

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Kvalita života u osob nad 60 let z aspektu gender v malém městě ve  
Středočeském kraji**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce:** PhDr. Martina Hrušková, Ph.D.

**Autor:** Ivana Kytlerová

**Datum:** 11. 5. 2009

## Abstrakt

Práce se zabývá zmapováním subjektivně vnímané kvality života občanů nad šedesát let, kteří žijí v malém městě ve Středočeském kraji. Hlavní důraz byl kladen na rozlišení vnímání kvality života u mužů a žen.

K primárnímu sběru dat a testování hypotézy, „*Subjektivně vnímaná kvalita života mužů nad šedesát let je vyšší než žen ve stejné věkové kategorii*“ byla zvolena metoda dotazování, technika dotazník. Sběr dat probíhal v malých městech Středočeského kraje s pomocí zaměstnanců místních úřadů. Celkem bylo distribuováno 584 dotazníků, návratnost byla 356 dotazníků (61%).

Z výsledků je patrné, že posouzení subjektivně vnímané kvality života je složitý problém. Zkoumaným vzorkem byli občané ve věku šedesát a více let, žijící v malém městě Středočeského kraje. Celkem bylo vyplněno 356 dotazníků. V dotazníku jsou zastoupeny tyto dílčí součásti k posuzování vnímání kvality života: zdravotní stav, sociální vztahy s okolím, rodinné vztahy, finanční situace, volnočasové aktivity ve městě, životní prostředí ve městě. Z výsledků je patrné, že s ohledem na zkoumané oblasti života subjektivně lépe vnímají kvalitu svého života ženy. Dále byly respondentům v dotazníku nabídnuty různé volnočasové aktivity, kterých by se chtěli účastnit. Dle atraktivnosti různých volnočasových aktivit by bylo dobré sestavit nabídku aktivit pro občany žijící v malých městech Středočeského kraje. Výsledky budou rozeslány na úřady, které spolupracovaly při sběru dat a ty jich mohou využít při plánování aktivit a akcí pro spoluobčany ve věkové kategorii nad šedesát let. Jedná se o tyto města: Bystřice, Votice, Sázava, Zdice, Unhošť, Pečky, Bakov nad Jizerou, Kosmonosy, Jílové u Prahy, Rudná, Mníšek pod Brdy, Březnice, Rožmitál pod Třemšínem.

Práce může být využita jako podklad pro cílená opatření zaměřená na zlepšení životních podmínek pro generaci starší šedesáti let.

## Abstract

The aim of this paper is to investigate the subjective perception of the quality of life of citizens above sixty years of age living in a small town in the Central Bohemian region. The emphasis was put on the difference in perception of the quality of life in men and in women.

The hypothesis was set as follows: *“The individual's perception of the quality of life in men above sixty years of age is higher than in women of the same age group.”* The method of questioning and the tool of questionnaire was chosen for the primary data collection and for testing of the hypothesis. The data collection took place in small towns in the Central Bohemian region with assistance of local authorities' employees. There were 584 questionnaires distributed in total, 356 questionnaires were returned (61%).

The results show that it is a complicated issue to assess an individual's perception of their quality of life. The sample group were citizens of sixty years of age and above living in a small town in the Central Bohemian region. In total there were 356 questionnaires filled in. The questionnaire includes the following views based on which the perception of the quality of life can be assessed: state of health, social relations with neighbourhood, family relations, financial situation, free-time activities in the town, and environment in the town. The results show that it is women who perceive the quality of their lives better with regard to the areas of life that were investigated. There were various free-time activities for respondents offered in the questionnaire. Based on the attractiveness of different free-time activities it would be useful to put together an offer of activities for citizens of small towns in the Central Bohemian region. The results will be distributed to the local authorities which assisted in the data collection. The authorities will be able to use the results when planning activities and events for citizens of sixty years of age and above. The towns involved are the following: Bystřice, Votice, Sázava, Zdice, Unhošť, Pečky, Bakov nad Jizerou, Kosmonosy, Jílové u Prahy, Rudná, Mníšek pod Brdy, Březnice, Rožmitál pod Třemšínem.

This paper can be used as a basis for targeted measures taken to improve the living conditions of the generation above sixty years of age.

### **Prohlášení:**

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Kvalita života u osob nad 60 let z aspektu tender v malém městě ve Středočeském kraji“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 11. 5. 2009

Podpis studenta

### **Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Ph. Dr. Martině Hruškové, Ph. D. za odborné vedení, velmi milou, vstřícnou spolupráci a cenné rady a pomoc, kterou mi poskytla během psaní mé bakalářské práce a také za ochotu se kterou od počátku až po finální verzi sledovala moji práci.

V Českých Budějovicích 11. 5. 2009

## Obsah

<b>Úvod</b>	<b>9</b>
<b>1. Současný stav</b>	<b>10</b>
1.1 Vymezení pojmu kvalita života obecně	10
1.2 Rozsah pojetí kvality života	12
1.3 Přístupy ke kvalitě života v současné době	13
1.3.1 Fyziologický/medicínský přístup ke kvalitě života	13
1.3.2 Psychologický přístup ke kvalitě života	14
1.3.3 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života	14
1.3.4 Sociologické aspekty kvality života	14
1.3.5 Ekologické a environmentální hledisko kvality života	15
1.3.6 Kvalita života a vzdělání	15
1.4 Problematika měření kvality života-obecně	16
1.5 Problematika stárnutí z globálního hlediska	16
1.5.1 Problematika stárnutí populace v České republice	17
1.6 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů	17
1.7 Metodologie měření kvality života seniorů	18
1.8 Strategické priority vedoucí ke zvýšení kvality života	18
1.8.1 Aktivní stárnutí	18
1.8.2 Prostředí a komunita vstřícná ke stáří	20
1.8.3 Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří	22
1.8.3.1 Přehled normálních změn ve stáří	22
1.8.4 Podpora rodiny a pečovatelů	24
1.8.5 Podpora participace na životě společnosti	25
1.9 Pojem gender obecně	26
1.9.1 Gender v souvislosti s vyšším věkem	26
1.9.2 Genderový přístup ke starším osobám	27
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b>	<b>28</b>
2.1 Cíle práce	28
2.2 Hypotézy	28
<b>3. Metodika</b>	<b>29</b>
3.1 Použité techniky a metody sběru dat	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30

<b>4.</b>	<b>Výsledky</b>	<b>32</b>
<b>5.</b>	<b>Diskuse</b>	<b>51</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr</b>	<b>57</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b>	<b>58</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova</b>	<b>62</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy</b>	<b>63</b>



## ÚVOD

Podle nejnovější projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050, vypracované Českým statistickým úřadem bude počet osob starších 60 let intenzivně přibývat, počet dětí naopak ubývat **(25)**. Demografické stárnutí populace, které lze charakterizovat zejména růstem relativního zastoupení osob nad 60 let, mělo doposud poměrně klidný průběh a jednalo se především o takzvané stárnutí zespona věkové pyramidy. To znamená, že se snižoval podíl osob ve věku do 15 let, zatímco osob ve vyšším věku přibývalo pouze velmi pozvolna. Podle nejnovější projekce začne počet osob starších 60 let intenzivně přibývat, neboť se tohoto věku začnou dožívat početně silnější generace narozených po roce 1940. Na intenzitě nabere tento proces v období 2011-2017, a to v důsledku přechodu silných poválečných ročníků přes tuto věkovou hranici **(18)**.

Vzhledem k tomuto vývoji společnosti je třeba zabývat se aspekty kvalitního života tak početné skupiny obyvatelstva. Vláda ČR již přijala opatření počítající s tímto trendem. Založila pracovní skupinu a přijala program přípravy na stárnutí. Je třeba přijmout opatření v řadě oblastí a zejména změnit negativní přístup ke stárnutí populace a ke starším lidem, který je často spojen se stereotypním až ageistickým pohledem na stáří, vzbuzuje obavy narušující mezigenerační soudržnost a vytváří podhoubí věkové diskriminace **(18)**.

Téma kvality života s ohledem na genderovou problematiku jsem si vybrala kvůli jeho aktuálnosti, ale také z prostého zájmu o tuto tematiku. Rozdílný pohled muže a ženy na život a subjektivní vnímání kvality života mě zajímají a domnívám se, že je třeba porozumět rozdílům těchto pohledů a promítnout je do politických rozhodnutí.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1. Vymezení pojmu kvalita života obecně*

Problematika kvality života a způsoby jejího ovlivnění jsou předmětem mnoha odborných prací. Samotný pojem kvalita života v sobě obsahuje značný podíl subjektivní dimenze. Pro úspěšnou orientaci a pro následné posuzování problematiky s názvem kvalita života je důležité správné pochopení a přístup k tomuto pojmu. Je tedy vhodné si tento pojem náležitě vymežit. V českém kulturním a odborném kontextu Jaro Krivohlavý vymezuje pojem kvality života z filozofického a psychologického hlediska. **(21).**

Termín kvalita života se začal používat jako určitá alternativa konceptu „společnost hojnosti“. V šedesátých letech minulého století začal být stále častěji zpochybňován jako adekvátní měřítko společenské perspektivy. Začalo se totiž ukazovat, že ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem ale spíše k růstu požadavků, které není možné vždy naplnit**(20).**

Velký příslib neomezeného pokroku – naděje na ovládnutí přírody, na materiální nadbytek, na co největší štěstí co největšího počtu lidí a na neomezenou osobní svobodu – to byly vyhlídky, které udržovaly naděje a víru generací od počátku průmyslového věku. S průmyslovým pokrokem můžeme mít pocit, že jsme na cestě k neomezené produkci a spotřebě. Muži i ženy prožívali nový pocit svobody, stali se pány svých vlastních životů. Musíme si představit vznešenost velkého příslibu, báječné materiální i duchovní úspěchy průmyslového věku, abychom pochopili trauma v důsledku jeho nenaplnění. Průmyslový věk skutečně nebyl s to dostát svému velkému příslibu a čím dál tím víc lidí si uvědomuje, že:

- Neomezené uspokojování všech tužeb nevede k blahu, ani není cestou ke štěstí

- Ekonomický růst zůstal omezen na bohaté národy a propast mezi národy bohatými a chudými národy se stále prohlubuje
- Sám technický pokrok způsobil ekologická nebezpečí **(3)**

Odborníci z různých oblastí pohlížejí na pojem kvalita života různě – z perspektivy svého oboru, ovlivněni účelem měření, který je rozdílný u sociologie, pedagogiky, lékařství a všech dalších oborů. OSN ve svém programu Agenda on Ageing for the 21 st Century rozeznává šest základních oblastí kvality života: psychologickou, fyziologickou (medicínskou), ekonomickou, sociální, duchovní a environmentální.**(28)**

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.**(28)**.

Jsme běžně zvyklí hovořit o kvantitě-délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, číselně, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. Jak tomu však je s kvalitou života? Co se rozumí pod pojmem kvalita? Pohled do etymologického slovníku nám napovídá, že slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského názvu „qualitas“-kvalita. Odpověď na otázku „co se rozumí kvalitou?“ je možné dát i sémanticky (významově). Kvalitou se tak rozumí „jakost, hodnota“ (obecně např. dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku, například život jednoho člověka od života druhého člověka. Dá-li se kvantita, množství dní našeho života určit poměrně jednoduše, pak totéž není možné říci o určení kvality života. Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo. Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života (A.L.Strauss,1975) byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. Proč? Hlubší pohled do situace těchto lidí ukázal, že starých lidí neustále přibývá a je třeba se zabývat kvalitou jejich

života. Zároveň se ukázalo, že úspěšnost léčby chronicky nemocných pacientů zvyšuje jejich počet, a tím i množství problémů, které je možné zařadit pod pojem kvality jejich života **(10)**.

Přes nespornou popularitu pojmu kvalita života se ozývají i kritické hlasy, které poukazují na nejednoznačnost jeho vymezení a neexistenci jasné a obecně přijímané definice, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Tuto výhradu umocňuje i fakt, že také v oblasti měření kvality života je celá řada problémů. Je kritizován proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází často ze subjektivních názorů jejich tvůrců a jejichž validita je problematická. Kritici poukazují na tendenci akademicky rozhodnout, jak by měl vypadat kvalitní život, a toto v jistém smyslu vnucovat jako určitou normu. I přes tyto oprávněné výhrady se však ukazuje, že studium kvality života je v současné vědě nosným a užitečným směrem. Jeho interdisciplinární charakter odráží současný trend prolínání společenskovedního a biologického přístupu ke zkoumání člověka **(20)**.

### ***1.2. Rozsah pojetí kvality života***

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Tato problematika je zmapována ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině**(10)**.

V makro-rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah jako je problematika boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou a podobně**(10)**.

V mezo-rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách-například škole, nemocnici, domově důchodců atp. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi

lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence sociální opory, sdílených hodnot, atp. (10).

Osobní rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení atp. (10).

### ***1.3. Přístupy ke kvalitě života v současné době***

#### ***1.3.1. Fyziologický/medicínský přístup ke kvalitě života***

Ústředními pojmy medicínského přístupu jsou kvalita života a zdraví. Praktický slovník medicíny cituje definici zdraví dle WHO jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby“. V kontrapozici ke zdraví se nachází pojem „nemoc“, který je definován jako „stav organismu, vznikající působením vnějších nebo vnitřních okolností, narušujících správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, vedoucím k výskytu příznaků nemoci a dalším důsledkům.“ Hluběji se touto otázkou zabývá Křivohlavý, který rozeznává dvě základní dimenze zdraví a to zdraví jako prostředek k realizaci určitého cíle a zdraví jako cíl sám o sobě. Významným faktorem je rozdíl mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Lidé trpící určitou nemocí, kteří se svým stavem vyrovnají a přizpůsobí mu své plány a očekávání, získají určitý pocit životní pohody a tím i lepší kvalitu života(28).

#### ***1.3.2. Psychologický přístup ke kvalitě života***

Objektem zájmu psychologického přístupu je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní

indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad. Dalšími základními složkami psychologického přístupu ke kvalitě života jsou autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou-jeho projev a život jsou ve shodě se sebepojetím, hodnotovou orientací člověka) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování). Psychologický přístup operuje s termínem „well-being“ neboli spokojenost, pohoda (28).

Z psychologického hlediska spadá osobní pohoda (well-being) na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy. Protože však v rámci utváření osobní pohody jde současně též o průběžně se odehrávající hodnotící vztahy, obsahuje i důležitou komponentu postojovou. Osobní pohoda bývá udávána jako prožitek, který trvá řádově spíše týdny či dny než okamžiky. Významnou dimenzí komplexu well-being je též tělesná zdatnost (wellness či fitness). Pojmu wellness se někdy při vyjadřování osobní pohody ve smyslu well-being používá jako synonyma, někdy se wellness vymezuje samostatněji jako koncept, který se vztahuje k přijetí určitého chování a životního stylu, podněcujícího optimální fyzické a psychické zdraví. Takové chování zahrnuje zvládnutí stresu, zdravou výživu, nekuřáctví, mírné nebo žádné požívání alkoholu, odpovídající spánek, fyzické cvičení apod. (7).

### ***1.3.3. Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života***

Pro lepší pochopení tohoto je potřeba nejprve vymezit pojem psychoterapie, který je základem tohoto pohledu na kvalitu života. Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) poruch zdraví. Kvalitní život v tomto pojetí znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoli mohou být nemocí nebo defektem omezeny (28).

### ***1.3.4. Sociologické aspekty kvality života***

Z pohledu sociologie se jedná o velice komplexní oblast, ve které je třeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni. Způsobu života a životnímu stylu, které s kvalitou života přímo souvisejí, ale nemohou s ní být ztotožňovány. Životní úroveň je určována reálnými příjmy lidí a vyjadřuje především materiální a ekonomické podmínky člověka. Způsob života vystupuje jako strukturovaný projev materiálního a duchovního života, jehož součástí je životní úroveň. Zároveň ovlivňuje i charakter životního stylu. **(28)** Životní styl je dle velkého sociologického slovníku **(15)** vymezen jako „strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a v celkové stylizaci“. Předpokládá se, že životní styl nějakým způsobem vyjadřuje i hodnoty a zájmy jedince, skupiny či společnosti vůbec**(28)**.

#### ***1.3.5. Ekologické a environmentální hledisko kvality života***

Při pohledu na kvalitu života je třeba zohlednit i ekologický a environmentální rozměr kvality života. Život v příznivém životním prostředí je jedním ze základních lidských práv. Ekologicko-environmentální podmínky kvality života mají zásadní význam, neboť přímo ovlivňují život člověka. Jejich aktuálnost v současné době narůstá vzhledem k množství naléhavých ekologických problémů a hrozící ekologické krizi **(28)**.

#### ***1.3.6. Kvalita života a vzdělání***

Vzdělání je nevyhnutelnou součástí kvality života. Informace a vzdělání v globalizujícím se světě jsou považovány za jednu z priorit pro úspěšný vývoj velkých sociálních skupin. V posledních letech se do popředí zájmu dostalo vzdělávání nejen v rámci povinné školní docházky, ale i v dospělosti, tzv. celoživotní vzdělávání. Jeho důležitost narůstá s množstvím nových poznatků ve všech vědních oborech, na které lidé musí reagovat **(28)**.

#### ***1.4. Problematika měření kvality života - obecně***

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství. Tyto metody lze rozdělit na tři skupiny *podle jejich objektivnosti*:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.
2. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
3. Metody smíšené vzniklé kombinací předešlých metod 1 a 2 **(21)**

Dále je lze rozdělit do pěti skupin *podle jejich zaměření*:

1. Nástroje pro měření funkčního stavu
2. Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví
3. Nástroje pro měření psychické pohody
4. Nástroje zaměřující se na sociální síť a sociální podporu
5. Nástroje měřící životní spokojenost a morálku **(28)**

#### ***1.5. Problematika stárnutí z globálního hlediska***

Dvacáté století bylo stoletím revoluce v prodlužování lidského života. Průměrná naděje na dožití při narození se zvýšila od roku 1956 o 20 let a očekává se, že do roku 2050 se prodlouží o dalších 10 let. Tento demografický triumf znamená, že počet lidí starších 60 let se zvýší z přibližně 600 milionů v roce 2000 na téměř 2 miliardy v roce 2050. V Evropě se procento lidí klasifikovaných jako starší zvýší v období 1998 až 2025 z 20% na 28%. Takováto globální demografická transformace má rozsáhlé důsledky pro všechny aspekty života jednotlivců, komunit, národů, i v mezinárodním



měřítku. Převážná většina starších osob ve vyspělých zemích, tedy i v České republice, žije v oblastech klasifikovaných jako městské.

### ***1.5.1. Problematika stárnutí populace v České republice***

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let a téměř tři miliony osob starších 65 let, tj. 31,3 %. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 let pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006) (18).

#### **Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věk. skupin, ČR, 2002-2050 (25)**

	0-14	15-64	65+
2002	1 589 766	7 195 541	1 417 962
2005	1 487 148	7 302 144	1 446 681
2010	1 400 028	7 286 202	1 596 812
2015	1 426 352	7 011 496	1 864 146
2020	1 408 644	6 786 952	2 088 333
2025	1 346 384	6 669 506	2 201 310
2030	1 274 155	6 520 205	2 308 073
2035	1 219 739	6 337 422	2 399 918
2040	1 197 000	5 964 564	2 633 554
2045	1 190 477	5 569 751	2 862 020
2050	1 173 004	5 309 251	2 956 079

### ***1.6. Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů***

Kvalita života seniorů je ovlivňována individuálními, komunitními a společenskými faktory, neboli determinantami zdraví. Z pohledu seniorů je na interpersonální úrovni důležitá zejména sociální síť zahrnující sociální kontakty, potřebu asistentů a potažmo integraci skrze sociální aktivity a kontakt s ostatními pomocí dobrovolníků. Jako problematický je spatřován přístup k seniorům – nedostatek respektu, vůle naslouchat jejich názorům a infantilizace. Na úrovni organizací do

popředí vystupuje zdravotní péče – její kvalita a dostupnost, včetně domácí péče. Na úrovni tvorby politiky je nejdůležitějším momentem pocit, že jsou hlasy a názory seniorů poslouchány a zvažovány. Na komunitní úrovni nejvíce ovlivňuje kvalitu života širší služby pro seniory, dostatek nebo nedostatek preventivních aktivit a informovanost seniorů o rizicích jejich zneužití (domácí násilí, atd.). Dostupnost služeb, kvalita dopravy a komunikací, obtíže, se kterými se senioři a jejich asistenti potýkají při pohybu po městě, to jsou témata pro zastupitelstva a zákonodárce.(28)

### ***1.7. Metodologie měření kvality života seniorů***

Kvantitativní metody měření kvality života mohou poskytnout cenné podklady pro aplikaci konkrétních opatření, zaměřených na zlepšení kvality života. Nástroje používané pro běžnou populaci však musejí být v případě seniorů modifikovány, aby reflektovaly jejich specifické potřeby. Příkladem používaného dotazníku je profil kvality života – QOLSV nebo WHOQOL – OLD.(28)

### ***1.8. Strategické priority vedoucí ke zvýšení kvality života ve stáří***

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na strategické oblasti a priority:

1. Aktivní stárnutí
2. Prostředí a komunita vstřícná ke stáří
3. Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
4. Podpora rodiny a pečovatelů
5. Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv (18)

#### ***1.8.1. Aktivní stárnutí***

Starý člověk bývá charakterizován svou příslušností k věkové skupině definované dosažením 60, respektive 65 let. Je spojován se sociálním statutem důchodce, je považován za neaktivního či neproduktivního a předpokládány jsou i zdravotní charakteristiky spojené s involucí – ztrátou funkčních schopností, multimorbiditou, postupnou ztrátou soběstačnosti. Takový je stereotypní pohled na stáří, který pojímá staré lidi jako homogenní skupinu bez individuálních rozdílů, jež je pro společnost spíše zátěží, protože odčerpává významnou část společenských zdrojů na financování důchodů a na pokrytí nákladů zdravotní a sociální péče. Jde o pohled postrádající snahu najít pozitivní hodnoty stáří a zaznamenat významnou roli velkého počtu seniorů, kteří prospívají společnosti svou prací nebo naplňují svůj čas jiným smysluplným alternativním programem. Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. **(16)**

Společenský obraz stáří je ještě nepřipadnější a schematictější než obraz mládí. Přitom během lidského života dochází ke stále větší individualizaci, takže ve starším věku jsou rozdíly mezi lidmi větší, než je tomu v adolescenci. Zatímco pro první polovinu života existuje přírodou a společností ustanovený program a dané sociální role, v druhé polovině života vnější tlaky a povinnosti slábnou. Rozdíly mezi lidmi se zvětšují, ať se to týká fyzické a psychické kapacity nebo získaných životních zkušeností. Rozmanitost způsobů stárnutí vede k zamyšlení nad vlastním životním programem. Věková hranice lidské výkonnosti se stále posouvá: Nepálec Min Bahádur Šančana zdolal Mount Everest v 76 letech, americký astronaut John Glenn se znovu vydal do vesmíru v 77 letech, Angličan Buster Martin zaběhl londýnský maraton ve 101 letech. Tito pionýři v oblasti možností lidského organismu dokládají, že většina projevů stáří má pouze pravděpodobnostní charakter, to znamená, že se vyskytují často, ale nikoli nezbytně, zatímco univerzálních znaků stárnutí je poměrně málo. **(24)**

Lidé s pozitivními názory, kteří se nepřestávají spojovat s budoucností a sbírat energii k boji se vtíravou depresí či chaosem, mnohem spíše dosáhnou spokojeného pozdního života **(23)**.

Národní program přípravy na stárnutí předpokládá, že zvýšení ekonomické aktivity a zaměstnanosti je klíčovou strategií k řešení ekonomických výzev spojených se stárnutím populace. Stárnutí a případný úbytek pracovní síly může být do značné míry kompenzován zvýšením zaměstnanosti. Ekonomický dopad stárnutí populace bude závislý na tom, jak využijeme získané přírůstky v délce života. Lidé musí být zdravější a spokojenější, aby byli schopni a ochotni zůstat déle v zaměstnání. Na úrovni ekonomické aktivity a solidarity mezi ekonomicky aktivními a neaktivními je založeno financování systému důchodového a zdravotního pojištění. Ekonomická aktivita starších osob je přínosem pro kvalitu života těchto osob, jejich rodiny a pro celou společnost. Přejít mezi ekonomickou aktivitou a neaktivitou by měl být více flexibilní. Starší pracovníci mohou být přínosem pro zaměstnavatele v důsledku dlouholeté pracovní zkušenosti, zralosti a nižší fluktuace.(18)

Aktivní život ve stáří není myslitelný bez dostatečného hmotného zabezpečení. Nízký příjem může značně omezit možnosti zdravého a aktivního života a participace ve společnosti. Důchodový systém je proto třeba reformovat tak, aby poskytoval adekvátní příjem a umožňoval aktivní život. Dlouhověkost může vést ke zvýšenému riziku chudoby u osob, které se dožijí velmi vysokého věku.(18)

### ***1.8.2. Prostředí a komunita vstřícná ke stáří***

Prostředí a komunita vstřícná ke stáří, která je sociálně soudržná a nabízí příležitosti pro aktivní život a mezigenerační kontakty, má zásadní vliv pro zachování nezávislosti a pro kvalitu života starších lidí. Prostředí v širším významu zahrnuje i klima ve společnosti a její vztah ke stáří a starším lidem. Samospráva hraje zásadní roli pro přijetí komplexních opatření k vytvoření obcí vstřícných ke stáří a pro zajištění dostupnosti, přístupnosti a kvality veřejné dopravy, bydlení, zdravotní péče, sociálních služeb a dalších podmínek a faktorů podporujících nezávislý, bezpečný a aktivní život ve stáří (21).

Bezpečné bydlení a prostředí podporující mobilitu a sociální vztahy je podmínkou zachování nezávislosti a sociální participace ve stáří. Bydlení musí zohledňovat různé potřeby a situace, do kterých se lidé mohou v průběhu života dostat. Stáří je součástí života a pravděpodobnost, že v období stáří prožijeme stále větší část života stoupá. Preventivní opatření jsou efektivnější a levnější než následná nákladná řešení vzniklých situací. Design, který respektuje změny a omezení způsobené stárnutím, přispívá k důstojnosti, bezpečnosti, soběstačnosti a možnosti setrvání v přirozeném prostředí. Rozvoj informačních technologií, gerontotechnologie a designu přináší širokou a pestrou škálu inovativních opatření k podpoře nezávislého života osob s nejrůznějšími zdravotními omezeními. Asistovaný život osob se sníženou soběstačností v přirozeném prostředí zvyšuje kvalitu života těchto osob a jejich rodin. Rezidenční zařízení pro seniory by se měla otevřít komunitě a transformovat v komunitní centra poskytující starším lidem žijícím v dané lokalitě flexibilní služby. Ústavní zařízení pro seniory je nezbytné více otevřít veřejnosti a životu v obci a dát lidem, kteří v nich žijí a jejich blízkým, větší právo na vliv na život v těchto zařízeních **(18)**.

V České republice existují tři typy rezidenční péče, které se liší rozsahem poskytovaných služeb a způsobem úhrady:

1. Domovy- penziony pro důchodce, kteří jsou zcela zdraví a soběstační. Pronajímají si zde byt, který si vybavují svým nábytkem a mohou si objednat a zaplatit některé služby (úklid, praní a žehlení, nákupy doprovod či stravování).
2. Domovy s pečovatelskou službou také nabízejí byty uživatelům do pronájmu. Jsou to však byty zvláštního určení, v nichž jsou kromě ubytování poskytovány i sociální služby, v pracovních dnech je zde trvale přítomná pečovatelská služba.
3. Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče o seniory nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající **(16)**.

Ve dnech 11. a 12. listopadu 2008 proběhl již III. ročník konference „Senior living“ v Hradci Králové. Tato konference se systematicky věnuje problematice bydlení pro seniory a přitahuje pozornost stále většího počtu odborníků z oblasti architektury a stavebnictví (12).

### ***1.8.3. Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří***

Přes klesající úmrtnost a rostoucí střední délku života čelí Evropa vážným zdravotním problémům, zdravotním nespravedlnostem a předčasným úmrtím. Ke zlepšení této situace musí evropské země usilovat o snížení úmrtnosti zaměřením se na chronické nemoci, zejména oběhové nemoci, nemoci srdce, rakovinu a mozkové příhody a sociální rozdíly ve zdraví. Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Současně je celkovou kvalitou života a životního prostředí významně determinováno. Prodlužování střední délky života je spojeno s redukcí závažného zdravotního postižení. Dominantní charakteristikou dlouhověkosti není nesoběstačnost, nýbrž křehkost. Dlouhověcí lidé potřebují především vstřícné podmínky k aktivnímu životu v přirozeném prostředí. Cílem zdravotní politiky a zdravotní péče v reakci na demografické stárnutí je prodloužení délky zdravého života a omezení závažné disability a ztráty soběstačnosti. Zdraví zahrnuje zdraví tělesné, duševní a sociální a je charakterizováno stavem pohody a spokojenosti, nejen nepřítomností nemoci nebo vady. Zdravotní péče může často prodloužit život, k zachování a ochraně zdraví je však nezbytné ovlivnit faktory a podmínky vedoucí k udržení a ochraně zdraví, včetně sociálních determinant zdraví. Ke zlepšení zdraví ve stáří je nutné přijmout celoživotní přístup a vytvořit podmínky pro aktivní a zdravé stárnutí. Prevence a podpora zdraví v průběhu života může napomoci zvýšit soběstačnost ve stáří (18).

#### ***1.8.3.1. Přehled normálních změn ve stáří***

- *Orgány*- některé orgány stárnou rychleji než jiné, přičemž například stupeň sexuálního funkčního oslabení závisí na existenci partnera, který projevuje zájem o sex. Neexistují funkce, které stárnou nejdříve.
- *Kůže*- stává se sušší a vrásčitou, ztrácí elasticitu. Snadněji vznikají modřiny a otoky, které pomaleji ustupují, protože krevní cévy kůže jsou křehké. Běžná je zvýšená pigmentace kůže, především na viditelných partiích těla.
- *Vlasy*- barevnost nově vyrůstajících vlasů je snížena, vlasy jsou šedé nebo bílé, šedivění je dlouhodobý proces. Plešatost je častější u mužů z důvodů vyšších hladin androgenů.
- *Krevní cévy*- snížení jejich funkce, křehkost
- *Hybnost*- svaly vykazují oslabení a úbytek svalové tkáně, především na nohou a rukou. Ztrátě pohybových schopností se nejlépe předchází tělesnou aktivitou. Kostí jsou lámavější, protože metabolismus bílkovin podléhá změnám, při nichž se hůře uvolňuje vápník. Přesto je dobré i přes strach z pádů, nevyhýbat se každodenním procházkám. Obličejové rysy jsou méně pružné a gestikulace celkově ubývá a stává se pomalejší. Celkový výraz odráží prožité životní zkušenosti.
- *Smyslové orgány*- oční čočka ztrácí pružnost, oko tak hůře zaostřuje na blízkost. Ve vyšším věku ubývá citlivosti čočky na světlo. Sluch stupňovitě ztrácí citlivost pro vyšší tóny, takže hlásky a slova jsou špatně srozumitelná a jejich význam bývá chybně vykládán. Také chuť a čich přestávají být citlivé. V určitých situacích to může být nebezpečné, například když starý člověk při požáru necítí kouř.
- *Trávení*- sekrece trávicích šťáv se snižuje, pohyby trávicího svalstva ochabují.
- *Adaptace*- přizpůsobovat se změněným podmínkám je pro život důležitá schopnost, která s přibývajícím stářím ztrácí na efektivitě a rychlosti. Lenost je ve stáří velkým nebezpečím, neboť slábnoucí svalstvo a narušené zdraví jsou často následkem nepohyblivosti a ne její příčinou. I při lepší kondici se schopnost adaptace oslabuje, což se projevuje především v zátěžových situacích.

- *Psychické schopnosti*- při pozorování změn psychických schopností se ukazuje význam vzdělání. Dnes víme, že stáří hraje jenom vedlejší roli a že například v zaměstnání, školní vzdělání, zdraví, motivace, přístup a prostředí jsou pro intelektové schopnosti ve stáří mnohem významnější než jenom pouhý věk.
- *Schopnost učení*- schopnosti učení a paměti se neztrácejí, ale charakteristicky a závažně se proměňují. Nové prožitky se tak dobře nevštěpují, nové poznatky se tak dobře nezapamatovávají. Učební látka se musí prezentovat názornou a konkrétní formou.
- *Paměť*- starší lidé si dobře vzpomínají na události z mládí, špatně si však pamatují nové prožitky.
- *Psychomotorika*- od 30. Roku věku se dá pozorovat zpomalování psychomotorického tempa. I v oblasti psychomotoriky se však ukazuje, že změny závisejí na sociálním statusu a na tom, čím se člověk stále zabývá. Velký význam má trénink (2).

S přibývajícím věkem jsme stále méně stejní. Kupí se důsledky vlivu genů, pohlaví, rasy, třídy, stavu, příjmů a preventivní zdravotní péče. Naše geny sice do velké míry ovlivňují náš zdravotní stav a dlouhý věk, ale platí to pouze do šedesáti let. Potom určuje kvalitu a délku života spíše náš duševní postoj a chování. Stále více nashromážděných dat dokazuje, že při chronické depresi nebo stresu probíhají v těle biologické změny, které mají negativní vliv na imunitní systém a zvyšují náchylnost k nemocem (23).

#### ***1.8.4. Podpora rodiny a pečovateli***

Rodina je většinou tvořena třemi a čím dál častěji čtyřmi generacemi, a to bez ohledu na to, zdali tyto generace žijí spolu či nikoliv. Prodlužování střední délky života není hrozbou, ale příležitostí pro mezigenerační solidaritu. Mnoho starých lidí až do sklonku života zůstává aktivními občany a spíše podporovateli než podporovanými.



Intenzivnější a dlouhodobou péči ve stáří vyžaduje menšina starých lidí. Péče je starším lidem poskytována zejména rodinou, partnery a dětmi. Nedá se očekávat, že v následujících letech přestane hrát rodina významnou roli. Rodinná politika by měla věnovat systematickou pozornost přijetí komplexních opatření na podporu rodin a pečovatelů. Většina neformálních pečovatelů jsou starší ženy. Podpora pečujících osob musí být generově sensitivní a spravedlivá. Sociální a zdravotní služby by měly být flexibilní, mají poskytovat podporu a pomoc pečujícím rodinám a pečovatelům. Péče může být naplňující, pokud bude zaměřena na kvalitu života (18).

#### ***1.8.5. Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv***

Zapojení do života komunity a společnosti, pocit uznání a užitečnosti, ocenění zkušeností a smysluplné využití volného času jsou důležité pro pozitivní sebepojetí a životní spokojenost člověka v každém věku. Důležité je podpořit participaci seniorů na vzdělávacích, kulturních a společenských aktivitách a na řešení a rozhodování o otázkách, které se jich významně dotýkají. Sociální začlenění předpokládá zachování sociálních vztahů a kontaktů, právo na sebeurčení a participaci na životě společnosti (18).

Významným zdrojem aktivního života jsou vzdělávací, zájmové a volnočasové aktivity. Vzdělávání zvyšuje adaptabilitu a přispívá ke zvládnání sociálních a společenských změn, včetně zavádění moderních komunikačních a informačních technologií. Vzdělávání nabízí možnost orientace na nové perspektivy a hodnoty, stimuluje občanské aktivity, má pozitivní vliv na zdraví a zabraňuje sociálnímu vyloučení. V České republice existuje seniorské vzdělávání při dvaceti vysokých školách a celkový počet studentů je přibližně 13-15 tisíc. Problematiky seniorského vzdělávání se ujalo Ministerstvo školství, vznikly statuty U3V univerzit a fakult, vznikla Asociace U3V v ČR s mezinárodními vztahy (31).

Pro dobrou kvalitu života ve vyšším věku je podstatné naplnění potřeby bezpečí. Starší lidé jsou ve větší míře ohroženi majetkovou a násilnou činností. Mohou se stát

oběťmi domácího násilí, podvodného jednání a být vystaveni různým formám zneužívání. Ke zneužívání a zanedbávání může docházet jak ze strany rodiny, tak při poskytování zdravotní nebo sociální péče (18).

### ***1.9. Pojem gender obecně***

Gender- termín používaný pro skupiny vlastností a chování formované kulturou a spojené s obrazem muže a ženy. Pohlaví je biologickou charakteristikou, kdežto gender je společenskou konstrukcí. Koncepce genderu zdůrazňuje kategorie kontrastujících charakteristik s označením feminní či maskulinní, které odrážejí očekávání spjatá s rolemi muže a ženy. Gender vyjadřuje, že velmi rozdílné názory na přiměřené chování žen a mužů mohou mít jak různé společnosti, tak tytéž společnosti v různých obdobích historie, nebo odlišné skupiny v rámci téže společnosti (15).

#### ***1.9.1. Gender v souvislosti s vyšším věkem***

Gender ale nepředstavuje pouze způsob konstituování odlišností, ale také systém organizování nerovností založených právě na těchto konstruovaných odlišnostech opírajících se o představu rozdílných mužských a ženských charakteristik. Různá očekávání a normy vztahující se k genderovým rolím předurčující nabízené možnosti a nároky, které se na jednotlivce v určitých fázích života kladou a které následně ovlivňují jeho životní biografii. U žen a mužů tak lze například pozorovat jak odlišné načasování vstupu do důchodu, tak i různé významy, které se této významné změně spojené se stárnutím přiřazují. Onu odlišnost lze přitom připisovat právě předpokladům vztahujícím se k významu práce pro jednotlivé genderové role. Tyto předpoklady se navíc promítají i do výše zdrojů, kterými mohou muži a ženy ve stáří disponovat. Příjem, od kterého se ve stáří odvíjí výše penze, odráží řadu zkušeností, které jsou genderované. Genderové rozdíly jsou ale ve spojení se stárnutím patrné i v jiných oblastech. Ženy například v důsledku genderové dělby práce v domácnosti, rozdílných vzorců pracovní kariéry a tlaku očekávání častěji přebírají roli primárního pečovatele. Tato skutečnost nabývá na důležitosti i s přibývajícím věkem, kdy se často objevuje

nutnost zajistit péči pro vlastní i partnerovy stárnoucí rodiče. Ženy se dále v průměru dožívají více let než muži, ale jsou provázeny vyšší nemocností, častěji navštěvují lékaře a užívají léky. Na druhou stranu ale starší ženy v porovnání s muži operují lepšími sociálními sítěmi, jsou schopnější navazovat a udržovat intimní přátelství a disponují tak ve stáří lepšími zdroji sociální interakce a pomoci **(13)**.

### ***1.9.2. Genderový přístup ke starším osobám a stárnutí populace***

Mezi staršími lidmi v důsledku vyšší naděje dožití při narození převažují ženy a jejich podíl se ve vyšších věkových kategoriích zvyšuje (ve věku 100 let dosahuje poměru 4:1). V důsledku toho starší ženy žijí bez partnera častěji než starší muži. Starší ženy jsou častěji vdovy na rozdíl od starších mužů, kteří jsou častěji ženatí. Podíl vdov v každé věkové skupině nad 50 let postupně narůstá. Významný generový aspekt se týká také neformálních pečovatелů. Přibližně dvě třetiny neformálních pečovatелů tvoří ženy. Politiky vztahující se ke stárnutí a starším lidem jako například důchodová, zdravotní, rodinná či příjmová politika nebo podpora péče a pečovatелů by měly být generově senzitivní a spravedlivé. Důležité je nejen zohlednění převažujícího počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, ale zejména rozdílných rizik, potřeb a specifík mužů a žen v jednotlivých oblastech života.**(18)**

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem bakalářské práce je zjistit subjektivně vnímanou kvalitu života ve vybrané věkové kategorii lidí nad šedesát let, žijících v malém městě ve Středočeském kraji a zohlednit v ní vliv genderu.

Je jisté, že je třeba zabývat se potřebami starších lidí a vnímat i jejich subjektivní pocity, které většinou nejsou na první pohled viditelné. Kvalita života je těžko měřitelná veličina. Vzhledem ke stárnutí populace je třeba věnovat problematice kvality života starších lidí pozornost a zohledňovat výsledky v politických rozhodnutích. K tomuto účelu vláda České republiky zřídila „Radu vlády pro seniory“ a stárnutí populace jako svůj poradní a iniciativní orgán. Dále vláda usnesením ze dne 9. ledna 2008 přijala „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“, který navazuje na předešlý „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007“ a dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, zejména na „Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí“ a „Zásady OSN pro starší osoby“.

### ***2.2 Hypotéza***

V souvislosti s cílem práce a na podkladě prostudované odborné literatury vztahující se k tématu definování pojmu kvalita života, měření kvality života a genderové problematiky byla stanovena hypotéza:

*Subjektivně vnímaná kvalita života mužů nad šedesát let je vyšší než žen ve stejné věkové kategorii.*

### 3. METODIKA

#### *3.1 Použité metody a techniky sběru dat*

Pro vypracování teoretické části byla zvolena metoda sekundární analýzy dat. Tato část práce je věnována obecnému vymezení pojmu kvalita života a zahrnuje také rozsah pojmu kvalita života. Použitím více zdrojů o této tématice jsem shrnula přístupy ke kvalitě života v současné době a ke způsobům jejího měření. Další část se zabývá problematikou stárnutí z globálního hlediska a stárnutím populace v České republice. Dále jsou zde uvedeny strategické priority vedoucí ke zvýšení kvality života. V poslední části je pojem tender a generový přístup ke stárnutí.

K primárnímu sběru dat a testování hypotézy byla zvolena metoda dotazování, technika dotazník. Dotazník obsahoval 12 otázek, které byly uzavřené nebo otevřené. Otevřené byly otázky 11 a 12, ostatní byly polouzavřené.

Dotazníky byly vyplňovány občany ve věkové kategorii nad 60 let v malých městech Středočeského kraje. Další podmínkou bylo polovinu dotazníků předat mužům a polovinu ženám. Do kategorie malé město jsem zvolila města s 3500-5000 obyvateli ve Středočeském kraji. Dotazníky byly distribuovány několika způsoby. Oslovila jsem starosty, tajemníky a sociální pracovníky na jednotlivých městských úřadech a také jsem ve dvou městech distribuovala dotazníky osobně a pomocí přátel. Na úřadech jednotlivých měst mi pomohli a ochotně rozdali dotazníky do domovů seniorů, domovů s pečovatelskou službou, klientům, kteří přišli na úřad nebo v klubech pro seniory. Sběr dat probíhal v těchto městech: Bystřice, Votice, Sázava, Zdice, Unhošť, Pečky, Bakov nad Jizerou, Kosmonosy, Jílové u Prahy, Rudná, Mníšek pod Brdy, Březnice, Rožmitál pod Třemšínem, celkem 13 měst.

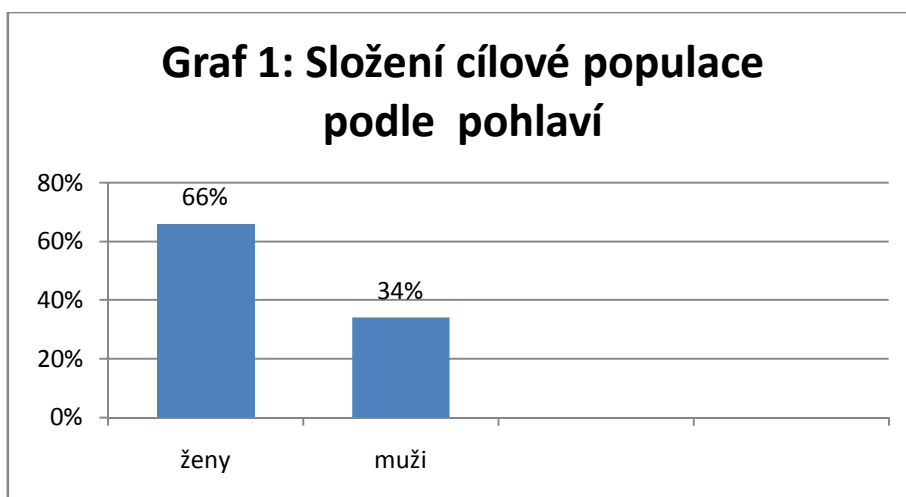
Sběr dat probíhal v lednu a únoru 2009. Pomocí veřejné databáze ČSÚ jsem zjistila, že ve vytipovaných třinácti městech Středočeského kraje žije dle statistických údajů o počtu obyvatel 7785 občanů starších 60 let. Z tohoto počtu je třeba oslovit

alespoň 7,5% občanů. Distribuovala jsem celkem 584 dotazníků. Zpět se mi vrátilo 356 dotazníků (61%), 121 od mužů a 235 od žen.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

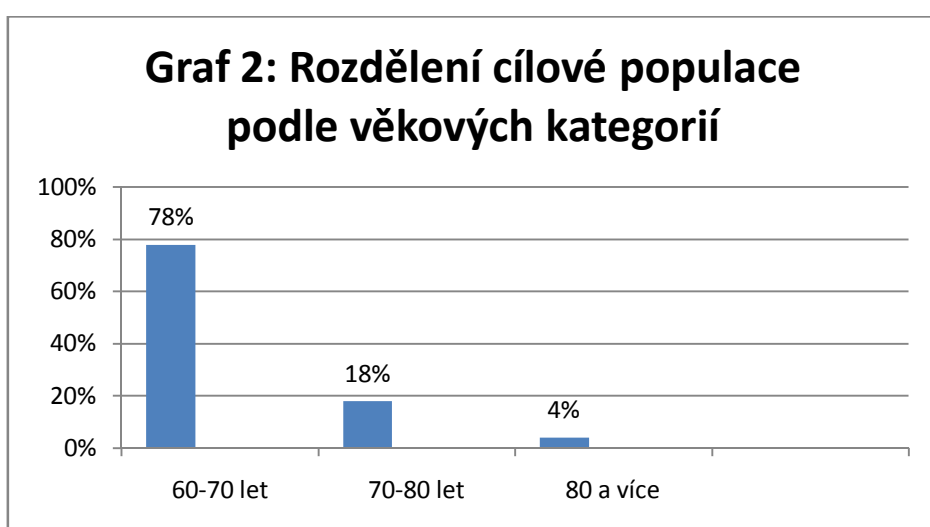
Zkoumaným vzorkem byli občané ve věku 60 a více let, žijící v malém městě ve Středočeském kraji. Celkem bylo vyplněno 356 dotazníků. Soubor byl rozdělen podle dvou hlavních charakteristik, podle pohlaví (graf 1) a podle věku, a to 60-70,70-80,80 a více (graf 2).

Rozdělení zkoumaného vzorku **podle pohlaví**. Odpovídalo celkem 356 respondentů. Z toho 235 žen, to je 66 % a 121 mužů to je 34 %.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 356 vrácených dotazníků bylo ve věkové kategorii 60-70 odevzdáno 279 dotazníků, což je 78 %, ve věkové kategorii 70-80 odevzdáno 65 dotazníků, což je 18 % a věkové kategorii nad 80 let bylo odevzdáno 12 dotazníků to jsou 4 %.



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4. VÝSLEDKY

Následující grafy jsou utvářeny z výsledků vlastního dotazníkového šetření a vychází ze 100% skupiny, což je 356 vrácených dotazníků.

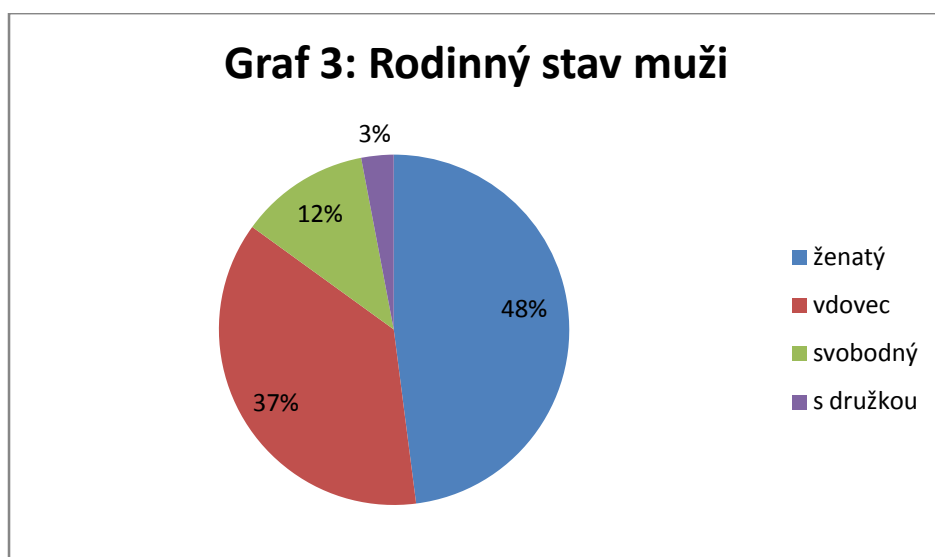
Pro potřeby vyhodnocení a okomentování zjištěných skutečností bude dále používáno označení skupin muži a ženy a věkových kategorií 60-70, 70-80, 80 a více.

Na otázku číslo 1: „*Jste:a/muž, b/žena*“ odpovědělo 235 respondentů žena (66%) a 121 (34%) respondentů muž (viz graf 1).

Na otázku číslo 2: „*Napište svůj věk*“ odpovědělo 279 respondentů, že patří do věkové skupiny 60-70 let (78%), dále odpovědělo 65 respondentů, že patří do skupiny 70-80 let (18%), 12 respondentů odpovědělo, že patří do věkové kategorie 80 a více let (4%), (viz graf 2).

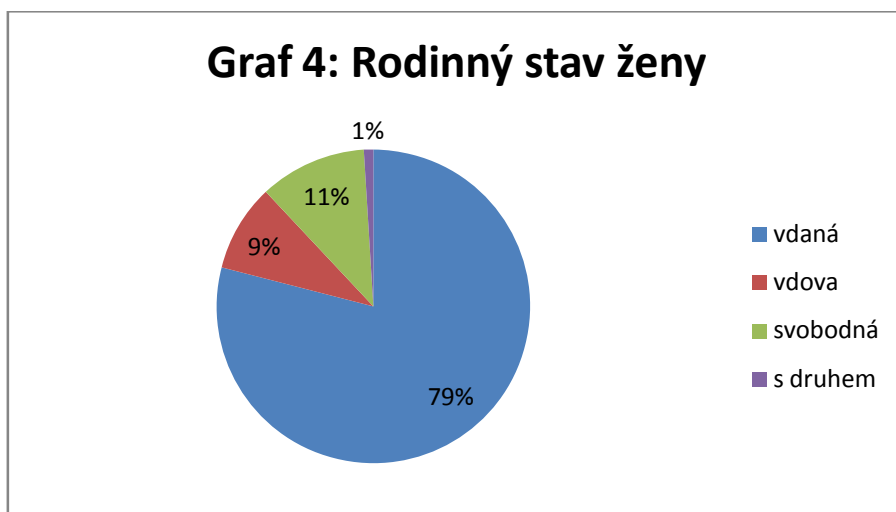


Na otázku číslo 3 odpovídali muži takto: „Rodinný stav: a) ženatý-vdaná, b) vdovec-vdova, c) svobodný, d) žiji s druhem s družkou“, a) 58 mužů (48%), b) 45 mužů (37%), c) 14 mužů (12%), d) 4 muži (3%), (viz graf 3).



Zdroj: Vlastní výzkum

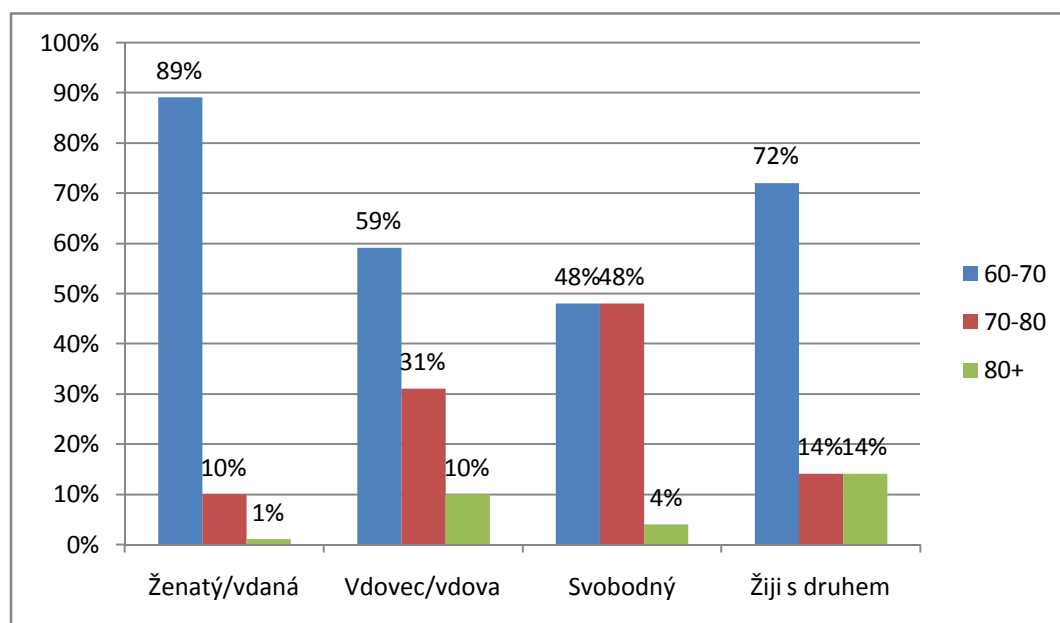
Na otázku číslo 3 odpovídaly ženy takto: „Rodinný stav: a)ženatý-vdaná, b)vdovec-vdova, c)svobodný, d)žiji s druhem s družkou“, a) 185 žen (79%), b) 21 žen (9%), c) 26 žen (11%), d) 3 ženy (1%), (viz graf 4).



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 3 odpovídali respondenti s ohledem na věkové kategorie takto: „Rodinný stav: a)ženatý-vdaná, b)vdovec-vdova, c)svobodný, d)žiji s druhem s družkou“: **a)ženatý, vdaná:** věk 60-70: 216 respondentů (89%), věk 70-80: 25 respondentů (10%), věk 80 a více 2 respondenti (1%),(graf č. 6), **b)vdovec-vdova:** věk 60-70: 39 osob (59%), věk 70-80:20 osob (31%), 80 a více:7 osob (10%), **c)svobodný:** věk 60-70: 19 osob (48%), věk 70-80: 19 osob (48%), věk 80 a více:2 osoby (4%), **d) žiji s druhem:** věk 60-70: 5 osob (72%), věk 70-80: 1 osoba (14%), věk 80 a více: 1 osoba (14%), (viz graf 5).

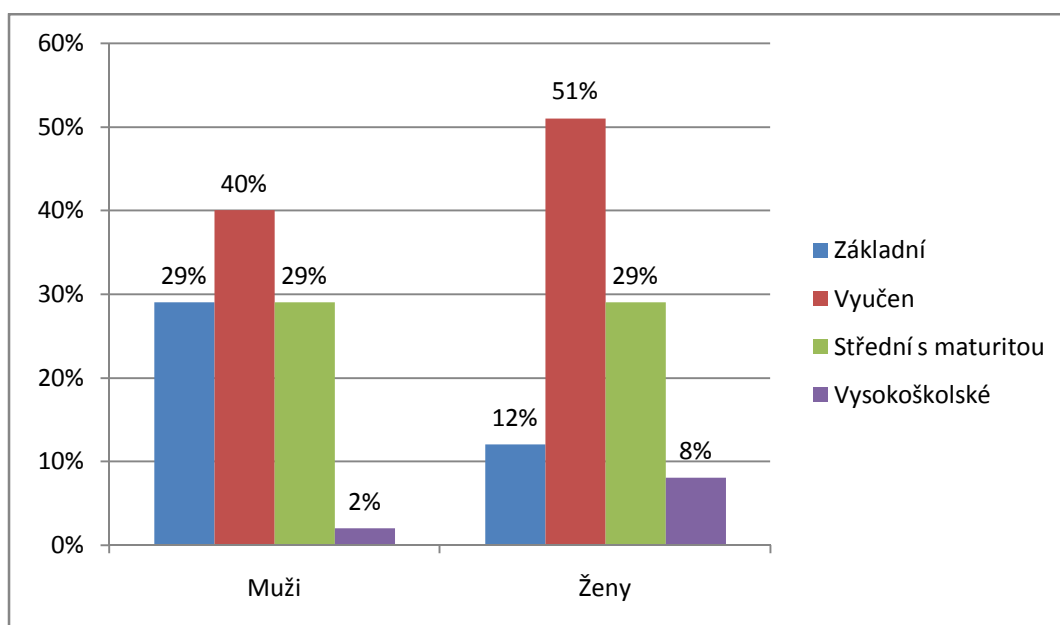
**Graf 5: Rodinný stav podle věkových kategorií**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku 4: „Napište nejvyšší dosažené vzdělání“ odpovědělo základní: 29 žen (12% ze všech žen) a 35 mužů (29% ze všech mužů), vyučen: 121 žen (51 % ze všech žen) a 49 mužů (40%), střední s maturitou: 69 žen (29%) a 35 mužů (29%), vysokoškolské: 16 žen (8%) a 2 muži (2%), (viz graf 6).

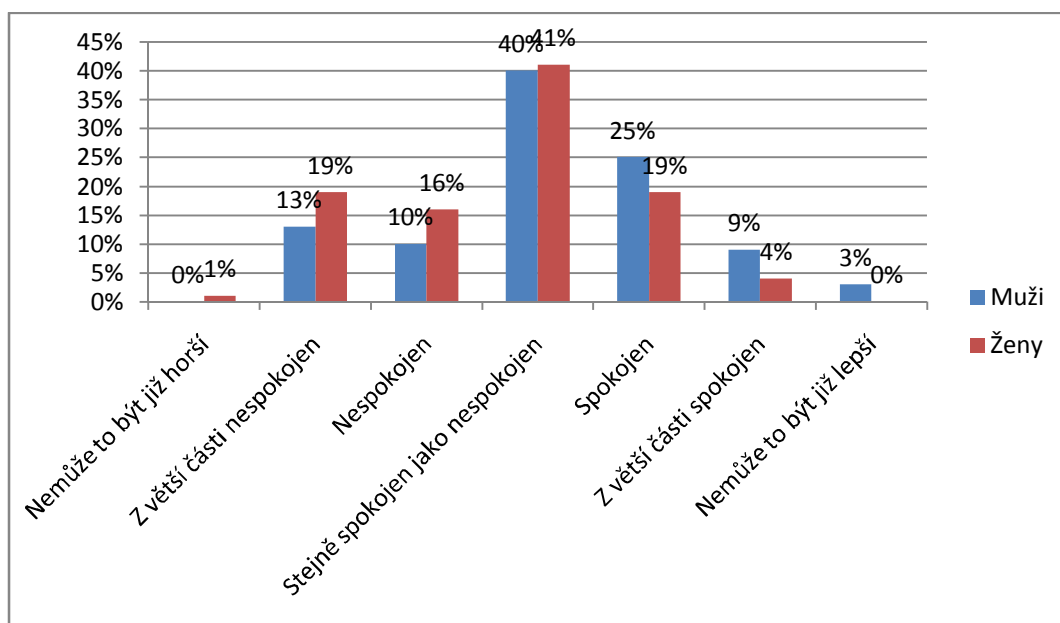
**Graf 6: Nejvyšší dosažené vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 5 „*Jak jste spokojen s vlastním zdravotním stavem?*“ odpovídali respondenti takto: **Nemůže to být již horší:** muži: 0 mužů (0%), ženy: 3 ženy (1%), **Z větší části nespokojen:** muži: 16 mužů (13%), ženy: 45 žen (19%), **Nespokojen:** muži: 12 mužů (10%), ženy: 38 žen (16%), **Stejně spokojen jako nespokojen:** muži: 48 mužů (40%), ženy: 96 žen (41%), **Spokojen:** muži: 31 mužů (25%), ženy: 45 žen (19%), **Z větší části spokojen:** muži: 11 mužů (9%), ženy: 8 žen (4%), **Nemůže to být již lepší:** muži: 3 muži (3%), ženy: 0 žen (0%), (viz graf 7).

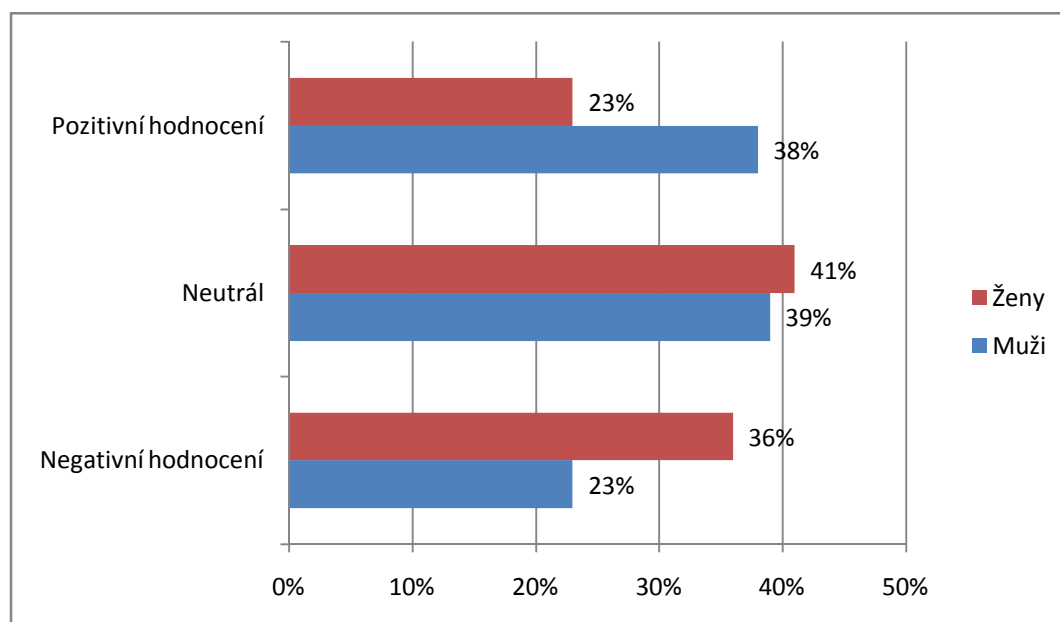
**Graf 7: Spokojenost s vlastním zdravotním stavem**



Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání subjektivně vnímané kvality života mužů a žen k otázce 5 „*Jak jste spokojen s vlastním zdravotním stavem?*“. **Muži:** negativní hodnocení: 28 mužů (23%), neutrální hodnocení: 48 mužů (39%), pozitivní hodnocení 45 mužů (38%), **ženy:** negativní hodnocení: 86 žen (36%), neutrální hodnocení: 96 žen (41%), pozitivní hodnocení 53 žen (23%), (viz graf 8).

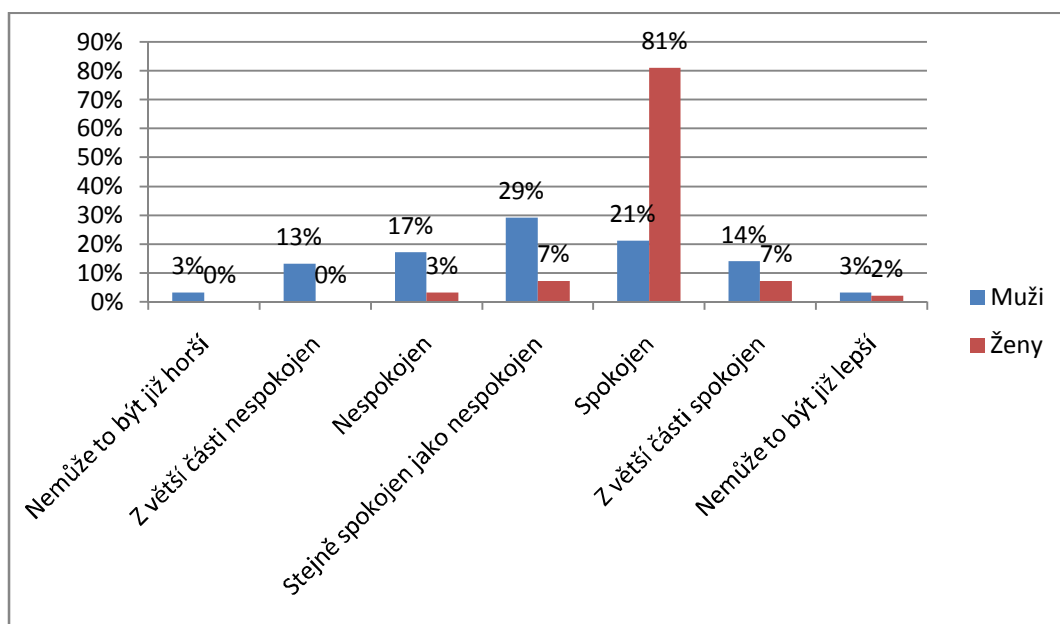
**Graf 8: Hodnocení kvality života s ohledem na vlastní zdravotní stav**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 6 „*Jak jste spokojen se vztahy ve vašem okolí, kolik máte přátel?*“ odpovídali respondenti takto: **Nemůže to být již horší:** muži: 4 muži (3%), ženy: 0 žen (0%), **Z větší části nespokojen:** muži: 16 mužů (13%), ženy: 1 žena (0%), **Nespokojen:** muži: 21 mužů (17%), ženy: 8 žen (3%), **Stejně spokojen jako nespokojen:** muži: 35 mužů (29%), ženy: 16 žen (7%), **Spokojen:** muži: 26 mužů (21%), ženy: 189 žen (81%), **Z větší části spokojen:** muži: 16 mužů (14%), ženy: 16 žen (7%), **Nemůže to být již lepší:** muži: 3 muži (3%), ženy: 5 žen (2%), (viz graf 9).

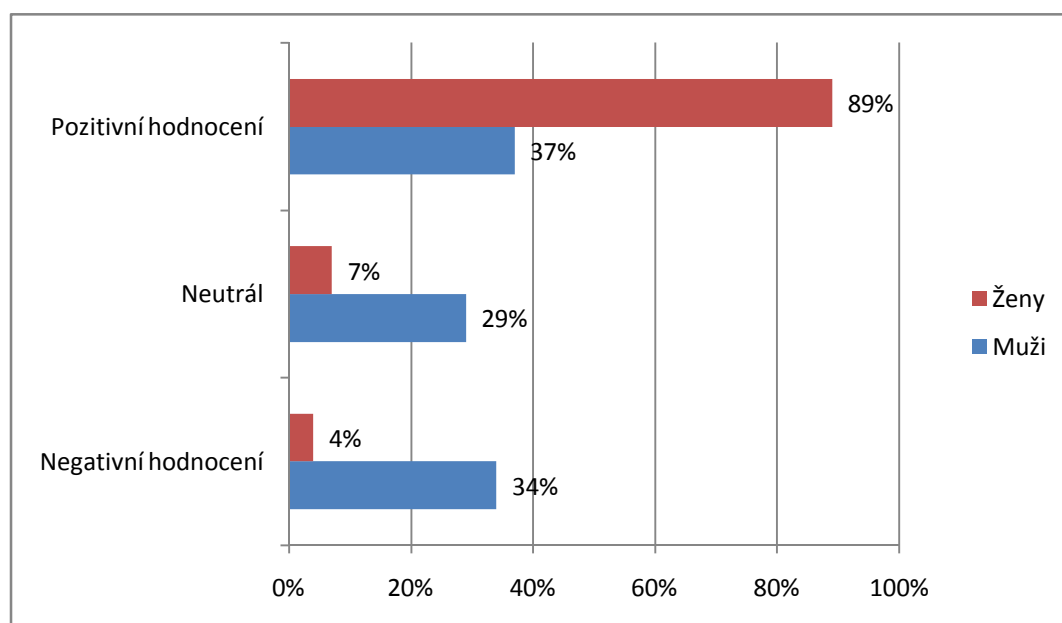
**Graf 9: Spokojenost cílové populace se vztahy s okolím**



Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání subjektivně vnímané kvality života mužů a žen k otázce 6 „*Jak jste spokojen se vztahy ve vašem okolí, kolik máte přátel?*“. **Muži:** negativní hodnocení: 41 mužů (34%), neutrální hodnocení: 35 mužů (29%), pozitivní hodnocení 45 mužů (37%), **ženy:** negativní hodnocení: 9 žen (4%), neutrální hodnocení: 16 žen (7%), pozitivní hodnocení 210 žen (89%), (viz graf 10).

**Graf 10: Hodnocení kvality života s ohledem na vztahy s okolím**

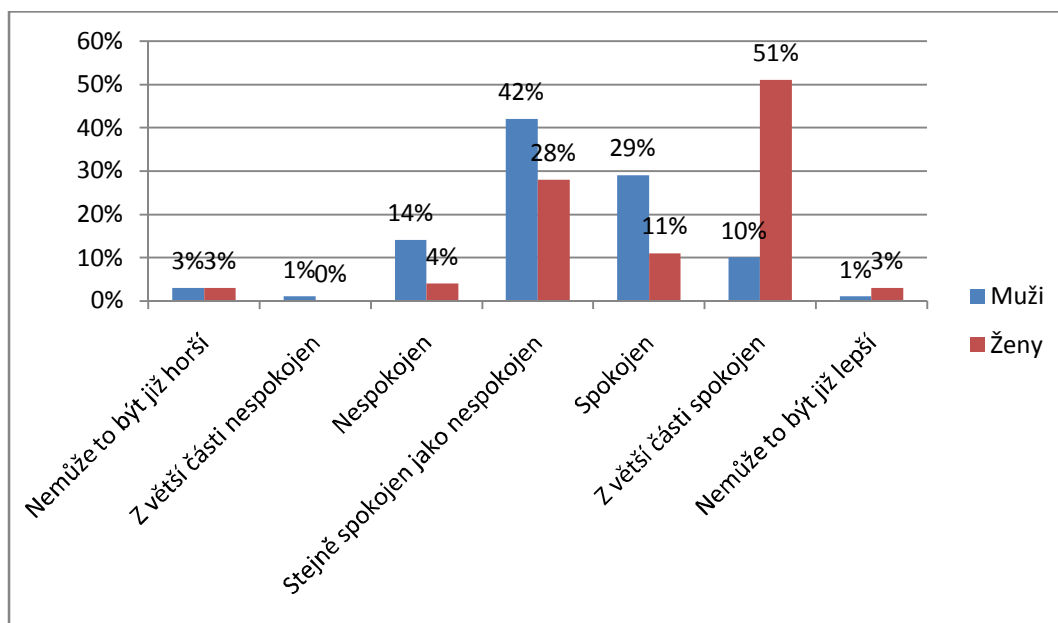


Zdroj: Vlastní výzkum



Na otázku číslo 7 „*Jak jste spokojen s rodinnými vztahy, s dětmi a partnerem?*“ odpovídali respondenti takto: **Nemůže to být již horší:** muži: 4 muži (3%), ženy: 6 žen (3%), **Z větší části nespokojen:** muži: 1 muž (1%), ženy: 1 žena (0%), **Nespokojen:** muži: 17 mužů (14%), ženy: 8 žen (4%), **Stejně spokojen jako nespokojen:** muži: 51 mužů (42%), ženy: 65 žen (28%), **Spokojen:** muži: 35 mužů (29%), ženy: 25 žen (11%), **Z větší části spokojen:** muži: 12 mužů (10%), ženy: 123 žen (51%), **Nemůže to být již lepší:** muži: 1 muži (1%), ženy: 7 žen (3%), (viz graf 11).

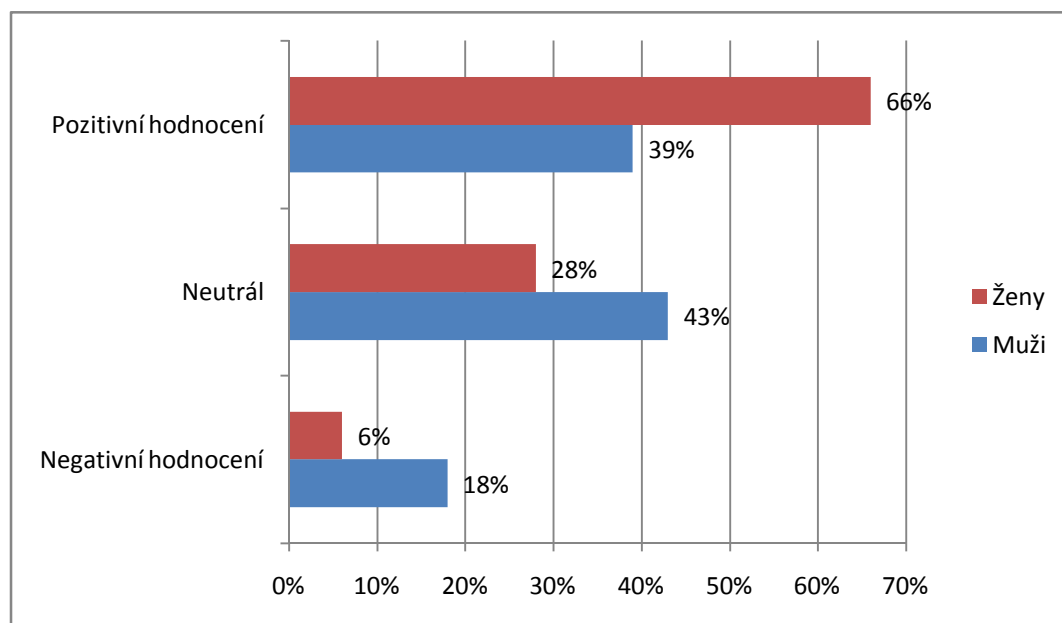
**Graf 11: Spokojenost s rodinnými vztahy**



Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání subjektivně vnímané kvality života mužů a žen k otázce 7 „*Jak jste spokojen s rodinnými vztahy, s dětmi a partnerem?*“. **Muži:** negativní hodnocení: 22 mužů (18%), neutrální hodnocení: 51 mužů (43%), pozitivní hodnocení 48 mužů (39%), **ženy:** negativní hodnocení: 15 žen (6%), neutrální hodnocení: 65 žen (28%), pozitivní hodnocení 155 žen (66%), (viz graf 14).

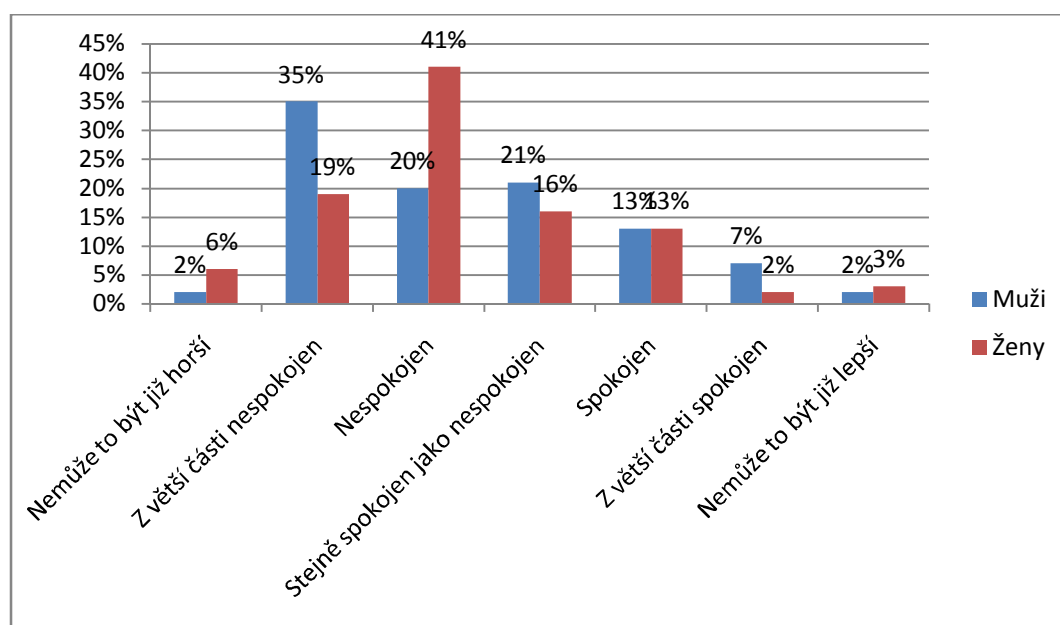
**Graf 12: Hodnocení kvality života s ohledem na rodinné vztahy**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 8 „*Jak jste spokojen se svou finanční situací?*“ odpovídali respondenti takto: **Nemůže to být již horší:** muži: 3 muži (2%), ženy: 15 žen (6%), **Z větší části nespokojen:** muži: 42 mužů (35%), ženy: 45 žen (19%), **Nespokojen:** muži: 25 mužů (20%), ženy: 98 žen (41%), **Stejně spokojen jako nespokojen:** muži: 26 mužů (21%), ženy: 35 žen (16%), **Spokojen:** muži: 15 mužů (13%), ženy: 31 žen (13%), **Z větší části spokojen:** muži: 8 mužů (7%), ženy: 4 ženy (2%), **Nemůže to být již lepší:** muži: 2 muži (2%), ženy: 7 žen (3%), (viz graf 13).

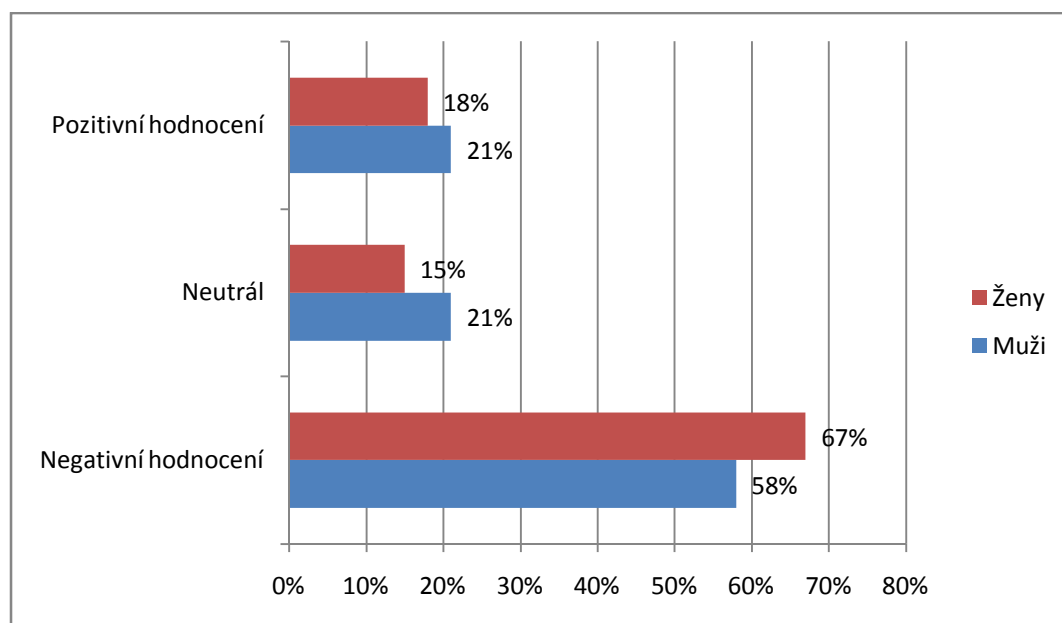
**Graf 13: Spokojenost se svou finanční situací**



Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání subjektivně vnímané kvality života mužů a žen k otázce 8 „*Jak jste spokojen se svou finanční situací?*“. **Muži:** negativní hodnocení: 70 mužů (58%), neutrální hodnocení: 26 mužů (21%), pozitivní hodnocení 25 mužů (21%), **ženy:** negativní hodnocení: 158 žen (67%), neutrální hodnocení: 35 žen (15%), pozitivní hodnocení 42 žen (18%), (viz graf 14).

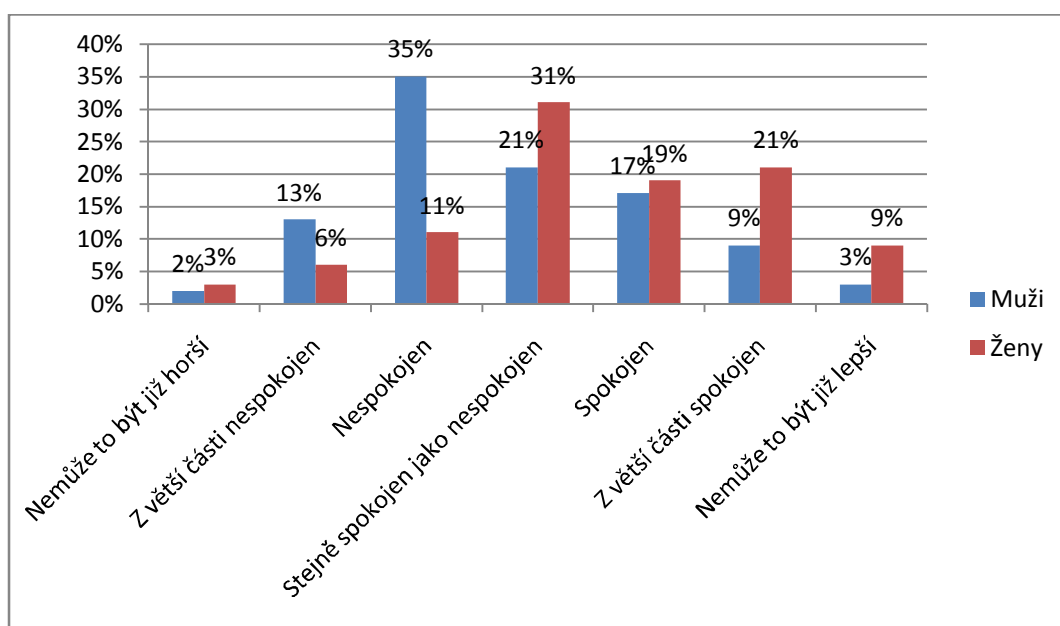
**Graf 14: Hodnocení kvality života s ohledem na finanční situaci**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 9 „*Jak jste spokojen s volnočasovými aktivitami ve vašem městě, je jich dostatek?*“ odpovídali respondenti takto: **Nemůže to být již horší:** muži: 2 muži (2%), ženy: 6 žen (3%), **Z větší části nespokojen:** muži: 16 mužů (13%), ženy: 15 žen (6%), **Nespokojen:** muži: 42 mužů (35%), ženy: 25 žen (11%), **Stejně spokojen jako nespokojen:** muži: 25 mužů (21%), ženy: 72 žen (31%), **Spokojen:** muži: 21 mužů (17%), ženy: 46 žen (19%), **Z větší části spokojen:** muži: 11 mužů (9%), ženy: 48 žen (21%), **Nemůže to být již lepší:** muži: 4 muži (3%), ženy: 23 žen (9%), (viz graf 15).

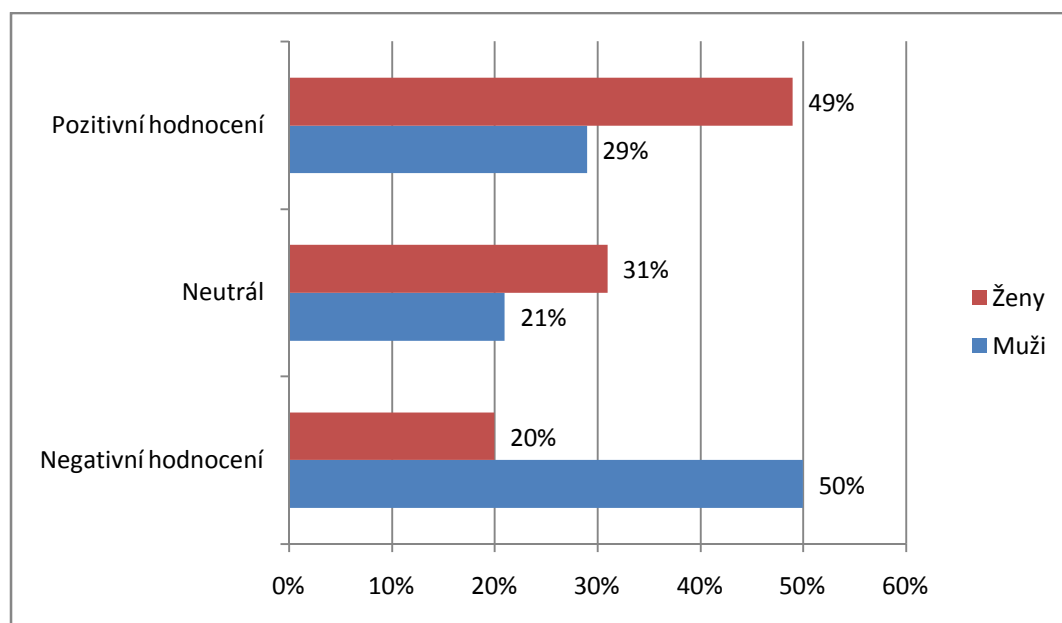
**Graf 15: Spokojenost s volnočasovými aktivitami**



Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání subjektivně vnímané kvality života mužů a žen k otázce 9 „*Jak jste spokojen s volnočasovými aktivitami ve vašem městě, je jich dostatek?*“. **Muži:** negativní hodnocení: 60 mužů (50%), neutrální hodnocení: 25 mužů (21%), pozitivní hodnocení 36 mužů (29%), **ženy:** negativní hodnocení: 46 žen (20%), neutrální hodnocení: 72 žen (31%), pozitivní hodnocení 117 žen (49%), (viz graf 16).

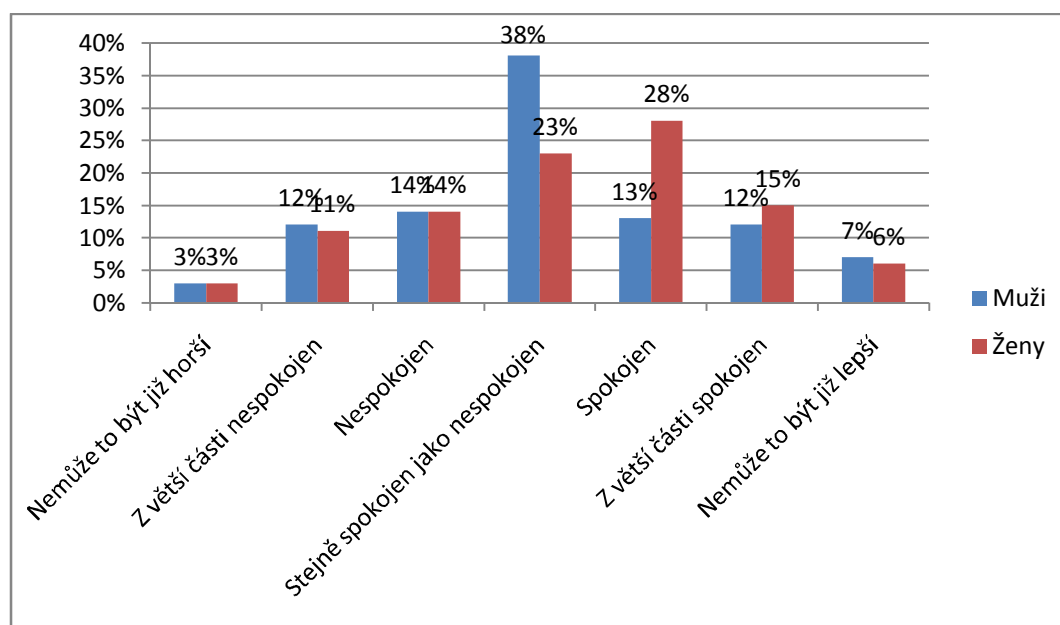
**Graf 16: Hodnocení kvality života s ohledem na volnočasové aktivity**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 10 „*Jak jste spokojen se životním prostředím ve městě?*“ odpovídali respondenti takto: **Nemůže to být již horší:** muži: 4 mužů (3%), ženy: 6 žen (3%), **Z větší části nespokojen:** muži: 15 mužů (12%), ženy: 26 žen (11%), **Nespokojen:** muži: 17 mužů (14%), ženy: 34 žen (14%), **Stejně spokojen jako nespokojen:** muži: 46 mužů (38%), ženy: 54 žen (23%), **Spokojen:** muži: 16 mužů (13%), ženy: 65 žen (28%), **Z větší části spokojen:** muži: 15 mužů (12%), ženy: 36 žen (15%), **Nemůže to být již lepší:** muži: 8 mužů (7%), ženy: 14 žen (6%),(viz graf 17).

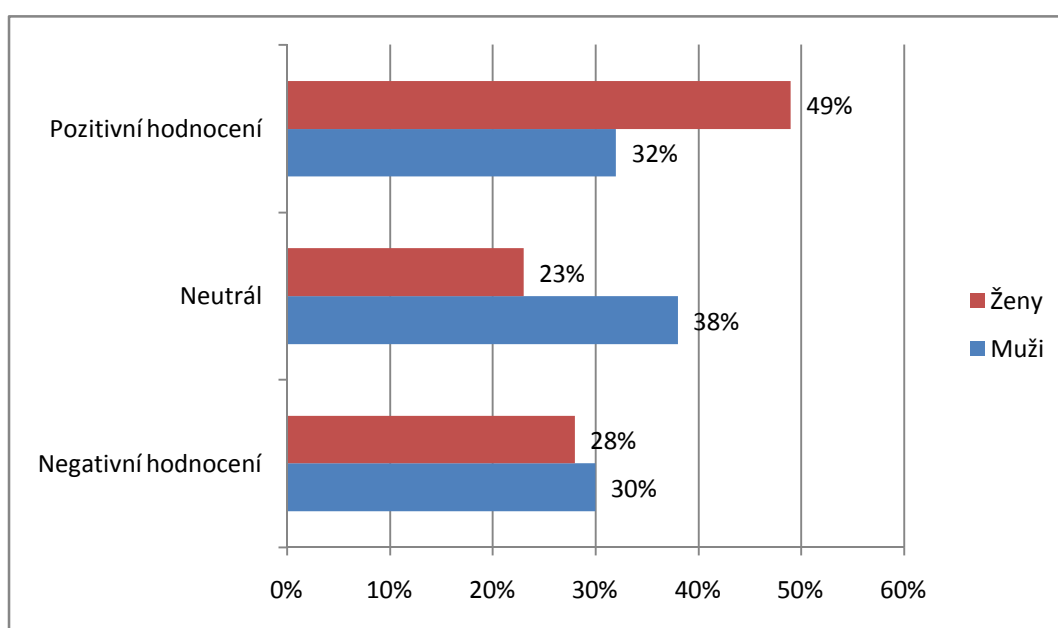
**Graf 17: Spokojenost se životním prostředím ve městě**



Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání subjektivně vnímané kvality života mužů a žen k otázce 10 „*Jak jste spokojen se životním prostředím ve městě?*“. **Muži:** negativní hodnocení: 36 mužů (30%), neutrální hodnocení: 46 mužů (38%), pozitivní hodnocení 39 mužů (32%), **ženy:** negativní hodnocení: 66 žen (28%), neutrální hodnocení: 54 žen (23%), pozitivní hodnocení 115 žen (49%), (viz graf 18).

**Graf 18: Hodnocení kvality života s ohledem na životní prostředí ve městě**

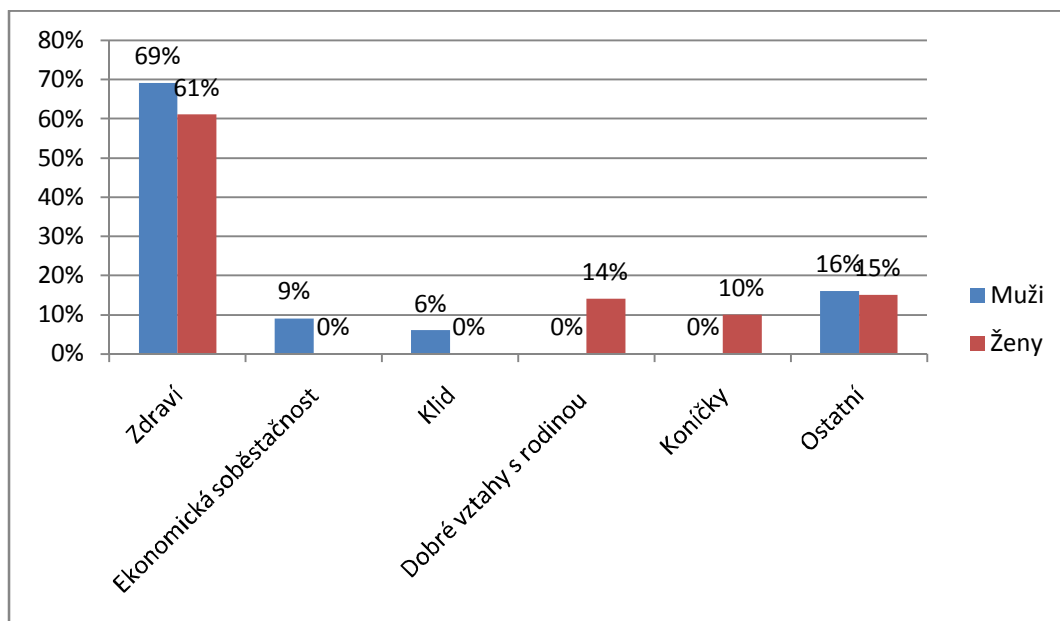


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 11 „*Vyjmenujte tři nejdůležitější cíle Vašeho života.*“ Odpovědi byly různé, někteří respondenti ji vynechávali. Na otázku odpovědělo 65 mužů a 85 žen. Uvádím zde tři nejčastější odpovědi. Muži nejčastěji uváděli: zdraví 45 mužů (69%), soběstačnost-ekonomická 6 mužů (9%), klid 4 muži (6%), ostatní odpovědi 10 mužů (16%). Ženy nejčastěji uváděly: zdraví 52 žen (61%), dobré vztahy s rodinou 12 žen (14%), koníčky-kultura 8 žen (10%), ostatní odpovědi 13 žen (15%), (viz graf 19).



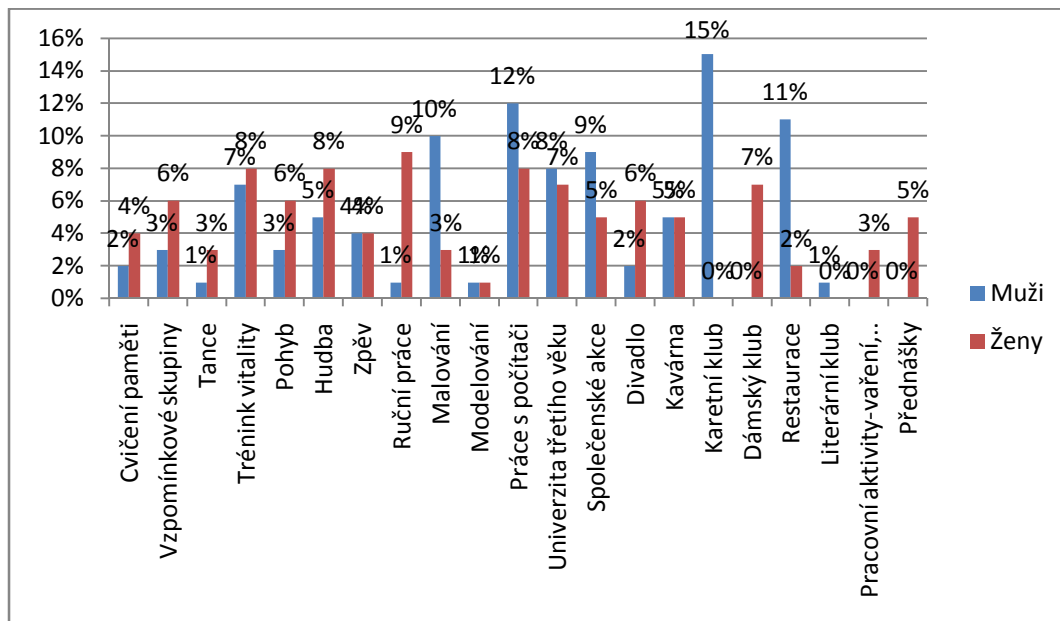
**Graf 19: Tři nejdůležitější cíle života**



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 12 byla polouzavřená a respondenti měli vybrat z nabízených aktivit tři pro ně nejzajímavější, kterých by se chtěli účastnit. Respondenti odpovídali (viz graf 20).

Graf 20: Nejzajímavější programy



Zdroj: Vlastní výzkum

## 5. DISKUSE

Hlavním cílem práce bylo zjištění, zda subjektivně vnímaná kvalita života je vyšší u mužů nebo u žen ve věkové kategorii nad šedesát let.

Primární data jsem zjistila pomocí dotazníku. Především jsem zjistila, že k odpovídání na podobné výzkumy jsou mnohem vstřícnější ženy než muži. Shodují se s tvrzením Hartmuta Karstena (6), že ženy ve vyšším věku jsou již osvobozené od tlaku tradiční pohlavní role, v tomto ohledu narážím především na předpokládanou zdrženlivost v odpovědích, která se mi nepotvrdila. Domnívám se, že ženy začínají být více emancipované, i ve vyšším věku, možná pod vlivem svých dcer, které poznaly, že tradiční postavení žen je již minulostí. Tento dojem jsem získala při rozhovorech se ženami při sběru dat.

Na různé oblasti života bylo zaměřeno šest otázek (otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10). Dotazované oblasti života byly: zdravotní stav, sociální vztahy s okolím, rodinné vztahy, finanční situace, volnočasové aktivity ve městě, životní prostředí ve městě. Jejich smyslem bylo potvrdit, či vyvrátit hypotézu „*Subjektivně vnímaná kvalita života mužů nad šedesát let je vyšší než žen ve stejné věkové kategorii.*“. U těchto otázek byli respondenti vyzváni, aby zaškrtnutím jedné z možností výstižně popsali svůj postoj k jednotlivým oblastem vnímání kvality života. Nabízeny byly tyto možnosti: nemůže to být již horší, z větší části nespokojen, nespokojen, stejně spokojen jako nespokojen, spokojen, z větší části spokojen, nemůže to být již lepší. Pro konečné posouzení zda kvalitu života vnímají lépe muži nebo ženy jsem první tři odpovědi (nemůže to být již horší, z větší části nespokojen, nespokojen) považovala za negativní postoj, odpověď stejně spokojen jako nespokojen za neutrální postoj a poslední tři varianty (spokojen, z větší části spokojen, nemůže to být již lepší) za pozitivní hodnocení kvality života.

Polouzavřená otázka (11) nabízela respondentům vyjádřit svůj vlastní postoj k životním hodnotám. Zde respondenti vypisovali tři pro ně nejdůležitější cíle jejich života. Podle Křivohlavého (10) lze kvalitu života vyjádřit slovně i symbolicky. Zde

vstupuje do hry také momentální stav respondenta, neboť v každé životní situaci hodnotíme svou kvalitu života jinak. Na otázku číslo 11 neodpovědělo mnoho respondentů. Domnívám se, že to mohlo být i z pověrčivosti, neboť vyslovené přání se většinou nenaplní. O tom jsem se přesvědčila i osobně při sběru těchto dat. To, že muži i ženy uvedli na prvním místě zdraví je pochopitelné, neboť podle většiny výzkumů je to nejvyšší hodnota při posuzování kvality života.

Další polouzavřená otázka nabízela respondentům na výběr z mnoha různých aktivit a měli čísla 1, 2, 3 označit tři pro ně nejzajímavější. Muži by nejraději navštěvovali karetní klub a ženy dělaly ruční práce. Tento výsledek vypovídá o genderovém nastavení cílové populace. Žena jako ochránitelka domácí pohody a muž jako bojovník.

Lidé, kteří dotazníky distribuovali, byli poučeni, že polovinu dotazníků mají předat ženám a polovinu mužům. Vrátilo se mi 235 dotazníků od žen (66%) a pouze 121 dotazníků od mužů (34%). Z tohoto poměru usuzuji, že ženy jsou otevřenější sociálním interakcím než muži, což se mi potvrdilo i při osobním rozdávání dotazníků ve Voticích a Bystřici.

Dále jsem sledovala v otázce číslo 2 rozložení zkoumaného vzorku podle věkových kategorií (60-70, 70-80, 80 a více). Největší část dotazníků (78%) se vrátila od věkové kategorie 60-70 let, což vypovídá menším počtu respondentů ve vyšší věkové kategorii.

Dle mého výzkumu pozitivněji vnímají kvalitu života, pokud se jedná o zdraví, muži (38%), než ženy (23%). Tento výsledek se shoduje s tvrzením Evy Křížové (20) z Ústavu pro lékařskou etiku a ošetřovatelství 3. LF UK, že příslušnost k ženskému pohlaví vždy zhoršuje rizikové vlivy, jako jsou nemoci. Je známo, že ženy se v průměru dožívají více let než muži, ale jsou provázeny vyšší nemocností. To je podle mého názoru dáno větším zájmem žen o svůj zdravotní stav. Častěji navštěvují lékaře ženy než muži. Muži spíše své zdravotní problémy podceňují.

Ženy operují lepšími sociálními sítěmi než muži. Kladně vnímalo svou kvalitu života v této oblasti více žen (89%), než mužů (37%). Podle Hartmuta Karstena **(6)** se mužům za normálních okolností s odchodem do důchodu hroutí dosavadní sociální síť. Známosti a přátelství vzniklé v souvislosti s jejich profesní činností den za dnem ustupují do pozadí, jak mizí vnější popudy k setkávání. Proto zde volám po větší podpoře ke společenským setkáváním, aby i muži, kteří se tak často ve vyšším věku stahují do pozadí, museli vyjít mezi lidi.

Ženy vnímají kvalitu života v oblasti rodinných vztahů kladněji (66%), než muži (39%). Karel Hnilica **(20)** z Katedry kulturologie FF UK Praha píše, že muži jsou socializováni k přijímání spíše instrumentálních (úkolových) rolí, zatímco ženy spíše k přijímání rolí expresivních či socio-emocionálních. Souhlasím s jeho tvrzením, že pro ženy je podstatnější mít dobré rodinné vztahy, více si na nich zakládají, než pro muže.

Další z oblastí, které podstatně ovlivňují subjektivní vnímání kvality života je otázka financí, kterou mapovala otázka číslo 8. Zde jsem dospěla k výsledku, že muži vnímají svou finanční situaci kladněji (21%), než ženy (18%). Eva Křížová píše, že muži dokáží hodnotit svou celkovou kvalitu života jako vysokou i při zhoršené ekonomické situaci, ženy, patrně proto, že více myslí na zabezpečení dalších generací, přenášejí nespokojenost s úrovní uspokojování svých životních potřeb bezprostředně do hodnocení celkové kvality života **(20)**. Dále je zde třeba zmínit celkově horší zabezpečení žen na stáří, neboť většinou během života méně vydělávaly a mají menší důchod.

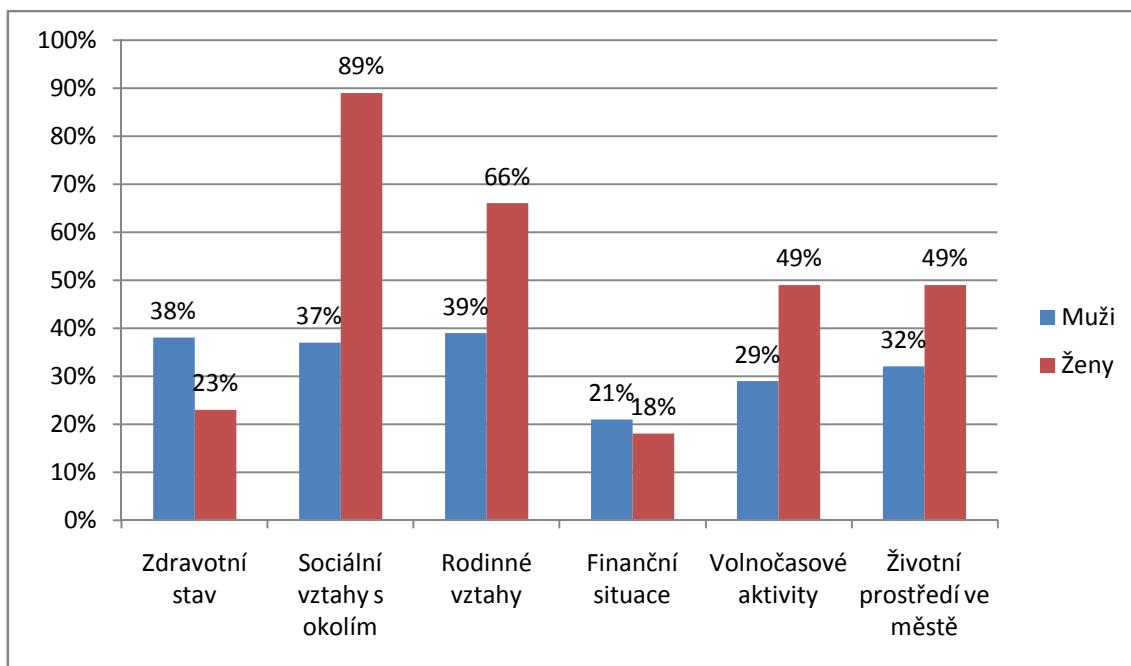
S volnočasovými aktivitami ve městech jsou více spokojeny ženy (49%), než muži (29%). Ve výsledcích lze také vyčíst, nadpoloviční většina respondentů je s aktivitami spokojena. I Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 pamatuje na využití volného času seniorů. Říká se zde: zapojení do života komunity a společnosti, pocit uznání a užitečnosti, ocenění zkušeností a smysluplné využití volného času jsou důležité pro pozitivní sebepojetí a životní spokojenost **(20)**.

Pozitivněji, podle mého výzkumu, hodnotí životní prostředí ve městě ženy (49%), než muži (32%). Nevím, čím je tento výsledek ovlivněn. Mohu se jen domnívat, že ženy kladně hodnotí snahu měst po budování bezbariérových chodníků a přístupů do budov a podporu výstavby lehce dostupných nákupních center.

Pro celkové zhodnocení subjektivně vnímané kvality života jsem použila výsledky otázek 5, 6, 7, 8, 9, 10. Z těchto šesti otázek ženy vnímaly kvalitu života pozitivněji ve čtyřech případech a muži vnímali kvalitu života pozitivněji ve dvou případech (viz graf 21).

Díky rozčlenění výzkumného souboru na muže a ženy a porovnávání posuzování subjektivně vnímané kvality života u jednotlivých témat jsem zjistila, že nebyla potvrzena hypotéza „*Subjektivně vnímaná kvalita života mužů nad šedesát let je vyšší než žen ve stejné věkové kategorii.*“. Vzhledem ke složitosti posuzování vnímání kvality života a potřebě naslouchání potřebám občanů malých měst bude třeba, aby zastupitelé a sociální pracovníci místních úřadů věnovali této problematice náležitou pozornost.

**Graf 21: Pozitivita vnímání kvality života v jednotlivých oblastech**



Zdroj: Vlastní výzkum

Cíl práce byl splněn, byla zmapována subjektivně vnímaná kvalita života s ohledem na aspekt genderu v malých městech Středočeského kraje.

Z tohoto důvodu navrhuji následující řešení:

- Dodržovat dlouhodobé partnerství mezi vládou a samosprávou. Partnerství je myšleno ve smyslu propojenosti komunitního plánování sociálních služeb regionálně, na které navazuje komunitní plánování sociálních služeb na úrovni kraje. Krajský úřad může následně ovlivňovat jednání vlády, svojí zákonnou možností připomínkování zákonů, setkáváním na pracovních skupinách nebo v rámci konzultačních dnů na jednotlivých ministerstvech. Především protože místní potřeby lidí jsou slyšet, „nahore“. Konkrétně v oblastech MZ ČR, MPSV ČR, MF ČR- dotace a granty.
- Sociální pracovníci místních úřadů by měli sledovat potřeby občanů ve věkové kategorii nad šedesát let. Především by měli sledovat změny potřeb, nabídku a poptávku ze strany občanů ve svém obvodu a na tyto aktuální potřeby reagovat změnami komunitního plánu, usnesením rady nebo zastupitelstva, vyhlášením grantového řízení.
- Ve městě by se měla zřídit anonymní schránka na jednotlivých odborech jako je zdravotnictví, školství a kultury nebo finanční a rozpočtový, kam by starší občané vložovali své připomínky a návrhy, které by je zajímali a nebo je chtěli řešit. Nejspíše by to měl mít na starosti určený pracovník určitého odboru, který by toto zpracovával.
- Místní úřady by měly podporovat místní spolky, občanská združení, o.p.s, církevní organizace, nadace, které se zabývají seniory.

- Využívat dotace určené na úpravu měst pro handicapované občany, bezbariérové chodníky a vstupy do budov. Dotace mají využívat místní úřady. Na úpravy mohou z jedné strany tlačit občané jednotlivých měst anebo jejich zastupitelé a pracovníci úřadu, kteří mohou aktivně vstupovat do rekonstrukcí a novostaveb z titulu investora. Dotační programy by měly být získávány od krajů, státu, ministerstev a EU prostřednictvím například mikroregionálních sdružení.



## 6. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, jaký je rozdíl v subjektivně vnímané kvalitě života mezi muži a ženami ve věkové kategorii nad šedesát let žijících v malém městě Středočeského kraje. Posoudit zda pozitivněji hodnotí kvalitu života ženy nebo muži. Dále bylo záměrem práce zjistit nejdůležitější cíle života u osob nad šedesát let a zmapovat, které aktivity tyto občany nejvíce zajímají.

Výsledky kvantitativního výzkumu technikou dotazníku přinesly zajímavé údaje. Muži vnímají lépe kvalitu života v oblasti zdravotního stavu a finanční situace. Ženy zase lépe hodnotí svou kvalitu života v oblasti sociálních vztahů s okolím a s rodinou, dále v oblasti volnočasových aktivit a životního prostředí ve městě. Celkově tedy z tohoto souboje vnímání kvality života vyšly vítězně ženy z malých měst Středočeského kraje. Otázky týkající se aktivit pro občany ve věku nad šedesát let zase daly návod jakým směrem se ubírat při koncipování volnočasových aktivit pro starší občany v malých městech.

Hypotéza, že subjektivně vnímaná kvalita života mužů nad šedesát let je vyšší než žen ve stejné věkové kategorii, se nepotvrdila (viz kapitola Diskuze).

Práce ukázala, že je třeba, aby samospráva v malých městech vnímala potřeby svých občanů ve věkové kategorii nad šedesát let, aby zastupitelé a sociální pracovníci pomocí dotazování zjišťovali co je třeba v danou chvíli a na daném místě nabídnout lidem nad šedesát let, jak vyplnit jejich čas a využít potenciál, který jistě mají. Je třeba spolupracovat mezi vládou a samosprávou, aby vláda dostávala dílčí informace z obcí a přihlížela k nim při politických rozhodnutích, aby se kvalita života občanů nad šedesát let zvyšovala.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ČIHÁK, Radomír. *Průkopník univerzity třetího věku*. Revue 50+, 2008, ročník IV., číslo 10, 63 s. ISSN 1802-6249
- 2) DORNER, Klaus - PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5
- 3) FRANKL, Viktor Emanuel. *Člověk hledá smysl*. 1. vydání. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 86 s. ISBN 80-901601-4-X
- 4) GENDER AND DEVELOPMENT. [online] 2008. [cit. 2009-4-3]. Dostupné z: <http://www.gdrc.org/gender/index.html>
- 5) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
- 6) KARSTEN, Hartmut. *Ženy-muži*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 183 s. ISBN 80-7367-145-X
- 7) KEBZA, Vladimír - ŠOLCOVÁ, Iva. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 2003, ročník XLVII., číslo 4, str. 336. ISSN 0009-062X
- 8) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3
- 9) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3

- 10) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0
- 11) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
- 12) Ledax o.p.s. *Senior living*. [cit. 2009-3-30] Dostupné z : <http://www.ledax.cz/cz/page/24/konference-senior-living.html?detail=15>
- 13) LIŠKOVÁ, Kateřina et al. *Genderové re-konstrukce*. 1. vydání. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 2008. 142 s. ISSN 1214-813X
- 14) *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002*. [online]. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2009 [cit. 2009-4-3]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>
- 15) MAŘÍKOVÁ, Hana - PETROUSEK, Miloslav - VODÁKOVÁ, Alena. *Velký sociologický slovník*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1
- 16) MATOUŠEK, Oldřich - KOLÁČKOVÁ, Jana - KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
- 17) MERYN, Siegfried - METKA, Marcus - KINDEL Georg. *Muži a stárnutí*. 1. vydání. Nakladatelství: Ilja Zlámal, 335 s., ISBN 80-903396-0-3
- 18) *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života)*. [online]. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2009 [cit. 2009-4-3]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

- 19) OAKLEYOVÁ, Ann. *Pohlaví, gender a společnost*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-403-6.
- 20) PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- 21) PETR, Petr. *Kvalita života v balneologii*. 1. vydání. Praha: Inpress, 2004. 118 s. ISBN 80-903427-1-X
- 22) ROGERS, R. Carl. *Způsob bytí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 292 s. ISBN 80-7178-233-5
- 23) SHEEHYOVÁ, Gail. *Průvodce dospělostí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 456 s. ISBN 80-7178-185-1
- 24) SRNEC, Jan - DRAGOMERICKÁ, Eva. O odpoledni života. *Revue 50+*, 2008, ročník IV., číslo 12., 64 s. ISSN 1802-6249
- 25) *Stárnutí populace v ČR* [online]. 2008. [cit. 2009-4-3]. Dostupné z: [http://www.zivotnizajisteni.cz/zivotni\\_starnuti.html](http://www.zivotnizajisteni.cz/zivotni_starnuti.html)
- 26) STUART-HAMILTON, Ian, *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2
- 27) ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. vydání. Praha: Univerzita J.E.Purkyně v Brně, 1983. 110 s. ISBN 17-097-83
- 28) VAĐUROVÁ, Helena - MUHLPACHR, Pavel. *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7

- 29) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- 30) VALDROVÁ, Jana. *Gender a společnost - skriptá*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně v Ústí nad Labem, 2006. 236 s. ISBN 80-7044-808-3
- 31) VAVŘÍN, Petr. Na naše seniorské vzdělávání můžeme být bez nadsázky hrdí. *Revue 50+*, 2009, ročník V., číslo 2., 63 s. ISSN 1802-6249
- 32) *Zásady OSN pro seniory*. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2009 [cit. 2009-3-30] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

kvalita života

gender

aktivní stárnutí

věk 60+

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1 : Dotazník

## Příloha 1 : Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Ivana Kytlerová a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia ZSF JČU v Českých Budějovicích v oboru Rehabilitačně psychosociální péče o tělesně postižené děti, dospělé a seniory. Tématem bakalářské práce je zjištění vnímání kvality života u osob 60+.

Tímto dotazníkem bych Vás chtěla poprosit o zodpovězení několika otázek potřebných k vypracování práce.

Všechny údaje jsou důvěrné a zpracování bude zcela anonymní a v souladu se zákonem o Ochraně osobních dat.

Předem děkuji za ochotu.

---

1. Jste: a/muž

b/žena

2. Napište svůj věk

3. Rodinný stav:a/ženatý/vdaná

b/vdovec/vdova

c/svobodný

d/žiji s druhem/družkou

4. Napište nejvyšší dosažené vzdělání:a/základní

b/vyučen



c/střední s maturitou

d/vysokoškolské

5. Jak jste spokojen s vlastním zdravotním stavem?

1	2	3	4	5	6	7
Nemůže to být již horší	Z větší části nespokojen	Nespokojen	Stejně spokojen jako nespokojen	Spokojen	Z větší části spokojen	Nemůže to být již lepší

6. Jak jste spokojen se vztahy ve vašem okolí, kolik máte přátel?

1	2	3	4	5	6	7
Nemůže to být již horší	Z větší části nespokojen	Nespokojen	Stejně spokojen jako nespokojen	Spokojen	Z větší části spokojen	Nemůže to být již lepší

7. Jak jste spokojen s rodinnými vztahy, s dětmi a partnerem?

1	2	3	4	5	6	7
Nemůže to být již horší	Z větší části nespokojen	Nespokojen	Stejně spokojen jako nespokojen	Spokojen	Z větší části spokojen	Nemůže to být již lepší

8. Jak jste spokojen se svou finanční situací?

1	2	3	4	5	6	7
Nemůže to být již horší	Z větší části nespokojen	Nespokojen	Stejně spokojen jako nespokojen	Spokojen	Z větší části spokojen	Nemůže to být již lepší

9. Jak jste spokojen s volnočasovými aktivitami ve vašem městě, je jich dostatek?

1	2	3	4	5	6	7
Nemůže to být již horší	Z větší části nespokojen	Nespokojen	Stejně spokojen jako nespokojen	Spokojen	Z větší části spokojen	Nemůže to být již lepší

10. Jak jste spokojen s životním prostředím ve městě?

1	2	3	4	5	6	7
Nemůže to být již horší	Z větší části nespokojen	Nespokojen	Stejně spokojen jako nespokojen	Spokojen	Z větší části spokojen	Nemůže to být již lepší

11. Vyjmenujte tři nejdůležitější cíle Vašeho života:

1.

2.

3.

12. Vyberte z následujících programů 3 pro vás nejzajímavější ,kterých byste se chtěli účastnit.

Označte číslicemi 1, 2, 3, kdy 1 je nejlepší.

---

Cvičení paměti

Vzpomínkové skupiny

Tance

Trénink vitality-procházky

Pohyb-rehabilitační cvičení

Hudba-hraní na hudební nástroje

Zpěv

Ruční práce-šití,háčkování

Malování

Modelování

Práce s počítači

Univerzita třetího věku

Společenské akce

Divadlo

Kavárna

Karetní klub

Dámský klub

Restaurace

Literární klub

Pracovní aktivity- pečení, vaření, zahradničení

Přednášky o historii, přírodě,...