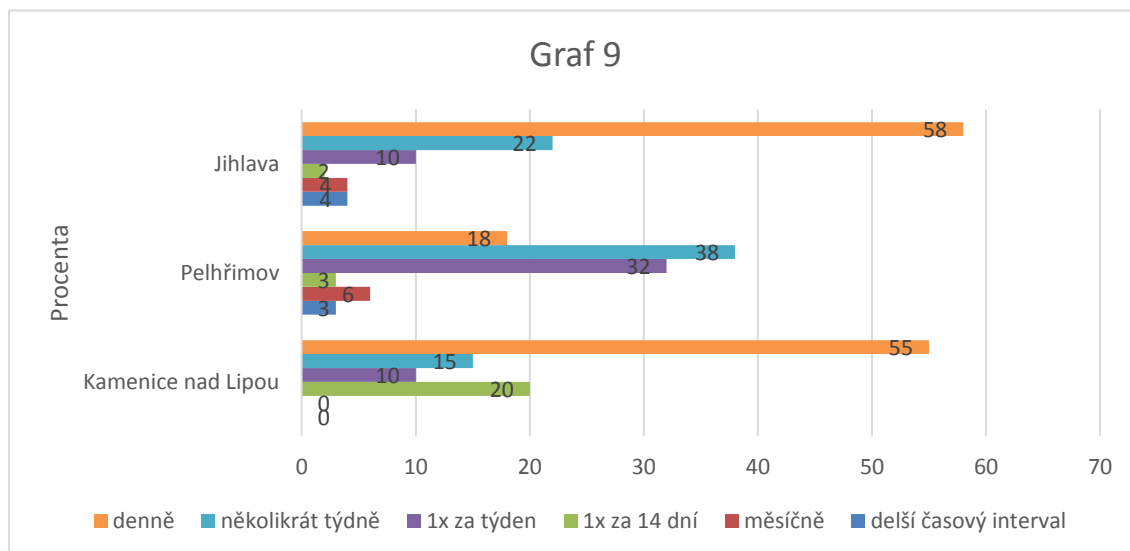


Finanční situaci respondenti v Jihlavě hodnotili takto: 48 % jako průměrnou, 36 % mírně podprůměrnou, 16 % výrazně podprůměrnou. V Pelhřimově 91 % respondentů odpovědělo, že mají průměrnou finanční situaci, 6 % mírně podprůměrnou a 3% mírně nadprůměrnou. V Kamenici nad Lipou 55 % respondentů ji označili za průměrnou, 35 % mírně podprůměrnou a 10 % mírně nadprůměrnou. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 8.

10. otázka zkoumala, jak častý je kontakt respondentů s rodinnými příslušníky.

Tabulka č. 9: Kontakt s rodinným příslušníkem/y

	Denně	několikrát týdně	1x týdně	1x za 14 dní	měsíčně	delší časový interval
Jihlava	58 % (25/4)	22 % (11/0)	10 % (5/0)	2 % (0/1)	4 % (1/1)	4 % (1/1)
Pelhřimov	18 % (3/3)	38 % (10/3)	32 % (7/4)	3 % (1/0)	6 % (2/0)	3 % (1/0)
Kamenice nad Lipou	55 % (7/4)	15 % (2/1)	10 % (1/1)	20 % (2/2)	0 %	0 %

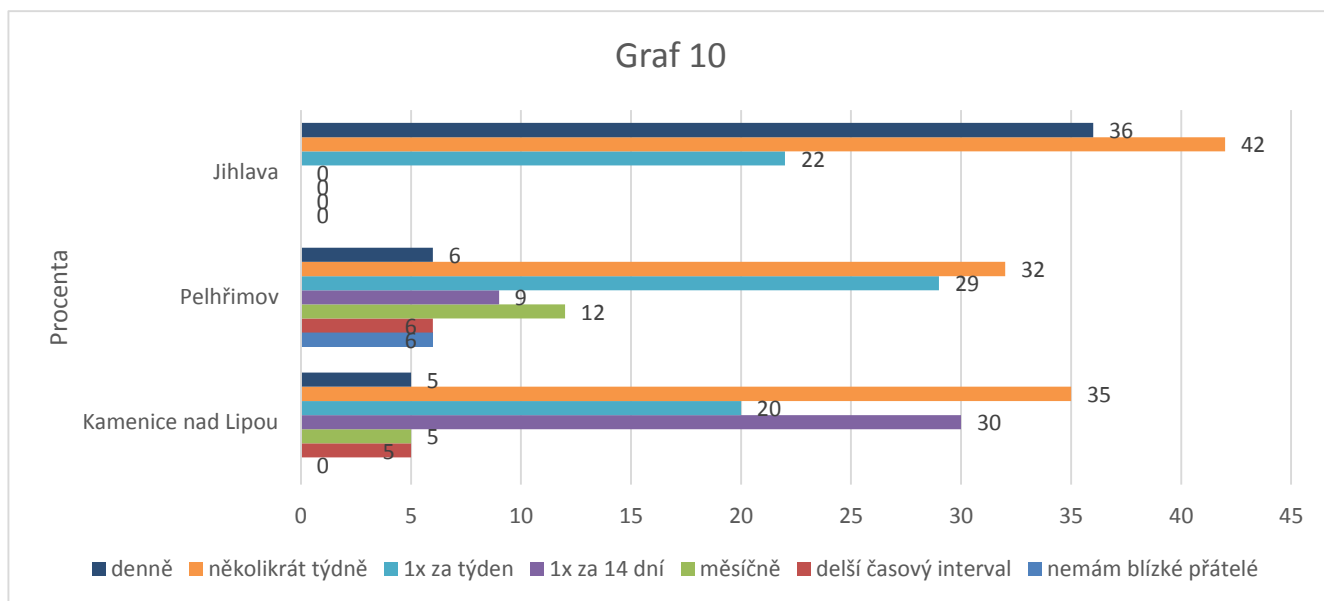


Tato otázka měla v dotazníku ještě jednu možnost zaškrtnutí, kterou však žádný z respondentů nepoužil („nemám žádné rodinné příslušníky“). Z výsledků značně převažuje denní kontakt v Jihlavě (58 %) a v Kamenici nad Lipou (55 %). V Pelhřimově jsou respondenti v kontaktu s rodinnými příslušníky několikrát týdně (38 %). V Jihlavě jsou další kategorie zastoupeny takto: 22 % několikrát týdně, 10 % 1x za týden, 2 % 1x za 14 dní, 4 % měsíčně a 4 % delší časový interval. V Pelhřimově jsou kategorie následovně: 32 % 1x za týden, 18 % denně, 6 % měsíčně, 3 % 1x za 14 dní a 3 % delší časový interval. V Kamenici nad Lipou jako v jediném městě nejsou zastoupeny všechny kategorie. Respondenti jsou v kontaktu s rodinnými příslušníky 1x za 14 dní (20 %), několikrát týdně (15 %) a 1x za týden (10 %). Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Otázka č. 11 zkoumala, jak častý je kontakt s přáteli.

Tabulka č. 10: Kontakt s přáteli

	Denně	několikrát týdně	1x týdně	1x za 14 dní	měsíčně	delší časový interval	nemám blízké přátele
Jihlava	36 % (11/7)	42 % (21/0)	22 % (11/0)	0 %	0 %	0 %	0 %
Pelhřimov	6 % (0/2)	32 % (8/3)	29 % (10/0)	9 % (2/1)	12 % (3/1)	6 % (0/2)	6 % (1/1)
Kamenice nad Lipou	5 % (1/0)	35 % (5/2)	20 % (1/3)	30 % (3/3)	5 % (1/0)	5 % (1/0)	0 %

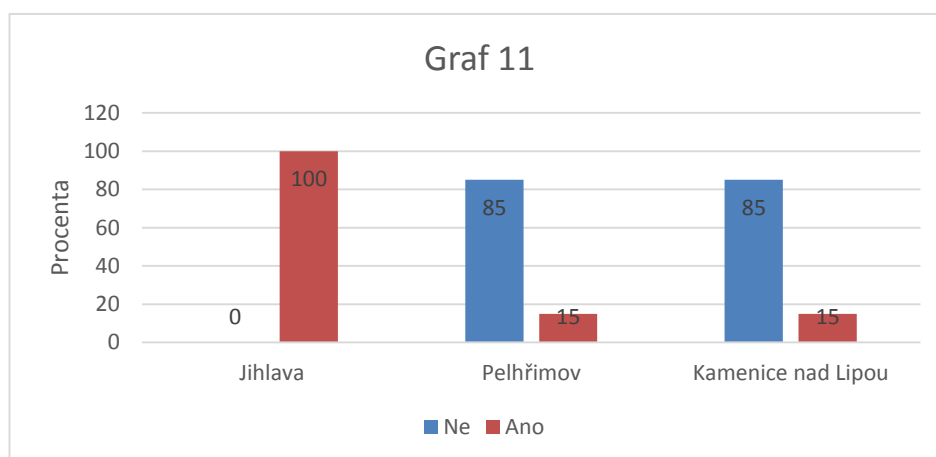


Z grafu i tabulky můžeme vyčíst, že ve všech šetřených městech převažuje kontakt s přáteli několikrát týdně (Jihlava 42 %, Pelhřimov 32 % a Kamenice nad Lipou 35 %). Dále v Jihlavě jsou zastoupeny pouze kategorie denně (36 %) a 1x za týden (22 %). V Pelhřimově vyšly výsledky takto: 29 % 1x za týden, 12 % měsíčně, 9 % 1x za 14 dní, 6 % denně i kategorie delší časový interval a nemám blízké přátele. V Kamenici jsou kategorie následovně: 35 % několikrát týdně, 30 % 1x za 14 dní, 20 % 1x za týden a zbylé kategorie (denně, měsíčně a delší časový interval) stejně po 5 %. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 10.

12. otázka se zaměřila na využívání sociálních služeb

Tabulka č. 11: Sociální služby

	Ne	Ano
Jihlava	0 %	100 % (43/7)
Pelhřimov	85 % (21/8)	15 % (3/2)
Kamenice nad Lipou	85 % (9/5)	15 % (2/1)

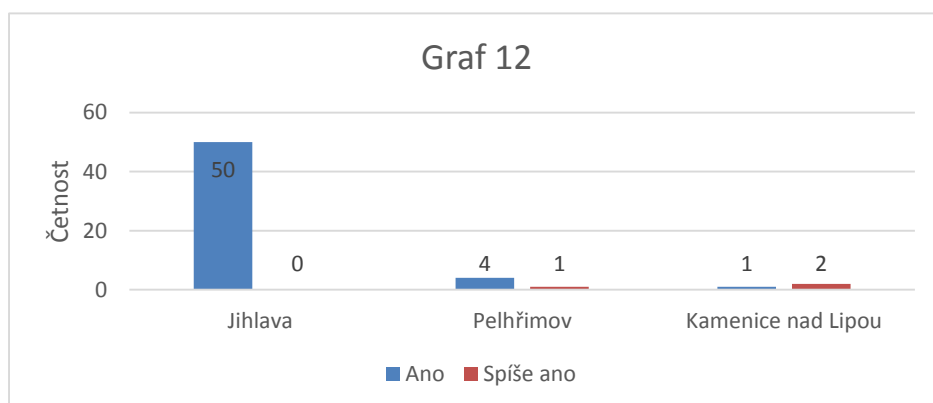


Jelikož v Jihlavě všichni respondenti byli klienty Klubu seniorů, sociální službu tedy využívá 100 %. Mimo této služby další 4 klienti využívají terénní pečovatelskou službu – nejčastěji pro donášku oběda. Terénní pečovatelskou službu využívá 15 % respondentů jak v Pelhřimově, tak i v Kamenici nad Lipou. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 11.

Na otázku č. 13 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano, jelikož se týkala spokojenosti služeb.

Tabulka č. 12: Spokojenost služeb

	Ano	Spíše ano
Jihlava	50 (43/7)	0
Pelhřimov	4 (3/1)	1 (0/1)
Kamenice nad Lipou	1 (0/1)	2 (1/1)



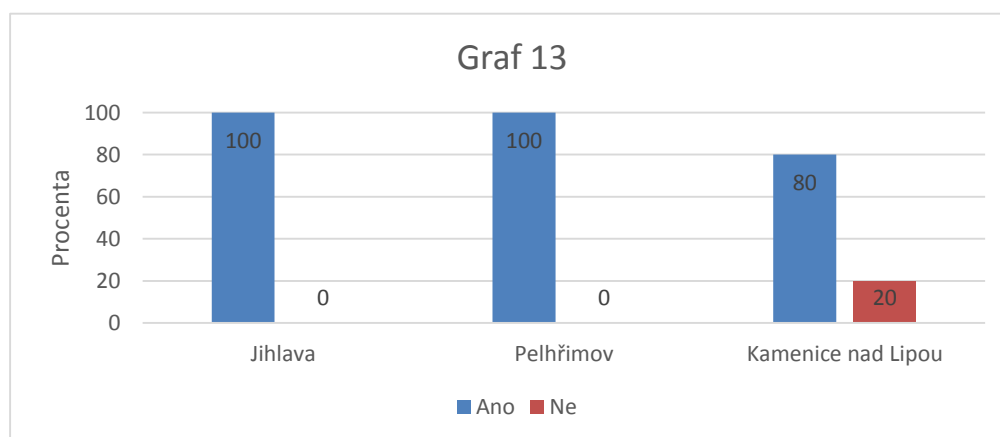
V Jihlavě všichni respondenti odpověděli, že jsou spokojeni se službou. Jelikož byla focus group vedena přímo v Klubu seniorů, hodnotila bych jejich vyjádření spokojenosti poněkud shovívavě. Pochybuji o tom, že by ani jeden z klientů neměl podněty pro zlepšení Klubu seniorů či nějakou připomínku. V Pelhřimově jsou spokojeni s terénní pečovatelskou službou 4 klienti a spíše ano 1 klient. V Kamenici nad Lipou jsou spíše spokojeni 2 respondenti a spokojen 1 respondent.

14. otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondentům chybí nějaká sociální služba. Na tuto otázku všichni respondenti odpověděli, že jim žádná nechybí. Avšak později si několik těchto respondentů protiřečilo při závěrečné otázce (viz 29. otázka).

15. otázka byla zaměřena na zájem o dění ve městě.

Tabulka č. 13: Zájem o dění ve městě

	Ano	Ne
Jihlava	100 % (43/7)	0 %
Pelhřimov	100 % (24/10)	0 %
Kamenice nad Lipou	80 % (10/6)	20 % (2/2)

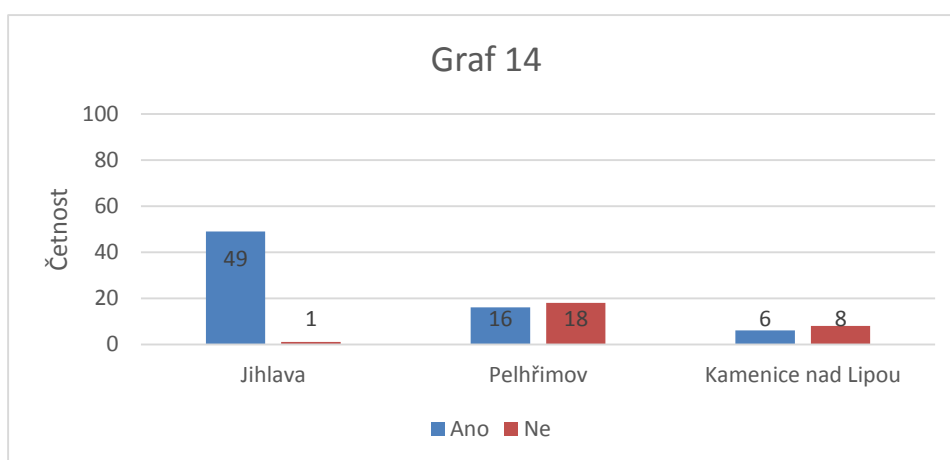


Z grafu je zřejmé, že 100 % respondentů z Jihlavy a Pelhřimova se zajímá o dění ve městě. Pouze v Kamenici nad Lipou se zajímá o dění ve městě 80 % z dotazovaných a 20 % respondentů ne.

Na otázku s číslem 16 měli odpovídat ti, co souhlasně odpověděli na předchozí otázku. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se angažují ve spolcích, sdruženích apod. Bohužel dva respondenti z Kamenice nad Lipou neodpověděli.

Tabulka č. 14: Angažování ve spolcích

	Ano	Ne
Jihlava	49 (42/7)	1 (1/0)
Pelhřimov	16 (11/5)	18 (13/5)
Kamenice nad Lipou	6 (3/3)	8 (6/3)

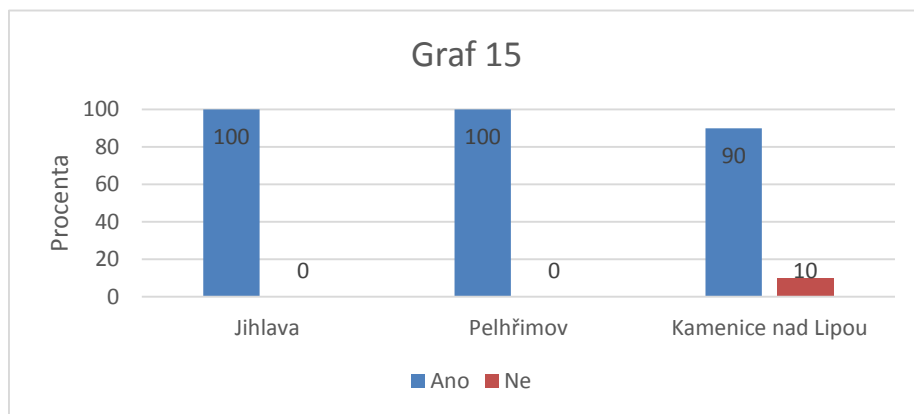


V Jihlavě se angažuje 49 respondentů a pouze jeden respondent ne. V Pelhřimově se 18 respondentů neangažuje ve spolcích oproti 16 respondentům. V Kamenici nad Lipou se neangažuje 8 respondentů a 6 respondentů ano.

17. otázka se týkala sledování dění v České republice i ve světě.

Tabulka č. 15: Sledování dění v ČR a ve světě

	Ano	Ne
Jihlava	100 % (43/7)	0 %
Pelhřimov	100 % (24/10)	0 %
Kamenice nad Lipou	90 % (11/7)	10 % (1/1)

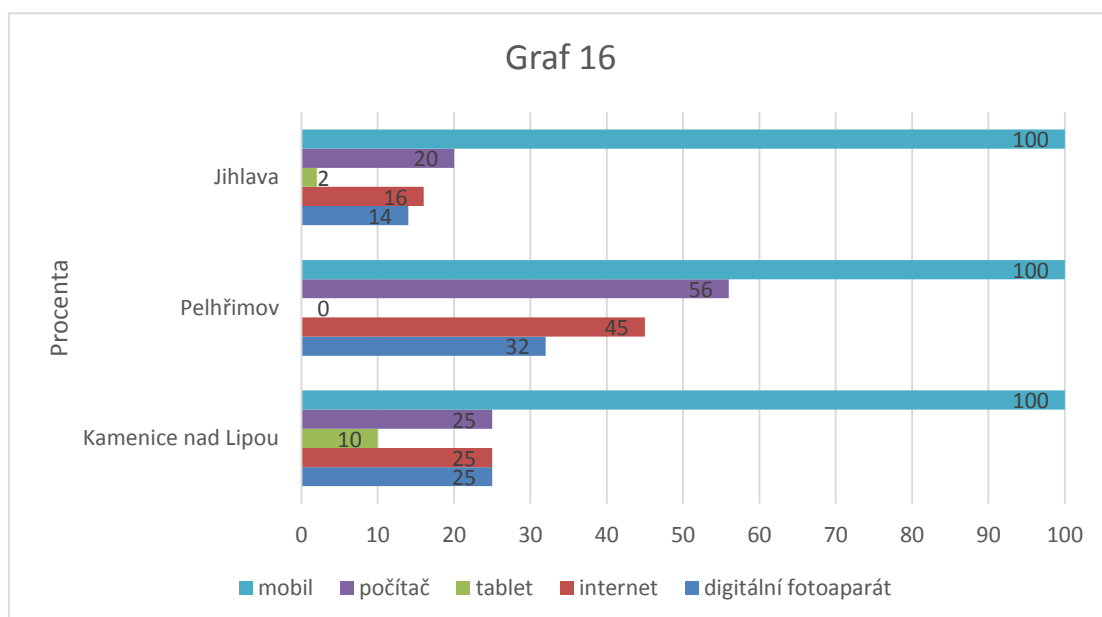


Z grafu je patrné, že 100 % respondentů z Jihlavy a Pelhřimova sleduje dění ve světě i v ČR. Pouze v Kamenici nad Lipou sleduje dění 90 % a 10 % respondentů ne.

18. otázkou jsem chtěla zjistit, jak senioři ovládají moderní technologii.

Tabulka č. 16: Používání technologií

	Mobil	Počítač	Tablet	Internet	Digitální fotoaparát
Jihlava	100 % (43/7)	20 % (7/3)	2 % (1/0)	16 % (5/3)	14 % (3/4)
Pelhřimov	100 % (24/10)	56 % (11/8)	0 %	45 % (10/5)	32 % (7/4)
Kamenice nad Lipou	100 % (12/8)	25 % (2/3)	10 % (1/1)	25 % (2/3)	25 % (2/3)

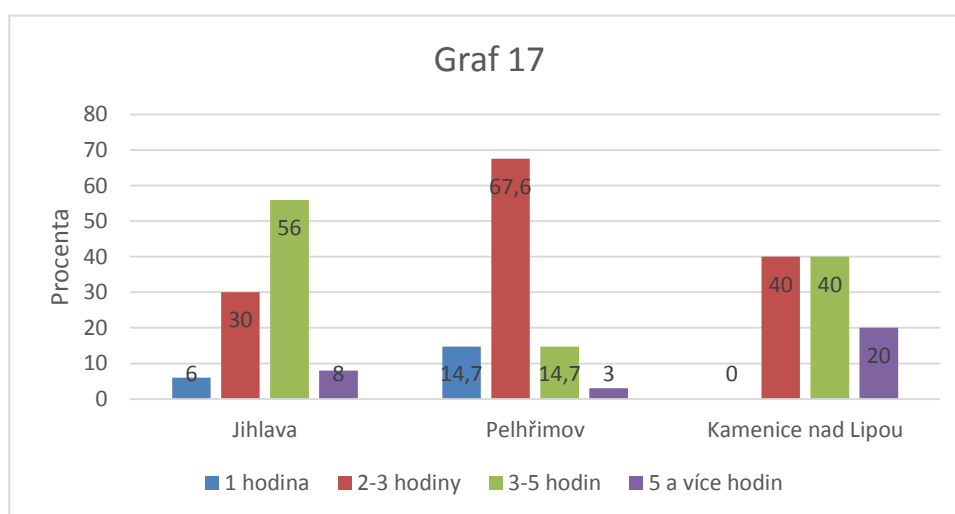


Ve všech městech ovládá mobil 100 % respondentů. Dále nejvíce používají počítač – přesněji v Jihlavě 20 %, v Pelhřimově 56 % a v Kamenici nad Lipou 25 %. Poté 45 % respondentů z Pelhřimova dokáže ovládat internet (45 %) a digitální fotoaparát (32 %). Na druhou stranu v Pelhřimově jako v jediném městě ani jeden z respondentů nepoužívá tablet. V Jihlavě dále nejvíce používají internet (16 %), digitální fotoaparát (14 %) a pouze 2 % respondentů ovládá tablet. V Kamenici nad Lipou 25 % respondentů používá jak internet, tak i digitální fotoaparát. Zbylých 10 % používá tablet. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 16.

19. otázka zněla, kolik hodin denně se díváte na televizi.

Tabulka č. 17: Sledování televize

	1 hodina	2–3 hodiny	3–5 hodin	5 a více hodin
Jihlava	6 % (1/2)	30 % (11/4)	56 % (27/1)	8 % (4/0)
Pelhřimov	14,7 % (2/3)	67,6 % (18/5)	14,7 % (3/2)	3 % (1/0)
Kamenice nad Lipou	0 %	40 % (5/3)	40 % (5/3)	20 % (2/2)

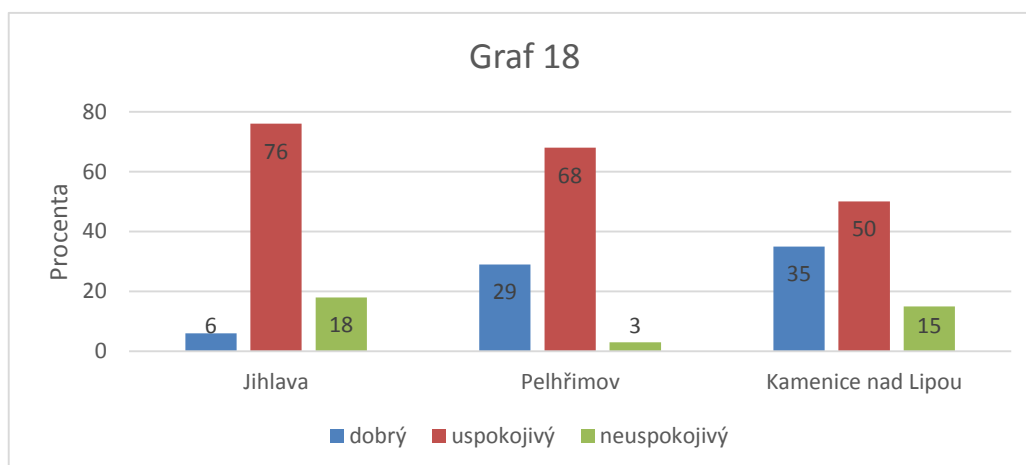


V Jihlavě se nejvíce respondentů dívá na televizi 3–5 hodin (56 %), 30 % se dívá 2–3 hodiny, 8 % 5 a více hodin a 6 % respondentů 1 hodinu. V Pelhřimově se největší počet respondentů dívá na televizi 2–3 hodiny (67,6 %), 14,7 % se stejně dívá 1 hodinu a 3–5 hodin, zbylá 3 % 5 a více hodin. V Kamenici nad Lipou se 40 % dívá 2–3 hodiny, stejné procento respondentů se dívá 3–5 hodin a zbylých 20 % 5 a více hodin. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 17.

20. otázkou měli respondenti hodnotit své zdraví.

Tabulka č. 18: Zdraví

	dobry	uspokojivy	neuspokojivy
Jihlava	6 % (2/1)	76 % (33/5)	18 % (8/1)
Pelhřimov	29 % (6/4)	68 % (18/6)	3 % (1/0)
Kamenice nad Lipou	35 % (4/3)	50 % (7/4)	15 % (1/2)

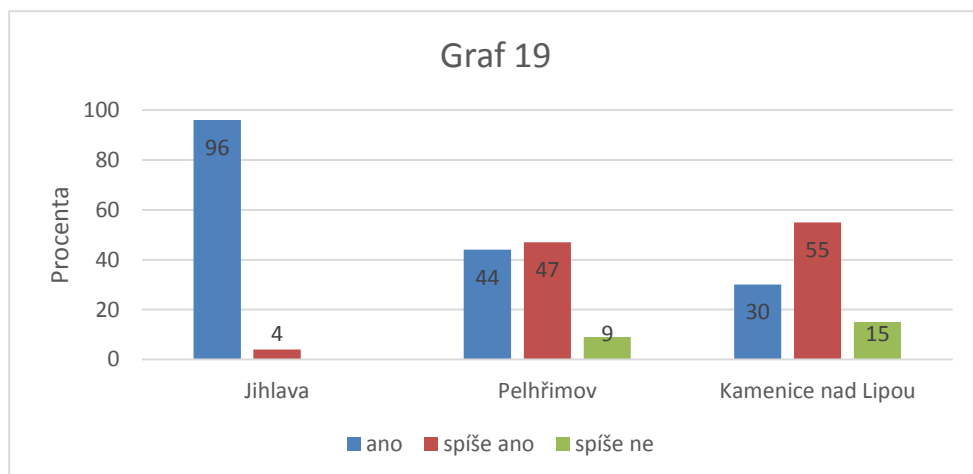


V dotazníku ani jeden z respondentů nevyužil odpovědi výborný. Nicméně ve všech městech mají nejvíce respondenti uspokojivý zdravotní stav (Jihlava 76 %, Pelhřimov 68 % a Kamenice nad Lipou 50 %). V Jihlavě pak 18 % respondentů má neuspokojivý zdravotní stav a 6 % dobrý. V Pelhřimově 29 % vyplnilo dobrý zdravotní stav a pouze 3 % neuspokojivý. V Kamenici nad Lipou 35 % zaškrtnulo dobrý zdravotní stav a 15 % neuspokojivý. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 18.

21. otázka měla zjistit, jak jsou respondenti spokojeni s dostupností a úrovní zdravotní péče ve městě.

Tabulka č. 19: Spokojenost se zdravotní péčí

	ano	spíše ano	spíše ne
Jihlava	96 % (41/7)	4 % (2/0)	0 %
Pelhřimov	44 % (10/5)	47 % (12/4)	9 % (2/1)
Kamenice nad Lipou	30 % (4/2)	55 % (7/4)	15 % (1/2)

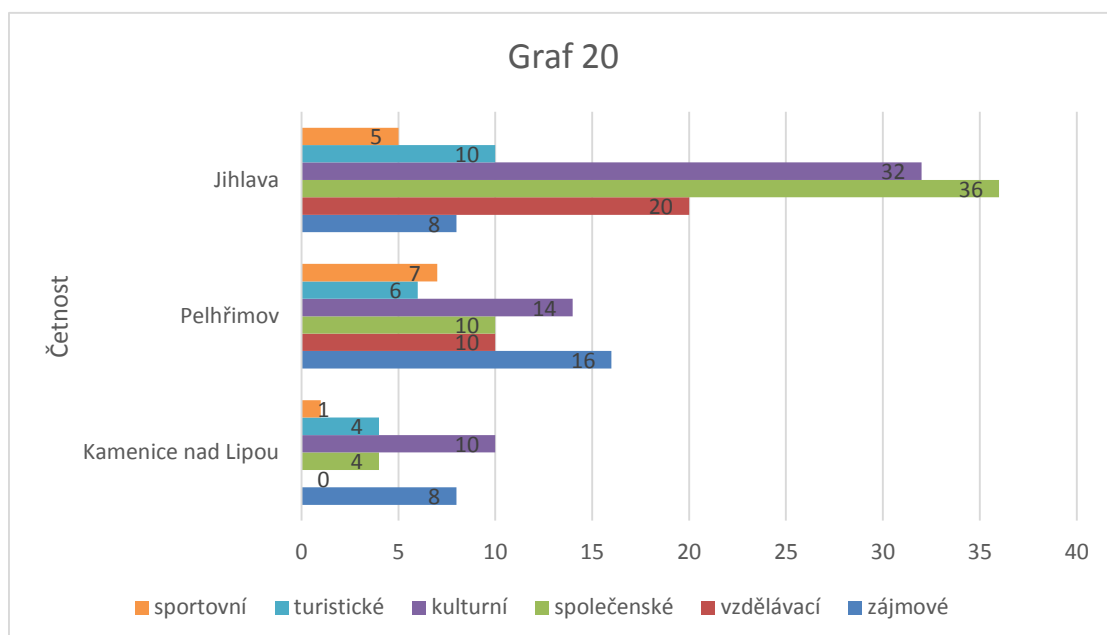


V krajském městě Jihlava 96 % respondentů je spokojeno a zbylá 4 % spíše spokojeno. V Pelhřimově 47 % spíše ano, 44 % spokojeno a 9 % spíše ne. V Kamenici nad Lipou 55 % spíše spokojeno, 30 % spokojeno a 15 % spíše ne. Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 19.

22. otázka se týkala účasti respondentů na volnočasových aktivitách ve městě.

Tabulka č. 20: Volnočasové aktivity

	sportovní	turistické	kulturní	společenské	vzdělávací	zájmové
Jihlava	5 (2/3)	10 (8/2)	32 (30/2)	36 (32/4)	20 (15/5)	8 (7/1)
Pelhřimov	7 (4/3)	6 (3/3)	14 (11/3)	10 (7/3)	10 (10/0)	16 (13/3)
Kamenice nad Lipou	1 (0/1)	4 (2/2)	10 (8/2)	4 (2/2)	0	8 (4/4)

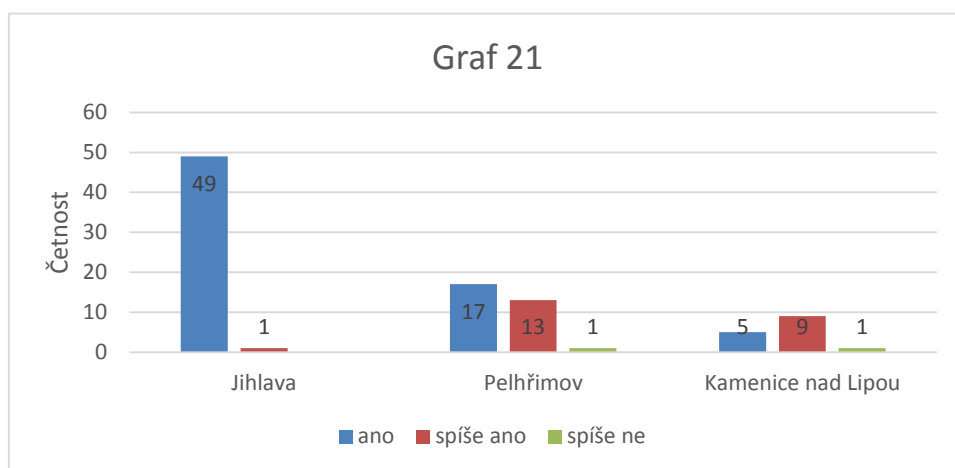


Z výsledků znázorněných v tabulce a v grafu je zřejmé, že v Jihlavě jsou volnočasové aktivity zastoupeny takto: 36 respondentů se účastní společenských aktivit, 32 kulturních, 20 vzdělávacích, 10 turistických, 8 zájmových a 5 sportovních. V Pelhřimově se respondenti nejvíce účastní zájmových (16), poté kulturních (14), společenských a vzdělávacích 10 respondentů, 7 sportovních a 6 turistických. V Kamenici nad Lipou se 10 respondentů účastní kulturních aktivit, poté zájmových (8), turistických a společenských 4 respondenti a jeden respondent sportovních aktivit.

23. otázka zjišťovala spokojenost s dostupností a úrovní volnočasových aktivit.

Tabulka č. 21: Spokojenost s volnočasovými aktivitami

	Ano	spíše ano	spíše ne
Jihlava	49 (42/7)	1 (1/0)	0
Pelhřimov	17 (15/2)	13 (7/6)	1 (1/0)
Kamenice nad Lipou	5 (3/2)	9 (5/4)	1 (1/0)

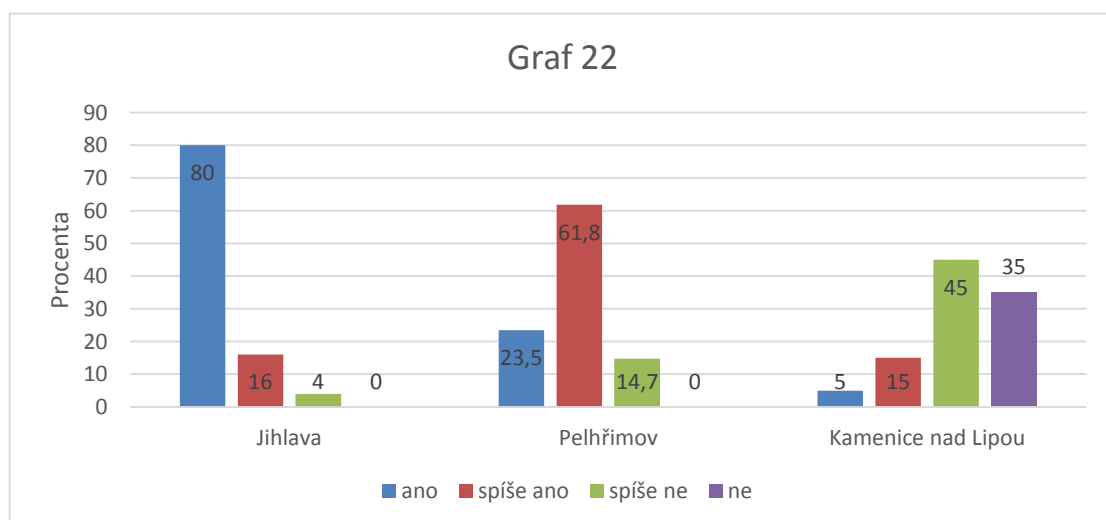


V Jihlavě je 49 respondentů spokojeno a pouze jeden respondent spíše ano. V Pelhřimově 17 spokojeno, 13 spíše ano a jeden spíše ne. V Kamenici nad Lipou je 9 respondentů spíše spokojeno, 5 spokojeno a jeden spíše ne.

24. otázkou respondenti hodnotili svoji spokojenost s řešením bezbariérovosti ve městě.

Tabulka č. 22: Bezbariérovost

	ano	spíše ano	spíše ne	ne
Jihlava	80 % (33/7)	16 % (8/0)	4 % (2/0)	0 %
Pelhřimov	23,5 % (6/2)	61,8 % (14/7)	14,7 % (4/1)	0 %
Kamenice nad Lipou	5 % (1/0)	15 % (2/1)	45 % (5/4)	35 % (4/3)

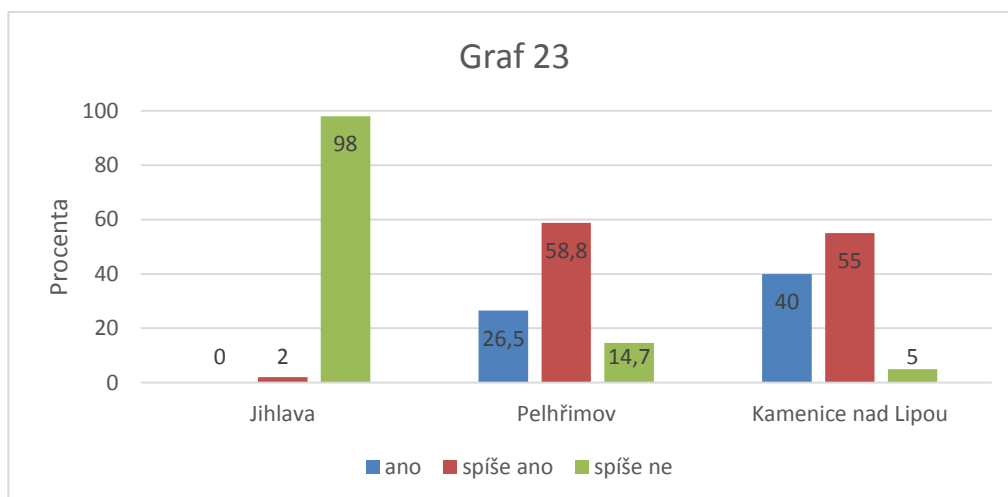


S řešením bezbariérovosti je spokojeno v Jihlavě 80 % respondentů, 16 % spíše ano a 4 % spíše ne. V Pelhřimově je nejvíce zastoupena kategorie spíše ano (61,8 %), poté ano (23,5 %) a spíše ne (14,7 %). Jedině v Kamenici nad Lipou převládá spíše nespokojen/a (45 %), nespokojen/a (35 %), spíše spokojen/a (15 %) a spokojen/a (5 %). Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 22.

25. otázka zkoumala, jak jsou respondenti spokojeni s bezpečností ve městě.

Tabulka č. 23: Bezpečnost

	ano	spíše ano	spíše ne
Jihlava	0 %	2 % (1/0)	98 % (42/7)
Pelhřimov	26,5 % (6/3)	58,8 % (14/6)	14,7 % (4/1)
Kamenice nad Lipou	40 % (5/3)	55 % (6/5)	5 % (1/0)

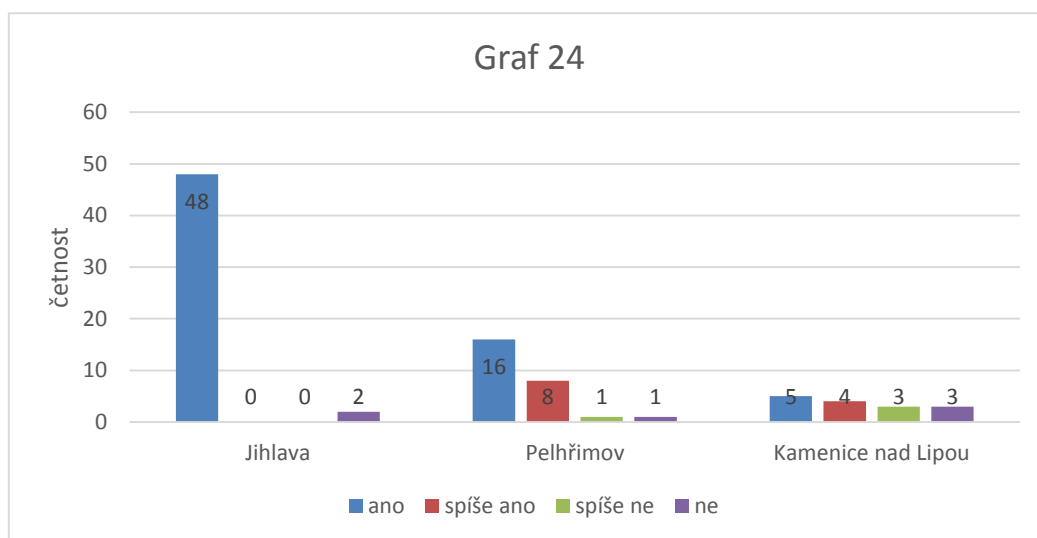


V Jihlavě bylo 98 % respondentů spíše nespokojeno s bezpečností ve městě. V Pelhřimově 58,8 % spíše spokojeno, 26,5 % spokojeno a zbylých 14,7 % respondentů spíše nespokojeno. V Kamenici nad Lipou je nejvíce zastoupena kategorie spíše ne (55 %), ano (40 %) a spíše ne (5 %). Absolutní hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 23.

Další otázka s číslem 26 zjišťovala spokojenost se sítí MHD ve městě

Tabulka č. 24: MHD

	Ano	spíše ano	spíše ne	ne
Jihlava	48 (42/7)	0	0	2 (2/0)
Pelhřimov	16 (12/4)	8 (5/3)	1 (1/0)	1 (1/0)
Kamenice nad Lipou	5 (4/1)	4 (2/2)	3 (1/2)	3 (2/1)



V Jihlavě 48 respondentů uvedlo, že je spokojeno se sítí MHD. V Pelhřimově ani v Kamenici nad Lipou neodpověděli všichni respondenti. V Pelhřimově 16 respondentů je spokojeno, 8 respondentů spíše spokojeno, jeden respondent spíše ne a jeden ne. V Kamenici nad Lipou je spokojeno 5 respondentů, 4 respondenti spíše ano, 3 spíše ne a 3 respondenti ne.

Otázka 27 již byla otevřená a zněla takto: Jaké aktivity Vám přinášejí radost? Pro přehlednou prezentaci výsledků jsem využila tabulky č. 25, 26, 27 v absolutních číslech (uvedeny v pořadí ženy/muži).

Aktivity v Jihlavě (výsledky sekundárního šetření)

Tabulka č. 25: Aktivity v Jihlavě

Aktivita	Počet
Zájezdy s Klubem seniorů	50 (43/7)
Rodina	30 (23/7)
Volnočasové aktivity	45 (38/7)
Četba	32 (27/5)
Procházky	12 (8/4)
Zahradkaření	9 (6/3)
Křížovky	8 (7/1)

Aktivity v Pelhřimově

Tabulka č. 26: Aktivity v Pelhřimově

Aktivita	Počet
Rodina	34 (24/10)
Turistika	18 (10/8)
Četba	20 (16/4)
Houbaření	10 (1/9)
Zahradkaření	13 (8/5)
Rybaření	8 (0/8)
Poslech hudby	5 (4/1)
Cestování	7 (3/4)
Chataření	9 (4/5)
Křížovky	28 (24/4)
Volnočasové aktivity	30 (23/7)
Dobrovolnictví	10 (9/1)
Myslivectví	2 (0/2)
Motorismus	1 (0/1)

Aktivity v Kamenici nad Lipou

Tabulka č. 27: Aktivity v Kamenici nad Lipou

Aktivita	Počet
Rodina	20 (12/8)
Zahrádkaření	13 (8/5)
Houbaření	6 (2/4)
Četba	16 (10/6)
Vaření	7 (4/3)
Seriály v televizi	4 (3/1)
Ruční práce	3 (3/0)
Rybaření	3 (0/3)
Péče o domácí zvířata	2 (2/0)
Koupaliště	2 (1/1)
Provoz vlastní železniční osobní dopravy	1 (0/1)
Procházky	1 (1/0)

Další otázka s číslem 28 zkoumala, co nejvíce zhoršuje život seniorům ve městě.

Přehledné odpovědi jsou znázorněny v následujících tabulkách č. 28, 29 a 30 v absolutních hodnotách (uvedeny v pořadí ženy/muži).

Jihlava

Tabulka č. 28: Jihlava

Aktivita	Počet
Neřešení romské otázky	46 (44/2)
Neohleduplnost mladší generace	21 (17/4)
Pochybné prodeje a nabídky	9 (6/3)

Pelhřimov

Tabulka č. 29: Pelhřimov

Aktivita	Počet
Špatná údržba chodníků	16 (12/4)
Dlouhé čekání u lékaře	9 (4/5)
Nezájem občanů	8 (4/4)

Kamenice nad Lipou

Tabulka č. 30: Kamenice nad Lipou

Aktivita	Počet
Špatná údržba chodníků	20 (12/8)
Chybějící či nedostatečná MHD	15 (7/8)
Nedostatek doktorů	15 (8/7)
Dojíždění do nemocnice	10 (5/5)
Nedostatek kultury	5 (3/2)
Uzavírání malých obchodů	2 (2/0)

29. otázka zněla takto: Co by Vám osobně zlepšilo ve městě život?

Na tuto otázku z Jihlavy všichni respondenti odpověděli, že jim osobně nic nechybí. Avšak při sekundárním šetření vyšlo najevo, že by 2 respondenti uvítali více laviček u MHD dopravy. V Pelhřimově 31 respondentů také odpovědělo, že jim nic nechybí. Pouze tři respondenti odpověděli takto: větší ohleduplnost občanů, více policistů a znovuzavedení týdenních relaxačních pobytů v lázních. V Kamenici nad Lipou rozvedlo odpověď sedm respondentů následovně: 3 respondenti by si přáli více parkovacích míst, další názory jsou zastoupeny jednohlasně – penzion pro seniory či denní stacionář; kavárna blízko bydliště, znovuotevření finančního a živnostenského úřadu ve městě; znovuotevření kina; zajištění očního doktora, neurologa, rentgenu a zubní laboratoře.

5.5. Shrnutí výsledků

Z výsledků šetření vyšlo najevo, že výpovědní hodnoty nejsou reprezentativní, jelikož vzorek není souměrný mezi všemi zkoumanými sídly, a je tedy omezen limitem zjištěných dat. Jednou z hlavních příčin je obtížné získávání dat od seniorů. Pokud senioři nechodí do žádného klubu seniorů či U3V, není možno se k nim, kromě dalšího kontaktu od sousedů či přátel, přiblížit a získat od nich data. Tím je však toto šetření omezeno o určitou kategorii vyloučených seniorů, kteří nemusí mít dobré zdraví ani dostatečné kontakty s blízkými a s okolím.

Nejvyšší počet respondentů se docílil v Jihlavě pomocí focus group v Klubu seniorů. Avšak zde bylo velké omezení u otevřených otázek, které se pak musely zjišťovat při sekundárním šetření, a to s každým respondentem o samotě.

Nejnižší počet respondentů byl získán v Kamenici nad Lipou. Při analýze dat byl nalezen „Průzkum spokojenosti občanů se životem v Kamenici nad Lipou“ (Procházka, 2014) ze srpna 2014. Tohoto průzkumu se zúčastnilo 158 respondentů, z nichž 33 % tvořili obyvatelé nad 60 let. Ze zmiňovaného průzkumu vyplývá, že 78 % dotazovaných považuje za nutné a potřebné vybudovat denní stacionář a dále 51 % respondentů by mělo zájem o bydlení v Domově pro seniory, který se staví již několik let pod záštitou Farní charity Kamenice nad Lipou a města Kamenice nad Lipou.

Pro shrnutí výsledků nerozvádím všechny otázky z dotazníku, z hlediska jejich malé výpovědní hodnoty a možného opakování výsledků.

Úvodní otázky 1–7 zjišťovaly základní údaje o dotazovaných využitých pro statistiku (věk, pohlaví, vzdělání...).

Na otázku č. 5 většina respondentů odpověděla, že nepobírají žádné sociální dávky. Tato skutečnost může být však ovlivněna tím, že všechny respondenty můžeme počítat mezi aktivní seniory žijící doma. Tedy tito respondenti díky dobrému zdravotnímu stavu jsou soběstační a mohou stále vykonávat (u některých pouze do jisté míry) své oblíbené činnosti.

U otázky č. 8 respondenti v Pelhřimově a v Kamenici nad Lipou nejčastěji odpověděli, že žijí s rodinným příslušníkem či partnerem. V Jihlavě přes 70 % respondentů žilo samo (byli vdovci, rozvedeni či svobodní), čímž se liší od ostatních sídel. Dle vlastního pozorování v Kamenici nad Lipou respondenti dokonce nejčastěji bydleli ve společném rodinném domě či dvojdomku se svými dětmi a jejich rodinami.

Z otázky č. 9 zaměřené na zjištění finančního stavu vyplynulo, že respondenti ve všech sledovaných městech hodnotí svoji finanční situaci jako průměrnou.

Na otázku č. 10, která zjišťovala kontakt s rodinnými příslušníky, nejvíce respondentů odpovědělo denní kontakt (kromě Pelhřimova, kde odpověděli několikrát týdně) s rodinným příslušníkem. I když senior bydlí doma sám, jeho děti se alespoň po práci na chvíli zastaví. Je to odůvodněno i menší rozlohou města, kdy obzvláště v Kamenici nad Lipou a v Pelhřimově mají takovou návštěvu příbuzní často po cestě domů z práce. V Jihlavě 70 % respondentů žije samo, přesto 58 % respondentů je v kontaktu s rodinou. Po sekundárním šetření jsem zjistila, že dotazovaní považují za určitou formu kontaktu i telefonní hovor. Takto si mnoho z nich každý večer volá s rodinnými příslušníky.

Otázka č. 11 zkoumala kontakt s přáteli. Zde nejvíce respondentů bylo v kontaktu s přáteli několikrát týdně. V Jihlavě může být kontakt s přáteli ovlivněn i tím, že mnoho z nich chodí

do klubu seniorů se svými přáteli, či je zde získali. V Pelhřimově a v Kamenici nad Lipou často přátelé bydlí blízko sebe, či se navzájem navštěvují po cestě na nákup, z knihovny apod. V otázce č. 12, která zjišťovala využívání sociálních služeb, většina respondentů označila, že žádnou nepoužívá. Pokud opominu 100% užívání Klubu seniorů v Jihlavě, tak využívalo pouze několik respondentů ze všech zkoumaných sídel terénní pečovatelskou službu. Tu však používají pouze jako donášku obědů či pro nutné úklidové činnosti. V Kamenici nad Lipou ale vyšlo najevo, že by jeden respondent uvítal denní stacionář či penzion pro seniory ve městě (viz otázka č. 29). Respondentovu poptávku potvrdil i průzkum s názvem „Průzkum spokojenosti občanů se životem v Kamenici nad Lipou“. Z výsledků tohoto průzkumu usuzuji, že o tyto služby by měli zájem i rodinní příslušníci seniorů, kteří se podle mého názoru často o své blízké sami starají. (Procházka, 2014)

Otázka č. 13 zjišťovala spokojenost se službou, se kterou všichni respondenti (uživatelé služby Klub seniorů) v Jihlavě jsou spokojeni. Zde bych si však s upřímnou a pravdivou odpovědí nebyla tolik jistá, jelikož dotazník vyplňovali s vedoucí Klubu seniorů. Jinak v Pelhřimově a v Kamenici nad Lipou byli respondenti spokojeni s výjimkou jednoho v Pelhřimově a dvou respondentů v Kamenici nad Lipou, kteří byli spíše spokojeni.

17. otázka se týkala sledování dění v ČR i ve světě, kdy 100 % respondentů v Jihlavě, Pelhřimově a 90 % respondentů v Kamenici nad Lipou odpovědělo pozitivně. Podle mého názoru je to ovlivněno i zvýšenou sledovaností televize (viz otázka č. 19).

V otázce č. 18, která zjišťovala používání technologických nástrojů, se ukázalo, že 100 % respondentů ovládá mobilní telefon a dále okolo 20 % respondentů (v Pelhřimově 58 %) používá i počítač. Z toho usuzuji, že se dostáváme ke generaci, která již bez problémů ovládá mobilní telefony a pomalu se u ní zvyšuje i procento užívání počítačů. V dnešní době se přestávají používat pevné telefonní linky, a tak jediná možnost kontaktu seniorů se svými blízkými je pomocí mobilního telefonu. U zvýšeného procenta používání počítačů podle mého názoru může hrát roli i větší veřejná nabídka kurzů ovládání počítačů pro seniory. Mimoto se také nejmladší kategorie respondentů mohla již s počítači setkat při vykonávání svých povolání. Nicméně není dosud zjištěno, jak moc ovlivňuje kvalitu života schopnost ovládání technologie mezi nejstarší generací. Domnívám se, že tato generace má velké bariéry k nové technologii. Pokud se například nikdy nesetkali ve svém životě s počítačem, nemají pocit, že by jim něco scházelo, a nemají potřebu naučit se ho ovládat.

Na otázku č. 19, která zjišťovala sledování televize, vyšlo najevo, že respondenti se nejčastěji dívají na televizi 2–3 hodiny, nebo dokonce i více. Během sekundárního šetření jsem zjistila, že se respondenti obvykle dívají na televizi večer, kdy začínají nekonečným seriálem,

pokračují sledováním televizních novin a poté sledují své oblíbené seriály. Skupina respondentů, jež se dívá na televizi 5 a více hodin, má televizi podle mého názoru také jako zvukovou kulisu ke svým dalším činnostem.

Otázka č. 20 zjišťovala zdravotní stav seniorů. Nejvíce respondentů uvedlo uspokojivý stav. Podle jejich zdravotního stavu usuzují, že mohou mít vyšší kvalitu života, protože mohou bez velkého omezení dělat všechny své oblíbené činnosti. Vzhledem k tomu, že šetření mé bakalářské práce bylo zaměřeno na aktivní seniory, kteří žijí doma a jsou stále soběstační, je jasné, že se v této otázce nemohla ukázat skupina seniorů, kteří jsou ve špatném zdravotním stavu, či využívají sociální pobytovou službu.

Otázka č. 21 poté zkoumala spokojenost s dostupností a úrovní zdravotní péče. Pouze v Jihlavě nejvíce respondentů uvedlo spokojenost se zdravotní péčí. V Pelhřimově byli respondenti spíše spokojeni, stejně tak i v Kamenici nad Lipou. Avšak čím menší bylo zkoumané město, tím se zvyšovalo procento „spíše nespokojen“. Z toho vyplývá, že se zmenšujícím se sídlem se zmenšuje i nabídka zdravotních služeb. U otevřené otázky č. 29 vyšlo najevo, že v Kamenici nad Lipou chybí oční lékař, zubní laboratoř a rentgenologie. Během vlastního pozorování jsem zjistila, že v Kamenici nad Lipou se nachází jedno zdravotní středisko. V něm ordinuje denně pouze praktický a dětský lékař, stomatolog a fyzioterapeut. Ostatní lékaři ordinují pouze 1–3x týdně (chirurg, interní lékař, gynekolog) nebo na objednání (neurolog, dermatolog, logoped a psycholog). Mimoto se však v Kamenici nad Lipou od 1. července 2011 nově nachází základna Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina.

Otázka č. 22 byla zaměřena na volnočasové aktivity seniorů. V Jihlavě nejvíce respondentů využívá společenské a kulturní aktivity. V Pelhřimově nejvíce dotazovaných využívá zájmových aktivit a v Kamenici nad Lipou kulturních. I když není zastoupení všech sídel souměrné, je jasné, že s menším sídlem se zmenšuje i množství a výběr volnočasových aktivit. Ze šetření vyplynulo, že respondenti z Kamenice nad Lipou postrádají širší nabídku kulturních programů (viz výsledky šetření: otázka č. 28). Nicméně z vlastního pozorování vyšlo najevo, že kulturní aktivity provozuje Městská knihovna (semináře, přednášky, výstavy, workshopy) a správa města podporuje programy v Kulturním domě (koncerty, divadlo, plesy, Senior párty) a na zámku Kamenice nad Lipou, jenž je ve správě Městského muzea Kamenice nad Lipou a Uměleckoprůmyslového musea v Praze. Dle mého názoru je kulturní nabídka bohatá, kromě nedávno zrušeného kina, které bude v provozu pouze v sobotu během letních měsíců.

V otázce č. 24 respondenti hodnotili spokojenost s řešením bezbariérovosti. V Jihlavě 80 % respondentů bylo spokojeno, avšak v Pelhřimově bylo spíše spokojeno pouze 62 %. V Kamenici nad Lipou bylo 45 % respondentů spíše nespokojeno, a dokonce 35 % nespokojeno s řešením bezbariérovosti. Dle vlastního pozorování ve městě mohu potvrdit, že bezbariérovost zde není vlastně vůbec řešena. Kromě několika zábradlí u obchodů se po celém městě nachází stále mnoho schodů, ale hlavním problémem je velmi špatný stav chodníků. Na chodníky si i mnoho respondentů stěžovalo (viz otázka č. 28).

V otázce č. 25 se zjišťovala spokojenost s bezpečností ve městě. V Jihlavě dokonce 98 % respondentů nebylo spokojeno. Podle sekundárního šetření je nejčastějším důvodem nevyřešená otázka Romů (viz otázka č. 28). Několik respondentů dokonce přiznalo, že byli přepadeni právě tímto etnikem, a to během procházky městem či při nakupování. Z analýzy dokumentů jsem zjistila, že v Jihlavě existuje pro Romy pouze Erko – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež. V Pelhřimově a Kamenici nad Lipou byli respondenti nejčastěji spíše spokojeni.

Na otázku č. 26, která zkoumala spokojenost s MHD, neodpověděli všichni respondenti. V Kamenici nad Lipou takto neodpovědělo 25 % respondentů. Příčinou je skutečnost, že v Kamenici nad Lipou není zavedena žádná městská doprava. Proto se domnívám, že tato otázka mohla u respondentů vzbudit rozpaky a respondenti tak považovali MHD za dopravu mezi okolními městy. Nicméně přes chybějící MHD zde existuje fakultativní služba Farní charity Kamenice nad Lipou, která zajišťuje odvozy autem k lékaři, na nákupy, na hřbitov či doprovody při těchto odvozech. Podobnou službu zajišťuje soukromá zdravotní dopravní služba z Černovic, kterou garantuje zdravotní středisko Kamenice nad Lipou. Bohužel jsem nezjistila, zda jsou tyto služby pro seniory finančně dostupné. Zato v Jihlavě a v Pelhřimově bylo nejvíce respondentů s MHD spokojeno.

V otevřené otázce č. 27 zjišťující oblíbené aktivity se nejvíce ve všech sledovaných sídlech objevovala četba, zahrádkaření a rodina. Z toho usuzuji, že dotazovaní respondenti jsou rádi v kolektivu rodiny a že často zahrádkaření vykonávají na svých chalupách nebo na malé zahrádce ve dvoře či před rodinným domem, což je v tomto kraji velice oblíbené.

Na otázku č. 28 respondenti odpovídali, co nejvíce zhoršuje život seniorům ve městě. V Jihlavě všichni respondenti odpověděli „nevyřešená otázka Romů“. Z vlastního pozorování musím potvrdit, že v dopoledních hodinách se senioři vyhýbají centru Jihlavy, jelikož se zde schází několik skupinek Romů, kteří velice hlasitě po sobě pokřikují, což je nepříjemné pro kolemjdoucí. V Pelhřimově nejvíce respondentů uvedlo špatný stav chodníků a dlouhé čekání u doktorů, které nejčastěji trvá od jedné do tří hodin. Během vlastního pozorování jsem si také

všimla v pelhřimovské nemocnici nedostatečně vybavených čekáren (např. málo laviček). V Kamenici nad Lipou nejvíce respondentů uvedlo špatnou údržbu chodníků, chybějící MHD a málo doktorů (podle respondentů chybí oční lékař, rentgenologie a zubní laboratoř).

Na poslední otázku č. 29, která zjišťovala, co by osobně každému respondentovi zlepšilo život ve městě, nejvíce respondentů vůbec neodpovědělo, či pouze odpověděli „nic mi nechybí“. Z toho usuzuji, že respondentům (kromě výjimek, viz výsledky šetření otázky č. 29) se žije dobře v jejich městech a jsou se svým životem spokojeni.

Z analýzy dostupných dokumentů vyšlo najevo, že Jihlava má nepřehledné, chaotické oficiální webové stránky, na kterých chybí kontaktní adresa na určité sociální služby. Například adresu Klubu seniorů jsem se dozvěděla až během domluvy s vedoucí sociálního oddělení. Dále jsem na oficiálních stránkách nenašla žádné informace o komunitních plánech, které by měly být přístupny veřejnosti, či o „Besedách u kulatého stolu“ – diskuze o tom, co zlepšit ve městě, a to mezi správou města a veřejností. Teprve na dalším odkaze – Zdravé město Jihlava, jsem našla záznam o „Besedě u kulatého stolu“ z 23. dubna 2014, ale poté jen záznamy z roku 2009. Na druhou stranu je zde dobrý přehled změn ve strategickém plánu města. Dle vlastního pozorování ve městě však usuzuji, že nejvíce informací si obyvatelé vyměňují mezi sebou. Senioři takové informace mimo jiné vyhledávají na vývěsní tabuli před městským úřadem.

Oficiální webová stránka města Pelhřimov je velmi přehledná a strategicky rozdělená, takže uživatel nemá potíže nalézt informace. Odbor sociálních věcí vydal dokonce brožuru s přehledem všech dostupných sociálních služeb ve městě a v přilehlých obcích.

Kamenice nad Lipou má strohé, avšak přehledné oficiální webové stránky. Jelikož je toto město svojí rozlohou malé, obyvatelé se většinou znají navzájem, takže zde si pravidelně obyvatelé zjišťují informace přímo od úředníků, nebo dokonce i od starosty. Nicméně bych doporučila všem sledovaným oblastem doplnit na webové stránky možnost zvětšení písma, jelikož pro seniory ovládající internet by malé písmo webových stránek mohlo být nečitelné.

Po souhrnu výsledků usuzuji, že se podařily zjistit všechny výzkumné otázky bakalářské práce. Avšak ze šetření nelze bohužel provést porovnání aspektů života seniorů podle věku ani podle pohlaví, jelikož nebylo dosaženo souměrného zastoupení. Nicméně podle zastoupení většího množství žen můžeme předpokládat, že jsou více aktivní ženy. Může to být však ovlivněno i statistickým faktem dožívání vyššího věku u žen.

Porovnání dle vzdělání také není možné. Domnívám se, že dosažená úroveň školského vzdělání, obzvláště v kraji Vysočina, má pouze nepatrný vliv na spokojený život seniorů.

Usuzuji tak proto, že kraj Vysočina je z ekonomického hlediska zaměřen hlavně na zemědělství, kde není (nebo spíše nebylo za pracovně činného období respondentů) nutné vysokoškolské vzdělání.

Dalším cílem v mé bakalářské práci bylo porovnání určitých aspektů seniorů v různých typech sídel. Nelze však jasně říci, zdali typ či velikost sídla ovlivňuje spokojenost života seniorů.

Ze šetření nicméně vyplynuly silné a slabé stránky zkoumaných sídel. Pro přehlednost je uvádím v tabulkách, kde shrnuji názory respondentů, ale také své názory z vlastního pozorování (ty jsou uvedeny kurzivou).

Jihlava

Tabulka č. 31: Jihlava

Silné stránky	Slabé stránky
Velká nabídka sociálních a zdravotních služeb	Nízká bezpečnost
Dobrá dostupnost MHD	Neřešené otázky romské populace
Dostatečná nabídka volnočasových aktivit	Problémy se solidaritou s dalšími generacemi
Řešení bezbariérovosti	<i>Nepřehledné webové stránky, nezaktualizované informace o Zdravém městě, o komunitních plánech, Besedách u kulatého stolu a další.</i>

Pelhřimov

Tabulka č. 32: Pelhřimov

Silné stránky	Slabé stránky
Dostatečná nabídka sociálních a zdravotních služeb	Špatná údržba chodníků
Seniorští dobrovolníci	Nezájem ostatních občanů
Dostatečná nabídka volnočasových aktivit <i>(velice tomu přispívá organizace Hodina H, jež pořádá U3V a další aktivity)</i>	
<i>Přehledné webové stránky</i>	

Kamenice nad Lipou

Tabulka č. 33: Kamenice nad Lipou

Silné stránky	Slabé stránky
<i>Městská knihovna poskytuje mnoho přednášek a aktivit nejen pro seniory</i>	<i>Špatná údržba chodníků (chybějící dlažební kostky, vysoké schody, nerovné chodníky, žádná zábradlí, nedostatek laviček)</i>
<i>Úklid chodníků a parků</i>	<i>Chybějící MHD (V tomto případě myšleno jako špatné spoje do okolních měst.)</i>
<i>Dopravní služba poskytovaná Farní charitou</i>	<i>Nedostatek sociálních a zdravotních služeb</i>
	<i>Nedostatek parkovacích míst</i>
	<i>Nedostatek kulturní nabídky (nedávné ukončení provozu kina)</i>

Jelikož se šetření provádělo pomocí polostrukturovaného dotazníku doplněného otevřenými otázkami, je kvalita života seniorů nezachytitelná. Kvantita dotazníků není dostatečně velká, avšak domnívám se, že velký vliv na kvalitu života seniorů má blízký kontakt s rodinou. Většina respondentů je v častém styku se svými rodinnými příslušníky a z toho většina z nich s nimi i bydlí v jednom domě. Vzhledem k jejich uspokojivému zdraví a průměrnému finančnímu stavu můžeme předpokládat, že respondenti mají vysokou kvalitu života. Je to i patrné z toho, že kromě bezpečnosti v Jihlavě a špatných chodníků v Pelhřimově a Kamenici nad Lipou si ani jeden respondent na nic podstatného nestěžoval, zvláště velmi mnoho respondentů uvedlo u poslední otázky (viz otázka č. 29), že jim absolutně nic nechybí.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá porovnáním určitých aspektů života seniorů v různých typech sídel v kraji Vysočina. Teoretická část charakterizuje pojem stáří, stárnutí, životní změny ve stáří, aktivní stárnutí, potřeby seniora, smysluplnost života a demografii v České republice. Toto téma rozvíjí praktická část práce zahrnující výzkumné šetření. Praktická část pomocí polostrukturovaného dotazníku mapuje vztahy seniorů s rodinou i přáteli, finanční a zdravotní situaci, volnočasové aktivity a další aspekty života zajišťující samotné sídlo – služby, bezpečnost, MHD a bezbariérovost.

Ačkoliv nebylo dosaženo reprezentativních výsledků a šetření probíhalo pouze mezi aktivními seniory, můžeme z výsledků dotazníkového šetření vyčíst následující: Důležitou roli v životech respondentů hraje častý kontakt s rodinou i přáteli. Díky jejich uspokojivému zdravotnímu stavu nevyužívají sociálních služeb (kromě donášky obědů). Ze šetření dále vyplynulo, že dotazovaní mají průměrnou finanční situaci, zajímají se o dění ve městě i ve světě. Dnešní senioři již ovládají mobilní telefony a začíná se i zvyšovat počet seniorů ovládajících počítač a internet. Ze šetření nelze zjistit, zdali typ a velikost sídla výrazně ovlivňuje život seniora, avšak v každém sledovaném sídle vyšla najevo silná a slabá stránka.

V Jihlavě se senioři necítí bezpečně, což může být ovlivněno i jejich názorem na nevyřešenou otázku romské menšiny. Po další analýze dokumentů, kdy jsem našla v Jihlavě pro romskou menšinu pouze jedno nízkoprahové centrum pro děti, bych správě města navrhovala zaměřit se na tuto problematiku (pomoci vyhledat zaměstnání, více center pro romskou mládež) a případně udělat i ve městě osvětu o romské populaci. Většina seniorů je plna předsudků k této menšině, takže případné pochopení jejich kultury a prohloubení znalostí o jejich menšině by mohla zlepšit tuto situaci. Na druhou stranu se v tomto sídle nachází dostatek sociálních a zdravotních služeb, volnočasových aktivit a dále je zde dobře dostupná MHD i vysoká bezbariérovost.

V Pelhřimově si nejvíce seniorů stěžovalo na špatnou údržbu chodníků. Tento problém se ukázal i v Kamenici nad Lipou, kde stav chodníků byl opravdu alarmující. Pro obě sídla bych navrhovala celkovou rekonstrukci chodníků a zaměřit se i na bezbariérové přístupy do nejfrekventovanějších míst – nemocnice, úřady, obchody apod. V Pelhřimově bych zvláště zdůraznila práci organizace Hodina H. Jejich aktivity, programy a projekty opravdu pomáhají povznést město na vyšší úroveň.

Především bych však chtěla upozornit na nedostatek sociálních i zdravotních služeb v Kamenici nad Lipou. Správa města by se měla především zaměřit na dostavbu domova pro

seniory, která je již několik let pozastavena, dále by se měla zaměřit na zvýšení zdravotnických služeb. Doporučovala bych alespoň ambulantní (terénní) zubní laboratoř, rentgenologii a zvýšit počet ordinačních hodin neurologa.

Vzhledem k velikosti zkoumaného souboru a skutečnosti, že šetření probíhalo mezi aktivními seniory, nelze závěry výzkumu zobecňovat na celou populaci seniorů v kraji Vysočina. Je ale možné předpokládat, že senioři žijící v tomto kraji mohou mít vyšší ukazatele určitých aspektů života než v jiných krajích. Tato skutečnost může být ovlivněna především tím, že z historického hlediska kraj Vysočina nebyl postihnut odsuny obyvatelstva, konfiskací sudetského majetku či velkou tržní transformací (např. zavření dolů v Moravskoslezském kraji).

Po celkovém souhrnu výsledků šetření bych navrhovala tuto práci rozvést a zaměřit se více na neaktivní seniory a popřípadě zvýšit počet sledovaných sídel v kraji Vysočina, například obce Humpolec, Žďár nad Sázavou, Třebíč a Havlíčkův Brod.

Použitá literatura

- Baštecká, Bohumila. 2009.** *Aplikovaná psychologie*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
- Čevela, Rostislav, a další. 2014.** *Sociální gerontologie*. Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- Frankl, Viktor E. 1994.** *Vůle ke smyslu*. Praha : Cesta, 1994. ISBN 80-7295-084-3.
- Haškovcová, Helena. 1990.** *Fenomén stáří*. Praha : Panorama Praha, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- , **2010.** *Fenomén stáří*. Praha : Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- , **2012.** *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha : Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- Holczerová, Vladimíra a Dvořáčková, Dagmar. 2013.** *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- Holmerová, Iva, a další. 2013.** *Bedekr aktivního stárnutí*. Praha : Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2013. ISBN 978-80-87398-36-4.
- Holmerová, Iva, Jurašková, Božena a Zikmundová, Květa. 2007.** *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha : EV public relations, spol. s r. o., 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- Hrozenká, Martina a Dvořáčková, Dagmar. 2013.** *Sociální péče o seniory*. Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- Jarošová, Darja. 2006.** *Péče o seniory*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- Kalvach, Zdeněk. 2004.** *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0548-4.
- Klevetová, Dana a Dlabalová, Irena. 2008.** *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- Knihovna zdraví. 2006.** *Zdraví pro třetí věk*. [překl.] Lucie Kubešová. Čestlice : Rebo Productions, 2006. ISBN 80-7234-536-2.
- Kuric, Jozef. 1992.** *Vývinová psychológia*. Nitra : PF UKF Nitra, 1992. ISBN 978-80-851-8378-8.
- Malíková, Eva. 2010.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3148-3.
- Mlýnková, Jana. 2011.** *Péče o staré občany*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- Ondrušová, Jiřina. 2011.** *Stáří a smysl života*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
- Stuart-Hamilton, Ian. 1999.** *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

Vágnerová, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří.* Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

—, **2000.** *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.* Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Venglářová, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1262-8.

Weber, P., kol. 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci.* Brno : IDV PZ, 2000. ISBN 80-86552-66-7.

World Health Organisation (WHO). 2002. *Active Ageing: A Policy Framework.* Geneva : WHO, 2002. WHO/NMH/NPH/02.8.

Internetové zdroje

Ervik, Rune. 2006. Pitfalls and Possibilities of Active Ageing. [Online] Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2006. [Citace: 15. březen 2015.]

http://portal.unesco.org/shs/es/files/10437/11654166491Pitfalls_and_Possibilities_of_active_ageing_conceptualisations_and_policies_Brussels.pdf/Pitfalls+and+Possibilities+of+active+ageing+conceptualisations+and+policies+Brussels.pdf.

Fram. 2015. Aktivní stárnutí. *Framprojekt.* [Online] 2015. [Citace: 7. březen 2015.] <http://www.framprojekt.eu/aktivni-starnuti>.

FRAM. 2013. Strategický plán projektu FRAM. *Framprojekt.* [Online] 9. prosinec 2013. [Citace: 7. březen 2015.] <http://www.framprojekt.eu/vystupy-projektu>.

Hůle, Daniel. 2014. Stárnutí. *Demografie.* [Online] 2014. [Citace: 7. březen 2015.] http://demografie.info/?cz_starnuti.

Křivohlavý, Jaro. 2007. Jaro.Krivohlavy. *Jaro.Krivohlavy.* [Online] 3. únor 2007. [Citace: 9. březen 2015.] <http://jaro.krivohlavy.cz/problematika-smyslupnosti-zivota-v-psychologii>.

Procházka, Milan. 2014. Anketa - zveřejnění výsledků. *Kamenice nad Lipou.* [Online] 18. červen 2014. [Citace: 8. březen 2015.]

http://www.kamenicenl.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=6257&id=81266&n=anketa-zverejneni-vysledku&query=pr%C5%AFzkum+spokojenosti.

Příloha: Dotazník

Vážení,
jmenuji se Lenka Holasová a studuji 3. ročník oboru Sociální práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude součástí výzkumu v mé bakalářské práci „Život seniorů v různých typech sídel v kraji Vysočina“. Dotazník je zcela anonymní. Na otázky odpovídejte prosím pravdivě, jak sami cítíte. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Pohlaví

- muž
- žena

2. Věk

- 61-65
- 66-70
- 71-79
- 80 a více let

3. Ukončené vzdělání

- neukončené základní
- základní
- střední bez maturity (vyučen/a)
- středoškolské vzdělání s maturitou
- vysokoškolské

4. Vykonáváte nějaké zaměstnání?

- ano
- ne

5. Pobíráte sociální dávky?

- ano
- ne

6. Rodinný stav:

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

7. Bydlíte v:

- obci do 10 000 obyvatel
- městě nad 10 000 do 40 000 obyvatel
- městě nad 40 000 do 100 000 obyvatel

8. Žijete:

- sám/sama
- s partnerem/kou
- s rodinným příslušníkem/y

9. Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. s jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:
- výrazně nadprůměrné
 - mírně nadprůměrné
 - průměrné
 - mírně podprůměrné
 - výrazně podprůměrné
10. Jak často jste v kontaktu s rodinnými příslušníky?
- denně
 - několikrát týdně
 - 1x za týden
 - 1x za 14 dní
 - měsíčně
 - delší časový interval
 - nemám blízké rodinné příslušníky
11. Jak často jste v kontaktu se svými přáteli?
- denně
 - několikrát týdně
 - 1x za týden
 - 1x za 14 dní
 - měsíčně
 - delší časový interval
 - nemám blízké přátelé
12. Využíváte v současné době některou z těchto sociálních služeb?
- nevyužívám
 - domov pro seniory
 - penzion pro seniory
 - denní stacionář pro seniory
 - terénní pečovatelskou službu
 - osobní asistenci
 - domácí péči
 - jinou službu – prosím vypište:
13. Pokud využíváte některou z těchto služeb, jste s ní spokojen/á?
- ano
 - spíše ano
 - spíš ne
 - ne
14. Chybí vám nějaká sociální služba ve městě?
- ne
 - Pokud ano, vypište službu/y, kterou/é byste uvítali:

15. Zajímáte se o dění ve městě?
 ano
 ne
16. Pokud ano, angažujete se ve spolcích, sdruženích apod.?
 ano
 ne
17. Sledujete dění v ČR i ve světě?
 ano
 ne
 pouze v ČR
 pouze ve světě
18. Používáte:
- | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| mobil: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| počítač: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| tablet: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| internet: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| digitální fotoaparát: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
19. Kolik hodin denně se díváte na televizi?
 1 hodina
 2–3 hodiny
 3–5 hodin
 5 a více hodin
20. Jak hodnotíte své zdraví?
 výborný
 dobrý
 uspokojivý
 neuspokojivý
21. Jste spokojen/a s dostupností a úrovní zdravotní péče?
 ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne
22. Účastníte se některých z těchto volnočasových aktivit?
- | | | |
|--------------|------------------------------|-----------------------------|
| sportovní: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| turistické: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| kulturní: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| společenské: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| vzdělávací: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| zájmové: | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
23. Jste spokojen/a s jejich dostupností a úrovní?
 ano
 spíše ano
 spíše ne
 ne

24. Jste spokojen/a s řešením bezbariérovosti ve městě?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

25. Jste spokojen/a s bezpečností ve městě?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

26. Jste spokojen/a se sítí MHD ve městě?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

27. Jaké aktivity Vám přinášejí radost?

28. Co nejvíce zhoršuje život seniorů ve městě?

29. Co by Vám zlepšilo ve městě život?

Prostor pro rozvedení odpovědí: