

# Analýza kvality života seniorů v České republice

Zpracovaly: Antošová, V., Bédiová, M., Birčiaková, N.,  
Kubíčková, L., Rašticová, M.

Brno, 30. 11. 2016

# OBSAH

Úvod .....	3
<b>1. Cíl projektu .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Analýza sekundárních dat kvality života českých seniorů .....</b>	<b>5</b>
<b>3 Primární výzkum .....</b>	<b>28</b>
3.1 Teoretická východiska .....	328
3.2 Cíl primárního výzkumu.....	32
3.3 Metodika aplikovaná ve výzkumné části projektu .....	32
3.4 Kvalitativní část výzkumu.....	32
3.5 Kvantitativní část výzkumu .....	45
<b>4 Navrhovaná opatření .....</b>	<b>77</b>
<b>5 Závěr .....</b>	<b>79</b>
Seznam použitých zdrojů.....	81

## Úvod

*„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejně štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“*

– Johann Wolfgang von Goethe

Hodnocení kvality života seniorů vychází z několika participujících aspektů, kde medicínský zvýrazňuje koncept multifaktorálně ovlivněn jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahy ke klíčovému oblastem jeho životního prostředí. Kvalita života je totiž pojem širší než jen zdraví či nemoc. Je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, které se týkají lidského a společenského rozvoje. Z psychologického aspektu jde především o subjektivní pohodu jednotlivců a spokojenost s vlastním životem (Hnilicová, Bencko, 2005).

Jde o široké spektrum tématiky spokojenosti se životem, pocit životního štěstí, subjektivní pohodu, smysluplnou soběstačnost, emocionální rovnováhu, míru seberealizace a duševní harmonie, o sociální zázemí, zvládání životních situací apod. V intencích formulování spektra psychických aspektů kvality života je zajímavým přístupem i způsoblost vnímání, přijetí a akceptace přítomnosti, přítomného okamžiku jako hodnoty, která osvobozuje od neustálého toku myšlenek vracejících se do minulosti a pokoušejících se znát budoucnost. Jde o přístup, který vede k vnitřní vyrovnanosti a vyváženosti. Sociologický aspekt jako kvalitativní parametr se zaměřuje na takové indikátory, jakými jsou sociální status, majetek, materiální vybavení domácnosti, vzdělání, rodinné zázemí, rodinný stav atd. Kvalita života seniorů tedy závisí na různých faktorech, jako jsou např. fyzické zdraví, míra nezaměstnanosti, psychické fungování v poznávání, adaptaci a zvládání od převládajícího emocionálního prožívání, od přijímané i poskytované psychické opory, tak spirituality (Šimová, 2004).

Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek lidského života a společenského rozvoje. Tento pojem může zahrnovat otázky smyslu života, charakteristiku přírodního a sociálního prostředí člověka, fyzický a psychický stav člověka a také subjektivní hodnocení života - osobní pohodu a spokojenost (Hrozenská, 2008).

V současnosti u seniorů narůstá význam subjektivního hodnocení zdraví. Kvalita života se dokonce považuje za vhodnější ukazatel zdraví než morbidita a mortalita (Payne a kol., 2005). V intencích uvedeného nepochybně platí, že zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve starším věku a ve stáří. Spoluvytváří kvalitu života, postavení starých lidí v rodině, zaměstnání i v společenském životě (Pacovský, Heřmanová, 1981). Za zdravého se starý člověk považuje tehdy, když nemá zjevnou nemoc nebo obtěžující syndrom, je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný, vyvíjí jen přiměřené fyzické a psychické aktivity a sociální kontakty. S přibývajícím věkem se zmenšuje počet lidí, kteří splňují tyto podmínky (Pacovský, 1994). Podle údajů Světové zdravotnické organizace v evropském regionu pouze 20 % lidí nad 60 let neudává žádnou nemoc. Část ze zbývajících respondentů referuje o jedné nebo častěji o více nemocech (Balogová, 2009).

Aktivní stárnutí je aktuální termín, který v sobě implikuje pozitivní akcent samostatnosti, nezávislosti, způsoblosti a zájmu pracovat i po odchodu do důchodu, reálně podporovat vlastní zdravý životní styl, tedy žít s pozitivní vizí. Jde o akceptaci vztahu mezi rostoucím věkem a kvalitou života, o přiměřenou vitalitu a mobilitu. Važanský (2010) uvádí, že proklamovaná péče o starší osoby se zúročí výhradně ve třech rovinách: kvalita - ve smyslu nabídky pro starší lidi, zejména vytváření vizí s jejich následnou realizací; kooperace - hledání společných cílů, komunikace, společný rozvoj; společnost - spolehlivý garant.

# 1. Cíl projektu

Hlavním cílem projektu je provést detailní a komplexní analýzu kvality života českých seniorů, na jejímž základě bude možno formulovat návrhy, jež by vedly ke zkvalitnění jejich života.

Projekt je věcně rozdělen do několika na sebe navazujících částí. Nejprve je provedena analýza dat z výsledků European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU SILC), kde základní proměnnou je čistý peněžní příjem domácností seniorů, případně jednotlivců seniorů v České republice. Je provedena řada podrobných výpočtů ukazatelů úrovně a struktury příjmů, příjmové nerovnosti, sociální redistribuce, příjmové chudoby a materiální deprivace. K tomuto účelu jsou použity statistické metody a konkrétní koeficienty, jako třeba Giniho koeficient, Senův koeficient a další.

Dále je zkoumána aktivita spojená se zajišťováním kvality života seniorů ze strany státu. Vypočítaná je struktura sociálních transferů a sociální kvóta s akcentem na důchodové výdaje a institut minimálními důchodu. Je zjištěna struktura výdajů na starobní důchod, jejich poměr k HDP České republiky a vývoj ve stanoveném období a tento výsledek je porovnán s ostatními státy EU a je provedena shluková analýza, na jejímž základě se zjistí skupina států, se kterou vykazuje Česká republika podobnost, a naopak skupiny států, od nichž se vzhledem k výši starobního důchodu liší.

V další části projektu je realizován primární sociologický výzkum zaměřený na potřeby seniorů a subjektivní názory na míru jejich naplňování. Stanovenou technikou sběru dat je komplexní dotazníkové šetření provedeno ve všech krajích ČR, přičemž výběrový vzorek je založen na kvótních znacích pohlaví, vzdělání, kraji, místa bydliště a věku.

V projektu dojde k propojení sekundárních a primárních dat pomocí exaktních metod. Na základě výsledků budou navržena opatření, která by mohla být využita při koncepční činnosti a přípravě strategických materiálů v oblasti sociální a rodinné politiky a přípravy na stárnutí.

## 2. Analýza sekundárních dat kvality života českých seniorů

První část projektu se zabývá analýzou dat, získaných z projektu European Union – Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), který se zabývá hodnocením kvality života a příjmovou stránkou domácností i jednotlivců. Toto rozsáhlé šetření je dle nařízení Evropské komise povinné pro všechny členské státy Evropské Unie. V České republice je toto šetření realizováno Českým statistickým úřadem pod názvem Životní podmínky (ŽP) od roku 2005. Díky jednotné metodologii je možné provést komparaci mezi jednotlivými členskými státy. Pro výpočty byl využit systém tzv. integrovaných vah, tj. sada přepočítacích koeficientů. Přepočítací koeficient se vztahuje k četnosti  $i$ -té domácnosti a představuje její váhu vzhledem k základnímu souboru. Jednotlivé váhy jsou stanoveny pro přepočtení výsledků z výběrového souboru na celý soubor v populaci. Čistý peněžní či disponibilní příjem je přepočten na jednotku (osobu), což je velice důležitý přepočtení pro následnou komparaci domácností. Příjem domácnosti je možné přepočítat na základě fyzického počtu osob žijících v domácnosti, což je velice jednoduchý a transparentní výpočet. Na druhou stranu ovšem není zcela ideální pro výpočet jiných ukazatelů, jelikož jeho výsledky neberou v potaz tzv. úspory z rozsahu vícečlenných domácností (úspory na nákladech na služby či předměty, o které se členové domácnosti podělí – elektřina, domácí spotřebiče). Pro přepočtení příjmu byla tedy použita i sofistikovanější metoda, která bere v úvahu nejen velikost domácnosti, ale také je zohledněna věková struktura členů. Tento přepočtení na ekvivalentního člena může být také spočteno dle různých metodik, např. dle metodiky OECD, dle metodiky EU či dle modifikované stupnice OECD. Stupnice OECD byla modifikována z důvodu většího zohlednění úspor z rozsahu. Osoba v čele domácnosti má koeficient 1,0, děti ve věku 0 až 13 let mají koeficient 0,3 a ostatní děti a osoby obdrží koeficient 0,5. Rovnice má tedy pak následující strukturu:

$$EJ_{DEF,EU} = 1 + 0,5 * (n_{DOSP} - 1) + 0,3 * n_{DĚTI}$$

Na základě koeficientů dostaneme dle metodiky EU výši spotřebních jednotek, na základě které je vypočten příjem domácnosti na ekvivalentního člena domácnosti (ČSÚ, 2015). V některých případech bylo nutné očistit data od inflace.

Pro hodnocení životních podmínek je velmi důležitým ukazatelem také míra příjmové chudoby, resp. stanovení její hranice, která je stanovena dle jednotné metodiky Eurostatu jako 60 % příjmového mediánu. Z empirické distribuční funkce se dle hodnoty 60 % mediánu následně určí procento osob ohrožených příjmovou chudobou. Příjmová nerovnost ve společnosti byla zjišťována pomocí Giniho koeficientu, který lze znázornit pomocí tzv. Lorenzovy křivky, kde horizontální osa  $x$  obsahuje kumulativní podíl získaného příjmu v procentech. Na vertikální ose  $y$  je zanesen kumulativní podíl obyvatelstva dle jednotlivých decilů. Pro výpočet Giniho koeficientu byl použit tzv. Brownův vzorec., kde je nutností mít seřazeny příjmy od nejnižších po nejvyšší. Matematicky se pro vyjádření této hodnoty použije vztah:

$$G = \left| 1 - \sum_{k=0}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right|$$

kde  $X_k$  je kumulativní hodnota populační proměnné a  $Y_k$  příjmovou proměnnou (Stejskal, 2011). Příjmová diference byla také měřena dle příjmových decilů, kde se počítal tzv. koeficient příjmové nerovnosti S80/S20. Tento kvintilový poměr představuje podíl sumy posledního kvintilu (20 % nejbohatších osob) k celkové hodnotě prvního kvintilu (20 % osob s nejnižšími příjmy).

V rámci analýz životní situace se brala v úvahu i hloubka chudoby, která informuje o tom, kolik finanční prostředků domácnosti potřebují, aby se dostaly z pásma chudoby (nad hranici chudoby). Ukazatel hloubky chudoby (příjmový deficit domácností) lze zjistit pomocí tzv. Senova koeficientu, kdy je nutné znát průměrný příjem domácností ohrožených příjmovou chudobou a hranici chudoby. Hodnoty blízké nule značí mírnou chudobu a hodnoty blíží se jedné, značí chudobu výraznou.

Práce také poukazuje na subjektivní hodnocení životní úrovně a zabývá se důkladnou analýzou modulu materiální, sociální a příjmové deprivace a modulem well-being.

## 1.1 Analýza životní situace seniorů v České republice

Senioři jsou segmentem, jehož podíl v populaci meziročně narůstá. Jako senior (důchodce) je chápána osoba, která pobírá důchod (starobní důchod, resp. vdovský či invalidní) a řadí se do skupiny důchodce. Pak lze odlišit, zda důchodce žije s osobou, která je pracující či nikoliv (dle toho se zařadí do příslušné kategorie). Následující tabulka 1 znázorňuje počty domácností a jednotlivců ČR zapojených do šetření EU-SILC v letech 2005-2014.

Tab. 1: Počty domácností a jednotlivců v šetření EU SILC v ČR

Rok	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
Počet domácností v souboru SILC	4 351	7 483	9 675	11 294	9 911	9 098	8 866	8 873	8 275	8 053
Z toho počet domácností důchodců v %	34,80	35,11	36,13	36,98	37,01	37,34	39,25	40,21	40,86	41,67
Z toho počet domácností důchodců jednočlenných v %	17,17	17,41	17,68	18,07	18,35	17,63	18,17	18,85	18,92	19,66
Počet jednotlivců v souboru	10 333	17 830	23 059	26 933	23 302	21 379	20 629	20 238	19 105	18 210
Počet jednotlivců seniorů v souboru SILC	2 519	4 357	5 803	6 916	6 021	5 597	5 699	5 807	5 526	5 421
Procento seniorů jednotlivců	24,38	24,44	25,17	25,68	25,84	26,18	27,63	28,69	28,92	29,77

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Dle výše uvedené tabulky 1 je zřejmé, že v souboru domácností počet jednočlenných seniorských domácností vzrostl za sledované období téměř o 2,5 %. V souboru jednotlivců byly v posledním roce šetření ŽP14 dotazováno 5 420 seniorů, přičemž téměř 30 % těchto seniorů žije samo, což je nárůst za sledované období o více jak 5 %. Výsledky výběrového šetření SILC umožňují podle jednotné metodiky přepočítat zastoupení v šetření SILC na celý základní soubor ČR, který je uvedený v tabulce 2.

Tab. 2: Počty domácností a jednotlivců v šetření EU SILC v ČR

Rok	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
Přepočet na domácnosti v celé ČR (v tis.)	4 013	4 028	4 043	4 082	4 116	4 150	4 181	4 255	4 282	4 304
Přepočet na jednotlivce v ČR (v tis.)	10 129	10 161	10 195	10 229	10 340	10 403	10 435	10 293	10 307	10 315
- z toho senioři (v tis.)	2 091	2 046	2 071	2 102	2 164	2 188	2 288	2 347	2 345	2 355
Podíl seniorů v ČR v %	20,64	20,14	20,32	20,55	20,93	21,03	21,93	22,80	22,75	22,83
Podíl osamělých seniorů (v rámci seniorů) %	43,08	44,94	45,65	47,04	45,40	43,72	42,51	47,07	47,48	47,04

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Více jak 1/3 české populace osob pobírá starobní důchod. Počet starobních důchodců vzrostl od roku 2005 v rámci celé populace o více než 2 %. Dle genderového rozložení znázorněného v níže uvedené tabulce 3 je zřejmé, že se podíl mezi muži a ženami za sledované období příliš nezměnil. V rámci osob 50+ představují muži 45 % a ženy 55 %.

Tab. 3: Věkové rozložení osob 50+ dle pohlaví

Pohlaví	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
Muži	44,5	44,5	44,96	44,8	45,1	45,4	45,3	45,2	45,36	45,67
Ženy	55,5	55,5	55,04	55,2	54,9	54,6	54,7	54,8	56,64	54,33

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Věkové rozložení osob 50+ ukazuje nárůst o 3 % v kategorii 70 a více let a o téměř 7 % v kategorii 60 až 69 let. Počet osob ve vyšších kategoriích postupně meziročně narůstá.

Tab. 4: Věkové rozložení osob 50+ dle věkových kategorií

Skupiny	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
50-59 let	44,0	44,3	42,94	41,6	39,7	39,5	38,5	36,5	35,34	34,59
60-69 let	29,3	29,6	30,64	31,6	32,7	33,6	33,7	35,4	36,31	36,16
70 a více let	26,7	26,1	26,42	26,8	27,6	26,9	27,8	28,1	28,34	29,25
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Podrobnější analýzy osob starších 50 let ukázaly, že 1/3 osob nepobírá žádný druh důchodu, okolo 45 % osob pobírá starobní důchod a zvýšilo se procento osob pobírajících současně starobní i vdovský důchod. Procento osob pobírajících invalidní důchod kleslo za sledované období o 1,6 %.

Tab. 5: Druh důchodu u osob 50+

Druh důchodu	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
žádný	32,6	32,9	33,10	32,7	32,3	31,9	32,0	30,5	31,47	32,4
starobní	46,6	44,9	45,11	43,0	42,7	43,1	44,7	45,5	44,68	45,1
starobní a vdovský	12,4	12,3	11,89	14,2	15,1	15,0	15,6	16,7	16,72	16,0
invalidní	7,2	8,6	8,59	8,8	8,6	8,4	6,5	6,3	6,06	5,6
vdovský, vdovecký či ostatní souběhy	1,3	1,3	1,31	1,4	1,5	1,5	1,2	1,1	1,06	0,9

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Dále uvedená tabulka 6 detailněji analyzuje nejvyšší dokončené vzdělání u osob 50+. Za sledované období se snížil počet osob nad 50 let, které mají pouze základní vzdělání (pokles téměř o 7 %). Procento osob, které jsou vyučeny, či mají střední vzdělání s maturitou nebo nástavbové se během sledovaných let nijak výrazně neměnil. Nárůst o 3,3 % byl zaznamenán u osob vysokoškolsky vzdělaných.

Tab. 6: Nejvyšší dokončené vzdělání osob 50+

Druh důchodu	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
ZŠ	21,3	20,4	19,38	19,2	19,4	18,7	17,6	16,8	16,06	14,5
Vyučen, střední bez maturity	42,4	43,0	42,93	42,5	41,3	40,8	41,8	42,1	42,48	42,4
Úplné střední s maturitou	26,2	26,1	26,44	26,8	27,3	28,2	27,7	27,9	28,34	29,8
Nástavbové či vyšší odborné	1,6	1,8	2,07	1,9	1,9	1,6	1,4	1,6	1,66	1,4
VŠ	8,6	8,8	9,17	9,5	10,0	10,6	11,5	11,6	11,46	11,9

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Níže uvedená tabulka 7 poskytuje podrobnější údaje o četnostech domácností dle jednotlivých sociálních skupin: zaměstnanci vyšší a nižší, osoby samostatně výdělečně činné, důchodci s pracujícím členem v domácnosti, důchodci bez pracujícího člena v domácnosti, nezaměstnaní a ostatní. Procento důchodců se za sledované období razantně zvýšilo, ovšem detailnější rozdělení na základě ostatních členů domácnosti ukázalo, že se jedná o nárůst počtu seniorských domácností bez EA (ekonomicky aktivních) členů (téměř o 4 %).

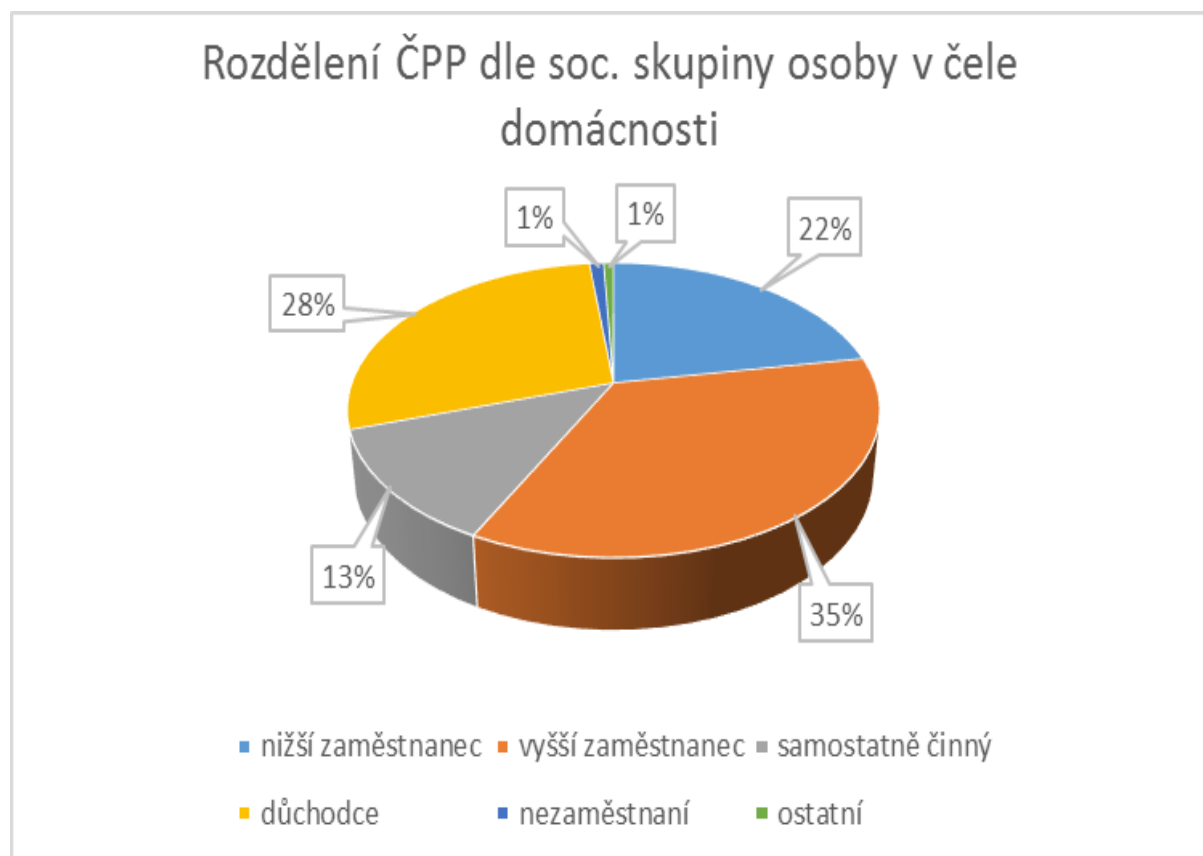


Tab. 7: Četnosti domácností dle postavení jednotlivých sociálních skupin v čele domácnosti (v %)

Charakteristiky	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
Zaměstnanci	49,25	49,8	49,2	49,5	50,0	49,4	48,7	47,5	48,1	47,8
- nižší	23,81	25,2	24,8	24,8	25,0	23,5	21,8	21,1	21,1	20,3
- vyšší	25,44	24,6	24,4	24,7	25,0	25,9	26,9	26,5	27,0	27,5
Samostatně činní	12,79	12,5	12,5	12,4	12,7	13,1	13,3	13,4	13,3	12,5
Důchodci	30,85	31,8	32,6	33,0	33,0	32,7	32,8	33,9	34,0	34,2
- s EA členy	4,17	4,0	4,4	4,3	4,6	4,5	4,3	3,8	3,9	3,9
- bez EA členů	26,68	27,8	28,1	28,7	28,5	28,2	28,6	30,1	30,1	30,3
Nezaměstnaní	5,39	4,8	4,7	4,2	3,2	3,8	3,9	3,9	3,5	4,3
Ostatní	1,71	1,1	1,0	1,0	1,1	1,1	1,4	1,2	1,1	1,2

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Pro posouzení příjmové situace českých domácností je možné použít čistý peněžní příjem či disponibilní příjem. Není příliš velký rozdíl, zda bude použit čistý peněžní příjem nebo disponibilní příjem dle definice EU, ovšem značná diference je při použití přepočtu příjmu na spotřební jednotku (na fyzickou osobu domácnosti či na ekvivalentní jednotku). Níže uvedený obrázek 1 znázorňuje, rozdělení ČPP v rámci šetření ZP14 dle sociální skupiny v čele domácnosti. 28 % čistých peněžních příjmů připadá na domácnosti, v jejichž čele stojí důchodce, ostatní členové mohou být klidně pracující, rozhodující je sociální skupiny v čele domácnosti.



Obr. 1: Rozdělení ČPP dle soc. skupiny osoby v čele domácnosti dle šetření ŽP14

Zdroj: EU – SILC, vlastní tvorba

Níže uvedená tabulka 8 představuje výši průměrných příjmů seniorů a průměrné domácnosti. Následující tabulka 3 uvádí vývoj příjmů u celé populace a u skupiny seniorů a příjmy nejsou očištěny od inflace.

Tab. 8: Vývoj příjmů domácností seniorů a všech domácností v ČR dle přepočtu na fyz. člena domácnosti

Charakteristiky	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
Průměrný ČPP na fyz. osobu (Kč)	8 666	9 088	9 836	10 663	11 644	11 926	12 050	12 288	12 478	12 772
Bazické indexy (%)	-	4,87	13,50	23,04	34,36	37,62	39,05	41,80	43,99	47,38
Průměrný ČPP seniora na fyz. osobu (Kč)	8 467	8 839	9 414	10 290	11 066	11 789	12 007	12 457	12 740	12 808
Bazické indexy seniorů (%)	-	4,39	11,18	21,53	30,70	39,23	41,81	47,12	50,47	51,27

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Na základě výše uvedené tabulky 8 je zřejmé, že rozdíl mezi příjmy seniorů a průměrnými příjmy populace v průběhu sledovaných let kolísal, ovšem výraznější extrémy nebyly zaznamenány. Je zřejmé, že příjmy během sledovaného období rostly u skupiny seniorů mnohem výrazněji než u průměrné populace. Podíl seniorů ve společnosti roste a stejný vývoj je sledován i po jejich příjmové stránce. Je možné určit několik druhů příjmů seniorů podle různých metodik. Jejich srovnání nabízí následující tabulka, kde jako základní přepočet na jednotku je využit přepočet na fyzického člena či na ekvivalentního člena, kde výsledný ekvivalentní příjem zohledňuje složení domácnosti.

Tab. 9: Průměrné příjmy seniorů v rámci šetření ŽP14

ŽP14	Měsíční příjmy v Kč
Čistý peněžní příjem přepočtený na fyzickou osobu (soubor domácností)	12 808
Disponibilní příjem přepočtený na fyzickou osobu (soubor domácností)	12 580
Disponibilní příjem dle definice EU na ekvivalentní osobu (soubor domácností)	15 098
Čistý peněžní příjem (ze souboru jednotlivců)	12 913
Medián čistého peněžního příjmu (ze souboru jednotlivců)	11 574

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Měsíční výše starobního (příp. vdovského) důchodu činila v rámci šetření ŽP14 ze souboru jednotlivců v průmětu 11 467 Kč (medián 11 159 Kč). Podrobnější příjmové analýzy souboru jednotlivců ukázaly, že minimálním měsíčním příjmem byla částka 2 100 Kč a naopak maximální byla částka 41 900 Kč. Podrobnější strukturu příjmů lze analyzovat pomocí kvintilového rozložení, které je znázorněno v tabulce 10.

Tab. 10: Kvintilové dělení ŽP14

Kvintil	Soubor jednotlivci ŽP14		Soubor domácnosti (osamělí senioři) ŽP14	
	Průměrný měsíční ČPP v Kč	Horní hranice kvintilu v Kč	Průměrný měsíční ČPP v Kč na fyz. člena dom.	Horní hranice kvintilu v Kč
1 (do 20 %)	8544	9540	9642	10327
2 (do 40 %)	10287	11000	11148	11320
3 (do 60 %)	11219	11680	12161	12631
4 (do 80 %)	12480	13177	13669	14196
5 (do 100 %)	14967	-	20236	-

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Výše uvedená tabulka 10 znázorňuje kvintilové rozložení, které vzešlo ze souboru jednotlivců i ze souboru domácností, kde se vyfiltrovali pouze osamělí senioři (žijící sami). Následující tabulka 11 ukazuje rozdíly mezi seniorem, který žije sám a seniorem, který je v čele domácnosti a žije s dalšími členy.

Tab. 11: Mediány měsíčních příjmů na ekvivalentní jednotku v souboru domácností ŽP14 (neočištěno od inflace)

Rok	v čele domácnosti senior	osamělý senior
2014	14715	11878
2013	14585	11844
2012	14189	11500
2011	13733	11000
2010	13496	11000
2009	12816	10355
2008	11775	9788
2007	11107	9153
2006	10382	8562
2005	10058	8078

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Dle výše uvedené tabulky 11 je zřejmé, že senior v čele domácnosti, který žije s dalšími členy má v průměru na ekvivalentní jednotku vyšší příjem než senior, který žije sám. Ukazatel, kterým lze zhodnotit příjmovou nerovnost je tzv. Giniho koeficient, jehož hodnoty pro všechny sledované roky jsou uvedeny v následující tabulce 12. Následující ukazatele příjmové nerovnosti jsou počítány z ekvivalizovaného příjmu.

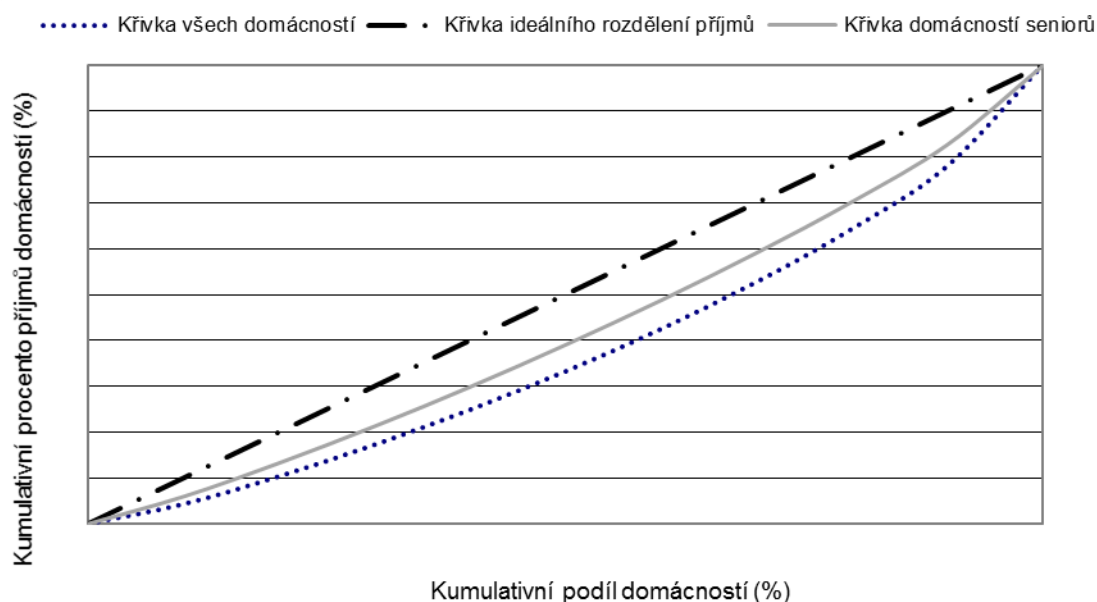
Tab. 12: Giniho koeficient

Gini koeficient	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
průměrná domácnost	0,2607	0,2550	0,2530	0,2487	0,2534	0,2477	0,2531	0,2478	0,2449	0,2495
seniorská domácnost	0,1668	0,1693	0,1635	0,1744	0,1789	0,1805	0,1896	0,1885	0,1881	0,1868

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Giniho koeficient v roce 2005 dosáhl u skupiny seniorů hodnoty 0,1668 a u souboru všech domácností 0,2607. U skupiny seniorů se příjmová diference během sledovaných let postupně zvyšovala. V roce

2014 měl Giniho koeficient u skupiny seniorů hodnotu 0,1868. Na druhou stranu u celého sboru domácností se Giniho koeficient nepatrně snižoval. V roce 2014 byla hodnota Giniho koeficientu pro celý soubor 0,2495. Na základě výpočtu Giniho koeficientů byla pro rok 2012 sestavena Lorenzova všech domácností a lze ji porovnat na obrázku 1 s křivkou pro seniory, která se blíží ideální Lorenzově křivce. Lze tedy říci, že nerovnosti v oblasti příjmů u skupiny seniorů jsou téměř nepatrné.



Obr. 2: Lorenzova křivka ŽP12  
Zdroj: EU – SILC, vlastní tvorba

Za další velmi často používaný způsob měření příjmové diferenciaci je považován koeficient příjmové nerovnosti. V rámci segmentu seniorů vyšla hodnota tohoto koeficientu také poměrně nízká. Znamená to, že 20 % nejbohatších seniorů má dvakrát vyšší příjem nežli 20 % nejchudších seniorů. Pokud by hodnota indexu vyšla rovna jedné, znamenalo by to, že příjmy jsou u skupiny seniorů naprosto vyrovnané.

Tab. 13: Koeficient příjmové nerovnosti

Koeficient příjmové nerovnosti S80/S20	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
průměrná domácnost	3,7	3,5	3,5	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
seniorská domácnost	2,1	2,2	2,1	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3	2,6	2,5

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Výše uvedená tabulka 9 ukazuje koeficienty příjmové nerovnosti mezi všemi domácnostmi v ČR a mezi domácnostmi seniorů. U domácností seniorů je koeficient příjmové nerovnosti nižší, což značí, že příjmová diferenciaci je u této skupiny mnohem nižší a jejich příjmy jsou vyrovnanější.

## 2.2 Hloubka chudoby a sociální transfery

Pro hodnocení životní úrovně je nezbytné znát současný stav, ale také dosavadní vývoj příjmové chudoby a její hloubka. Výpočet hranice chudoby je přesně stanoven dle definice EU jako 60 % příjmového mediánu na ekvivalentního člena domácnosti. Niže uvedená tabulka 14 nabízí porovnání osob ohrožených příjmovou chudobou v rámci celé populace, ale také pouze v rámci skupiny seniorů. Počet seniorů ohrožených chudobou v rámci jednotlivých let kolísal. Po přepočtu domácností ze souboru SILC na celou populaci bylo zjištěno, že počet osob ohrožených chudobou od prvního šetření ŽP05 až do šetření ŽP09 postupně klesal z 10,36 % na 8,58 %. V rámci šetření ŽP10 procento osob ohrožených příjmovou chudobou vzrostlo na hodnotu 9,01 %. V posledním šetření ŽP14 došlo k meziročnímu nárůstu o 1,12 % osob ohrožených chudobou. V absolutním vyjádření se jedná o více než milion osob ohrožených příjmovou chudobou v rámci České republiky. Ve skupině seniorů došlo také k nárůstu procenta osob ohrožených chudobou na hodnotu 8,08 %. V rámci sledovaného období se tedy procento seniorů ohrožených příjmovou chudobou navýšilo téměř o 3 % (k prvotnímu šetření ŽP05). V rámci celé populace je procento ohrožených seniorů na velmi nízké úrovni (okolo 2 %).

Tab. 14: Hranice chudoby a osoby ohrožené chudobou

Roky	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
Osoby ohrožené chudobou (v %)	10,36	9,80	9,61	9,06	8,58	9,01	9,83	9,62	8,60	9,72
Osoby ohrožené chudobou (v tis.)	1049,3	995,6	980,0	926,6	886,9	937,3	1022,3	990,3	885,9	1002,3
Senioři ohrožení chudobou (v %)	5,16	6,61	6,19	7,65	7,91	6,86	7,44	7,17	6,78	8,08
Senioři ohrožení chudobou - z celé populace (v %)	1,04	1,29	1,23	1,54	1,64	1,44	1,66	1,67	1,57	1,89

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Následující část se bude zabývat měřením hloubky chudoby, která byla zjišťována pomocí Senova koeficientu, který říká, kolik finančních prostředků domácnost potřebuje, aby se dostala nad hranici chudoby. V níže uvedené tabulce 15 jsou uvedeny koeficienty hloubky chudoby pro seniory a pro průměrnou domácnost.

Tab. 15: Hranice a hloubka chudoby

Charakteristiky	ŽP05	ŽP06	ŽP07	ŽP08	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
Hranice chudoby (A)	6748	7143	7683	8417	9089	9324	9420	9579	9 673	9 901
Průměrný příjem dom. ohrožených chudobou (a)	5183	5644	6002	6576	7059	7248	7300	7375	7 437	7 779
Průměrný příjem dom. seniorů ohrožených chudobou (a)	5978	6246	6713	7334	7855	8150	8111	8185	8 350	8 438

Senův koeficient pro průměrnou domácnost	0,232	0,210	0,219	0,219	0,223	0,223	0,225	0,230	0,231	0,214
Senův koeficient pro seniorskou domácnost	0,114	0,126	0,126	0,129	0,136	0,126	0,139	0,146	0,137	0,148

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Podrobnější analýzy ukázaly, že by např. v roce 2012 každá seniorská domácnost, která byla ohrožená chudobou, potřebovala přidat v průměru 14,6 % z hodnoty hranice chudoby (9 579 Kč), což by bylo přibližně 1408 Kč, aby se tyto seniorské domácnosti dostaly nad hranici chudoby. U průměrné domácnosti, která se nachází v pásmu chudoby, se jedná o 23 % (2 203 Kč) a její průměrný příjem (domácností v pásmu chudoby) v roce 2012 činil 7375 Kč. Dle Senova koeficientu lze říci, že větší chudoba (hlubší) je u domácností celého souboru než pouze u skupiny seniorů. Zatímco v posledním roce šetření ŽP14 se u celého souboru domácností hloubka chudoby meziročně snížila, ve skupině seniorů se hloubka chudoby meziročně prohloubila a Senův koeficient se dostal na nejvyšší hodnotu za celé sledované období (koeficient 0,148).

Počet seniorských domácností ohrožených chudobou v rámci sledovaného období zpočátku kolísal, od šetření ŽP11 docházelo k poklesu osob ohrožených příjmovou chudobou, ovšem poslední šetření ŽP14, opět ukázalo negativní nárůst tohoto ukazatele. K omezování příjmové nerovnosti a ke snižování počtu domácností ohrožených chudobou stát využívá sociálních transferů. Struktura sociálních transferů je uvedena v tabulce 16.

Tab. 16: Struktura sociálních transferů v %

Sociální transfery	ŽP05	ŽP12	ŽP14
1. státní sociální podpora	11,2	7,91	5,57
1.1. dávky vyplacené s ohledem na příjem domácnosti (přídatek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení)	7,36	1,72	1,52
1.2. dávky vyplacené bez ohledu na příjem domácnosti (rodičovský příspěvek, dávky péčovské péče, porodné, pohřebné)	3,84	6,19	4,05
2. důchodové pojištění	77,66	83,58	88,13
2.1. starobní a vdovský důchod	66,77	73,62	80,44
2.2. invalidní a sirotčí důchod	10,89	9,96	7,69
3. dávky pomoci v hmotné nouzi	2,63	0,69	0,67
4. dávkový systém nemocenského pojištění	4,39	3,32	2,05
5. podpora v nezaměstnanosti	2,62	1,56	0,90
6. jiné sociální transfery	1,50	2,95	2,68

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

V rámci všech analyzovaných šetření (ŽP05, ŽP12 a ŽP15) se podílely sociální transfery na celkových příjmech domácností vždy shodně 28 %. V rámci šetření ŽP05 bylo zjištěno, že žádné dávky nepobírá

863 181 domácností, což je 21,51 %. Stát tedy prostřednictvím sociálních dávek přerozdělil 290,4 miliard Kč. Domácnosti, které pobírají sociální transfery (78,49 % domácností v ČR) obdrží v průměru měsíčně 7 683 Kč. Starobní důchody pobírá 1 565 053 seniorských domácností, což je 39 % domácností v ČR, v peněžním vyjádření se jedná téměř o 194 miliard Kč.

Při šetření ŽP12 nepobíralo žádné sociální transfery 1 344 996 domácností, což je 31,61 % domácností v rámci celé ČR. V rámci sociálních transferů bylo přerozděleno 425,2 miliard Kč. Domácnosti pobírající sociální transfery (68,39 %) obdržely v průměru 12 176 Kč měsíčně (pokud by se hodnota očistila od inflace, jednalo by se o částku 10 327 Kč). Starobní důchody pobírá 1 767 549 seniorských domácností, což je 42 % domácností v ČR, v peněžním vyjádření se jedná téměř o 313 miliard Kč.

Při šetření ŽP14 nepobíralo žádné sociální transfery 1 447 309 domácností, což je 33,62 % domácností v rámci celé ČR. V rámci sociálních transferů bylo přerozděleno 435,5 miliard Kč. Domácnosti pobírající sociální transfery (66,38 %) obdržely v průměru 12 703 Kč měsíčně. Starobní důchody pobírá 2 021 803 seniorských domácností, což je 47 % domácností v ČR, v peněžním vyjádření se jedná téměř o 364,5 miliard Kč.

Tab. 17: Struktura sociálních transferů v rámci celé populace

Sociální transfery	ŽP05	ŽP12	ŽP14
Domácnosti nepobírající žádné sociální dávky v abs. vyjádření	863181	1344996	1447309
Domácnosti nepobírající žádné sociální dávky v %	21,51	31,61	33,62
Sociální transfery celkem v mld. Kč	290,4	425,2	435,5
- z toho starobní (či vdovské) důchody	194	313	364,5
Domácnosti pobírající sociální transfery v %	78,49	68,39	66,38
Domácnosti pobírají starobní (či vdovské) důchody v abs. vyjádření	1565053	1767549	2021803
Domácnosti pobírají starobní (či vdovské) důchody v %	39	42	47

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

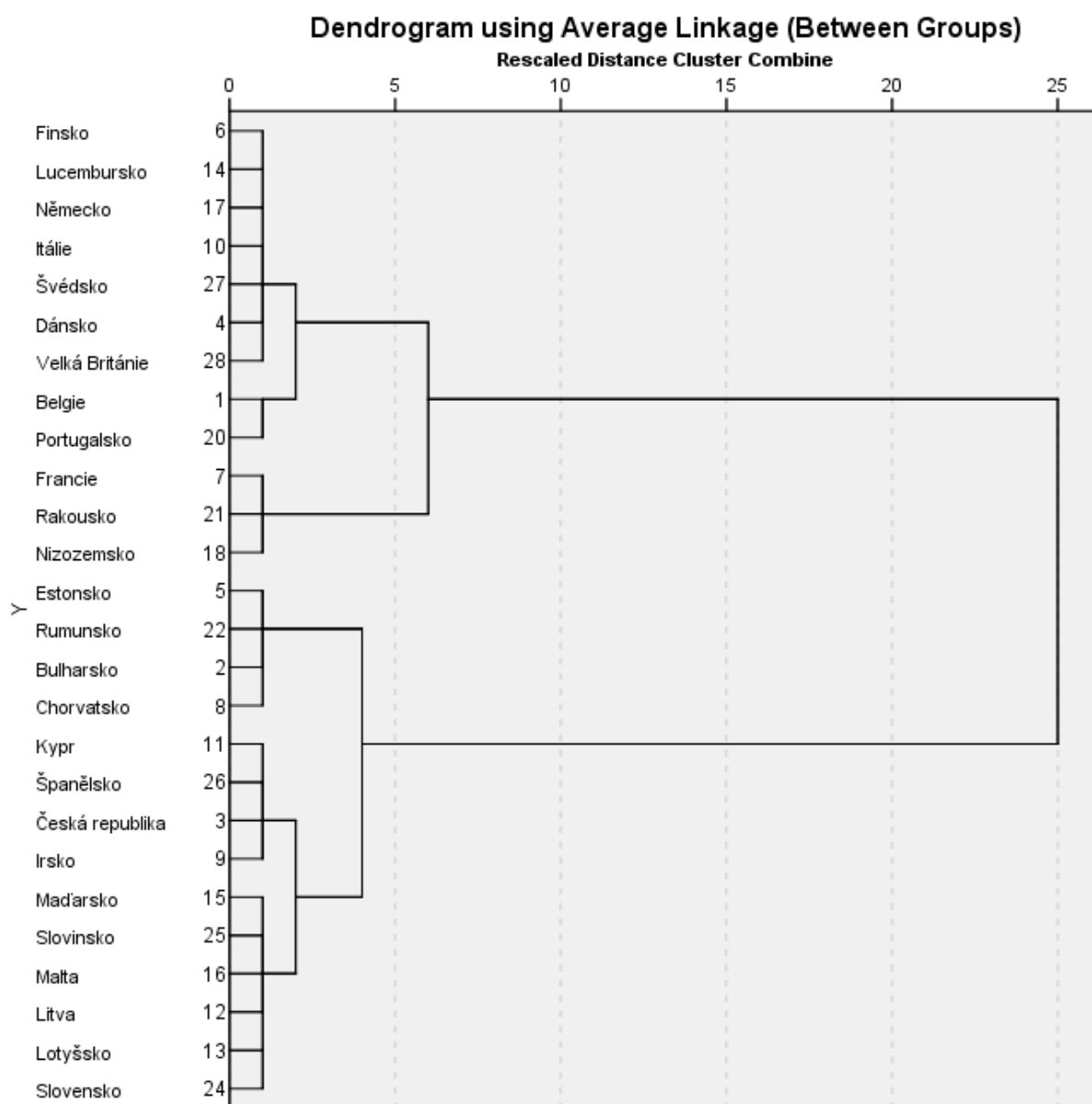
Ze struktury sociálních transferů je možno zpochybnit účelnost vyplácených státních sociálních podpor a to ze skutečnosti razantního snížení objemu sociálních podpor vyplácených v závislosti na příjmu domácnosti (7,36 % v šetření ŽP05, 1,72 % v šetření ŽP12) a nárůstu objemu sociálních dávek, vyplácených bez ohledu na příjem domácnosti (3,84 % v šetření ŽP05 a 6,19 % v šetření ŽP12). Jak již bylo několikrát zmíněno, chudoba v rámci Evropské unie má jednotnou metodiku a je vypočtena na základě 60 % mediánového příjmu.

## 2.3 Shluková analýza zemí EU dle poměru důchodu k HDP a starobního důchodu v paritě kupní síly

Byla zjištěna struktura výdajů na starobní důchod, jejich poměr k HDP České republiky a vývoj ve stanoveném období. Tento výsledek je porovnán s ostatními státy EU a je provedena shluková analýza, na jejímž základě byla určena skupina států, se kterou vykazuje Česká republika podobnost, a naopak

skupiny států, od nichž se vzhledem k výši starobního důchodu liší. Výstup shlukové analýzy je možno prezentovat dendrogramem, viz obrázek 3. Na základě dendrogramu lze státy dle daných ukazatelů rozdělit do 6 skupin. Rozdělení států do skupin je možno vidět v tabulce 18.

První skupinu tvoří Belgie a Portugalsko, druhou skupinu tvoří Bulharsko, Estonsko, Chorvatsko a Rumunsko. Třetí skupinu tvoří Česká republika, Irsko, Kypr a Španělsko. Čtvrtou skupinu tvoří Dánsko, Finsko, Itálie, Lucembursko, Německo, Švédsko a Velká Británie. Pátou skupinu tvoří Francie, Nizozemsko a Rakousko. A poslední šestou skupinu tvoří Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Slovensko a Slovinsko.



Obr. 3: Dendrogram  
Zdroj: Vlastní výpočty



Tab. 18: Rozdělení států do skupin

Cluster Membership	
Case	6 Clusters
1:Belgie	1
2:Bulharsko	2
3:Česká republika	3
4:Dánsko	4
5:Estonsko	2
6:Finsko	4
7:Francie	5
8:Chorvatsko	2
9:Irsko	3
10:Itálie	4
11:Kypr	3
12:Litva	6
13:Lotyšsko	6
14:Lucembursko	4
15:Maďarsko	6
16:Malta	6
17:Německo	4
18:Nizozemsko	5
20:Portugalsko	1
21:Rakousko	5
22:Rumunsko	2
24:Slovensko	6
25:Slovinsko	6
26:Španělsko	3
27:Švédsko	4
28:Velká Británie	4

Zdroj: vlastní výpočty

## 2.4 Finanční a materiální deprivace českých seniorů

Problém sociální exkluze má mnoho dimenzí. Proto je nezbytné se zabývat sociální situací v širším kontextu, nevyužívá pouze kvantitativní metody, ale také metody kvalitativní. Předmětem následujících kapitoly je analýza subjektivních názorů domácností. Následující tabulky budou opět porovnávat skupinu seniorů s domácnostmi celkem v šetření ŽP05, ŽP12 a ŽP14. První otázka zněla, jak domácnost vychází se svými příjmy. Odpovědi respondentů byly velmi podobné v průběhu celého šetření. Šetření ŽP12 ukázalo, že se svým příjmem vyjde obtížně mnohem více seniorských domácností než v prvním i posledním roce šetření, kde obtížně vnímalo vycházení s příjmy pouze 30,6 %. Velmi

snadno vychází se svým příjmem mnohem méně seniorských domácností než v předešlých šetřeních. Přesnější hodnoty jsou uvedeny v následující tabulce 19.

Tab. 19: Jak domácnost vychází s příjmy v %

Charakteristiky		S velkými obtížemi či s obtížemi	S malými obtížemi či docela snadno	Velmi snadno
Všechny domácnosti	ŽP05	29,5	59,9	10,6
	ŽP12	31,4	59,2	9,4
	ŽP14	31,2	60,3	8,6
Domácnosti seniorů	ŽP05	29,9	61,1	8,9
	ŽP12	<b>34,7</b>	57,4	7,8
	ŽP14	30,6	61,6	7,8

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Další otázka se týkala nákladů na bydlení, které se podrobněji řešily v předešlé kapitole. Náklady na bydlení představují pro seniory mnohem větší zátěž než pro průměrnou domácnost, což si lze vysvětlit počtem členů, kde se tedy následně projevují úspory z rozsahu. Náklady na bydlení představují od prvního roku šetření velkou zátěž pro mnohem více seniorských domácností. Přesnější hodnoty jsou uvedeny v následující tabulce 20.

Tab. 20: Jak velkou finanční zátěž představují náklady na bydlení

Charakteristiky		Velkou zátěž	Určitou zátěž	Žádnou zátěž
Všechny domácnosti	ŽP05	23,8	64,1	12,2
	ŽP12	28,5	63,4	8,1
	ŽP14	27,2	63,9	8,9
Domácnosti seniorů	ŽP05	25,2	64,2	10,6
	ŽP12	<b>32,2</b>	60,8	7,0
	ŽP14	27,1	63,7	9,2

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Kvalita života je také posuzována dle vybavenosti předmětů dlouhodobého užívání, jedná se o tzv. materiální deprivaci. Pokud je osoba (domácnost) materiálně deprivovaná, znamená to, že žije bez toho, co je nezbytné a společností uznávané a jedná se o 9 položek, pokud ovšem domácnost uvede, že tři a více položek postrádá je označena jako materiálně deprivovaná domácnost. Níže uvedená tabulka 21 uvádí počet domácností, které jsou materiálně deprivované.

Tab. 21: Materiální deprivace souhrn

Materiální deprivace	ŽP09	ŽP10	ŽP11	ŽP12	ŽP13	ŽP14
% deprivovaných domácností v ČR	16,68	16,00	17,00	18,26	17,38	17,24
% deprivovaných domácností seniorů z domácností seniorů	17,11	16,20	17,17	20,36	18,34	16,94

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Výše uvedená tabulka popisující materiální deprivaci ukazuje, že počet materiálně deprivovaných domácností ve sledovaných letech kolísá, i když poslední tři roky se trend vyvíjí pozitivně a toto procento klesá. Co se týče domácností seniorů, i zde je trend pozitivní a procento materiálně deprivovaných seniorských domácností se snižuje.

Pro detailnější hodnocení materiální deprivace byly vybrány následující položky: týden dovolené mimo domov, dovolit si jíst maso či ryby obden, dostatečné vytápění bytu a schopnost zaplatit neočekávaný výdaj. Neočekávaný výdaj v šetření ŽP05 činil 6 000 Kč, v šetření ŽP12 tato částka vzrostla na 9 100 Kč a v rámci šetření ŽP14 byla tato částka 9 600 Kč. Následující tabulka 21 ukazuje, že seniorské domácnosti jsou postupem času méně materiálně deprivované, stejně pozitivní trend lze spatřovat i v rámci všech domácností. Situace v oblasti materiální deprivace se u všech domácností (i seniorských) vyvíjela pozitivním směrem, což je patrné z tabulky 22.

Tab. 22: Materiální deprivace

Charakteristiky	Týden dovolené mimo domov			Maso či ryby obden			Dostatečné vytápění domu			Neočekávaný výdaj		
	ŽP05	ŽP12	ŽP14	ŽP05	ŽP12	ŽP14	ŽP05	ŽP12	ŽP14	ŽP05	ŽP12	ŽP14
Všechny domácnosti	58,0	56,2	62,2	81,0	86,3	86,4	89,7	92,4	93,2	55,9	56,0	57,7
Domácnosti seniorů	41,7	44,9	56	74,7	81,2	83,9	86,6	90,1	91,5	50,0	49,9	57

Zdroj: EU – SILC, ČSÚ, vlastní výpočty

Šetření SILC vkládá každým rokem nový modul otázek, které se zaměřují na různé oblasti a řeší aktuální problémy (např. well-being, modul děti apod.). V rámci šetření Životní podmínky 2009 a 2014 byly vloženy otázky týkající se materiální a sociální deprivace v souboru jednotlivců, v ostatních šetřeních se již tento druh otázek nevyskytoval. První dvě uvedené otázky se zjišťovaly buď v jednom, nebo ve druhém roce šetření.

Tab. 23: Materiální a sociální podmínky osob pobírajících starobní důchod

Materiální a sociální podmínky (ŽP09)	ŽP09	ŽP14	ŽP09	ŽP14	ŽP09	ŽP14
	ano		ne, nemohu si dovolit		ne, z jiného důvodu	
mobil pro vlastní potřebu	79,7	-	1,9	-	18,4	-
pravidelné využívání veřejné dopravy	-	47,6	-	0,6	-	51,7
alespoň 2 páry dobře padnoucích bot	94,7	94,3	1,1	1,0	4,2	4,7
pořizování aspoň některého nového oblečení za obnošené	76,7	76,1	5,7	6,9	17,6	17,0
schůzky s přáteli či příbuznými alespoň 1x za měsíc	80,3	81,7	2,9	3,0	16,8	15,3
pravidelné aktivity ve volném čase	32,2	41,1	6,3	5,4	61,5	53,6
útrata pro sebe každý týden	55,3	66,2	10,2	7,2	34,5	26,7

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Odpovědi v tabulce 23 představují obraz materiálních a sociálních podmínek osob pobírajících starobní důchod. Na základě výše uvedené tabulky lze konstatovat, že rozdíl mezi sledovanými obdobími je pozitivní zejména v rámci pravidelných aktivit, kde došlo k nárůstu téměř o 9 %. Pozitivní vývoj byl zaznamenán také v kategorii „útraty pro sebe každý týden“, kde došlo k nárůstu téměř o 11 %. Téměř pro 7 % je nemožné si pořídit nové oblečení za obnošené. Celá 3 % seniorů si nemohou dovolit schůzky s přáteli či příbuznými. Pravidelné aktivity ve volném čase si nemůže dovolit 5,4 % osob ve starobním důchodu, zde je velmi zajímavé, že došlo k poklesu seniorů téměř o 8 %, kteří tuto činnost nevykonávají z jiného důvodu (což může být např. zdravotní příčina). Mít každý týden pro sebe útratu si nemůže dovolit pouze 7,2 % osob ve starobním důchodu, kde došlo k pozitivnímu poklesu.

Domácnosti seniorů se v šetření ŽP12 vyjadřovali ke své finanční situaci a výdajům na bydlení velmi pesimisticky, což ovšem nekorespondovalo s výsledky zjištěnými v předešlých analýzách. Ovšem šetření ŽP14 ukázaly, že vnímání finanční vykazují také pozitivní trend, jelikož více domácností si může dovolit jednotlivé položky (týdenní dovolená, maso a ryby obden, způsob vytápění aj.) což značí, že životní úroveň by se měla u skupiny seniorů zvyšovat.

## 2.5 Výdaje seniorských domácností ze Statistiky rodinných účtů

S příjmy jsou neodmyslitelně také spojeny výdaje domácností. Jelikož šetření EU-SILC poskytuje pouze informace, které se týkají nákladů na bydlení, bylo využito také šetření s názvem Statistika rodinných účtů (SRÚ), které poskytlo podrobnější informace o spotřebě domácností na fyzického člena.

Tab. 24: Příjmy a výdaje seniorů

domácnost	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Příjmy	8 467	8 839	9 414	10 290	11 066	11 789	12 007	12 457	12 740	12 808
Výdaje	7 601	7 955	8 247	8 323	8 700	9 529	9 854	9 889	10 226	10 321
Rozdíly	866	884	1 167	1 967	2 366	2 260	2 153	2 568	2 514	2 487

Zdroj: SRÚ, vlastní výpočty

Čistý peněžní příjem na fyzickou osobu v rámci domácností seniorů je v posledním sledovaném roce 12 808 Kč měsíčně. Je důležité sledovat rozdíl mezi příjmy a výdaji v seniorských domácnostech, který skokově vzrostl mezi lety 2007 a 2008 a od té doby se pohybuje kolem 2 000 Kč. V posledních třech letech rozdíl dokonce klesá, v roce 2014 představoval 2 487 Kč.

## 2.6 Zdravotní stav českých seniorů

Zdravotní stav seniorů (osob nad 50 let) v České republice je možné označit za přijatelný. Pozitivní je skutečnost, že počet seniorů, kteří označují svůj zdravotní stav za špatný, poklesl z 21,37 % v roce 2007 na 16,05 % v šetření ŽP14. Přesnější hodnoty jsou uvedeny v následující tabulce 25.

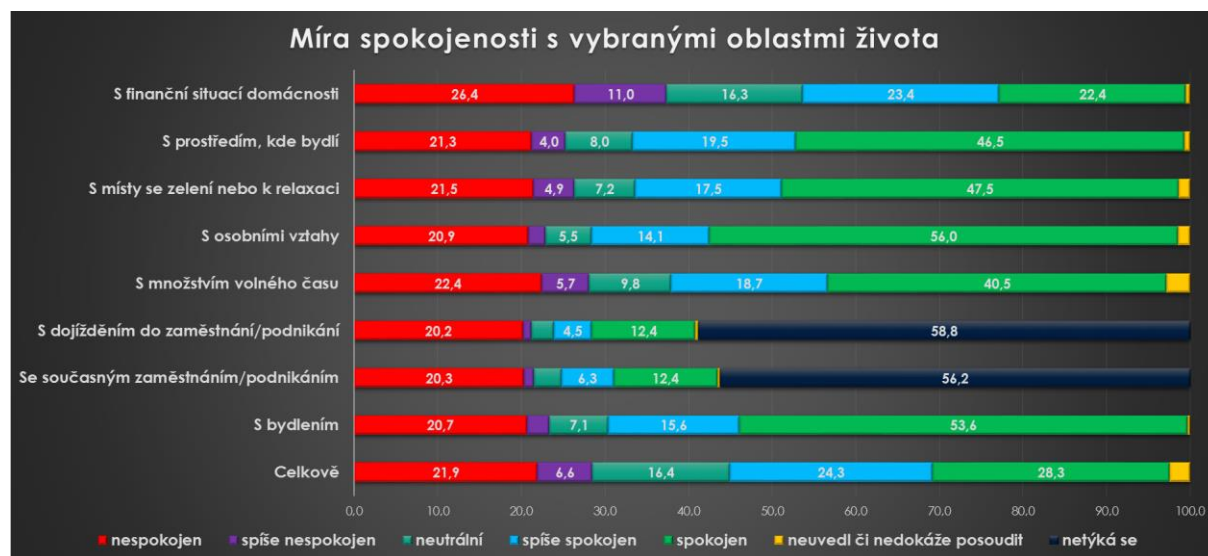
Tab. 25: Zdravotní stav osob nad 50 let dle věkových kategorií

Zdravotní stav	dobrý			příjemný			špatný			nedokáže posoudit		
	ŽP07	ŽP13	ŽP14	ŽP07	ŽP13	ŽP14	ŽP07	ŽP13	ŽP14	ŽP07	ŽP13	ŽP14
50-59 let	44,47	40,44	41,56	33,87	24,66	25,14	15,20	11,22	9,92	6,47	23,68	23,38
60-69 let	29,52	27,53	30,3	48,54	40,06	41,3	16,92	13,93	13,5	5,02	18,49	14,9
70 a více let	12,83	13,25	16,2	45,93	40,73	43,0	36,57	30,08	26,4	4,67	15,94	14,4
<b>Celkem 50+</b>	<b>31,53</b>	<b>28,21</b>	<b>30,06</b>	<b>41,55</b>	<b>34,94</b>	<b>36,22</b>	<b>21,37</b>	<b>17,18</b>	<b>16,05</b>	<b>5,55</b>	<b>19,66</b>	<b>17,67</b>

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

## 2.7 Výsledky v oblasti kvalitního prostředí seniorů

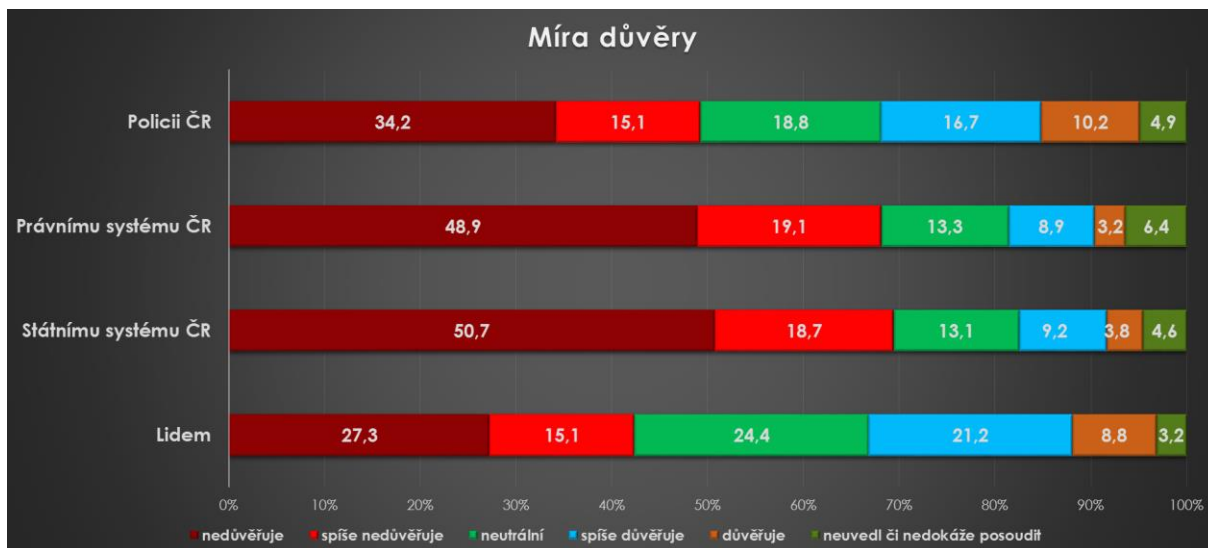
Obrázek 4 přibližuje míru spokojenosti seniorů s vybranými oblastmi života, zde je již jako senior chápána osoba nad 50 let. Nejvíce jsou senioři nespokojeni s finanční situací domácností (37 %) a s množstvím volného času (28 %), což souvisí s tím, že do této analýzy byly zahrnuti i pracující senioři (osoby nad 50 let). Naopak nejvíce jsou spokojeni s bydlením (70 %) a s osobními vztahy (70 %). Celkově lze konstatovat, že jsou čeští senioři více spokojeni (52 %) než nespokojeni (29 %) a 16 % osob vyjádřilo neutrální postoj. Nejvíce jsou spokojeni lidé ve věkové kategorii 60 až 65 let (54 %).



Obr. 4: Míra spokojenosti s vybranými oblastmi života

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

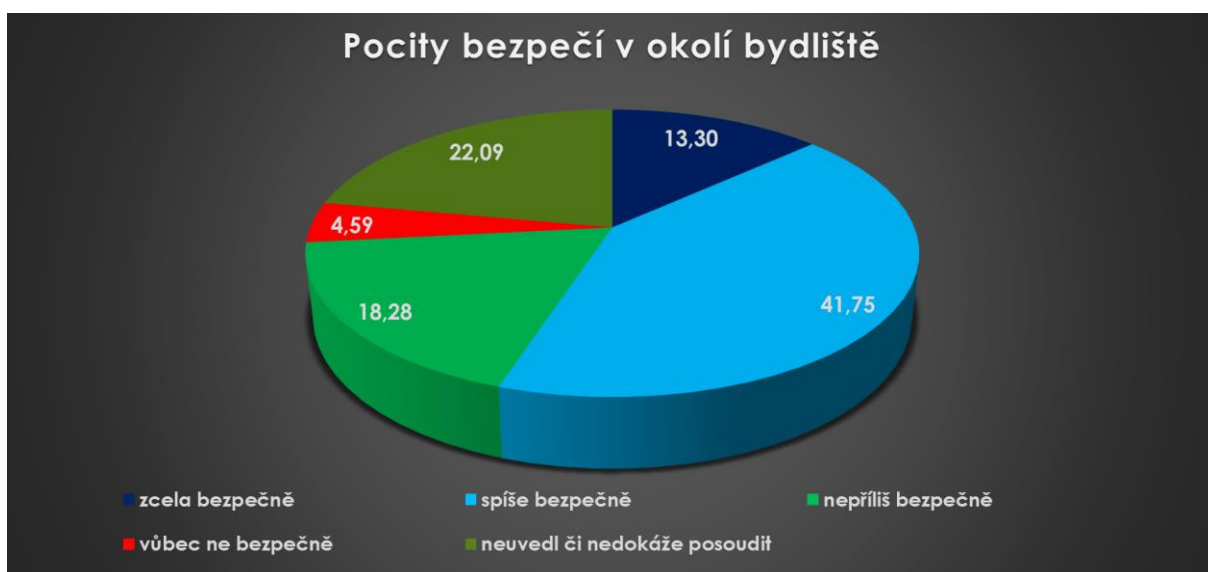
Obrázek 5 přibližuje míru důvěry seniorů s vybranými oblastmi. Nejvíce nedůvěřují senioři státnímu systému ČR (50,7 %) a právnímu systému ČR (48,9 %). Nejvíce důvěřují senioři policii ČR (10,2 %) a lidem (8,8 %).



Obr. 5: Míra důvěry

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

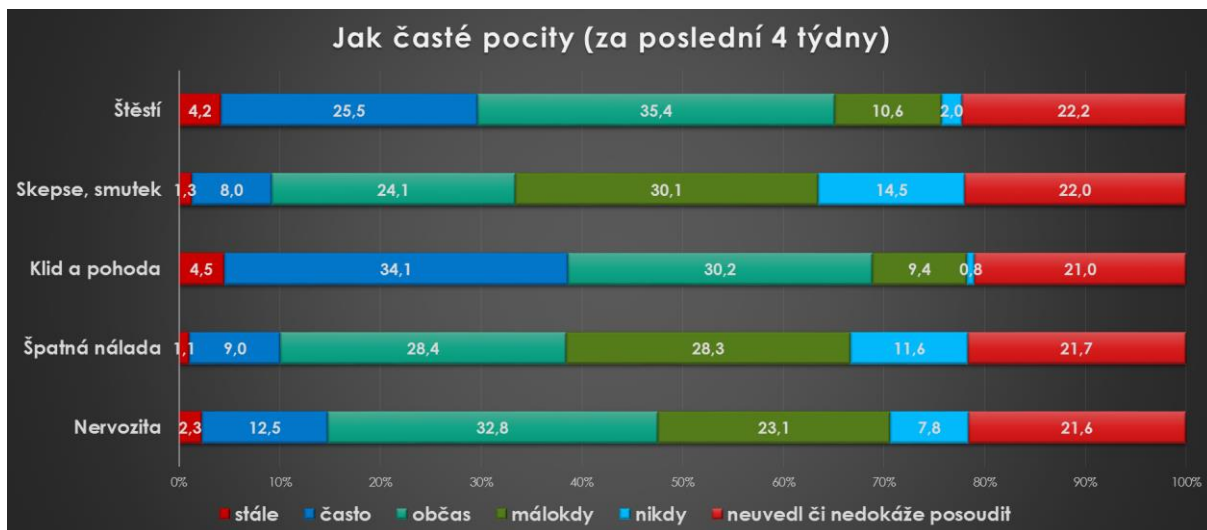
Obrázek 6 přibližuje pocity bezpečí seniorů v okolí bydliště. Nejvíce seniorů se cítí spíše bezpečně (41,75 %) a jenom 13,30 % se cítí zcela bezpečně. Nepříliš bezpečně se cítí 18,28 % seniorů, 13,30 % seniorů se cítí zcela bezpečně a 4,59 % seniorů se necítí bezpečně vůbec.



Obr. 6: Pocity bezpečí v okolí bydliště

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

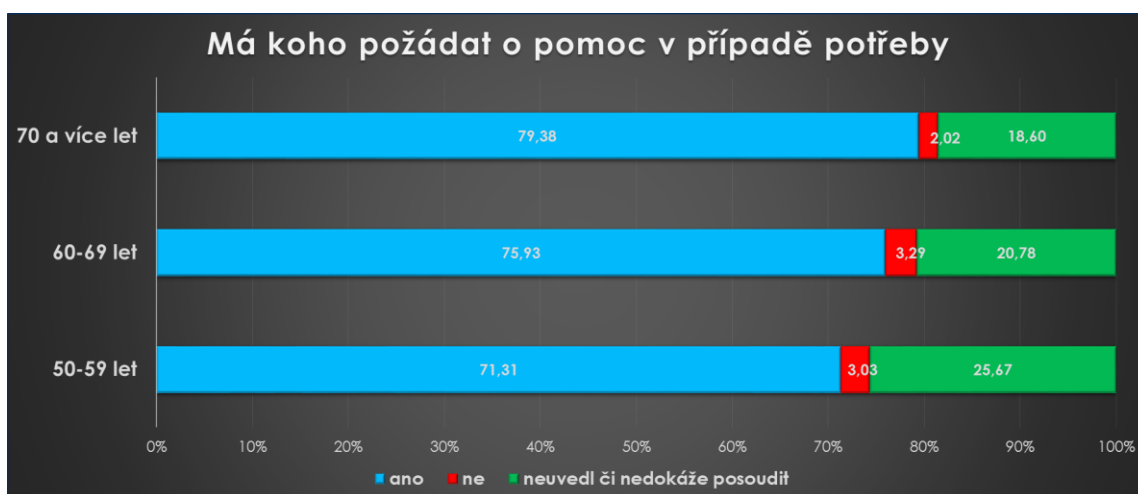
Obrázek 7 přibližuje pocity seniorů za poslední 4 týdny. Pozitivní je, že téměř 40 % seniorů se cítí často nebo stále v klidu a v pohodě. Často či stále mají seniori také pocit štěstí (téměř 30 %), s čímž koresponduje také to, že skepsi či smutek má málokdy či nikdy téměř 45 % seniorů. Občas cítí seniori nervozitu (32,8 %), málokdy mají špatnou náladu (28,3 %). Až 22,2% seniorů nedokáže posoudit, zda jsou šťastní a 14,4 % seniorů pociťuje skepsi a smutek.



Obr. 7: Jak časté pocity (za poslední 4 týdny)

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Obrázek 8 přibližuje, zda senioři mají koho požádat o pomoc v případě potřeby. 79,38 % seniorů ve věku 70 a více let má koho požádat o pomoc v případě potřeby, pouze 2,02 % v tomhle věku nemají koho požádat o pomoc v případě potřeby. 75,93 % seniorů ve věku 60-69 let má koho požádat o pomoc v případě potřeby, 3,29 % v tomhle věku nemá koho požádat o pomoc v případě potřeby. 71,31 % seniorů ve věku 50-59 let má koho požádat o pomoc v případě potřeby, 3,03 % v tomhle věku nemá koho požádat o pomoc v případě potřeby.



Obr. 8: Má koho požádat o pomoc v případě potřeby

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

Obrázek 9 přibližuje předpokládaný vývoj celkové životní situace seniorů. 46,75 % seniorů ve věku 70 a více let předpokládá, že se jejich situace nezmění, 25,91 % předpokládá, že se zhorší a jenom 2,04 % předpokládá, že se zlepší. 47,33 % seniorů ve věku 60-69 let předpokládá, že se jejich situace nezmění, 21,78 % předpokládá, že se zhorší a jenom 3,89 % předpokládá, že se zlepší. 44,22 % seniorů ve věku 50-59 let předpokládá, že se jejich situace nezmění, 15,06 % předpokládá, že se zhorší a jenom 8,90 % předpokládá, že se zlepší.



Obr. 9: Předpokládaný vývoj celkové životní situace

Zdroj: EU – SILC, vlastní výpočty

## 2.8 Závěr analýzy kvality života seniorů v České republice dle sekundárních dat

Výsledky analýzy kvality života seniorů ukazují, že podíl seniorů ve společnosti meziročně narůstá, více jak 1/3 české populace osob pobírá starobní důchod. Poměr mezi ženami (55 %) a muži (45 %) se za sledované období nijak nezměnil, četnost u nejvyšší věkové kategorie 70 let a více se zvyšuje a pozitivně narůstá i počet vysokoškolsky vzdělaných osob nad 50 let. Za sledované období došlo také k razantnímu nárůstu osamělých seniorů, kterých je více než 47 % (nárůst téměř o 4 %). Medián čistého peněžního příjmu v rámci šetření ŽP14 činil 11 574 Kč. Je velmi důležité uvést, zda byl příjem počítán ze souboru jednotlivců (kde každý odpovídá za sebe a uvádí svůj příjem) či ze souboru domácností (kde dochází k přepočtu na jednotku a je několik metod, kterými lze příjem zjistit). Příjmová nerovnost ve skupině seniorů zjišťovaná pomocí Giniho koeficientu i pomocí Koeficientu S80/S20 ukazuje, že nerovnosti v oblasti příjmů jsou téměř nepatrné, příjmová diferenciacce je tedy u této skupiny mnohem nižší a jejich příjmy jsou vyrovnanější. Počet osob ohrožených příjmovou chudobou v rámci celé České republiky vzrostl. Jinak tomu nebylo ani ve skupině seniorů, kde od první šetření ŽP05 došlo k nárůstu u skupiny seniorů téměř o 3 %. Senův koeficient vyjadřující hloubky chudoby značí, že větší chudoba (hlubší) je u domácností celého souboru než pouze u skupiny seniorů. Ovšem v posledním roce šetření ŽP14 se u celého souboru domácností hloubka chudoby meziročně snížila, ve skupině seniorů se hloubka chudoby meziročně prohloubila a Senův koeficient se dostal na nejvyšší hodnotu za celé sledované období (koeficient 0,148). K omezování příjmové nerovnosti a ke snižování počtu domácností ohrožených chudobou stát využívá sociálních transferů. Největší podíl sociálních transferů směřuje právě na důchodové pojištění, zejména na starobní a vdovský důchod, kde bylo přerozděleno více jak 80 % všech sociálních transferů (ŽP14). Od první šetření ŽP05 vzrostl počet osob, které žádné sociální dávky nepobíraly (z 22 % na 34 %), což lze hodnotit jako pozitivní vývoj, jelikož jsou sociální transfery primárně určovány seniorům pobírajícím starobní či vdovský důchod. Počet domácností, kde je osoba pobírající starobní (či vdovský) důchod vzrostl za celé sledované období z 39 % na 47 %. Subjektivní vnímání ukázalo, že skupina seniorů viděla svoji situaci v rámci šetření ŽP14 v rámci příjmové oblasti mnohem pozitivně. Lépe seniorské domácnosti hodnotily oproti



předešlému šetření ŽP12 své vycházení s příjmy, ovšem na hodnoty z šetření ŽP05 se nedostaly. Stejně tomu bylo ve vnímání nákladů na bydlení, kde 27 % seniorů hodnotilo tyto náklady v rámci šetření ŽP14 jako velkou zátěž (v šetření ŽP12 se jednalo o 32 %). V rámci celé české populace materiální deprivace i skupiny seniorů bylo zjištěno nejvíce deprivovaných při šetření ŽP12. Co se týče všech českých domácností i domácností seniorů, zde je trend pozitivní a procento materiálně deprivovaných domácností se snižuje. Detailnější hodnocení materiální deprivace poukazuje na pozitivní trend také. Analýza sociální deprivace vykazuje pozitivní vývoj zejména v oblasti pravidelných aktivit a útraty pro sebe každý den. Zdravotní stav seniorů v České republice je možné označit za přijatelný. Pozitivní je skutečnost, že počet seniorů, kteří označují svůj zdravotní stav za špatný, poklesl z 21,37 % v roce 2007 na 16,05 % v šetření ŽP14. Výsledky v oblasti kvalitního prostředí seniorů ukazují na spokojenost seniorů s bydlením (70 %) a s osobními vztahy (70 %), ovšem nespokojeni jsou senioři s finanční situací domácností (37 %) a s množstvím volného času (28 %), což souvisí s tím, že do této analýzy byly zahrnuti i pracující senioři (osoby nad 50 let). Nejvíce jsou spokojeni lidé ve věkové kategorii 60 až 65 let (54 %). Nejvíce nedůvěřují senioři státnímu systému ČR (50,7 %) a právnímu systému ČR (48,9 %) a naopak nejvíce důvěřují senioři policii ČR (10,2 %) a lidem (8,8 %). Většina seniorů se cítí bezpečně (55 %). Pozitivní je, že téměř 40 % seniorů se cítí často nebo stále v klidu a v pohodě. Často či stále mají senioři také pocit štěstí (téměř 30 %), s čímž koresponduje také to, že skepsi či smutek má málokdy či nikdy téměř 45 % seniorů. Téměř 80 % seniorů ve věku 70 a více let má koho požádat o pomoc v případě potřeby a pouze 2 % v tomhle věku nemají koho požádat o pomoc v případě potřeby. Co se týče předpokládaného vývoje celkové životní situace, 46 % osob nad 50 let si myslím, že se nijak nezmění, 20 % předpokládá, že se zhorší a pouze 5 %, že se zlepší.

Závěrem lze říci, že **nárůst segmentu seniorů nelze shledávat jako problém, jedná se o ryze pozitivní jev.** Jako problém lze chápat pouze zvyšující se nároky na státní rozpočet, sociální péče, zdravotnictví apod. **Kdyby se stát snažil dostat všechny domácnosti ohrožené chudobou z pásma chudoby, znamenalo by to pouze změnu hranice chudoby a zvýšila by se těmto domácnostem životní úroveň, ovšem pro samotnou ekonomiku, by to přínosné nebylo. Nicméně pomoci domácnostem seniorů ohrožených chudobou, kterých je relativně málo, by nemuselo být pro stát příliš finančně náročné. Seniorské domácnosti by měly mít nárok získat od státu dostatečný finanční příjem a zajistit si uspokojující životní úroveň. Ovšem ostatní domácnosti je zapotřebí vymanit z pásma chudoby jiným způsobem než za pomoci sociálních transferů.** Problém sociálního vyloučení má mnoho dimenzí. Proto je třeba se zabývat sociální situací obyvatelstva nejen hlouběji např. v rámci jednotlivých krajů, ale také v širším kontextu za využití kvantitativních, ale i kvalitativních ukazatelů, které jsou žádaným doplněním prováděných analýz.

## 2.9 Indexy zabývající se kvalitou života seniorů

Pro úplnost je třeba doplnit, že existuje celá řada indexů, jež se kvalitou života seniorů zabývají. Uvádíme nejčastěji používané indexy a též doplňkové indexy, které se kvalitou života také zabývají. Tyto indexy umožňují mezinárodní srovnání kvality života nejen seniorů v jednotlivých zemích, nicméně je třeba říci, že v ČR je velmi obtížné shromáždit potřebná data – vstupy do uvedených indexů, není tedy zcela reálné uvažovat, že by např. MPSV mohlo tyto indexy běžně využívat.

## Index aktivního stárnutí

(AAI – ActiveAgeing Index) – index ovlivňují čtyři hlavní skupiny:

1. Nezaměstnanost:
  - nezaměstnanost v 55-59, 60-64, 65-69 a 70-74 roce života,
2. Participace ve společnosti (začlenění do společnosti):
  - volnočasové aktivity, péče o děti a vnoučata, péče o starší občany, politická participace,
3. Nezávislost, zdraví a bezpečí:
  - fyzická výkonnost, dostupnost a zdravotní péče, nezávislost, relativní příjem, riziko chudoby, materiální deprivace, fyzická bezpečnost, celoživotní vzdělání,
4. Prostředí umožňující aktivní stárnutí:
  - očekávaná délka života 50-55 letých, podíl očekávané délky života 55 letých

## The Global AgeWatch Index

Cílem indexu je zachytit mnoho rozměrnost kvality života a blaho starších lidí, a poskytnout prostředky k měření výkonnosti a sledování zlepšení.

Index se skládá z 13 různých ukazatelů pro čtyři klíčové oblasti:

1. Zabezpečení z příjmů - hodnotí přístup lidí k dostatečnému množství příjmů, a schopnost ji používat samostatně k uspokojení základních potřeb ve stáří.
2. Zdravotní stav - ukazatele použité pro dimenzi zdraví poskytují informace o fyzické a psychické pohodě.
3. Kapacita - indikátory zaměstnanosti a vzdělávání v této oblasti sledují různé aspekty posílení postavení starších lidí.
4. Vhodného prostředí - tato dimenze posuzuje vnímání sociální sounáležitosti staršími lidmi, bezpečí, občanskou svobodu a přístup k veřejné dopravě – jedná se o problémy starších lidí, které jsou považovány za zvlášť důležité.

## Doplňkové indexy zabývající se kvalitou života

- **Quality of Life Index** – 9 indikátorů – materiální well-being, zdraví, politická stabilita a bezpečnost, rodinný život, společenský život, klimatické a geografické podmínky, trh práce, politická svoboda, rovnost pohlaví – možnost aplikace metodiky na skupinu seniorů
- **Index lidského rozvoje** (HDI – Human Development Index) – tři základní dimenze: délka lidského života, znalosti (index vzdělání) a životní úroveň (index HDP na osobu) – možnost aplikace metodiky na skupinu seniorů
- **Index lepšího života** – (BLI - OECD Better Life Index) – jedenáct dimenzí – bydlení, příjem, zaměstnání, společenský život, vzdělávání, životní prostředí, společenské zapojení, zdraví, spokojenost se životem, bezpečnost, rovnováha práce a volného času – možnost aplikace metodiky na skupinu seniorů.
- **Index prosperity** – (LPI - Legatum Prosperity Index) – osm dimenzí -ekonomika, příležitosti, vláda a politické prostředí, vzdělávání, zdraví a zdravotnictví, bezpečí, osobní svoboda, sociální kapitál – možnost aplikace metodiky na skupinu seniorů.

## **Zdrojová data - indikátory životní úrovně seniorů**

Pro tvorbu indexu (např. AAI) lze využít následující zdrojová data:

- EU Labour Force Survey (EU-LFS)
- European Quality of Life Survey (EQLS)
- EU Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC)
- European Social Survey (ESS)
- Eurostat ICT survey
- European Health and Life Expectancy Information systém (EHLEIS)

### 3 Primární výzkum

Při formulaci cíle primárního výzkumu bylo při řešení projektu vycházeno z následujících teoretických přístupů k problematice kvality života.

#### 3.1 Teoretická východiska primárního výzkumu

Člověk je bytost bio-psycho-sociální a spirituální. S prodlužující se délkou života je nutno zkoumat faktory, které významně ovlivňují kvalitu života ve stáří a to ve všech výše jmenovaných rovinách. Kvalita života jednotlivých lidí je spojená s jejich historickým, geografickým, sociálním a ekonomickým kontextem. Je taktéž významně ovlivněna jejich životními zkušenostmi, životními podmínkami a jejich subjektivním vnímáním. Pohled na kvalitu života se může měnit s věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením, dalšími okolnostmi a kulturně-společenskými vlivy.

##### 3.1.1 KVALITA ŽIVOTA

Sleezer et al. charakterizuje kvalitu života jako subjektivní, holistickou, multidimenzionálně podmíněnou, dynamickou, hodnotově orientovanou, zahrnující subjektivní a objektivní indikátory a související s uspokojováním potřeb. Jako interdisciplinární a multidimenzionální problematiku popisuje kvalitu života také Ivo Možný (2002). Birčiaková (2015, s.25) upozorňuje, že termín kvalita života bývá velmi často zaměňovaný s životní úrovní, ve skutečnosti se ale jedná o dva rozdílné pojmy.

##### 3.1.2 KVALITA ŽIVOTA Z HLEDISKA RŮZNÝCH VĚDECKÝCH DISCIPLÍN

###### Kvalita života z pohledu sociologie

Ze sociologického pohledu je kvalita života označována jako "kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti." (Balogová, 2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 162).

Mühlpachr a Vaňurová (2005) uvádí, že pojem kvalita života je v sociologii užíván ve čtyřech určeních:

- *kvalita života jako odborný pojem*, zaměřující se na kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení kvality života nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.
- *kvalita života jako programové politické heslo*, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu. Do politiky jej zavedli v 60. letech J. F. Kennedy a L. B. Johnson.
- *kvalita života jako sociální hnutí* ("za kvalitu života") vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.

- *kvalita života jako reklamní slogan*, nabízející pro spotřebitele nové oblasti konzumu, zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby. (Maříková, 1996, s. 557)

### **Kvalita života z pohledu psychologie**

V psychologickém přístupu je kladen důraz na prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho sebehodnocení a seberealizaci, sebeaktualizaci, potřeby a přání. Důraz je kladen také na životní traumata, krize, deprese či poruchy nálad. Neméně důležitými složkami psychologického přístupu jsou také autonomie daná rozhodováním a sebeřízením, autenticita a kompetentnost člověka, tedy to, jak člověk rozumí světu a jak ho může ovlivnit (Mühlpachr, Vaďurová 2005). Šolcová (2004, s. 21) uvádí, že z psychologického hlediska, je kvalita života spojena s pojmem osobní pohoda (well-being), tedy hodnocením kvality života jako celku. Jedná se o dlouhodobý stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.

### **Kvalita života z pohledu medicíny**

Pro medicínský pohled je důležitý pojem zdraví a nemoc. Z medicínského pohledu vychází Ústava Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví jako *"stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby..."* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s.11). Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života definována jako *"jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí."* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

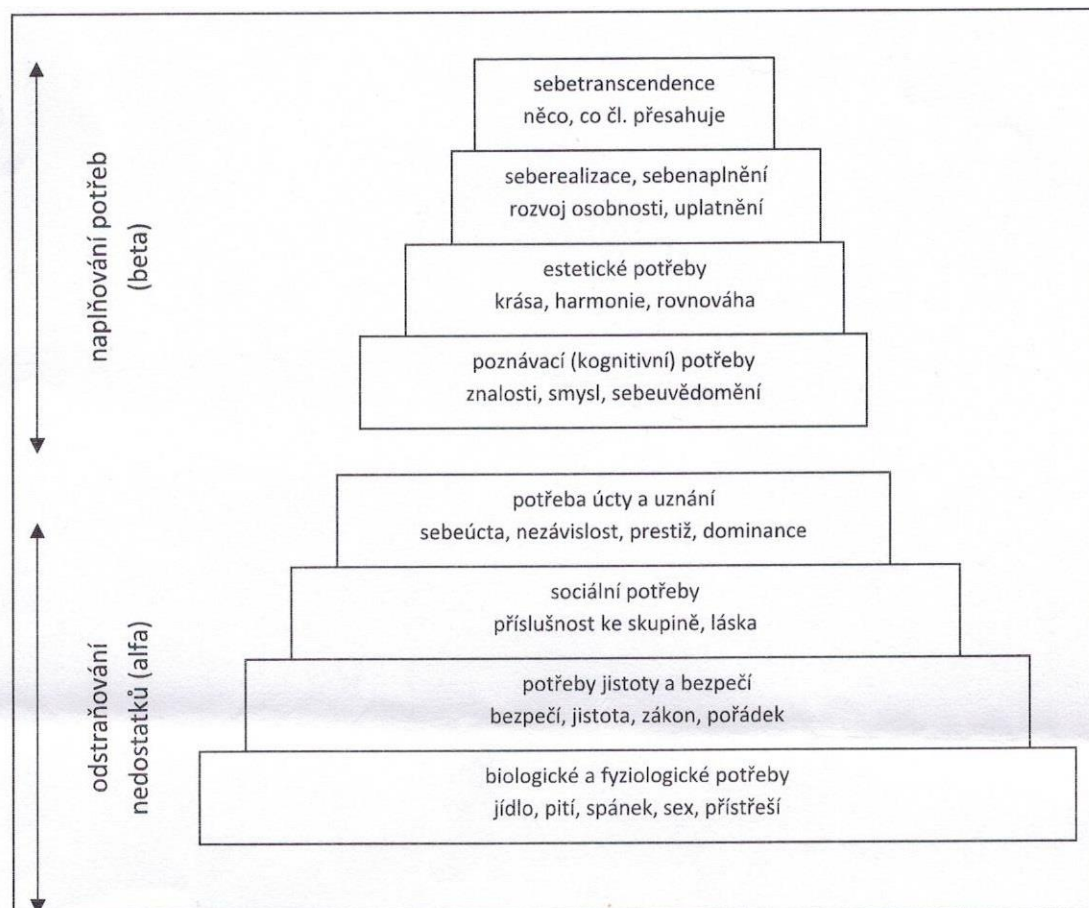
Seedhouse říká, že *"optimální zdravotní stav určité osoby závisí na splnění souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti"* (Mühlpachr, Vaďurová, 2005, s.26). V medicíně se nyní prosazuje Health-Related Quality of Life, neboli kvalita života týkající se zdraví. Jedná se o hodnotu, která je připisována životu, který je pozměněn postižením, funkčním stavem či sociálními příležitostmi ovlivněnými nemocí, zraněním či léčbou. HRQOL porovnává skutečné prožívání jedince, jeho zvládání sociálních rolí se stavem, který on považuje za ideální. Jde o to, jak je kvalita života prožívána. Nástrojem měření je dotazník nebo strukturovaný rozhovor (Mühlpachr, Vaďurová, 2005).

### **3.1.3 POTŘEBY SENIORŮ**

Přístup ke kvalitě života seniorů vyžaduje komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních a společenských oborů. V prvé řadě je nutné usilovat o pochopení potřeb seniorů.

Potřeby se projevují jako objektivně či subjektivně pociťované nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence jedince (Nakonečný, 1995). Jejich naplňování má sociální povahu a činnosti, které k němu vedou, jsou zakotveny v sociálních sítích. Pravděpodobně nejvlivnější je psychologická motivační teorie Abrahama Maslowa. Maslow (1943) říká, že teorie motivace by se měla zaměřit především na cíle a

nikoliv na prostředky vedoucí k dosažení potřeb. Prostředky totiž mohou být kulturně specifické, kdežto cíle jsou spíše univerzální. Autorem nabídnutá klasifikace je tak klasifikací cílů, nikoliv motivovaného chování nebo podnětů. Potřeby se dle Maslowa uspořádávají do jisté míry hierarchicky a objevení se jedné potřeby je obvykle založeno na uspokojení potřeby v hierarchii předcházející.



Obr. 10: Hierarchizace lidských potřeb dle Abrahama Maslowa

Zpracováno dle: Hájek, M: Motivace a vedení lidí. [online]. [cit 2007-11-04] Dostupné z: <[http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow\\_hierarchy.gif](http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif)>

Další z citovaných teorií potřeb je Max-Neefova teorie potřeb - Model rozvoje lidské škály (Human-Scale Development). Manfred Max-Neef, chilský ekonom zabývající se především otázkami chudoby, uvádí, že základní lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze (cit. dle Dvořáčková, 2012). Lidské potřeby klasifikuje jako nemnohé, konečné a určité, navíc konstantní ve všech lidských kulturách a historických časových periodách. Co se ale dle autora v čase a mezi kulturami mění, jsou způsoby, jakými jsou tyto potřeby naplňovány. Stejně jako u Maslowa jsou potřeby chápány jako systém, jako vzájemně propojené a interaktivní. Oproti tradiční motivační teorii však - s výjimkou základních potřeb bytí/existence a přežití - zde nejsou potřeby nikterak hierarchizovány, ale jsou v procesu svého uspokojování charakterizovány simultaneitou, vzájemnou komplementaritou a kompromisy. MaxNeef jako základní lidské potřeby klasifikuje bytí (subsistence); ochranu; city/lásku (affection); porozumění; participaci; rekreaci (ve smyslu volného času, odpočinku, času na reflexi), kreaci/tvoření a svobodu. Potřeby jsou pak definovány v existenciálních kategoriích: bytí (being), vlastnictví (having), děláni a interakce. Kombinací těchto dimenzí vzniká tabulka o 36 buňkách, kterou reprodukuje tabulka 26.

Tab. 26: Základní lidské potřeby – dělení dle Max-Neef

základní lidské potřeby	formy uspokojení (satisfiers)			
	bytí (kvality)	vlastnictví (věci)	dělání (jednání)	interakce (prostředí)
bytí/přežití	fyzické a mentální zdraví	jídlo, přístřeší, práce	jíst, oblékat se, odpočívat, pracovat	životní prostředí, sociální okolí
ochrana	péče, adaptabilita, autonomie	sociální zabezpečení, zdravotnictví, práce	Spolupracovat, plánovat, pečovat, pomáhat	sociální prostředí, bydliště/bydli
city	respekt, smysl pro humor, štědrost, smyslnost	přátelství, rodina, vztah s přírodou	sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat emoce	soukromí, intimní místa pro sdílení
porozumění	kritická kapacita, zvědavost, intuice	literatura, učitelé, politiky, vzdělávání	analyzovat, studovat, meditovat, zkoumat	školy, rodiny, univerzity, komunity
participace	vnímavost, zasvěcení, smysl pro humor	odpovědnost, povinnosti, práce, práva	spolupracovat, vyjadřovat myšleni, nesouhlasit	asociace, strany, církve, sousedství
volný čas	imaginace, klid, spontánnost	hry, zábavy, pokojná mysl	denní snění, pamatovat si, relaxovat, bavit se	krajina, intimní prostory, místo kde lze být sám
kreace	imaginace, smělost, vynalézavost, zvědavost	schopnosti, vloh, práce, techniky	vynalézat, budovat, designovat, pracovat, skládat, interpretovat	Místa pro vyjádření, workshopy/dílny, obecnostvo
identita	pocit sounáležitosti, sebeúcta, zásadovost	jazyk, náboženství, práce, zvyky, hodnoty, normy	poznat sám sebe, růst, odevzdat se	místa kam patřím, prostředí každodennosti
svoboda	autonomie, vášeň, sebeúcta/hrdost, otevřená mysl	rovná práva	nesouhlasit, vybrat, riskovat, rozvinout uvědomění	kdekoliv

Zdroj: upraveno dle Dvořáčková, 2012

Autor argumentuje, že určité formy uspokojení jedné potřeby mohou v konečném důsledku inhibovat nebo i zcela znemožnit uspokojení potřeby jiné. Jako příklady uvádí válku, která je prezentována jako snaha o zajištění bezpečí, ale přitom ohrožuje bytí, participaci a svobodu; nebo případ televize, která sice může uspokojovat potřebu oddechu, ale zasahuje do potřeb porozumění, kreativity a identity. Jako příklad synergických forem uspokojení je uváděna např. preventivní medicína nebo edukační hry.

### 3.2 Cíl primárního výzkumu

Cílem primárního výzkumu byla analýza kvality života seniorů z pohledu sociologického a sociálně ekonomického, psychologického i medicínského ve vybraných regionech České republiky. Dotazníkové šetření v kvantitativní a kvalitativní části výzkumu bylo zaměřeno především na oblasti: *životní situace seniorů, bydlení seniorů, důvody setrvání v zaměstnání, zdravotní stav seniorů, spokojenost s finanční situací, pocit bezpečí seniorů, smysl života a dobrovolnictví.*

### 3.3 Metodika aplikovaná ve výzkumné části projektu

K vyřešení výzkumného úkolu byly použity kvalitativní a kvantitativní metody. Metoda aplikovaná v kvalitativní části výzkumu byl *semistrukturovaný dotazník* sestávající z otevřených otázek. Byly sestaveny 3 druhy dotazníku pro 3 cílové skupiny respondentů. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, následně přepsány a analyzovány kvalitativním softwarem MAXQDA.

Metoda aplikovaná v kvantitativní části výzkumu byl dotazník sestávající z uzavřených a otevřených otázek a položek škálových. Dotazník byl sestaven na základě studia odborných pramenů a výzkumných výsledků (viz výše), dále byla uspořádána focus group se seniory zaměřená na jejich potřeby a faktory spokojenosti. Před samotným sběrem dat proběhla pilotáž, na základě její analýzy byl dotazník finalizován.

### 3.4 Kvalitativní část výzkumu

Kvalitativní výzkum byl zvolen proto, aby lépe umožnil vystihnout danou problematiku, kterou se v našem projektu zabýváme. Na základě nastudování sekundárních dat byly sestaveny otázky polostrukturovaného rozhovoru, který proběhl s 15 seniory, jež byli vybráni na základě výběru (senioři nad 75 let, kteří odešli v řádném čase do důchodu; senioři, kteří odešli do předčasného důchodu; senioři, kteří setrvávají na trhu práce) v klubech důchodců a v zařízeních sociálních služeb na území celé České republiky. Seniorům bylo položeno několik tematických otázek, které byly předem jasně zformulovány. Každé otázce náleželo několik dílčích a upřesňujících otázek pro případ, že by odpověď dotázaného nebyla dostatečná nebo nepochopil její význam. Rozhovory probíhaly individuálně a jejich obsah byl zaznamenáván na diktafon.

#### **Způsob analýzy dat**

Rozhovory byly přepsány a zanalyzovány metodou zakotvené teorie, kterou lze zařadit mezi klasické kvalitativní metody. Celý proces sběru a analýzy dat byl postaven na hledání pojmů, které se zkoumaným jevem souvisely, a následném odhalování vztahů mezi nimi. Nástrojem analýzy textu byly různé typy kódování. Následně byly rozhovory zanalyzované kvalitativním softwarem MAXQDA, určeného pro zpracování dat kvalitativního výzkumu, umožňujícího jednoduché třídění, strukturování a analýzu velkého množství textu pomocí kódu segmentu. Data byla zanalyzována podle jednotlivých



oblastí a podoblastí na základě toho, co senioři zmínili v kvalitativních rozhovorech. Na základě vazby mezi oblastí a podoblastí je znázorněna síla propojení mezi nimi za pomoci mentálních map.

### Způsob sběru dat

Sběr dat probíhal formou osobních kvalitativních rozhovorů (semistrukturovaných dotazníků) na území celé České republiky. Respondenti byli osloveni náhodně na základě toho, jestli splnili kritéria cílové skupiny výzkumu (viz níže).

### Zkoumaný vzorek

Celkový vzorek respondentů byl **15**, ti byli rozděleni do 3 skupin:

- senioři nad 75 let, kteří odešli v řádném čase do důchodu,
- senioři, kteří odešli do předčasného důchodu,
- senioři, kteří setrvávají na trhu práce.

### Výsledky

Výsledky semistrukturovaného dotazníku jsou znázorněny v podobě 5 mentálních map:

- identifikace respondenta,
- bydlení,
- zabezpečení
- smysl života,
- dobrovolnictví.

V každé mentální mapě je několik oblastí a podoblastí na základě toho, co respondenti zmínili v semistrukturovaném dotazníku. Na základě vazby mezi oblastí a podoblastí je znázorněna síla propojení mezi nimi. V mentální mapě jsou znázorněny nejvýznamnější podoblasti.

## 3.4.1 Senioři nad 75 let

Tabulka 27 představuje charakteristiky respondentů podle věku, pohlaví, rodinného stavu, důchodu, vzdělání a povolání. Tabulka 28 pak následně představuje identifikace respondenta podle bydlení - konkrétně je zde popsán kraj původu, typ obce původu, typ bydliště, místo bydliště a důvod změny bydlení.

Tab. 27: Identifikace respondenta

Respondent	Věk	Pohlaví	Rodinný stav	Důchod	Vzdělání	Povolání
1.	71	Žena	Vdova	Starobní a vdovský	Vysokoškolské	Magistra farmacie
2.	78	Žena	Vdaná	Starobní	Středoškolské	Učitelka mateřské školy
3.	77	Žena	Vdaná	Starobní	Středoškolské	Zdravotní sestra
4.	82	Muž	Ženatý	Starobní	Středoškolské	Technický pracovník
5.	77	Žena	Vdaná	Starobní	Základní	Účetní
6.	85	Žena	Vdova	Starobní a vdovský	Středoškolské	Umělkyně

Zdroj: Vlastní zpracování

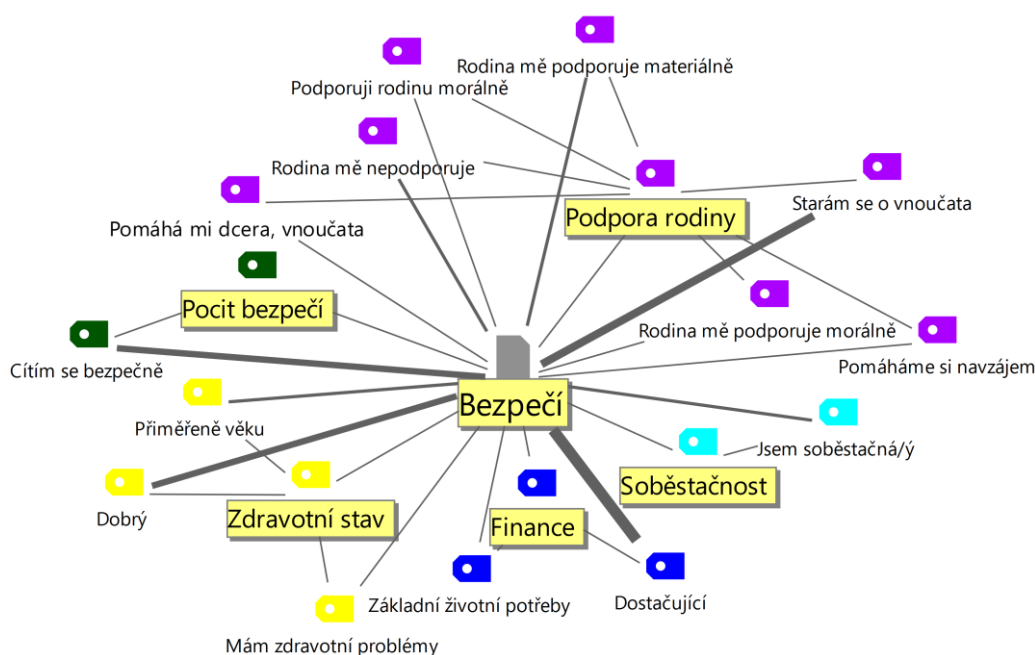
Tab.28: Identifikace respondenta dle původu a místa bydliště

Respondent	Kraj původu	Typ obce původu	Typ bydliště	Místo bydliště	Změna bydlení
1.	Východočeský	Město	Vlastní dům	Uherské Hradiště	Není důvod
2.	Jihomoravský	Město	Vlastní dům	Uherské Hradiště	Není důvod
3.	Vysočina	Vesnice	Pronajatý dům	Chrudim	Není důvod
4.	Pardubický	Vesnice	Pronajatý dům	Chrudim	Není důvod

5.	Severomoravský	Vesnice	Vlastní dům	Bítov	Není důvod
6.	Jihomoravský	Město	Vlastní dům	Brno	Není důvod

Zdroj: Vlastní zpracování

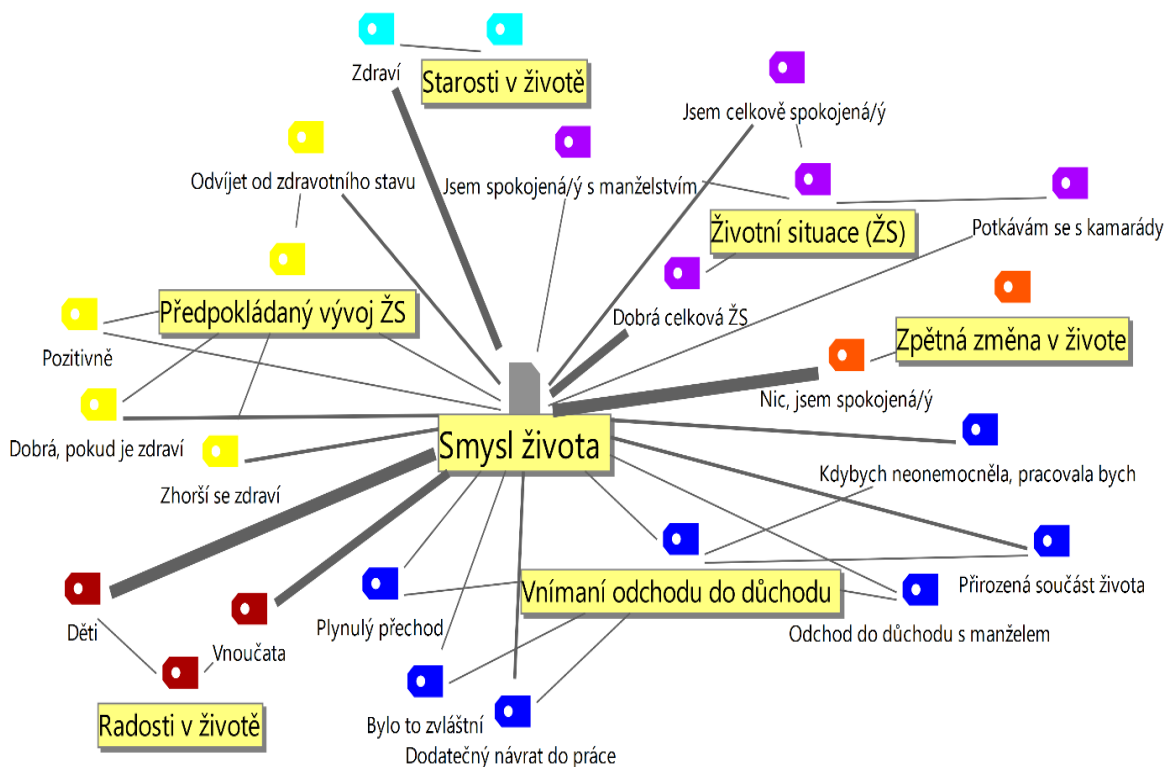
Obrázek 11 představuje mentální mapu bezpečí podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *podpora rodiny, pocit bezpečí, zdravotní stav, finance a soběstačnost*. Z otázky, zda senioři podporují svou rodinu nebo rodina podporuje seniory, vyplývá, že si pomáhají navzájem a rodina je podporuje finančně, materiálně a morálně, pomáhají jim také děti. Senioři nad 75 let taktéž podporují rodinu morálně a starají se o vnoučata. Tito senioři se cítí bezpečně a jsou soběstační. Svůj zdravotní stav považují za dobrý a přiměřený věku, někteří mají zdravotní problémy. Finance mají dostačující, aby jim pokryly základní životní potřeby.



Obr. 11: Mentální mapa bezpečí

Zdroj: Vlastní zpracování

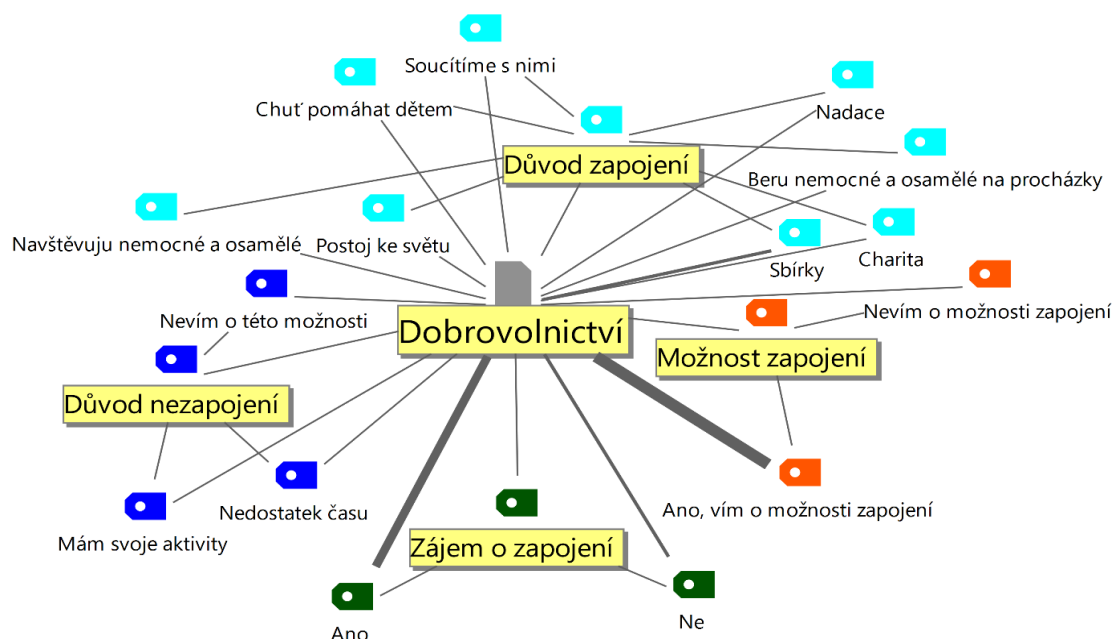
Obrázek 12 představuje mentální mapu smyslu života podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *životní situace (ŽS), předpokládaný vývoj ŽS, zpětná změna v životě, vnímání odchodu do důchodu, starosti v životě a radosti v životě*. Senioři nad 75 let jsou celkově spokojeni se svou životní situací, setkávají se s kamarády a považují svou celkovou životní situaci za dobrou. Předpokládají, že jejich životní situace se bude odvíjet od zdraví, bude dobrá, pokud budou zdraví. Někteří starší senioři předpokládají, že se jejich životní situace bude vyvíjet pozitivně a někteří předpokládají, že se jim zhorší zdraví. Nic by ve svém životě zpětně neměnili. Odchod do důchodu vnímala tato skupina seniorů jako přirozenou součást svého života, pro některé z nich to byl plynulý přechod a pro některé z nich to byla zvláštní situace, na kterou si museli zvyknout. Někteří senioři zmínili, že pokud by neonemocněli, setrvali by na trhu práce a někteří by se dodatečně vrátili na trh práce. Jejich radosti v životě jsou děti a vnoučata, jejich starostí je pak především zdraví.



Obráz. 12: Mentální mapa smyslu života

Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 13 představuje mentální mapu dobrovolnictví podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *možnost zapojení, zájem o zapojení, důvod zapojení, důvod nezapojení*. Většina seniorů ví o možnosti zapojení se do dobrovolnictví, pouze někteří z nich se do dobrovolnictví zapojují. Důvody zapojení se jsou, že soucítí s potřebnými, mají chuť pomáhat dětem. Vychází to z jejich postoje ke světu, zapojují se do sbírek, charit, nadací, navštěvují nemocné a osamělé a chodí s nimi na procházky. Důvody nezapojení se jsou zejména ty, že nevědí o této možnosti nebo mají své aktivity a nemají na tyto činnosti dostatek volného času.



Obr. 13: Mentální mapa dobrovolnictví

Zdroj: Vlastní zpracování

### 3.4.2 Senioři, kteří odešli do předčasného důchodu

Tabulka 29 představuje identifikace respondenta podle věku, pohlaví, rodinného stavu, důchodu, vzdělání a povolání. Tabulka 30 pak představuje identifikace respondenta podle bydlení - konkrétně je zde popsán kraj původu, typ obce původu, typ bydliště, místo bydliště a důvod změny bydlení.

Tabulka 29: Identifikace respondenta

Respondent	Věk	Pohlaví	Rodinný stav	Důchod	Vzdělání	Povolání
1.	75	Žena	Rozvedená	Starobní	Vysokoškolské	Dětská lékařka
2.	63	Žena	Vdaná	Starobní	Středoškolské	Sekretářka
3.	68	Muž	Svobodný	Starobní	Středoškolské	Strojvedoucí
4.	58	Žena	Vdaná	Starobní	Středoškolské	Zdravotní sestra

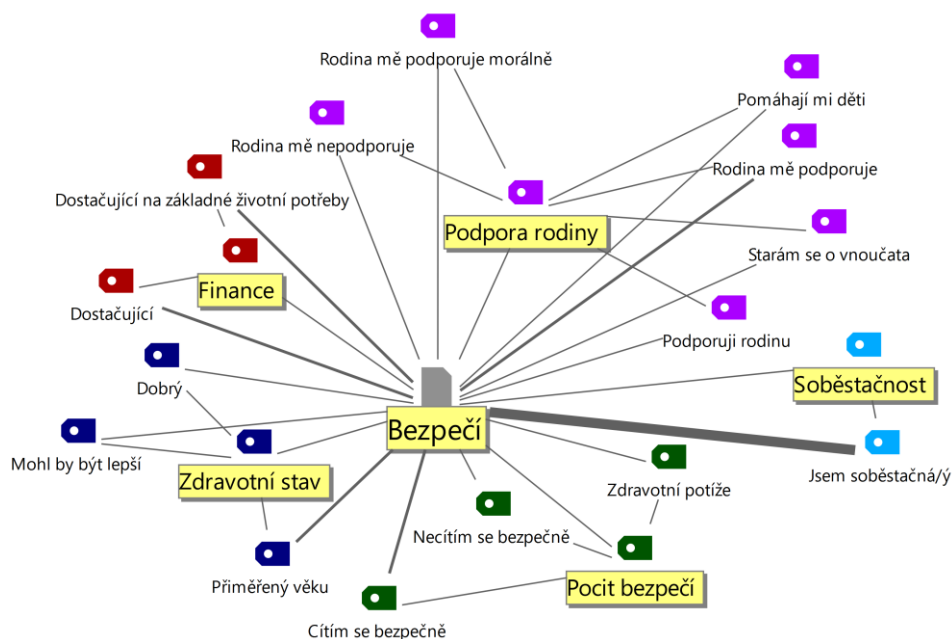
Zdroj: Vlastní zpracování

Tab. 30 : Identifikace respondenta dle původu a místa bydliště

Respondent	Kraj původu	Typ obce původu	Typ bydliště	Místo bydliště	Změna bydlení
1.	Hodonínský	Město	Vlastní byt	Hodonín	Není důvod
2.	Východočeský	Vesnice	Vlastní dům	Pardubice	Není důvod
3.	Severomoravský	Vesnice	Vlastní dům	Bítov	Není důvod
4.	Východočeský	Město	Vlastní dům	Chrudim	Není důvod

Zdroj: Vlastní zpracování

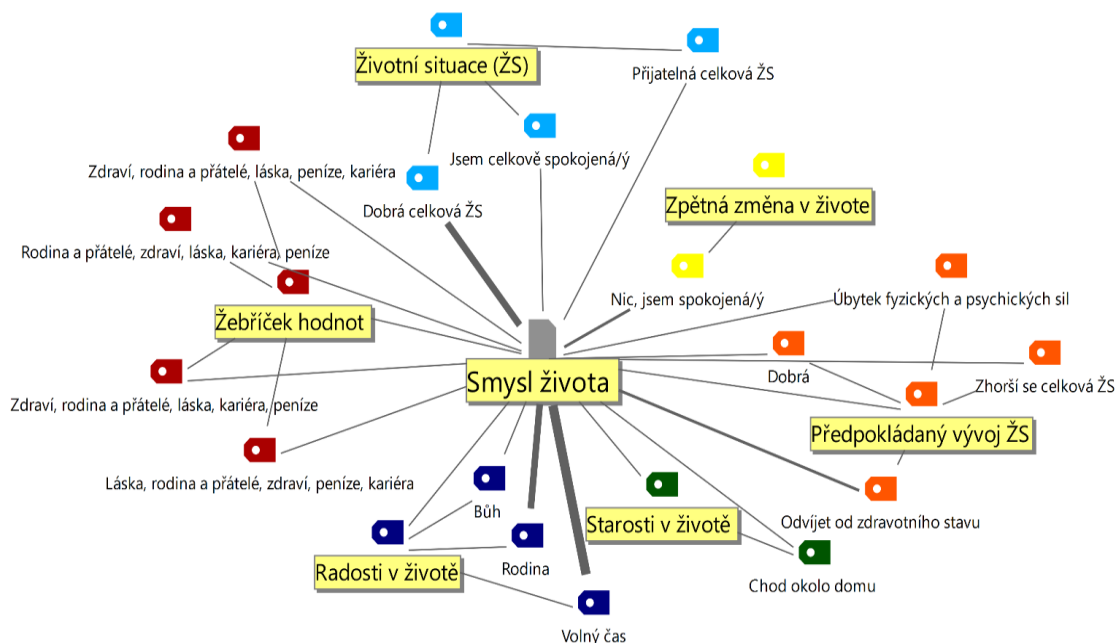
Obrázek 14 představuje mentální mapu bezpečí podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *podpora rodiny, pocit bezpečí, zdravotní stav, finance a soběstačnost*. Z otázky, zda senioři podporují svou rodinu nebo rodina podporuje seniory, vyplývá, že si pomáhají navzájem a rodina je podporuje morálně, pomáhají jim také děti. Jeden respondent zmínil, že ho rodina nepodporuje. Senioři taktéž podporují rodinu a starají se o vnoučata. Senioři se cítí většinou bezpečně, důvodem toho, že se necítí bezpečně, je obava ze zdravotních potíží. Dotazovaní senioři, kteří odešli do předčasného důchodu, jsou soběstační. Svůj zdravotní stav považují za dobrý a přiměřený věku, někteří mají zdravotní problémy a zmínili, že by jejich zdravotní stav mohl být lepší. Finance mají dostačující, aby jim pokryly základní životní potřeby.



Obr. 14: Mentální mapa bezpečí

Zdroj: Vlastní zpracování

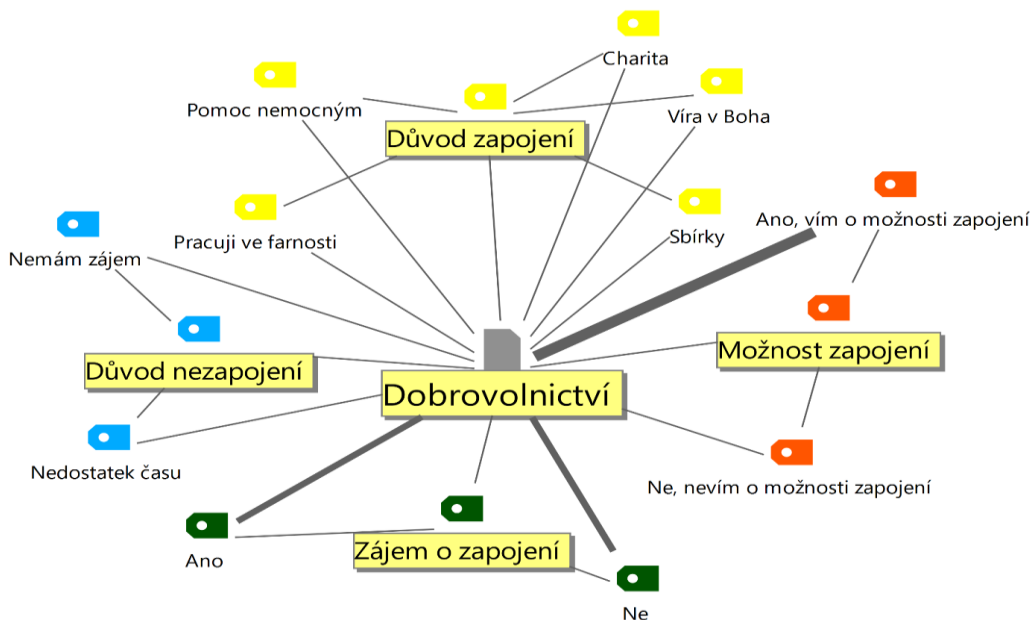
Obrázek 15 představuje mentální mapu smyslu života podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *životní situace (ŽS), předpokládaný vývoj ŽS, zpětná změna v životě, žebříček hodnot, starosti v životě a radosti v životě*. Senioři, kteří odešli do předčasného důchodu, jsou celkově spokojeni se svou životní situací a považují svou celkovou životní situaci za dobrou a přijatelnou. Předpokládají, že jejich životní situace se bude odvíjet od zdravotního stavu, někteří senioři zmínili, že bude dobrá a jiní, že se celková životní situace zhorší kvůli úbytku fyzických a psychických sil. Nic by ve svém životě zpětně neměnili a jsou spokojeni. Senioři uvedli různé pořadí v žebříčku hodnot, avšak peníze a kariéra jsou na posledních místech u všech seniorů. Všichni senioři zmínili, že jejich radosti v životě jsou rodina, někteří oceňovali volný čas, který mají. Pro některé ze seniorů je důležitá spiritualita a víra v Boha. Starostí v životě je pro ně domácnost.



Obr. 15: Mentální mapa smysl života

Zdroj: Vlastní zpracování

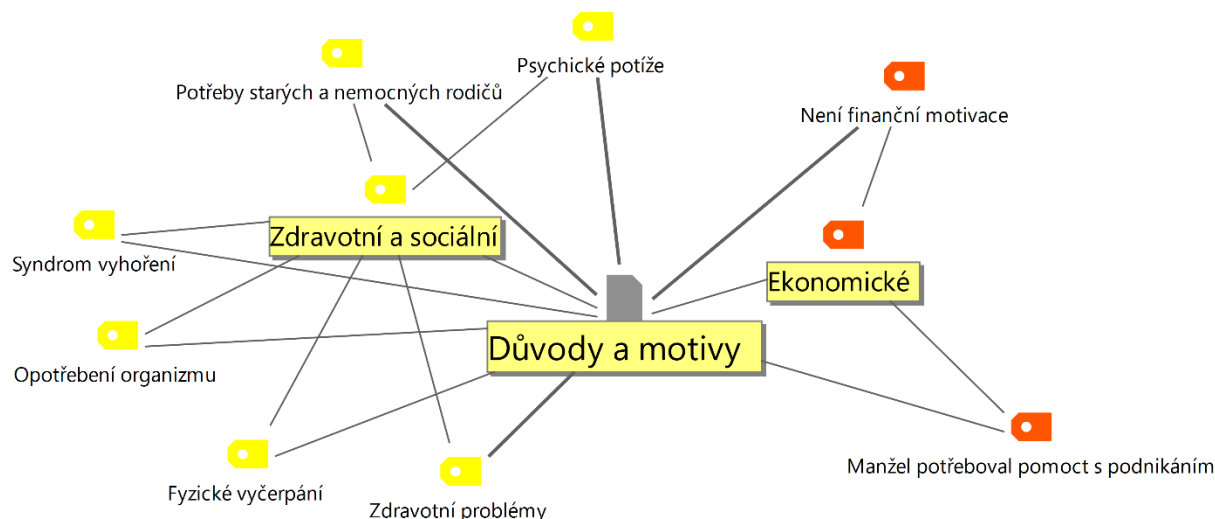
Obrázek 16 představuje mentální mapu dobrovolnictví podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *možnost zapojení, zájem o zapojení, důvod zapojení, důvod nezapojení*. Většina seniorů ví o možnosti zapojení se do dobrovolnictví, pouze někteří z nich se do dobrovolnictví zapojují. Důvody zapojení se jsou víra v Boha, pracují na farnosti, pomáhají nemocným a zapojují se do sbírek a charit. Důvody nezapojení se jsou zejména, že nemají zájem nebo dostatek času.



Obr. 16: Mentální mapa dobrovolnictví

Zdroj: Vlastní zpracování

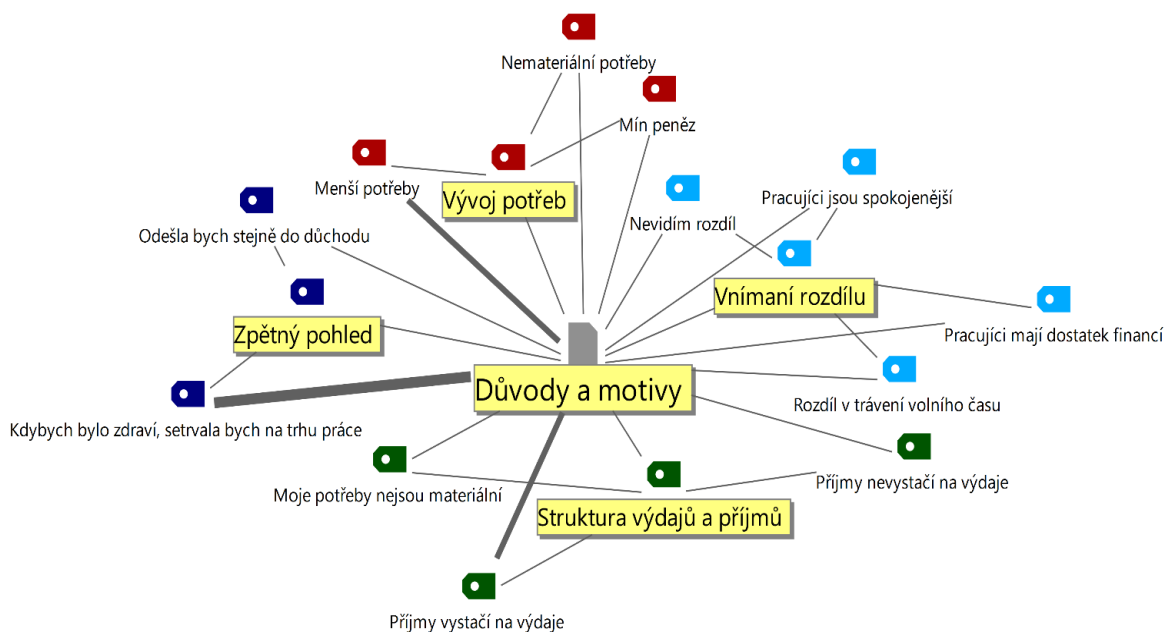
Obrázek 17 představuje mentální mapu důvodů a motivů odchodu do předčasného důchodu podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *ekonomické, sociální a zdravotní*. U většiny seniorů nebyl hlavním motivem odchodu do důchodu dostatek nebo nedostatek financí. Důvody odchodu do důchodu byly různé. Jeden respondent zmínil, že manžel potřeboval pomoc s podnikáním, dalším důvodem byla potřeba starat se o staré nemocné rodiče. Hlavními důvody a motivy odchodu do předčasného důchodu však bylo zdraví: syndrom vyhoření, psychické potíže, opotřebení organismu, fyzické vyčerpání.



Obr. 17: Mentální mapa sociální, ekonomické a zdravotní důvody a motivy odchodu do předčasného důchodu

Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 18 představuje mentální mapu důvodů a motivů odchodu do předčasného důchodu podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *struktura výdajů a příjmů, zpětný pohled, vývoj potřeb a vnímání rozdílu* mezi seniory, kteří odešli do předčasného důchodu a těmi, co stále pracují. U většiny seniorů jsou příjmy adekvátní výdajům, jeden senior zmínil, že jeho potřeby nejsou materiální. Senioři, kteří odešli do předčasného důchodu, uvádějí, že jejich potřeby nemateriální jsou menší a stojí méně peněz. Rozdíl mezi seniory, kteří odešli do předčasného důchodu a seniory, kteří setrvali na trhu práce, *dle seniorů v předčasném důchodu*, je ve vnímání rozdílu v trávení volného času, v dostatku financí a v spokojenosti. Většina seniorů by setrvala na trhu práce, kdyby byla zdravá.



Obr. 18: Mentální mapa další důvody a motivy odchodu do předčasného důchodu

Zdroj: Vlastní zpracování

### 3.4.3 Senioři, kteří aktuálně setrvávají na trhu práce

Tabulka 31 představuje identifikace respondenta podle věku, pohlaví, rodinného stavu, důchodu, vzdělání a povolání. Tabulka 32 pak následně představuje identifikace respondenta podle bydlení - konkrétně je zde popsán kraj původu, typ obce původu, typ bydliště, místo bydliště a důvod změny bydlení.

Tab. 31: Identifikace respondenta

Respondent	Věk	Pohlaví	Rodinný stav	Důchod	Vzdělání	Bývalé povolání	Aktuální povolání
1.	74	Žena	Vdaná	Starobní	Středoškolské	Listovní doručovatelka	Výpomoc v trafice
2.	61	Žena	Vdaná	Starobní	Středoškolské	Restaurátorka	Restaurátorka
3.	78	Žena	Vdaná	Starobní	Středoškolské	Projektantka	Finanční poradkyně
4.	65	Muž	Ženatý	Starobní	Středoškolské	Truhlář	Údržbář
5.	67	Žena	Vdova	Starobní a vdovský	Středoškolské	Kuchařka	Uklízečka

Zdroj: Vlastní zpracování

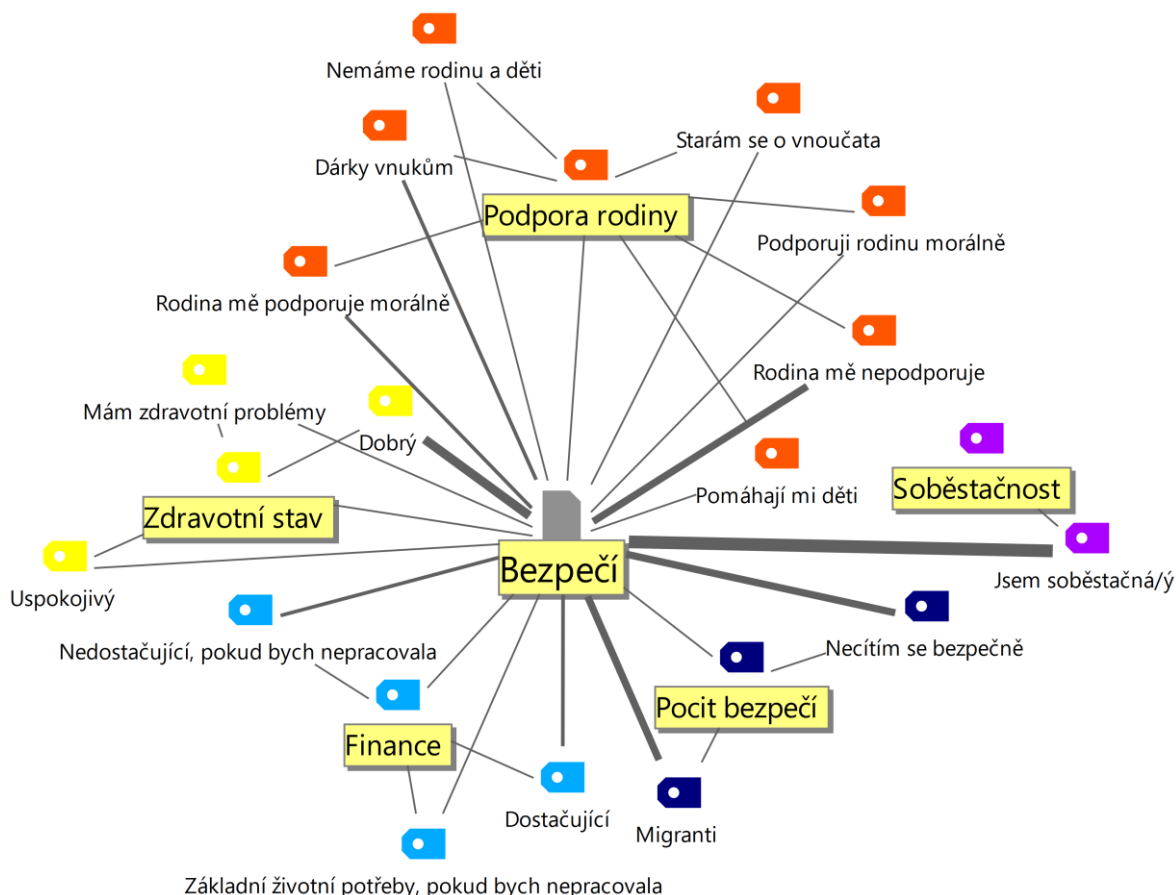


Tab. 32: Identifikace respondenta dle původu a místa bydliště

Respondent	Kraj původu	Typ obce původu	Typ bydliště	Místo bydliště	Změna bydlení
1.	Moravskoslezský kraj	Město	Pronajatý dům	Brno	Bezbariérovost
2.	Jihomoravský	Město	Vlastní dům	Brno	Není důvod
3.	Středočeský	Město	Vlastní dům	Bítov	Zdravotní stav
4.	Jihomoravský	Vesnice	Vlastní dům	Soběšice	Zdravotní stav
5.	Jihomoravský	Město	Pronajatý byt	Brno	Není důvod

Zdroj: Vlastní zpracování

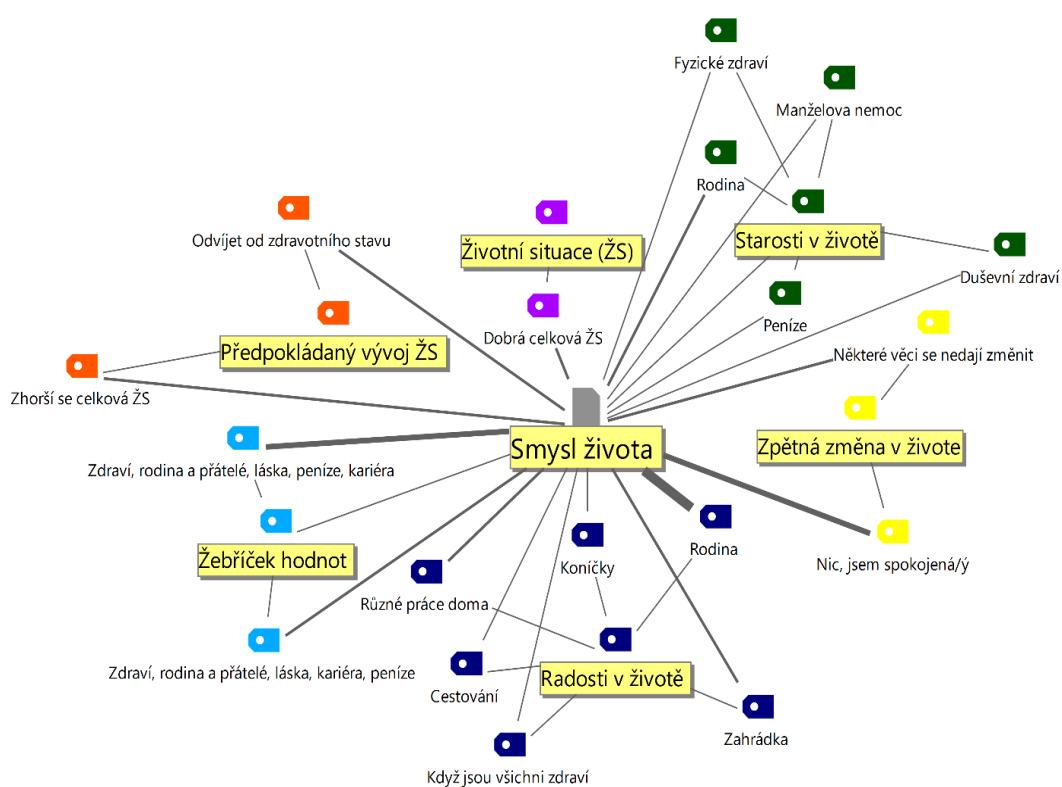
Obrázek 19 představuje mentální mapu bezpečí podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *podpora rodiny, pocit bezpečí, zdravotní stav, finance a soběstačnost*. Z otázky, zda senioři, kteří setrvávají na trhu práce, podporují svou rodinu nebo rodina podporuje seniory, vyplývá, že si pomáhají navzájem a rodina je podporuje morálně, pomáhají jim také děti. Jeden respondent zmínil, že ho rodina nepodporuje a jeden senior uvedl, že nemá rodinu a děti. Senioři taktéž podporují rodinu a starají se o vnoučata, dávají dárky vnukům. Senioři se necítí bezpečně, obávají se migrantů. Svůj zdravotní stav považují většinou za dobrý nebo uspokojivý, někteří mají zdravotní problémy. Finance mají dostačující, avšak pokud by nepracovali, tak by byly nedostačující a pokryly by jenom základní životní potřeby. Pracující senioři jsou soběstační.



Obr. 19: Mentální mapa bezpečí

Zdroj: Vlastní zpracování

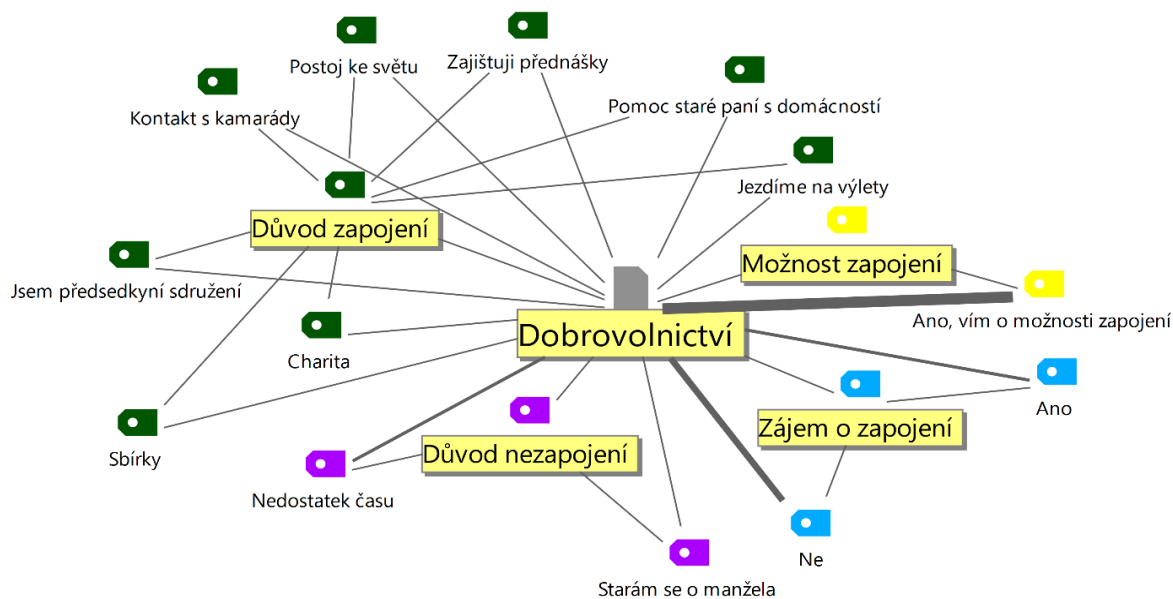
Obrázek 20 představuje mentální mapu smyslu života podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *životní situace (ŽS)*, *předpokládaný vývoj ŽS*, *zpětná změna v životě*, *žebříček hodnot*, *starosti v životě* a *radosti v životě*. Senioři považují svou celkovou životní situaci za dobrou. Předpokládají, že jejich životní situace se bude odvíjet od zdravotního stavu, někteří senioři zmínili, že se zhorší celková životní situace. Nic by ve svém životě zpětně neměnili, jsou spokojeni a uvědomují si, že některé věci se nedají změnit. Senioři uvedli různé pořadí v žebříčku hodnot, avšak peníze a kariéra jsou na posledních místech u všech seniorů. Většina seniorů zmínila, že jejich radostí v životě jsou rodina a pro některé z nich práce doma a v domácnosti, cestování, zdraví a zahrádka. Starostí v životě jsou pro ně fyzické a duševní zdraví, rodina a peníze.



Obr. 20: Mentální mapa smyslu života

Zdroj: Vlastní zpracování

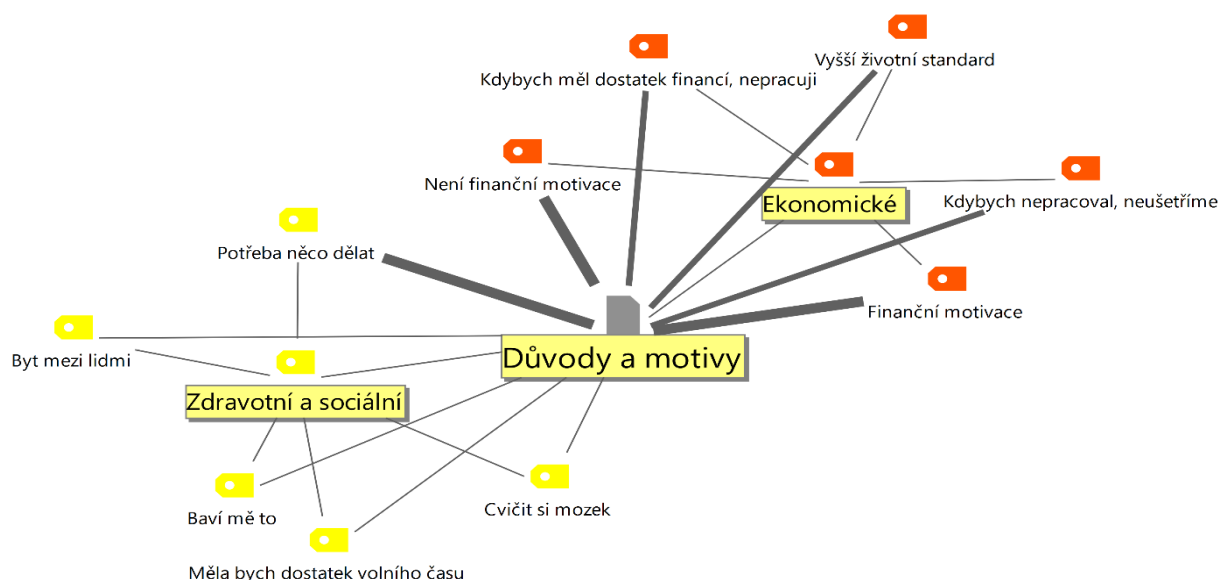
Následující obrázek 21 představuje mentální mapu dobrovolnictví podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *možnost zapojení*, *zájem o zapojení*, *důvod zapojení*, *důvod nezapojení*. Všichni senioři vědí o možnosti zapojení se do dobrovolnictví, pouze někteří z nich se však do dobrovolnictví zapojují. Důvody k zapojení jsou postoj ke světu, kontakt s kamarády. Senioři se zapojují do sbírek a charit, jedna z respondentek je předsedkyní sdružení a zajišťuje přednášky. Důvody nezapojení se jsou zejména ty, že nemají zájem nebo dostatek času a/nebo se starají o manžela.



Obr. 21: Mentální mapa dobrovolnictví

Zdroj: Vlastní zpracování

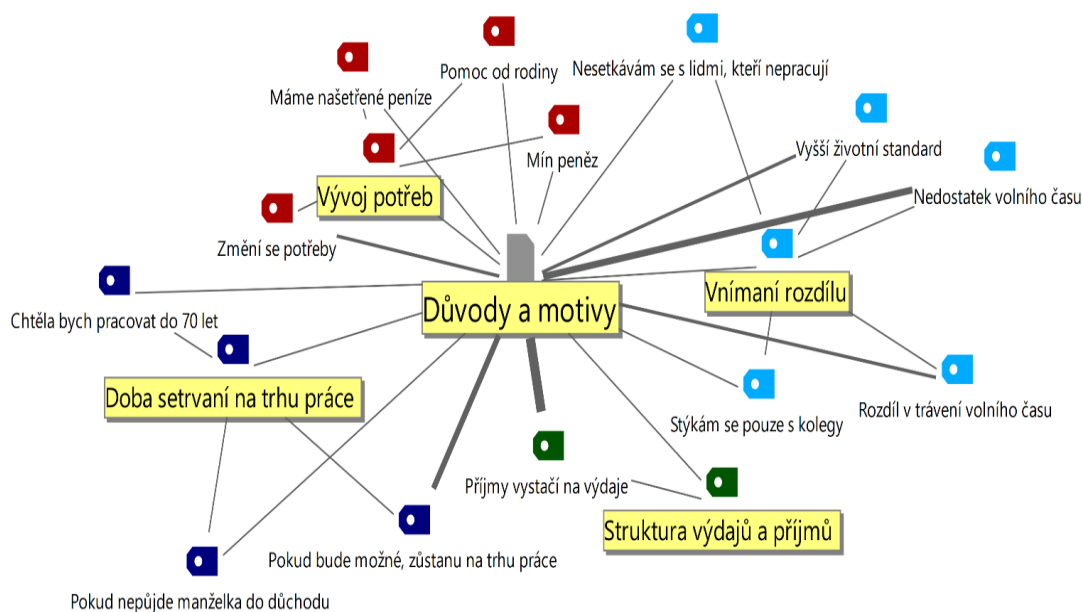
Obrázek 22 představuje mentální mapu znázorňující důvody a motivy setrvávání na trhu práce podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *ekonomické, sociální a zdravotní*. U většiny seniorů jsou důvodem setrvávání na trhu práce ekonomické důvody, především finanční motivace (kdyby nepracovali, neušetřili by) a touha po vyšším životním standardu. Současně uvádějí, že kdyby měli dostatek financí, tak nepracují. Přesto u některých seniorů není důvodem setrvávání na trhu práce finanční motivace, Hlavními důvody a motivy setrvávání na trhu práce jsou důvody sociální: potřeba něco dělat, být mezi lidmi, radost z práce. Senioři pracují, přestože si uvědomují, že by měli dostatek volného času, kdyby nepracovali.



Obr. 22: Mentální mapa sociální, ekonomické a zdravotní důvody a motivy setrvávání na trhu práce

Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 23 představuje mentální mapu důvody a motivy setrvávání na trhu práce podle nejvýznamnějších podoblastí, a to *struktura výdajů a příjmů, zpětný pohled, vývoj potřeb a vnímání rozdílu mezi pracujícími a nepracujícími seniory*. U všech seniorů jsou příjmy adekvátní výdajům. Senioři setrvávající na trhu práce předpokládají, že jejich potřeby se nějakým způsobem změní a budou potřebovat méně peněz. Někteří předpokládají, že budou potřebovat pomoc od rodiny, někteří mají našetřené peníze. Rozdíl mezi seniory, kteří odešli do předčasného důchodu a seniory, kteří setrvali na trhu práce, je dle seniorů setrvávajících na trhu práce v trávení volného času, v životní úrovni a v sociálním kontaktu. Pracující senioři nemají dostatek volného času, ale mají vyšší životní standard. Pracující senioři uvedli, že se setkávají pouze s kolegy a nesetkávají se s lidmi, kteří nepracují. Pracující senioři zůstanou na trhu práce, pokud to bude možné. V rámci rozhovorů jeden z respondentů zmínil, že by chtěl pracovat do 70 let a jeden senior uvedl, že setrvá na trhu práce, pokud nepůjde manželka do důchodu.



Obr. 23: Mentální mapa další důvody a motivy setrvávání na trhu práce

Zdroj: Vlastní zpracování

### 3.4.4 Shrnutí kvalitativní části výzkumu

Kvalitativní šetření nám formou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů umožnilo detailně nahlédnout do několika oblastí života seniorů a pomocí softwaru MAXQDA je podrobně analyzovat. Zaměřili jsme se na skupinu *seniorů nad 75 let, seniorů, kteří odešli do předčasného důchodu a seniorů, co stále pracují*.

Zkoumanou oblastí byl *pocit bezpečí seniorů*. V tomto směru se shodovaly výpovědi všech tří skupin seniorů. Ti se cítí bezpečně, soběstačně, zdravotní stav hodnotí obecně jako dobrý nebo přiměřený věku, finance jako dostačující jejich materiálním potřebám. Jednoznačně nejdůležitějším faktorem, který zcela zásadně ovlivňuje jejich bezpečí je **rodina, pomoc a podpora příbuzných a dětí, vzájemná blízkost**. Také z kvalitativní analýzy rozhovorů vyplývá, že podoblast rodiny byla nejfrekventovanější a nejčastěji spojovaná s pocitem bezpečí (viz mentální mapy výše).

Další zkoumanou oblastí byla oblast *smyslu života*. Také v této oblasti vypovídali senioři obdobně bez ohledu na věk nebo jejich zapojení/nezapojení na trhu práce. Jsou spokojeni s životní situací, další životní perspektivu nejčastěji spojují se **zdravotním stavem**, zdraví bylo také nejčastěji zmiňováno jako jejich největší starost. Opět je to **rodina a nejbližší příbuzní, co bylo nejčastěji zmiňováno v souvislosti se smyslem života a životními radostmi**.

Překvapivě obdobné výpovědi všech seniorů se týkaly také oblasti *dobrovolnictví*. Bez ohledu na věk nebo pracovní aktivity seniora jsou nejčastějšími důvody, proč se senioři nezapojují do dobrovolnických aktivit, **nedostatek času**. Opakovaně však také senioři vypovídali, že o dobrovolnických aktivitách vědí, ale **nemají dostatek informací**. Přesto jsou senioři, kteří vykonávají dobrovolnické aktivity, především v oblasti sociální nebo spirituální.

U podskupin seniorů, kteří odešli do předčasného důchodu a kteří stále pracují (tedy jsou aktivní součástí trhu práce) byla provedena analýza jejich důvodů a motivů pro setrvání, popř. odchod z trhu práce. **Hlavním důvodem pro odchod do předčasného důchodu byl zdravotní stav**: syndrom vyhoření, psychické potíže, opotřebením organismu, fyzické vyčerpání. **Dotázaní senioři by taktéž zůstali na trhu práce, pokud by byli zdraví**. Kromě zdraví pak byla důvodem odchodu do předčasného důchodu nutnost péče o stárnoucí nemocné rodiče.

Respondenti se shodují v tom, že rozdíl mezi seniory, kteří odešli do předčasného důchodu a seniory, kteří setrvali na trhu práce, je v trávení volného času, v dostatku financí a v spokojenosti.

U většiny seniorů jsou důvodem setrvání na trhu práce **ekonomické důvody, především finanční motivace** (kdyby nepracovali, neušetřili by) a touha po vyšším životním standardu. Současně uvádějí, že kdyby měli dostatek financí, tak nepracují. Hlavními důvody a motivy setrvávání na trhu práce jsou **důvody sociální: potřeba něco dělat, být mezi lidmi, radost z práce**. Pracující senioři nemají dostatek volného času, ale mají vyšší životní standard. Pracující senioři uvedli, že se setkávají pouze s kolegy a nesetkávají se s lidmi, kteří nepracují. Pracující senioři zůstanou na trhu práce, pokud to bude možné. Z provedeného kvalitativního výzkumu vyplývá, že senioři jsou spíše spokojeni s jejich aktuální životní situací, rozhodujícím faktorem jejich spokojenosti je **zdraví a rodinné vztahy**. S prostředím, ve kterém bydlí i v oblasti financí, jsou senioři spokojeni. Se zdravím, které je pro seniory významným faktorem celkové spokojenosti, souvisí i fyzická soběstačnost, se kterou jsou senioři převážně spokojeni. V aktivitách mimo domov senioři preferují kontakt se svými vrstevníky a rodinou.

### 3.5 Kvantitativní část výzkumu

Primární data byla sbírána metodou dotazníkového šetření kvůli oslovení co největšího počtu seniorů různých skupin. Cílem šetření bylo zjistit subjektivní názory, přání, potřeby a zkušenosti týkající se kvality života seniorů. Na základě teoretických poznatků z odborných studií a z důvodu pokrytí široké škály aspektů kvality života, které nebyly zkoumány v rámci jiných výzkumů, obzvláště se zaměřením na specifika českých seniorů, byl dotazník tvořen čtyřmi bloky dotazů:

1. Identifikace respondenta.
2. Zdravotní stav a aktivity.
3. Finanční záležitosti a sociální zabezpečení.
4. Smysl života.

Dotazník byl vyplňován vždy fyzickou osobou - seniorem. Na jeho distribuci byla použita elektronická i papírová forma, a to především s ohledem na různorodost tohoto základního souboru s cílem získat

informace od různých seniorů z různých věkových, regionálních a dalších kategorií. Pro sběr dat byl použit systém Umbrela. Po očištění dat tvoří konečný výběrový soubor (účastníci šetření) 3045 seniorů. Jejich rozložení podle identifikačních znaků je dostupné v tabulce 33.

Pro zpracování získaných dat byl využit software STATISTICA by StatSoft, SPSS Statistics a MS Excel. Údaje byly nejdříve roztříděny, což znamená, že byly vytvořené smysluplně uspořádané hodnoty, které umožňují popsat a vyvodit určité poznatky ze zjištěných hodnot. Výsledky třídění jsou vyjádřené pomocí tabulek rozdělení četnosti, převážně v relativním vyjádření, případně graficky. Jelikož šetření je zaměřeno na zjištění subjektivního názoru, pracovalo se s nominálními znaky. Jejich četnosti jsou ve vybraných případech vyjádřené pomocí kontingenčních tabulek, díky nim jsou následně zjišťovány možné souvislosti dvou slovních znaků a v případě relevance pro vztahy na základě Pearsonova koeficientu kontingenční (P) ověřená síla závislosti. Čím je jeho hodnota blíže k 1, tím je závislost větší. Průkaznost vztahu sledovaných proměnných se zjišťuje porovnáním empirického koeficientu s názvem čtvercová kontingenční  $\chi^2$  se zvolenou hladinou významnosti  $p = 0,05$  (resp.  $P = 0,01$ ).

Tab. 33: Struktura výběrového souboru

	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
<b>Pohlaví</b>		
Muž	1108	363,9
Žena	1937	63,61
<b>Věk</b>		
méně než 65	1011	33,20
66-70	1199	39,38
71-75	554	18,19
76-80	188	6,17
81 a více	93	3,05
<b>Rodinný stav</b>		
Svobodný/á	82	2,69
Ženatý, vdaná, registrované partnerství	1948	63,97
Rozvedený/á, registrované partnerství zaniklé rozhodnutím	493	16,19
Ovdovělý/á, registrované partnerství zaniklé smrtí	522	17,14
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>		
Základní	81	2,66
Střední bez maturity	474	15,57
Střední s maturitou	1533	50,34
Vysokoškolské	957	31,43
<b>Bývalé povolání</b>		
Řídící pracovník (manažer, ředitel, ...)	164	5,39
Specialista (lékař, vědec, IT, ...)	212	6,96
Technický a odborný pracovník (technik, inženýr, ekonom, ...)	637	20,92
Státní zaměstnanec (úředník, administrativní pracovník, policista, voják, hasič...)	594	19,51
Pedagog, učitel	345	11,33
Pracovník ve službách či prodeji	239	7,85

Kvalifikovaný pracovník (ve zdravotnictví, lesnictví, zemědělství, THP, opravář, řemeslník,...)	542	17,80
Montér, obsluha strojů	101	3,32
Pomocný a nekvalifikovaný pracovník	89	2,92
Podnikatel, OSVČ	40	1,31
Jiné	82	2,69
<b>Kraj</b>		
Hlavní město Praha	74	2,43
Středočeský	35	1,15
Jihočeský	46	1,51
Plzeňský	16	0,53
Karlovarský	5	0,16
Ústecký	31	1,02
Liberecký	7	0,23
Královéhradecký	50	1,64
Pardubický	50	1,64
Jihomoravský	1730	56,81
Olomoucký	592	19,44
Zlínský	52	1,71
Moravskoslezský	93	3,05
Vysočina	254	8,34
Slovensko	10	0,33
<b>Typ obce</b>		
Hlavní město	137	04,50
Krajské město	1202	39,47
Město, městys	1161	38,13
Vesnice	545	17,90

Zdroj: vlastní šetření

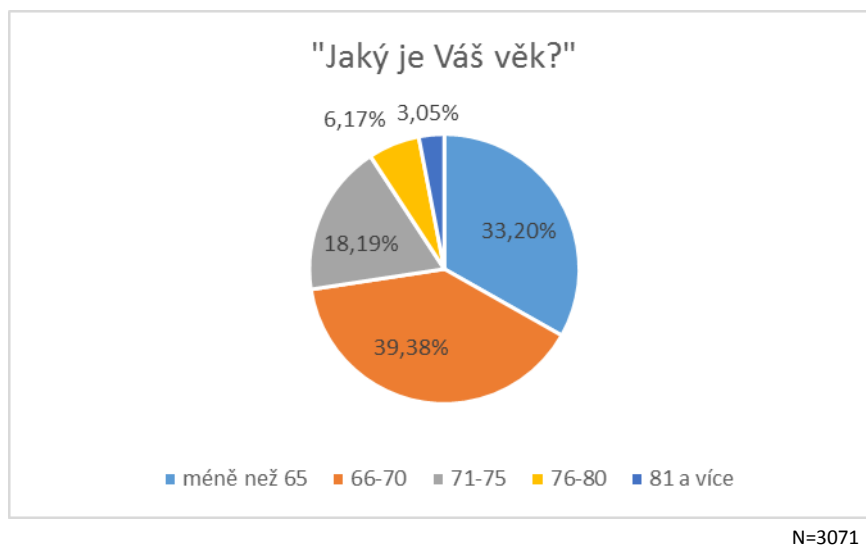
### 3.5.1 Způsob sběru dat

Velká část sběru dat probíhala elektronickou formou. Ve spolupráci s ředitelstvím projektu Senior pasy, který je realizován na území celé České republiky, byli kontaktováni senioři odebírající newsletter projektu a požádáni o vyplnění dotazníku, dále byli administrátory výzkumu osobně kontaktováni senioři navštěvující Kluby seniorů v Brně a okolí, osobně byli kontaktováni také senioři v Domovech pro seniory a ve vybraných sociálních zařízeních v Brně.

### 3.5.2 Zkoumaný vzorek

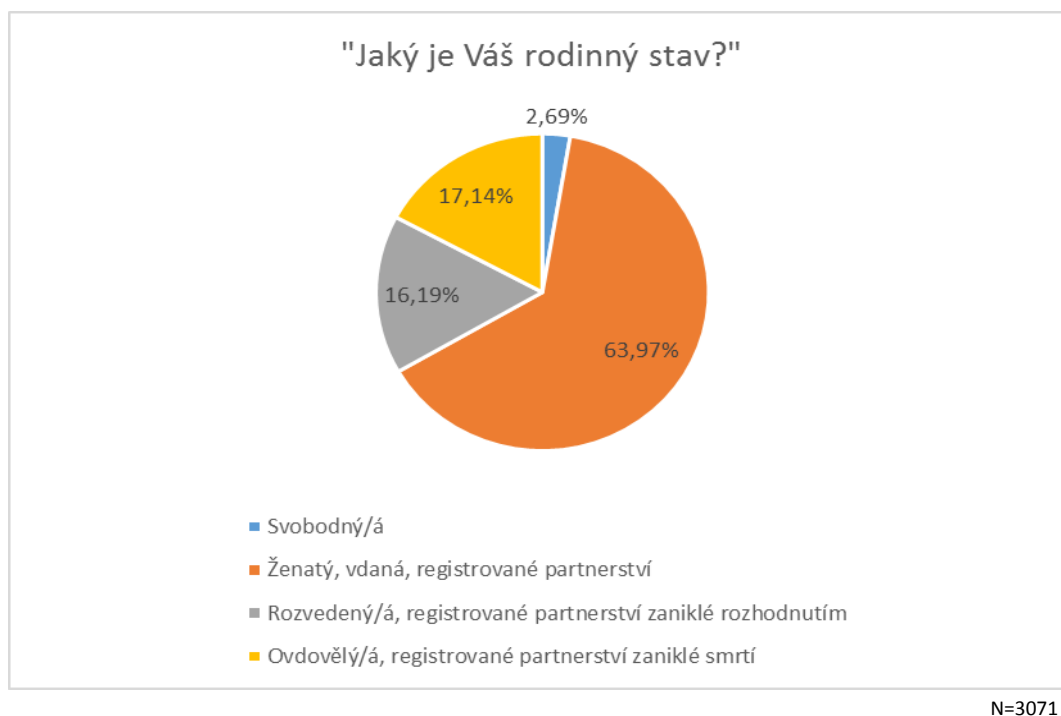
Celkový vzorek respondentů byl **3071**, z toho *36,39% respondentů byli muži a 63,61% respondentů byly ženy*. Věk respondentů se pohyboval v rozpětí 55 a více let (viz graf na obrázku 24). Největší část tvořili respondenti ve věku 66 – 70, celkem to bylo 39,38%, více než třetina (33,20%) respondentů byla

v nejmladší kategorii 55 – 65 let, necelá pětina (18,19%) respondentů byla ve věku 71 – 75 let a téměř 10% respondentů bylo starších 76 let (z toho 3,05% respondentů bylo starších 81 let).



Obr. 24: Věk respondentů písemného dotazování  
Zdroj: vlastní šetření

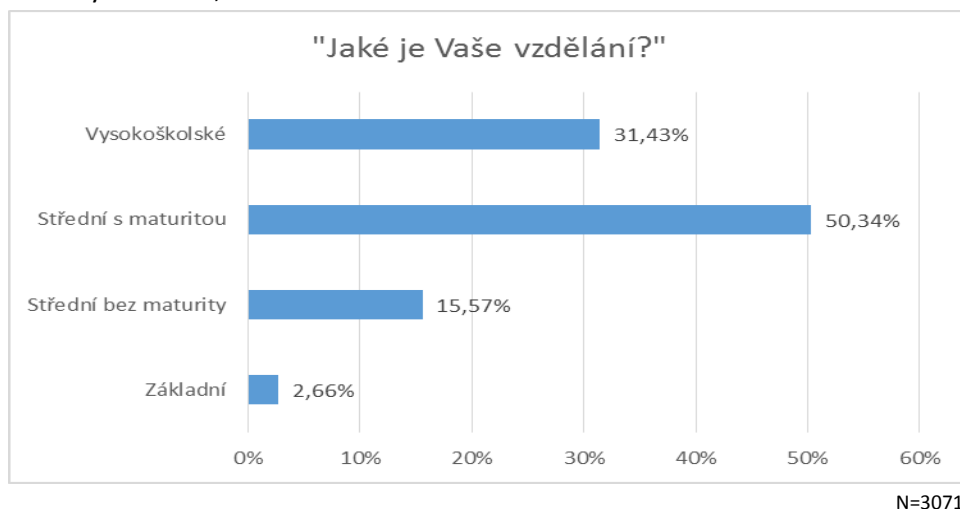
Jak vyplývá z grafu na obrázku 25 většina respondentů, žije v manželském nebo registrovaném svazku (63,97%), necelá pětina respondentů je ovdovělých (17,14%) a podobně velká část respondentů (16,19%) je rozvedených. Pouze 2,69% uvedlo, že jsou svobodní/svobodné.



Obr. 25: Rodinný stav respondentů písemného dotazování  
Zdroj: vlastní šetření



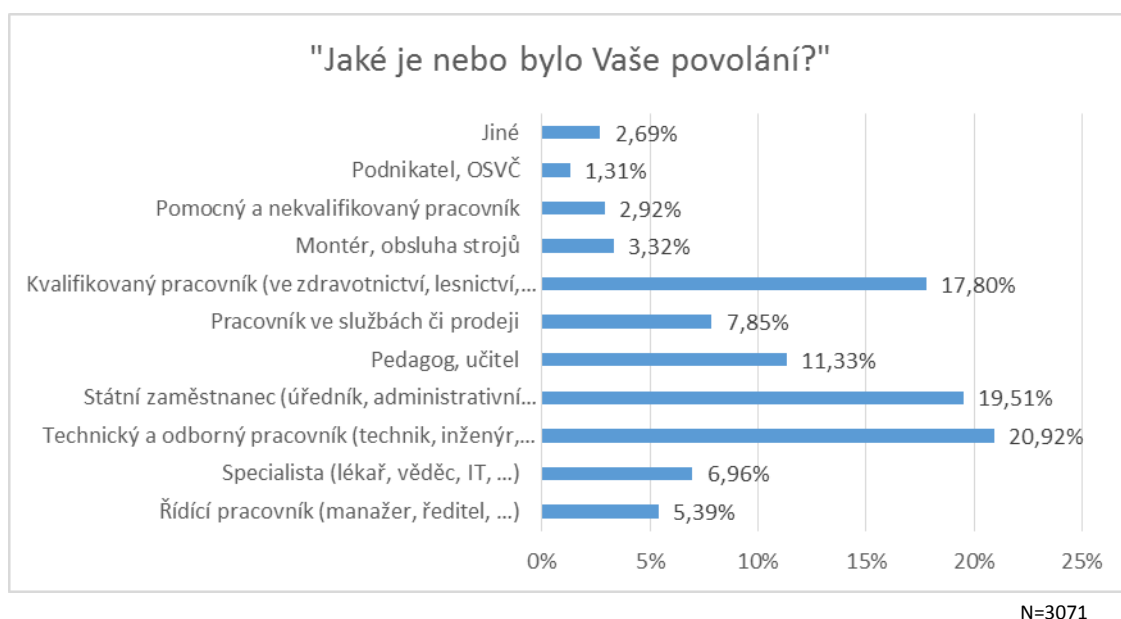
Zkoumaný vzorek byl tvořen vzdělanou populací seniorů (viz graf na obrázku 26), více než polovina seniorů měla středoškolské vzdělání (50,34%) a téměř třetina vysokoškolské vzdělání (31,43%), senioři bez maturity tvořili 18,23%.



Obr. 26: Vzdělání respondentů písemného dotazování

Zdroj: vlastní šetření

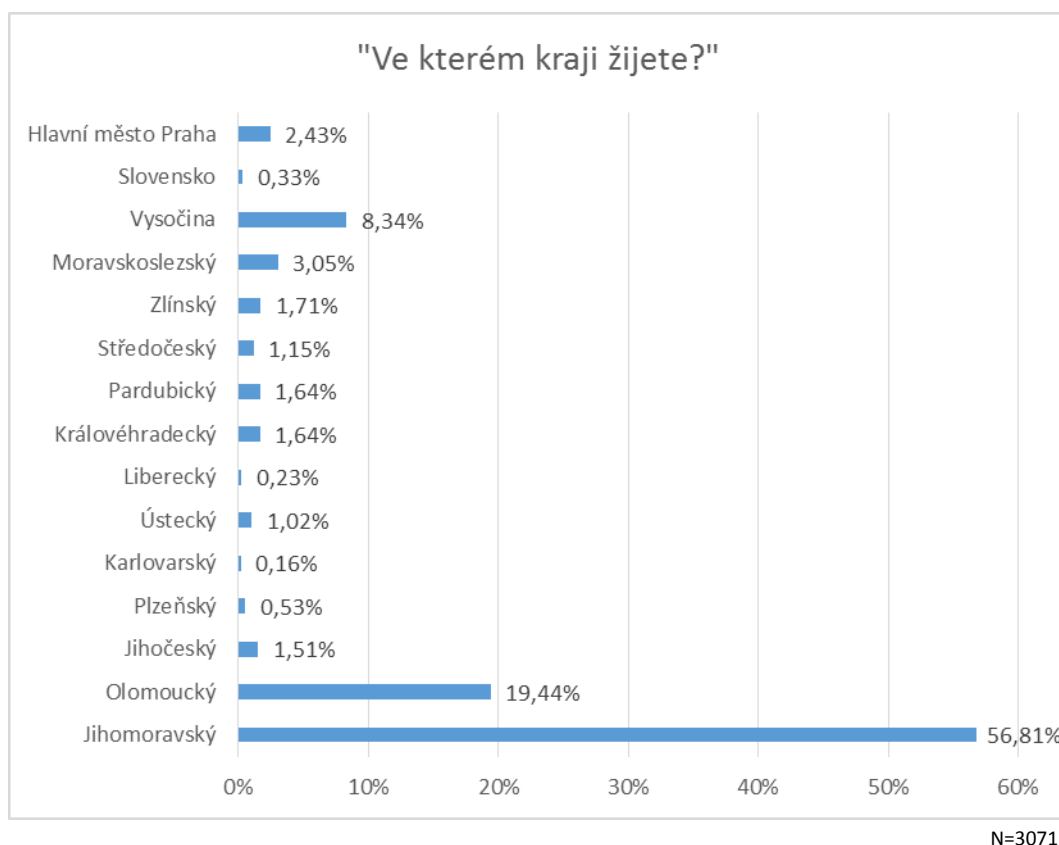
Jak je zřejmé z grafu na obrázku 27, povolání respondentů bylo hodně různorodé, nicméně procentuální zastoupení jednotlivých profesí odpovídalo vzdělanostnímu profilu vzorku respondentů. Pětina respondentů (20,92%) pracovala jako technický a odborný pracovník (technik, inženýr, ekonom). Druhou nejčastěji zastoupenou profesní oblastí byly státní zaměstnanci (úředníci, administrativní pracovníci, vojáci, hasiči apod.). Třetí nejčastěji zastoupenou skupinou (17,80%) byli kvalifikovaní pracovníci (ve zdravotnictví, lesnictví, zemědělství, THP, opraváři, řemeslníci, atd.)



Obr. 27: Povolání respondentů

Zdroj: vlastní šetření

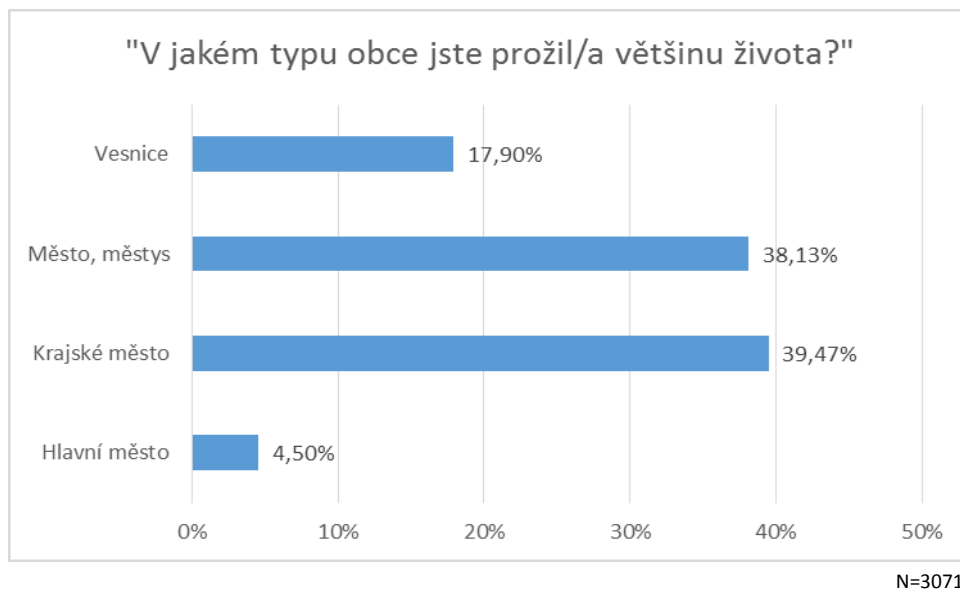
Pokud jde o zastoupení krajů, z nichž respondenti pocházejí, byly zastoupeny všechny kraje ČR (viz graf na obrázku 28), několik respondentů (0,33%) bylo ze Slovenska. Nejvíce byl zastoupen kraj Jihomoravský (56,81% respondentů), asi pětina respondentů (19,44%) byla z Olomouckého kraje, 8,34% respondentů pocházelo z kraje Vysočina.



Obr. 28: Bydliště respondentů dle kraje ČR, v němž žijí

Zdroj: vlastní šetření

Zkoumaný vzorek tvořila spíše městská populace (viz graf na obrázku 29). Většina respondentů (82,1%) prožila většinu života ve městě, z toho 39,47% v krajském městě a 4,50% v české metropoli. Necelá pětina respondentů (17,90%) uvedla, že prožila většinu života v rurálních oblastech.



Obr. 29: Typ obce, v níž respondenti prožili většinu života  
Zdroj: vlastní šetření

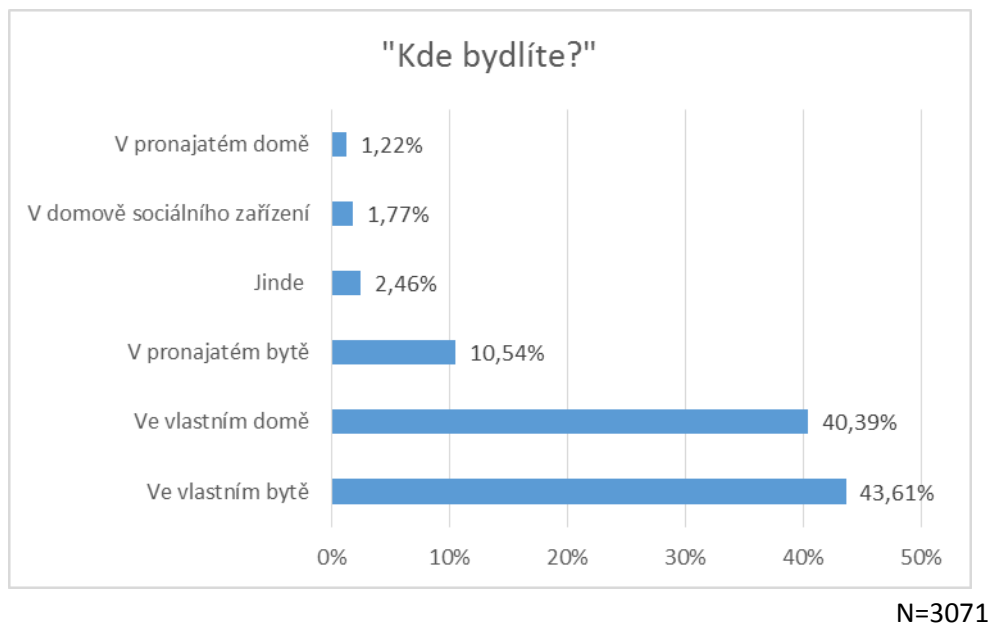
### 3.5.3 Výsledky kvantitativní části výzkumu

V následující části jsou představeny výsledky analýzy dotazníkových dat. S ohledem na charakter dat a potřeby výzkumu byla aplikována deskriptivní statistika, která přináší přehledné srovnání jednotlivých skupin seniorů. Byly analyzovány následující oblasti dotazníku:

- Životní situace seniorů a oblast bydlení seniorů
- Důvody setrvání v zaměstnání
- Zdravotní stav seniorů
- Spojenost s finanční situací u seniorů
- Pocit bezpečí seniorů

#### Životní situace seniorů a oblast bydlení seniorů

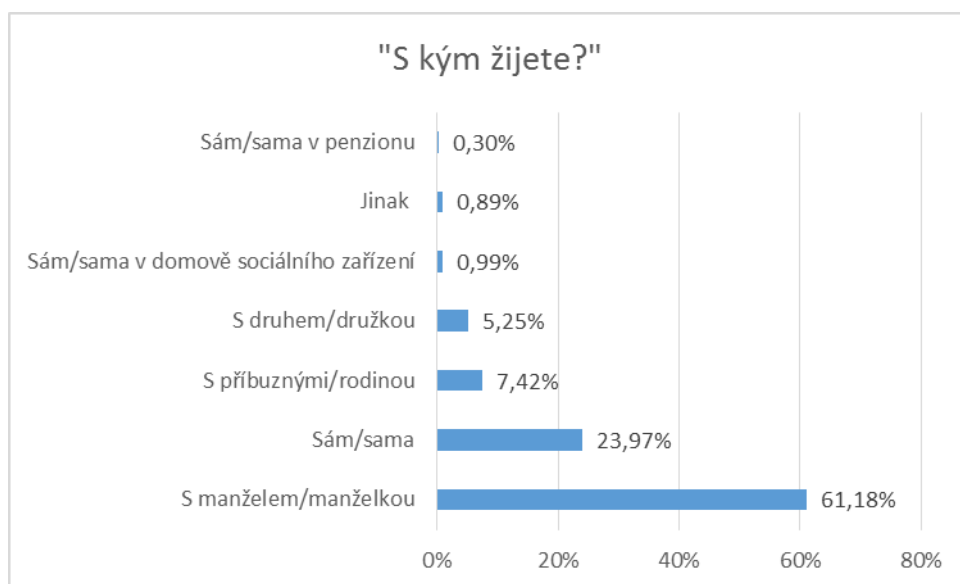
Z výsledků analýzy vyplynulo, že 84% seniorů žije ve vlastním bytě nebo domě (viz graf na obrázku 30), přibližně 10% seniorů (10,54%) žije v pronajatém bytě, pouze marginální část oslovených žije v domově sociálního zařízení (1,77%) nebo jinde (2,46%).



Obr. 30: Typ bydlení  
Zdroj: vlastní šetření

Také analýza „spolubydlících“ seniorů (viz graf na obrázku 31) odráží situaci rodinného stavu seniorů (viz výše, kde 63,97% respondentů žije v manželství nebo v partnerství). Téměř dvě třetiny (61,18%) uvedly, že taktéž žijí s manželem/manželkou nebo partnerem/partnerkou. Přibližně desetina seniorů (12,67%) žije s někým blízkým (s příbuznými, rodinou, s druhem nebo družkou). Čtvrtina seniorů žije sama (25,26%).

Podrobnější analýza dat pak ukázala, že necelá pětina seniorů (18,39%), kteří mají vlastní bydlení, žije sama. Tato skupina seniorů je potenciálně ohrožena chudobou, protože finanční zátěž spojená s údržbou vlastního bydlení se může s postupujícím věkem stát pro seniora neúnosná, ve vyšším věku je též pro seniory obtížné a často bez pomoci okolí zcela nemožné vyřešit otázku bydlení (tedy se přestěhovat). Senioři, kteří zůstávají ve vysokém stáří osamělí ve vlastním bydlení, jsou tedy ohroženi chudobou a samotou, řadě z nich, aby si udrželi nákladné bydlení, nezůstávají peníze na základní potraviny, hygienické potřeby, ošacení apod.

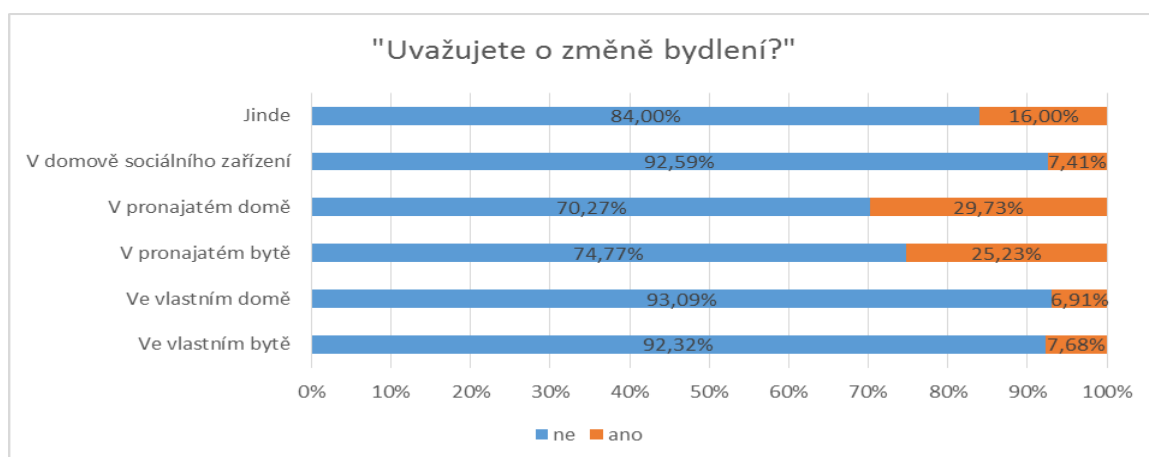


N=3071

Obr. 31: Situace seniora dle toho, s kým žije

Zdroj: vlastní šetření

Převážná většina seniorů neuvažuje o změně bydlení (90,32%). Pouze necelých deset procent (9,68%) z celkového počtu respondentů odpovědělo kladně na otázku: „Uvažujete o změně bydlení?“ Podrobnější analýza ukázala, že senioři žijící v pronájmu nejvíce zvažují změnu bydlení (viz graf 9). V tomto ohledu se skupina seniorů neliší od běžné populace, která bydlení v pronájmu také považuje pouze za jakési provizorní řešení, a v dlouhodobém horizontu uvažují o změně. Senioři žijící v pronajatém domě uvažují o změně téměř v 30% (29,73%), ti, kteří žijí v pronajatém bytě, uvažují o změně ve čtvrtině případů (25,23%). Podrobné výsledky odpovědí na tuto otázku je možno najít na obrázku 32.



N=3045

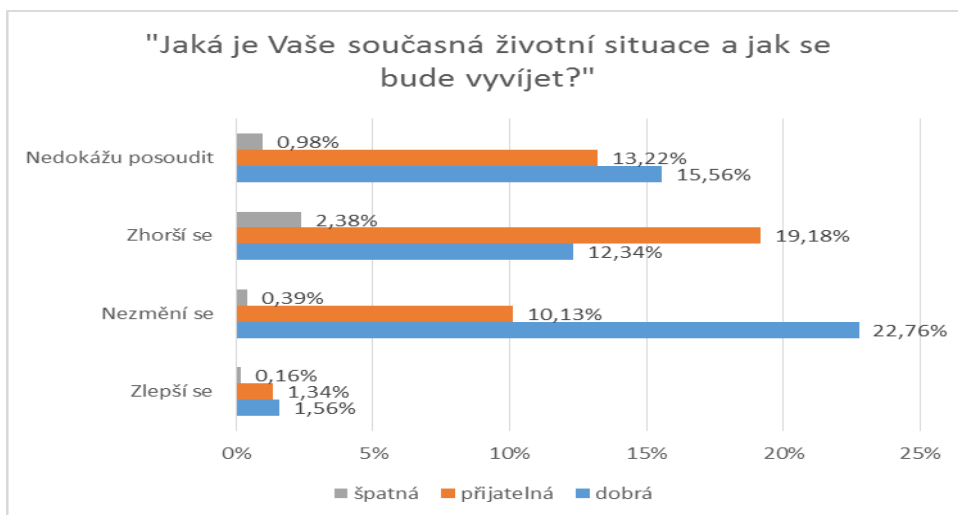
Obr. 32: Úvahy o změně bydlení s ohledem na typ bydlení, v němž senior aktuálně žije

Zdroj: vlastní šetření

Z analýzy výsledků vyplývá, že většina seniorů (52, 23%) hodnotí současnou životní situaci jako dobrou nebo velmi dobrou (viz graf na obrázku 33), více než čtyřicet procent (43,86%) vnímá situaci jako přijatelnou, pouze marginální část respondentů hodnotí svou životní situaci jako špatnou nebo velmi

špatnou (3,91%). Tento výsledek je zřejmě ovlivněn způsobem sběru dat, předpokládáme, že elektronickou formu dotazníku vyplňovali spíše respondenti v přijatelné nebo dobré životní situaci.

Byl zjišťován také žebříček hodnot seniorů, z něhož vyplývá, že pro seniory je nejdůležitější jejich *zdraví* (1. místo uvedlo 89,90% seniorů), na druhém místě to pak byla rodina, příbuzní a přátelé, dále *láska*, na čtvrtém místě *peníze* a na spodní příčce žebříčku hodnot se umístila *kariéra*.

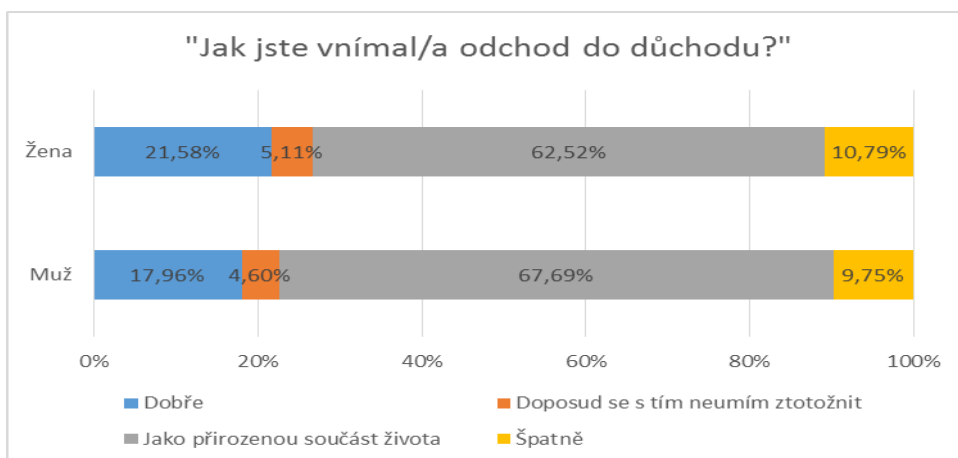


N=3045

Obr. 33: Percepce aktuální životní situace a predikce vývoje

Zdroj: vlastní šetření

Senioři byli požádáni, aby popsali vnímání jejich odchodu do starobního důchodu (viz graf na obrázku 34), z analýzy dat vyplynulo, že mezi odpověďmi mužů a žen nebyly statisticky významné rozdíly. Přibližně dvě třetiny seniorů vnímají odchod do důchodu jako přirozenou součást života, pozitivně vnímá tuto životní změnu asi pětina seniorů (17,96% mužů a 21,58% žen). Téměř 16 % senierek (15,90%) však uvedlo, že odchod do důchodu vnímalo špatně, popř. se s ním nedokáže ztotožnit. U mužů bylo procento o něco nižší (14,35%), nikoliv však statisticky významně.

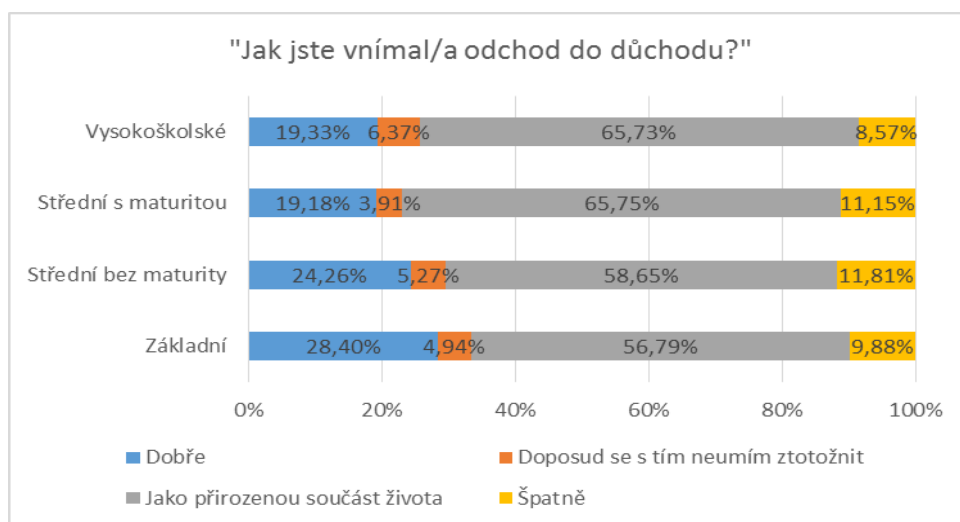


N=3045

Obr. 34: Percepce odchodu do starobního důchodu s ohledem na gender seniora

Zdroj: vlastní šetření

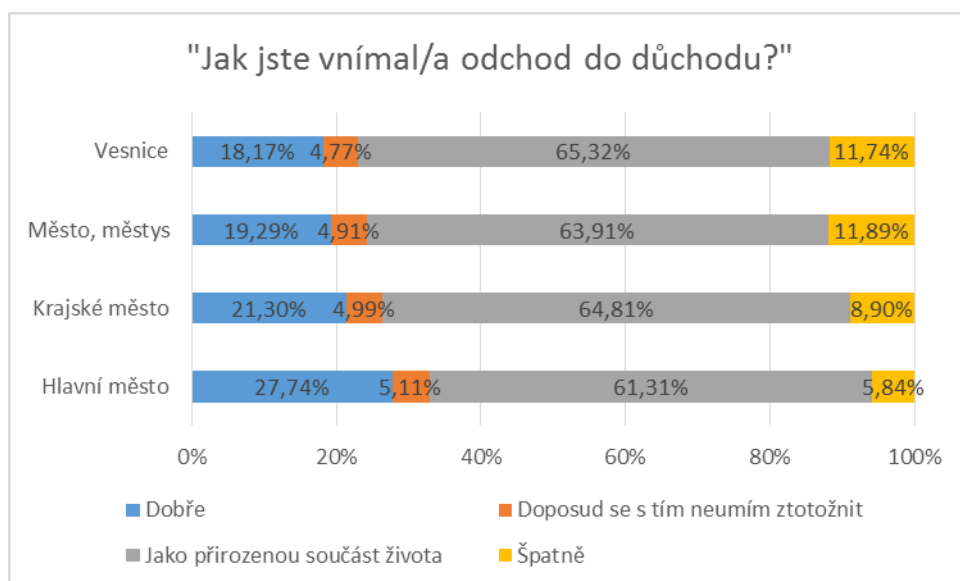
Taktéž vzdělání nemá statisticky významný vliv na percepci odchodu do starobního důchodu (viz graf na obr. 35). Lépe vnímali odchod do důchodu senioři se základním vzděláním než senioři vysokoškoláci, respondenti se základním vzděláním uvedli ve 28,40%, že vnímají odchod do důchodu dobře, vysokoškolsky vzdělaní respondenti pouze v 19,33% (rozdíl 9 procentních bodů).



N=3071

Obr. 35: Percepce odchodu do starobního důchodu s ohledem na vzdělání respondenta  
Zdroj: vlastní šetření

Rozdíly v percepci odchodu do starobního důchodu byly zaznamenány s ohledem na velikost obce, v níž senior žije. Z analýzy vyplynulo, že čím je obec větší, tím pozitivněji vnímal senior odchod do starobního důchodu (viz graf na obrázku 36). Negativně vnímá odchod do důchodu častěji senior na vesnici (11,74%) nebo v menším městě (11,89%) než v hlavním městě (5,84%).



N=3071

Obr. 36: Percepce odchodu do starobního důchodu s ohledem na obec, v níž respondent žije  
Zdroj: vlastní šetření

## Důvody setrvávání v zaměstnání

Dvě třetiny všech seniorů (71,36%) uvedly, že již nejsou zaměstnáni a nepracují. Důvody, proč senioři pracují, jsou různé, asi 7% respondentů uvedlo, že pracují, protože je *práce baví*. Mezi ostatními důvody bylo: *důchod mi nepostačuje na pokrytí životních nákladů, chci mít vyšší životní úroveň, chci být mezi lidmi*.

Ženy středoškolačky do 65 let věku, které žijí ve společném svazku s manželem, pracují nejčastěji proto, že jim důchod nepostačuje na pokrytí životních nákladů nebo chtějí být mezi lidmi (viz tab. 16). O dosažení vyšší životní úrovně pak usilují pracující ženy středoškolačky do 65 let, které žijí samy. Vysokoškolačky mladší 65 let pracují, protože je práce baví. V této souvislosti má tedy vzdělání vliv na důvody setrvávání v zaměstnání. Potvrzuje se, že vyšší vzdělání nabízí možnost zajímavější práce, která i ve vyšším věku přináší seniorům výhody nejen finanční a existenční, ale také pozitivní motivaci zůstat v zaměstnání a radovat se z něj.

Tab. 34: Typický respondent pro jednotlivé důvody setrvání / nesetrvání v zaměstnání

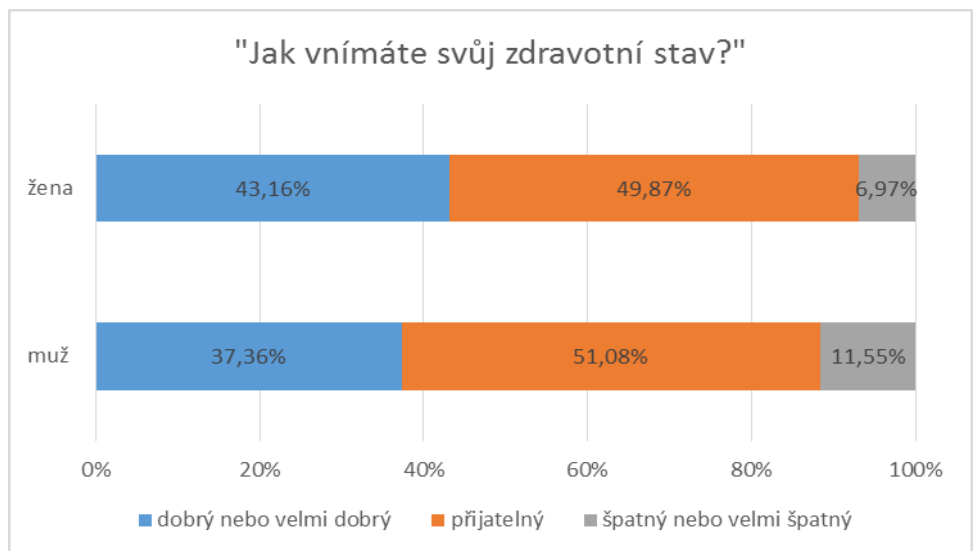
<b>Ano, protože mi důchod nepostačuje na pokrytí životních nákladů</b>	<b>Žena ve věku méně než 65 let, má střední vzdělání s maturitou a žije s manželem</b>
<b>Ano, chci mít vyšší životní úroveň</b>	Žena ve věku méně než 65 let, má střední vzdělání s maturitou a <b>žije sama</b>
<b>Ano, chci být mezi lidmi</b>	Žena ve věku méně než 65 let, má střední vzdělání s maturitou a žije s manželem
<b>Ano, práce mě baví</b>	Žena ve věku méně než 65 let, má <b>vysokoškolské vzdělání</b> a žije s manželem
<b>Ano, z jiných důvodů</b>	Žena ve věku méně než 65 let, má střední vzdělání s maturitou a žije s manželem
<b>Ne</b>	<b>Žena ve věku 66-70 let</b> , má střední vzdělání s maturitou a žije s manželem

Zdroj: vlastní šetření

## Zdravotní stav seniorů

V rámci dotazníkového šetření jsme zjišťovali, jak senioři vnímají svůj zdravotní stav (viz graf na obrázku 37). Rozdíly mezi muži a ženami nebyly statisticky významné. Přesto ženy častěji než muži uváděly, že jejich zdravotní stav je dobrý nebo velmi dobrý (43,16% žen vs. 37,36% mužů), muži naopak častěji uváděli, že jejich zdravotní stav je špatný nebo velmi špatný (11,55% mužů vs. 6,97% žen).

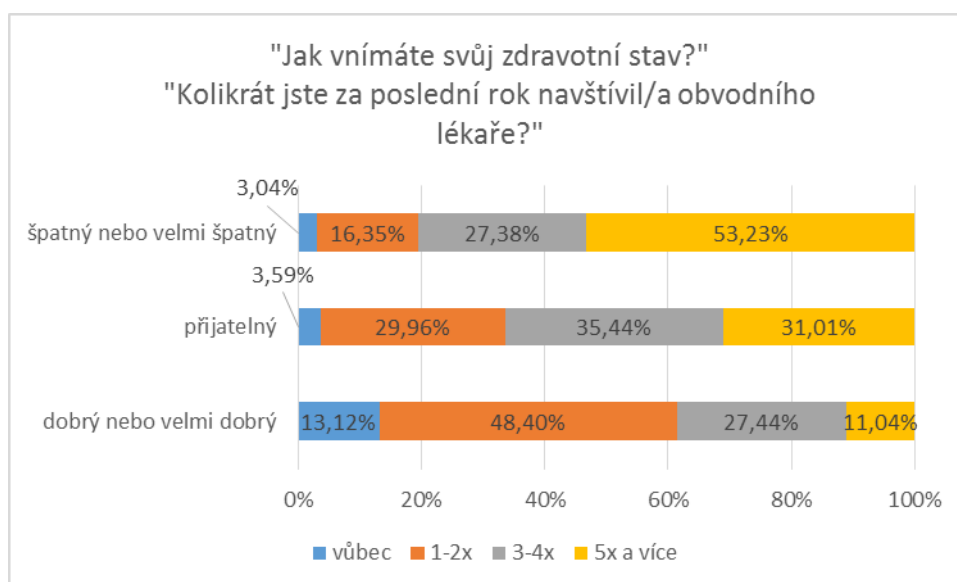




N=3045

Obr. 37: Percepce zdravotního stavu respondentů a respondentek  
Zdroj: vlastní šetření

Analýza roční frekvence návštěvy obvodního lékaře potvrdila, že senioři, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako dobrý nebo velmi dobrý, navštěvují obvodního lékaře méně často než senioři, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný (viz graf na obrázku 38). Senioři, jejichž zdravotní stav je dobrý nebo velmi dobrý, navštěvují obvodního lékaře nejčastěji 1-2x do roka (48,40%). Zajímavé však bylo zjištění, že téměř třetina seniorů (31,01%), kteří považují svůj zdravotní stav za přijatelný, navštěvují obvodního lékaře 5x ročně nebo častěji. Nejvyšší frekvenci návštěvy obvodního lékaře (5x ročně nebo častěji) mají dle očekávání senioři, kteří svůj zdravotní stav hodnotí jako špatný nebo velmi špatný (53,23%).

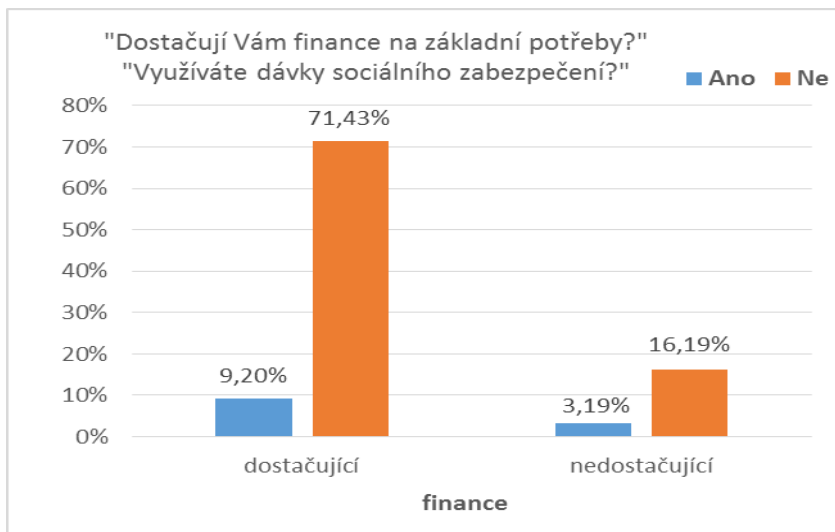


N=3045

Obr. 38: Roční frekvence návštěvy obvodního lékaře ve vztahu ke zdravotnímu stavu respondenta  
Zdroj: vlastní šetření

## Spokojenost s finanční situací u seniorů

Většina seniorů (80,62%) uvedla, že výše financí, se kterou disponují je dostačující. Pouze necelá pětina (19,38%) uvedla, že výše financí jim nedostačuje. Poměrně alarmující je zjištění, že ze seniorů, kteří uvedli, že jim finance nedostačují, pouze 3,19% využívají dávek sociálního zabezpečení (viz graf na obrázku 39), což je přibližně třikrát méně než kolik využívají těchto dávek senioři, kteří uvedli, že jsou se svou finanční situací spokojeni (resp. finance jim dostačují).

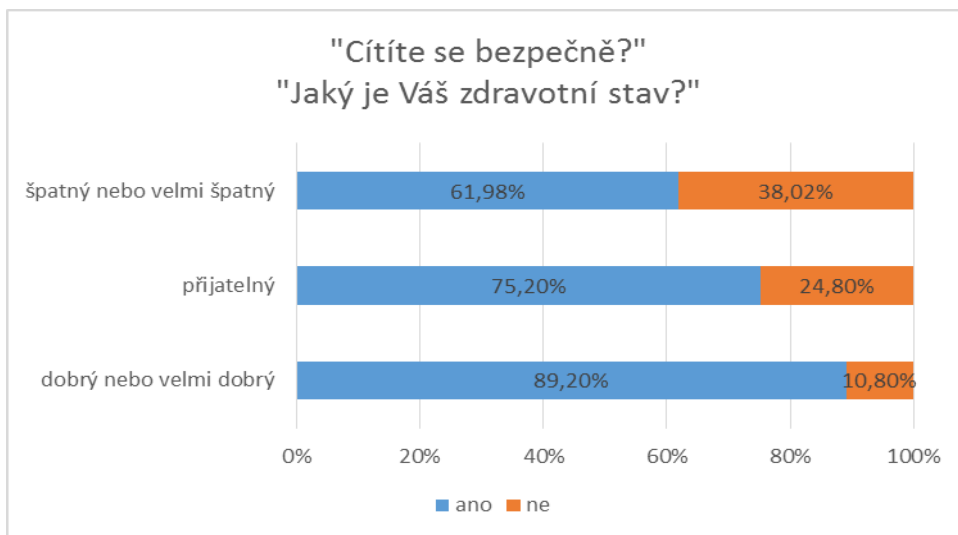


N=3071

Obr. 39: Využívání dávek sociálního zabezpečení seniory ve vztahu k percepci životní situace  
Zdroj: vlastní šetření

## Pocit bezpečí u seniorů

Z analýzy dotazníkových dat vyplynulo, že zdravotní stav je úměrný pocitu bezpečí u seniorů (viz graf na obrázku 40). Pocit bezpečí u seniorů se zvyšuje, jestliže zdravotní stav seniorů je vnímán jako dobrý nebo velmi dobrý. Tito senioři se cítí bezpečně v 89,20%. V případě percepce zdravotního stavu jako přijatelného, se bezpečně cítí 75,20% seniorů. Ze seniorů, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný, se necítí bezpečně více než třetina seniorů 38,02%.

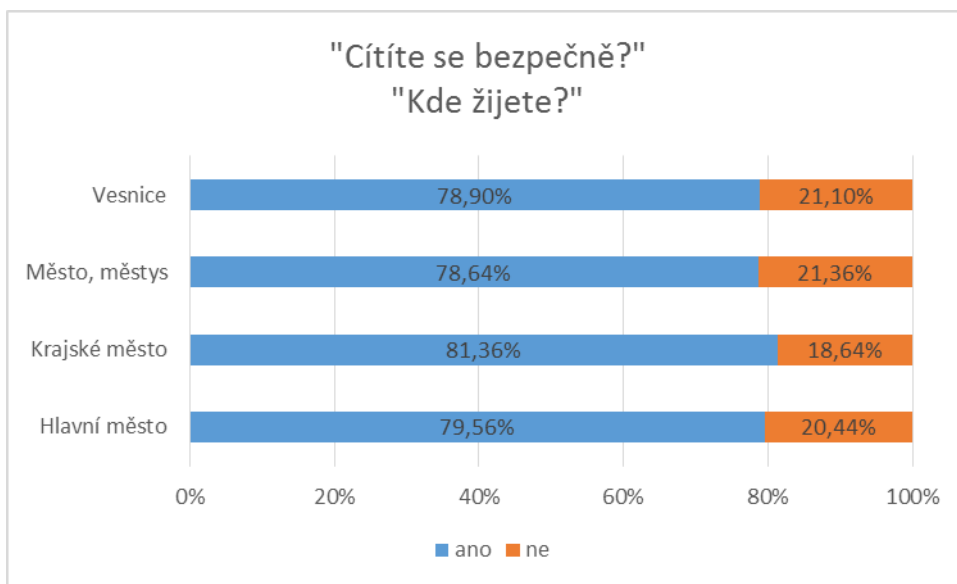


N=3045

Obr. 40: Pocit bezpečí seniorů ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu

Zdroj: vlastní šetření

Velikost obce, ve které senioři žijí, nemá dle výsledků tohoto výzkumu vliv na pocit bezpečí seniorů (viz graf na obrázku 41). Nejbezpečněji se cítí senioři v žijící v některém z krajských měst - více než osmdesát procent seniorů (81,36%).

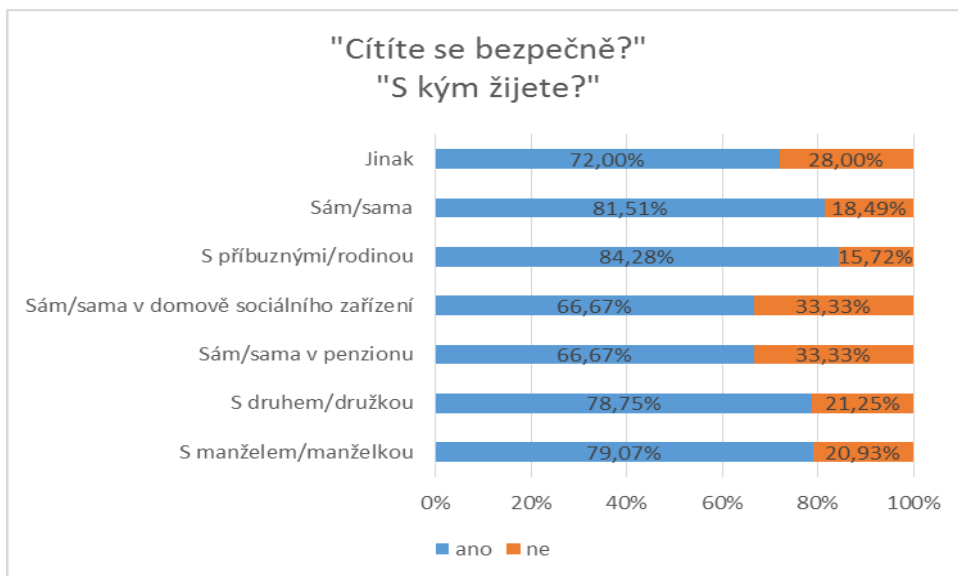


N=3045

Obr. 41: Pocit bezpečí seniorů ve vztahu k velikosti obce, ve které žijí

Zdroj: vlastní šetření

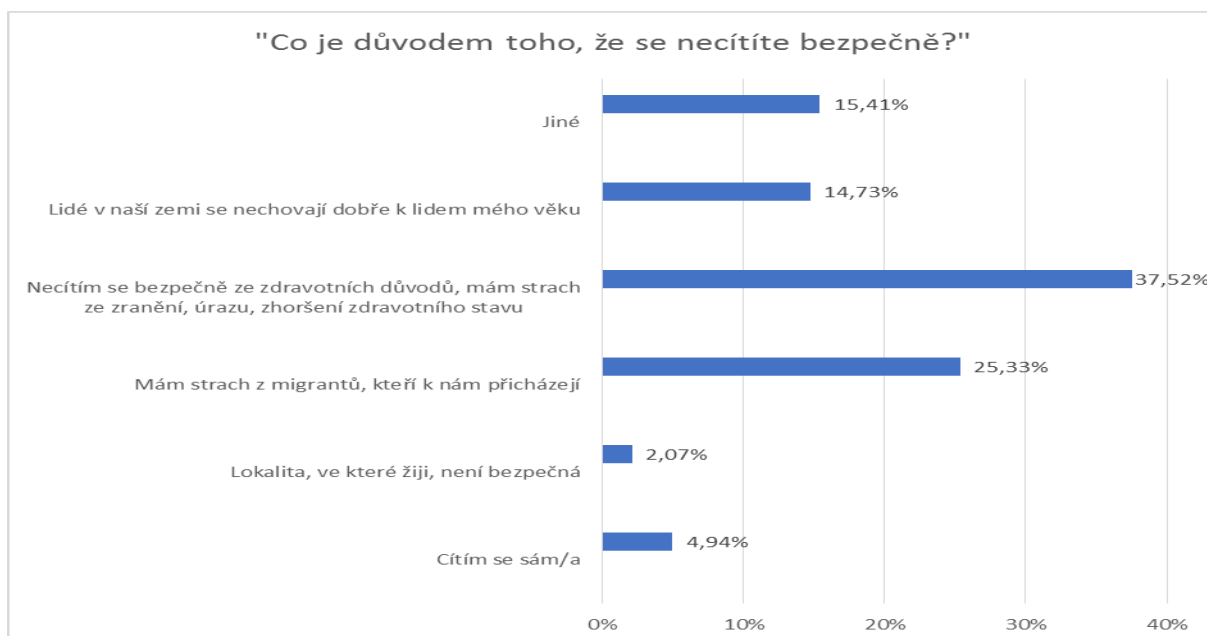
Pocit bezpečí seniorů je ovlivněn tím, s kým senior žije, popř. zda žije sám (viz graf na obrázku 42). Analýza dat prokázala, že třetina (33,33%) seniorů žijících samotných v domě sociálního zařízení nebo v penzionu se necítí bezpečně. Nejbezpečněji se cítí senioři žijící s příbuznými nebo s rodinou (84,28%).



N=3045

Obr. 42: Pocit bezpečí seniorů s ohledem na to, s kým senior žije, popř. zda žije sám/a  
Zdroj: vlastní šetření

Důvodů, proč se senioři necítí bezpečně, je celá řada (viz graf na obrázku 43). Nejčastěji se senioři obávají zhoršení zdravotního stavu nebo úrazu, popř. se necítí bezpečně kvůli aktuálnímu zdravotnímu stavu (37,52%). Přibližně čtvrtina seniorů se necítí bezpečně z důvodu strachu z migrantů, kteří k nám přicházejí (25,33%). Téměř 15% (14,73%) seniorů se necítí bezpečně, protože lidé v naší zemi se, dle jejich názoru, nechovají dobře k lidem mého věku.



N=3045

Obr. 43: Důvody, proč se senioři necítí bezpečně  
Zdroj: vlastní šetření

## Analýza kontingence

V následující části jsou představeny výsledky analýzy kontingence jednotlivých *zkoumaných proměnných v závislosti na pohlaví respondenta*, tedy zda se liší **potřeby, přání, obavy a percepce životní situace** u seniorů a u seniorek. V této části jsou uváděny jednotlivé kontingenční tabulky, které dávají vždy do souvislosti konkrétní proměnné. U každé kontingenční tabulky jsou nejprve definovány hypotézy, které jsou na základě standardních metod používaných při testování hypotéz ověřeny. U každé hypotézy je uvedeno, zdali je možné ji zamítnout či nikoliv. Podrobnější komentáře k dosaženým výsledkům jsou uvedeny v kapitole 3.5.4 Shrnutí výsledků kvantitativní části. Analýza kontingence byla prováděna v následujících oblastech:

- Hodnocení současné životní situace
- Vývoj životní situace
- Percepce odchodu do důchodu
- Důvody, proč se senioři necítí bezpečně
- Osoba/instituce, u které by senioři hledali pomoc
- Povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze (peněžitá dávky, věcné dávky, sociální služby)
- Percepce zdravotního stavu
- Návštěvnost lékařů

Dále byla provedena analýza kontingence u **pocitu bezpečí seniora/seniorky** ve vztahu

- k místu bydliště
- k osobě, s níž senior/ka žije.

### *Hodnocení současné životní situace*

Byly testovány následující hypotézy:

**H0: Pohlaví nemá vliv na hodnocení současné životní situace.**

**H1: Pohlaví má vliv na hodnocení současné životní situace.**

Tab. 35: Současná životní situace ve vztahu k pohlaví

		Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem		
		Muž	Žena			
Jaká je Vaše současná životní situace?	Dobrá	Počet	489	801	1290	
		Jaké je Vaše pohlaví?	44,1%	41,4%	42,4%	
	Přijatelná	Počet	459	872	1331	
		Jaké je Vaše pohlaví?	41,4%	45,0%	43,7%	
	Špatná	Počet	49	58	107	
		Jaké je Vaše pohlaví?	4,4%	3,0%	3,5%	
	Velmi dobrá	Počet	108	198	306	
		Jaké je Vaše pohlaví?	9,7%	10,2%	10,0%	
	Velmi špatná	Počet	3	8	11	
		Jaké je Vaše pohlaví?	0,3%	0,4%	0,4%	
	Celkem		Počet	1108	1937	3045
			Jaké je Vaše pohlaví?	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 36: Chí-kvadrát test vztahující se k současné životní situaci ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,011 <sup>a</sup>	4	,091
a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.			

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je větší než zvolená hladina významnosti 0,05, nezamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví na percepce aktuální životní situace se nepotvrdil.**

### Vývoj životní situace

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na hodnocení vývoje celkové životní situace.**

**H1: Pohlaví má vliv na hodnocení vývoje celkové životní situace.**

Tab. 37: Vývoj celkové životní situace ve vztahu k pohlaví

			Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem
			Muž	Žena	
Jak předpokládáte, že se bude vyvíjet Vaše celková životní situace?	Nedokážu posoudit	Počet	214	689	903
		Jaké je Vaše pohlaví?	19,3%	35,6%	29,7%
	Nezmění se	Počet	436	578	1014
		Jaké je Vaše pohlaví?	39,4%	29,8%	33,3%
	Zhorší se	Počet	420	617	1037
		Jaké je Vaše pohlaví?	37,9%	31,9%	34,1%
	Zlepší se	Počet	38	53	91
		Jaké je Vaše pohlaví?	3,4%	2,7%	3,0%
Celkem		Počet	1108	1937	3045
		Jaké je Vaše pohlaví?	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 38: Chí-kvadrát test vztahující se k vývoji celkové životní situaci ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	90,670 <sup>a</sup>	3	0,000
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,11.			

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví na hodnocení vývoje celkové životní situace se potvrdil. Ženy většinou nedokážou vývoj posoudit, muži mají jasno v tom, že se nezmění.** Síla vztahu mezi pohlavím a hodnocením vývoje životní situace je slabá. (Cramerův koeficient má hodnotu 0,173).

#### Percepce odchodu do důchodu

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na vnímání odchodu do důchodu.**

**H1: Pohlaví má vliv na vnímání odchodu do důchodu.**

Tab. 39: Vnímání odchodu do důchodu ve vztahu k pohlaví

			Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem	
			Muž	Žena		
Jak jste vnímal/a odchod do důchodu?	Dobře	Počet	199	418	617	
		Jaké je Vaše pohlaví?	18,0%	21,6%	20,3%	
	Doposud se s tím neumím ztotožnit	Počet	51	99	150	
		Jaké je Vaše pohlaví?	4,6%	5,1%	4,9%	
	Jako přirozenou součást života	Počet	750	1211	1961	
		Jaké je Vaše pohlaví?	67,7%	62,5%	64,4%	
	Špatně	Počet	108	209	317	
		Jaké je Vaše pohlaví?	9,7%	10,8%	10,4%	
	Celkem		Počet	1108	1937	3045
			Jaké je Vaše pohlaví?	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 40: Chí-kvadrát test vztahující se k vnímání odchodu do důchodu ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,588 <sup>a</sup>	3	0,035
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 54,58.			

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví na vnímání odchodu do důchodu se potvrdil. Jako přirozenou součást života vnímají odchod do důchodu více muži než ženy.** Dle Cramerova koeficientu (0,053) je síla vztahu mezi pohlavím a percepcí odchodu do důchodu zanedbatelná.

#### *Důvody, proč se senioři necítí bezpečně*

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na důvody, proč se senioři necítí bezpečně.**

**H1: Pohlaví má vliv na důvody, proč se senioři necítí bezpečně.**

Tab. 41: Důvody, proč se necítí senioři dobře ve vztahu k pohlaví

			Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem
			Muž	Žena	
Důvod, proč se necítím bezpečně.	Cítím se sám/a	Počet	50	205	255
		Pohlaví	2,8%	6,1%	
	Lokalita, ve které žiji, není bezpečná	Počet	29	76	105
		Pohlaví	1,6%	2,3%	
	Mám strach z migrantů, kteří k nám přicházejí	Počet	482	831	1313
		Pohlaví	26,5%	24,8%	
	Mám strach ze zranění a úrazu, když je špatné počasí	Počet	141	475	616
		Pohlaví	7,8%	14,2%	
	Lidé v naší zemi se nechovají dobře k lidem mého věku	Počet	311	449	760
		Pohlaví	17,1%	13,4%	
	Necítím se bezpečně ze zdravotních	Počet	133	226	359
		Pohlaví	7,3%	6,7%	



	důvodů				
	Mám obavu z akutního zhoršení zdravotního stavu	Počet	335	636	971
		Pohlaví	18,4%	19,0%	
	Jiné	Počet	336	458	794
		Pohlaví	18,5%	13,6%	
Celkem		Počet	1817	3356	5173

a. Dichotomy group tabulated at value 2.

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 42: Chí-kvadrát test důvodů, proč se necítí senioři dobře ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	101,435 <sup>a</sup>	7	0,000
N of Valid Cases	5173		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,88.

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví na důvod, proč se necítí lidé bezpečně, se potvrdil. Ženy mají častěji strach ze zranění či úrazu a cítí se častěji samy než muži.** Síla vztahu mezi pohlavím a důvody pro to, že se senioři necítí bezpečně, je slabá (Cramerov koeficient vyšel na úrovni 0,140).

### *Osoba/instituce, u které by senioři hledali pomoc*

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na osobu, u které by senioři hledali pomoc při vyřizování sociálních dávek.**

**H1: Pohlaví má vliv na osobu, u které by senioři hledali pomoc při vyřizování sociálních dávek.**

Tab. 43: Na koho byste se obrátil/a, kdybyste potřeboval/a vyřídít dávky sociálního zabezpečení ve vztahu k pohlaví

			Pohlaví		Celkem
			Muž	Žena	
Na koho byste se obrátil/a, kdybyste potřeboval/a vyřídít dávky sociálního	Na kamarády, příbuzné, rodinu	Počet	314	568	882
		Pohlaví	23,4%	24,4%	24,0%
	Na úřady	Počet	646	1171	1817
		Pohlaví	48,1%	50,3%	49,5%
Na nemocnici,	Počet	67	129	196	

zabezpečení?	lékaře	Pohlaví	5,0%	5,5%	5,3%
	Na internet	Počet	226	345	571
		Pohlaví	16,8%	14,8%	15,6%
	Jiné	Počet	89	116	205
		Pohlaví	6,6%	5,0%	5,6%
	Celkem		Počet	Počet	2329
Pohlaví			Pohlaví	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 44: Chí-kvadrát: Na koho byste se obrátil/a, kdybyste potřeboval/a vyřídit dávky sociálního zabezpečení ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,019 <sup>a</sup>	4	0,091
N of Valid Cases	3671		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 71,65.			

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je větší než zvolená hladina významnosti 0,05, nezamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví se nepotvrdil.** Senioři by se nejčastěji obrátili na úřady (49,5%), dále na kamarády, příbuzné a rodinu (24%), na internetu by hledalo pomoc 15,6% seniorů.

#### *Povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze (peněžitě dávky)*

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou peněžitých dávek.**

**H1: Pohlaví má vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou peněžitých dávek.**

Tab. 45: Peněžitě dávky – nemocenská, důchody, příplatky a příspěvky ve vztahu k pohlaví

			Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem
			Muž	Žena	
Peněžitě dávky – nemocenská, důchody, příplatky a příspěvky	Ano, a i využívám	Počet	320	566	886
		Jaké je Vaše pohlaví?	28,9%	29,2%	29,1%
	Ano, ale nevyžívám	Počet	528	1037	1565
		Jaké je Vaše pohlaví?	47,7%	53,5%	51,4%
	Ne	Počet	260	334	594
		Jaké je Vaše pohlaví?	23,5%	17,2%	19,5%

		pohlaví?			
Celkem	Počet		1108	1937	3045
	Jaké je Vaše pohlaví?		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 46: Chí-kvadrát: Peněžité dávky – nemocenská, důchody, příplatky a příspěvky ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,764	2	,000
N of Valid Cases	3045		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 216,14.			

Zdroj: vlastní šetření

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví má vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou peněžitých dávek.** Síla vztahu mezi pohlavím a povědomím o způsobu řešení sociální nouze formou peněžitých dávek je velmi slabá (Cramerův koeficient vyšel na úrovni 0,79).

#### *Povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze (věcné dávky)*

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou věcných dávek.**

**H1: Pohlaví má vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou věcných dávek.**

Tab. 47: Věcné dávky – ošacení, strava, pomůcky ve vztahu k pohlaví

			Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem
			Muž	Žena	
Věcné dávky – ošacení, strava, pomůcky	Ano, a i využívám	Počet	18	17	35
		Jaké je Vaše pohlaví?	1,6%	0,9%	1,1%
	Ano, ale nevyžívám	Počet	581	1128	1709
		Jaké je Vaše pohlaví?	52,4%	58,2%	56,1%
	Ne	Počet	509	792	1301
		Jaké je Vaše pohlaví?	45,9%	40,9%	42,7%

		pohlaví?			
Celkem	Počet		1108	1937	3045
	Jaké je Vaše pohlaví?		100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 48: Chí-kvadrát: Věcné dávky – ošacení, strava, pomůcky ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,850 <sup>a</sup>	2	,003
N of Valid Cases	3045		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,74.

Zdroj: vlastní šetření

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví má vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou peněžitých dávek.** Síla vztahu mezi pohlavím a povědomím o způsobu řešení sociální nouze formou věcných dávek je zanedbatelná (Cramerův koeficient vyšel na úrovni 0,062).

#### **Povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze (sociální služby)**

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou sociální služby.**

**H1: Pohlaví má vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou sociální služby.**

Tab. 49: Sociální služby – pečovatelská služba, osobní asistence, poradenství ve vztahu k pohlaví

			Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem
			Muž	Žena	
Sociální služby – pečovatelská služba, osobní asistence, poradenství	Ano, a i využívám	Počet	29	35	64
		Jaké je Vaše pohlaví?	2,6%	1,8%	2,1%
	Ano, ale nevyžívám	Počet	675	1318	1993
		Jaké je Vaše pohlaví?	60,9%	68,0%	65,5%
	Ne	Počet	404	584	988
		Jaké je Vaše pohlaví?	36,5%	30,1%	32,4%

Celkem	Počet	1108	1937	3045
	Jaké je Vaše pohlaví?	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 50: Chí kvadrát: Sociální služby – pečovatelská služba, osobní asistence, poradenství ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,321 <sup>a</sup>	2	0,000
N of Valid Cases	3045		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,29.

Zdroj: vlastní šetření

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví má vliv na povědomí o daném způsobu řešení sociální nouze formou sociální služby.** Síla vztahu mezi pohlavím a povědomím o způsobu řešení sociální nouze formou sociální služby je zanedbatelná (Cramerov koeficient vyšel na úrovni 0,073).

**U všech tří způsobů řešení sociální nouze byl nalezen statisticky významný rozdíl dle pohlaví.** Síla vztahu je vždy slabá. Ženy mají obecně větší povědomí o způsobech řešení sociální nouze.

### Percepce zdravotního stavu

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na vnímání zdravotního stavu.**

**H1: Pohlaví má vliv na vnímání zdravotního stavu.**

Tab. 51: Vnímání zdravotního stavu ve vztahu k pohlaví

			Jaké je Vaše pohlaví?		Celkem
			Muž	Žena	
Jak vnímáte svůj zdravotní stav?	Dobry	Počet	368	699	1067
		Jaké je Vaše pohlaví?	33,2%	36,1%	35,0%
	Prijatelný	Počet	566	966	1532
		Jaké je Vaše pohlaví?	51,1%	49,9%	50,3%
	Špatný	Počet	113	123	236
		Jaké je Vaše pohlaví?	10,2%	6,4%	7,8%
Velmi	Počet	46	137	183	

	dobrý	Jaké je Vaše pohlaví?	4,2%	7,1%	6,0%
	Velmi špatný	Počet	15	12	27
		Jaké je Vaše pohlaví?	1,4%	0,6%	0,9%
Celkem		Počet	1108	1937	3045
		Jaké je Vaše pohlaví?	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 52: Chí kvadrát vnímání zdravotního stavu ve vztahu k pohlaví

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,630	4	,000
N of Valid Cases	3045		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,82.			

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv pohlaví na vnímání zdravotního stavu. Ženy mají častěji strach ze zranění či úrazu a cítí se častěji samy než muži.** Síla vztahu je dle Cramerova koeficientu velice slabá (0,099).

### Návštěvnost lékařů

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Pohlaví nemá vliv na návštěvnost lékařů.**

**H1: Pohlaví má vliv na návštěvnost lékařů.**

Návštěvnost lékařů byla spočítána jako průměrná návštěvnost během jednoho roku u několika typů lékařů.

Ověření normality proměnné Návštěvnost:

Tab. 53: Test normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Návštěvnost	,101	3071	,000	,948	3071	,000
a. Lilliefors Significance Correction						

Zdroj: vlastní šetření

Data nepochází z normálního rozložení.

Hypotézu ověříme tedy neparametrickým Mann-Whitney U testem:

Tab. 54: Ověření hypotézy: pohlaví ve vztahu ke návštěvnosti lékařů

	Jaké je Vaše pohlaví?	N	Mean Rank
Návštěvnost	Muž	1108	1461,13
	Žena	1937	1558,39
	Total	3045	

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 55: Mann-Whitney U test pro ověření hypotézy: pohlaví ve vztahu ke návštěvnosti lékařů

	Návštěvnost
Mann-Whitney U	1004540,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,003
a. Grouping Variable: Jaké je Vaše pohlaví?	

Zdroj: vlastní šetření

P-hodnota je menší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu tedy zamítáme. **Pohlaví má vliv na četnost návštěv u lékařů. Dle průměrného pořadí můžeme říci, že lékaře častěji navštěvují ženy.**

#### *Pocit bezpečí seniora/seniorky ve vztahu k místu bydliště*

Byly testovány následující hypotézy.

**H0: Bydliště nemá vliv na pocit bezpečí.**

**H1: Bydliště má vliv na pocit bezpečí.**

Tab. 56: Bydlení ve vztahu s pocitem bezpečí

			Cítíte se bezpečně?				Celkem
			Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	
Kde bydlíte?	V pronajatém bytě	Počet	60	10	184	67	321
		Kde bydlíte?	18,7 %	3,1%	57,3%	20,9 %	100,0%
	Ve vlastním bytě	Počet	267	34	799	228	1328
		Kde bydlíte?	20,1 %	2,6%	60,2%	17,2 %	100,0%
	V pronajatém bytě	Počet	6	2	18	11	37
		Kde bydlíte?	16,2 %	5,4%	48,6%	29,7 %	100,0%
	Ve vlastním domě	Počet	255	29	742	204	1230
		Kde bydlíte?	20,7 %	2,4%	60,3%	16,6 %	100,0%
	V domově	Počet	17	6	24	7	54

	sociálního zařízení	Kde bydlíte?	31,5 %	11,1 %	44,4%	13,0 %	100,0%
	Jiné	Počet	12	1	26	11	50
		Kde bydlíte?	24,0 %	2,0%	52,0%	22,0 %	100,0%
Celkem		Počet	617	82	1793	528	3020
		Kde bydlíte?	20,4 %	2,7%	59,4%	17,5 %	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 57: Chí-kvadrát: Bydlení ve vztahu s pocitem bezpečí

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,342 <sup>a</sup>	15	,008
N of Valid Cases	3020		

a. 3 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv bydliště na pocit bezpečí byl prokázán. Nejčastěji se lidé cítí bezpečně ve vlastním domě či bytě.** Síla vztahu je slabá (Hodnota Cramerova koeficientu je na úrovni 0,059).

***Pocit bezpečí seniora/seniorky ve vztahu k osobě, s níž senior/ka žije.***

Byly testovány následující hypotézy.

***H0: S kým žijeme, nemá vliv na pocit bezpečí.***

***H1: S kým žijeme, má vliv na pocit bezpečí.***

Tab. 58: S kým senior žije ve vztahu s pocitem bezpečí

			Cítíte se bezpečně?				Celkem
			Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne	
S kým žijete?	S manželem/manželkou	Počet	358	45	1115	345	1863
		S kým žijete?	19,2 %	2,4%	59,8 %	18,5 %	100,0%
	S druhem/družkou	Počet	44	5	82	29	160
		S kým žijete?	27,5 %	3,1%	51,2 %	18,1 %	100,0%
	Sám/a	Počet	1	0	5	3	9



	v penzionu	S kým žijete?	11,1 %	0,0%	55,6 %	33,3 %	100,0%
	Sám/sama v domově sociálního zařízení	Počet	10	5	10	5	30
		S kým žijete?	33,3 %	16,7 %	33,3 %	16,7 %	100,0%
	S příbuznými/rodinou	Počet	39	6	139	28	212
		S kým žijete?	18,4 %	2,8%	65,6 %	13,2 %	100,0%
	Sám/sama	Počet	161	21	431	113	726
		S kým žijete?	22,2 %	2,9%	59,4 %	15,6 %	100,0%
	Jiné	Počet	3	0	21	6	30
		S kým žijete?	10,0 %	0,0%	70,0 %	20,0 %	100,0%
	Celkem	Počet	616	82	1803	529	3030
		S kým žijete?	20,3 %	2,7%	59,5 %	17,5 %	100,0%

Zdroj: vlastní šetření

Tab. 59: Chí-kvadrát test: S kým senior žije ve vztahu s pocitem bezpečí

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,246 <sup>a</sup>	18	,000
N of Valid Cases	3030		

a. 6 cells (21,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

Zdroj: vlastní šetření

Podmínky dobré aproximace jsou splněny.

P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. **Vliv toho, s kým žijeme, na pocit bezpečí byl prokázán.** Síla vztahu je slabá, na co poukazuje hodnota Cramerova koeficientu na úrovni 0,073.

### 3.5.4 Shrnutí výsledků kvantitativního šetření

Cílem kvalitativního šetření byla podrobná analýza kvality života seniorů. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno především na oblasti: životní situace seniorů, bydlení seniorů, důvody setrvání v zaměstnání, zdravotní stav seniorů, spokojenost s finanční situací, pocit bezpečí seniorů, smysl života a dobrovolnictví.

Celkový vzorek respondentů byl **3071**, z toho *36,39% respondentů byli muži a 63,61% respondentů byly ženy*. Věk respondentů se pohyboval v rozpětí 55 a více let. Největší část tvořili respondenti ve věku 66 – 70, celkem to bylo 39,38%, více než třetina (33,20%) respondentů byla v nejmladší kategorii 55 – 65 let, necelá pětina (18,19%) respondentů byla ve věku 71 – 75 let a téměř 10% respondentů bylo starších 76 let (z toho 3,05% respondentů bylo starších 81 let).

Většina respondentů, žije v *manželském nebo registrovaném svazku* (63,97%), necelá pětina respondentů je *ovdovělých* (17,14%) a podobně velká část respondentů (16,19%) je *rozvedených*. Pouze 2,69% uvedlo, že jsou *svobodní/svobodné*.

Zkoumaný vzorek tvořila spíše *městská populace*. Většina respondentů (82,1%) prožila většinu života ve městě, z toho 39,47% v krajském městě a 4,50% v české metropoli. Necelá pětina respondentů (17,90%) uvedla, že prožila většinu života v *rustálních oblastech*.

S ohledem na charakter dat a potřeby výzkumu byla aplikována deskriptivní statistika, která přináší přehledné srovnání jednotlivých skupin seniorů. Byly analyzovány následující oblasti dotazníku:

- Životní situace seniorů a oblast bydlení seniorů
- Důvody setrvání v zaměstnání
- Zdravotní stav seniorů
- Spojenost s finanční situací u seniorů
- Pocit bezpečí seniorů

Z výsledků analýzy vyplynulo, že *84% seniorů žije ve vlastním bytě nebo domě*, přibližně 10% seniorů (10,54%) žije v *pronajatém bytě*, pouze marginální část oslovených žije v *domově sociálního zařízení* (1,77%) nebo *jinde* (2,46%).

Také analýza „*spolubydlících*“ seniorů odráží situaci rodinného stavu seniorů (viz výše, kde 63,97% respondentů žije v manželství nebo v partnerství). Téměř dvě třetiny (61,18%) uvedly, že *taktěž žijí s manželem/manželkou nebo partnerem/partnerkou*. Přibližně desetina seniorů (12,67%) žije s někým blízkým (s příbuznými, rodinou, s druhem nebo družkou). *Čtvrtina seniorů žije sama* (25,26%).

Podrobnější analýza dat pak ukázala, že necelá pětina seniorů (18,39%), kteří mají vlastní bydlení, žije sama. Tato skupina seniorů je potenciálně ohrožena chudobou, protože finanční zátěž spojená s údržbou vlastního bydlení se může s postupujícím věkem stát pro seniora neúnosná, ve vyšším věku je též pro seniory obtížné a často bez pomoci okolí zcela nemožné vyřešit otázku bydlení (tedy se přestěhovat). Senioři, kteří zůstávají ve vysokém stáří osamělí ve vlastním bydlení, jsou tedy ohroženi chudobou a samotou, řadě z nich, aby si udrželi nákladné bydlení, nezůstávají peníze na základní potraviny, hygienické potřeby, ošacení apod.

Převážná většina seniorů *neuvazuje o změně bydlení* (90,32%). Pouze necelých deset procent (9,68%) z celkového počtu respondentů odpovědělo kladně na otázku: „*Uvažujete o změně bydlení?*“ Podrobnější analýza ukázala, že senioři žijící v pronájmu nejvíce zvažují změnu bydlení. V tomto ohledu se skupina seniorů neliší od běžné populace, která bydlení v pronájmu také považuje pouze za jakési provizorní řešení, a v dlouhodobém horizontu uvažují o změně. Senioři *žijící v pronajatém domě uvažují o změně téměř v 30%* (29,73%), ti, kteří žijí v *pronajatém bytě, uvažují o změně ve čtvrtině případů* (25,23%).

Z analýzy výsledků vyplývá, že *většina seniorů (52,23%) hodnotí současnou životní situaci jako dobrou nebo velmi dobrou*, více než čtyřicet procent (43,86%) vnímá situaci jako přijatelnou, pouze marginální část respondentů hodnotí svou životní situaci jako špatnou nebo velmi špatnou (3,91%).

Tento výsledek je zřejmě ovlivněn způsobem sběru dat, předpokládáme, že elektronickou formu dotazníku vyplňovali spíše respondenti v přijatelné nebo dobré životní situaci.

Senioři byli požádáni, aby popsali vnímání jejich odchodu do starobního důchodu, z analýzy dat vyplynulo, že mezi odpověďmi mužů a žen nebyly statisticky významné rozdíly. *Přibližně dvě třetiny seniorů vnímají odchod do důchodu jako přirozenou součást života*, pozitivně vnímá tuto životní změnu asi pětina seniorů (17,96% mužů a 21,58% žen). Téměř 16 % seniorek (15,90%) však uvedlo, že odchod do důchodu vnímalo špatně, popř. se s ním nedokáže ztotožnit. U mužů bylo procento o něco nižší (14,35%), nikoliv však statisticky významně.

Taktéž *vzdělání nemá statisticky významný vliv na percepci odchodu do starobního důchodu* (viz graf 12). Lépe vnímali odchod do důchodu senioři se základním vzděláním než senioři vysokoškoláci, respondenti se základním vzděláním uvedli ve 28,40%, že vnímají odchod do důchodu dobře, vysokoškolsky vzdělaní respondenti pouze v 19,33% (rozdíl 9 procentních bodů).

Rozdíly v percepci odchodu do starobního důchodu byly zaznamenány s ohledem na velikost obce, v níž senior žije. Z analýzy vyplynulo, že *čím je obec větší, tím pozitivněji vnímá senior odchod do starobního důchodu*. Negativně vnímá odchod do důchodu častěji senior na vesnici (11,74%) nebo v menším městě (11,89%) než v hlavním městě (5,84%).

Dvě třetiny všech seniorů (71,36%) uvedly, že již nejsou zaměstnáni a nepracují. Důvody, proč senioři pracují, jsou různé, asi 7% respondentů uvedlo, že pracují, protože je *práce baví*. Mezi ostatními důvody bylo: *důchod mi nepostačuje na pokrytí životních nákladů, chci mít vyšší životní úroveň, chci být mezi lidmi*.

Ženy středoškolačky do 65 let věku, které žijí ve společném svazku s manželem, pracují nejčastěji proto, že jim důchod nepostačuje na pokrytí životních nákladů nebo chtějí být mezi lidmi.

O dosažení vyšší životní úrovně pak usilují pracující ženy středoškolačky do 65 let, které žijí samy. Vysokoškolačky mladší 65 let pracují, protože je práce baví. V této souvislosti má tedy *vzdělání vliv na důvody setrvání v zaměstnání*. Potvrzuje se, že vyšší vzdělání nabízí možnost zajímavější práce, která i ve vyšším věku přináší seniorům výhody nejen finanční a existenční, ale také pozitivní motivaci zůstat v zaměstnání a radovat se z něj.

V rámci dotazníkového šetření jsme zjišťovali, jak senioři vnímají svůj zdravotní stav. Rozdíly mezi muži a ženami nebyly statisticky významné. Přesto *ženy častěji než muži uváděly, že jejich zdravotní stav je dobrý nebo velmi dobrý* (43,16% žen vs. 37,36% mužů), muži naopak častěji uváděli, že jejich zdravotní stav je špatný nebo velmi špatný (11,55% mužů vs. 6,97% žen).

Analýza roční frekvence návštěvy obvodního lékaře potvrdila, že senioři, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako dobrý nebo velmi dobrý, navštěvují obvodního lékaře méně často než senioři, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný. Senioři, jejichž zdravotní stav je dobrý nebo velmi dobrý, navštěvují obvodního lékaře nejčastěji 1-2x do roka (48,40%). Zajímavé však bylo zjištění, že *téměř třetina seniorů (31,01%), kteří považují svůj zdravotní stav za přijatelný, navštěvují obvodního lékaře 5x ročně nebo častěji*. Nejvyšší frekvenci návštěvy obvodního lékaře (5x ročně nebo častěji) mají dle očekávání senioři, kteří svůj zdravotní stav hodnotí jako špatný nebo velmi špatný (53,23%).

Většina seniorů (80,62%) uvedla, že výše financí, se kterou disponují je dostačující. Pouze necelá pětina (19,38%) uvedla, že výše financí jim nedostačuje. Poměrně alarmující je zjištění, že ze seniorů, kteří uvedli, že jim *finance nedostačují, pouze 3,19% využívají dávek sociálního zabezpečení*, což je přibližně třikrát méně než kolik využívají těchto dávek senioři, kteří uvedli, že jsou se svou finanční situací spokojeni (resp. finance jim dostačují).

Z analýzy dotazníkových dat vyplynulo, že *zdravotní stav je úměrný pocitu bezpečí u seniorů*. Pocit bezpečí u seniorů se zvyšuje, jestliže zdravotní stav seniorů je vnímán jako dobrý nebo velmi dobrý.

Tito senioři se cítí bezpečně v 89,20%. V případě percepce zdravotního stavu jako přijatelného, se bezpečně cítí 75,20% seniorů. Ze seniorů, kteří vnímají svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný, se necítí bezpečně více než třetina seniorů 38,02%.

*Velikost obce, ve které senioři žijí, nemá dle výsledků tohoto výzkumu vliv na pocit bezpečí seniorů.* Nejbezpečněji se cítí senioři v žijící v některém z krajských měst - více než osmdesát procent seniorů (81,36%).

Pocit bezpečí seniorů je ovlivněn tím, s kým senior žije, popř. zda žije sám. Analýza dat prokázala, že *třetina (33,33%) seniorů žijících samotných v domě sociálního zařízení nebo v penzionu se necítí bezpečně.* Nejbezpečněji se cítí senioři žijící s příbuznými nebo s rodinou (84,28%).

Důvodů, proč se senioři necítí bezpečně, je celá řada. Nejčastěji se *senioři obávají zhoršení zdravotního stavu nebo úrazu, popř. se necítí bezpečně kvůli aktuálnímu zdravotnímu stavu (37,52%).* Přibližně čtvrtina seniorů se necítí bezpečně z důvodu strachu z migrantů, kteří k nám přicházejí (25,33%). Téměř 15% (14,73%) seniorů se necítí bezpečně, protože lidé v naší zemi se, dle jejich názoru, nechovají dobře k seniorům.

## 4 Navrhovaná opatření

Z výsledků, které jsme získali provedenými analýzami primárních a sekundárních dat v rámci předkládaného projektu, vyplývá, že je nutno přijmout následující opatření, která by zvýšila kvalitu života českých seniorů.

### 1. Opatření na podporu pocitu bezpečí seniorů

Jak vyplynulo z analýzy kvalitativních dat a dále také dat kvantitativních, je pocit bezpečí ovlivňován řadou faktorů. Senioři, kteří se potýkají se zdravotním problémem (někdy nazýváni též termínem „křehký senior“) se cítí více ohrožení než senioři v dobré zdravotní kondici. Zdravotní úroveň seniorské populace se tedy nepochybně odrazí také v jejich percepci bezpečí. V tomto směru doporučujeme nastavení **zdravotních preventivních programů pro seniory**, které by měly fungovat již pro starší zaměstnance od 55 let výše.

V rámci kvalitativního šetření byla v souvislosti s bezpečím seniorů velmi často zmiňována podpora rodiny. V tomto směru je nutno nastavit **cílenou mezigenerační spolupráci**. Doporučujeme **podporu marketingu** (reklamy, letáky, publicistické pořady v televizi) zaměřeného na soužití více generací, dále nastavení a cílenou koordinaci dobrovolnických aktivit, které by směřovaly k zapojení různých generací do podpory a péče o seniory. Doporučujeme také podporu projektů zaměřených na společnou např. **kreativní činnost více generací na komunitní a regionální úrovni** (např. společné pořádání výstav, péče o komunitní zeleň, pořádání volnočasových aktivit pro děti apod.).

Výsledkem našeho šetření týkajícího se pocitu bezpečí u seniorů bylo také zjištění, že senioři se cítí méně bezpečně v domovech pro seniory a v sociálních zařízeních než v domácím důvěrně známém prostředí. Menší pocit bezpečí uváděli také senioři žijící osaměle, ale i tito se stále cítili bezpečněji než senioři žijící v sociálních zařízeních. V tomto směru je nutno jednoznačně **podporovat možnost setrvání seniorů v přirozeném sociálním (domácím) prostředí co nejdéle** i v případě jejich rostoucí míry závislosti a zhoršující se nepříznivé sociální situace., tedy umožnit a **finančně ohodnotit členy rodiny**, aby mohli pečovat o seniory se sníženou soběstačností. Dále je nutno nastavit **flexibilní pracovní podmínky** pro pečující členy rodiny, aby jejich péče o seniora se sníženou soběstačností byla slučitelná s jejich zaměstnáním.

### 2. Opatření na podporu mezigenerační spolupráce a dobrovolnictví

Analýza kvalitativních i kvantitativních dat v našem projektu potvrdila, že podpora rodiny, začlenění seniora do širšího sociálního prostředí a pravidelný sociální kontakt významně ovlivňují řadu oblastí života seniorů a mají přímou souvislost s hodnocením kvality života u seniorů. Senioři uvedli, že rodina, blízcí a přátelé jsou v žebříčku jejich hodnot na druhém místě hned za zdravím. V tomto směru je nutné aktivně podporovat **inkluzi seniorů na řadě úrovní**. Komunitní **kluby seniorů**, které běžně fungují napříč regiony, městy i menšími obcemi jsou jedním, nikoliv však jediným a dostačujícím řešením. Je zřejmé, že je nutná a také přínosná podpora začleňování seniorů napříč generacemi. V tomto směru je nutno **zapojit seniory do společnosti**, rozšířit možnost účasti seniorů v dobrovolnických službách, podporovat jejich zájem o dobrovolnické aktivity, z našeho zkoumání jednoznačně vyplynulo, že senioři nemají dostatek informací o možnosti zapojení do dobrovolnických aktivit. Zde je důležité **zapojení médií** a zvýšení informovanosti veřejnosti o přínosu seniorů pro společnost. Podpora **rozvoje multigeneračních center**, rozvoj projektů na dobrovolnictví seniorů, podpora dobrovolných činností. Doporučujeme **dobrovolnické aktivity zakotvit legislativně**: zákon o dobrovolnické službě, definování benefitů pro dobrovolníky apod.

### 3. Opatření na podporu aktivního setrvání seniorů na trhu práce

Z výsledků našich výzkumů vyplynulo, že pracující senioři vyjadřují větší spokojenost s jejich aktuální situací, méně často si stěžují na zdravotní problémy, jsou výborně začleněni do řady sociálních skupin, cítí se potřebnými a užitečnými, nestrádají po materiální stránce. Jednoznačně je tedy nutno podporovat **aktivní setrvání seniorů na trhu práce**. V tomto směru nemáme na mysli pouze práci seniora na plný úvazek, naopak doporučujeme **zvýšení pružnosti na trhu práce pro seniory** (tedy nastavení částečných pracovních úvazků, pružné pracovní doby, flexibilní formy práce apod.), možným řešením je také **sdílení pracovních míst mladším a starším zaměstnancem**. Dále doporučujeme zvýšení povědomí českých zaměstnavatelů, vedoucích pracovníků, a jejich podpora při zavádění konceptu **age managementu**, zvýšení **povědomí o výhodách mezigenerační spolupráce** (na úrovni zaměstnanců i zaměstnavatelů), navrhujeme **propojit koncept age managementu se zákoníkem práce**. Vhodná by byla také informační kampaň k veřejnosti na podporu většího zapojení seniorů na trh práce a redukci mýtů, předsudků a stereotypů spojovaných se staršími zaměstnanci.

## 5 Závěr

Kvalita života je výsledkem působení sociálních, zdravotních a ekonomických podmínek, které se týkají lidského a společenského rozvoje. Tyto podmínky zahrnují dvě složky, na jedné straně objektivní podmínky pro život (sociální a kulturní potřeby, materiální dostatek), a na straně druhé subjektivní prožívání života (spokojenost, uspokojení atd.). Stáří a stárnutí je přirozený proces v životě každého člověka, ne všichni se s ním dokáží stejně vyrovnat. Výsledkem obav ze ztráty nezávislosti je snaha zmírnit, nebo ovlivnit projevy stárnutí. Na proces stárnutí má velkou měrou vliv životní způsob každého jednotlivce, péče o zdraví, psychickou pohodu a volba zájmových činností během celého života. Odchod do důchodu je považován za jedno z nejnáročnějších období v životě člověka vůbec. V této době se zásadně mění celá organizace života, zmenšují se povinnosti, mění se struktura volného času. S věkem klesá fyzická výkonnost, mění se i jeho schopnosti duševní. Často provází stáří nemoci a nezanedbatelné jsou také změny finanční. Je mnoho determinantů, které ovlivňují prožívání života seniorů.

Analýza rozdílů ve výpovědi seniorů a senierek (analýza kontingence) přinesla řadu zajímavých zjištění. Přestože se nepotvrdil vliv pohlaví na percepce aktuální životní situace, byl potvrzen vliv pohlaví na hodnocení vývoje celkové životní situace. Ženy většinou nedokážou vývoj posoudit, muži mají jasno v tom, že se nezmění. Přestože však ženy vnímají odchod do důchodu složitěji než muži, samotná „penze“ je pro ženy aktivnějším obdobím než pro muže. Častěji jsou vtaženy do rodinného života a rodinných aktivit, fungují jako hlídačky a podporují také své vnuky a vnučky, jak vyplynulo z rozhovorů. Muži, pro něž byla práce a zaměstnání hlavní a často také jedinou formou seberealizace, hledají aktivní uplatnění v „penzi“ obtížněji.

Potvrzen byl také vliv pohlaví na důvod, proč se necítí senioři bezpečně. Ženy mají častěji strach ze zranění či úrazu a cítí se častěji samy než muži. V této souvislosti je zřejmé, že výsledky souvisí s pocitem osamělosti, který je častěji popisován u žen. K obecným charakteristikám současné seniorské populace patří převaha žen (Kalvach, Onderková, 2006) a ty pak po ztrátě manžela nebo partnera jsou častěji ohroženy samotou. V případě sociální nouze by se senioři i seniorky nejčastěji obrátili na úřady (49,5%), dále na kamarády, příbuzné a rodinu (24%), na internetu by hledalo pomoc 15,6% seniorů. Bylo potvrzeno, že ženy mají obecně větší povědomí o způsobech řešení sociální nouze.

Z analýzy percepce zdravotního stavu a četnosti návštěv u lékařů vyplynulo, že ženy mají častěji strach ze zranění či úrazu a cítí se častěji samy než muži a také ženy častěji navštěvují praktické lékaře. Pokud jde o pocit bezpečí, byl prokázán vliv bydliště a vliv osoby, se kterou senior žije. Senioři se cítí bezpečně ve vlastním domě nebo bytě, nejméně bezpečně se senioři cítí, pokud žijí sami v domovech pro seniory nebo v sociálních zařízeních. V tomto směru je nutno chápat výpovědi seniorů šířeji než jen pocit bezpečí o fyzickou existenci, který je v domovech pro seniory a sociálních zařízeních zajištěn. Jak prokazují také výsledky našeho kvalitativního šetření, pocit bezpečí je termín, k němuž se váže řada asociací a je definován také pocity jistoty, naděje, spokojenosti.

Dle studie Sýkorové (2007) například „sociální pracovníci profesně zaměřeni na péči o seniory uplatňují jen ojediněle přístup akceptující autonomii starších osob, zejména ve smyslu „svobody v jednání“. Mají tendenci vidět v nich lidi nemocné, nekompetentní, závislé na pomoci druhých a na druhé pasivně spoléhající. Vesměs neberou v úvahu jejich potřebu autonomie, schopnost a snahu mobilizovat vlastní síly v zájmu jejího zachování, samostatně rozhodovat o sobě a svých záležitostech. Osobní autonomii ve stáří interpretují pouze ve významu fyzické soběstačnosti“ (ibid.:231). Potřeba bezpečí je silná zejména v období dětství a bývá aktivována především v situacích bezprostředního ohrožení (Nešporová,

Svobodová, Vidovičová, 2008). Lze ji ovšem charakterizovat také jako určitou touhu po stabilitě, kterou lze sledovat v průběhu celého života. Vedle osamělosti jsou jako velký problém stáří identifikovány obavy: obava z pádu, z útoku, z neschopnosti přizpůsobit se a obava, aby se člověk nestal zátěží pro rodinu a přátele (Johnson, Hickman Morris 2001), což potvrdil také náš výzkum. Může se vracet potřeba rutiny, jistoty alespoň v částečném řádu a pořádku, hlouběji se akcentující preference pro známé než pro neznámé, pro obvyklé než pro neobvyklé, což je někdy mylně zaměňováno za konzervativismus či rigiditu. Hazan (1994) uvádí zajímavý příklad z britských výzkumů, kde respondenti odmítali rezidenční služby s odůvodněním, že si tam nebudou moci sami uvařit šálek čaje, čímž vyjadřovali obavy z (potencionální) ztráty kontroly nad svým životem. Řadou autorů je zmiňována také potřeba spirituality (srov. např. Narayanasamy et al. (2004), Johnson a Hickman Morris (2001) nebo Coleman (2004)). V českém kontextu se tomuto problému věnovala Sýkorová (2007).

Nárazníkem v případě řešení obtížných životních situací, v otázce pocitu bezpečí, ale také pokud jde o smysl života a životní radosti, je jednoznačně rodina, příbuzní a přátelé. Toto zjištění bylo potvrzeno jak kvalitativním, tak kvantitativním šetřením. Je proto zcela jednoznačné, že pro zvýšení kvality života seniorů je nutný důraz na mezigenerační spolupráci a porozumění.

Důvodů, proč senioři setrvávají na trhu práce, je celá řada. Kromě finančních a ekonomických důvodů, je to také potřeba sociálního kontaktu, seberealizace a radosti z práce. Tato zjištění by bylo nutno dále zkoumat, aby mohla být využita pro jasné formování politiky zaměstnanosti osob vyššího a seniorského věku.

Na možnosti prožít hodnotné a důstojné stáří má vliv celá společnost. Na její pomoci jsou do velké míry senioři závislí, k tomu slouží soustava sociální podpory a pomoci pro seniory. Rychlost stárnutí organismu je individuální záležitostí každého z nás. Stárnutí ovlivňují naše genetické dispozice, nemoci, okolní vlivy prostředí a způsob života, jakým žijeme po celý svůj život. V subjektivním vnímání kvality života samotnými seniory sehrávají roli bio-psycho-sociální determinanty probíhající ve stáří. Senioři mají více volného času, který by rádi využili jakoukoli činností, která jim zprostředkuje společenské uplatnění. Musejí však překonat celou řadu bariér, které se uvnitř společnosti vytvořily vůči seniorům. Nepřekonání těchto bariér mnohdy vede k pocitům samoty a depresím z nepotřebnosti a zbytečnosti. Přitom si zaměstnavatelé neuvědomují, že plno seniorů v dnešní době běžně používá mobilní telefon, počítač a další produkty moderního světa. Limitování kvality života seniorů z důvodu zhoršeného zdravotního stavu je v souvislosti s finančním nedostatkem tím nejzávažnějším problémem. Bez vhodně nastavené prevence ze strany státu hrozí v příštích letech velký nárůst takto nemocných seniorů, což má negativní dopady jak na společenskou úroveň, tak na ekonomickou zátěž státu. Senioři se však se zdravotními i finančními problémy musejí nějakým způsobem vyrovnat. Pomoci jim může rodina nebo se sami uskromní. Po odchodu životního partnera žijí ve svém domově zpravidla sami a v některých případech čelí naprostému odříznutí od zbytku společnosti. Model domácí péče bohužel není použitelný v případě všech seniorů. Do značné míry je komplexním řešením vyšší intenzita státní péče o seniory, která je jak zdrojem kontaktu s dalšími lidmi, tak prostředkem pro zdravotní péči. Seniořem bude jednou každý z nás a později toto téma bude pro nás více aktuální než nyní. Proto je nezbytné vyvíjet péči o seniory takovou, jakou bychom si ji přáli my v důchodovém věku.



## Seznam použitých zdrojů

1. Balogová, B. (2009). *Senioři*. Akcent Print: 2009, s. 158. ISBN 978-80-8929-51-80.
2. Birčiaková, N. (2015). *Determinants of the standards of living in the European Union*. Dissertation thesis. Brno: Mendel University in Brno, 2015.
3. Coleman, Peter. (2004). *Is the religion friend of ageing?* Solihul: Leveson Centre.
4. Český statistický úřad. *Příjmy a životní podmínky domácností 2014*. [online]. 2015. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20543103/16002115mc.pdf/4f18cf5e-f616-4892-b3b5-cd1f1a734910?version=1.1>
5. Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada
6. Johnson, Alison - Hickman Morris, Helen. (2001). *Understanding the needs of older people*. Solihul: Leveson Centre.
7. Hazan, H. (1994). *Construction and deconstruction of old age*. Cambridge: Cambridge University Press.
8. Hnilicová, H. a Bencko, V. (2005). *Kvalita života vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*. 2005. Praktický lékař, roč. 85, č. 11, s. 656-660. ISSN 0032-6739.
9. Hrozenká, M. a kol. (2008). *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko - praktické východiská*, Osveta, Martin, 2008, ISBN 978-80-8063-282-3.
10. Kalvach, Z., Onderková, A. (2006). *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. CARE. ISBN 80-726-2455-5.
11. Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. [online]. [cit. 2007-11-04]. Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>.
12. Maříková, H., Petrušek, M., Vodáková, A. a kol. (1996). *Velký sociologický slovník I., II*. Praha: Slon. 1996.
13. Možný, Ivo. (2002). *Česká společnost: Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. 1.vyd. Praha: Portál, 207 s. ISBN 80-717-8624-1.
14. Mühlpachr, P. (ed.) (2005). *Schola gerontologica*. Brno: MU 2005, ISBN 80-210-3838-1
15. Mühlpachr, M., Vaňurová, H. (2005). Problematika kvality života – vymezení, dimenze, měření. In Bartoňová, M., Pipeková, J., Vítková, M. (ed.) *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*, 2005. Brno: MSD Brno. ISBN 80-86633-31-4.
16. Nakonečný, Milan. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.

17. Narayanasamy, A., Clisseett, P, Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1): 6-16.
18. Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L. (2008). *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-87007-96-9.
19. Rašticová, M. (2011). *Česká žena mezi rodinou a profesí. Diverzitní leadership z genderové perspektivy*. Brno: CERM, 2011. ISBN 978-80-7204-776-5.
20. Sleezer, C. M., Conti, G. I, Nolan, R. E. (2004), Comparing CPE and HRD Programs: Definitions, Theoretical Foundations, Outcomes, and Measures of Quality, *Advances in Developing Human Resources*, February 2004 vol. 6 no. 1, pp. 20-34.
21. Stejskal, L. (2011): *Spotřebitelské důchody na počátku krizového vývoje hospodářství*. Littera Scripta. 2011. ISSN 1802-503X.
22. Sýkorová, Dana. (2007). *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
23. Šímová, E. (2004). Kvalita života seniorov. In DŽUKA, J. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2004, s. 128–137.
24. Šolcová, I., Kebza, V. (2004): Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory In: *Kvalita života*. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. (Ed.: H. Hnilicová), s. 21-32.
25. Važanský, M. (2010). Atributy života starších osob s ohledem na proměny společnosti. In: *Zborník príspevkov z konferencie z medzinárodnou účasťou „Elan vital v priestore medzigeneračných vzťahov“*. Prešov: 2010, s. 194-200 ISBN 978-80-555-0198-7.
26. Pacovský, V. a Heřmanová, H. (1981). *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 304 s.
27. Pacovský, V. (1994). *Geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s.