

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

CHÁPÁNÍ SMYSLU ŽIVOTA U SENIORŮ

Diplomová práce

Magdalena Edlová

Sociální politika a sociální práce (2011-2013)

Vedoucí práce: PhDr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Plzeň, květen 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31. března 2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za cenné připomínky a vedení práce. Rovněž chci poděkovat všem posluchačkám a posluchačům U3V, kteří mi umožnili nahlédnout do svých životů a tím mi pomohli při tvorbě diplomové práce. A z celého srdce děkuji své rodině za jejich podporu.

Obsah

Úvod	6
I. Teoretická část	8
1. Senium	9
1.1. Vymezení základních pojmů	9
1.2. Periodizace senia	10
1.3. Adaptace na stáří	13
1.4. Sebepojetí stárnoucího člověka	15
2. Senioři	19
2.1. Charakteristika současné seniorské populace	19
2.2. Péče o seniory	24
3. Smysluplnost života seniorů	33
3.1. Smysl života z filosofického pohledu.....	33
3.2. Smysl života z psychologického pohledu.....	36
3.3. Smysluplnost jako předpoklad kvality života seniorů	43
3.4. Výzkumy kvality a smyslu života u seniorů.....	48
II. Praktická část	50
4. Cíl výzkumu.....	51
5. Popis použitých metod	52
5.1. Existencionální škála a její vyhodnocení.....	52
5.2. Testování hypotéz.....	53
5.3. Sběr a analýza dat kvalitativní části	56
6. Charakteristika vzorku respondentů.....	58
7. Výsledky šetření.....	62
7.1. Výsledky ESK	62
7.2. Testování hypotéz.....	64

7.3. Výsledky kvalitativní části	66
Závěr.....	69
Resumé	71
Resumé	72
Použitá literatura	73
Seznam obrázků	78
Seznam grafů.....	79
Seznam tabulek	81
Přílohy	82
Příloha 1	83
Příloha 2	84
Příloha 3	104

Úvod

Zásadní otázky v životě člověka jsou velmi prosté věty: „Proč jsem zde? O čem je můj život? „Jaký je smysl mého života? Nebo „Jaký je vůbec smysl života“?

Úvodní verš z knihy Kazatel, třetí knihy hebrejského kánonu Bible pronáší podobná slova (Bible, 1992): „*Marnost nad marnost!*“ řekl Kazatel. *Marnost nad marnost, všechno je marnost! K čemu je člověku všechno to pachtění, kterým se pachtí pod sluncem*“.

„*Purpose in life*“ znamená účel života; vnitřní, duševní smysl určitého cíle či zaměření v životě člověka nebo v samotné existenci, bytí; koncepce hraje významnou úlohu v existenciální terapii, kde je chápána jako zásadní pro vznik i léčbu úzkosti, deprese a příbuzných emočních stavů; mít jasný účel, smysl života je cesta k oslabení negativních stavů.“ (Hartl, Hartlová, s. 536)

Lev Nikolajevič Tolstoj (1828 – 1910) si během svého života pokládal otázky o smrti a smyslu života (Tolstoj, 1925): „*Má můj život nějaký smysl, který nebude zničen smrtí, jež mě nevyhnutelně čeká?*“. Odpovědi na ně hledal v náboženské literatuře a knihách o filozofii a vědě. Neznalost odpovědí na své myšlenky ho tak trápila, že pomýšlel až na sebevraždu. „*Život je to, co by nemělo být, je to zlo, a přechod v nicotu je jediné blaho života,*“ napsal Schopenhauer (Schopenhauer, 1941). „*Všchno na světě, hloupost i moudrost, bohatství i chudoba, veselí i hoře, všechno je marnost a malichernost. Člověk zemře a nic nezbude. A to je hloupé*“, napsal zase Šalamoun.

Většina společnosti běžně nepřemýšlí o smyslu vlastního života, myšlenky na toto témata se většinou objevují v situacích, kdy člověk čelí nějaké životní krizi. Profesor Jaro Křivohlavý píše: „*Příčinou takového zastavení může být nemoc a zvláště pak těžká nemoc. S největší naléhavostí se objevují, stojí-li člověk tváří tvář smrti. Může to však být i jen nucené zastavení v běhu života způsobené životní krizí – ztrátou zaměstnání nebo odchodem do důchodu, rozpadem manželství nebo i jen nepřekonatelnými těžkostmi v rodině, studiu či zaměstnání. V nepříjemnější formě se tyto otázky objevují ve chvílích odpočinku – když relaxujeme, když si vyjdeme na procházku, když jsme na dovolené a spadnou z nás běžné každodenní starosti.*“ (Křivohlavý, 2006, s. 13).

Předložená diplomová práce se zabývá smyslem života ve stáří. Pracuji jako realizátorka vzdělávacích a aktivizačních programů v rámci Univerzity třetího věku a pravidelně se

stýkám se studujícími seniory. Zajímalo mě proto, jak studium v seniorském věku ovlivňuje vnímání smysluplnosti života.

V této diplomové práci budou zpracovány teorie, které budou charakterizovat smysluplnost a kvalitu života. K popisované problematice bude přistupováno kvantitativně i kvalitativně. V práci budou sumarizovány aktuální zahraniční výzkumy v této oblasti. Praktická část bude koncipována jako kvantitativní a kvalitativní šetření vztahu mezi institucionálním vzděláváním seniorů a jejich vnímáním smysluplnosti života.

I. Teoretická část

1. Senium

1.1. Vymezení základních pojmů

Senior

„Seniorem je míněn příslušník starší věkové kategorie, nebo také někdo starší z více osob či celého kolektivu.“ (Petráčková, 1997).

Loužecký tvrdí: *„Senior je označení, kterým nazýváme osobu ve věku 60 let a více, aniž bychom přihlíželi k faktu, zda dotyčný člověk již pobírá důchod či nikoliv. Na druhou stranu je to osoba požívající ve společnosti zvláštní úctu s ohledem na svůj věk a získané životní zkušenosti“.*

MUDr. Iva Holmerová předsedkyně České gerontologické společnosti a spoluzakladatelka České alzheimerovské společnosti, však vnímá postoj společnosti k seniorům odlišně: *“Naše společnost vnímá staré lidi jen jako pasivní příjemce čehosi. Už označení důchodce je tragické. My je „nálepkujeme“. Posouváme je tím do role příjemců důchodu. Pro seniory je to nesmírně zraňující.“*

Kozáková, Müller (2006) uvádějí, že se můžeme ve společnosti setkat s různými osloveními a pojmy: geront, senescent, důchodce nebo starý. Vondráček (1975) in Haškovcová (2010) upozorňují na to, že v minulosti byli staří lidé pojmenováni často velmi nelichotivě. Objevovaly se výrazy jako „bába a dědek“, popřípadě „stařec a stařena“. Dodnes se používá v běžném oslovení v kontaktu s obyvateli Domů pro seniory familiérní oslovení „babi“, babina, dědoušek, „babičky“ a „dědečkové“. V odborné literatuře 70. let se zavedl pojem přestárlí občané a setkáváme se s pojmem gerón (z řeckého gerontos – starý člověk). Ve stejnou dobu nastala snaha změnit zavedené termíny za označení „dříve narození občané“, od čehož bylo ale také upuštěno. V současné době je nejčastěji užíváno významově neutrálního termínu „senior“, který z pohledu různých vědeckých disciplín nahrazuje specifické označení starého člověka. Patrně nejlepším řešením je podle Haškovcové (2010) označovat seniory jako „starší občany“.

Stáří

Samotný termín „senior“ (z latinského senex, senis – starý, senior – starší) což je označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka – jaký mi jsou stárnutí, stáří, umírání a smrt. Stáří je proces a důsledek regresivních změn probíhajících různou rychlostí a s výraznou

individuální variabilitou (Kalvach a kol., 2004). Na způsobu stáří se podílí řada faktorů, např. zdravotní stav, životní styl, vlivy sociálně ekonomické a psychické.

Pojem stáří je třeba rozlišovat na úrovni jednotlivce a populace. U člověka znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus přetvářen od narození do smrti (což je zvyšování věku jednotlivce) a stárnutí lidského organismu je permanentní a omlazení je nemožné.

Gerontologie

Stářím a stárnutím a naukou o nich se zabývá Gerontologie (pojem „gerontologie“ poprvé vymezil nositel Nobelovy ceny I. I. Mečnikov v roce 1903). Její název je odvozený z řeckého slova „gerón“ – stařec.

Kalvach (1997) rozdělil gerontologii do tří směrů: experimentální, sociální a klinickou.

- **Gerontologie (biologická)** experimentální se zabývá stárnutím živých organismů, zkoumá jejich mechanismy a příčiny.
- **Klinická gerontologie** (geriatrie) se zabývá změnami ve zdravotním stavu a zvláštnostmi chorob ve stáří, specifickými hledisky jejich výskytu, klinickému obrazu, léčby i sociálními souvislostmi
- **Sociální gerontologie** se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují a jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj.

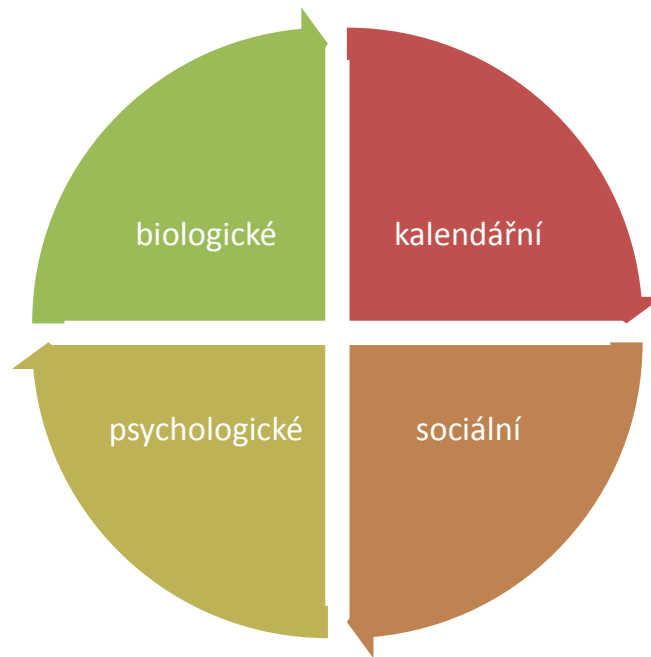
Geriatrie je interdisciplinárním lékařským oborem a jí název je odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatró (léčím) a který, poprvé v roce 1909, použil americký lékař vídeňského původu I. L. Nascher. Zabývá se poskytováním specializované péče (rehabilitační, neurologické, psychiatrické, interní, sociálními a ošetrovatelskými službami stárnoucím a starým lidem. (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Geragogika nebo gerontagogika popř. gerontopedagogika je součástí andragogiky (pedagogická disciplína), které se zabývají vzděláváním a výchovou starších lidí a zabezpečují péči, podporu a pomoc seniorům při uspokojování jejich potřeb (Mühlpachr, Staníček, 2001).

1.2. Periodizace senia

Stáří rozlišujeme věkem jedince a lze je např. podle Holmerové (2003) nebo Haškovcové (2010) vymezit na:

- **kalendářní** (chronologický) věk, který je určen datem narození a lze jej přesně vymežit,
- **sociální** (sociálně-historický) věk, ten zachycuje změny ekonomické situace, sociálních rolí, životního stylu a vyjadřuje, jak by se měl jedinec určitého biologického věku chovat dle společenských měřítek.
- **psychologický** věk, zde se jedná o subjektivní vnímání vlastního věku a poukazuje tak na psychický stav jedince.
- **biologický** (funkční) věk, který vystihuje biologické stárnutí organismu.



Obr. 1 Stáří

Zdroj: vlastní zpracování

Kalendářní (chronologické) stáří je dáno datem narození a kterému je přisuzována jednoznačnost a podle Mühlpachra, Stanička (2001) je vymezeno dosažením určitého věku, od něhož se obvykle projevují involuční změny a věku. Pacovský a Heřmanová (1981) ale poukazují na existenci starých mladíků a mladých starců. A proto považují kalendářní stáří za nespolehlivý údaj.

Sociální stáří definoval Kalvach (1997) jako časový úsek vymezený vzájemně se prolínajícími sociálními změnami. (Kalvach, 1997, s. 20) „*Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.*“ Kalvach (1997) chápe ve smyslu sociálního stáří, stáří, jako sociální událost.

Psychologický věk je dán subjektivním vnímáním vlastního věku jedince. Tento věk poukazuje na psychický stav jedince a od toho se také odvíjí. I tento údaj je proto považován za nespolehlivý a nekvantifikovatelný údaj.

Biologické stáří definoval Mühlbacher a Staníček (2001) jako označení konkrétní míry stárnutí: například pokles funkční zdatnosti, atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů.

Stáří a stárnutí považuje Pacovský (1990) za problém společenský a individuální a to současně. Změny v průběhu stárnutí a stáří zkoumá gerontologická psychologie, která se nesnaží popisovat pouze jednotlivé, psychické jevy u seniorů. Jejím cílem je „pochopení dynamického systému procesu vývoje jedince začleněného do společnosti“ (Křivohlavý, 2002, str. 136). Stáří je doprovázeno zvýšeným výskytem zdravotních potíží a nemocí, např.: ztráta soběstačnosti, zdravotní potíže. Další rizika seniorské populace jsou věková diskriminace, segregace, generační intolerance, osamělost, vývoj společnosti, maladaptace na stáří, manipulace, zanedbávání a týrání.

Co je to „**ideální stáří**“? Zvolský (Pidrman, Kolibáš, 2005) uvádí myšlenku ideálního stáří do korelace s relativním tělesným zdravím a zachovalou duševní svěžestí, čilostí a radostí. Zároveň tvrdí, „že takovéto stáří je dopřáno mnohem méně jedincům, než je těch, kteří jsou obtěžováni nejrůznějšími tělesnými a duševními problémy“.

Do dnešní doby nejsou ve vymezení periodizace stáří odborníci zajedno, teorie se mění s prodlužující se délkou života člověka. Existuje mnoho pohledů, které jsou prezentovány v následujících odstavcích.

Josef Švancara (1983) vymezil stáří do jediné etapy, která začíná v 65 letech věku člověka a věk 80 let a více označil jako věk vysoký.

Helena Haškovcová (1989) zase chápe vyzrálé stáří jako tzv. „*pokročilý věk*“, jenž trvá od 75 do 89 let. A poukazuje tak na skutečnost, že za starého je pokládán ten člověk, který má vzhledem ke svému věku nárok na starobní důchod.

Současná gerontologie užívá členění stáří, které navrhla **Neugartenová** (1966) v šedesátých letech minulého století a to v souvislosti se zlepšením funkčního stavu ve stáří. Podle jejího pojetí vychází i současné členění z geriatrického hlediska (Kalvach, 2004):

- **65-74 let (mladí senioři)** - nejisté penzionování, volný čas, seberealizace
- **75-84 let (staří senioři)** - zhoršená adaptace, specifická nemocnost, osamělost
- **85 let a výše (velmi staří senioři)** - pochybné zabezpečení a soběstačnost

Dále **Václav Příhoda** (1974) považuje za sénium období od 60 let (Kalvach, 2004):

- **60 - 74 let** - časně stáří (stárnutí, senescence)

- **75 - 89 let** - vlastní stáří (kmetství, sénium)
- **90 let a výše** - dlouhověkost (patriarchum)

Periodizace stáří podle **Světové zdravotnické organizace (WHO)** se uvádí následovně, (Říčan, 2004):

- **45 – 59 let** (zralý věk) - období středního věku
- **60 – 74 let** (vyšší věk) - období raného stáří
- **75 – 89 let** (pokročilý věk) - období vlastního stáří
- **90 let a více** (vysoký věk) - období dlouhověkosti

Alanovo schéma (Alan, 1989, str. 68) životního cyklu člověka zohledňuje věkovou etapizaci i sociální charakteristiku:

- **55 – 65 let (důchodový věk)**
 - člověk je na vrcholu sociálního postavení a autority
 - přicházejí změny zájmů a proměny fyzických funkcí, stabilizace životních stereotypů a zhodnocování dosavadního života
 - jedná se také období „prázdného hnízda“ a formování nové příbuzenské sítě po sňatku dětí
- **66 – 74 let (stáří)**
 - projevují se změny sociálních a psychických funkcí, je oslabována životní aktivita a navíc počíná závislost
 - toto období lze také nazvat „profesní prázdnou“
 - významným bodem se stává smrt partnera
- **75 – 89 let (stařecký věk)**
 - přibývá nesoběstačnosti a tím pádem i závislosti na druhých
 - mnoho lidí je v tomto období osamělých
- **90 let a více**

Válková (2007) spojuje v populaci středního a staršího věku paradoxně jako vrchol profesního života zároveň s prarodičovstvím, které začíná narozením prvního vnoučete.

1.3. **Adaptace na stáří**

Všechny problémy stáří nevyplývají jen z vnějších podmínek, ale i z vnitřních příčin, které lze shrnout pod pojem sociální vlivy (Viewegh, 1970). Podle Pacovského (1997) je charakteristickým rysem sociálního stárnutí postupné ubývání samostatnosti, z čehož vyplyne

narůstání závislosti. Pacovský (1990) uvádí, že celý předchozí život ovlivňuje spokojené stárnutí.

Kalvach (2004) rozčlenil lidský život do čtyř „věků“:

- první – **předproduktivní věk** – probíhá v období dětství a mládí, které jsou charakterizovány růstem a vývojem, profesní přípravou, vzděláváním a získáváním zkušeností a znalostí.
- druhý – **produktivní věk** – probíhá v období dospělosti, životní (biologické) produktivity (založení rodiny), sociální a především pracovní produktivity.
- třetí – **postproduktivní věk** – navozuje představu fáze života člověka již za „zenitem“ a bez produktivní přínosnosti pro společnost a představu stáří nejen jako období poklesu zdatnosti a odpočinku. Termín „postproduktivní věk“ zavádí až k diskriminování a podceňování.
- čtvrtý věk – jako **období nesoběstačnosti** – evokuje další fáze závislosti a je opět diskriminující.

V průběhu stárnutí je kladen důraz na udržení sociálního kontaktu, protože dochází ke změnám sociálních rolí. Odchod do starobního důchodu se řadí k nejnáročnějším obdobím v životě člověka. Mění se zavedený životní styl člověka, jeho životní rytmus a ekonomické zajištění a tím i životní úroveň. Je to zásadní změna v životě a může vést k pocitu společenské bezvýznamnosti, nepotřebnosti, depresím a v hraničních situacích až k sebevraždě. Důležité je, aby si senior uchoval své záliby a věnovat se naplňujícím činnostem. Stejně tak dochází ke změnám sociálního postavení a generační napětí v rodině a je velkým zdrojem konfliktů. Senior si v tomto období obvykle méně rozumí s vlastními dětmi a rozumí si více se svými vnoučaty. Viewegh (1972) tvrdí, že ztráta životního partnera vede k silné psychické zátěži a Ian Stuart-Hamilton (1999) doplnil předchozí tvrzením, že mnohem častěji postihuje ovdovění ženy než muže.

Problém reakce a adaptace na stáří začíná podle Pacovského (1990) od okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne a Pacovský (1990) popsal pět strategických modelů vybavenosti na stáří:

- **konstruktivnost** – takový člověk přistupuje k problémům stáří účelně, žije život takový, jaký je a smíří se se stárnutím. A takový člověk se spokojeně ohlíží na prožitý život a s kladným očekáváním hledí do budoucnosti.
- **závislost** – závislý člověk směřuje k pasivitě, sice rád odešel do starobního důchodu, ale chce, aby se o něj starali ostatní, a nedokáže najít radost a uspokojení ve svých aktivitách. Neochotně navazuje vztahy, které narušují jeho osobní pohodlí

- **obrný postoj** – používají starší lidé úspěšní ve svém životě. Odmítají pomoc druhých, protože se cítí být soběstační. Odmítají myslet na stáří, a k jeho akceptaci jsou obvykle donuceni až okolnostmi.
- **nepřátelství** – lidé, kteří měli v životě tendenci spíš vinit za své neúspěchy jiné. Většinou žijí v ústraní, na své okolí reagují mrzutostí a jsou vůči ostatním lidem nepřátelští. A podle Pacovského (1990) jim chybí schopnost realisticky reagovat na problémy stáří.
- **sebenávist** – tací lidé obracejí nepřátelství vůči sobě samým. Rádi přehánějí, cítí se osamělí a zbyteční. Na svůj život hledí pohrdavě a kriticky, jsou pasivní až depresivní.

Spokojené stárnutí předpokládá smíření se se všemi vlastními omezeními a „zvyknout si“ na svůj věk. Nejlepší strategií je podle Stuarda-Hamiltona (1999) zůstat co neaktivnější.

Švancara (1983) doporučuje udržet sociální vztahy a role, tvrdil, „že cílem není segregace, ale integrace“. A v otázce aktivního stáří Švancara (1983) definuje **dvě teorie**:

- **teorie postupného uvolňování z aktivit** – starší člověk se postupně uvolňuje z aktivit a ze svých sociálních rolí a tím se sociálně adaptuje.
- **teorie aktivního stáří** – pokud nemá starý člověk vážné zdravotní potíže, má se snažit o co nejširší aktivitu, po co nejdelší dobu.

Příprava na stáří se dá považovat za celoživotní úkol. Viewegh (1972) považuje za rozhodující, aby byl každý člověk veden k výchově ke stáří a k adaptaci na stárnutí. Také podle Pacovského (1990) je každý sám zodpovědný za své stáří. Kalvach (1997) zdůrazňuje, že mezi přípravou na stáří je podpora tělesných aktivit, zdravý životní styl, podpora zdraví ve středním věku s eliminací rizikových faktorů a výuka a s tím i podpora duševních aktivit relaxací a psychohygienou. Stáří je neoddelitelnou součástí života člověka a způsob jeho prožívání si každý do určité míry určuje sám i tím, jaký ke stárnutí zaujme postoj.

1.4. Sebepojetí stárnoucího člověka

Sebepojetí stárnoucího člověka ovlivňuje zejména jeho zdravotní stav a společenský status a s ním související sociální role, jež člověk plní. V průběhu cesty životem se člověk musí vyrovnávat s řadou situací, které výrazně ovlivní jeho navyklý vzorec chování i způsob života a kdy je nucen přehodnotit svou hodnotovou hierarchii a hledat nový životní cíl. V mladším věku je to např. sňatek, narození dítěte, ve středním věku „vyprázdňení hnízda“ a konečně ve stáří odchod do důchodu, který může člověk pociťovat jako ztrátu sociální prestiže. Právě

v těchto okamžicích hledá jedinec nový smysl života a na jeho naplnění závisí pocit jeho životní spokojenosti. Životní spokojenost seniora je na psychologické úrovni významně determinována dvěma faktory: potřebou být prospěšný a užitečný a vědomím, co po člověku zůstane. Hodnota konkrétních forem sebepřesahu je však do značné míry závislá na předcházející celkové hodnotové orientaci seniora.

Subjektivnímu prožívání stárnutí se detailněji věnoval např. existencialista Améry (Křivohlavý, 2006), který k této problematice přistupoval z aspektů vnímání času, sociální pozice, ekonomického, kulturního i filozofického.

Ve srovnání s mladým člověkem, který má čas před sebou a pochopitelně i prostor pro realizaci svých dispozic, stárnoucí člověk žije spíše minulostí, s vědomím časového omezení a veškerý prostor svého života uzavírá v sobě.

Člověk, který zaujímá určitý sociální status, prožívá negativně přeřazení na nižší sociální pozici, či odchod do důchodu. Jedinec je tím, jaká je jeho tržní hodnota, či jaká je ekonomická hodnota jeho majetku. V tomto případě vlastně Améry na rozdíl od Fromma (Fromm, 1996) klade rovnítko mezi „být“ a „mít“.

V moderní době smrt a stárnutí vnímají lidé často jako něco, co se týká těch druhých. Ze smrti se stalo jakési tabu. Autor upozorňuje na rozpor mezi stále více akcentovaným „kultem mládeže“ a stárnoucí populací.

Jaspers (2008) nazývá staré občany „lidmi ze staré doby“. Starý člověk často novému světu nerozumí, protože svůj produktivní život trávil v jiných politicko-ekonomických podmínkách a často se staví proti všemu novému.

Z našich psychologů se problematikou hledání smyslu života a sebepojetím seniorů zabývá Křivohlavý. Křivohlavý (2006), uvádí, že pokud se člověk dostane do situace, v níž nemůže realizovat své základní životní hodnoty, dochází buď k restrukturalizaci jeho hodnotového řebříčku, nebo k regresi, která může vyústit až v suicidální jednání. Typickým příkladem může být odchod do důchodu, zvláště pro člověka, pro kterého byla práce apriorní hodnotou.

Peck (1993) vyšel z Eriksonovy teorie, díky které identifikoval základní intrapsychické konflikty stárnoucích osobností (Stuart – Hamilton, 1999):

- diferenciaci ega versus lpění na pracovním zařazení (lidé mají problém s odchodem do důchodu, pokud závisí na pracovní pozici)
- transcenci ega versus zabývání se egem (vyrovnání se s faktem, že je člověk smrtelný a zemře)

- transcenci těla versus zabývání se tělem (vliv stáří na zdraví a kondici x vnímání závislosti na zdraví)

Starší lidé se ve větší míře obávají okamžiku ukončení zaměstnání a s tím spojené sociální degradace. Mnoho lidí si vytvořilo svůj sociální status prostřednictvím své profese. Jakmile odejdou do důchodu, či ztratí významnou pozici v pracovním zařazení, tento status klesá. Pro sebepojetí člověka je profesní role velmi důležitá, neboť pracovní úspěch významně potvrzuje jeho hodnotu. Pro většinu lidí také stárnutí znamená zhoršování zdraví a tělesné kondice. Člověk, který považuje fyzickou zdatnost a tělesnou atraktivitu za významný faktor své prestiže, se cítí méněcenným. Spokojenost starého člověka znamená schopnost překonávat tělesné obtíže, umět se povznést nad známky menší tělesné atraktivity a nižší fyzické kondice nebo nacházet potěšení v aktivitách, při nichž je tělesný výkon poměrně bezvýznamný.

Levinson (1980) upřednostňuje roli, jakou hraje senior ve společnosti a v rodině. Stárnoucí člověk se musí vyrovnávat nejenom s tím, že se mění jeho tělesný stav a zdraví a proměňuje se mu až pozbývá postavení v zaměstnání, ale také postupně ztrácí vůdčí roli v rodině (Stuart – Hamilton, 1999).

Konflikt transcence ega versus zabývání se egem spočívá ve vyrovnání se člověka s faktem, že dříve nebo později nevyhnutelně zemře. Člověk může zmíněný konflikt vyřešit tzv. přesahem, tj. pečováním a zájmem o ty, kteří po něm zůstanou. Přesah může mít pochopitelně i duchovní, či přímo náboženskou dimenzi. Základem životní spokojenosti starého člověka je vysoká sebeúcta za to, co v předcházejícím životě dokázal, a co ještě v současnosti zvládne.

Základní předpoklady sebepojetí seniorů formuluje velmi výstižně Satirová (Satir, 1994, s. 314): „*V pozdních letech je velkým úkolem dělat to, o čem víme, že slouží našemu zdraví. Když budu starší, budu zdravý. Budu moudřejší, jelikož budu mít čas a zájem, budu stimulovat svou radost ze života. Budu experimentovat s novými věcmi. Budu schopen cítit se dobře i sám. Když budu chtít, budu udržovat kontakt s ostatními lidmi. Budu fyzicky aktivní, mé tělo bude pružné a pěkné, má mysl bude otevřená všemu novému. Budu kolem sebe šířit radost a životní spokojenost. V každém období svého života se můžeme učit milovat sebe, mít vysokou sebeúctu, rozvíjet uspokojivé vztahy, dělat takové činnosti, které nás obohacují, a vážit si života a vesmíru.*“

Švancara (1983) popisuje své pojetí vývojových úkolů podle amerického pedagoga Roberta J. Havinghursta (1991). Do vývojových stádií zahrnuje přizpůsobení se starého člověka úbytku tělesných sil a zdraví, vyrovnání se se smrtí životního partnera/partnerky. Přizpůsobit se

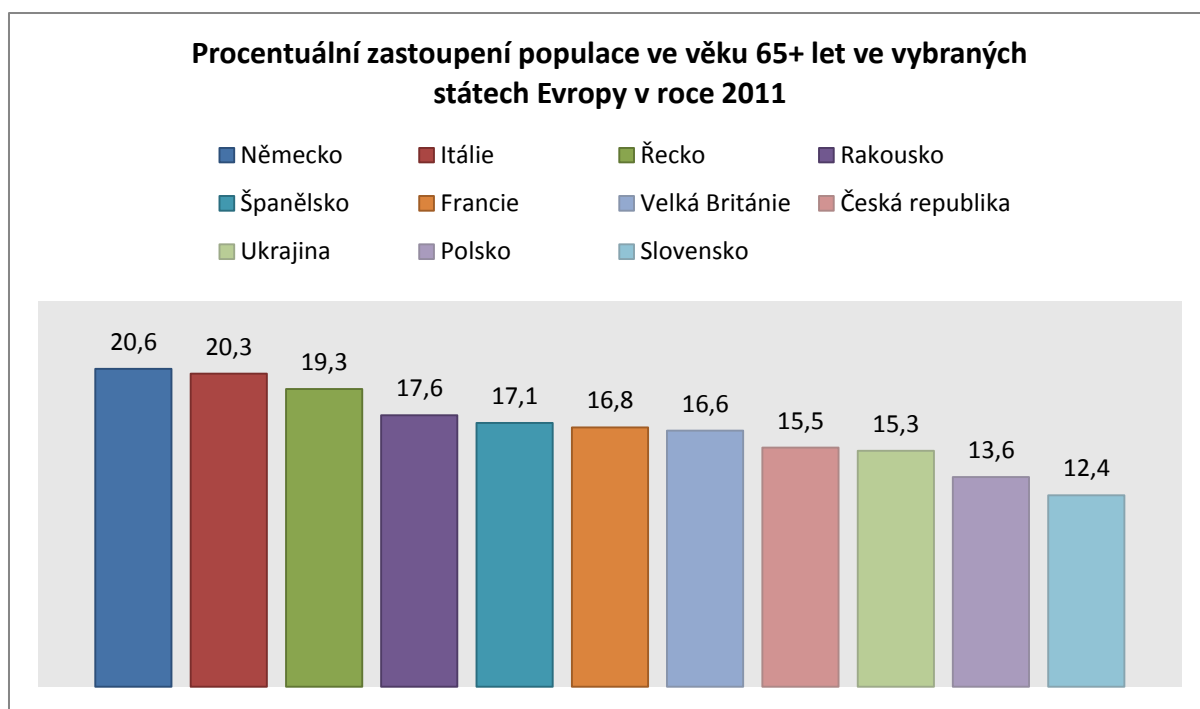
odchodu do důchodu, popř. snížení příjmů. Nutnost vycházet vstříc sociálním a veřejným závazkům, vytvářet si podmínky pro uspokojivou životosprávu a nutnost vytvářet si kladné vztahy uvnitř vlastní věkové skupiny.

2. Senioři

2.1. Charakteristika současné seniorské populace

Stárnutí v demografickém smyslu se týká celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace omládnout zvýšením podílu mladých věkových skupin. 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. (Alan, 1989, str. 281)

Nejstaršími státy Evropy, kde mediánový věk jejich obyvatel je 42 a více let, jsou Rakousko, Řecko, Finsko, Itálie a Německo. Nejmladšími státy z tohoto pohledu jsou Irsko, Island a Makedonie, jejichž obyvatelstvo vykazuje mediánový věk méně než 36 let. Mediánový věk obyvatel České republiky je 39,6 let. Nejrychleji stárne obyvatelstvo v Lichtenštejnsku, Německu, Litvě a Řecku.



Graf 1 Procentuální zastoupení populace věku 65+ ve vybraných státech Evropy v roce 2011

Zdroj: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1417-12-n_2012

Nejvyšší podíl nejstarší populace (65+ let) má Německo, Itálie, Řecko, Švédsko, Portugalsko a Bulharsko (20,6 - 17,7 % seřazeno sestupně), nejnižší zastoupení 65 a víceletých obyvatel mají v Ázerbájdžánu, Turecku, Moldavsku a Irsku (5,8 - 11,6 % seřazeno sestupně). V České republice je tato věková skupina zastoupena 15,5 %.

Pohlaví, věk, rodinný stav

V České republice žilo k 31. 12. 2010 10 532 770 osob a v populaci mírně převažovaly ženy - 51 % celkové populace. Do 29 let věku včetně převládali v populaci ČR lidé, kteří ještě nevstoupili do manželství (ve věku 20-24 let bylo více jak 90 % žen a 98 % mužů svobodných, ve věkové skupině 25-29 let bylo svobodných ještě 66 % žen a 83 % mužů).

V uváděné věkové kategorii 30-34 let byla svobodných více jak třetina žen a u mužů byl podíl více než poloviční. Muži ve věku 35-39 let žili z více jak padesáti % v manželství (muži získávají převahu ve 32 letech a ženy získávají nadpoloviční většinu ve věku 29 let).

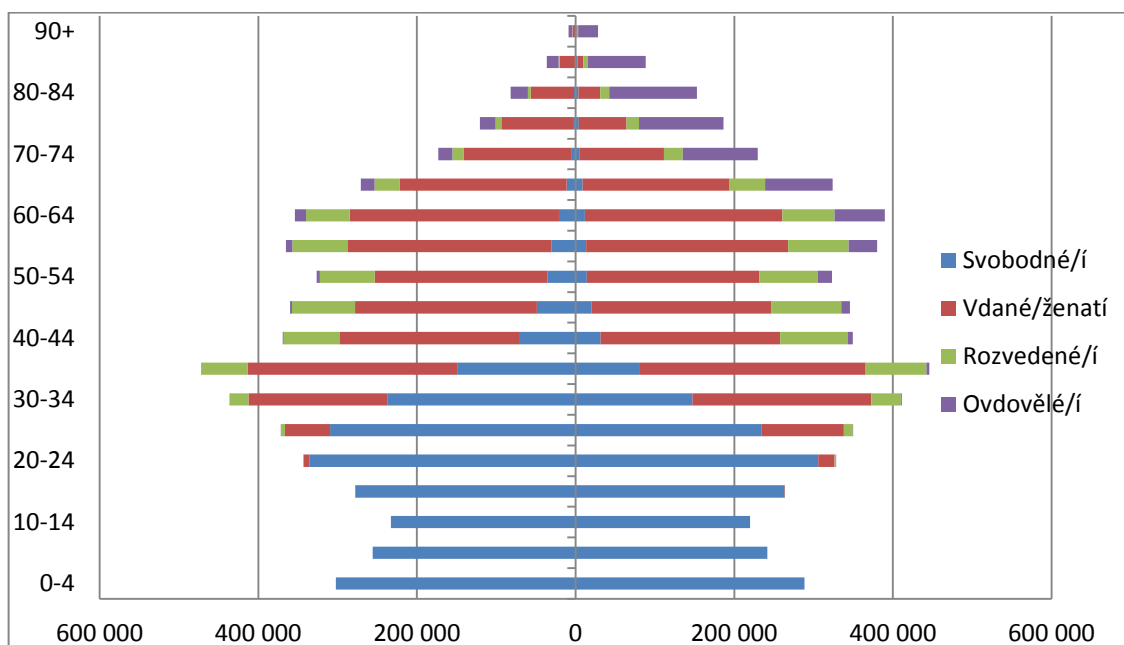
Ve věkové kategorii 40-44 let bylo nejvíce ženatých a vdaných, potom rozvedených a na třetí pozici se umístili svobodné ženy (8 %) ale i muži (16,5 %).

Ve věkové kategorii 45-49 let byl nejvyšší podíl rozvedených a to u žen (24,4 %) i mužů (21,7 %).

Od věkové skupiny 50-54 let je patrný nárůst podílu ovdovělých žen a u mužů se ovdovělí přes 5 procent dostávají teprve ve věku 65-69 let.

Ve věku 60-64 let byly napřed vdané ženy, na druhém místě ovdovělé ženy, u mužů ke stejné situaci došlo až ve věku 70-74 let.

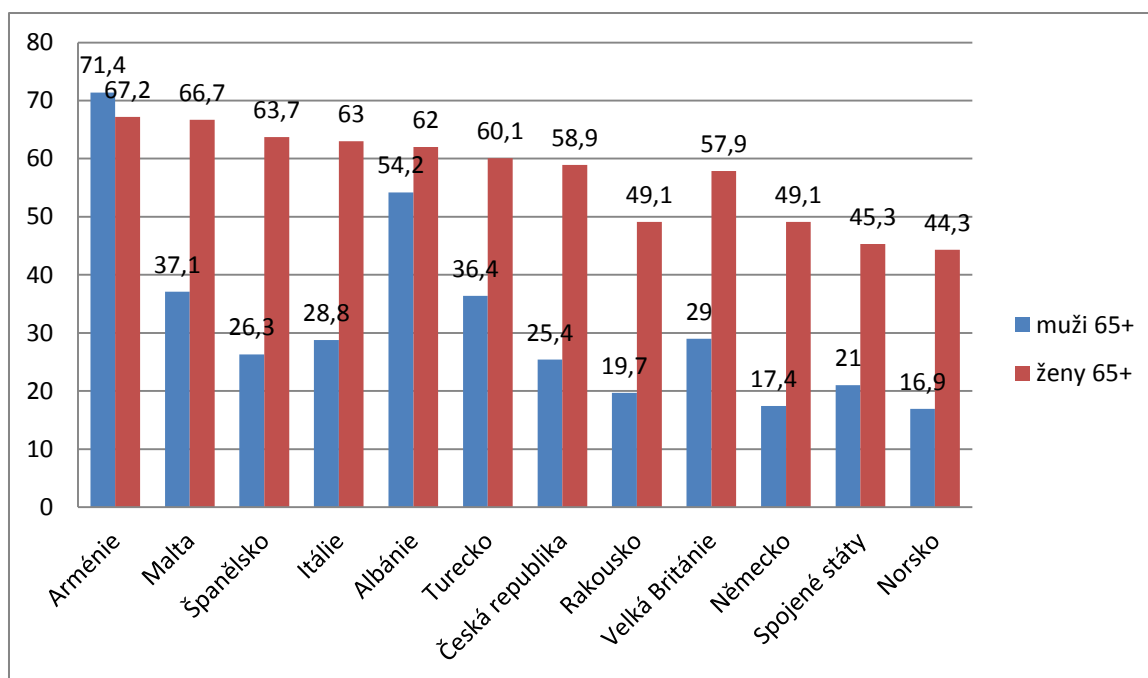
Ve věku v rozmezí 29-69 let žije nadpoloviční většina žen v manželství. První věkovou kategorií mužů, kdy podíl ženatých klesl pod 50 %, je věk 90-94 let (48 % mužů v tomto věku bylo stále ženatých). Od 75 let věku je již nadpoloviční většina žen ovdovělých.



Graf 2 Rodinný stav vs. Věk

Zdroj: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1417-12-n_2012

Průvodním jevem stáří je osamocení (synonymum je izolace nebo odloučení). V kategorii 65 a více let v Evropě trpí osamocením více ženy než muži - mimo Arménii, kde je větší podíl osamocených mužů. Největší podíl v procentech u vybraných zemí jsou samotou postiženy ženy (seřazeno sestupně) v Arménii, na Maltě, ve Španělsku a v Itálii (nad 63 %). Nejméně v Ázerbájdžánu, skandinávských zemích a Nizozemí (méně než 45 %). V Arménii je osamocených mužů ve věku 65+ let více než stejně starých žen (71,4 %).



Graf 3 Zastoupení žen a mužů ve věku 65 + let

Zdroj: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1417-12-n_2012

Ženy ve věkové kategorii 65+ let nejčastěji obývají samostatnou domácnost v Arménii (67,2 %), na Maltě (66,7 %), ve Španělsku (63,7 %), v Itálii (63,0 %), v Albánii (62,0 %), v Turecku (60,1 %) a v České republice (58,9 %).

Nejmenší osamocení ve stáří hrozí ženám v Ázerbájdžánu (41,2 %), Švédsku (42,7 %), Nizozemí (43,1 %) a Finsku (43,9 %). Muži jsou na tom podstatně lépe, protože mimo mužů v Arménii (71,4 %) a Albánii (54,2 %) jich v 65+ letech bydlí samo pouze od 11,0 % v Ázerbájdžánu až po 37,1 % na Maltě.

Ekonomická aktivita

Míra ekonomické aktivity starší populace ve věku 65-69 let je nejvyšší na Islandu, v Norsku, Portugalsku a Rumunsku a nejnižší je na Slovensku, v Belgii, Francii a Maďarsku.

Délka života mimo pracovní proces (dětství, mládí, studium a stáří) je nejvyšší u žen na Maltě, v Itálii, Řecku, ve Španělsku a Francii. U mužů navíc i v Belgii. Nejméně let mimo pracovní proces prožijí lidé na Islandu, v Dánsku, Lotyšsku, Švédsku, Norsku, Estonsku a Litvě.

Ve Švýcarsku, v Nizozemí, Dánsku, Velké Británii a Norsku je nejdelší doba pracovního života a současně vysoká naděje dožití a v těchto státech je také obvyklá práce na částečný úvazek.

Míra ekonomické aktivity ukazuje podíl počtu ekonomicky aktivních na počtu osob starších 15 let. Do skupiny ekonomicky aktivního obyvatelstva se zahrnují zaměstnané osoby (v postavení zaměstnavatelů, zaměstnanců nebo osob samostatně výdělečně činných), dále také pracující důchodci, pracující studenti a učni, osoby na řádné mateřské dovolené a nezaměstnaní.

Míra ekonomické aktivity starších mužů je vysoká zvláště v severní Evropě a ve Švýcarsku (ve věkové skupině 60-64 let). Nejvyšší podíl pracujících mužů ve věku 65-69 let má (v rámci Evropy) Norsko (30,7 %), Portugalsko (29,8 %) a Rumunsko (28,3 %). V Rumunsku a Portugalsku byl zaznamenán i nejvyšší podíl pracujících mužů v nejstarší věkové kategorii 70 a více let (25,2 % v Rumunsku a 24,6 % v Portugalsku).

Na Islandu, ve Švédsku, Norsku, Estonsku a Švýcarsku i ženy mají nejvyšší míru ekonomické aktivity ve věku 60-64 let. V dalších věkových kategoriích se ve všech zemích míra ekonomické aktivity žen výrazně snižuje kromě Portugalska a Rumunska, kde ženy ve věku 70 a více let ještě pracují ve vysokém počtu (16 % Portugalsko, 19,7 % Rumunsko).

Vzdělání

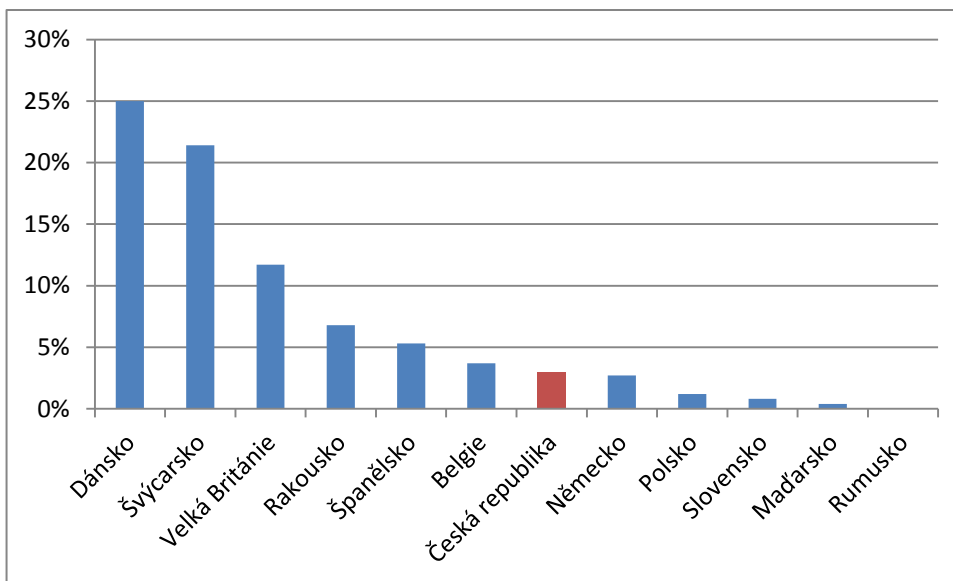
Populace ve věku 40 + let věku studuje nejvíce na Islandu, ve Finsku, Švédsku a Belgii. Naopak Lucembursko, Chorvatsko, Itálie a Irsko studenty v této věkové kategorii téměř nemají.

Státy, kde je vysoký podíl zaměstnaných osob ve věku 25 – 74 let, které se vzdělávají, jsou Dánsko a Švýcarsko (přes 33 %). V Bulharsku, Rumunsku, Chorvatsku a Maďarsku počet vzdělávajících se osob nedosahuje ani 1 %. Ve všech státech kromě Belgie se vzdělávají více ženy než muži.

Vysokoškolsky vzdělané ženy se dožívají nejvyššího věku a nejhůře jsou na tom muži s nejnižší úrovní vzdělání.

Účast ve vzdělávání a kurzech

Nejvíce osob ve věku 50-74 let studuje ve vzdělávacích kurzech v Dánsku a Švýcarsku (25,0 a 21,4 %). Tyto státy věnují pozornost vzdělávání svých obyvatel ve všech věkových kategoriích. Nad 10 % 50-74 letých studuje ještě ve Švédsku, na Islandu, ve Finsku, ve Velké Británii a v Norsku. V České republice v této věkové kategorii studuje pouze 3,0 % obyvatel. Žádnou aktivitu ve vzdělávání dospělých nevykazuje Rumunsko, Bulharsko a Chorvatsko. Turecko, Maďarsko, Makedonie, Řecko, Slovensko a Litva.



Graf 4 Vzdělávání seniorů ve vybraných zemí

Zdroj: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1417-12-n_2012

Aktivity pro seniory ve vzdělávání v ČR

Vostrovská (1998) uvedla možnosti činností vhodných pro seniory, ať již žijí samostatně nebo jsou klienty institucí, jsou to zájmové aktivity (např. ruční práce, zahrádkaření) - senioři mohou udržovat své dřívější „koničky“ nebo mohou nalézt nové. Mezi pohybové aktivity patří (např. jóga, severská chůze, výlety, cvičení, relaxace), kde je důležitý jakýkoli pohyb, který je v silách a možnostech seniora. Také turistika popř. poznávací programy (např. poznávání města a jeho okolí, návštěva muzea, hvězdárny). Mezi další aktivity vhodné pro seniory patří vzdělávání (např. účast na přednáškách, debatách, sledování dokumentů, četba novin, knih, studium univerzit třetího věku, akademie třetího věku, kluby aktivního stáří), kulturní programy (např. návštěva kina, divadla, koncertu, vystoupení dětí z uměleckých škol), komunikace (např. povídání a společné vzpomínání s přáteli nebo s příbuznými), která je důležitá pro kontakt s okolím anebo zapojit se do dobrovolnictví (např. doučování, výpomoc v občanských sdruženích,...)

Do života seniorů by měly být zakomponovány různé druhy aktivit. Je však nutné zohlednit individuální potřeby a zájmy každého jedince.

2.2. Péče o seniory

V péči o stárnoucí osoby doporučuje Matoušek (2009) interdisciplinární spolupráci, při které se vzájemně prolínají sociální, zdravotní, psychologická, rehabilitační, logopedická a pečovatelská péče.

Sociální péče se realizuje v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s účinností v platném znění od 1. 1. 2012, který upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění).

Sociální péče

Oblastí sociálního poradenství se rozumí základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. *Základní sociální poradenství* je ve všech typech sociálních služeb, a zatímco *odborné sociální poradenství* je poskytováno se zaměřením na potřeby osob ve speciálních poradnách, např. rodinné poradny, občanské nebo sociálně-právní poradny apod. Vedou klienta k samostatnému rozhodování. Jedná se tedy o aktivní poradenství, tj. zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, obstarávání osobních záležitostí a sociálně terapeutické činnosti, apod. Součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění).

Mezi služby sociální péče o seniory patří pečovatelská služba, osobní asistence, průvodcovské a předčitatelské služby, tísňová péče, odlehčovací služby a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Pomáhají klientům zajišťovat jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim, v co nejkvalitnější míře, zapojit do běžného života společnosti.

Osobní asistence (§39) je terénní služba prováděná v přirozeném sociálním prostředí, poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Tato služba je zaměřená na pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba je poskytována za úplatu.

Pečovatelská služba (§40) je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v zařízeních sociálních služeb a v domácnostech osob. Obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Služba se provádí za úplatu.

Tísňová péče (§41) je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. A zahrnuje tyto činnosti: poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Průvodcovské a předčitatelské služby (§42) jsou terénní nebo ambulantní služby, které napomáhají k osobnímu vyřízení vlastních záležitostí. Patří sem zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Poskytují se za úplatu.

Odlehčovací (respitní) služby (§44) jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost, o které je jinak pečováno v domácím prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Obsahuje tyto základní činnosti a to pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Veškeré odlehčovací služby se provádí za úplatu.

Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče je poskytována pobytová služba osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné osoby. Mezi činnosti této služby se řadí poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba se poskytuje za úplatu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění).

Služby sociální prevence (§53) napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení seniorů ze společnosti. Cílem je napomáhat překonání nepříznivé sociální situace. Mezi služby sociální prevence pro seniory řadíme také *telefonickou krizovou pomoc* (§55). Jedná se o terénní službu poskytovanou bez úhrady a na přechodnou dobu osobám, které se nachází v krizové životní situaci, kterou nejsou schopni řešit vlastními silami. Další službou jsou *kontaktní centra* (§59) nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, případně terénní služby,

kteří se zabývají sociálně terapeutickou činností nebo pomocí při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. *Sociálně aktivizační služby pro seniory* (§66) jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku, které poskytují zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba se poskytuje bez úhrady. Další službou sociální prevence je *sociální rehabilitace* (§70). Jedná se o soubor činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností, které směřují k dosažení samostatnosti a soběstačnosti a vedoucí k sociálnímu začlenění. Sociální rehabilitace probíhá formou ambulantních a terénních služeb, nebo formou pobytových služeb v sociálně rehabilitačních centrech a je poskytována bez úhrady s výjimkou základních činností poskytovaných podle §70 odst. 3. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění).

Formy sociální péče

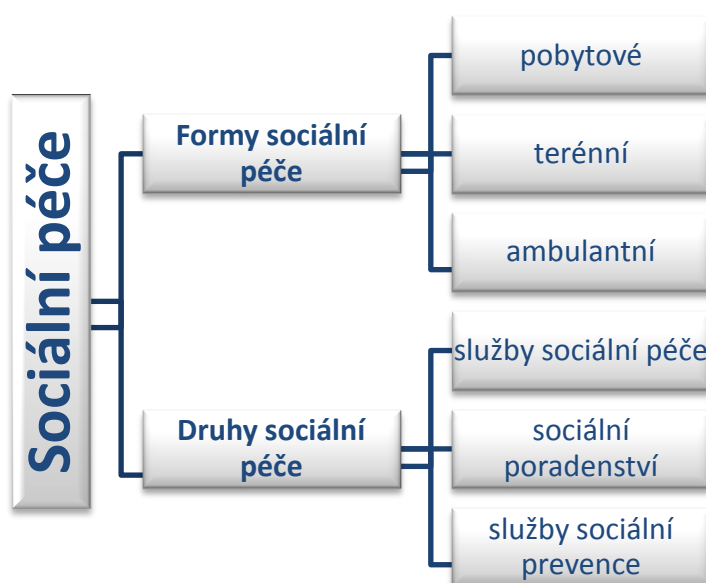
Sociální služby se poskytují ve třech úrovních:

- služby pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

Pobytové služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Mezi zařízení sociálních služeb pro seniory, ve kterých se poskytují pobytové služby, patří *týdenní stacionáře*, *domovy pro seniory*, kde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, a *domovy se zvláštním režimem*, ve kterých se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služby v těchto zařízeních obsahují tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tyto pobytové služby se realizují za úhradu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – v platném znění).

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými senioři dochází nebo jsou doprovázeni či dopravováni do zařízení sociálních služeb. Součástí této služby není ubytování. Mezi zařízení sociálních služeb pro seniory, ve kterých se poskytují ambulantní služby, patří *centra denních služeb a denní stacionáře*. Tyto služby se poskytují za úhradu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – v platném znění).

Mezi **terénní služby** patří služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí seniorů, např. již zmíněná osobní asistence, pečovatelská služba a další (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – v platném znění).



Obr. 2 Druhy a formy sociální péče

Zdroj: vlastní zpracování

Zdravotní péče

Zdravotní péči realizuje rezort ministerstva zdravotnictví (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) v platném znění – č. 372/2011 Sb.) ve znění zákona č. 167/2012 Sb. a zákona č. 66/2013 Sb. Tento zákon upravuje druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti fyzických osob v souvislosti s jejím poskytováním, práva a povinnosti provozovatelů zdravotnických zařízení, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotní péče.



Obr. 3 Druhy a formy zdravotní péče

Zdroj: vlastní zpracování

Formy zdravotní péče

Pobytové služby - lůžková péče je realizována jako:

- akutní lůžková péče - zabezpečují nemocnice, geriatrické kliniky a akutní geriatrická oddělení se včasnou léčebnou rehabilitací,
- následná lůžková péče - zdravotní péče při pobytu na lůžku v případech, kdy při zohlednění zdravotního stavu pacienta nepostačuje poskytnutí ambulantní péče. Proto se poskytuje se jako ošetrovatelská péče, lázeňská péče, léčebná rehabilitace, dlouhodobá psychiatrická péče, apod. Následnou lůžkovou péči zabezpečují zařízení pro ošetrovatelská oddělení, doléčovací péči, gerontopsychiatrická oddělení, oddělení následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných a hospice.

Ambulantní péče se rozděluje na primární, sekundární a zvláštní ambulantní péče.

- *Sekundární ambulantní péče* je poskytování zdravotní péče ve všech klinických oborech např.: obory neurologie, psychiatrie, otorinolaryngologie, foniatrie,

oftalmologie, ortopedie, dermatovenerologie, urologie a další. Součástí sekundární ambulantní péče může být návštěvní služba.

- *Primární ambulantní péče* je sadou aktivit souvisejících s prevencí, vyšetřováním a ošetřováním pacienta, podporou zdraví, léčením a rehabilitací. Cílem je zabezpečení dlouhotrvajícího a zároveň soustavného sledování zdravotního stavu pacienta a to úzce navazuje na ostatní formy zdravotní péče a sociální služby.
- *Zvláštní ambulantní péči* je rozdělena do následující úrovně: domácí péče, následná ambulantní péče, jednodenní péče a zdravotní péče prvního kontaktu. Domácí péče zahrnuje zejména ošetrovatelskou, léčebnou a rehabilitační péči, která se provádí s asistencí zdravotní sestry ve vlastním sociálním prostředí seniorů, a výhradně na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Následná ambulantní péče znamená poskytování ošetrovatelské péče občanům umístěným v ústavech sociálních služeb poskytujících pobytové služby pacientů, kterým tato zařízení nahrazují vlastní sociální prostředí. Jednodenní péče (která nesmí být delší než 24 hodin) se zaměřuje na poskytování zdravotní péče spojené s pobytem na lůžku.

Druhy sociální péče

Preventivní péče je forma ambulantní péče a obsahuje včasné vyhledávání nemocí a předcházení jejich vzniku a odstraňování jejich možných příčin. Součástí preventivní péče jsou tzv. vyhledávací vyšetření.

Diagnostická péče zjišťuje zdravotní stav pacientů, včetně údajů z rodinné, sociální a pracovní anamnézy, které mají přímý vliv na zdravotní stav, a to za účelem zjištění a určení nemocí a hodnocení jejich závažnosti. A provádí se formou ambulantní nebo lůžkové péče.

Léčebná péče zachraňuje život nebo navrácí a upevňuje zdraví nebo stabilizuje zdravotní stav s cílem maximálního zmírnění důsledků nemoci, prodloužení a zlepšení kvality života. Dále má za účel zabránění vzniku invalidity popřípadě nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu. Je poskytována formou ambulantní nebo lůžkové péče a její součástí je léčebná lázeňská rehabilitační péče.

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí jsou návštěvní služby, domácí ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí a jsou to zdrav.výkony nepodmíněné technickým a věcným vybavením.

Ošetrovatelská péče, jejímž účelem je prevence, udržení podpora a navrácení zdraví pacientovi A uspokojování psychických a sociálních potřeb. Součástí ošetrovatelské péče je

starost o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt (Zákon o zdravotní péči č. 372/2011 Sb. v platném znění). Snaží se o uspokojení potřeb jak biologických, tak psychosociálních a také kulturních. Zahrnuje také aktivizaci jedinců zájmovou činností (Novosad, Novosadová, 2000). Cílem je udržení nebo obnovení soběstačnosti. Ošetrovatelská péče probíhá formou ambulantní péče, a to i ve vlastním sociálním prostředí pacienta, nebo formou lůžkové péče.

Dispenzární péči jejím účelem je aktivní (a dlouhodobé) pozorování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí anebo zhoršením zdrav.stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadně ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci. Dispenzární péče je poskytována formou ambulantní péče.

Paliativní péče je poskytována pacientovi v pokročilém a/nebo konečném stadiu nemoci, u kterého byly vyčerpány všechny možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení. Účelem paliativní péče je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt. Nejdůležitější v rámci této léčby je útlum bolesti a řešení sociálních, duchovních a psychologických problémů nemocných. Paliativní péče se realizuje formou ambulantní péče nebo formou lůžkové péče. Režim lůžkových zařízení poskytujících tuto péči umožňuje časově neomezený kontakt nemocného s rodinou.

Léčebně rehabilitační péče má za úkol v maximální možné míře zajistit obnovení funkční zdatnosti nemocných (řečové, smyslové a psychické funkce) pomocí preventivních, diagnostických a léčebných postupů nebo náhradou funkce, případně cestou zpomalení. Léčebná rehabilitace je zaměřena na udržení pohyblivosti a zlepšení kvality života. Základem je skupinové a individuální cvičení. Mezi nejčastěji aplikované léčebné metody rehabilitace řadí Novosad a Novosadová (2000) fyzikální terapii, fyzioterapii, ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii a psychoterapii. *Fyzikální terapie* zahrnuje masáže, elektroléčbu, vodoléčbu (např. v rehabilitačním bazénu, perličkové lázni, vířivé lázni), léčbu ultrazvukem (sonoterapie), léčbu laserem, magnetoterapii, léčbu teplem (termoterapie), léčbu světlem a balneoterapii. *Ergoterapie* je léčba smysluplnou činností, která je vykonávána pod zdravotnickou kontrolou. U seniorů je zaměřena především na uchování soběstačnosti a vyplnění volného času podle zájmů a schopností. *Fyzioterapie* je cvičení určitých svalových skupin pomocí hravého výkonu. Úkolem je, aby provádění léčby přineslo užitek pro společenský život jedince, má mu umožnit žít plnohodnotným životem a najít společenské

uplatnění. Léčba pomocí výtvarných prostředků se nazývá *arteterapie*, pomocí hudby *muzikoterapie* a užíváním psychologických prostředků *psychoterapie*.

V této kapitole bylo citováno z následujících zákonů:

- Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) Předpis č. 372/2011 - v platném znění
- Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. - v platném znění
- Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb. - v platném znění

3. Smysluplnost života seniorů

3.1. Smysl života z filosofického pohledu

Plutarchos (Lucretius, 1951, s. 7) napsal knihu o "úzkostném člověku". *Epikúros ... spatřil ... jedince prožívající naprostou radost z hojnosti a dobrého jména... a šťastné z poctivé slávy jejich dětí. Přesto však v každém domě našel rozbolavělá srdce, neustále trýzněná churavými dušemi, neschopná utišit své bolesti a přinucená ulevovat si vzpurným reptáním.* (Rollo May, 2007, s. 7) A ačkoli je tento text starý už přes dva tisíce let, může posloužit jako odrazový můstek pro filozofický exkurz po smyslu života.

Joann Keyton (2000, s. 14) napsala v pojednání o základech smysluplnosti v existenciální filosofii: *„Pojetí smysluplnosti je doma v existenciální filosofii a fenomenologii. Jedna ze základních vět existencialistického pojetí života člověka zní: Přirozenost člověka je charakterizována hledáním lásky a smysluplnosti života tváří v tvář smrti.“*

A právě v literatuře zabývající se existenciální filozofií najdeme nejvíce odkazů na smysl života. Dále jsou nejčastěji skloňována témata smrt, svoboda, odpovědnost, konečnost, relativismus, jistota, hodnoty, morálka. Jsou to všechno základní existenciální motta, která ovlivňují pocit smysluplnosti v životě člověka.

Filosof **Arthur Schopenhauer** předkládal názor na smysl života pesimistický a radikální. Tvrdil, že život žádný smysl nemá a vše je krátkodobé a pomíjivé – jako například radost z uspokojení potřeby. *„Každý člověk se žene za nějakým cílem. Když ho dosáhne, vyvstane naráz cíl nový, a když je docela na konci, když už má všechno, cokoli je možno si přát, propadá trýzni ze všech nejstrašnější: nudě. Lidský život je nemohoucí toužení a vzdychání, snové klopýtání skrz čtyři věky života k smrti, za neustálého doprovodu triviálních myšlenek.“* (Schopenhauer, 2010, s. 18). Schopenhauer doporučuje askezi, překonání vůle a odříkání jako cesta k smysluplnému žití a člověk se pak ničím neznepokojuje.

Pro dánského filosofa Sorena **Kirkegaarda** byly základem lidské existence individuální pocity, člověk a jeho existence. Definoval pojmy úzkost, volit sebe sama, vlastní zkušenost, vina. Zabýval se také všemi existenciálními problémy člověka: věnuje se tématům smrti, svobody i osamělosti. Na Kirkegaarda navazuje celá generace filosofů (Nietzsche, Heidegger). *„Člověk osaměl ve světě, zůstal sám, a je odkázaný sám na sebe. Nikdo za něho nemůže konat ani rozhodovat. Když hovoříme o tom, že musíme volit, musíme volit ne mezi chtěním dobra a zla, ale mezi chtěním a nechtěním. Žijeme v době vynálezů, informace se na*

nás řítí obrovskou rychlostí. Společnost se okolo nás mění, pociťujeme nejistotu, cítíme se ztraceni ve světě. Životní úroveň klesá a člověk už nevěří ani sobě a cítí se zbytečným, neschopným najít pro sebe smysl v životě. Není divu, že člověk reaguje na tento stav úzkostí a pokud reaguje úzkostí, tak právě to je reagování ještě svobodné.“ (Kierkegaard, 1993, s. 183)

Friedrich Nietzsche se ve svých pojednáních zabíral tématem smrti, samoty, osamělosti, svobody, tvořivosti, hodnot, humoru, přírody, nadhledu ale nezabýval se přímo otázkou smyslu života. Také odmítal oproti svému předchůdci Kierkegaardovi jakoukoliv úlevu člověka ve víře.

„Ten budiž největší, kdo dokáže být nejosamělejší, nejodlišnější, člověk mimo dobro a zlo, pán svých ctností, člověk překypující vůlí; právě to se má nazývat velikostí: umět být právě tak mnohostranný jako celistvý, právě tak širý jako plný.“ Friedrich Nietzsche (1995b, s. 213).

Nietzsche viděl smysl v „otvírání očí lidem“, učit je přemýšlet, žít v pravdivosti k sobě samému učit je samostatné existenci a tím vytvářet stále kvalitnější generace. Tvrdil, že smrt má být vrcholem a oslavou života, svoboda člověka nejcennější mocí a důvodem k radosti má být relativismus, neboť ukazuje rozmanitost života. Je známý výrok „*Co mě nezabije, to mě posílí*“. Odsuzoval podstatu člověčenství vyhýbat se zlému, co přináší utrpení a tvrdil, že nejhorší je, chvilu někdo člověka šetřit. Nietzsche přivedl na svět tzv. „myšlenku věčného návratu“, která spočívá v přesvědčení, že žijeme své životy v kruhu, stále dokola a stále se opakují naprosto stejně s každým detailem života prvního.

Edmund Husserl patřil k zakladatelům filosofie 20. století a ovlivnil velkou část filosofických generací a rozšířil pojem fenomenologie i do oblasti psychologie. (Petříček, 1997). Husserl tvrdil, že duchovní život se ocitl ve zvláštní krizi. Neboť věda nemůže říci cokoli podstatného k otázkám poslední, existenciální pravdy a nedokáže přesvědčivým způsobem řešit problém smyslu a hodnoty lidské existence, které jsou pro život člověka podstatnými a že význam vědy pro lidský život se tak zvolna vytrácí. (Petříček, 1997). Vliv Husserla byl významný především v tom, že vrátil důraz na oblasti, které jsou v životě člověka podstatné, a upozornil na jejich opomíjení.

Martin Heidegger uváděl základní pojem „starost“, která naznačuje jeho výchozí postřeh, že v pobytu (existenci) člověka (v jeho bytí) jde o toto jeho bytí, čímž se radikálně odlišuje od jiných jsoucen (rostliny, živočichové). Starost je určitá struktura, která má tři vzájemně propojené aspekty: naladěnost, řeč, rozumění. „Naladěnost“ znamená určité vidění sebe, situace, světa pod vlivem subjektivního nastavení. A situace je podle Heideggera to, co jsem

si ne zvolil, do čeho jsem „vržen“ a co přesto musím převzít, s čím se musím vyrovnat. A právě naladění ozřejmuje onen fakt, že vždy jsme již na světě, z něhož musíme přejímat své možnosti, a vždy jsme již takové jsoucno, které musí své bytí nést. Z toho vyplývá důležitý fakt, že člověk je zodpovědný za své bytí. (Petříček, 1997)

Gabriel Marcel je uváděn jako představitel křesťanské existenciální filosofie a hovoří jako jeho současník Heidegger o skutečnosti, že člověk má vždy cosi jako „ontologický cit“ – jakousi potřebu bytí. V současnosti je však tato potřeba téměř „němá“ a je pocíťována nejčastěji nanejvýš jako nejasný tlak, neklid. (Petříček, 1997). Člověk vykonává vitální funkce - jídlo, spánek, společenské funkce – potomek, rodič, zaměstnanec a ztotožňuje se s těmito svými rolemi a když se s nimi nedokáže vždy ztotožnit úplně, přijde pocit prázdnoty. Petříček (1997, s. 89) vypsals Marcelovo pojetí smyslu života: „*V tomto cele technickém světě se mi velice naléhavě vnucuje základní otázka: proč? Má to vše, co dělám, smysl?*“ Marcel na základě „křesťanského existencialismu“ odpovídá kladně. Nejdůležitější a nosná je především analýza „člověka jako souboru funkcí“ a situace, ve které se rodí pocit onen nesmyslnosti. (Petříček, 1997)

Albert Camus (1913 – 1960), který je označován, jako vůdčí osobnost existencialistů se ve svých dílech zabýval existenciální filozofií. Camus netvrdil, že tento svět nemá smysl či že Bůh neexistuje, ale tvrdil, že tento smysl neznáme a nemůžeme znát a dále, že nevěříme-li ničemu, nemá-li nic smysl a nemůže-li stát za žádnou hodnotou, všechno je možné a nic nemá skutečnou váhu. Albert Camus v úvodu své knihy *Mýtus o Sisyfovi* píše, že jedinou závažnou filosofickou otázkou je, jestli vůbec pokračovat v žití, když člověk plně pochopil nesmyslnost života. (Camus, 2006). Jeho hrdina – Sysifos volá „*Křičím, křičím, že v nic nevěřím, že všechno je absurdní, ale o svém křiku nemohu pochybovat: revoltuji, tedy jsem*“. Albert Camus nesouhlasil se sebevraždami – chápal je jako kapitulace, chtěl, aby lidé raději revoltovali a stávali se velkými, silnějšími než jeho životní situace, ve kterých se právě nacházeli a že jedná a tvoří krizím navzdory. „*Všichni lidé nacházejí v životě něco příjemného. A to jim pomáhá dál žít. Právě k tomu se uchylují, když jsou u konce svých sil.*“ A „*Existuje pouze jediný případ čistého zoufalství. A to zoufalství člověka odsouzeného na smrt*“, napsal Camus.

Camusův závěr tedy je: „*Místo toho, abychom zabíjeli sebe i jiné a umírali proto, abychom uskutečňovali bytí, kterým nejsme (např. nějaké absolutní principy či abstraktní absolutno), musíme žít, abychom stvořili to, čím jsme.*“ (Petříček, 1997, s. 96).

„Vše, co existuje, se rodí bez důvodu, pokračuje v slabosti a umírá čirou náhodou. Není smysl v tom, že se rodíme, není smysl v tom, že umíráme“ (Sarter, 2006, s. 58) **Jean- Paul Sarter** měl smysl života úzce spojen s pojmem svobody. Uváděl, že prozření člověka téměř vždy následuje uvědomění si, že neexistuje žádný absolutní smysl, že člověk je sám a musí si vytvořit svůj vlastní smysl. Sartre napsal: „*Najednou, z čistého nebe, se na mě sesypala svoboda a srazila mě na zem. Mé mládí odnesl vítr a já vím, že jsem sám... a na nebesích nezůstalo nic, žádné dobro ani zlo, ani nikdo, kdo by mi dával příkazy... Jsem odsouzen k tomu, že mám jen své vlastní zákony... Každý člověk si musí najít svou cestu.*“ (Sartre, 1964; in Yalom, 2006, s. 435).

A s hledáním vlastní životní cesty pomáhá člověku angažovanost a angažovaná činnost: „*Čím těžší náklad, tím budu radši, neboť břímě je mou svobodou. Ještě včera jsem chodil po světě zcela nahodile, prošel jsem tisíce cest, které mě nedovedly nikam, protože to byly cesty druhých lidí... Dnes mám pouze jednu cestu a bůhví, kam vede. Ale je to moje cesta.*“ (Sartre, 1964; in Yalom, 2006, s. 435).

3.2. Smysl života z psychologického pohledu

Teprve od druhé poloviny dvacátého století se začíná „multidimenzionální“ pojem smyslu života objevovat a zkoumat v různých vědních disciplínách. Nejprve se zkoumala pouze materiální strana života tedy, objektivní data před subjektivními. V dnešní době se již prozkoumávají psychologické, sociální, duchovní, materiální a další podmínky pro šťastný a plný život člověka a pro studium smyslu života je třeba brát v úvahu vývoj, společenské souvislosti, historické a kulturní kořeny (západní křesťanská kultura, orientální kultura,...), generační i civilizační změny a velice významně smysl života ovlivňuje víra a náboženství. Při vymezování pojmu smysl a kvalita života, popisování subjektivních – objektivních, existencionálních a sociálních stránek panuje nejednotnost a nejednoznačnost, chybí obecně přijímaný a teoreticky propracovaný model, univerzálně platná definice, ale přese všechno se našli významní psychologové dvacátého století, kteří ve smyslu života viděli středobod své práce např. V. E. Frankl a u dalších doplňovala části jejich teorií (např. A. Adler; C. G. Jung; E. Fromm; A. Maslow a další).

Alfred Adler smysl života chápal v plném rozsahu životního stylu a životních cílů a představoval pro něho zaměření lidstva na sebepojetí, chápání druhých, pochopení životních cílů. Právě smysl života určuje zaměření na životní cíle v závislosti na třech oblastech: postoj

k bližnímu, otázka povolání a partnerský vztah, díky kterým člověk formoval smysl života. Ideál smyslu života je pro Adlera tzv. cit spolupatříčnosti. (Halama, 2007, s. 15)

Základy utváření smyslu života uvádí Adler v raném dětství, kdy si dítě vytváří pojmové a slovní závěry ze svých zážitků, na jejichž základě si dítě vytváří obecnější formy jednání, životní cíle a celkový životní styl. Bohužel se v tomto věku stává, že si dítě na základě zkušeností (např. v rodinách s nezdravým životním stylem) vytvoří různé mylné domněnky, které vedou k tzv. fiktivním životním cílům. (Halama, 2007, s. 28)

Carl Gustav Jung měl smysl života propojený s osobním názorem, že vše začíná narozením člověka do světa, který nechápe a který se pokouší vysvětlit, odhalit a pochopit. Jung byl v otázce, zda má život smysl, optimistický a píše: *„Život je bláznivě nerozumný a zároveň má význam a smysl. A když se v prvním případě nezasmějeme a ve druhém nezamyslíme, pak je život banální a všechno má ten nejmenší rozměr. Pak existuje jen malý smysl a malý nesmysl.“* (Jung, 1995, s. 229). Snaha o pochopení světa pochází z nejhlubší duševní nouze, rozmanitost života a smysl funguje jako hráz proti přívalu chaosu, kdy člověk je nucený na stavu reagovat a hledat vysvětlení a odpovědi na své otázky. Tuto snahu uvádí Jung jako základní nadosobní životní úlohu člověka. Další důležitou roli při poznávání smyslu života přisuzuje Jung archetypům v kolektivním nevědomí, které je zároveň významnou pomocí v morálním uvažování a hodnocení (lidská moudrost a lidského poznávání a konání). Jung hovoří o archetypu smyslu, který se dostává ke slovu zpravidla v kritických situacích, kdy selhaly všechny lidské opory. (Jung, 1995) Jung popsal rozdíl mezi západním a východním vnímáním smyslu života. Východní člověk se snaží o naplnění smyslu v člověku samotném a odřiká se světa a života a hledá smysl života uvnitř člověka. Pro západního člověka je podle Junga nesmyslnost světa nesnesitelná, člověk potřebuje předpokládat konečný smysl a cíl a hledá smysl života venku. Jung tvrdil, že se obě vnímání navzájem doplňují a aby člověk mohl pochopit smysl venku, musí nejprve hledat uvnitř sebe, (Jung, 1995, s. 115) což dokládá jeho výrok: *„Nemůžeme žít z ničeho jiného nežli z toho, čím jsme.“* (Jung, 1995, s. 231).

Jung přikládá velký důraz na: mít smysl života a jeho nedostatek uvádí jako hlavní příčinu psychických poruch., neboť ztráta smyslu zamezuje prožívat plný život a je korelující s nemocí: *„Ztráta smyslu v životě hraje klíčovou roli v etiologii neurózy. Neurózu je třeba chápat v konečném důsledku jako utrpení duše, která nenašla svůj smysl. (...) Zhruba třetina mých případů netrpí žádnou klinicky definovatelnou neurózou, ale pocitem nesmyslnosti a bezcílnosti svého života.“* (Jung, 1995, s. 231)

Není možné opomenout Abrahama Maslowa, který hovořil o tom, že hledání smyslu (smysluplnosti života) je bazálním motivem lidského chování. Což v důsledku znamená, že jako každá jiná potřeba může být i tato, uspokojena (naplněna) nebo frustrována.

Abraham Harold Maslow tvrdil, že motivační smysluplnost člověka je uspokojení nižší potřeby. Smysl, neexistuje mimo člověka a je vnitřní potřebou, která když není uspokojena, člověk upadá do nemoci. Každý si může vybrat svůj smysl podle své přirozenosti a svobodné vůle. Existenciální smysl je nadřazeným metamotivem pro drobné motivy a potřeby na nižších úrovních. (Křivohlavý, 2006) Ústředním motivem Maslowovy koncepce je pojem seberealizace. Maslow předpokládá, že člověk má vrozenou tendenci realizovat svůj potenciál a usilovat o stále plnější bytí a že hodnoty se objevují intuitivně.

"Všichni lidé v naší společnosti (kromě několika patologických výjimek), mají potřebu nebo touhu po stabilním, opodstatněném, (obvykle) vysokém hodnocení sebe sama, po sebeúctě nebo sebehodnocení a po uznání ostatních. Opodstatněným (firmly based) sebehodnocením míníme to, že je založeno na reálných schopnostech, výkonech a respektu ostatních. Tyto potřeby lze rozdělit na dvě podskupiny. Do první z nich patří touha po síle, po úspěšném výkonu, adekvátnosti a důvěře ve vztahu ke světu, po nezávislosti a svobodě. Druhou skupinu můžeme nazvat touhou po reputaci nebo prestiži (vymezenou jako respekt nebo uznání druhých lidí), po rozpoznání, pozornosti, důležitosti a ocenění. Tyto potřeby zdůrazňoval Alfred Adler a jeho následovníci, zatímco Freud a psychoanalytici jejich důležitost popírali. Dnes je nicméně stále víc zřejmý jejich centrální význam" (A. H. Maslow: A theory of human motivation, 1943, s. 6).

Rakouský psycholog **Erik Fromm** klade důraz na společenskou oblast života a tvrdil, že chování člověka lze pochopit jedině v kontextu okamžiku a kultury. (Mikšík, 2007, s. 157)

Fromm (in Mikšík, 2007) modifikoval rovněž základní existenciální potřeby člověka. A tvrdil, že nejmocnější motivační silou v životě člověka je základ lidské přirozenosti a to konflikt mezi usilováním o svobodu a usilováním o bezpečí a tento konflikt vytváří základní strukturu pěti existenciálních potřeb člověka: potřeba příbuznosti (souvztažnosti), potřeba vynikání (dokonalosti), potřeba zakořenění, potřeba identity, potřeba orientačního rámce a oddanosti.

Carl Rogers (1902-1987) byli společně s Maslowem nejznámější američtí humanisté. Rogers byl zastáncem fenomenologie a jeho psychoterapie byla zaměřená na klienta (client-centered). Rogersův pohledu na osobnost byl organismus, fenomenologické pole a Self („já“ ,

někdy také překládáno jako jáství). Pojem organismus zdůrazňuje biologické základy všech našich prožitků, celkovou organizovanost a chování. Je těžištěm prožívání a je i nositelem a zdrojem chování. Self se utváří postupně, když vstupuje do vztahu k prožitkům organismu. Rogers uvedl: *„že psychický vývoj dětí probíhá bez větších problémů, pokud jim rodiče poskytují tzv. bezpodmínečné (nepodmíněné, bezvýhradné) přijetí. Podle Rogerse by děti měly cítit, že rodiče milují i tehdy, když jejich chování není ideální. Ve skutečnosti je častější podmínečné přijetí, při kterém rodiče oceňují děti pouze tehdy, když se chovají „správně“, tedy podle jejich představ. Děti jsou pak z obavy ze ztráty lásky nuceny popírat své vlastnípocity a přijímat hodnoty druhých lidí. Vytvářejí si sebepojetí, které neodpovídá jejich autentickým prožitkům, což může být zdrojem psychických potíží v dospělosti.“* (Plháková, 2006, s. 224)

Rollo May (1909 – 1994) byl existenciální psycholog a psychoterapeut. Jeho nejslavnějším dílem je kniha „Láska a vůle“ ve které pojmenoval základní lidské motivy jako „daimon“. *„Daimonická je naléhavá potřeba každé bytosti potvrdit sebe sama, prosadit se, udržovat se a růst. Daimonické se stává zlým, když uzurpuje self jako celek bez ohledu na jeho integraci nebo na jedinečné utváření touhy ostatních a na jejich potřeby integrace. Projevuje se jako excesivní agrese, nepřátelství, krutost – tedy jako věci, které nás na nás nejvíc děsí, a které – kdykoliv je to možné – vytěsňujeme, nebo, což je pravděpodobnější, promítáme na ostatní. Jsou však odvrácenou stranou téže asertivity, která posiluje naši tvořivost. Celý život je proudění mezi těmito dvěma aspekty daimonického.“* (May, 2007, s 59). May ve své práci rozlišuje pojmy erot a sex. Erotem rozumí prožívání osobních intencí a významů (touha po vzrušení, , neustálé hledání, stav bytí, jeden z mnoha daimonů, který se projevuje nejen láskou, ale i nenávistí) a sexem rozumí proces fyziologického uvolnění. Dále rozlišuje přání a vůli. Přání je projevem „daimonů“, hrou obrazotvornosti a vůle je v podání Maye projev zralého, organizovaného self (já) sloužící k pohybu ke konkrétním cílům. Převaha přání vede k posedlosti a převaha vůle zase k suchopárnosti. A tak sladění, živoucí integrita vůle a lásky (daimonů) je projevem lidské zralosti a prozrazuje, jak dobře jsou lidé schopni odpovídat na výzvy života.

„Pokud má člověk pouze vůli a žádná přání, stává se z něj vysušený, viktoriánský, puritánský člověk. Má-li člověk pouze přání a žádnou vůli, zůstává po celý život infantilním jedincem, který své sny nedokáže uskutečnit. Lidským úkolem je tudíž usilovat o jednotu lásky a vůle. Naplňování tohoto úkolu směřuje ke zralosti, integraci a celistvosti, kterých nelze dosáhnout bez vztahu k jejich protikladům; lidský pokrok nikdy není jednorozměrný. Míra naplnění

tohoto úkolu je nicméně prubířským kamenem a kritériem naší odezvy na možnosti života.“ (in Plháková, 2006, s. 222) May doporučoval v terapiích věnovat se především smyslu, než technikám, protože pokud budou lidé připoutáni k vyšším hodnotám, pak terapie nebude zapotřebí.

Drapela (1997) uvádí ve shodě s Rogersem funkce self, které když přistupuje k prožitkům, může učinit následovně: symbolizovat a přijmout jako část „já“ (self) nebo popřít je, protože svou skladbou „já“ (self) neodpovídají a za třetí symbolizovat je zkresleně, když jsou pojmy a hodnoty introjiovány od rodičů a dalších osob v okolí, avšak v jevovém poli jsou vnímány jako výsledek smyslového poznání.

Křivohlavý (2006, s. 12) píše: *„V různých oblastech – psychologii, sociologii, psychiatrii, ale i filosofii, teologii, literatuře i politice se setkáváme s tvrzením, které říká, že jedním z nedostatků 20. století bylo to, že v něm byl nedostatek spolehlivého smyslu života, že v důsledku toho lidé začali ztrácet nosnou životní orientaci a pevnou půdu pod nohama a začali žít plytkým životem. Zdá se, že v 21. století tomu není o moc lépe – spíše naopak.“*

Absence smyslu života není v psychologii obecně uznávána jako samostatná klinická jednotka. Zpravidla je považována za projev jiného, primárního a známějšího klinického syndromu, z nichž nejčastěji to bývá chronický alkoholismus, další formy zneužívání omamných látek, nízké sebehodnocení, deprese nebo krize identity a další (Yalom, 2006). V oblasti ztráty smyslu bylo prozatím provedeno velice málo výzkumů, avšak většina psychologů upozorňuje, že přibližně třicet procent pacientů vyhledává terapii výhradně kvůli problému ztráty smyslu.

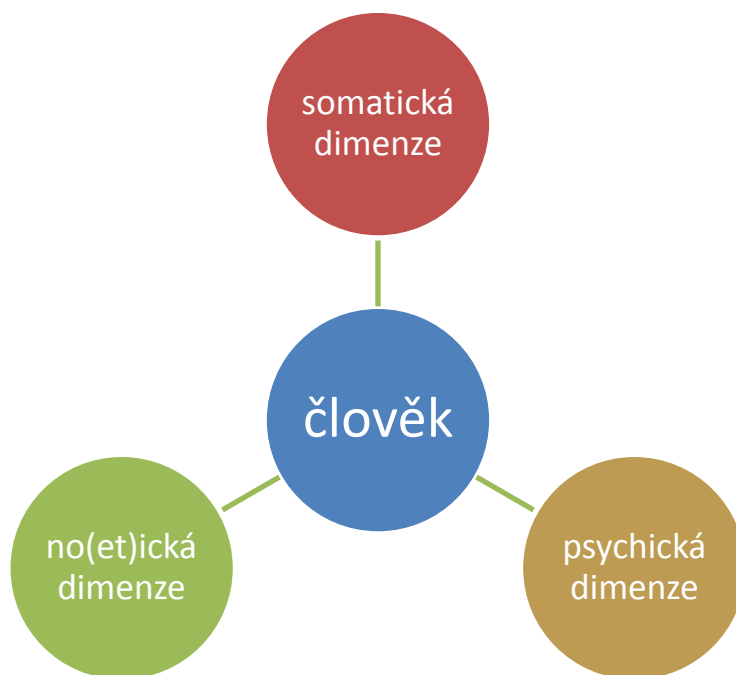
Viktor Emanuel Frankl se narodil 26. března 1905 ve Vídni. Jeho rodiče pocházeli z Čech, maminka z Prahy a otec z jižní Moravy (Pohořelice). Frankl byl lékař, filozof a psycholog, profesor neurologie a psychiatrie na univerzitě ve Vídni a profesor logoterapie na United States International University v San Diegu v Kalifornii, zakladatel logoterapie,

V koncentračních táborech kromě jeho sestry Stelly zahynula celá Franklova rodina. Jako lékař v Terezínském ghettu se staral o svého otce až do jeho smrti, matka Elsa zahynula po příjezdu do Osvětimi v plynové komoře, bratr Waltr pravděpodobně zemřel při práci v uhelném dole. Franklova první manželka Tilly se dožila osvobození tábora v Bergen – Belsenu, krátce po osvobození však zemřela v epidemii tyfu. V. E. Frankl zemřel 1. 9. 1997 ve Vídni na srdeční selhání. Viktoru Franklovi bylo uděleno celkem 27 čestných doktorátů na světových univerzitách. Celý život profesora Viktora Emanuela Frankla měl silný a

dramatický životní příběh, díky kterému se Frankl stal legendou už za svého života. Frankl na jeho základě popsal logoterapii, její aplikace, ověření v hraničních životních situacích a v rozšíření logoterapie jako psychoterapie po celém světě. O Franklovi lze dohledat skoro 150 knih, které napsali jiní autoři. Dále cca 150 dizertačních prací, 1 habilitační práci a nespočetně vědeckých článků.

Výraz logoterapie je odvozen z řeckého „logos“, které znamená slovo nebo význam. Základy logoterapie pochází z existencialismu, holismu a fenomenologie a vyvracuje teorii nihilismu Friedricha Nietzsche, která popírá smysl života. Logoterapie se staví i proti Freudovi a jeho pojetí „vůle ke slasti“ a touze (přestože Frankl vycházel z psychoanalýzy Sigmunda Freuda) a také Adlerovo pojetí „vůle k moci a vůlí po slasti a individuální psychologie“ a vytvořil samostatný přístup, doplnění výše uvedených psychoterapií o téma smyslu života. Nalezení smyslu života, jeho přijetí a definování V. E. Frankl pokládal za velice důležitou hybnou sílu v životě člověka. *Třetí vídeňská škola psychoterapie je založena na pojmu „vůle ke smyslu“ a je těsně provázána z hlediska psychologické teorie a filozofických předpokladů, ze kterých vychází. Logoterapie představuje holistickou teorii osobnosti.* Podle Franklovo logoterapie je prvořadou motivační silou člověka úsilí najít smysl vlastního života a hovoří o „vůli ke smyslu“ jako o protikladu k Freudovu principu slasti. V.E.Frankl rozlišuje mezi smyslem a pudy. Sexuální a agresivní pudy jsou popisovány Frankem jako motivační síly, které jakoby postrkují člověka zevnitř a smysl a hodnoty (ve významovém rámci) jsou silami, které člověka jakoby „táhnou zvenčí“. Yalom (2006, s. 449) k tomu píše: *„Rozdíl je mezi puzením a usilováním. V naší nejbytnější podstatě, v těch vlastnostech, které z nás dělají spíše lidi než zvířata, nejsme puzeni, ale místo toho aktivně usilujeme o nějaký cíl. Usilování v protikladu k puzení znamená nejen to, že jsme orientováni k něčemu mimo nás (tj. jsme sebetranscendentní), ale také, že jsme svobodní – svobodní přijmout nebo popřít cíl, který se nám naskýtá. Usilování obsahuje orientaci do budoucnosti: jsme taženi tím, co má nastat, spíše než postrkování neúprosnými silami minulosti a přítomnosti.“*

Frankl se zabýval člověkem jako ucelenou osobností, nikoliv jeho částmi, neboť podle jeho mínění bylo potřeba vnímat lidskou povahu ve třech rovinách (trojstránkově) a to ve fyziologické (somatické), psychologické a noologické nebo noické (někteří ještě překládají i jako „noetická“).



Obr. 4 Člověk v dimenzi

Zdroj: vlastní zpracování

- **Somatické (fyziologické):** žije, směřuje k přežití, růstu, funguje a sebereguluje
- **Psychické: prožívá,** reaguje, přizpůsobuje se, realizuje se, směřuje ke slasti, moci.
- **No(et)ické:** vztah lidské vůle ke smyslu - svobodný, odpovědný, naplňuje smysl, nalézá a uskutečňuje hodnoty

Viktor Emanuel Frankl (1994) rozlišoval u syndromu ztráty smyslu dvě stádia: existenciální vakuum a existenciální neurózu a zastával názor, že existenciální frustrace je stále častějším jevem a to ve všech částech světa.

Existenciální vakuum, které se jinak nazývá „existenciální frustrace“ je poměrně běžným jevem a vyznačuje se subjektivním stavem prázdnoty, nudy apatie. Existenciální frustrace se může stát patogenní a vést k existenciální neuróze nebo k depresi se suicidálními tendencemi. Frankl zavádí další název se zkratkou „EN“ jako „nedělní neuróza“, který vystihuje pocit prázdnoty, úzkosti a nejasné nespokojenosti v momentech, kdy se člověk vytrhne z tempa každodenního života. Kritickou otázkou „Co ještě mohu čekat od života?“, obrací Frankl v otázku – „Co ještě život čeká ode mne?“

Myšlenkový koncept V. E. Frankla stojí na 3 pilířích, kterými jsou (Lukas 2002, s. 16-18):

- svoboda vůle,
- vůle ke smyslu,
- smysl života.

Osudem Frankl (1996, s. 90-92) nazývá to, „ *co se vymyká svobodné vůli člověka, co není ani v jeho moci, ani v jeho odpovědnosti* “. Viktor Frankl ve své autobiografii (Frankl, 1997, s. 19) vzpomínal na okamžik před usnutím asi ve věku čtyř let, kdy jej před usnutím napadla myšlenka, že jednou musí zemřít i on.

Vzpomínku interpretoval (Křivohlavý, 2010, s. 94) v rámci logoterapeutického vhledu následovně: „*Ale strach ze smrti mne vlastně nikdy v životě netížil; tížilo mne jen jedno: otázka, zda pomijivost života nezničí jeho smysl. A odpověď na tuto otázku, k níž jsem se posléze probojoval, byla tato: Z mnoha hledisek teprve smrt činí život vůbec smysluplným. Především však nemůže pomijivost ukončit smysl bytí z toho prostého důvodu, že v minulosti se nemůže nic nenávratně ztratit, spíše vše zůstává trvale uchováno. Minulost je tedy dokonce uchráněna a zachráněna před pomijivostí. Cokoli jsme vykonali a vytvořili, cokoli jsme prožili a zakusili – to jsme zachránili jako minulost, a nic a nikdo už to nemůže odstranit ze světa*“. V logoterapii se o tomto velmi důležitém a terapeuticky využitelném náhledu (například pro klienty s fatální prognózou) hovoří jako o „filmu života“, bývá znázorňován filmovým pásem, cívkou, kde vše co se událo, je zaznamenáno.

Ukazuje se, že problematika smyslu života přestává být pouze záležitostí filozofie a náboženství a staví se před oblast psychologie jako aktuální problém. Psychologie by problematiku smyslu života měla pojímat na realizační bázi, která spočívá v hledání cesty, jak život a jeho smysl konkrétně naplňovat skrze vazby na hodnoty, cíle a poznání. Cílem práce je v neposlední řadě nastínění potřeby věnovat pozornost tématu smyslu života v oblasti psychologie a sociální péče.

3.3. Smysluplnost jako předpoklad kvality života seniorů

Nahlížení na pojem „kvalitu života“ není opravdu jednoduché. Lze se na něj dívat z mnoha úhlů pohledu, a to například z psychologické, sociálního, filosofického, spirituálního, apod. Ale zároveň s uvedeným tvrzením byl tento pojem vydefinován mnohými osobnosti historie a současnosti.

Kvalita života je v současné době předmětem zájmu psychologů, sociologů, lékařů, politologů, techniků, ekonomů apod. Dnes se kvalita života nejvíce popisuje v pojmech jako je autonomie, soběstačnost, seberealizace, důstojnost, spokojenost v partnerských, rodinných, a mezilidských vztazích, kulturní a sociální integrovanost, tvořivost apod., ale také jako „schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou“ (Freud, 1993, s. 449).

Tomaszewski (1976, dle Švancara, 1983) popsal stupně kvality života a vystihují rozvíjející se osobnost jedince a míru jeho autoregulace.

1. společenství s druhými.
2. tvořivost (produktivnost),
3. činnost (aktivnost),
4. uvědomělost (cílevědomost),
5. subjektivní prožívání (orientace na sebe).

Kvalita života je hlavně o potřebách a individuálních žebříčcích hodnot každého člověka (a teorie potřeb je propojena s teoriemi motivace – Maslow). Z toho důvodu je termín kvalita života velice obtížně definovatelný. U starších lidí to je třeba hlavně otázka naplnění života (Švancara, 2004). Naplnění života totiž vyjadřuje „*celou subjektivní skutečnost, zejména sebereflexi, sebehodnocení, prožitky kladné i záporné, i usilování o naplnění života*“ (Švancara, 2004, str. 108).

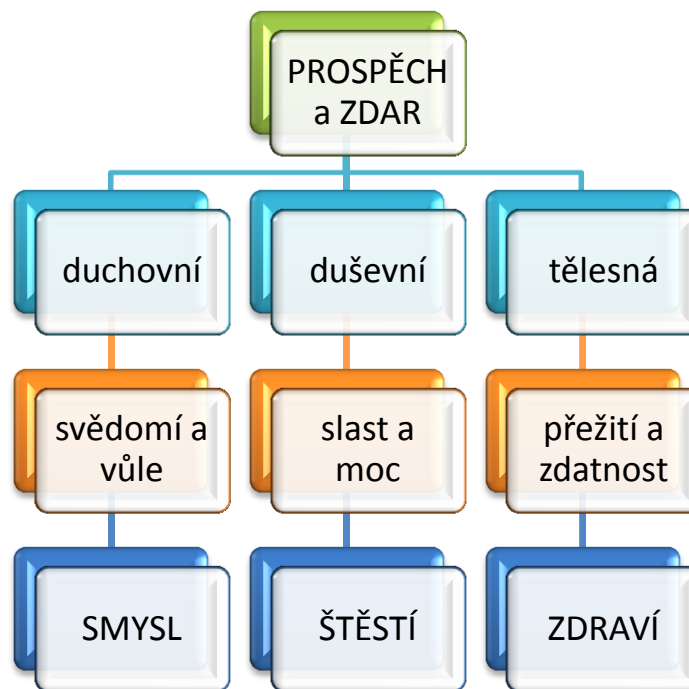
Křivohlavý (2001, str. 40) hovoří o kvalitě života v závislosti „*na spokojenosti daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života.*“ Také profesor J. Džuka uvádí rozdělení na subjektivní kvalitu života – individuálně hodnocené podmínky života a subjektivní pohodu – to je emociální hodnocení podmínek vlastního života (frekvence pozitivních a negativních emocí) a ty nejsou objektem psychologického výzkumu (Džuka 2004).

Pocity štěstí, uspokojení atd. jsou subjektivní indikátory, které jsou zpravidla získané z kvantitativních výzkumů. Speciální dotazníky zjišťují dopad na každodenní život (např. osoby s postižením, nemocí,...). Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu se někdy označuje jako HRQOL (health-related quality of life). OSN zpracovává Human Development Index „HDI“ – Index lidského rozvoje. Právo na zdraví a zdravé životní prostředí je dokonce zakotveno v Chartě základních práv EU. V současné době se vývojem a překladem dotazníků kvality života ve vztahu ke zdraví zabývá např. MAPI Research Institute, mezinárodní výzkumný ústav, který sídlí ve Francii a poskytuje mimo jiné služby databázi PROQOLID¹, kde je možné získat informace o více než 520 dotaznicích kvality života.

Vnitřní rozměry člověka – kvality lidského života a jejich hodnotové zacílení ke světu a k sobě samému volně podle Karla Balcara.

¹ <http://www.proqolid.org/>

Na následujícím obrázku jsou popsány tři vnitřní rozměry člověka.



Obr. 5 Vnitřní rozměry člověka

Zdroj: vlastní zpracování

Duchovní smysl je účinné uplatňování vůle a svědomí, kde dominuje uplatňování odvahy při volbě a uskutečňování hodnot ve světě.

Duševní štěstí znamená radost ze života a úspěšnost vněm, kde dominuje prosazování převahy vlastních záměrů vůči prostředí.

Tělesné zdraví je soulad a výkonnost tělesných funkcí, kde dominuje docilování rovnováhy mezi nároky a výkony tělesných funkcí.

Modely popisující kvalitu života

První z nich je model kvality života (v originále Strategic Plan for Quality of Life Improvements in the Canadian Forces) a obsahuje pět základních domén (Review of Quality of Life Project Management. Chief Review Services, Canada, 2004.), jak je znázorněno na následujícím obrázku.



Obr. 6 Model kvality života I.

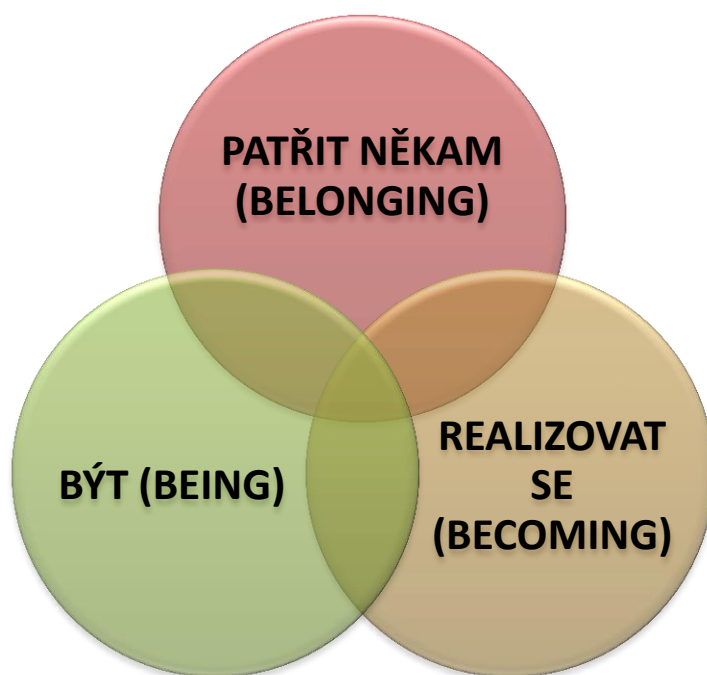
Zdroj: Strategic Plan for Quality of Life Improvements in the Canadian Forces

Dalším modelem je model kvality života, který se zaměřuje na jeho komplexnost. Obsahuje tři základní úrovně (Kováč, 2004, s. 13):

- bazální (všelidskou),
- individuálně specifickou (civilizační),
- elitní (kulturně duchovní).

Další pohled na kvalitu života je prezentován Světovou zdravotnickou organizací (WHO), která definuje kvalitu života následovně: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“.

Model kvality života byl publikován Centrem pro podporu zdraví na University of Toronto (Kanada) popisuje kvalitu života jako (Svobodová, 2007) vícerozměrný model, který vychází z holistického pojetí kvality života a zahrnuje tři základní domény a každá z těchto domén zahrnuje další tři dílčí domény. To popisuje následující obrázek a tabulka (Svobodová, 2007).



Obr. 7 Model kvality života II.

Zdroj: The quality of life model, University Toronto, Canada

Tento model dále jednotlivé domény dělí na následující subdomény:

BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘIT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Tab 1 Model kvality života

Zdroj: The quality of life model, University Toronto, Canada

http://www.utoronto.ca/qol/qol_model.htm

Další model popisující kvalitu života lze prezentovat (Veenhoven, 2000) čtyřpólní tabulku, která se na kvalitu života dívá jako na kombinaci subjektivního a objektivního pojetí kvality života a určitých předpokladů a dosažených výsledků jedince. Pak tedy vzniká následující tabulka:

	Vnější kvalita	Vnitřní kvalita
Životní šance	vhodnost prostředí	životaschopnost jedince
Životní výsledky	užitečnost života	hodnocení života

Tab. 1 Model čtyř kvalit života

Zdroj: Veenhoven, R.: The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. Journal of Happiness Studies, 1: 1-39

Jednotlivé kvadranty ve výše uvedené Tab. 1. lze rozvést následovně: do vhodnosti prostředí patří životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň. Mezi životaschopnost jedince patří psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví a způsobilost. O užitečnosti života spolurozhodují vyšší hodnoty než přežití nebo transcendentální koncepce. A vlastní hodnocení člověka zahrnují mimojiné subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí a pocit smysluplnosti.

3.4. Výzkumy kvality a smyslu života u seniorů

Podle článku v časopise The International Journal of Aging and Human Development se ve světě zabývá výzkumem kvality a smyslu života mnoho výzkumných týmů. Prem S. Fry (2001) z Trinity Western University provedla výzkum u tří set třicet jedna seniorů, jehož cílem bylo zjistit vnímání kvality života. V dotazníku senioři vyjadřovali své priority, preference, touhy a obavy o svůj současný a budoucí smysl života a jeho kvalitu. Odpovědi byly posuzovány za pomoci faktorové analýzy, která přinesla čtyři zjištění: 1) že respondenti požadují od budoucnosti zvláštní záruky, 2) dále fakta o očekávání respondentů pro budoucí kvalitu života; 3) obavy a úzkosti dotazovaných 4) a vnější faktory, které představují hrozbu pro kvalitu jejich života. Tyto faktory představovaly 15 procent, 12 %, 9,2%, a 7,1 % z celkového rozptylu. Dále proběhly rozhovory s 37 seniory a získané údaje byly analyzovány pomocí kvalitativního přístupu. Výsledky obou kvalitativních a kvantitativních komponentů studií ukázaly, že většina respondentů mají jasné požadavky na autonomii, nezávislost v rozhodování, kontrolu nad svým životem a to včetně rozhodnutí o ukončení svého života. Je to přímo v rozporu s tradičním názorem a předpokladem, že senioři jsou zranitelná, nesamostatná skupina a že se zhoršují podmínky kvality jejich samostatného života v pozdním věku. Výsledky získané na základě tohoto výzkumu jsou dále diskutovány z

hlediska budoucího výzkumu na kvalitu života seniorů v Kanadě. V další části této práce uvádím ještě další část kanadského výzkumu.

V časopise *The Journals of gerontology* byl zveřejněn článek (Mirowski, 1996) *Age, Subjective Life Expectancy, and the Sense of Control: The Horizon Hypothesis*, ve kterém jeho autor John Mirowsky, z The Ohio State University Columbus, který je v současné době hlavním řešitelem grantů studia stárnutí, zdraví v průběhu života, kreativity, smyslu života a vzdělávání. Mirowsky ve svém článku uvádí hypotézy ověřené vzorkem skoro dvou tisíc a dvaceti respondentů ve věku 18 a více let (934 osob ve věku 50 let a starší), že subjektivní pocit kvality života je propojen s pocitem kontroly nad svým životem a to z pohledu všech seniorů bez závislosti na rase, pohlaví, vzdělání, příjmu, vdovství, pracovní neschopnosti z důvodu zdravotního postižení, tělesného postižení nebo fyzické kondice.

Neal Krause z Ústavu gerontologie univerzity v Michiganu, USA se zaměřuje ve svých na životní spokojenost, stres a jeho zdroje a způsoby vyrovnání se s ním. Krause (2003) věří, že mezi prostředky, které pomáhají vyrovnat se se stresem v životě, patří podpůrné sociální vztahy a náboženství a právě že ty pomáhají seniorům dosáhnout subjektivní pohody ve stáří. Ve svém článku *Age and decline in role-specific feelings of control*, uvádí výsledky studie o důležitém subjektivním pocitu kontroly nad vlastním životem, který je vysoce ceněný zvláště v seniorském věku v sociálních rolích, které klesají v pozdním životě v závislosti na sociální podpoře. Vysledoval, že tento vztah má přímou úměru a že pocit kontroly nad životem je vlastní osobám do věku 75 let. Dále Krause (2004) publikoval v článku *Meaning in life and mortality* svůj další výzkum, který měl zjistit, zda má smysl života spojitost s úmrtností ve stáří. Prováděl výzkum se 1361 seniory, kde se jich ptal se jich na smysl života, úmrtnost, a zda dělají nějaké opatření. V celém šetření byla zohledňována účast na bohoslužbách a emocionální podpora. Výsledné teze popisují, že staří lidé se silným smyslem pro smysl života umírali méně často v průběhu šetření a těsném období po něm, než ti, kteří nemají ve svém životě podstatný smysl. Druhá vazba se ukázala v těsné návaznosti smyslu života se zdravím.

II. Praktická část

4. Cíl výzkumu

Náš výzkum usiloval o zasazení studijní aktivity do kontextu lidské existenciality. Jeho cílem bylo postihnout vzájemný vztah mezi institucionalizovaným studiem v seniorském věku a vnímáním smysluplnosti života. Konkrétně to znamenalo:

- zjistit, do jaké míry studium na Univerzitě třetího věku souvisí s vnímáním smysluplnosti života,
- zmapovat účastníky uvědomované přínosy studia na Univerzitě třetího věku k naplnění smyslu.

Z důvodu naplnění obou z uvedených cílů design výzkumu obsahoval dvě části.

1. část

Z metodologického hlediska se jednalo o kvantitativní přístup a část kvalitativní.

První část výzkumného šetření postihovala první z uvedených cílů a z metodologického hlediska byla uchopena kvantitativně.

- **Hypotéza č. 1:** Respondenti, kteří studují na Univerzitě třetího věku, budou vykazovat vyšší hodnoty v Existenciální škále.
- **Hypotéza č. 2:** Respondenti, kteří se institucionálně nevzdělávají, budou vykazovat nižší hodnoty v Existenciální škále.

2.část

Druhou část výzkumného šetření jsme pojali jako kvalitativní mapování zkušeností frekventantů Univerzity třetího věku (narativní analýza), přičemž jsme usilovali o naplnění druhého z uvedených cílů. Jako nástroj sběru dat jsme aplikovali polostandardizovaný rozhovor. V rámci rozhovoru jsme v zájmu dostatečného datového naplnění používali pouze otevřené otázky. Dotázaným byl nejdříve sdělen výzkumný cíl šetření a úvodní otázka byla formulována jako otázka „o něčem“ : „Co si o tom myslíte?“ apod. Rozhovor byl se souhlasem dotazovaných nahráván na diktafon a následně pořizena jeho doslovná deskripce. Psaný text byl vyhodnocován dle metodiky „Grounded theory“ (Švaříček, Šedřová), tzn. trojím způsobem kódován a dále byl restrukturalizován tak, aby byly vztahy mezi jednotlivými obsahovými kategoriemi dostatečně názorné a mohly být relačně formulovány.

5. Popis použitých metod

5.1. Existenciální škála a její vyhodnocení

„Existenciální škála“ (ESK) je plně standardizovaný sebeposuzovací dotazník, který měří tzv. „schopnost člověka k existenci“ (Balcar, 2001), postihuje subjektivní prožívání, vnímání, myšlení a úsudek vzhledem k tomu, jak dobře člověk své duchovní schopnosti uplatňuje.

ESK obsahuje celkem 46 položek s jednotně předepsanou šestibodovou stupnicí pro odpověď a sleduje čtyři základní komponenty smysluplného žití: **sebeodstup (SO)**, **sebepřesah (SP)**, **svobodu (SV)** a **odpovědnost (OD)**.

Sebeodstup (SO) vypovídá o tom, zda je jedinec schopen vytvořit si vnitřní odstup od sebe samého, zda dokáže vnímat okolní svět nezkresleně, správně vnímat situace a uvažovat o nich. Nedostatečný odstup zpravidla vychází z mentálního pohlčení konflikty, traumatickými zkušenostmi a spoutaností, což jedinci zkresluje reálné vnímání situací. Často se tito lidé nevyznají ani sami v sobě. Jedinci s příliš vysokým sebeodstupem zase mohou přehlížet své vlastní potřeby a zájmy a upřednostňují ostatní před sebou.

Sebepřesah (SP) měří citovou přístupnost a uvolněnost člověka pro emoční vztah k hodnotám. Nízké hodnoty znamenají emoční plachost a vztahovou chudost. Při vysokém skóru se jedinci dokáží vcítit do jiných a emočně se správně orientovat v situacích.

Svoboda (SV) představuje schopnost nacházet v běžném životě reálné možnosti jednání, vnímat možnosti volby, jasně usuzovat a svobodně se rozhodovat. Nízký skór znamená slabost a nejistotu v rozhodování, nerozhodnost pramenící ze strachu a nedostatku energie.

Vysoké hodnoty souvisí s averzí vůči omezování a vázanosti. Tito jedinci se vyhýbají závazkům a mohou se projevat panovačností, soužením a kritizováním druhých.

Odpovědnost (OD) vypovídá o schopnosti a ochotě odhodlat se a rozvážně se angažovat pro osobní úkoly a hodnoty s vědomím, že to, co člověk činí, je správné. Nízké hodnoty znamenají, že si jedinec život neplánuje a prožívá ho jako nezávislý na vlastní vůli. Nepřijímá odpovědnost za sebe, je pasivní. Jedinci s vysokými hodnotami důsledně přijímají odpovědnost a autenticky jednají.

První dvě uvedené komponenty (SO a SP) spolu tvoří faktor osobních předpokladů „Personalita“ (P), druhé dvě (SV a OD) postihují vztah k situačním jevům „Existencialita“ (E). Jednotlivé skóry vypovídají o tom, jak je příslušná osobní či

existenciální schopnost u člověka rozvinuta a jak ji dokáže uplatňovat. Pozn.: U bodového sycení P a E se však nejedná o pouhý součet komponent SO,SP, SV a OD.

Personalita (P) odpovídá stupni rozvoje osobní stránky člověka. Projevuje se otevřeností vůči světu a jasným vnímáním sebe. Nízký skór svědčí o přílišné uzavřenosti, což může být manifestováno jako zabývání se jen sám sebou nebo vývojovou nezralostí. Při vysokém skóre vystupuje do popředí zranitelnost, někdy až přecitlivělost.

Existencialita (E) je schopnost člověka angažovat se ve světě a rozhodovat se. Nízký skór značí nerozhodný a nezakotvený způsob života. Velmi vysoký skór odpovídá angažovanému životnímu stylu, při kterém si člověk za svým rozhodnutím stojí a ví, jak jednat.

Celkové skóre (CS) měří prožívání smysluplné osobní existence. Nízké hodnoty naznačují nenaplněnou existenci. V tom případě je jedinec spíše uzavřený, vázaný sám na sebe, je celkově utlumený, což může ústít až do závažné psychické poruchy.

Vysoké hodnoty značí existenční naplnění, při kterém je člověk otevřený světu, je přijímající, rozhodný, ochotný se angažovat a je si vědom svých povinností.

5.2. Testování hypotéz

Testování hypotéz je velmi užitečný nástroj pro ověření vyřčené hypotézy (Marek, 2007, s. 50). Pomocí těchto testů lze ověřovat jak hypotézy o předpokladu hodnoty parametru určitého rozdělní dat (parametrické testy), tak ověření hypotézy např. o předpokladu tvaru rozdělení (neparametrické testy). Postup testování hypotéz se skládá z následujících kroků:

- stanovení nulové hypotézy,
- stanovení alternativní hypotézy (dvoustranná, pravostranná, levostranná),
- stanovení oboru přijetí a/nebo kritického oboru,
- výpočet výpočtového kritéria (testovací statistiky),
- vyhodnocení/interpretace.

Nulová hypotéza je vyřčená domněnka, kterou je nutné ověřit a obvykle se značí H_0 . Proti nulové hypotéze se „postaví“ **alternativní hypotéza**, která popírá tvrzení formulované nulovou hypotézou a obvykle se značí H_1 . Pokud je postavena alternativní hypotéza na popření nulové hypotézy bez další specifikace, pak se jedná o oboustranný test. Ale pokud alternativní hypotéza je postavena tak, že jednostranně vymezuje obor hodnot specifikované nulovou hypotézou, pak se jedná o jednostranný test. Pokud alternativní hypotéza tvrdí, že hodnota parametru je větší, než hodnota daná nulovou hypotézou, jedná se o pravostrannou hypotézu, pokud alternativní hypotéza tvrdí, že hodnota parametru je menší, než hodnota daná

nulovou hypotézou jedná se o levostrannou hypotézu. Při testování hypotéz se pracuje samozřejmě s určitou chybou, protože se jedná o náhodný výběr hodnot pro stanovený test. Při testování hypotéz mohou nastat následující situace:

- zamítnutí pravdivé hypotézy – chyba prvního druhu α ,
- přijetí nepravdivé hypotézy – chyba druhého druhu β .

Možné situace jsou zanalyzovány v následující tabulce:

Předpoklad \ Skutečnost	H_0 je pravdivá	H_1 je nepravdivá
	Nezamítá se	Správné rozhodnutí $(1 - \alpha)$
Zamítá se	Chyba prvního druhu	Správné rozhodnutí $(1 - \beta)$

Tab. 2 Pravděpodobnosti zamítnutí a nezamítnutí nulové hypotézy

Pro praktické použití se pracuje s chybou prvního druhu, která se stanovuje na počátku testování dané situace – jedná se o chybu, kterou je „ochoten“ analytik akceptovat, tzn., že se volí hladina významnosti.

Po stanovení alternativní hypotézy se vypočte **výpočtové kritérium** (testovací statistika), které charakterizuje hodnotu testu a stanoví se **obor přijetí** a/nebo **kritický obor**. Obor přijetí je stanovený interval hodnot, který svědčí ve prospěch nulové hypotézy H_0 , kdežto kritický obor je stanovený interval hodnot, který svědčí ve prospěch alternativní hypotézy H_1 . Hlavní rozdíl je v literatuře, podle které se testy provádí – někteří autoři definují obor přijetí, jiní zase kritický obor. Dále bude v textu používán kritický obor. Posledním krokem je **vyhodnocení** a interpretace výsledku, tzn. zamítnutí nebo nezamítnutí nulové hypotézy.

Test hypotézy o shodě dvou rozptylů

Účelem tohoto testu je ověřit, zda lze rozptyly dvou nezávislých výběrů, které mají normální rozdělení považovat za shodné na hladině významnosti α , za předpokladu, že náhodný výběr x_1, x_2, \dots, x_n pochází z normálního rozdělení $N(\mu_1; \sigma_1^2)$ a náhodný výběr y_1, y_2, \dots, y_m pochází také z normálního rozdělení $N(\mu_2; \sigma_2^2)$.

$$\begin{array}{ll}
H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2 & W = \left(-\infty; F_{\frac{\alpha}{2}}(n-1; m-1) \right) \\
& \cup \left(F_{1-\frac{\alpha}{2}}(n-1; m-1); +\infty \right) \\
H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2 & \\
H_1: \sigma_1^2 > \sigma_2^2 & W = (F_{1-\alpha}(n-1; m-1); +\infty) \\
H_1: \sigma_1^2 < \sigma_2^2 & W = (-\infty; F_{\alpha}(n-1; m-1))
\end{array}$$

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}$$

kde s_1^2 je výběrový rozptyl prvního souboru, s_2^2 je výběrový rozptyl druhého souboru a $F_{\nu}(n-1; m-1)$ je ν %-ní kvantil Fisherova rozdělení o $(n-1)$ a $(m-1)$ stupni volnosti.

Dvouvýběrový t-test při shodném rozptylu

Tento test testuje, zda lze rozdíl středních hodnot dvou nezávislých výběrů se shodným rozptylem považovat za hodnotu d na hladině významnosti α , za předpokladu, že náhodný výběr hodnot x_1, x_2, \dots, x_n z normálního rozdělení $N(\mu_1; \sigma^2)$ a náhodný výběr hodnot y_1, y_2, \dots, y_m z normálního rozdělení $N(\mu_2; \sigma^2)$.

$$H_0: \mu_1 - \mu_2 = d$$

$$H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq d \quad W = \left(-\infty; t_{\frac{\alpha}{2}}(n+m-2) \right) \cup \left(t_{1-\frac{\alpha}{2}}(n+m-2); +\infty \right)$$

$$H_1: \mu_1 - \mu_2 > d \quad W = (t_{1-\alpha}(n+m-2); +\infty)$$

$$H_1: \mu_1 - \mu_2 < d \quad W = (-\infty; t_{\alpha}(n+m-2))$$

$$T = \frac{\bar{x} - \bar{y} - d}{\sqrt{(n-1) * s_x^2 + (m-1) * s_y^2}} * \sqrt{\frac{n * m * (n + m + 2)}{n + m}}$$

kde \bar{x} je průměr prvního souboru, \bar{y} je průměr druhého souboru, s_x^2 je výběrový rozptyl prvního souboru, s_y^2 je výběrový rozptyl druhého souboru a $t_{\nu}(n-1)$ je ν %-ní kvantil studentova rozdělení s $(n-1)$ stupni volnosti.

Dvouvýběrový t-test při různých rozptylu

Tento test testuje, zda lze rozdíl středních hodnot dvou nezávislých výběrů s různým rozptylem považovat za hodnotu d na hladině významnosti α , za předpokladu, že náhodný výběr hodnot x_1, x_2, \dots, x_n z normálního rozdělení $N(\mu_1; \sigma_1^2)$ a náhodný výběr hodnot y_1, y_2, \dots, y_m z normálního rozdělení $N(\mu_2; \sigma_2^2)$.

$$H_0: \mu_1 - \mu_2 = d \qquad H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq d \qquad T = \frac{\bar{x} - \bar{y} - d}{\sqrt{\frac{s_x^2}{n} + \frac{s_y^2}{m}}}$$

dle Cochran - Cox

$$W = \left(-\infty; t_{\frac{\alpha}{2}}^*\right) \cup \left(t_{1-\frac{\alpha}{2}}^*; +\infty\right)$$

kde

$$t_v^* = \frac{\frac{s_x^2}{n} * t_v(n-1) + \frac{s_y^2}{m} * t_v(m-1)}{\frac{s_x^2}{n} + \frac{s_y^2}{m}}$$

kde \bar{x} je průměr prvního souboru, \bar{y} je průměr druhého souboru, s_x^2 je výběrový rozptyl prvního souboru, s_y^2 je výběrový rozptyl druhého souboru a $t_v(n-1)$ je v %-ní kvantil studentova rozdělení s $(n-1)$ stupni volnosti.

5.3. Sběr a analýza dat kvalitativní části

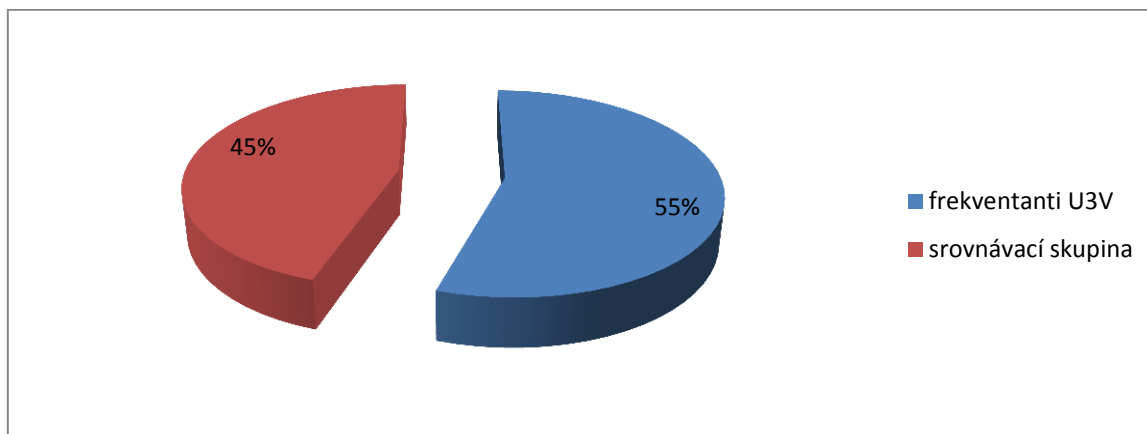
1. Jako metoda sběru dat byl použit standardizovaný nástroj „Existenciální škála“ (ESK), který přeložil a pro české podmínky upravil Karel Balcar (2001). Data byla vyhodnocována standardizovaným postupem dle manuálu metody. Výsledky jsme formulovali v podobě interpretací.
2. Druhou část výzkumného šetření jsme pojali jako kvalitativní mapování zkušeností frekventantů Univerzity třetího věku (narativní analýza), přičemž jsme usilovali o naplnění druhého z uvedených cílů. Jako nástroj sběru dat jsme aplikovali polostandardizovaný rozhovor. V rámci rozhovoru jsme v zájmu dostatečného datového naplnění používali pouze otevřené otázky. Dotázaným byl nejdříve sdělen výzkumný cíl šetření a úvodní otázka byla formulována jako otázka „o něčem“ : „Co si o tom myslíte?“ apod. Rozhovor byl se souhlasem dotazovaných nahráván na diktafon a následně

pořízena jeho doslovná deskripce. Psaný text byl vyhodnocován dle metodiky „Grounded theory“ (Švaříček, Šedřová), tzn. trojím způsobem kódován a dále byl restrukturalizován tak, aby byly vztahy mezi jednotlivými obsahovými kategoriemi dostatečně názorné a mohly být relačně formulovány.

Metoda „Grounded teory“ (zakotvená teorie) podle Strausse a Corbinové (1999), kterou řadíme mezi kvalitativní metody, bude použita na kvalitativní výzkum. Hlavní metodou tohoto výzkumu je otevřené, selektivní a axiální kódování. V otevřeném kódování podle Strausse a Corbinové (1999, str. 42) „je proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání a kategorizace údajů“, v podstatě jde o třídění údajů a z nich se vytvoří kategorie, které mají název podle konkrétních jevů z dat a jsou zobecněné do pojmů. Axiální kódování podle Strausse a Corbinové (1999, str. 84) je „deduktivní proces, kdy se subkategorie zařazují k nějaké kategorii“. Postup použití metody je následující: neustálé pročitání jednotlivých rozhovorů s cílem objevit údaje, které jsou překvapivé nebo inovativní a vyřadit nesoucivější data. Potom se rozhovory přečtou znovu a označují se pasáže podobného významu a určí se ke kategoriím. Třetí kolo čtení rozhovorů znovu porovnává údaje a vyhledává další pojmy a kategorie.

6. Charakteristika vzorku respondentů

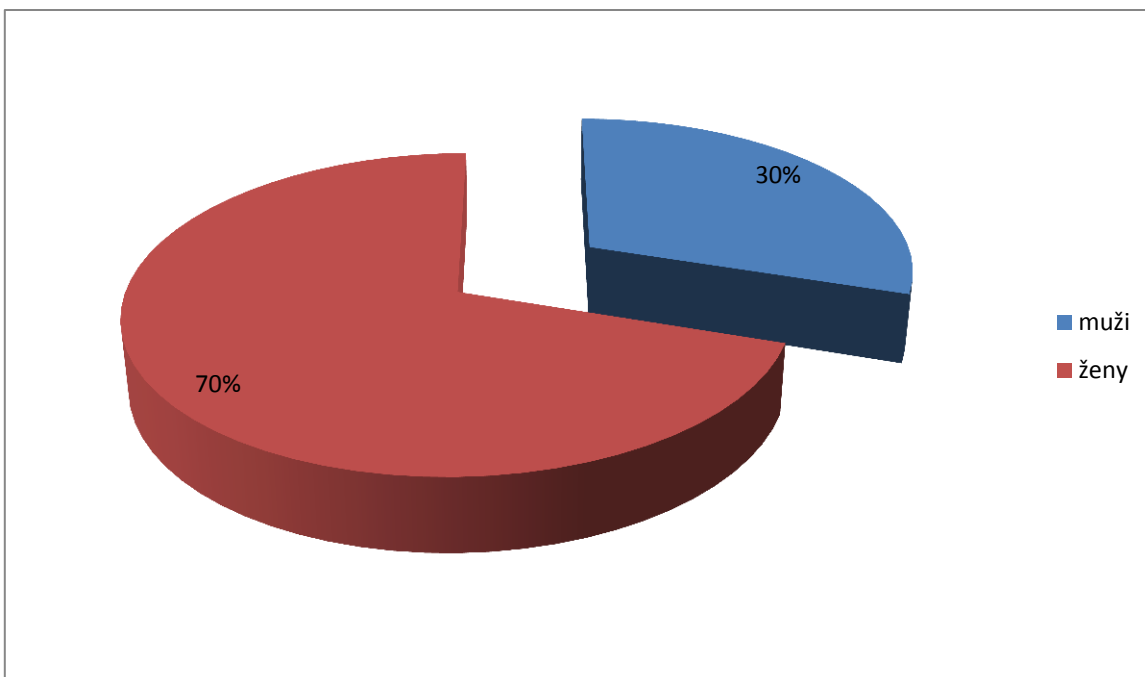
Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 102 frekventantů Univerzity třetího věku, kteří tvořili experimentální skupinu. Do kontrolní skupiny bylo zařazeno 83 jedinců obdobné věkové kategorie, kteří se žádnému institucionálnímu vzdělávání nevěnují. Vzájemný podíl obou skupin znázorňuje následující graf. Obě skupiny budeme ještě blíže charakterizovat dle pohlaví, věku a ekonomické produktivity.



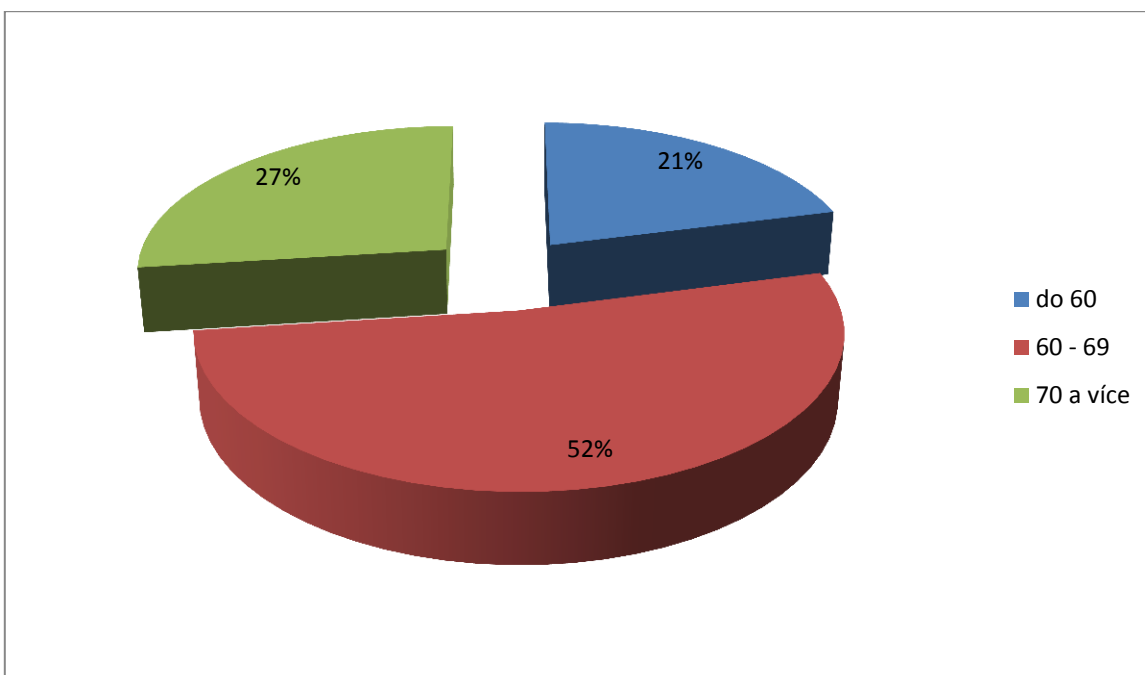
Graf 5 Charakteristika vzorku respondentu

Charakteristika experimentální skupiny

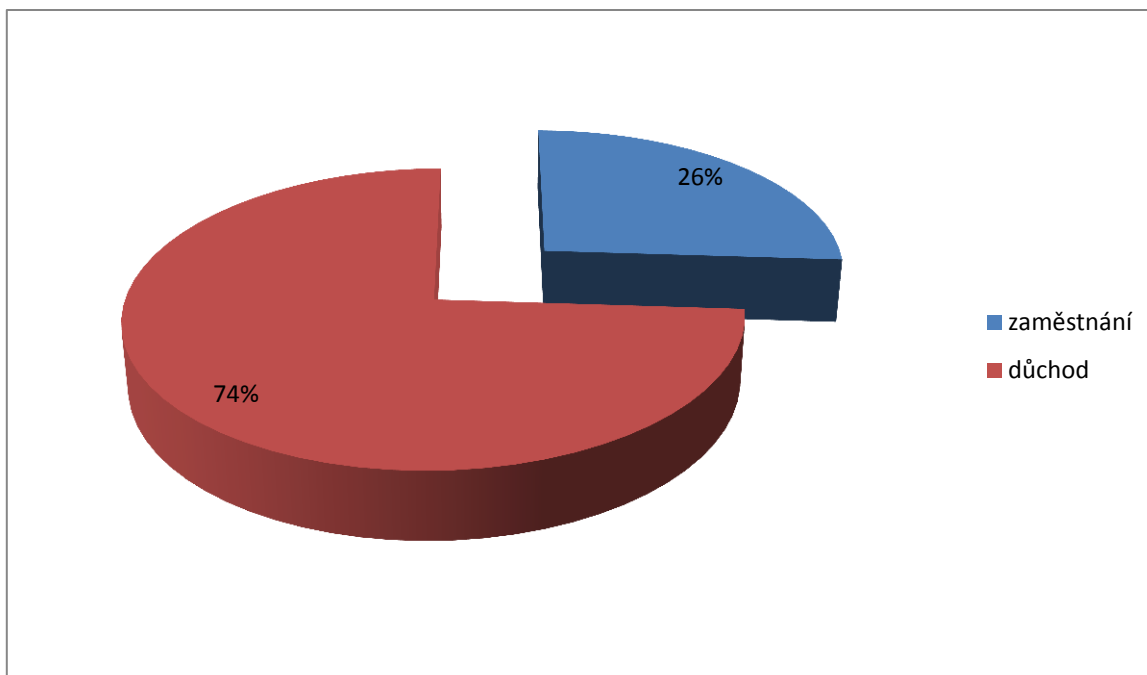
V experimentální skupině se nacházelo 31 mužů a 71 žen. 21 osob bylo ve věku do 60 let, kategorii 60-69 let naplnilo 53 osob a 28 bylo 70 či více let. 27 jedinců dosud pracuje v zaměstnaneckém poměru, 75 dotázaných je v důchodu. Do kategorie „důchod“ řadíme jak důchody starobní tak invalidní.



Graf 6 Podílové rozložení pohlaví v experimentální skupině



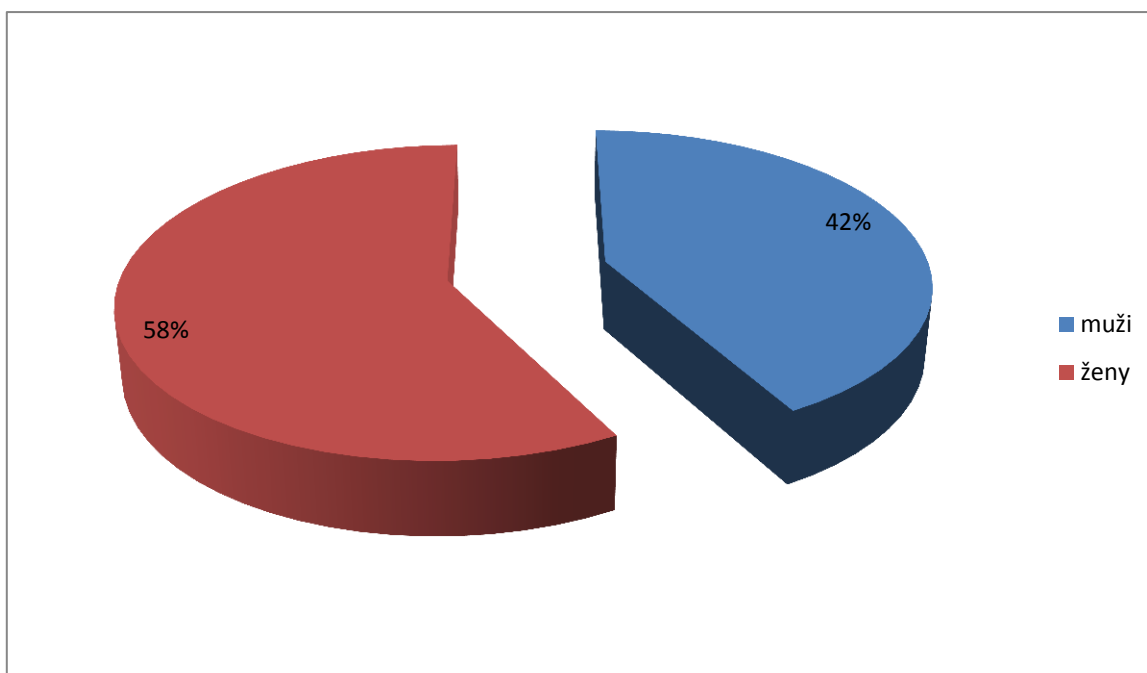
Graf 7 Podílové rozložení věku v experimentální skupině



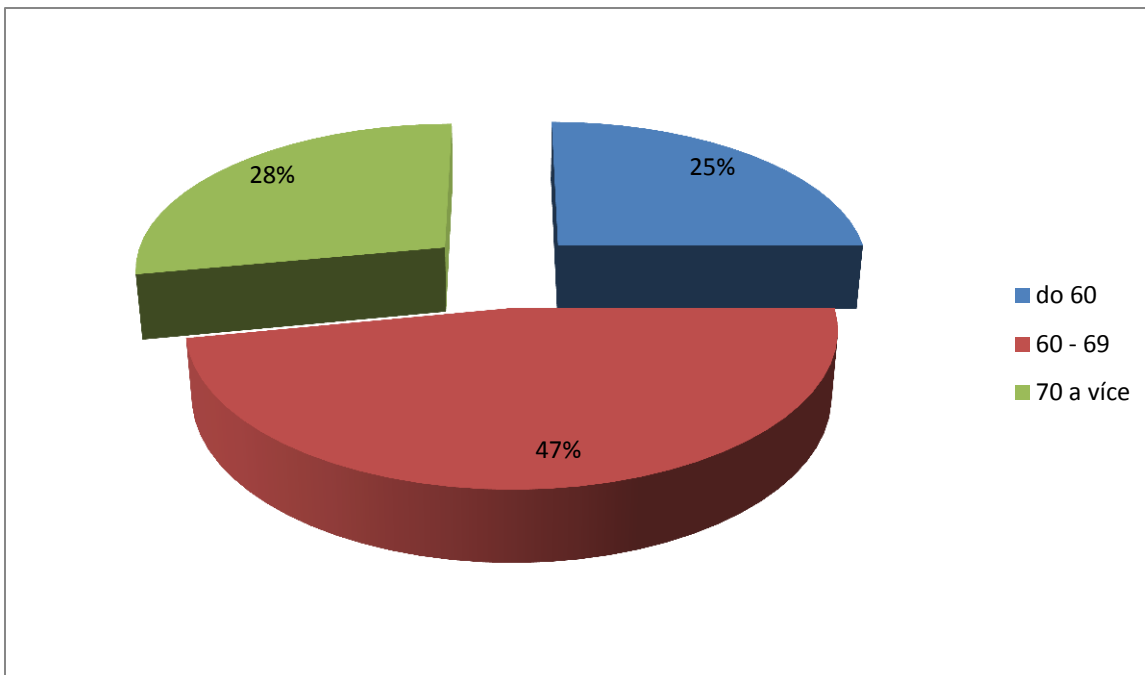
Graf 8 Podílové rozložení dle ekonomické produktivity v experimentální skupině

Charakteristika srovnávací (kontrolní) skupiny

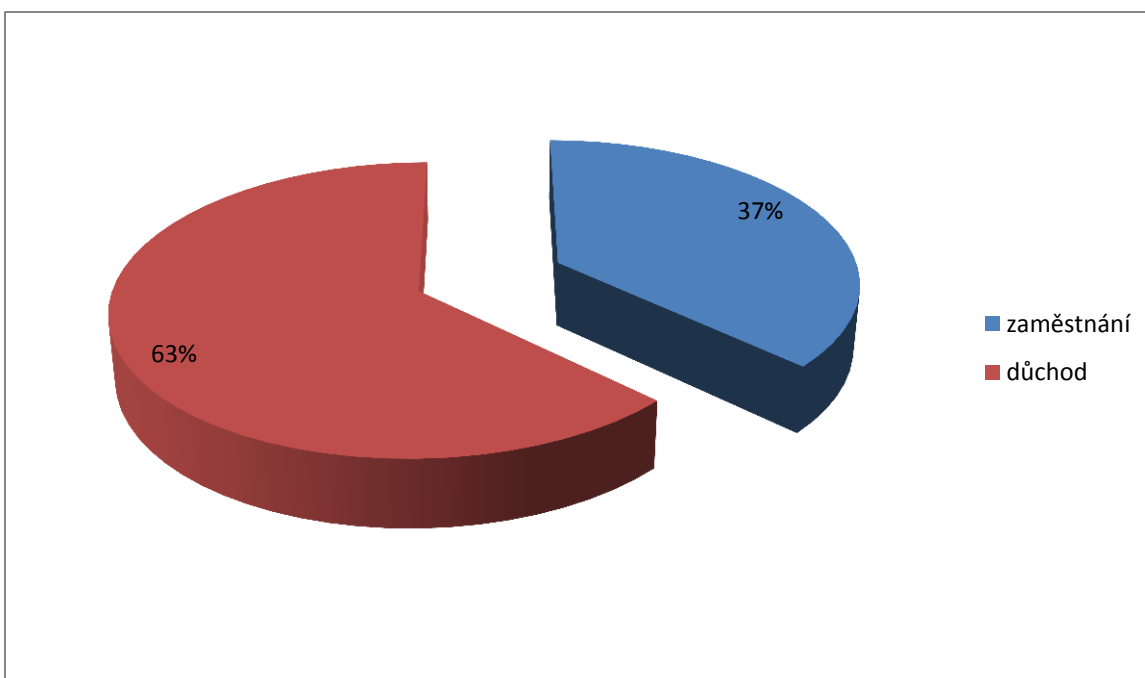
Kontrolní skupinu tvořilo 35 mužů a 48 žen. 21 osob bylo ve věku do 60 let, 39 osob se věkově pohybovalo v rozmezí 60-69 let a 23 jedincům bylo 70 či více let. 31 respondentů pracuje v zaměstnaneckém poměru a 52 oslovených pobírá buď starobní, nebo invalidní důchod.



Graf 9 Podílové rozložení pohlaví ve srovnávací skupině



Graf 10 Podílové rozložení věku ve srovnávací skupině



Graf 11 Podílové rozložení dle ekonomické produktivity ve srovnávací skupině

Respondenti, se kterými byl proveden rozhovor

Celkem byly realizovány rozhovory s 8 frekventanty U3V. Dále již byla tato fáze sběru dat ukončena, neboť rozhovory již nepřinášely nová data (Miovský, 2006). Vzorek však byl cíleně volen. Jednalo se o 5 žen a 3 muže, 6 z nich bylo ve věku 60-69 let, 2 ve věku 70 a více let. Všichni dotázaní již pobírali starobní důchod a nikde nepracovali.

7. Výsledky šetření

7.1. Výsledky ESK

Následující graf znázorňuje rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v jednotlivých komponentách ESK. Číselné hodnoty uvádějí vážené průměry za skupinu, neboť rozptyl výpovědí to umožňuje a vážené průměry jsou téměř totožné s mediány.



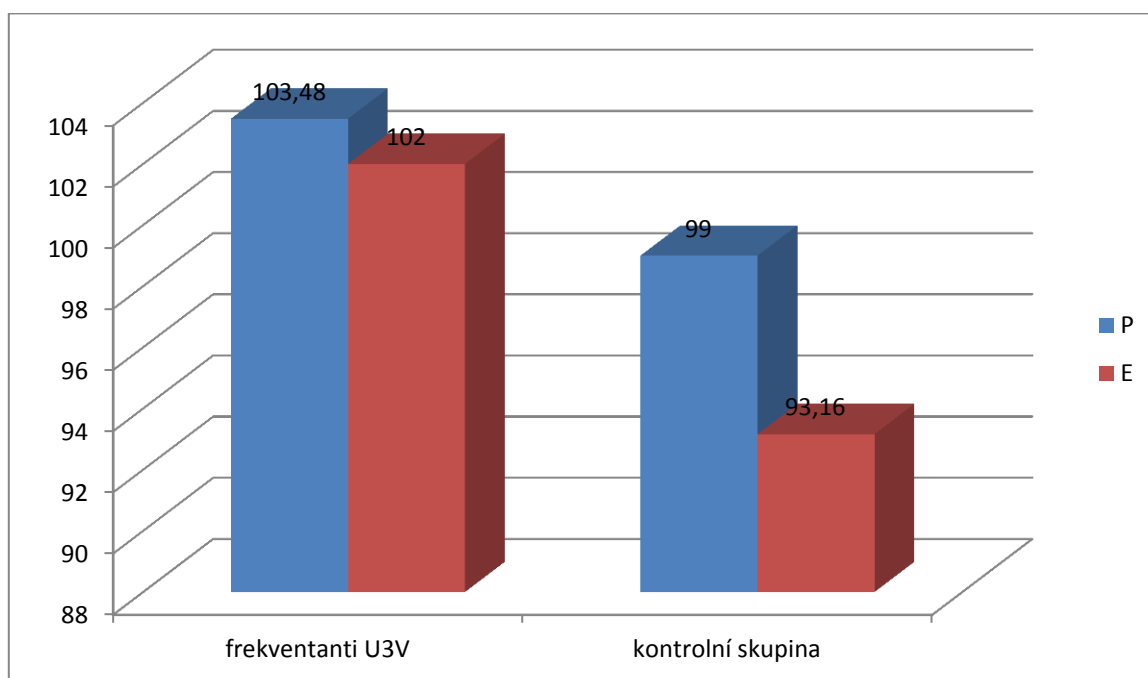
Graf 12 Rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v komponentách ESK

Z grafu je patrné, že mírné rozdíly mezi oběma skupinami jsou patrné i na úrovni dílčích komponent. Nejedná se však vždy o shodnou polaritu. Zatímco škály SP (Sebepřesah) a OD (odpovědnost) vypovídají ve prospěch experimentální skupiny, ve škálách SO (sebeodstup) a SV (svoboda) shledáváme mírný přesah skupiny kontrolní. Detailnějším pohledem na velikost rozdílů však zjišťujeme odlišnou intenzitu sycení. U kontrolní skupiny se u faktoru SO jedná o 0,83 bodové zvýšení oproti skupině experimentální a rozdíl u faktor SV je 2,18. Celkem hovoříme o 3 bodovém rozdílu váženého průměru ve prospěch skupiny kontrolní. Výsledky u experimentální skupiny identifikovaly celkem téměř deseti bodový pozitivní rozdíl váženého průměru ve vztahu ke skupině kontrolní, a to u škály SP (5,34) a u OD (4,51).

Jedinci, kteří se institucionálně nevzdělávají, vykazují téměř nezatelný přesah schopnosti nezkresleného vnímání situací a mírně zvýšenou schopnost identifikace reálných možností.

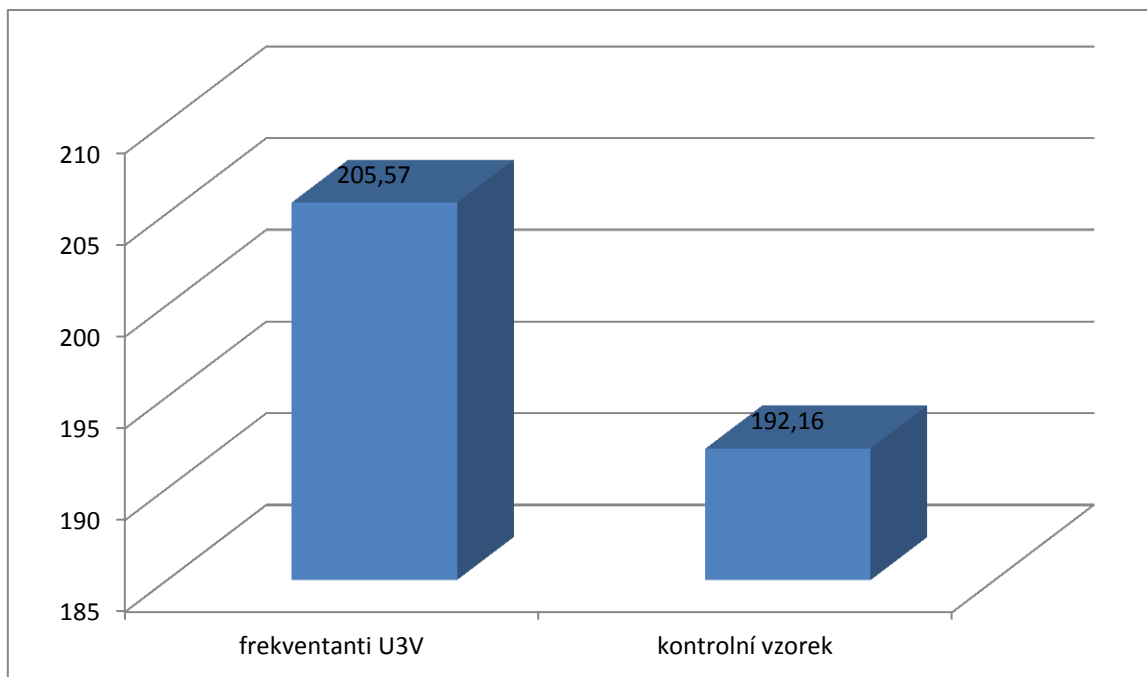
U osob studujících Univerzitu třetího věku se naopak setkáváme s výrazně vyšší schopností citové přístupnosti a uvolněnosti pro emoční vztah k hodnotám spolu s ochotou odhodlat se a angažovat se.

Jinými slovy narážíme na kvalitativně nesrovnatelné rozhodovací vstupy. Ti, kteří především realisticky vyhodnocují, že Univerzita třetího věku má v systému vzdělávání specifické postavení, tzn., že nevede ke kvalifikačnímu růstu, že vzhledem ke svému věku pravděpodobně nebudou ani moci nabyté vědomosti a dovednosti profesně či jinak uplatňovat a že už i „to učení asi tak lehce nepůjde“, ti nestudují. Vedle nich však stojí jedinci, pro které je samotné vědění hodnotou a proto jsou ochotni tuto hodnotu naplňovat a něco pro ni dělat, třeba na Univerzitě třetího věku. Pohled na dimenzionální rozdíly ESK nám umožní výsledky vnímat ještě plastičtěji.



Graf 13 Rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v dimenzích ESK

Graf jednoznačně ukazuje, že v obou dimenzích ESK, tzn. P (personalita) a E (existencialita) je na tom experimentální skupina lépe. U frekvenciantů U3V se setkáváme s vyšším stupněm rozvoje osobní stránky jedince (o 4,48 bodu váženého průměru), s čímž vzdělávání jistě souvisí. Jako klíčová se však jeví vysoce přesahující schopnost se angažovat a rozhodovat. Tito jedinci jsou otevřenější vůči světu, dobře se rozhodují, ví, jak jednat a za svým rozhodnutím si stojí. Oproti srovnávané skupině jsou podstatně aktivnější.



Graf 14 Celkové rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v ESK

Grafická podoba celkového skóre znázorňuje více než třinácti bodový rozdíl váženého průměru mezi frekventanty U3V a kontrolní skupinou. U jedinců studujících U3V tím byly jednoznačně prokázány vyšší tendence ke smysluplnějšímu prožívání existence a došlo tím k potvrzení obou našich hypotéz. Otázkou ovšem zůstává, zda ti, kteří se systematicky věnují vzdělávání, to dělají proto, že tím pokračují ve svém způsobu naplňování smyslu, či zda přímo studium ke vnímání smysluplnosti vede. Odpověď na tuto otázku se pokusíme nalézt v následující kvalitativní sondě.

Jako další zajímavé interpretace výsledků lze shrnout do následujících bodů:

- Co se týká dimenzí ESK nejvýraznější ukazatele jsou shledávány u žen, kdy studium jednoznačně přispívá. U studujících je výrazně vyšší sebepřesah (SP) tzn. empatie, emocionální inteligence. Více ukazují grafy 29,30 v příloze.
- Rozdíl mezi muži a ženami je spatřován především v tom, že muži studující na U3V mají výrazně vyšší faktor P oproti kontrolní skupině a studující ženy mají vyšší faktor (E) existencialitu. Více ukazují grafy 41,42 v příloze.
- Další dílčí ukazatele dané věkem, ekonomickou produktivitou nejsou markantní.

7.2. Testování hypotéz

Na základě prvotních úvah bylo aplikováno ještě testování hypotéz. Základní (nebo nulová) hypotéza je zda můžeme považovat střední hodnoty jednotlivých naměřených parametrů považovat za stejné při akceptovatelné chybě $\alpha = 0,05$ (tj. při pětiprocentní chybě).

Účelem tohoto testování je případně zamítnout již popsané úvahy z předchozí podkapitoly. Celé testování hypotéz je založeno na dvouvýběrovém t – testu, který má dvě modifikace – při shodném rozptylu a při různém rozptylu, tzn., že nejdříve musel být použit test o shodě dvou rozptylů, který předurčil další směřování výpočtu.

Při testování hypotéz je použit **dvouvýběrový t - test při shodném nebo různém rozptylu** (v následující tabulce ve sloupci test je označeno číslem 1 použití Dvouvýběrového t - testu při shodném rozptylu a číslem 2 je označeno použitý Dvouvýběrového t – testu při různém rozptylu), tzn., že nejdříve je nutné soubory dat testovat na shodnost rozptylů dvou souborů dat pomocí testu **hypotézy o shodě dvou rozptylů**. Jeden soubor byla data **frekventantů studia U3V** a druhý soubor byla **kontrolní skupina**.

Výsledky testování je představeno v následující tabulce:

	μ_1	μ_2	s_x^2	s_y^2	test	T	výsledek
CS	205,57	192,16	566,2851	923,6944	2	3,28	podstatná změna
P	103,48	99	108,8096	155,84	1	2,7	podstatná změna
E	102	93,16	250,3019	443,2544	2	3,16	podstatná změna
SO	34,83	35,66	24,2411	34,0244	1	-1,06	nepodstatná změna
SP	68,65	63,34	55,4475	72,7844	1	4,6	podstatná změna
SV	47,32	50	47,7776	97,89	2	-2,09	podstatná změna
OD	54,77	50,26	96,2571	140,7524	1	2,87	podstatná změna

Tab. 3 Výsledky

Zdroj: vlastní zpracování

Ostatní hodnoty měly stejnou hodnotu:

$$d = 0$$

$m = 102$

$n = 83$

$\alpha = 0,05$

Jak je vidět z předešlé tabulky tak dvouvýběrový t – test při shodném rozptylu byl použit v případě testování P, SO, SP a OD a dvouvýběrový t – test při různém rozptylu byl použit v případě CS, E a SV.

7.3. Výsledky kvalitativní části

Již samotná realizace rozhovorů poukázala na zajímavé zjištění. Dotázaní velice rychle své výpovědi stočili na výčet aktivit a činností, které provozují. Z jejich neverbálních projevů a paralingvistických charakteristik bylo zřejmé, že se chtějí „pochlubit“.

Z otevřeného kódování v rámci „Grounded theory“ bylo vygenerováno 9 obsahů, o kterých senioři vypovídali. V zájmu postižení autenticity jsme zachovali příklady výpovědí v původních formulacích.

Zisky U3V

O tom, jaké zisky studium na U3V frekventantům přináší, účastníci vypovídali ve čtyřech rovinách: kognitivní, emocionální, sociální a uvědomované racionální. Kognitivní: „prohloubily se mé znalosti“, přesah do života „vědomosti mi pomohly v životě“... poznává historii“... Emocionální: „studuji ráda“... „bavíme se“... „obohacuje svojí krásou“....

Sociální: „prostor pro setkávání s přáteli“... „vzájemně si pomáháme“, „komunikujeme“....

Racionální: „oddálí stárnutí“.... „výborné procvičování paměti“... „možnost vyzkoušet si své schopnosti“...

Podmínky zisků

Podmínky zisků účastníci členili na psychologické podmínky ze strany okolí a vnitřní (osobnostní). Sociální zázemí: „silným lanem je moje rodina“ Moje osobnost: „moje prvotní vědomosti“...„potřebovala jsem psychickou podporu“ „mám motivaci“

Hodnoty

Senioři poukazovali na funkci hodnotové orientace:....“záleží na životních postojích a prioritách“..... „mám lásku“ „mám ráda hudbu a divadlo“

„věřím, že to dokážu“

Postoje ke stáří

V této kategorii jsme se setkali pouze s pozitivní polaritou a dotázaní tuto životní etapu vnímají jako výzvu, jako vývojový úkol: „odchodem do důchodu život nekončí „..... „je třeba být aktivní“ „postavit se nemocem““prožít aktivní stáří“

Dřívější chování a činnosti

Dotázaní vypovídali o aktivitách a činnostech, které dříve prováděli: „nikdy jsem nestála stranou různých činností“ „podílela jsem se na kulturním životě“ „moje nečinnost netrvala dlouho“

Přechod do důchodu

V této kategorii byla popisovány změny při vstupu do důchodu, a to buď jako charakteristika dřívějších limitů: „neměla možnost poznat v době, kdy jsem byla mladší“ nebo prožívání tohoto období: „nedokázala jsem se vyrovnat se změnami“ ... „důchodu jsem se obávala“ „postrádala jsem každodenní kontakt s lidmi“ „obávala jsem se izolace.“

Popis současného stavu

Zde se vyjadřovali buď obecně k životním podmínkám nebo ke svému zdravotnímu stavu.

Životní podmínky: „žiju na vesnici“ „narůstající volný čas“

Zdravotní stav: „objevily se zdravotní problémy“ „zdravotní problémy“ „páteř“

Dnešní chování a činnosti

Do této kategorie spadá vše, co v dnešní době senioři dělají, čemu se věnují: „pečuji o zahradu“ ... „chodím na cvičení“ „mám denní plány“ ... „starám se o 90tiletou maminku“ „cvičím jógu“ ... „procházky“ „plavu v moři“ „pečuji o sebe“

Rozhodnutí

Tuto oblast naplňují všechna vyjádřená rozhodnutí, tzn. všechny výpovědi, které začínaly „Chci“, či zástupnými pojmy „muset“ a „mělo by se“.: „musím najít nějaké zájmy“ „rozhodla jsem se pro studium na U3V“ ... „chci se dožít důstojného stáří“ „musím posílit zdraví a pohybové aktivity“ „měl by se připravovat“ „chci být soběstačná“ ... „chci vyplnit aktivitou“ „udělám pro to všechno“

Interpretace

V rámci axiálního a selektivního kódování se jako klíčová oblast jevila „rozhodnutí“. Druhou frekventovanou kategorií byl „postoj ke stáří“, myšleno postoj k vlastnímu stáří.

Situačními vstupy vztahových řetězců byly dřívější chování a přechod do důchodu. V každé linii se však na nějaké významové pozici kvalitativního paradigma objevilo „rozhodnutí“. Ať již se jednalo o rozhodnutí ke změně postoje ke stáří, rozhodnutí ke korekci hodnot, či nejčastěji uváděné rozhodnutí k činnosti. Teprve poté následovaly popis současného stavu, zisky U3V. Podmínky těchto zisků se v celém kontextu nejeví jako klíčové.

Jak jsme již výše naznačili, dotázaní vnímají své stáří jako výzvu, jako nové možnosti. Rozhodli se, si i tuto část života užít. Zároveň ale přijali odpovědnost za toto své rozhodnutí, kterou naplňují péčí o své fyzické i psychické zdraví. Odpovědnost se také u nich v rámci existenciální škály projevila jako nejvíce dominující oblast. Dotazovaní totiž nečekají, zda se budou cítit dobře, či nikoli, zda je něco bude nebo nebude naplňovat. Oni se ke smyslu rozhodli a tím přijali osobní odpovědnost za smysluplnost své existence.

Závěr

Tématem diplomové práce je Chápání smyslu života u seniorů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bylo nejprve analyzováno sénium, dále sociální a psychologické aspekty sénia. Zvláštní kapitola je věnována seniorům a popisu současné seniorské populace.

Problematicke adaptace na stáří byla věnována celá subkapitola 1.3. Za klíčový prvek je v tomto ohledu považována změna sociálního statusu a podmínek života seniora, což ústí v emocionální ekvivalenty.

V souladu se záměry diplomové práce je nejrozsáhlejší část věnována smysluplnosti života seniorů. V této kapitole bylo na smysl života pohlíženo z filozofického a psychologického hlediska a vnímání smysluplnosti je chápáno jako předpoklad kvality života seniorů.

Uvedená stať je doplněná o aktuální výzkumné záměry zabývající se touto problematikou.

Praktická část je koncipována jako kvalitativní a kvantitativní šetření. Osloveno bylo celkem 102 seniorů studujících na Univerzitě třetího věku Západočeské univerzity v Plzni a kontrolní skupinu tvořilo 83 osob, které se nevzdělávají.

Metodologie obsahovala psychometrické šetření prostřednictvím ESK (škály) a výsledky byly popisně i statisticky zpracovávány. Sběr dat kvalitativní části byl realizován prostřednictvím individuálně vedených polo standardizovaných rozhovorů a ty následovně analyzovány prostřednictvím „Grounded theory“ metodiky.

V rámci našeho výzkumného šetření se potvrdilo, že frekventanti Univerzity třetího věku vnímají vlastní existenci jako smysluplnější. Jako původce tohoto stavu však nelze považovat přímo studium. To samotné smysluplnost života neutváří ani nemá výraznou funkci v hledání smyslu. Jeho úloha je spíše naplňující. Senioři totiž studium na U3V již předem vnímají jako jednu ze smysluplných činností. Vstupují na ni s mnohými očekáváními kognitivního i emocionálního charakteru a na realizátorech U3V je jejich potvrzování, tzn. se těmto očekáváním přizpůsobovat a nezklamat je.

Uvedené výstupy jsou jednoznačně konsonantní s výsledky výzkumu Prema S. Frye, z Trinity Western University ve kterých se také jako klíčové projevíly nezávislost v rozhodování a kontrola nad vlastním životem.

Výzkum Johna Mirowskeho z The Ohio State University Columbus na toto tvrzení navazuje tím, že subjektivní pocit kvality života je velice propojen s pocitem kontroly nad vlastním životem. Neal Krause z Ústavu gerontologie univerzity v Michiganu, USA zjistil, že tento subjektivní pocit kontroly nad vlastním životem je ceněný zvláště v seniorském věku.

Z uvedených závěrů vyplývají následující doporučení: Sociální a zdravotní pracovníky by měli usilovat o maximální aktivizaci seniorů, motivačním způsobem jim nabízet škálu různých činností a neustále jim objasňovat, že pocity smysluplnosti a naplnění vycházejí až z realizované aktivity. Všichni vyučující na Univerzitě třetího věku by se měli seznámit s různými rovinami očekávání, která senioři od studia mají, aby je mohli lépe naplňovat.

Jako námět na další výzkumný záměr se nabízí identifikace osobnostního potenciálu ke smysluplnosti ve stáří na základě longitudinální osobnostní analýzy. Z metodologického hlediska by bylo vhodné stávající mapování smysluplnosti podpořit ještě dalšími psychometrickými nástroji, jako jsou např. Test životních cílů, LOGO Test, Profil postojů k životu, Profil zdrojů smysluplnosti života a podobně. (Křivohlavý, 2006).

Resumé

Tématem diplomové práce je chápání smyslu života u seniorů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bylo nejprve analyzováno sénium a sociální a psychologické aspekty sénia. Další důležitá část práce je problematika adaptace člověka na stáří a za klíčový prvek je v tomto ohledu považována změna sociálního statusu a podmínek života seniora. Nejrozsáhlejší část práce je věnována smysluplnosti života seniorů. Na smysl života je pohlíženo z filozofického a psychologického hlediska a vnímání smysluplnosti je chápáno jako předpoklad kvality života seniorů. V této části práci jsou také zahrnuty aktuální zahraniční výzkumy na téma smysl života u seniorů a subjektivní pocit kontroly nad vlastním životem.

Praktická část je koncipována jako kvalitativní a kvantitativní šetření, kde byli osloveni studující na Univerzitě třetího věku Západočeské univerzity v Plzni, a kontrolní skupinu tvořili senioři, kteří se nevzdělávají v žádné instituci. Metodologie obsahuje psychometrické šetření prostřednictvím ESK (škály) a výsledky byly popisně i statisticky zpracovávány. Sběr dat kvalitativní části byl realizován prostřednictvím individuálně vedených polo standardizovaných rozhovorů a ty následovně analyzovány prostřednictvím „Grounded theory“ metodiky.

Resumé

The topic of this dissertation is the way senior citizens perceive and understand the meaning of life. The dissertation is divided into a theoretical and a practical part. Firstly, the theoretical part analyses the senium and the sociological and psychological aspects of it. Another important part of the dissertation focuses on the issue of a person's adaptation to senescence. The key aspect in this respect is considered the change of the social status as well as the life conditions of a senior citizen. The most extensive part of the dissertation is concerned with the meaningfulness of life of senior citizens. The meaningfulness of life is regarded from a philosophical and psychological perspective, and the perception of the meaningfulness of life is considered to be a prerequisite for the quality of life of senior citizens. This part of the dissertation also includes current international research in the field of meaningfulness of life for senior citizens as well as the subjective feeling of control over one's own life.

The practical part is built upon qualitative and quantitative research among the students at the University of the Third Age at the University of West Bohemia in Pilsen, and the control group consisted of senior citizens who do not attend any educational institution. The methodology includes psychometric testing through the medium of the ESK (scale), and the results were descriptively as well as statistically processed. The data collection for the qualitative part of the research was carried out through the medium of individual semi-standardised interviews, which were subsequently analysed by the "Grounded theory" method.

Použitá literatura

Encyklopedie Bible. Vyd. 1. Editor Matthias Stubhann, Michael Ernst, Friedrich V Reiterer, Wolfgang Beilner. Překlad Růžena Dostálová. Bratislava: Gemini, 1992, 351 s. ISBN 80852653111.

The quality of life model [online]. 2010 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: http://www.utoronto.ca/qol/qol_model.htm

ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. Praha: panorama, 1989

BALCAR, K. (2001). ESK-Existenciální škála, Praha: Test centrum.

CAMUS, Albert. *Člověk revoltující*. Vyd. 1. Překlad Kateřina Lukešová. Praha: Český spisovatel, 1995, 303 s. Orientace (Československý spisovatel, Český spisovatel), sv. 17. ISBN 80-202-0584-5.

CAMUS, Albert. *Mýtus o Sisyfovi*. Vyd. 2. Překlad Dagmar Steinová. Praha: Garamond, 2006, 148 s. Francouzská knihovna. ISBN 80-869-5508-7.

CAMUS, Albert. *Šťastná smrt*. Vyd. 1. Překlad Ladislav Šerý. Praha: Garamond, 2006, 141 s. Francouzská knihovna. ISBN 80-869-5514-1.

DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 2. opr. vyd. Praha: Portál, 1997, 175 s. ISBN 80-717-8251-3.

DŽUKA, J. (ed.). 2004. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, ISBN 80-8068-282-8.

FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Vyd. 1. Překlad Z Trlík. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994, 88 s. Psychoterapie (Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek), sv. 5. ISBN 80-901-6014-X.

FRANKL, Viktor E. a [z německého originálu přeložili Lea a Josef ŠVANCAROVÍ]. *Co v mých knihách není: autobiografie*. Brno: Cesta, 1997. ISBN 978-808-5319-668.

FREUD, S. (1993). Konečná a nekonečná analýza. In Freud, S., Vybrané spisy II-III (431–451). Praha: Avicenum a Universe.

FROMM, Erich. *Lidské srdce*. Praha: Nakladatelství Josefa Šimona, Simon and Simon Publishers, 1996, 177 s. Český klub. ISBN 80-856-3728-6.

- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ Helena. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Ilustrace Karel Nepraš. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HALAMA, Peter. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2007.
- JASPERS, Karl. *Duchovní situace doby*. Vyd. 1. Překlad Milan Váňa. Praha: Academia, 2008, 191 s. Europa, sv. 16. ISBN 978-802-0016-461.
- JUNG, Carl Gustav a Jolande Székács JACOBI. *Člověk a duše*. Vyd. 1. Překlad Karel Plocek. Praha: Academia, 1995, 277 s. ISBN 80-200-0543-9.
- KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Karolinum 1997, ISBN 80-7184-366-0
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatricie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KEYTON, Joann. *Group communication: process and analysis*. Mountain View, Calif.: Mayfield Pub. Co., c1999, xvi, 436, [28] p. ISBN 15-593-4772-4.
- KIERKEGAARD, Søren Aabye a Soren Aabye KIERKEGAARD. *Bázeň a chvění: [dialektická lyrika] ; Nemoc k smrti : [křesťanská psychologická úvaha ke vzdělání a probuzení]*. Vyd. 1. Překlad Marie Mikulová-Thulstrupová. Praha: Svoboda-Libertas, 1993, 249 s. Filozofické dědictví. ISBN 80-205-0360-9.
- KOVÁČ. 2004. „Kultivace integrované osobnosti.“ *Psychologie Dnes*, 2004, s.12-14.
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: UPOL, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 204 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1370-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít*. Vyd. 2., v KNA 1. rozš. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, 134 s. Malý duchovní život, sv. 111. ISBN 978-807-1954-040.
- LUKAS, E. *Lehrbuch der Logotherapie*. 2. vyd. München: Profil – Verlag, 2002b. 256 s. ISBN 3-89019-533-4
- LUCRETIUS CARUS, Titus, R LATHAM a John GODWIN. *On the nature of the universe*. 29. impression. New York: Penguin Books, 1994, xlv, 275 p. ISBN 01-404-4610-9.

MAREK, Luboš. *Statistika pro ekonomy: aplikace*. 2. vyd. Praha: Professional Publishing, 2007, 485 s. ISBN 978-80-86946-40-5.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001 str. 312. ISBN 80-7178-473-7

MAY, Rollo. *Láska a vůle*. Překlad Radka Zárybnická. Praha: Pragma, 2007, 349 s. ISBN 978-807-3490-706.

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologické teorie osobnosti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2007, 269 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4613-123.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-

MIROWSKY, John. *Age, Subjective Life Expectancy, and the Sense of Control: The Horizon Hypothesis*. In: *MIROWSKY, J. Age, Subjective Life Expectancy, and the Sense of Control: The Horizon Hypothesis* [online]. [cit. 2013-06-26]. ISSN 1758-5368. DOI: 10.1093/geronb/52B.3.S125. Dostupné z:

<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/52B/3/S125.short>

MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: MU, 2001. 116 s. ISBN 80-210-2510-7.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm, Reinhold GRIMM a Caroline MOLINA Y VEDIA. *Philosophical writings*. New York: Continuum, 1995, xv, 270 p. ISBN 08-264-0279-8.

NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením*. Liberec: Technická univerzita Liberec, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

PETRÁČKOVÁ Věra a kol. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. 1. vyd. Praha: Academia, 1997, 834 s. ISBN 80-200-0607-9.

PETŘÍČEK, Miroslav. *Úvod do (současné) filosofie : 11 improvizovaných přednášek [Petříček, 1997]*. 4., upr. vyd. Praha: Herrmann & synové, 1997. 178 s.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 328 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0871-X.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2011, 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

SARTRE, Jean-Paul. *Vědomí a existence*. Vyd. 1. Překlad Jakub Čapek, Miroslav Petříček. Praha: Oikoymenh, 2006, 135 s. Oikúmené, sv. 125. ISBN 80-729-8171-4.

SATIR, V. 1994. *Kniha o rodině*. Praha: Institut Virginie Satirové, 1994. 350s. ISBN 80-901325-0-2.

SCHOPENHAUER Arthur. *Životní moudrost*. Vyd. 1. Praha: Bohuslav Hendrich, 1941, 128 s.

SCHOPENHAUER, Arthur, Judith NORMAN, Alistair WELCHMAN a Christopher JANAWAY. *The world as will and representation*. New York: Cambridge University Press, 2010, v. <1>. ISBN 05-218-7184-0.

STARÁ, Gabriela. *Působení vybraných pohybových aktivit na změnu psychosociálního stavu seniorů: disertační práce*. 2011. vyd. Brno: Masarykova univerzita.

STRAUSS, Anselm L. - CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Anselm Strauss, Juliet Corbinová. Vyd. 1. Boskovice : Albert, 1999. vi, 196 s. (SCAN ; 2) ISBN 808583460X.

STUART-HAMILTON, Ian. *Key ideas in psychology*. Philadelphia, PA: J. Kingsley Publishers, 1999, 336 p. ISBN 18-530-2359-0.

SVOBODOVÁ, L.: *Kvalita života*. In ŠUBRT, J. (ed.) *Soudobá sociologie II.: Teorie sociálního jednání a sociální struktury*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1413-7

ŠUBRT, Jiří. *Soudobá sociologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 392 s. ISBN 978-80-246-1413-7.

ŠVANCARA, J. *Geneze systémů empirické psychologie*. Brno: MU, 1993

TOLSTOJ, Lev Nikolajevič. *Život*. Bratislava: Vikt. Sekey, 1925. 29 s., 2 listy. Ruská knižnica.

TOLSTOJ, L. N.: *Myšlenky*; Praha 1973

VÁLKOVÁ, H. *Babičky a dědečci (prarodičovství) In Aktivní v každém věku, sborník textů.* Olomouc: UPOL 2007, s. 71 – 76. ISBN 978-80-244-1796-7.

VÁŽANSKÝ, M. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci.* Brno: Mendelova univerzita, MSD, 2010. ISBN: 978-80-7392-130-9.

VEENHOVEN, Ruut. The four qualities of life: Ordering *concepts and measures of the good life* *Journal Of Happiness Studies*, 2000, vol 1, s. 39

VIEWEGH, J. *Psychologie dospělosti a stáří.* Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1970. 28 s.

VIEWEGH, J. *Psychologie stáří.* Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1972. 44 s.

VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické.* Praha: Avicentrum, 1975.

VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby.* Praha: Státní zdravotní ústav. 1998.

YALOM, Irvin D. a [z anglického originálu ... přeložil Ivo MÜLLER]. *Existenciální psychoterapie.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-807-3671-471.

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) Předpis č. 372/2011

Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb.

Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb.

Seznam obrázků

Obr. 1 Stáří	11
Obr. 2 Druhy a formy sociální péče	28
Obr. 3 Druhy a formy zdravotní péče.....	29
Obr. 4 Člověk v dimenzi	42
Obr. 5 Vnitřní rozměry člověka	45
Obr. 6 Model kvality života I.	46
Obr. 7 Model kvality života II.....	47

Seznam grafů

Graf 1 Procentuální zastoupení populace věku 65+ ve vybraných státech Evropy v roce 2011	20
Graf 2 Rodinný stav vs. Věk	21
Graf 3 Zastoupení žen a mužů ve věku 65 + let.....	22
Graf 4 Vzdělávání seniorů ve vybraných zemí	24
Graf 5 Charakteristika vzorku respondentu	58
Graf 6 Podílové rozložení pohlaví v experimentální skupině	59
Graf 7 Podílové rozložení věku v experimentální skupině	59
Graf 8 Podílové rozložení dle ekonomické produktivity v experimentální skupině.....	60
Graf 9 Podílové rozložení pohlaví ve srovnávací skupině.....	60
Graf 10 Podílové rozložení věku ve srovnávací skupině	61
Graf 11 Podílové rozložení dle ekonomické produktivity ve srovnávací skupině.....	61
Graf 12 Rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v komponentách ESK	62
Graf 13 Rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v dimenzích ESK.....	63
Graf 14 Celkové rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v ESK	64
Graf 15 Škály ESK.....	84
Graf 16 Dimenze ESK.....	84
Graf 17 Celkový skór dle pohlaví	85
Graf 18 Dimenze ESK dle pohlaví.....	85
Graf 19 Škály ESK dle pohlaví	86
Graf 20 Celkové skóre dle věku	86
Graf 21 Dimenze ESK dle věku	87
Graf 22 Škály ESK dle věku	87
Graf 23 Celkové skóre dle ekonomické produktivity	88
Graf 24 Dimenze ESK dle ekonomické produktivity	88
Graf 25 Škály ESK dle ekonomické produktivity.....	89
Graf 26 Dimenze ESK.....	89
Graf 27 Škály ESK.....	90
Graf 28 Celkové skóre dle pohlaví.....	90
Graf 29 Dimenze ESK dle pohlaví.....	91
Graf 30 Škály ESK dle pohlaví.....	91
Graf 31 Celkové skóre dle věku	92

Graf 32 Dimenze ESK dle věku	92
Graf 33 Škály ESK dle věku	93
Graf 34 Celkové skóre dle ekonomické produktivity	93
Graf 35 Dimenze dle ekonomické produktivity	94
Graf 36 Škály dle ekonomické produktivity	94
Graf 37 Srovnání experimentální a kontrolní skupiny	95
Graf 38 Dimenze ESK.....	95
Graf 39 Škály ESK.....	96
Graf 40 Srovnání dle pohlaví	96
Graf 41 Muži – dimenze – srovnání.....	97
Graf 42 Ženy – dimenze - srovnání.....	97
Graf 43 Muži – škály – srovnání	98
Graf 44 Ženy – škály – srovnání	98
Graf 45 Srovnání dle věku	99
Graf 46 Dimenze – srovnání dle věku.....	99
Graf 47 Věk do 60 – škály – srovnání.....	100
Graf 48 Věk 60 – 69 – škály – srovnání.....	100
Graf 49 Věk 70 a více – škály – srovnání	101
Graf 50 Srovnání dle ekonomické produktivity.....	101
Graf 51 Dimenze ESK – srovnání dle ekonomické produktivity.....	102
Graf 52 Zaměstnání – srovnání - škály	102
Graf 53 Důchod – srovnání – škály.....	103

Seznam tabulek

Tab. 1 Model čtyř kvalit života	48
Tab. 2 Pravděpodobnosti zamítnutí a nezamítnutí nulové hypotézy	54
Tab. 3 Výsledky	65

Přílohy

Příloha 1 – Hlavička dotazník

Příloha 2 – Analýza dat

Příloha 3 – Ukázka práce se seniory na U3V

Příloha 1

DOTAZNÍK - ESK

1) Pohlaví: žena muž

2) Věk:

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> základní | <input type="checkbox"/> VŠ s bakalářským diplomem |
| <input type="checkbox"/> SŠ bez maturity | <input type="checkbox"/> VŠ s magisterským/inženýrským diplomem |
| <input type="checkbox"/> SŠ s maturitou | <input type="checkbox"/> VŠ s doktorským diplomem |
| <input type="checkbox"/> vyšší odborné | <input type="checkbox"/> VŠ s vědeckou hodností |

4) Vaše vzdělání je v rámci oboru:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ekonomické vědy a nauky | <input type="checkbox"/> právní vědy a nauky |
| <input type="checkbox"/> vědy a nauky o kultuře a umění | <input type="checkbox"/> technické vědy a nauky |
| <input type="checkbox"/> pedagogika, učitelství a soc. péče | <input type="checkbox"/> přírodní vědy a nauky |
| <input type="checkbox"/> zdravot., lékařské a farmaceut. vědy, nauky | |
| <input type="checkbox"/> zemědělství, lesnické a veterin. vědy, nauky | |
| <input type="checkbox"/> humanitní a společenské vědy, nauky | <input type="checkbox"/> jiné |

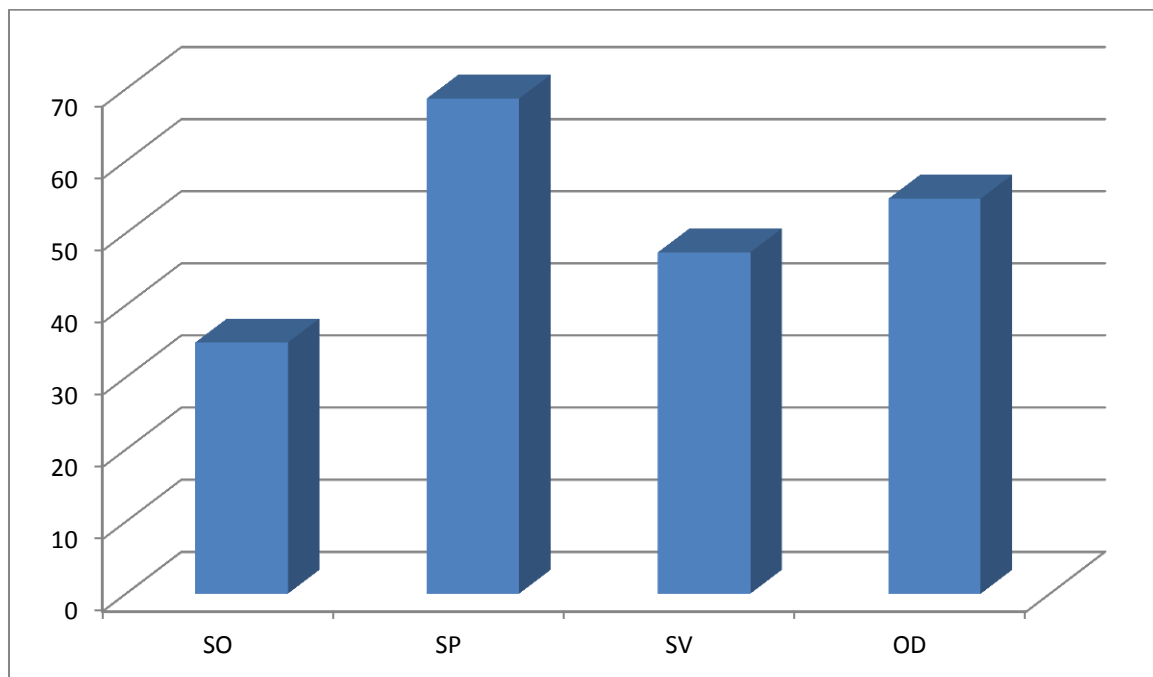
5) Původní povolání:

6) Vaše zaměstnání stále trvá ano ne

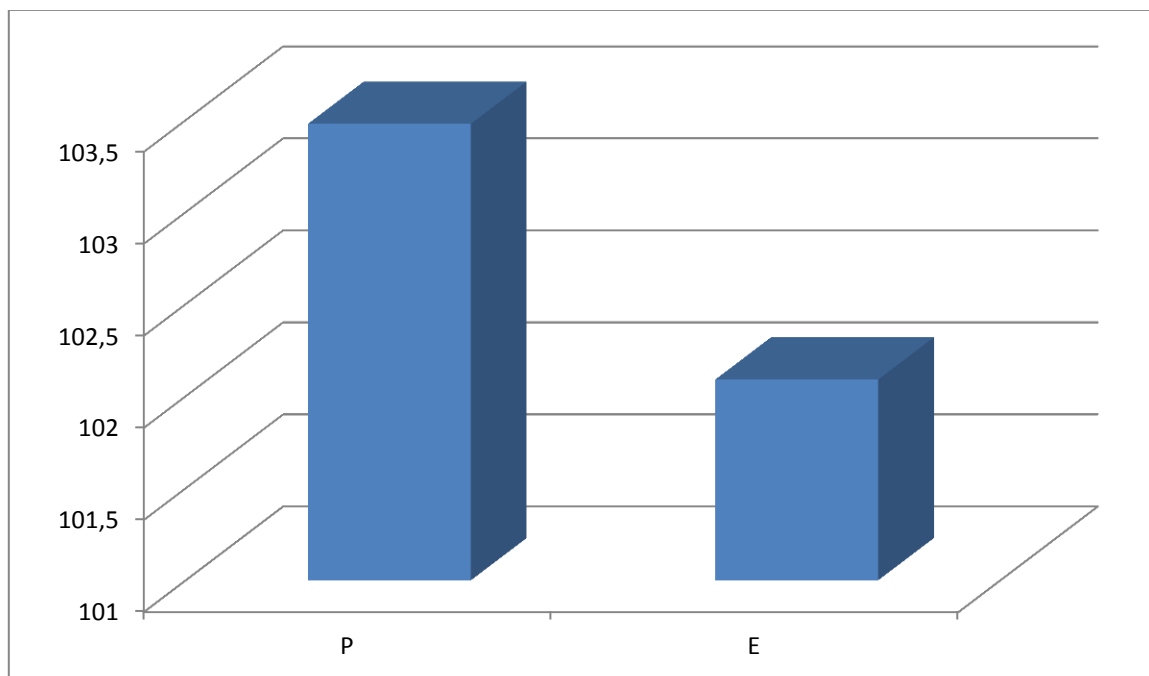
pracuji - stejné povolání ano ne

pracuji - jiné povolání

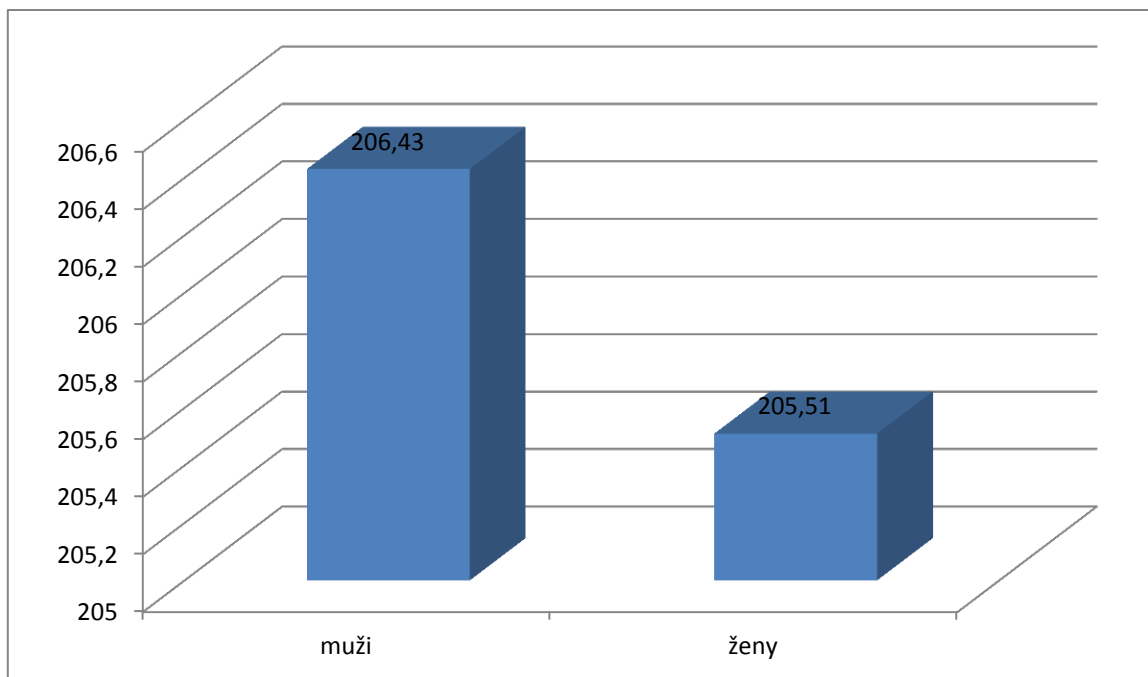
Příloha 2



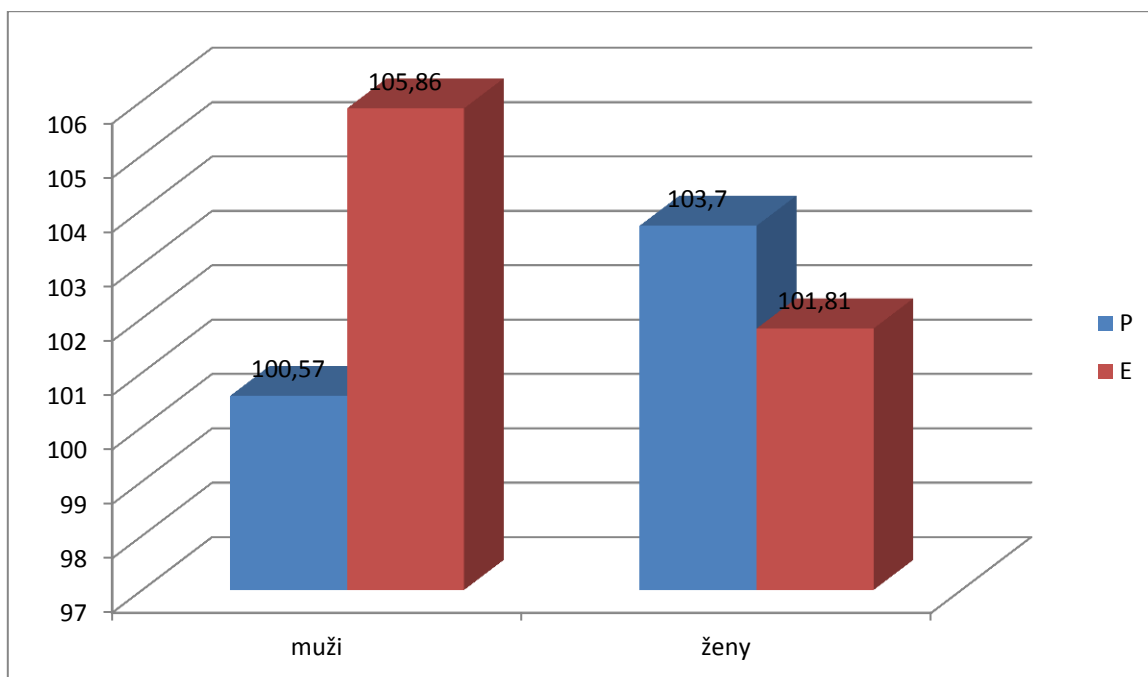
Graf 15 Škály ESK



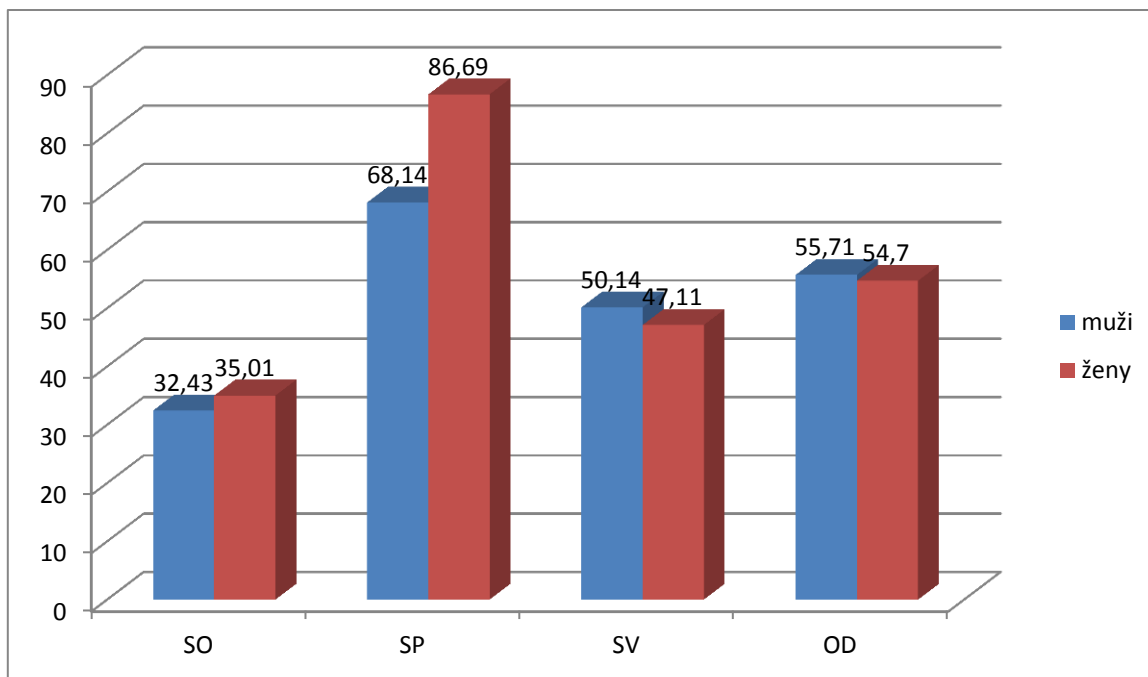
Graf 16 Dimenze ESK



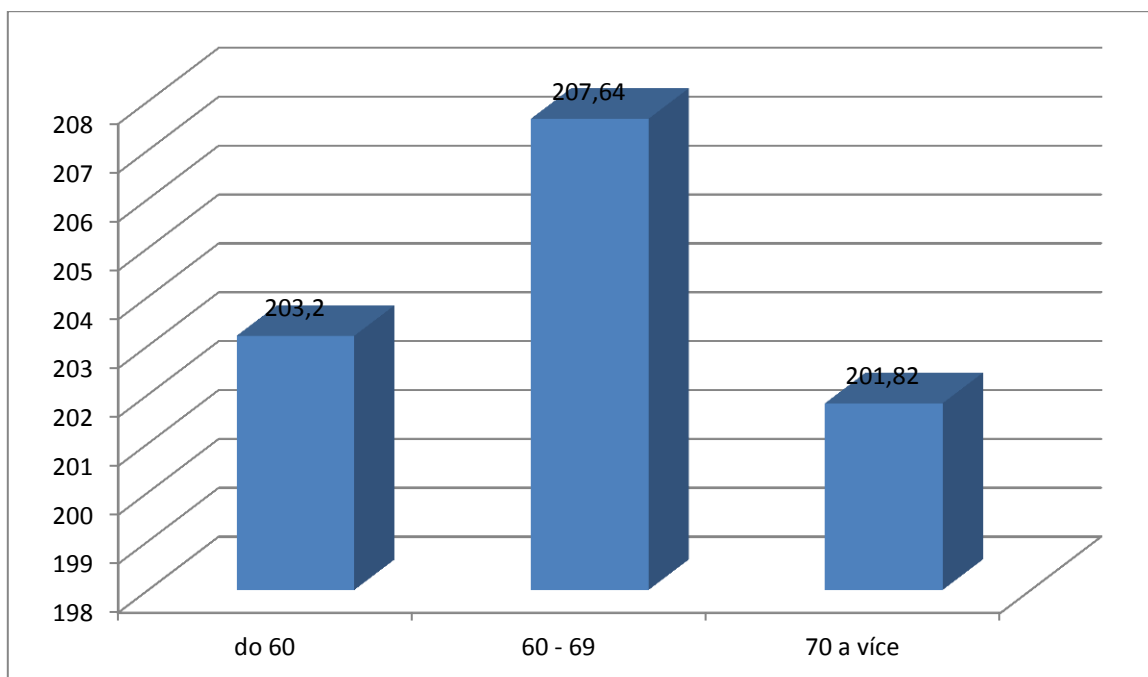
Graf 17 Celkový skóre dle pohlaví



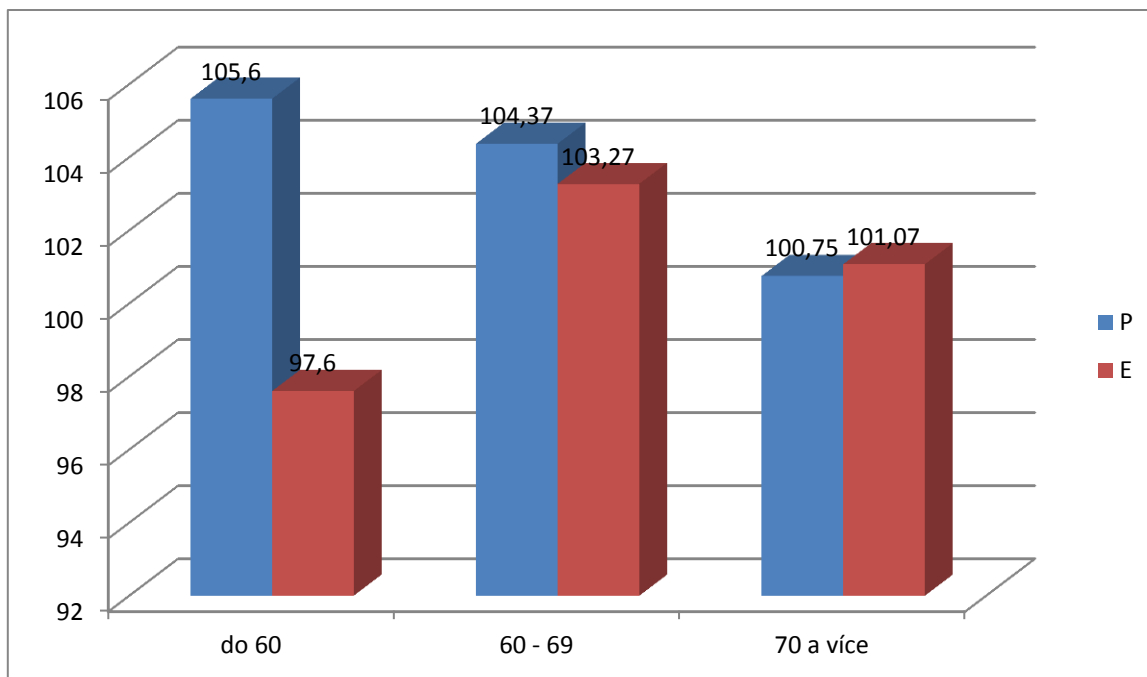
Graf 18 Dimenze ESK dle pohlaví



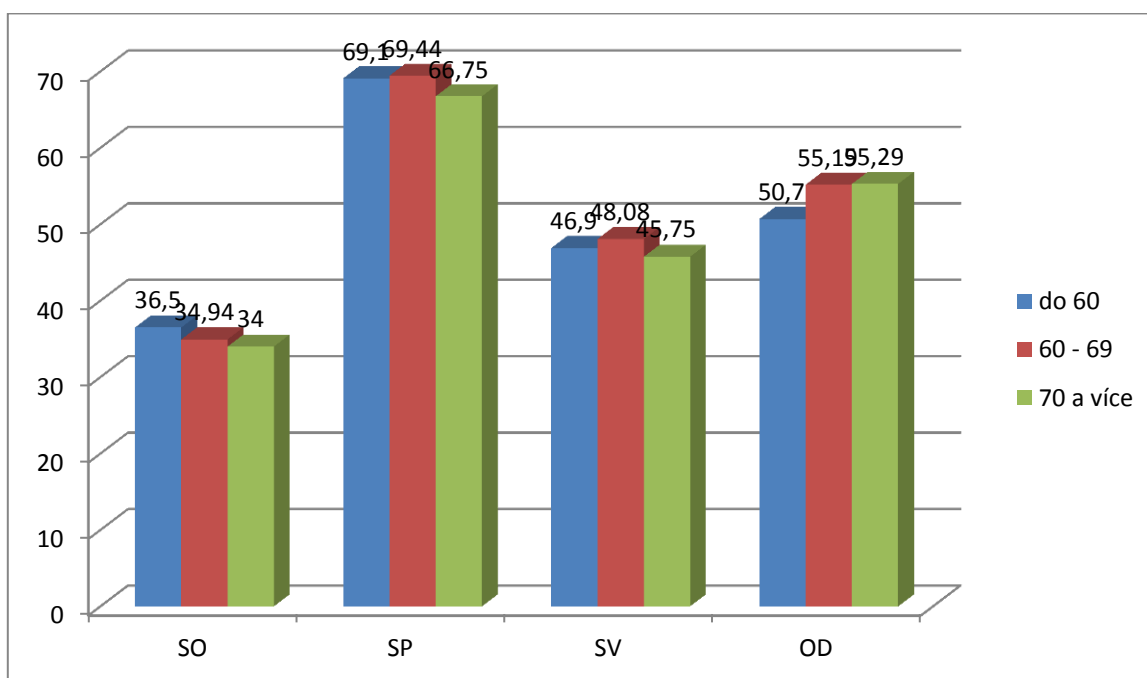
Graf 19 Škály ESK dle pohlaví



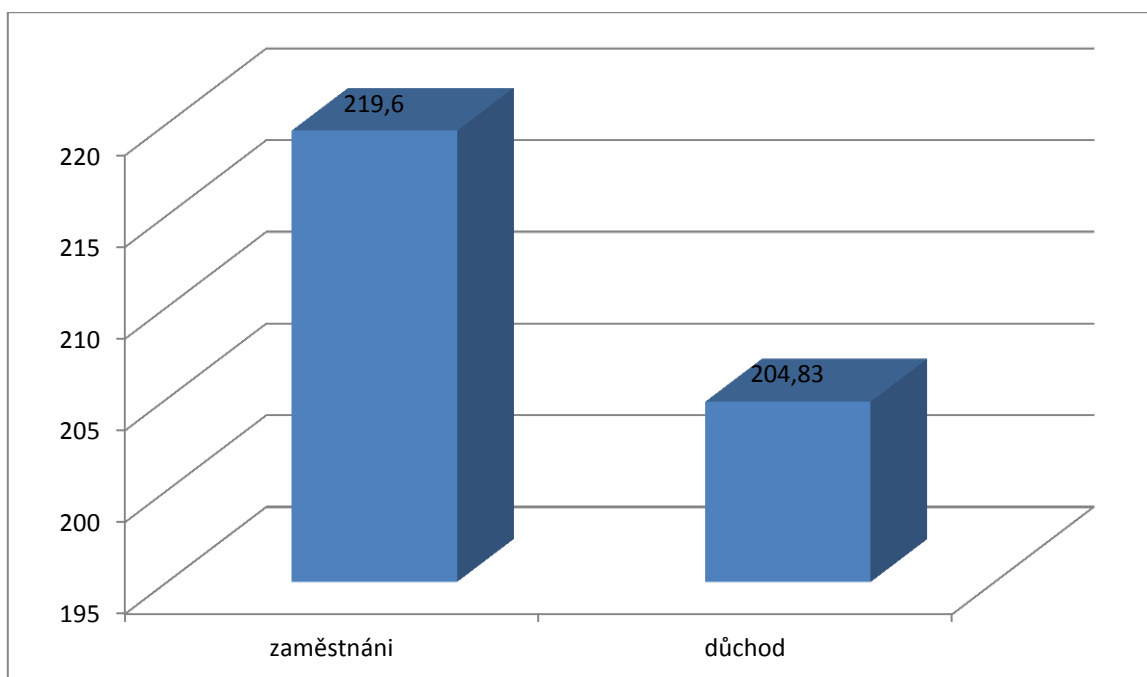
Graf 20 Celkové skóre dle věku



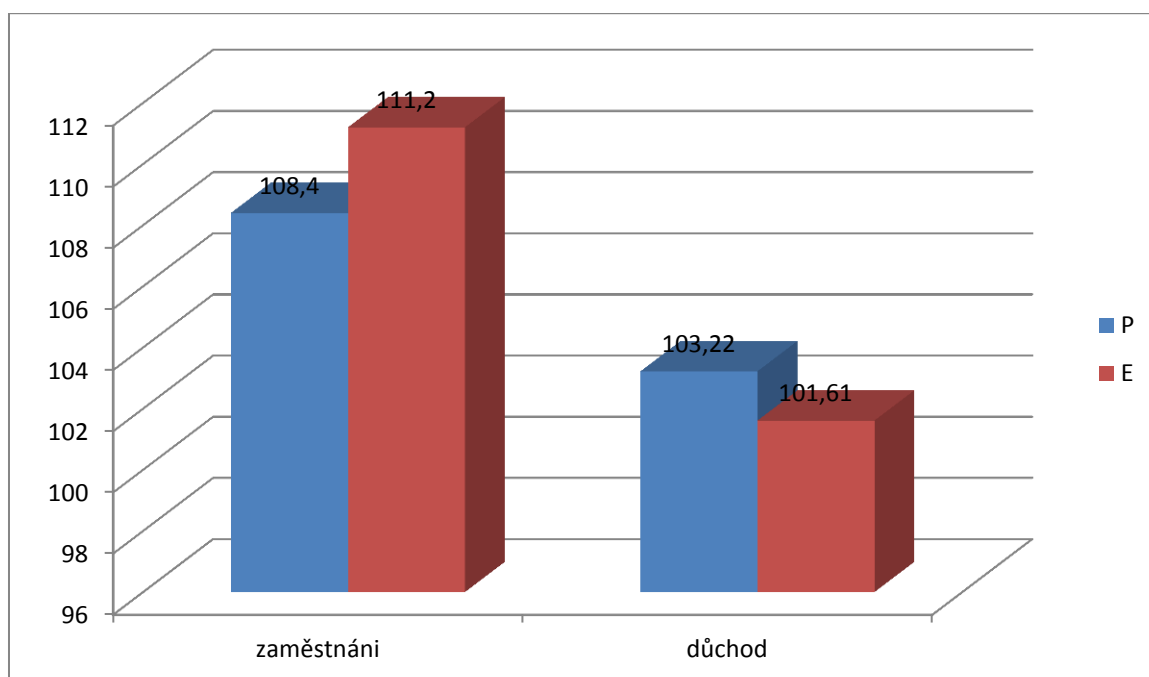
Graf 21 Dimenze ESK dle věku



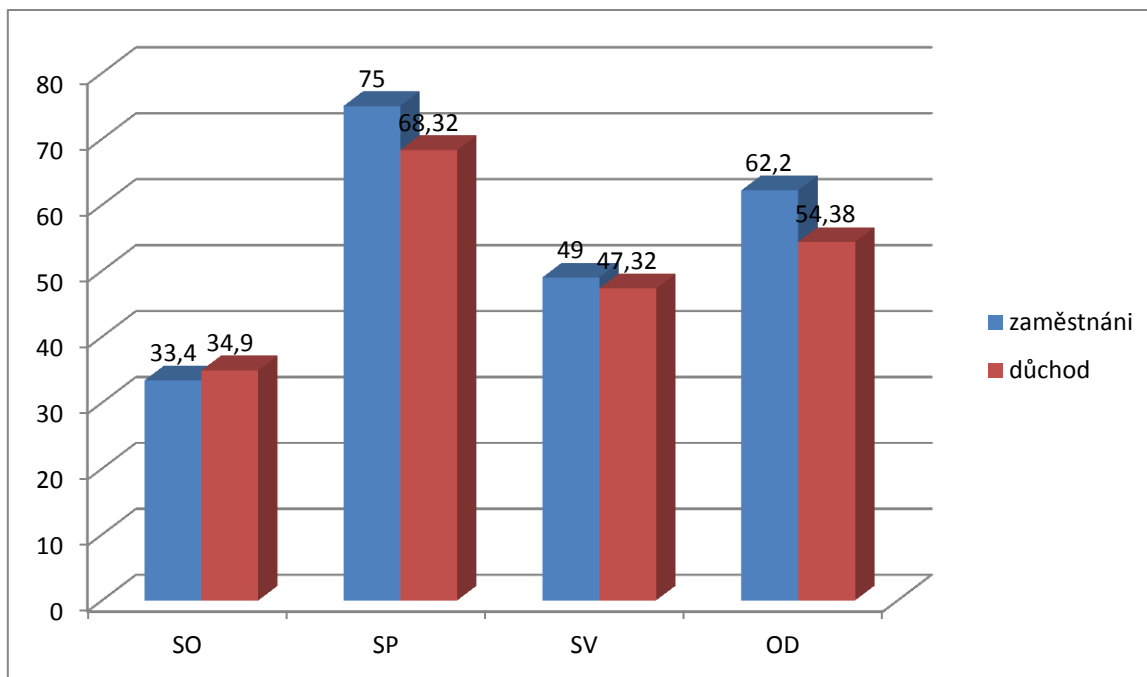
Graf 22 Škály ESK dle věku



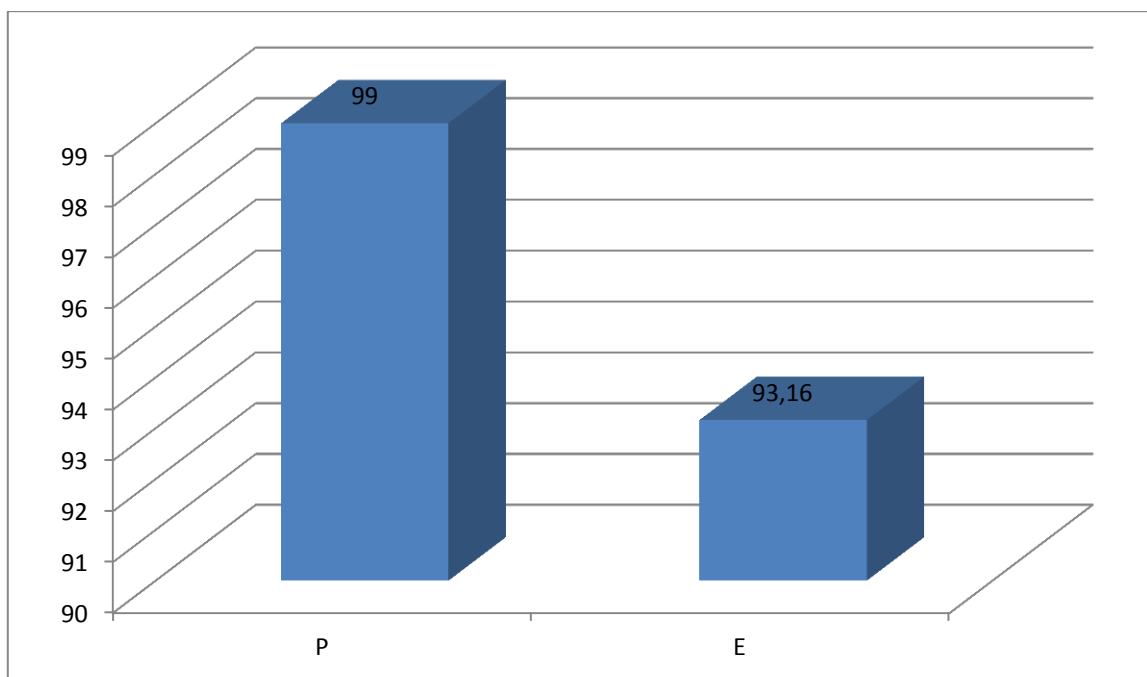
Graf 23 Celkové skóre dle ekonomické produktivity



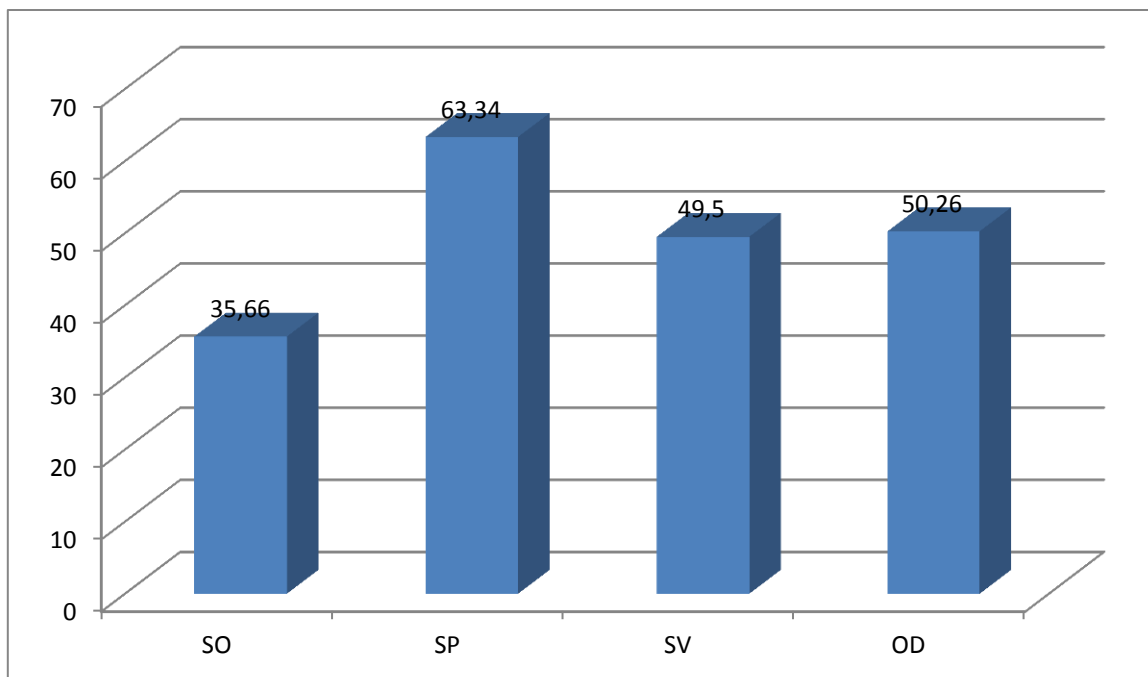
Graf 24 Dimenze ESK dle ekonomické produktivity



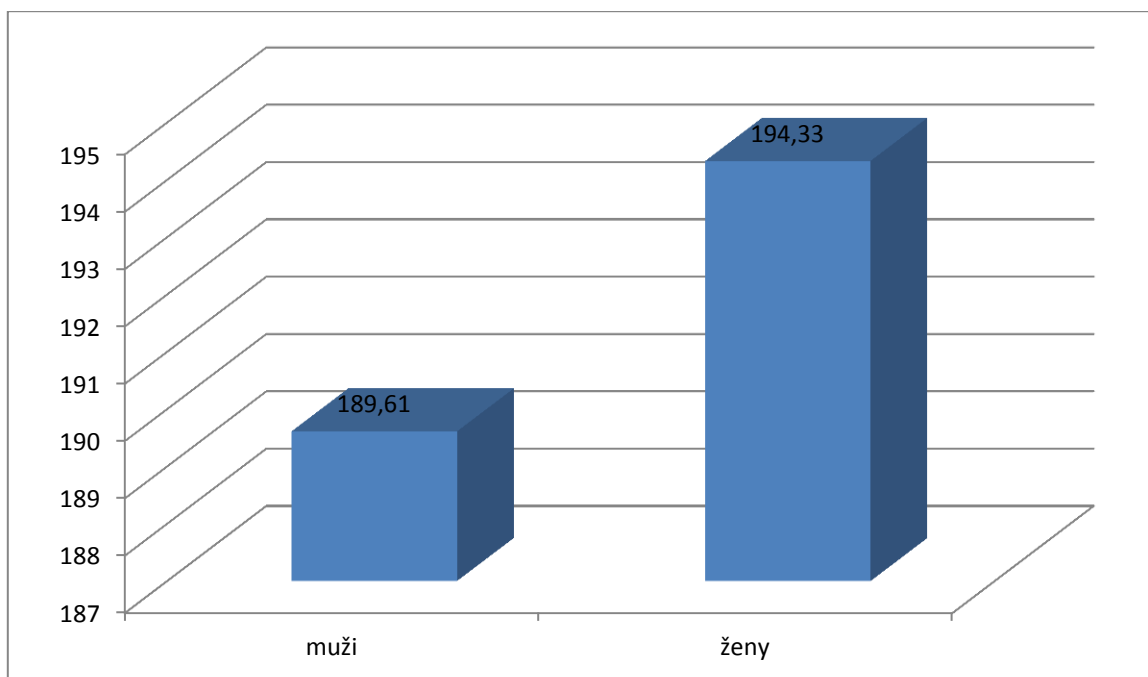
Graf 25 Škály ESK dle ekonomické produktivity



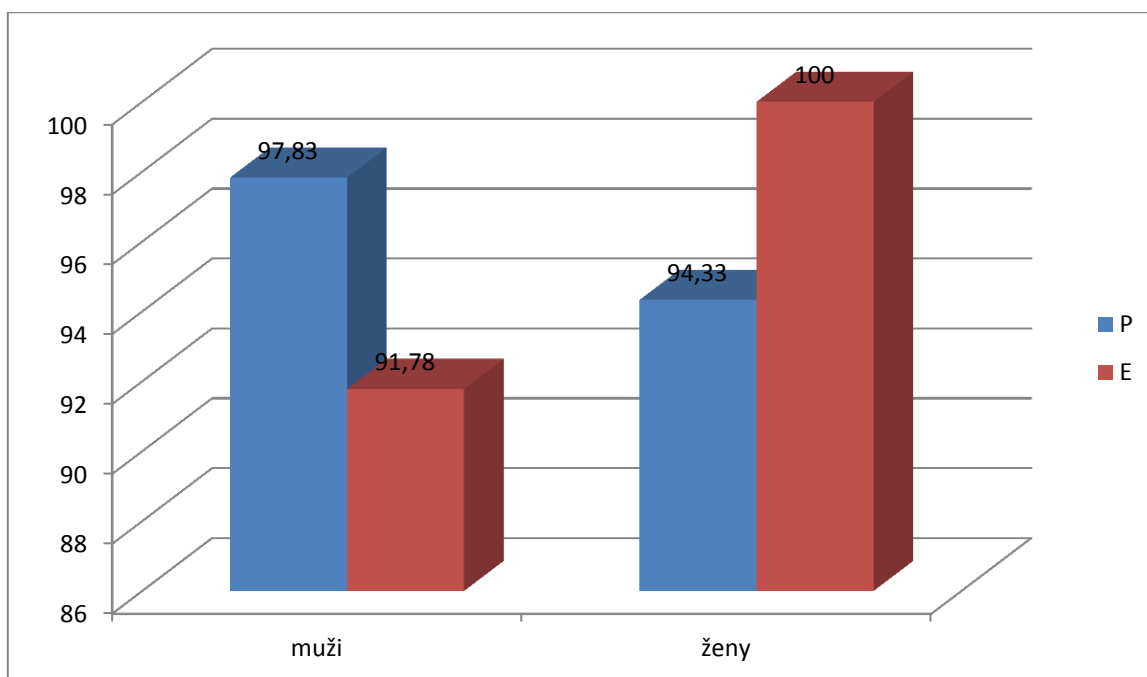
Graf 26 Dimenze ESK



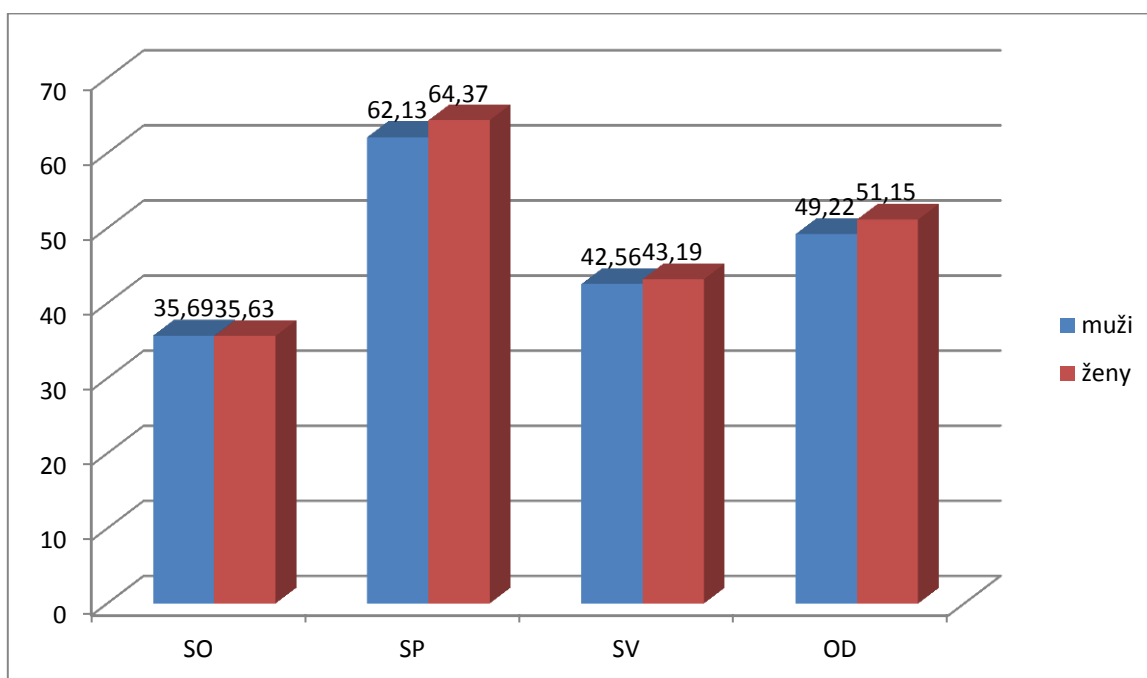
Graf 27 Škály ESK



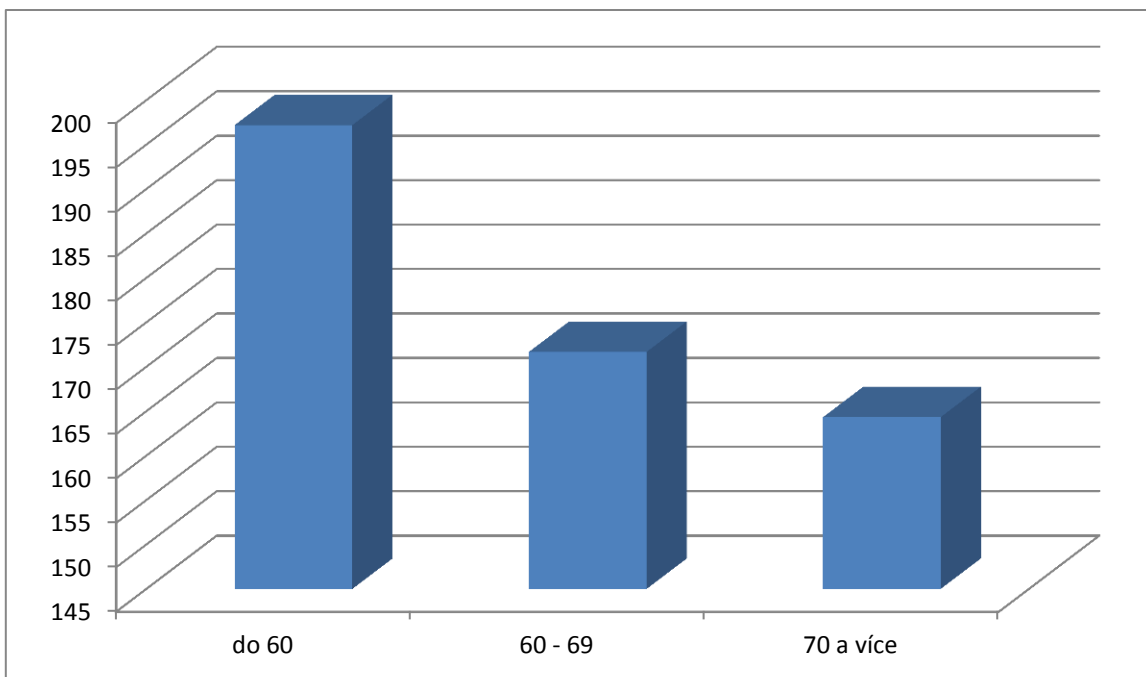
Graf 28 Celkové skóre dle pohlaví



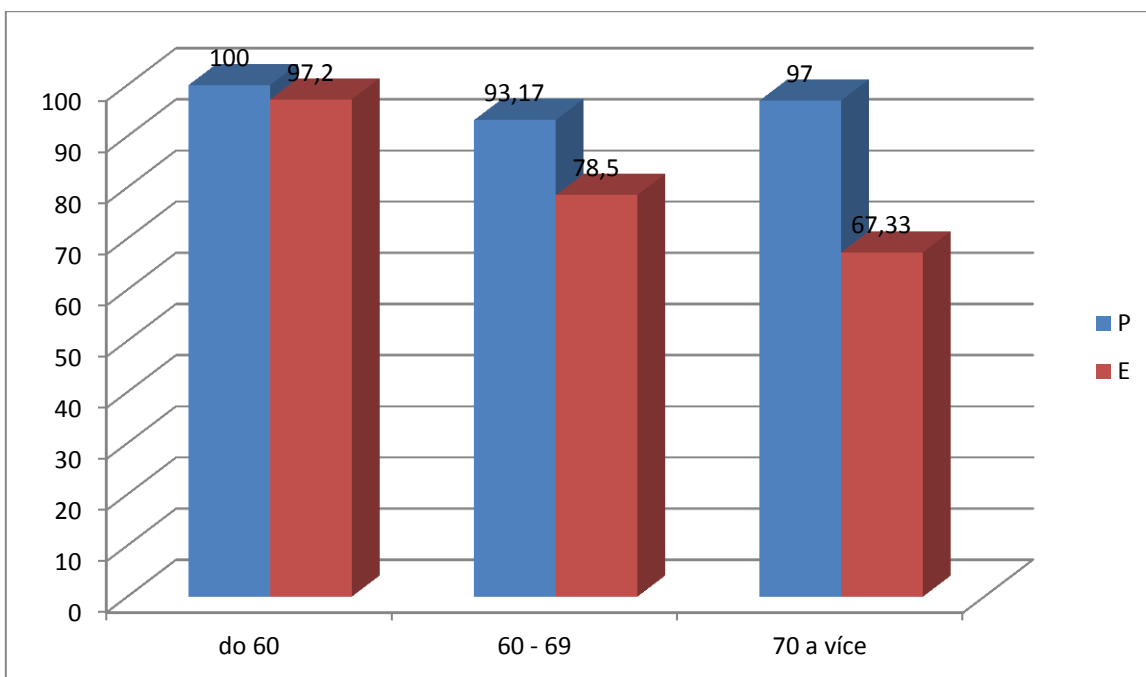
Graf 29 Dimenze ESK dle pohlaví



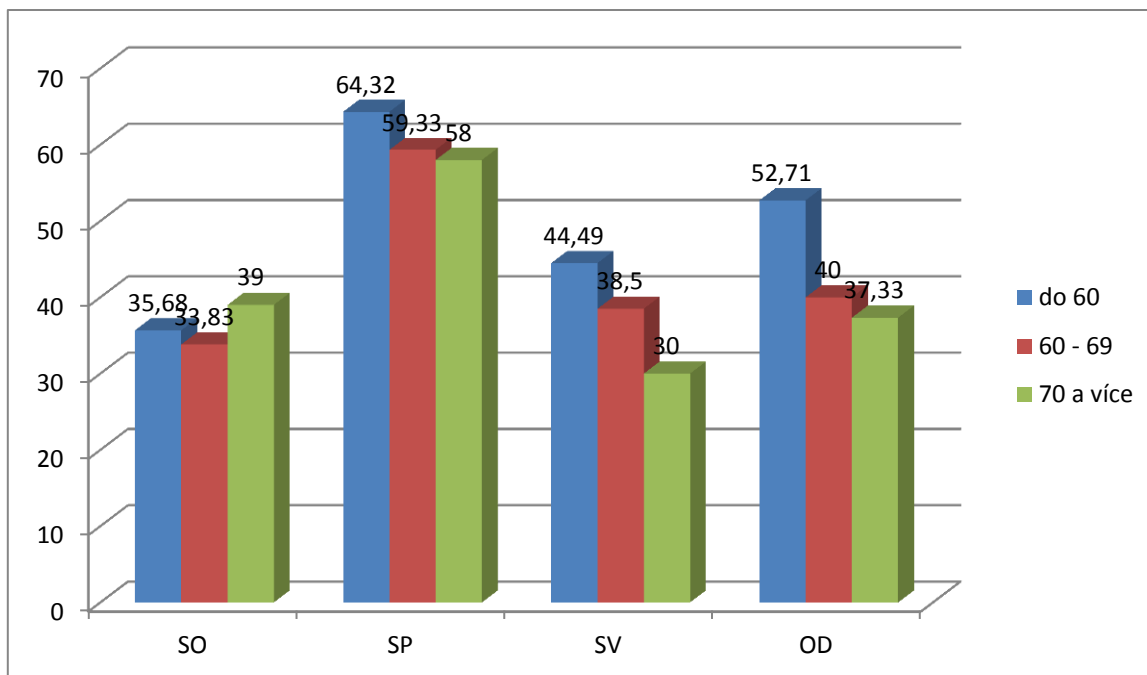
Graf 30 Škály ESK dle pohlaví



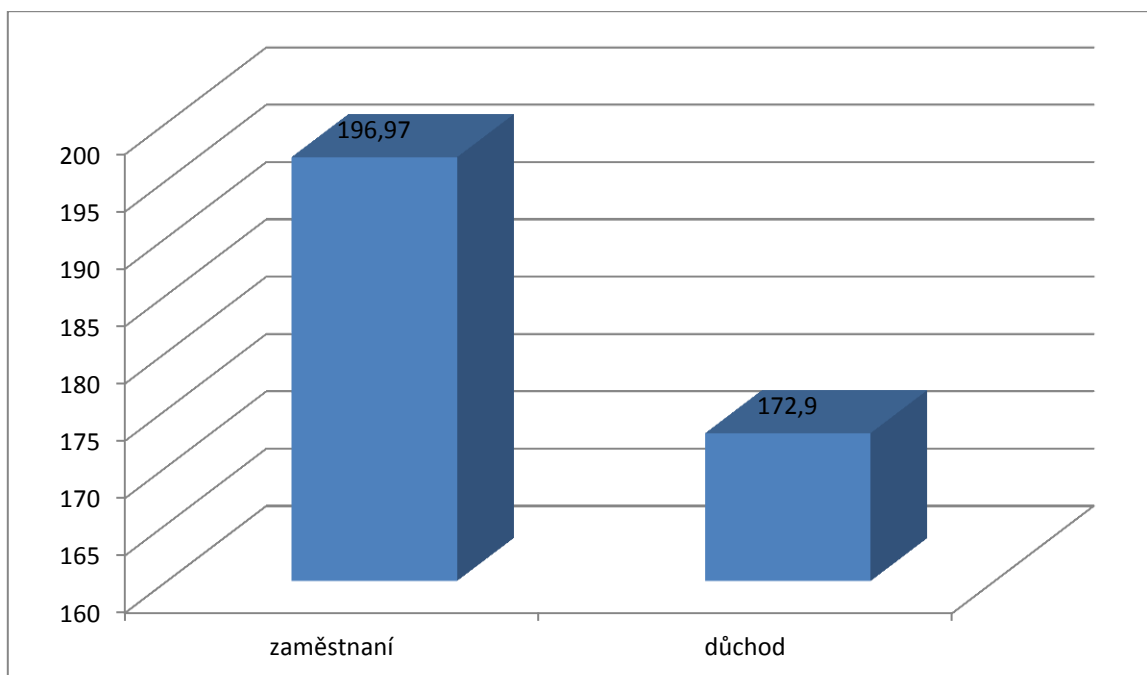
Graf 31 Celkové skóre dle věku



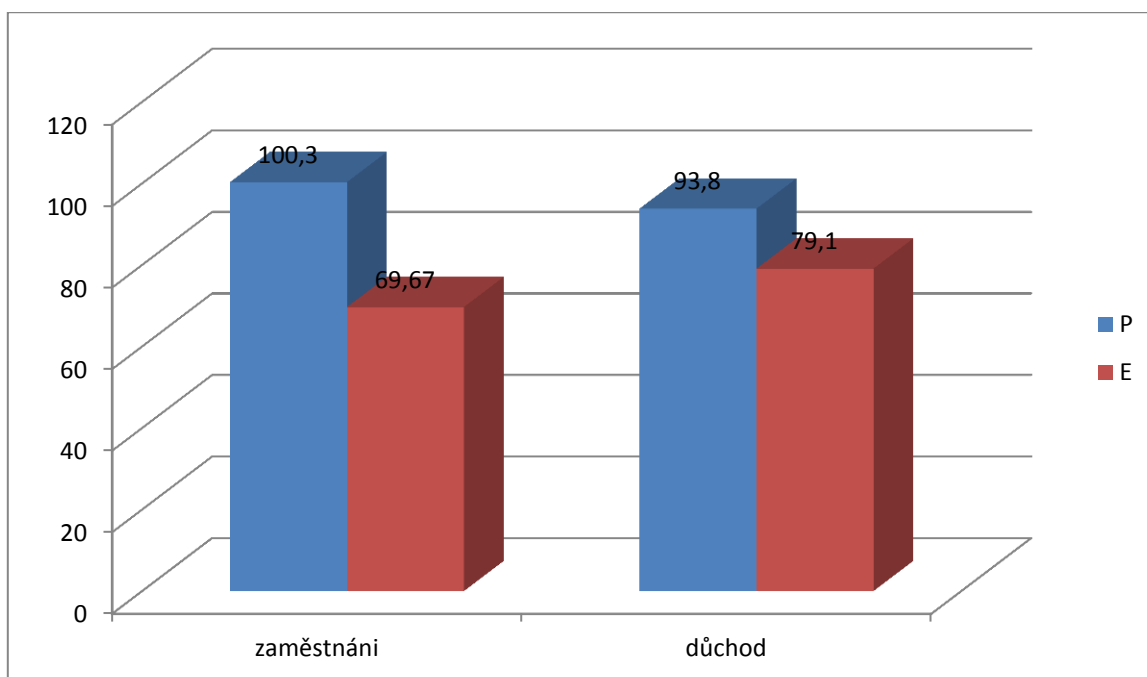
Graf 32 Dimenze ESK dle věku



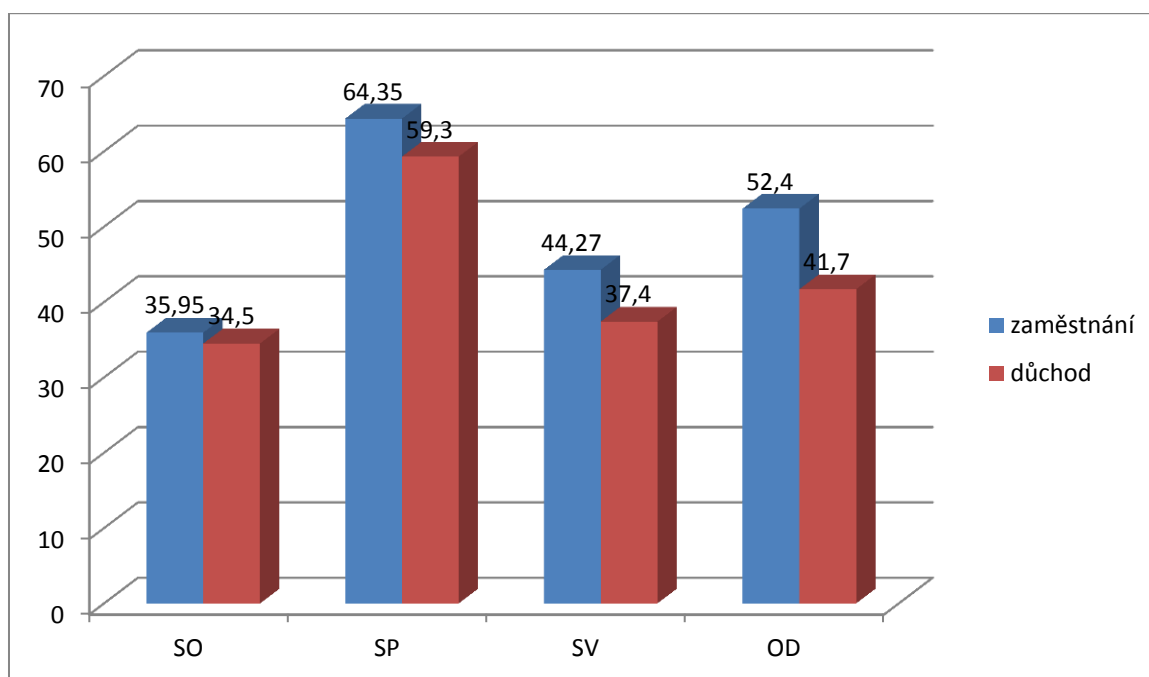
Graf 33 Škály ESK dle věku



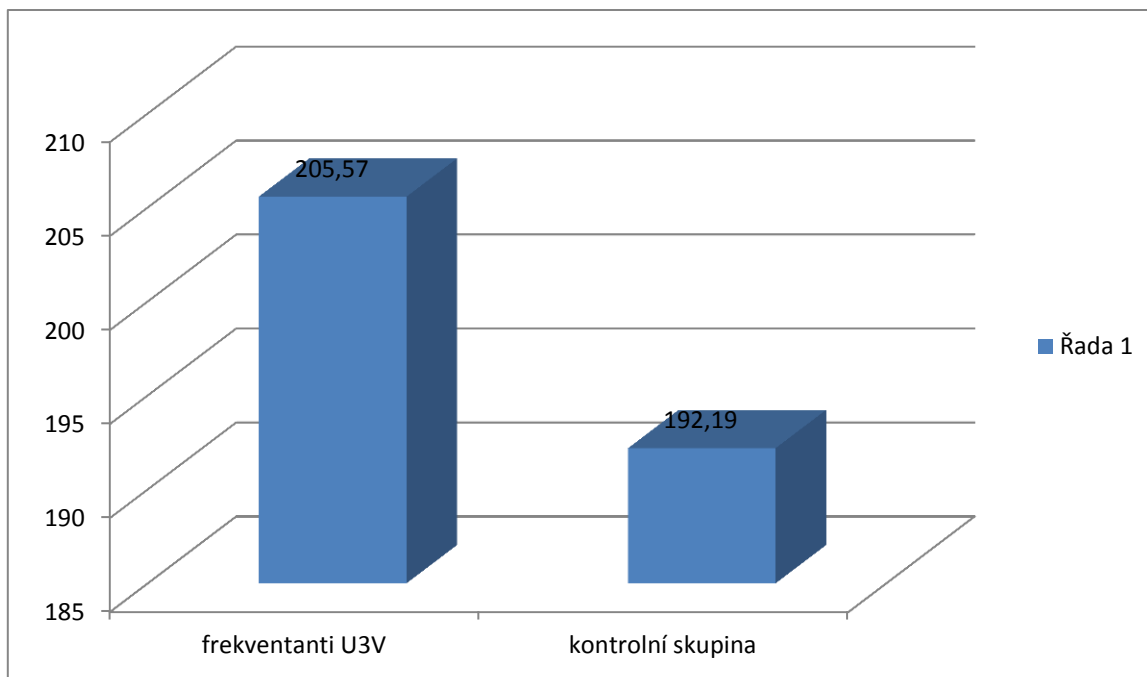
Graf 34 Celkové skóre dle ekonomické produktivity



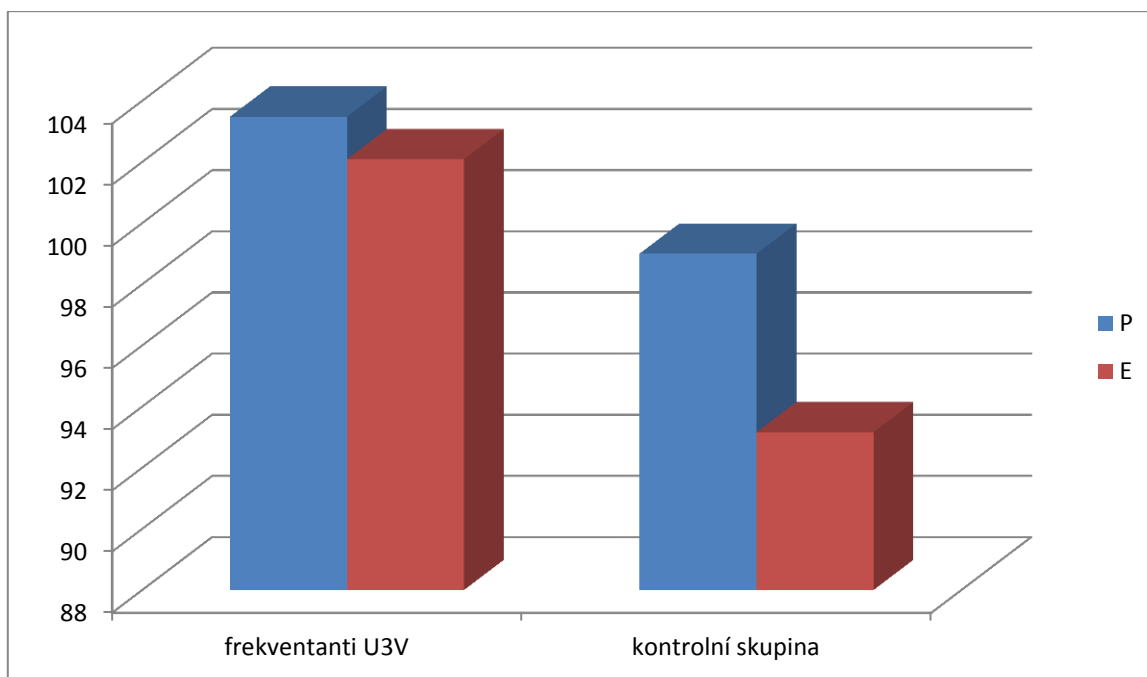
Graf 35 Dimenze dle ekonomické produktivity



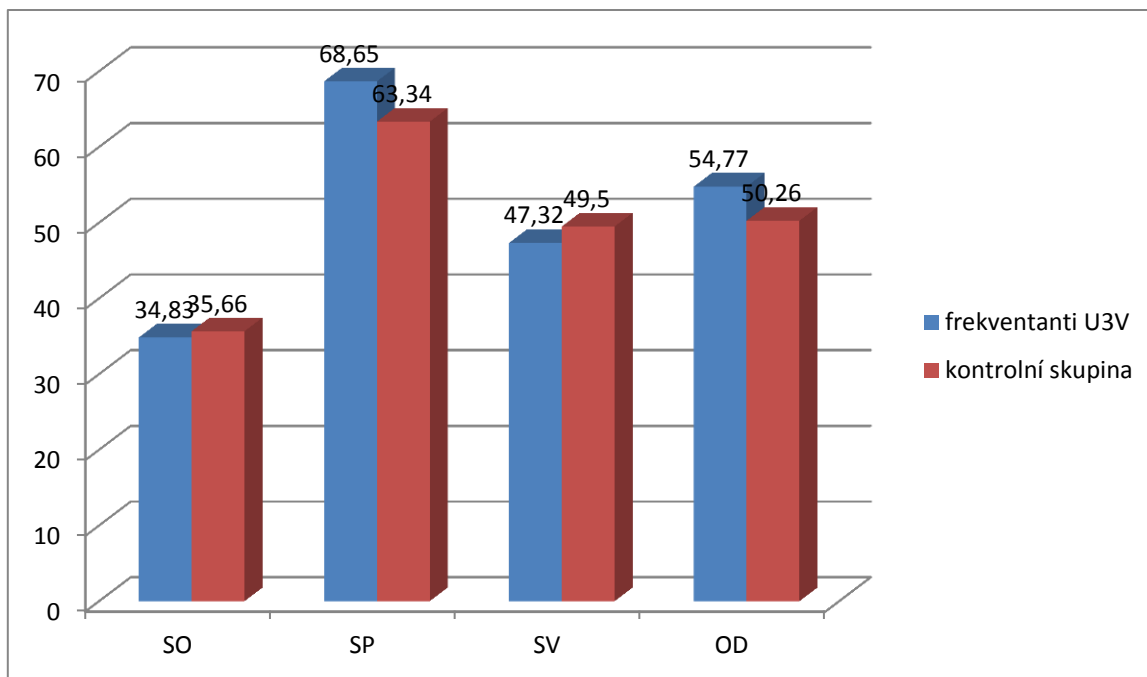
Graf 36 Škály dle ekonomické produktivity



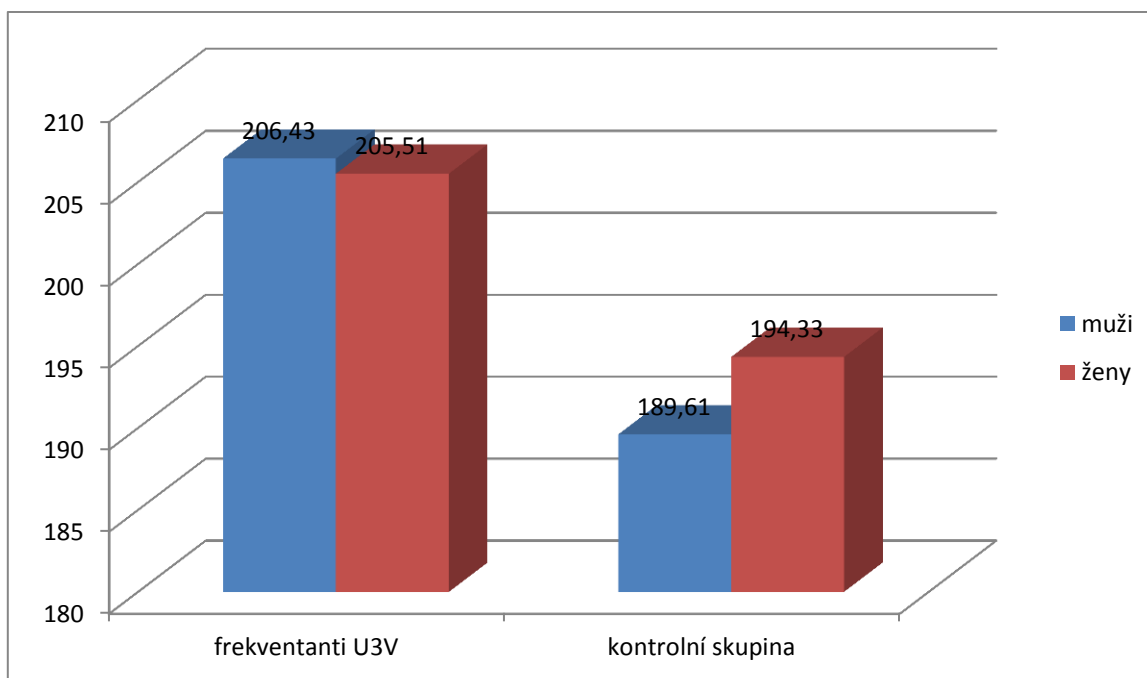
Graf 37 Srovnání experimentální a kontrolní skupiny



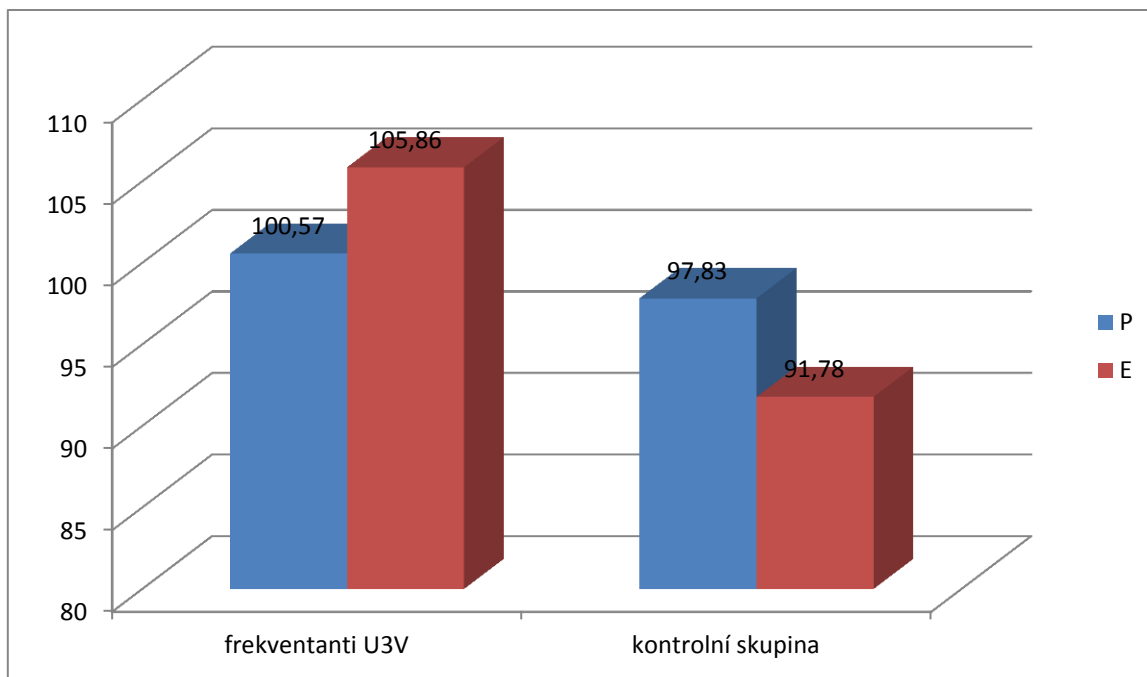
Graf 38 Dimenze ESK



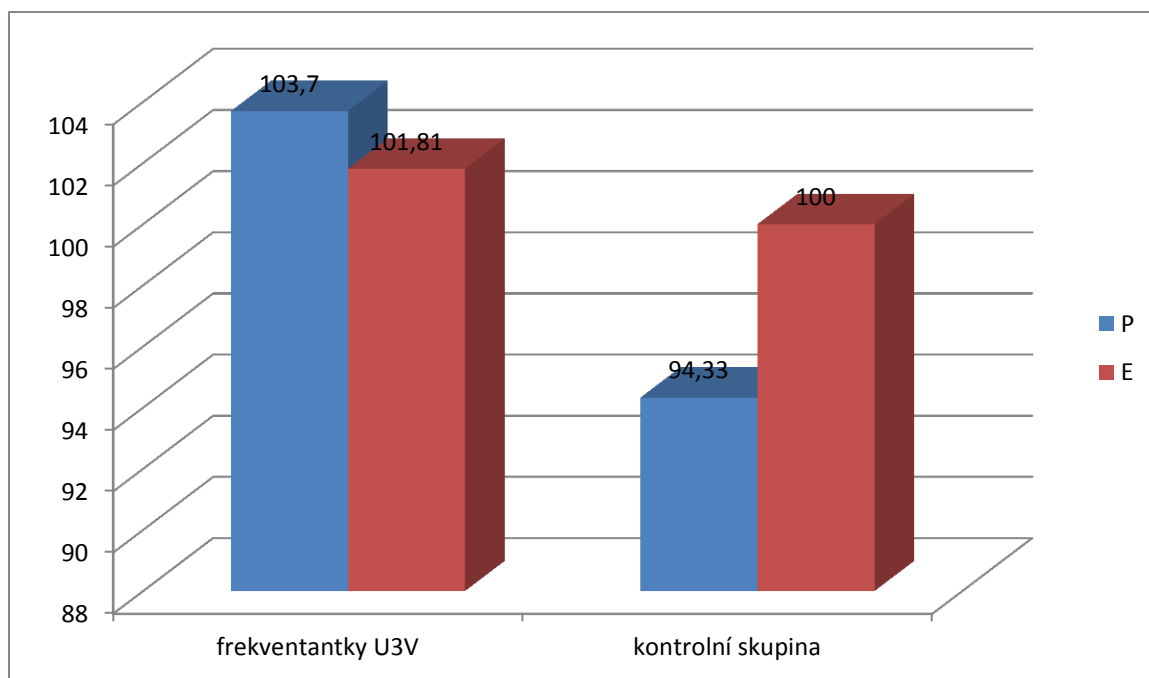
Graf 39 Škály ESK



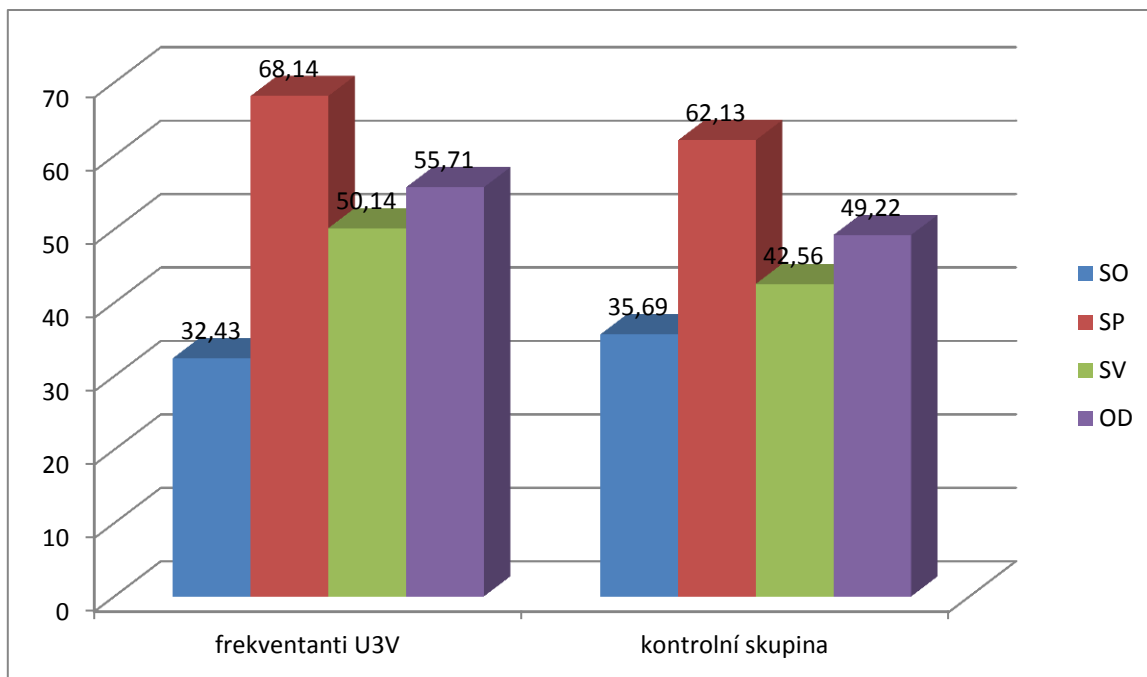
Graf 40 Srovnání dle pohlaví



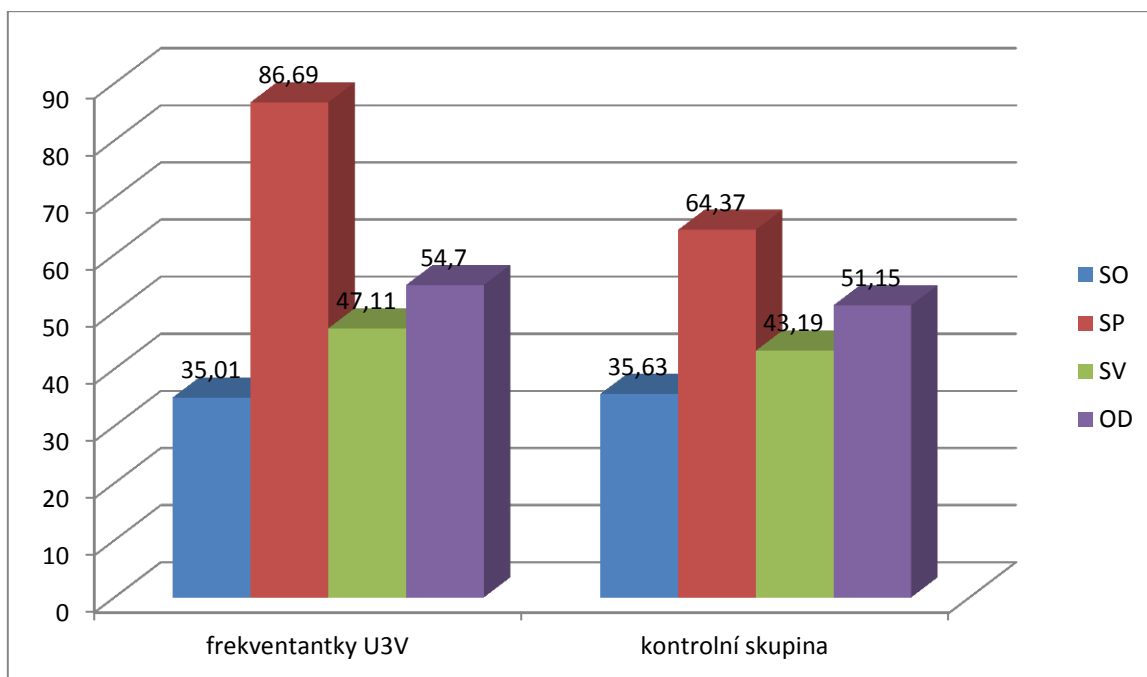
Graf 41 Muži – dimenze – srovnání



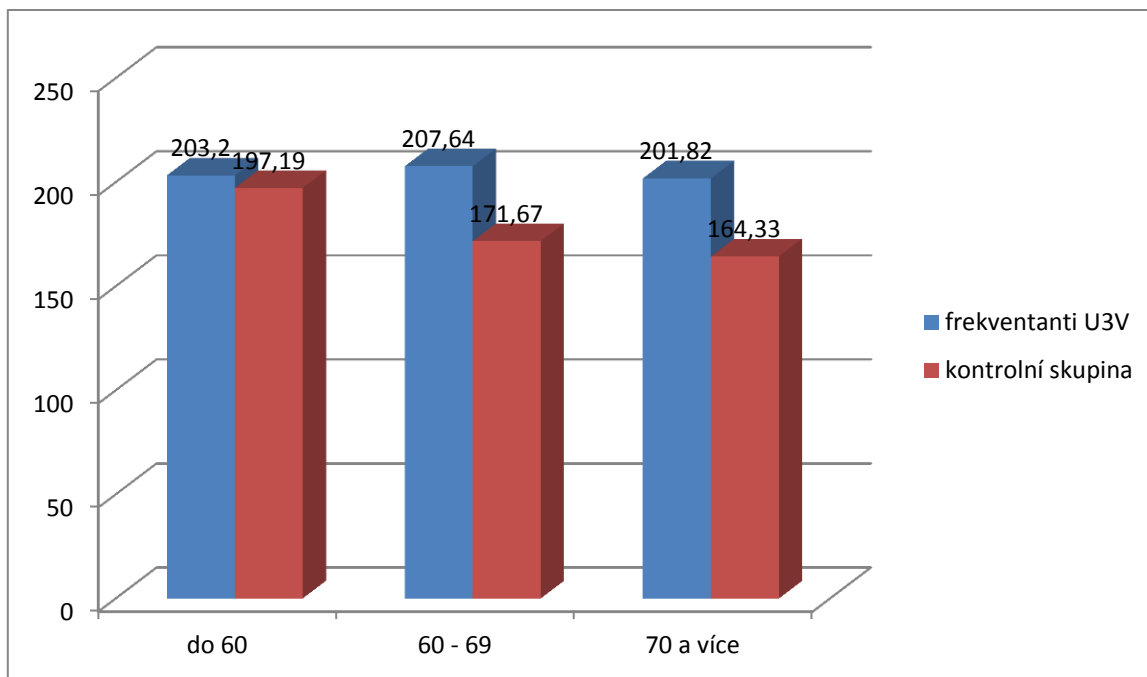
Graf 42 Ženy – dimenze - srovnání



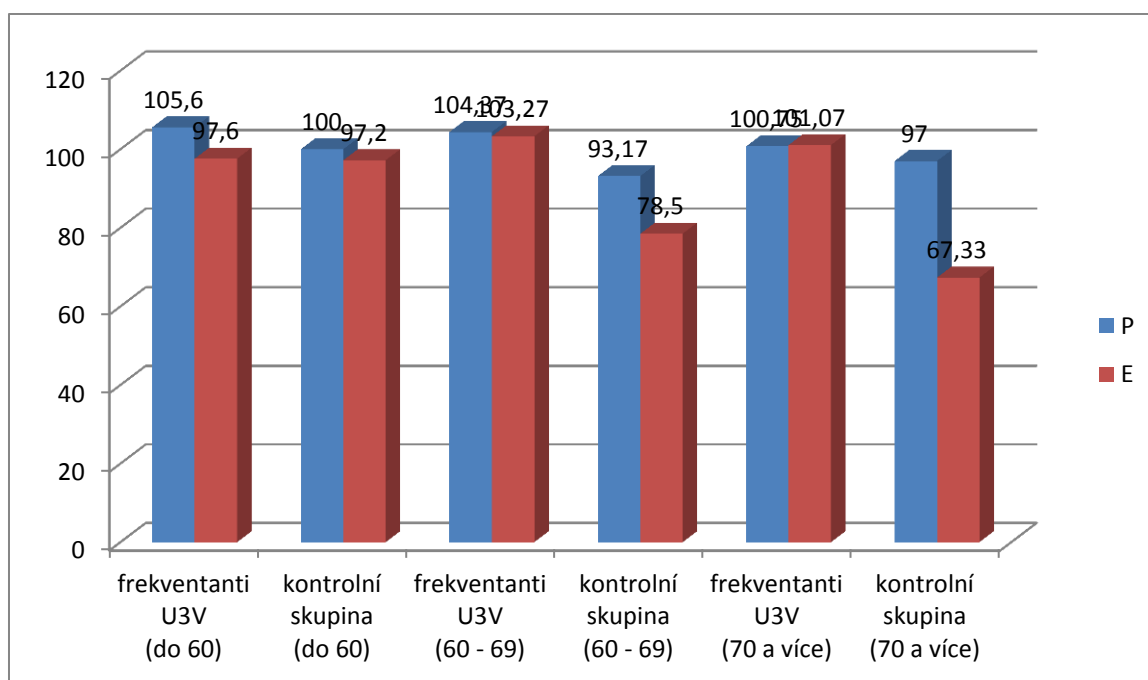
Graf 43 Muži – škály – srovnání



Graf 44 Ženy – škály – srovnání



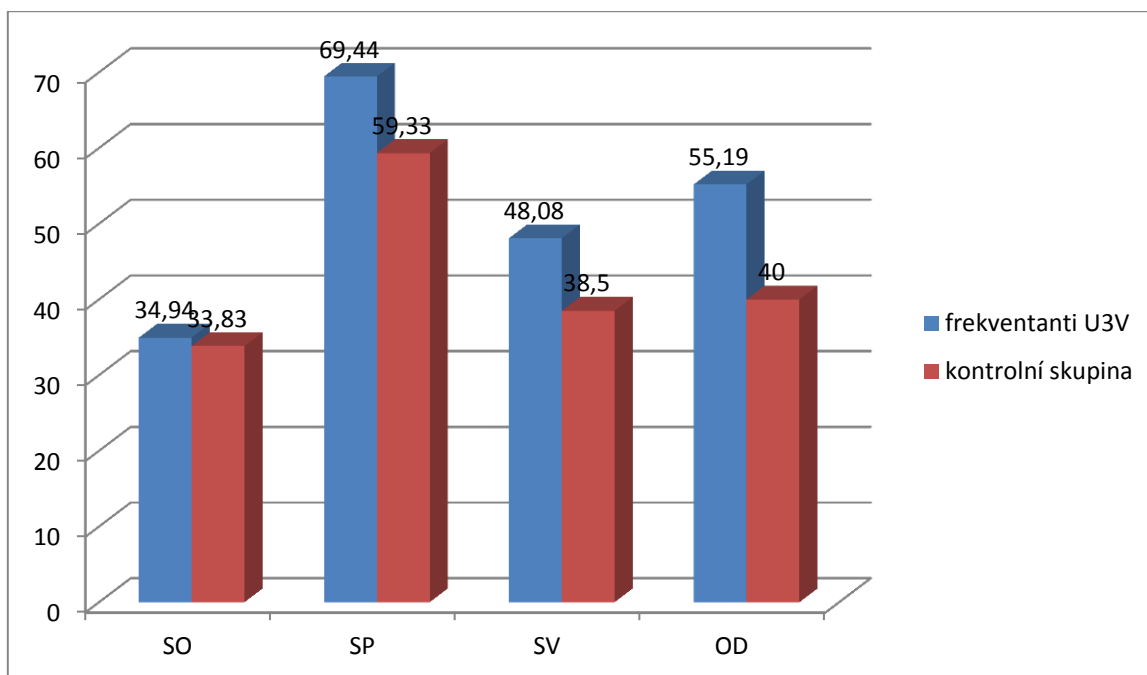
Graf 45 Srovnání dle věku



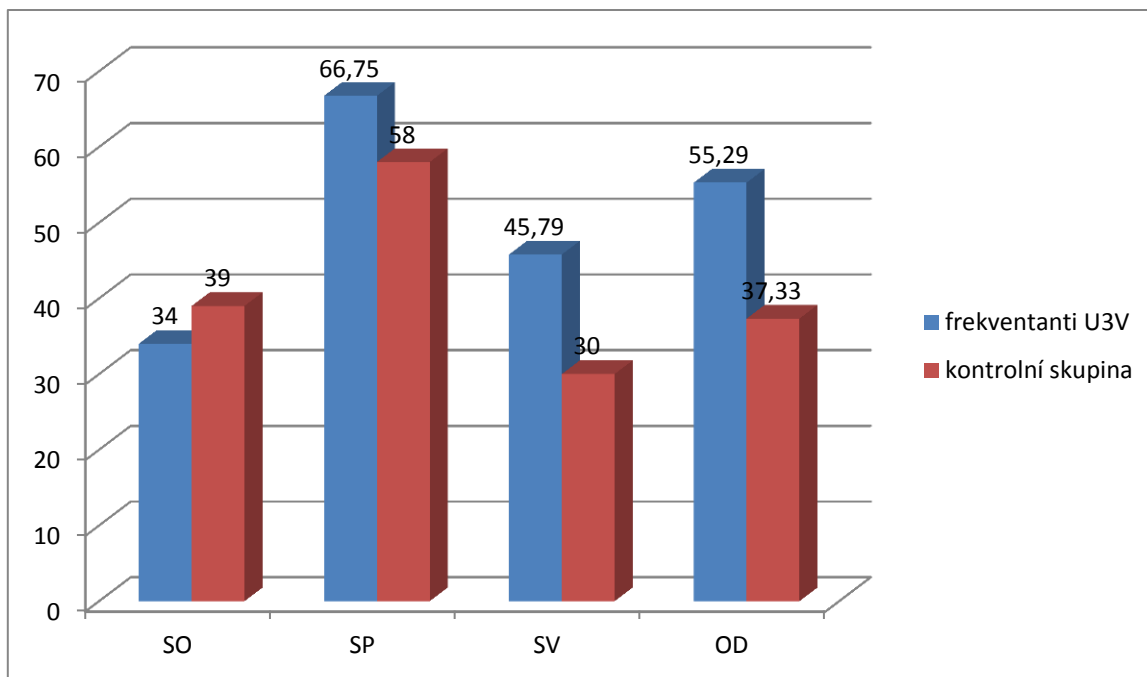
Graf 46 Dimenze – srovnání dle věku



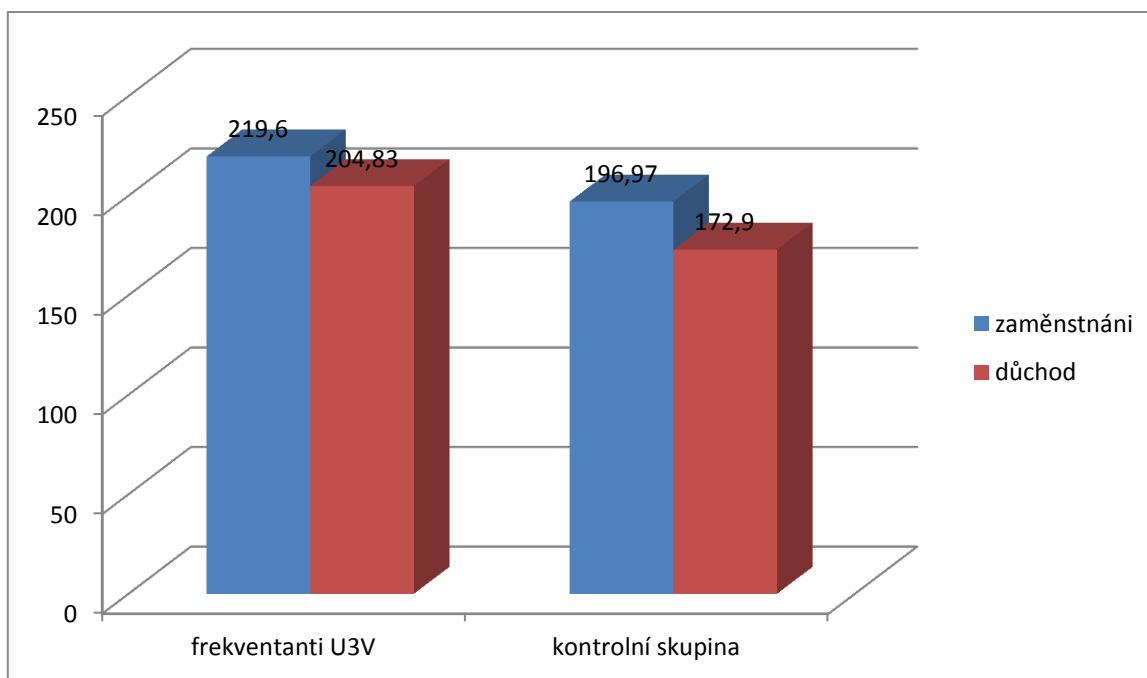
Graf 47 Věk do 60 – škály – srovnání



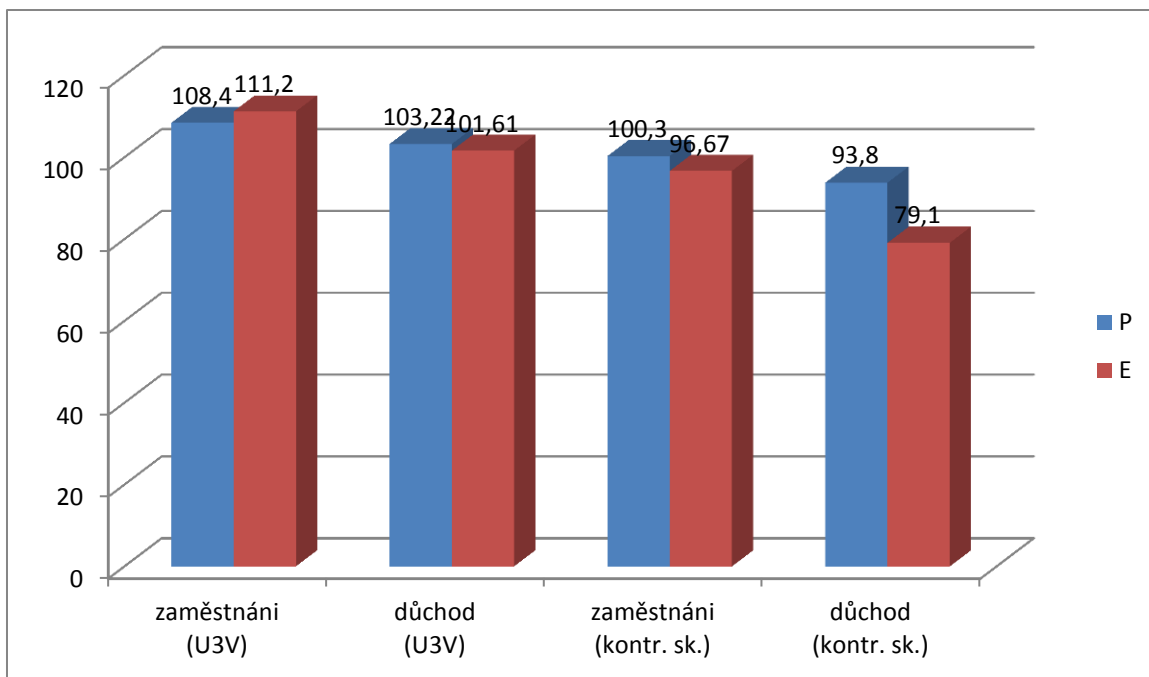
Graf 48 Věk 60 – 69 – škály – srovnání



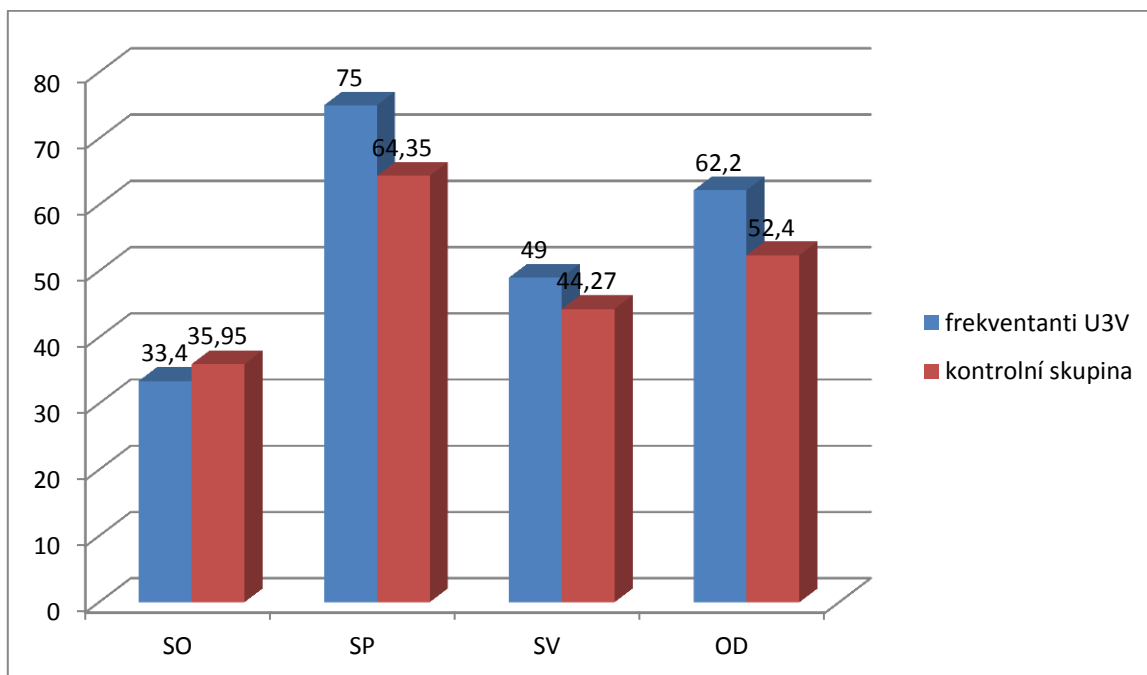
Graf 49 Věk 70 a více – škály – srovnání



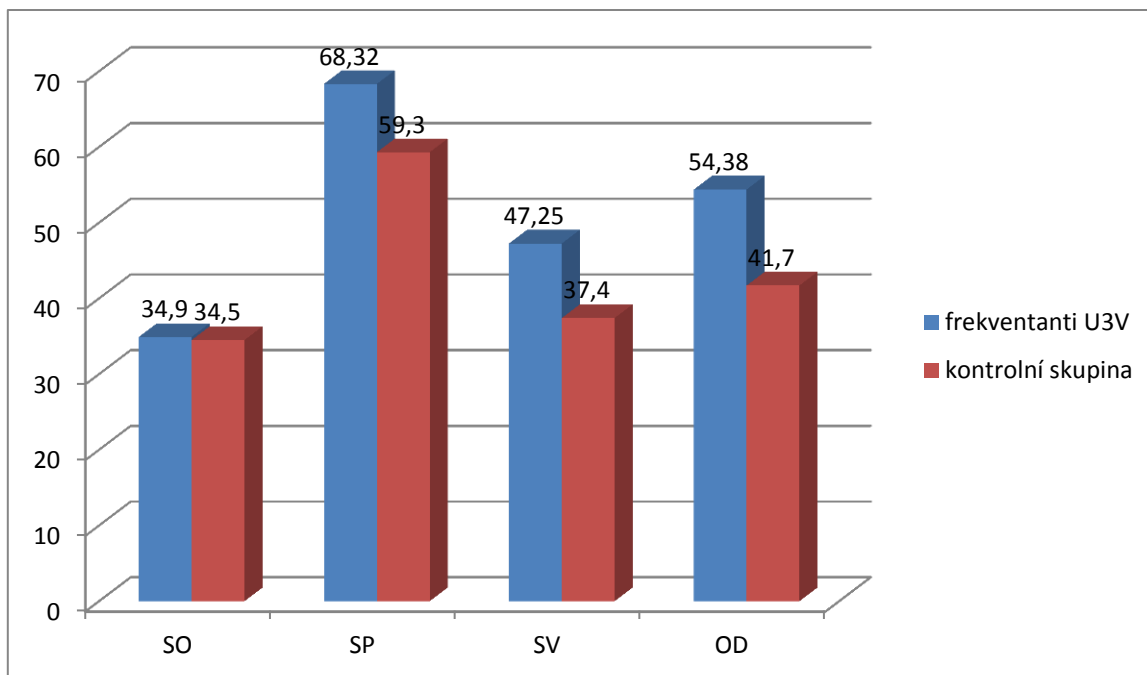
Graf 50 Srovnání dle ekonomické produktivity



Graf 51 Dimenze ESK – srovnání dle ekonomické produktivity



Graf 52 Zaměstnání – srovnání - škály



Graf 53 Důchod – srovnání – škály

Příloha 3





