

VÝZKUMNÉ STUDIE A INDEXY PRO HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ A AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ

Oldřich Čepelka

Kvalita života seniorů a aktivní stárnutí jsou dva z klíčových pojmů současné gerontologie a sociologie. Účelem příspěvku je podat popis mezinárodně významných a několika dalších charakteristických způsobů měření a hodnocení obou jevů a doprovodit jej metodologickými poznámkami.

V 1. části se ve stručnosti zabýváme pojmem kvality života a při rozlišení jeho vnějších a vnitřních komponent přinášíme se stručnými komentáři popis vybraných výzkumných koncepcí, kterými se kvalita života měří. V 2. části se věnujeme pojmu aktivního stárnutí a nejrozšířenějšímu národnímu indexu aktivního stárnutí. Ve 3. části shrneme popisované studie a nástroje do přehledu a ve 4. části se zamýšlíme nad možnostmi konstrukce a užití individuálního indexu aktivního stáří.

1. KVALITA ŽIVOTA

Od poloviny 20. století byla naše sociologie, ale i filozofie a ekonomie, konfrontována s pojmy, které měly a mají vystihnout „cílovou funkci“ vývoje společnosti z hlediska života obyvatel. Všechny našly silné uplatnění v politice. Byly to především:

- od 50. let pojem životní úroveň s cílem „zvýšit životní úroveň pracujícího lidu“;
- od 70. let pojem způsobu života s cílem „rozšířit socialistický způsob života“ a překonat masovou orientaci na spotřebu materiálních statků,
- v současnosti pojem kvality života s cílem „zlepšit kvalitu života“ a lépe propojit hmotné i nehmotné podmínky života s dosahováním životní pohody (well-being).

Tyto pojmy ovšem nejsou souřadné, jejich výčet má pouze připomenout historický kontext.

Co je kvalita života? V literatuře se nachází množství definic i kontextového výkladu a je také mnoho operacionálních definic umožňujících kvalitu života měřit. Zdá se, že nejčastější pojetí kvality života je úmyslně či neúmyslně navázáno na definici zdraví z roku 1946 Světové zdravotnické organizace („Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody...“) a na výčet vnějších podmínek pro zdraví.

Kvalita života jednotlivce se odráží v míře jeho životní pohody (well-being), která se většinou stává komponentou celkového indexu kvality života, pokud je počítán. WHO definovala v r. 1996 i samotnou kvalitu života lidí, a to jako „individuální vnímání vlastního postavení v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekávání, standardům a zájmům“ (WHAT, 1996).

Kvalita života se nyní chápe ve dvou dimenzích:¹⁾

- a) vnější: zahrnuje vlastnosti prostředí, které člověka obklopuje (např. jaké služby a zařízení má k dispozici, jaké jsou vlivy životního prostředí apod.) – řeší statistici, demografové, sociologové;
- b) vnitřní: zahrnuje vlastnosti samotného individua (fyzické a duševní zdraví, subjektivní pohodu, prožívání v dané etapě života aj.) – řeší sociologové a psychologové; v popředí hodnocení bývá celková emoční bilance subjektu (v daný okamžik) a životní spokojenost.

Tyto dvě dimenze předurčují způsoby zjišťování či měření a do velké míry odlišují i sociologický a psychologický přístup ke kvalitě života.

Pro účely tohoto příspěvku lze dále rozlišit:

- „neindexové přístupy“ – v nichž se kvalita života vystihuje jako mnohorozměrný a kvalitativní

1) Širší kategorizaci konceptů kvality života provedl například R. Veenhoven v roce 2000 (Tomeš, 2017, s. 105–106).

pojem, který lze přesto zkoumat empiricky a vyjádřit číselnými ukazateli,

- „indexové přístupy“ – v nichž je navíc snaha vystihnout kvalitu života jediným nebo několika číselnými ukazateli.

1.1 Vnější dimenze kvality života

„Objektivní dimenze“ kvality života, tj. fakta o hmotných podmínkách života obyvatel, je sledovaná pomocí indexových i neindexových postupů. Jen pro připomenutí: životní úroveň se kdysi měřila počtem ledniček a televizorů na 1 000 obyvatel, později na 100 obyvatel (nebo domácností), později místo ledniček automobily atp.

Kvalita života podle ČSÚ

Příkladem neindexového a přitom extenzivního pojetí je řešení předložené v publikaci ČSÚ v roce 2014 (ČSÚ, 2014), na níž zatím její zpracovatel nenavázal. Opíralo se o preferované životní hodnoty dospělé populace, což je oblast zdraví, práce, rodiny, bydlení, vzdělání, bezpečnost a volný čas. Mezi ukazatele kvality života ČSÚ v devíti doménách zahrнул:

- Hrubý domácí produkt na obyvatele a příjmy na obyvatele.
- Oblast práce: Míra nezaměstnanosti, příjmová nerovnost, podíl zaměstnance s nízkými příjmy, podíl domácností s velmi nízkou intenzitou práce, podíl dobrovolných částečných pracovních úvazků, podíl osob, které uvádějí zdravotní riziko při práci.
- Podíl bydlení ve vlastních bytech.
- Pocit bezpečí, míra kriminality.
- Oblast zdraví: Veřejné výdaje na zdravotnictví, nemocnost, délka pracovní neschopnosti, počet obyvatel na jednoho lékaře, výdaje domácností na zdraví.
- Vzdělání: Podíl obyvatel s úplným středoškolským vzděláním, resp. vysokoškolským vzděláním.
- Volný čas: počet návštěvníků kulturních zařízení, vybavenost domácností počítačem, výdaje na dovolené aj.

Další ukazatele se specificky týkají stárnutí: ČSÚ zde uváděl vztah starobních důchodů k úhrnu hrubých a čistých mezd, počet neuspokojených žadatelů o umístění v domovech pro seniory, střední délku života a naději dožití ve zdraví, která

se vyhodnocuje ze tří údajů: vnímané zdraví, chronická nemocnost a disabilita v každodenních činnostech. Ukazatele však nejsou agregované do jednoho indexu a také nejsou samostatně počítány pro seniory.

Můžeme mít řadu námitek směřujících k nízké obsahové a konstruktové validitě ukazatelů a také k výběru ukazatelů: byla použita technika „co dům dal“, což je velmi praktické omezení, které spolu s finančními limity často omezuje i sociology. Ti také často nemohou zkoumat, co by chtěli a jak by potřebovali, a používané pojmy musí zužovat.

Celoevropská statistika o příjmu a životních podmínkách (EU-SILC)

Eurostat vytvořil soubor ukazatelů sloužících k posouzení životní úrovně a kvality života a doplňující dotazování v domácnostech. V ČR se výběrové šetření o životních podmínkách uskutečňuje na vzorku cca 8 tisíc domácností se souběžným dotazováním členů domácnosti od 16 let. V roce 2018 bylo šetření zaměřeno na hmotnou deprivaci, problémy s bydlením a životní pohodou. Ta zahrnovala například dotaz na celkovou životní spokojenost, vnímané sociální vyloučení, obdrženou hmotnou a nehmotnou pomoc, pocit osamělosti, převažující nálady, pocit štěstí a další.

Indikátorový rámec pro měření kvality života

V ČR je nejambicióznějším projektem Indikátorový rámec pro měření kvality života (Maussen, 2018), který v roce 2018 dokončila skupina 97 expertů pro Úřad vlády. Kvalitu života navrhuje měřit v 11 oblastech: 1) příjem a bohatství; 2) zaměstnanost; 3) bydlení; 4) zdraví; 5) sladování pracovního a soukromého života; 6) vzdělávání; 7) mezilidské vztahy; 8) občanská angažovanost a dobré vládnutí; 9) životní prostředí; 10) bezpečnost; 11) osobní pohoda. Ze všech navrhovaných ukazatelů je již většina sledována různými institucemi (národními i mezinárodními).

Ani zde nedošlo k pokusu integrovat ukazatele do souhrnného indexu kvality života.

Indexové přístupy rovněž respektují, že kvalita života je složitým, mnohovrstevnatým jevem, avšak snaží se ji vystihnout složeným indexem. Index

se skládá z indikátorů (ukazatelů), které jsou minimálně ordinálního, častěji však kardinálního typu²⁾.

Index Numbeo

Typickým příkladem je složený index kvality života, vypočítávaný společností Numbeo (<https://www.numbeo.com>), založené v roce 2009 a nezávislé na státní správě. Index se počítá pro jednotlivé země a města. Svými údaji sem mohou přispět obyvatelé všech zemí světa přímo.

Do výpočtu vstupují ukazatele v osmi doménách: kupní síla, bezpečí, zdravotní péče, životní náklady, podíl cen nemovitostí na příjmu, doba dojíždky do zaměstnání, znečištění životního prostředí a oblíbenost místního podnebí. Pro jednotlivé domény jsou stanoveny váhy. Samy domény zahrnují dílčí ukazatele. Například v doméně znečištění životního prostředí se hodnotí 16 ukazatelů, mezi nimiž je kromě hodnocení čistoty pitné vody nebo ovzduší také čistota okolí bydliště, kvalita zelených ploch, nakládání s odpady a další.

Data se sbírají a indexy počítají průběžně. Například v únoru 2019 je Česko v Evropě celkově

na 18. místě ze 34 zemí (včetně Ruska) a na 25. místě ze 71 zemí, odkud byl dostatek informací. Indexy vybraných evropských zemí jsou v Tab. 1.

Česko je ve srovnání s většinou zemí, které dosáhly celkově vyšších hodnot indexu kvality života, hodnocena jako bezpečnější, s lepší zdravotní péčí a nízkými životními náklady, avšak s vyšším stupněm znečištění. Ve srovnání s většinou zemí, které vykazují nižší hodnotu indexu, vykazuje vyšší kupní sílu, ale také vyšší životní náklady. Mezi všemi zeměmi „vyniká“ především vysokým a rostoucím podílem cen nemovitostí na průměrných měsíčních čistých příjmech (celkově 2. za Srbskem).

Podobně jako tomu bývá v řadě dalších ukazatelů, které se týkají životní úrovně, hmotných životních podmínek, kvality služeb, pohody života, aktivního stárnutí a podobně, také podle hodnot indexu Numbeo dochází v Evropě k typickému rozdělení na úspěšný sever a západ a relativně zaostalý východ a jih.

Vstupními daty pro výpočet jsou údaje zasílané jednotlivci – obyvateli. Jejich počet se tedy stále mění. K 21. únoru 2019 přispělo v ČR do hodnocení jednotlivých domén 274 až 1336 účastníků. Ti jsou

Tab. 1: Výťah z žebříčku zemí dle indexu Numbeo k 21. 2. 2019

The ranking of European countries according to the Numbeo index as of 21 Feb. 2019

Pořadí / Ranking	Země / Country	Index / Index	Pořadí / Ranking	Země / Country	Index / Index
1	Dánsko	198,57	18	Česko	158,79
2	Švýcarsko	195,93	19	Francie	157,83
3	Finsko	194,01	20	Litva	156,36
4	Rakousko	191,05	21	Slovensko	153,10
5	Holandsko	188,91	22	Lotyšsko	149,15
	
13	Velká Británie	170,81	30	Bosna a Hercegovina	124,51
14	Chorvatsko	165,31	31	Srbsko	119,83
15	Portugalsko	163,50	32	Makedonie	110,64
16	Belgie	162,09	33	Rusko	104,94
17	Irsko	160,82	34	Ukrajina	102,34

Zdroj: <https://www.numbeo.com>.

Source: <https://www.numbeo.com>.

- 2) Sociologové jsou zvyklí povyšovat ordinální proměnné na kvazikardinální (intervalové) škály se stupni velmi spokojen – spokojen – nespokojen apod., označují je přirozenými čísly a tato čísla pak sčítají, násobí a dělí, takže vzniká dojem, že jde o spojitou a plně měřitelnou proměnnou, u níž lze definovat aritmetický průměr a rozptyl. Od dob pětistupňových Likertových škál zdánlivě stejných intervalů přetrvává chybný předpoklad ekvidistance (stejně vzdálenosti mezi sousedními stupni škály).

však pouze z 21 převážně velkých a středních měst a protože nejsou vybírání některou standardní procedurou, jde vlastně především o anketu založenou na individuálních znalostech (ceny, mzdy) a na pětistupňových škálách spokojenosti. Jen některé údaje, např. o cenách nemovitostí a příjmech jsou převzaty z oficiálních statistik. Hodnota indexu se přepočítává průběžně, „on-line“, tak, jak se kumulují individuální data od obyvatel za posledních 18 měsíců.

Uvádíme zde Numbeo pro originální metodiku, která je založena na sběru množství údajů od místních obyvatel, jejich vyjádření pomocí ukazatelů a výpočet složeného, výsledného indexu. Zásadní námitky můžeme směřovat na výběr domén a jejich komponent (tedy na obsahovou validitu i reliabilitu), na výběr ukazatelů, na spolehlivost měření (kvalita sběru dat a jeho délka) a na použití vah.

Index Obce v datech

Společnost Obce v datech, s.r.o. ve spolupráci s poradenskou agenturou Deloitte vypočítává index kvality života pro obce s rozšířenou působností z veřejně dostupných dat.

Do výpočtu je zahrnuto 29 ukazatelů ve třech doménách: a) zdraví a životní prostředí (např. počet dostupných lékáren nebo délka života); b) materiální zabezpečení (práce, bydlení) a vzdělání; c) služby a vztahy (například dostupnost bankomatů, počet místních spolků, účast ve volbách).

Pro každou obec s rozšířenou působností (kterých je 206) se vypočítávají hodnoty ukazatelů v každé doméně a určuje se pořadí obce v rámci ČR a kraje. Data pocházejí ze statistik a evidencí státních orgánů. Například index lékáren je založen na podílu počtu lékáren, které se nacházejí na území obcí, na počtu obyvatel a dále na počtu lékáren, které se nacházejí v dojezdové vzdálenosti 30 minut od radnice. Data jsou přebírána z evidence Státního úřadu pro kontrolu léčiv. Ukazatel má váhu 3,5 %.

Indexy jsou standardizované na škále 0 (obec, jejíž hodnota daného indexu je nejnižší ze všech obcí) až 10 (obec s nejvyšší hodnotou indexu). Obce jsou řazeny jak v rámci kraje, tak celé ČR. V Tab. 2 uvádíme jako příklady 5 obcí s nejvyšší kvalitou života, 5 obcí s nejnižší kvalitou života a výběr krajských měst.

Zásadní námitky lze opět formulovat pro výběr domén a jejich komponent, pro výběr ukazatelů i pro použití vah. Data jsou však velmi reliabilní, neboť nezávisí na dobrovolném zapojení občanů a jimi poskytovaných informacích o životě ve městě (jako v přístupu Numbeo), nýbrž na ukazatelích sledovaných veřejnou správou. Velkou otázkou je samozřejmě konstruktivní validita, například u indexů založených na počtu zařízení lze diskutovat, proč se mají započítávat pouze zařízení fungující v místě anebo ve vzdálenosti do 30 km. Další slabinou datové základny je její možné zastarávání (např. index znečištění ovzduší se počítá z dat v období 2012–2016).

Tab. 2: Výťah z žebříčku obcí s rozšířenou působností dle indexu kvality života k 21. 2. 2019 / The ranking of Czech municipalities with extended powers according to data from the quality of life index (QOL) as of 21 Feb. 2019

Pořadí / Ranking	Obec s rozšířenou působností / Municipality with extended powers	index / Index	Pořadí / Ranking	Obec s rozšířenou působností / Municipality with extended powers	index / Index
1	Říčany	10,0	24	Hradec Králové	6,6
2	Praha	9,8	171	Ostrava	3,4
3	Černošice	8,3	176	Ústí n. L.	3,2
4	Třeboň	8,2		...	
5	Trhové Sviny	7,7	202	Litvínov	1,5
	...		203	Most	1,3
8	České Budějovice	7,3	204	Vítkov	1,3
11	Plzeň	7,0	205	Karviná	0,2
16	Brno	6,8	206	Orlová	0,0

Zdroj: <https://www.obcevdtech.cz/>.

Source: <https://www.obcevdtech.cz/>.

Měření a hodnocení kvality života navrhuje nebo provádí řada institucí, například OSN (17 Sustainable Development Goals z roku 2015 přijatých v rámci Agendy 2030), OECD (Index lepšího života) a další. Iniciativně však vzniká i mnoho dalších, neoficiálních přístupů.

1.2 Vnitřní dimenze kvality života

Objektivní ukazatele tělesného zdraví nebo mentálních funkcí jsou v rámci výzkumu kvality života seniorů zařazovány do dlouhodobého evropského výzkumu SHARE a amerického Health and Retirement Study. Velké studie kvality života se však zaměřují především na subjektivně vnímanou kvalitu života a data sbírají pomocí osobních rozhovorů nebo samostatně vyplňovaných dotazníků.

Dotazníky jsou vesměs založeny na škálování souboru položek (příznaků kvality života) ve tvaru dichotomických nebo častěji ordinálních proměnných s transformací na intervalovou škálu s výpočtem v podobě sumy dosažených hodnot nebo váženého či neváženého aritmetického průměru.

Především v oblasti medicíny vznikla řada nástrojů měřících kvalitu života pacientů s různými diagnózami, například LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) pro chronické psychiatrické pacienty, NYHA pro kardiologické pacienty, Quality of Life Index W. O. Spitzera (původně jen pro onkologické pacienty) a řada dalších.

K nejpoužívanějším z těchto nástrojů patří dotazník Světové zdravotnické organizace WHO QOL a dotazník CASP. Přístup k datům z 10 dlouhodobých studií v různých zemích světa a EU jako celku s možností porovnávání lze získat z <https://g2aging.org>.

Dotazník WHO QOL

Dotazník obsahuje otázky typu „Nakolik jste spokojen se svým zdravím?“ a odpovědi jsou kvantifikovány s pomocí pětistupňové (Likertovy) ordinální škály (např. vůbec ne – trochu – tak středně – velmi – extrémně), jejíž stupně jsou – jak bývá v psychologii a sociologii zvykem – ohodnoceny přirozenými čísly od 1 do 5.

Původní vydání WHOQOL je z roku 1995. Základní dotazník – WHOQOL-100 – zahrnuje šest domén: fyzické zdraví, prožívání, resp. psychické zdraví, dále sociální vztahy, prostředí, fyzická nezávislost a duchovní oblast. Později vznikl zkrácený WHOQOL-BREF a 26 otázkami ve čtyřech prvních z uvedených domén. Objevily se námitky proti obsahové validitě dotazníků, avšak další diskuse a hlavně praxe je oslabil (u nás *Dragomirecká – Bartoňová*, 2006).

Dotazníky WHOQOL jsou určeny lidem ve věku 18 až 65 let, pro osoby starší 65 let se používá dotazník WHOQOL-OLD, který obsahuje 33 otázek v 6 odlišných doménách: fungování smyslů, nezávislost, pocit naplnění, sociální zapojení, intimita a postoj ke smrti. Opět se používá Likertova pětistupňová škála, avšak s úpravou pro kvazidistantní měření³⁾.

Dotazník CASP

CASP je devatenácti-, resp. dvanáctibodový dotazník zaměřený na subjektivní pohodu starších lidí. Dotazuje se na kontrolu, autonomii, seberealizaci a uspokojení. Je používán mimojiné ve studiích ELSA (Anglická longitudinální studie o stárnutí je k dispozici na <https://www.elsa-project.ac.uk>), v SHARE (viz dále) a jiných.

Jednotlivým otázkám jsou přiřazeny stupně 0 až 3 a součet odpovědí pak poskytuje ukazatel kvality života. Vychází z velmi úzkého pojetí kvality života – pouze z hodnocení současného prožívání a postojů. Jde ostatně o psychologický, nikoliv sociologický nástroj.

Dotazník EQLS

Evropské šetření o kvalitě života probíhá od roku 2003 ve 4–5 letech intervalech ve 28 členských a pěti kandidátských zemích EU. Nezaměřuje se jen na kvalitu života, nýbrž také na kvalitu veřejných služeb a na kvalitu společnosti. V rámci kvality života se zabývá subjektivní pohodou, zdravím a dalšími aspekty životní situace individua, jakými jsou bydlení, životní podmínky, hmotná nouze, rovnováha mezi pracovním a mimopracovním časem a poskytovaná péče. Jsou tu také otázky na účast dotazovaných na

3) Při přípravě škály označují subjekty na úsečce bod mezi dvěma položkami škály, které vnímají jako nejpresnější vyjádření vlastního hodnocení.

bohoslužbách, společenských akcích, školeních, dále dobrovolnická práce, práce s internetem a jiné aktivity a rovněž hodnocení životní spokojenosti a dalších prožitků či postojů.

Dotazování osob ve věku od 18 let formou osobních rozhovorů zahrnovalo v roce 2016 celkem 104 otázek s 262 položkami.

Health and Retirement Study

HRS patří k nejvíce propracovaným a publikovaným soustavám zjišťování různých aspektů života starší populace. Realizuje se v USA (University of Michigan a Národní institut stárnutí). Jde o dlouhodobou studii na panelu 20 tisíc osob z šesti věkových kohort od 50 let věku. Část dotazování je zaměřena na subjektivně vnímanou situaci lidí, jejich postoje a aktivity a v tomto ohledu jde o cenný příspěvek ke studii otázek stárnutí a kvality života ve stáří. Jsou zde přístupná všechna data, dotazníky, jakož i informace o konstrukci jednotlivých otázek, důvodech zařazení, formulacích a způsobu výpočtu. V tomto smyslu jde možná o nejlépe zdokumentovanou studii v dané tématice.

SHARE

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Výzkum zdraví, stárnutí a důchodu v Evropě) je dlouhodobý, multidisciplinární mezinárodní výzkum populace EU a Izraele ve věku 50+. Sběr dat probíhá každé dva roky a každá země si může ke společnému dotazníku (k obsahu rozhovoru) připojit své vlastní otázky. Podobně jako HRS se zabývá nejrůznějšími aspekty života lidí včetně jejich životní pohody, aktivit, majetku a příjmů, zdraví, práce, zdravotní péče, odchodu do důchodu a sociální vztahů. Také SHARE umožňuje přístup k datům a podává podrobné popisy, avšak proti HRS se jeví jako méně přehledný.

SHARE se explicitně nezabývá kvalitou života, obsahuje ovšem mnoho otázek, které se jí týkají. Podobné je to s životní pohodou a s aktivitami ve věku od 50 let a ve stáří. V posledním případě se však – v otázkách AC035–037 – omezuje na zjištění frekvence šesti aktivit a spokojenosti s nimi (dobrovolnická činnost, vzdělávání, účast ve spolcích, účast v politických organizacích, četba knih apod., luštění křížovek apod., hraní karet a podobných her).

Z toho ovšem nelze učinit úplný závěr o „aktivnosti“ jednotlivce.

2. AKTIVNÍ STÁRNUTÍ

Koncepce aktivního stárnutí zdůrazňuje propojení aktivity a zdraví. Podstatnou podmínkou zdravého stárnutí jsou samostatně vyvíjené aktivity seniorů včetně aktivit ve prospěch společnosti. Aktivní stárnutí je „proces co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost, které zlepšují kvalitu života lidí v průběhu stárnutí“ (WHO, 2002). Vychází z postulátu, že by lidé měli prožít a mít radost z aktivního života také ve starším věku. (Většina jejich potřeb ve stáří nemizí a může být uspokojována pouze přiměřenými aktivitami.) Termín „aktivní“ se netýká pouze chování jednotlivce na úrovni jeho každodenního života a života domácnosti nebo rodiny; podle WHO má vystihnout pokračující účast seniora ve společenských, ekonomických, kulturních, duchovních a občanských oblastech života, tedy v rodině, v komunitě i v celé společnosti.

Od počátku odborných debat o empirických charakteristikách aktivního stárnutí bylo zřejmé, že aktivní stárnutí nelze vyjádřit jediným ukazatelem, jakým je zaměstnanost, fyzická aktivita seniora nebo veřejné výdaje na důchody a zdravotní péči (Boudiny, 2013). Ostatně i tyto jednodimenzionální modely aktivního stárnutí musely být v praxi vyjadřovány soustavou dílčích ukazatelů. Například posuzování fyzické aktivit seniorů vedla k měření individuální vytrvalosti, síly, pružnosti a rovnováhy, ke zjišťování vynakládaného času apod. Každá redukce se logicky dostávala do rozporu s vnímáním stáří samotných seniorů a zkracovala obraz o různých skupinách osob, které z určitých příčin nemohly dostát nárokům jednotlivých kritérií.

Multidimenzionální přístupy vycházejí z běžného poznatku, že senioři participují v různých a kvalitativně rozmanitých oblastech života. Typický koncept aktivního stárnutí tak zahrnuje ekonomické aktivity, domácí péči, participaci na životě komunity včetně dobrovolnictví a konečně oblast zájmových aktivit ve volném čase (např. Avramov, 2003). Tím se ovšem segreguje kohorta mladších seniorů (tzv. 3. věku) od starších seniorů (4. věku), a proto se rovněž vyskytují pokusy o dostatečně univerzální kritéria pro

celý starší věk (Boudiny, 2013). Je však otázka, proč bychom se měli pokoušet o všeobjímající kritéria vztahující se k celému senioru, chceme-li vystihnout právě ty charakteristiky aktivního stárnutí, které jsou přirozeně typické pro mladší seniory⁴⁾, jejichž možnosti aktivního života stejně jako přínosu pro

společnost jsou vysoké a individuálně i společensky významné.

Podobně chápou požadavky na národní politiky podpory aktivního stárnutí i celosvětově a celoevropsky významné politické organizace. Například Hospodářský výbor pro Evropu OSN

Tab. 3: Přehled domén a ukazatelů AAI / The domains and indicators of AAI

Skutečná praxe aktivního stárnutí / Active ageing			Podmínky pro aktivní stárnutí Conditions to active ageing
Zaměstnanost / Employment	Zapojení do života společnosti Participation in the life of society	Nezávislý, zdravý a bezpečný život / Independent, healthy and secure living	Podmínky a prostředí umožňující aktivní stárnutí Conditions and environment conducive to active ageing
váha domény: 35%	váha domény: 35%	váha domény: 10%	váha domény: 20%
míra zaměstnanosti osob 55-59 let	dobrovolnické aktivity	fyzická aktivita	naděje dožití jako podíl dosažené délky života z cíle 105 let ve věku 55 let ⁵⁾
míra zaměstnanosti osob 60-64 let	péče o děti nebo vnoučata	dostupnost zdravotní péče	podíl budoucí délky života ve zdraví na celkové střední délce života ve věku 55 let
míra zaměstnanosti osob 65-69 let	péče o starší dospělé	nezávislý životní režim	duševní pohoda
míra zaměstnanosti osob 70-74 let	politická participace	finanční zabezpečení 1: relativní medián příjmu finanční zabezpečení 2: absence rizika chudoby finanční zabezpečení 3: absence mat. deprivace	využívání informačních a komunikačních technologií
		fyzické bezpečí celoživotní učení	míra sociálních kontaktů dosažené vzdělání

Zdroj: Zaidi, 2013, s. 8.

Source: Zaidi, 2013, s. 8.

Tab. 4: Výtah z žebříčku zemí dle AAI za rok 2016 / Ranking of European countries according to the AAI for 2016

Pořadí / Ranking	2016	AAI	Pořadí / Ranking	2016	AAI
1	Švédsko	47,0	13	Česko	34,8
2	Nizozemsko	42,2	14	Malta	34,2
3	Dánsko	41,9	15	Kypr	34,2
4	Finsko	40,5		...	
5	V. Británie	40,4	25	Polsko	29,9
	...		26	Chorvatsko	29,3
11	Estonsko	36,2	27	Maďarsko	28,8
12	Rakousko	34,9	28	Řecko	27,0

Zdroj: <https://statswiki.unece.org/>.

Source: <https://statswiki.unece.org/>.

- 4) O hranici mezi mladším a starším seniorským věkem přitom není dle K. Boudinyové jednotné mínění, klade se mezi 75 a 85 lety.
5) „Remaining life expectancy at 55 divided by 50 to calculate the proportion of life expectancy achievement in the target of 105 years of life expectancy“ (Zaidi, 2013, s. 69).

(UNECE) ve zprávě z roku 2017 zdůraznil čtyři cíle vládních politik v oblasti stárnutí: 1. podporovat dlouhý pracovní život a udržovat pracovní schopnost, 2. podporovat společenské zapojení (*participation*) a začlenění (*inclusion*) a vymýcení diskriminace, 3. zajišťovat důstojnost, zdraví a nezávislost ve starším věku, 4. udržovat a posilovat mezigenerační solidaritu (Synthesis, 2017, s. 3).

Index aktivního stárnutí populace (AAI)

AAI (Active Ageing Index) je zjišťován výběrem UNECE ve 28 zemích EU pro věkové kohorty mezi 55 a 74 lety. Jde o složený index, který je založen na 22 dílčích ukazatelích ve čtyřech doménách: a) zaměstnávání starších osob, b) zapojení do života společnosti, c) nezávislý, zdravý a bezpečný život, d) podmínky umožňující aktivní a zdravé stárnutí. Jak zdůrazňuje zpracovatelský tým AAI (*Zaidi*, 2013, s. 9), zvolené ukazatele se týkají „výsledků“ procesu stárnutí, nikoliv okolností, které jej podmiňují, jako jsou například náklady na sociální a zdravotní péči.

Významnou skutečností je, že data pro výpočet hodnot ukazatelů se zjišťují dotazováním v domácnostech a že AAI obsahuje hodnoty „národních“ indikátorů z různých datových zdrojů. Například informace o zapojení do společenského života jsou z již zmíněných výzkumů European Quality of Life Surveys, které realizuje Eurofound, kdežto ukazatel využívání informačních a komunikačních technologií pochází ze zvláštního šetření Eurostatu, údaje o kontaktech s nejbližším okolím jsou převzaty z European Social Survey a údaje o vzdělávání z EU Labour Force Survey (Eurostat). AAI tedy nevypovídá o situaci jednotlivců, nýbrž o celkové úrovni vybraných jevů u osob 55–74 let v jednotlivých zemích jako celku (příp. v regionech).

Dílčí ukazatelé však do výsledného indexu nepřispívají stejnou vahou: pro každý byla váha stanovena posudkem expertů, a také samy domény nevstupují do celkového výpočtu hodnoty indexu stejnou vahou (Tab. 3).

AAI charakterizuje míru uplatnění potenciálu starších osob, jejich příspěvek k životu společnosti. V žebříčku všech zemí EU za rok 2016 se v nejvyšší skupině umísťují Švédsko, Finsko, Dánsko, V. Británie a Nizozemí, Česko je celkově 13., zatímco ve spodní části je Řecko a většina středoevropských

a východoevropských zemí (Tab. 4). Pochopitelně, při volbě jiných vah by se výsledky mohly i výrazně změnit.

Přestože je AAI dosud nejambicióznějším projektem v oblasti měření a hodnocení aktivního stárnutí, s dobře zpracovanou metodologií a přístupy k datům, vzbuzuje mnohostrannou kritiku z hledisek metodologických i meritorních. Předmětem kritických diskusí nad AAI jsou hlavně výběr a definice ukazatelů (obsahová validita), jejich váhy, které vstupují do výpočtu indexu, způsob výsledné kalkulace, celková metodologie a další skutečnosti (podrobněji např. *Vidovičová*, 2016; *Čepelka*, 2018).

3. TYPOLOGIE STUDIÍ

Je možné si nějak zpřehlednit všechny tyto studie a nástroje hodnocení (měření) kvality života a aktivního stárnutí? Jistě je to možné z mnoha hledisek; protože se však nezabýváme obsahem jednotlivých studií, nýbrž jejich metodologickým přístupem, postačí čtyři kritéria, resp. charakteristiky, a základní možnosti využití (Tab. 5).

Uvedené studie a nástroje hodnocení kvality života a aktivního stárnutí pak lze s pomocí uvedených kritérií zpřehlednit v seznamu (Tab. 6).

Většina studií se zaměřuje na situaci celé seniorské populace v daném státě anebo umožňuje celostátní ukazatele vytvořit. Studie jen zřídka postihují úroveň měst a obcí a úroveň domácností. Využívají kombinace objektivních ukazatelů s výpovědi či osobním hodnocením dotazovaných seniorů. Polovina studií a nástrojů v tomto přehledu byla vytvořena specificky pro populaci seniorů, což ovšem neznamená, že seniorské studie jsou stejně časté jako studie pro celou populaci obyvatel (často i od 15 let); je to pouze důsledek našeho výběru do přehledu. V dalších případech se vypočítává hrubý skóre většinou v podobě součtů nevážených hodnot získaných odpovědi.

Z přehledu je nicméně vidět, že tvorba souhrnných indexů není v sociologii a gerontologii v tématice kvality života a aktivního stárnutí „populární“. To může být odrazem skepse nad možností popsát složité, mnohvrstevnaté jevy pomocí jedné číselné charakteristiky. Na druhé straně však v sociologii běžně používáme proxy indikátory a také číselné charakteristiky tak složitých jevů, jakými jsou například postoje. Položíme dotazovanému jednu nebo několik otázek, jeho odpovědi „kvantifikujeme“

Tab. 5: Kritéria pro typologizaci studií. QOL = kvalita života, AA = aktivní stárnutí

Criteria for survey classification. QOL = quality of life, AA = active ageing

Kritérium / Criterion	Výskyt / Occurrence	Pro QOL / For QOL	Pro AA / For AA
Dosah:			
Aa – stát	častější	ano	ano
Ab – město		ano	-
Ac – domácnost		ano	-
Ad – jednotlivec	častější	ano	ano
Zdroj dat:			
Ba – objektivně sledované ukazatele		ano	-
Bb – subjektivní (výpovědi osob, sebehodnocení apod.)	častější	ano	ano
Bc – smíšené	častější	ano	ano
Populace:			
Ca – univerzální (nejčastěji 15+)	častější	ano	-
Cb – speciální, jen senioři (65+)		ano	ano
Je výstupem index, příp. skór?			
index		ano	ano
skór (technika sumovaných odhadů)		ano	ano

Zdroj: Vlastní šetření.

Source: Authors research.

Tab. 6: Přehled studií, resp. nástrojů zjišťování kvality života a aktivního stárnutí. Značka (+) znamená, že příslušný výsledek lze z dat zkonstruovat / An overview of the surveys and tools used to study QOL and AA

Zaměření Area of focus	Studie, nástroj Surveys, tools	Aa	Ab	Ac	Ad	Ba	Bb	Bc	Ca	Cb	Výstup index Index as outcome	Výstup skór Score as outcome
QOL	Studie QOL (ČSÚ 2014)	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
QOL	EU-SILC	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-
QOL	Indikátorový rámec QOL v ČR	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
QOL	Numbeo	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	-
QOL	Obce v datech	-	+	-	-	+	-	-	+	-	+	-
QOL	WHO-QOL 100, BREF, OLD	(+)	-	-	+	-	-	+	+	+	-	+
QOL	CASP	(+)	-	-	+	-	+	-	-	+	-	+
QOL	EQLS	(+)	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-
QOL, AA	HRS / USA	(+)	-	-	+	-	+	-	-	+	-	+
.	SHARE	(+)	-	-	+	-	+	-	-	50+	-	(+)
AA	AAI	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-

Zdroj: Vlastní šetření.

Source: Authors research.

například na Likertově škále zdánlivě stejných intervalů a pro danou populaci spočítáme aritmetický průměr kvantifikovaných odpovědí. Nakolik přesnější a více validní je tento postup ve srovnání s výpočty složených indexů?

4. INDIVIDUÁLNÍ INDEX AKTIVNÍHO STÁŘÍ

Výraz „active ageing“ se překládá jako aktivní stárnutí, ačkoliv v řadě případů máme na mysli spíše okamžitý stav, resp. několik předchozích měsíců v životě seniora, tedy právě dosažený stupeň jeho aktivního stáří. Aktivní stárnutí je proces a často se chápe ve smyslu „stárnutí populace“, resp. celé společnosti. Pochopitelně je to poetická nadsázka, neboť společnost nemá stáří ve smyslu individuálního věku; můžeme pouze vypočítat aritmetický průměr věku všech obyvatel k určitému datu. Obě úvahy vedou k tomu, že by mohlo být užitečné mít k dispozici index aktivního stáří jednotlivce.

Jak jsme viděli, AAI nevyovídá o situaci jednotlivců, nýbrž o celkové úrovni vybraných jevů u osob 55–74 let v jednotlivých zemích jako celku (příp. v regionech). Především dosud nelze analyzovat rozdíly mezi seniory, resp. mezi členy různých socioekonomických a demografických skupin seniorů. Takovému účelu by mohl sloužit pouze index, který vznikne z výpovědí subjektů v jediném šetření založeném na dotazování reprezentativního vzorku populace. Ten by ovšem nemohl zahrnovat všechny informace o prostředí, které seniora obklopuje, nýbrž pouze to, jak je subjekt vnímá a hodnotí. Index nebude porovnávat státy a primárně ani hodnotit vnější podmínky, které mají senioři pro své aktivity (dostupnost služeb, dostupnost míst k zapojení).

Individuální index aktivního stáří by umožnil vyhodnocovat kvalitu života konkrétních osob ve smyslu aktivního stárnutí. Mohli bychom se tak dozvědět více i o osobních scénářích, které vedou k tomu, že člověk i ve starším věku je přiměřeně

aktivní, a to zejména mimo vlastní rodinu – ve veřejných (občanských) aktivitách, tedy při zapojení do života obcí, komunit a společnosti.

Rekonstruovat individuální AAI na bázi původního AAI, avšak s propojením na data SHARE, se pokusila J. Nunesová (Nunes, 2014) dosazením národních hodnot ukazatelů do vzorků databáze SHARE. Jako závisle proměnné kvality života použila sebehodnocení spokojenosti se životem a sebehodnocení stupně životního štěstí, zjišťovaného ve studiích SHARE.

Vztahy mezi individuálním indexem aktivního stárnutí a kvalitou života studovala také Maryam Tajvarová. Nicméně z dostupných pramenů (Tajvar, 2018) není patrné, jak byly individuální hodnoty AAI zjišťovány či vypočítávány. Pro zjišťování kvality života použila autorka hojně používaný 36položkový dotazník americké neziskové výzkumné organizace RAND⁶⁾, který byl původně vyvinut pro posuzování úrovně zdraví pacientů a jeho univerzální použití může být omezené.

Dotazováním by měly být zjišťovány alespoň dva meritorní okruhy skutečností: aktivity a prvky životní pohody:⁷⁾

a) aktivity:

aa) běžné (každodenní) aktivity s užitkem především pro samotný subjekt, jeho domácnost a rodinu – například sledování sportu jako divák (televize, stadion), aktivní provozování sportu (například jízda na kole nebo pěší turistika), návštěva kostela, církevního shromáždění, modlitebny, vzdělávání v kurzech, účast na odborných přednáškách, placená práce (pracující důchodce nebo OSVČ), hraní společenských her, využívání internetu, ale i péče o rodinné příslušníky a běžné sousedské vztahy;

ab) aktivity s přesahem do života obce, komunity, společnosti – například dobrovolnická práce v neziskové organizaci, výkon volené funkce v zájmové organizaci, činnost v politické straně (nikoliv jen členství), výkon volené politické funkce např. v městském zastupitelstvu, výuka na základní, střední nebo vysoké škole anebo

6) Dotazník je dostupný na https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html.

7) Aby získal první podklady pro konstrukci individuálního indexu, uskutečnil autor v únoru a březnu 2019 předvýzkum na vzorku 3 208 seniorů ve věku 60 a více let.

v kurzech, organizování a příprava veřejně přístupných akcí v obci, pravidelné či opakované poskytování finančních darů;

- b) prvky životní pohody:** vybrané hodnoty současného života, spokojenost se zdravím, emoční pohoda, postoje ke stáří a k veřejným aktivitám, vybrané charakteristiky osobních copingových strategií⁸⁾.

V úvahu bude třeba vzít faktory a prediktory aktivního stáří, resp. míry aktivity seniorů, jako jsou veřejné aktivity před získáním starobního důchodu, aktuální soběstačnost, život s partnerem, druh práce (resp. skupina profesí) z doby ekonomické aktivity, dosažené vzdělání a další.

Hlavní faktory ovlivňující aktivní stárnutí utřídila Rocío Fernándezová-Ballesterosová (*Fernández-Ballesteros*, 2008, s. 56). Rozlišila makro, mezzo

a mikroúroveň působení faktorů a seskupila je podle bezprostřednosti dopadu do kategorií distálních (vzdálených) a proximálních (blízkých). V případě mikroúrovně (jednotlivce) a blíže působících vlivů to jsou například kognitivní plasticita a rezerva, schopnost citové regulace, sebeřízení, copingové dovednosti a prosociální postoje. Například některé osobní copingové strategie „nahrávají“ vyšší intenzitě a rozmanitému zaměření aktivit; jsou to například anticipace problémů a rozpoznávání příležitostí, hledání smyslu, hledání podpory u blízkého okolí. To je však již doména psychologického výzkumu.

Index by se mohl stát i pomocným indikátorem (jakýmsi prediktorem) pro rozlišení 3. a 4. věku, neboť úbytek aktivit zaměřených na obec, komunitu a společnost se všeobecně považuje za typický jev pozdního stáří.

Odkazy na uvedené studie a nástroje

- EU-SILC v ČR: https://www.czso.cz/csu/czso/zivotni_uroven_spotreba_domacnosti_prace
- Indikátorový rámec pro měření kvality života: <https://www.cr2030.cz/strategie>
- Numbeo: <https://www.numbeo.com>
- Obce v datech: <https://www.obcevedatech.cz>
- Dotazník CASP: <https://casp19.com>
- Dotazník WHOQOL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index2.html>
- EQLS: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys>
- Health and Retirement Study: <https://hrs.isr.umich.edu>
- SHARE: <http://www.share-project.org>
- Active Ageing Index: <https://statswiki.unecp.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>
- souhrnný datový zdroj různých studií stárnutí: <https://g2aging.org>

Literatura

- *ACTIVE Ageing Index 2014*. Analytical Report, 2015. UNECE/ European Commission. Dostupné z https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/2014-active-ageing-index-aa1-analytical-report_en.
- Avramov, D. – Mašková, M. 2003. *Active ageing in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. ISBN 92-871-5240-3.
- Boudiny, K. 2013. Active Ageing: From Empty Rhetoric to Effective Policy Tool. *Ageing & Society* 33(6), s. 1077–1098. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728916/>.
- Čepelka, O. 2018. Od AAI k HAI? Měření aktivního stárnutí pomocí složených indexů. In Georgi, Hana – Šlamberová, R. (eds.), *Stárnutí 2018: Sborník příspěvků ze 4. Gerontologické mezioborové konference* (s. 10–16). Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Dostupné z http://www.konferencestarnuti.cz/-files/Starnuti_2018_sbornik.pdf.
- ČSÚ. 2014. *Tendence a faktory makroekonomického vývoje a kvality života v ČR v roce 2013*, s. 44–70.

8) Zde máme na mysli typické způsoby, jimiž se starší lidé vyrovnávají s faktem vlastního stárnutí či zda vůbec vyvíjejí vědomé úsilí k překonání nebo kompenzaci postupujícího úbytku tělesných a duševních sil.

- Dragomirecká, E. – Bartoňová, J. 2006. *Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. Psychiatrie* (10), 3, s. 144–149.
- Fernández-Ballesteros, R. 2008. *Active Aging. The Contribution of Psychology*, Gottingen: Hogrefe and Huber. ISBN 978-0-88937-360-0.
- Kuria, W. 2012. *Coping with age related changes in the elderly*. Helsinki: Arcada. Dostupné z <http://www.theseus.fi>.
- Maussen, J. a kol. 2018. *Shrnutí závěrečných zpráv expertních skupin pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR*. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z https://www.vlada.cz/cz/urad-vlady/strukturalni-fondy/ukoncene_projekty/system-dlouhodobych-priorit-udrzitelneho-rozvoje-ve-statni-sprave-166278/.
- Nunes Cruz Ferreira, J. 2014. *Active Ageing Index and Quality of Life. A work project*. Dostupné z: <https://run.unl.pt/handle/10362/11532?locale=en>.
- *Synthesis Report on the Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the ECE Region between 2012 and 2017*. 2017. Lisbon: Economic Commission for Europe.
- Tajvar, M. 2018. *Individual-level Active Ageing Index in Iran and Quality of Life of Older People*. Příspěvek přednesený na 2. mezinárodním semináři k AAI v Bilbao v září 2018. Dostupné z: <http://www.unece.org/index.php?id=49105>.
- Tomeš, I. – Šámalová, K. a kol. 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
- Vidovičová, L. – Petrová Kafková, M. 2016. Index aktivního stárnutí (AAI) v regionální aplikaci. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje*, 58, (1), 49–66. ISSN 0011-8265.
- *What quality of life?* 1996. The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum 17, s. 354–356.
- WHO. 2002. *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- Zaidi, A. et al. 2013. *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*. Vienna: European Centre Vienna.

OLDŘICH ČEPELKA

Autor je doktorandem na Fakultě humanitních studií UK v Praze. Zabývá se problematikou aktivního stárnutí a aktivitami seniorů, které mají přímý dopad do života obcí, komunit a společnosti.