UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Jana Morysová

Náročné změny v životě seniorů a jejich vliv na psychiku

Olomouc 2012 vedoucí práce: Doc. PhDr. Eva Urbanovská, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

v Olomouci dne 20. 6. 2012

……...
vlastnoruční podpis

Děkuji Doc. PhDr. Evě Urbanovské, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, za poskytnutí cenných rad a připomínek při jejím zpracování a za ochotu, vstřícnost a čas. Dále bych chtěla poděkovat vedení Domova seniorů Pohoda Chválkovice za umožnění provedení výzkumného šetření. Mé poděkování patří také všem respondentům, kteří se na něm ochotně podíleli.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jana Morysová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Náročné změny v životě seniorů a jejich vliv na psychiku
Název v angličtině:	Difficult Changes in the Lives of the Elderly and Their Psychological Impact
Anotace práce:	Diplomová práce se zaměřuje na náročné změny a situace v životě seniorů a jejich vliv na psychiku a dále na to, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří. Teoretická část vysvětluje pojmy stárnutí a stáří, popisuje fyzické a psychické změny ve stáří, náročné situace ve stáří - odchod do důchodu, ztráta soběstačnosti, osamělost a ovdovění a věnuje se přípravě a adaptaci na stárnutí a stáří. Praktická část zkoumá, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří.
Klíčová slova:	senior, stárnutí, stáří, ageismus, odchod do důchodu, nesoběstačnost, osamělost, ovdovění, příprava na stárnutí a stáří, adaptace na stárnutí a stáří
Anotace v angličtině:	This diploma thesis is focused on difficult changes and situations in the lives of the elderly and their psychological impact and further, how the elderly perceive and go through ageing and old age. The theoretical part explains the terms ageing and old age, decribes physical and psychological

	changes in old age, difficult situations in old age - retirement, loss of self-sufficiency, loneliness and becoming a widow or widower and deals with preparation for ageing and old age and adaptation to them. The practical part explores, how the elderly perceive and go through ageing and old age.
Klíčová slova v angličtině:	senior, ageing, old age, ageism, retirement, unself-sufficency, loneliness, becoming a widow or widower, preparation for ageing and old age, adaptation to ageing and old age
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Formulář dotazníku Příloha č. 2 - Znění otázek
Rozsah práce:	107 s., 5 s. příloh
Jazyk práce:	český

OBSAH

ÚVOD 7

I TEORETICKÁ ČÁST 9

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ 9

1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ 9

1.1.1 Stárnutí *9*

1.1.2 Stáří *10*

1.2 AGEISMUS 14

1.2.1 Podstata a zdroje ageismu *14*

1.2.2 Mýty a předsudky o stáří *19*

2 FYZICKÉ A PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ 22

2.1 FYZICKÉ ZMĚNY 22

2.1.1 Stárnutí smyslů *24*

2.1.2 Další tělesné změny *27*

2.1.3 Nejčastější onemocnění související s fyzickou stránkou seniorů *30*

2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY 30

2.2.1 Změny citového prožívání *31*

2.2.2 Změny osobnosti *33*

2.2.3 Proměna kognitivních funkcí *34*

2.2.4 Proměna regulačních funkcí *38*

2.2.5 Změny potřeb *38*

2.2.6 Nejčastější psychická onemocnění seniorů *40*

3 NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE PROVÁZEJÍCÍ STÁŘÍ 42

3.1 ODCHOD DO DŮCHODU 42

3.2 NESOBĚSTAČNOST 46

3.3 OSAMĚLOST 49

3.4 OVDOVĚNÍ 50

4 JAK ZVLÁDAT STÁRNUTÍ A STÁŘÍ 55

4.1 PŘÍPRAVA NA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ 55

4.2 ADAPTACE NA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ 58

II PRAKTICKÁ ČÁST 62

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ V DOMOVĚ SENIORŮ POHODA CHVÁLKOVICE 62

5.1 VYMEZENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ 62

5.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU 63

5.3 POUŽITÉ METODY 63

5.4 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 64

5.5 POPIS A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ 65

5.6 OVĚŘOVÁNÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ 85

6 DISKUSE 94

6.1 DISKUSE VÝSLEDKŮ K CÍLŮM 1 - 4 94

6.2 DISKUSE K PLATNOSTI HYPOTÉZ 95

ZÁVĚR 100

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 102

POUŽITÉ ZDROJE 103

LITERATURA A ČASOPISY 103

INTERNETOVÉ ZDROJE 106

SEZNAM PŘÍLOH 107

ÚVOD

Stárnutí je přirozenou součástí našeho života. V dětství a mládí si jej však málokdo připouští. Mladý člověk je většinou zdravý, má život před sebou, stáří je pro něj v nedohlednu. Můžeme říci, že si své stárnutí příliš neuvědomuje, protože vlastně nemá proč. A tak roky běží dál a člověk stárne. A najednou je starý. V mládí se člověk dívá dopředu, neví, co přijde, ale jeho očekávání jsou vesměs pozitivní. Ale co má očekávat starý člověk? Ve stáří již není vše tak pozitivní, jako v mládí. Objevují se zdravotní potíže a nastávají další složité životní situace, se kterými je potřeba se vyrovnat. A této problematice se věnuje tato práce.

Toto téma jsem si zvolila, protože mě zajímalo, jak vlastně staří lidé samotné stáří a stárnutí vnímají a prožívají a jak na ně působí náročné změny, které v tomto období nastávají. Zjistit tyto skutečnosti je také hlavním cílem této práce.

Celá práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části je vytvořit ucelený přehled základních informací o podstatě stárnutí, stáří, ageismu. Dále popsat některé náročné změny v životě seniorů a jejich vliv na psychiku. Jedná se o fyzické a psychické změny, odchod do důchodu, nesoběstačnost, osamělost a ovdovění. Protože se teoretická část práce věnuje náročným změnám ve stáří, snažila jsem se nalézt odpověď na otázku, jak vlastně samotné stárnutí a stáří zvládat. Zařadila jsem sem proto také informace o přípravě a adaptaci na stárnutí a stáří.

Cílem praktické části je zjistit, jak senioři, obyvatelé konkrétního domova pro seniory, vnímají a prožívají stárnutí a stáří. Největší pozornost je věnována náročným změnám ve stáří. Snažila jsem se prostřednictvím výzkumného šetření metodami dotazníku a rozhovoru zjistit, které problémy a životní změny seniory nejvíce tíží v současnosti, které změny považují za největší, se kterými bylo pro ně nejobtížnější se vyrovnat a z čeho mají senioři největší obavy do budoucna. Cílem je rovněž vysledovat rozdíly a souvislosti v odpovědích respondentů ve vztahu k vybraným charakteristikám (věk, pohlaví, rodinný stav a vzdělání). Metoda dotazníku byla použita u všech respondentů, rozhovor byl realizován pouze s některými z nich. Snahou rozhovoru bylo doplnit informace zjištěné dotazníkem a proniknout hlouběji do psychiky respondentů. Výzkumné šetření bylo realizováno v Domově seniorů Pohoda Chválkovice.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Každý člověk stárne, s tím nemůžeme nic udělat, ať chceme či ne. Ne každému se však poštěstí dojít na své cestě životem až do samotného stáří, do seniorského věku. Samotné stárnutí je pozvolné, to, že stárneme, si uvědomujeme při pohledu na fotografie, a rovněž nám tento fakt připomíná okolí, např. když staršímu pánovi nebo paní uvolní někdo v tramvaji místo. Děláme to právě proto, protože usoudíme, že tento člověk je již starší a potřebuje si sednout nebo protože to prostě patří k dobrému vychování. On sám se tak ale vůbec nemusí cítit a my mu vlastně proti jeho vůli připomínáme jeho věk. Své stáří si člověk hodně uvědomuje prostřednictvím médií - v televizi jednoznačně převládá mládí a stáří se vytrácí, v podstatě je diskriminováno.

V první kapitole naší práce si vysvětlíme pojmy stárnutí a stáří, protože jsou pro naši práci klíčové. Dále se budeme věnovat mýtům a předsudkům o stáří a ageismu neboli věkové diskriminaci, což jsou bohužel v naší společnosti velmi rozšířené jevy.

1.1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří

V literatuře nalezneme velké množství definic stárnutí a stáří, přičemž každý autor se na stárnutí a stáří dívá poněkud odlišně. Můžeme však tvrdit, že mnohé definice se v určitých bodech shodují.

1.1.1 Stárnutí

Kdy vlastně člověk začíná stárnout? Haškovcová (2010) zdůrazňuje, že každý stárne již od okamžiku, kdy se narodí a každý stárne „jinak“. V určitých obdobích svého života stárne člověk rychleji a v určitých zase pomaleji.

Holásková (in Šimíčková-Čížková a kol., 2008) říká, že po šedesátém roku věku se proces stárnutí zrychluje, má své typické projevy. Můžeme rozlišit dva způsoby stárnutí: **stárnutí normální a stárnutí předčasné**, které se neprojevuje u zdravých lidí, ale vzniká jako důsledek určité poruchy v biologickém vývoji, vliv může mít také neúměrné a dlouhodobé přetěžování organizmu (závislost na drogách či alkoholismus, silné kouření, přeceňování fyzických a psychických sil).

Nyní si uvedeme některé definice stárnutí. Podle Velkého psychologického slovníku je stárnutí *„proces negativních změn, k nimž dochází po dosažení dospělosti“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 549).

Křivohlavý (2002, s. 136) říká, že *„stárnutí je procesem, který je včleněn do celkového životního děje člověka. Je plynulým přechodem v rámci celého života člověka.“*

Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006) uvádí jeden z možných pohledů, který nahlíží na stárnutí jako na souhrn především biofyziologických změn, které probíhají v čase. Tyto postupné nezvratné změny nakonec způsobují zánik organizmu a jeho smrt. Dále uvádí, že stárnutí má však jako postupná řada změn u člověka nejen stránku biologickou, ale také psychologickou a sociální.

Pod pojmem stárnutí zpravidla chápeme souhrn změn, které se odehrávají ve struktuře a funkci organizmu. Tyto změny nastávají v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální a mohou podmiňovat zvýšenou zranitelnost organizmu, pokles některých schopností, a tím i celkového výkonu člověka. Starý člověk je však dokáže kompenzovat. Hovoříme o kompenzaci externí, kam spadá např. způsob a typ dopravy vzhledem k omezeným pohybovým možnostem ve stáří, využití kompenzačních pomůcek, lékařské protetiky atd. a interní, pod kterou rozumíme vědomí facilitace některých schopností, např. paměti atd. O kompenzaci hovoříme také v případě, kdy člověk, který není schopen vykonávat nějakou činnost, tuto činnost kompenzuje činností jinou (např. kompenzace omezení pohybu rukodělnými činnostmi). Kompenzaci doplňuje také selekce, kdy se zájmy člověka zúží jen na ty, které je schopen dobře zvládat (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007).

Z výše uvedených definic stárnutí můžeme vypozorovat shodné body v tom, že stárnutí je určitý proces změn, které nastávají v organizmu člověka. Je nutno také dodat, že tyto změny jsou nevratné a jak shodně uvádí Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006) a Holmerová, Jurašková a Zikmundová (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007), stárnutí zasahuje také psychologickou a sociální stránku života člověka.

1.1.2 Stáří

Rovněž stáří je různě definováno. Velký psychologický slovník uvádí, že stáří je *„konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 549).

Kalvach a Mikeš (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004, s. 47) říkají, že *„stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.“*

Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006) uvádí, že z hlediska vývojové psychologie označujeme jako stáří životní období nad 60 (65) let. Tímto označením rozumíme výsledný stav vzniklý procesem stárnutí.

Stáří bývá rozděleno do určitých dílčích období. Světová zdravotnická organizace (in Kozáková, Müller, 2006, s. 9) považuje za počátek stáří věk 60 let a dělí jej na:

„Rané stáří. 60-74 let → Starší, stárnoucí člověk, vyšší věk.

Vlastní stáří. 75-89 let → Pokročilé pravé stáří, senium.

Dlouhověkost. 90 let a více."

Příhoda (1974 in Kozáková, Müller, 2006, s. 9) označuje jednotlivá období stáří následovně:

„60-74 let → Senescence, počínající, časné stáří.

75-89 let → Kmetství, senium, vlastní stáří.

90 let a více → Patriarchium, dlouhověkost"

Někteří autoři stáří rozdělují na mladší stáří, kam spadají lidé ve věku od 65 do 75 let a pokročilé stáří, do něhož můžeme zařadit seniory ve věku od 75 let a výše (v tom se však názory gerontologů liší, někteří řadí do pokročilého stáří až ty seniory, kteří dosáhli osmdesátého roku věku) (Stuart-Hamilton, 1999).

Haškovcová (2010) uvádí, že o skutečném stáří hovoříme od 75 let věku. Běžně je starým člověkem označován každý, kdo dosáhne penzijního věku. I přes mnoho rozdílů v penzijních systémech jednotlivých států se za starého považuje většinou ten, který dosáhl 65-ti let věku. S postupným zvyšováním věkové hranice odchodu do důchodu se posouvá i věkové pásmo, které označujeme jako období stáří. Právě proto se začínající stáří datuje do pásma 65-74 let a lidi, kteří sem svým věkem spadají, nazýváme „mladými seniory", v odborné literatuře bývají označováni termínem *young old* nebo jen *old.* Termín *old old* („staří staří") je určen pro seniory, kteří překročili věk 75 resp. 80 let. Jako „velmi staří staří" (*very old old)*, neboli dlouhověcí, bývají nazýváni lidé starší 85-ti let.

V minulosti byla pojmenování pro seniory značně nelichotivá, bývali nazýváni stařenami či starci, někdy také bábami a dědky. Od 70. let 20. století se v odborné literatuře velmi často používal pojem *geron* (z řeckého geron = stařec), nebo také *geront.* V této době byl také uváděn pojem *přestárlí občané.* Ve snaze nahradit toto nehezké označení lepším výrazem prosazovali někteří pojem *dříve narození občané*, což ale vyvolávalo spojení s předčasně narozenými dětmi. Postupně se také od něj upustilo. Je možné, že v současné době používané věcné a neurážející číselné označení není definitivní, Evropská unie totiž navrhuje i termíny *„zkušenější"* nebo *„věkově pokročilý"* občan. Tyto termíny však v češtině

neznějí příliš obvykle, proto není moc velká naděje, že by u nás byly používány. Pravděpodobně nejlepší je nazývat seniory *staršími občany* (Haškovcová, 2010). V naší práci budeme přesto nejvíce používat osvědčené pojmenování senioři.

Stáří je možné posuzovat z různého úhlu pohledu. Obvykle rozlišujeme stáří kalendářní, sociální a biologické.

Kalendářní stáří

Kalvach a Mikeš (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004) uvádějí, že kalendářní stáří se dá jednoznačně vymezit, ale nemůže zcela postihnout interindividuální rozdíly mezi lidmi. V současnosti se za počátek stáří vesměs pokládá věk 65 let a jako vlastní stáří je označován věk od 75-ti let, který je považován za uzlový ontogenetický bod.

Sociální stáří

Kalvach a Mikeš (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004) zdůrazňují, že tento pojem postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění a upozorňuje na společné zájmy a rizika seniorů, mezi něž patří nepřizpůsobení novým životním podmínkám, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, segregace z důvodu věku a diskriminace (ageismus). Za počátek sociálního stáří obvykle považujeme dobu, kdy člověk dosáhne nároku na starobní důchod nebo skutečné penzionování.

Kozáková (in Kozáková, Müller, 2006) v této souvislosti uvádí, že člověk by se na stáří měl připravovat již v dospělém věku, a to nejen materiálně, ale měl by si vytvořit i tzv. druhý životní program, který mu pomůže v seberealizaci a umožní aktivní život po odchodu do důchodu.

Biologické stáří

Kalvach a Mikeš (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004) říkají, že biologické stáří označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince, avšak jeho přesné vymezení se nedaří a není zde shoda ani v tom, co by tento termín měl vyjadřovat. Pracoviště zkoumající biologický věk obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce, kondice i patologie, a to částečně (např. věk kardiorespirační či mentální) i celkově jako součin údajů o různé váze.

Kozáková (in Kozáková, Müller, 2006) upozorňuje na to, že stanovení biologického věku ani jeho dílčích variant není využíváno, jelikož tento věk není tak výstižný, jako věk kalendářní.

V literatuře bývá uváděn i pojem **psychické stáří.**

Podle Kozákové (in Kozáková, Müller, 2006) psychické stáří podmiňuje mnoho faktorů, mezi něž patří například osobnostní rysy, psychické změny v průběhu stárnutí a stáří, a také to, jak člověk reaguje na své vlastní stáří. S psychickým stářím je spojován i pojem **subjektivní věk**, pod nímž rozumíme to, jak se člověk cítí a jak vysoké je jeho sebevědomí. Projevy subjektivního věku jsou v názorech, postojích a činech. Tento věk se nemusí slučovat s objektivní situací a reálnými možnostmi seniora.

Myslím si, že právě psychické stáří je pro stárnoucího člověka velice důležité. Domnívám se, že to, jak člověk na své vlastní stáří reaguje a jestli se dokáže vyrovnat s nastalými změnami, je zásadní. Na základě empirických zkušeností mohu potvrdit, že někteří senioři přesto, že mají zdravotní potíže, si je tolik nepřipouštějí. Působí pak celkově vyrovnanějším a spokojenějším dojmem. Samozřejmě však záleží na mnoha dalších faktorech, kterými je psychické stáří ovlivňováno - na tom, jestli je člověk soběstačný, jaké má vztahy s blízkými a podobně.

Z výše uvedených informací o stáří můžeme tvrdit, že nejčastěji se objevuje tvrzení, že stáří začíná od 65 let věku člověka. V naší práci pak vycházíme z kalendářního pojetí stáří, protože jak již uvádí Kozáková (in Kozáková, Müller, 2006), je velmi výstižné.

Je důležité zmínit, že stáří je hlavně zkušeností žen. V dobách míru je podíl mužů a žen v populaci přibližně do 45 let zhruba stejný, po 45. roce však muži umírají častěji než ženy. Důsledkem tohoto jevu to, že ve skupině sedmdesátiletých se vyskytuje zhruba šest žen na pět mužů a ve skupině lidí nad osmdesát let se tento poměr zvyšuje přibližně na 4:1. Tuto skutečnost lze přičítat spíše než vlivu faktorů životního prostředí rozdílné stavbě chromozomů a odlišné tělesné konstituci mužů a žen (Stuart-Hamilton, 1999).

Na závěr této podkapitoly je v souvislosti se stárnutím a stářím podstatné říci, který vědní obor se jimi zabývá. Haškovcová (2010) uvádí, že věda, která zkoumá stárnutí a stáří, se nazývá **gerontologie**. Termín gerontologie pochází z 30. let 20. století. Gerontologie se dělí na gerontologii experimentální, sociální a klinickou, resp. geriatrii.

Gerontologie experimentální zkoumá mechanismy biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a procesy biologického a psychologického stárnutí člověka.

Gerontologie sociální se zabývá sociálními dopady stárnutí na stáří člověka. Zkoumá rovněž společenské a sociální faktory, které ovlivňují procesy stárnutí. Dále zjišťuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí a v poslední době upřednostňuje zdravé resp. úspěšné stárnutí, které si klade za cíl udržet praktickou soběstačnost seniorů.

Gerontologie klinická neboli geriatrie je lékařský obor zkoumající zvláštnosti chorob ve stáří a specifické aspekty léčby starých lidí. Zvláštnostmi se rozumí hlavně výskyt více nemocí současně, jejich atypický průběh, chronický charakter a časté komplikace (Haškovcová, 2010).

1.2 Ageismus

To, jak konkrétně vypadá vztah člověka k svému vlastnímu stáří a ke starým lidem se odvíjí od obecného pojetí, které je v zásadě dvojí. Kdysi to senioři měli podstatně lepší, protože si dokázali vytvořit gloriolu moudrosti, trpělivosti a laskavosti, kdy vlivem tohoto se snižoval význam těch méně atraktivních a vždy přítomných projevů stáří. Díky těmto šlechetným vlastnostem, které byly starým lidem připisovány, se stáří jevilo jako idylické období, protože být moudrý znamená být respektován a ctěn, trpělivý a laskavý znamená být přijímaný a dokonce i milovaný. Došlo však k „nepochopitelnému“ obratu a jakoby „z ničeho nic“ se objevila druhá nejčastější představa stáří, která je založena převážně nebo pouze z negativ. V jejím světle je stáří anticipováno s hrůzou, nemocemi a strádáním, a proto také hrůzně vypadá. Pod vlivem strachu z přirozeného nástupu individuální involuce se v obrazu stáří zdůrazňuje vše negativní a negativistické. Staří lidé nejsou ani ceněni, ani milováni, přičemž v posledních několika desetiletích došlo odmítání stáří a seniorů až k tomu, že nepřátelský postoj ve společnosti přerostl dokonce ve skrývaný či otevřený boj proti nim.

1.2.1 Podstata a zdroje ageismu

V angloamerické literatuře se nepřátelství a agresivní chování vůči starým lidem označuje pojmem **ageismus** (age = věk) (Haškovcová, 2010). Poprvé se tento pojem objevil v USA na konci šedesátých let minulého století (Vidovićová, 2008). České označení tohoto v současnosti již poměrně rozšířeného pojmu však neexistuje a jeho praktický význam můžeme paralelně odvodit od rasismu. Někdy bývá ageismus vysvětlován také jako averze vůči starým lidem i všemu, co se stářím souvisí. Není však pouze jednosměrný, někteří autoři zdůrazňují, že i samotní senioři se nacházejí pod jeho velkým tlakem, protože i na ně mají vliv stereotypy, které jim o stáří nabízejí mladší generace. S těmito stereotypy se senioři často

sami identifikují, což se projevuje výraznou ambivalencí v tom, jak hodnotí svou vlastní situaci. I když se tedy stárnoucí a staří lidé cítí spokojeně a sami jsou aktivní, mají pocit, že vlastně žijí „špatný život“ (Haškovcová, 2010).

Vidovićová (in Sýkorová, Chytil, 2004, s. 63) ageismus definuje takto: *„Ageismus je ideologie založená na sdílené víře v kvalitativní nerovnost jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“*

Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006, s. 46) uvádí, že ageismus *„představuje společenské předsudky vůči stáří. Zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči starším lidem. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené. Stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení nebo z černobílého myšlení.“*

Můžeme říci, že výše uvedené definice ageismu Vidovićové (in Sýkorová, Chytil, 2004, s. 63) a Minibergerové (in Minibergerová, Dušek, 2006, s. 46) se shodují v tom, že ageismus se projevuje v diskriminaci osob. Je však zajímavé, že Vidovićová v definici ageismu nevymezuje věkovou skupinu, které se ageismus týká, její definice je velmi obecná. V naší práci se přikláníme spíše k vymezení ageismu Minibergerové, a to z toho důvodu, že většinou bývá spojován se seniory.

Podle Sýkorové (2007) se ageismus snaží systematicky, na institucionální a individuální úrovni stereotypizovat a diskriminovat lidi na základě jejich dosaženého věku. Vyjadřuje omezení sociálních rolí a znehodnocení statusu starých lidí, strukturuje očekávání ostatních lidí vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti a v mnoha ohledech snižuje jejich životní šance.

Termín ageismus se vztahuje na diskriminaci, případně stereotypní zobrazení lidí kvůli jejich věku, a to zejména pokročilému věku (po odchodu do důchodu) (Maciuszek, Martens in Ehlers, Linke, Rudolf, Trappe, 2011).

Ageismus, stejně jako ostatní předsudky, příliš zjednodušuje a nepřiměřeně generalizuje, pokládá za méněcenné všechny staré lidi. Nebere v úvahu jejich individualitu a někdy i velké diference, které jsou mezi lidmi nacházejícími se v této věkové kategorii patrné. Ageismus je rovněž původcem tendence izolovat staré lidi, aby nezdržovali a nepřekáželi. Podle něj jsou méně významnou součástí většinové společnosti. Jsou chápáni jako představitelé něčeho nežádoucího, jako přítěž společnosti, skupina, která mnoho vyžaduje, ale již není ničím užitečná. Reálný smysl stáří bývá laickou veřejností přehlížen či bagatelizován (Vágnerová, 2007).

Příslušníci mladé generace mají tendenci ageismus ignorovat nebo popírat, že vůbec existuje, odvolávají se na opatření sociálního státu, na charitu, které pomáhají seniorům, „protože jsou staří“, a ne kvůli skutečné příčině jejich obtíží (mýtus filantropie). Mladí se nechtějí bavit o tématu smrti, které je pro seniory důležité, protože z ní mají strach snad ještě více než oni (Sýkorová, 2007).

Vliv negativních stereotypů na naše chování

Je to smutné, ale s věkovou diskriminací vůči starým lidem se setkáváme dnes a denně. Podle Vágnerové (2007) hodnotový žebříček současné společnosti, který zdůrazňuje zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí (mladistvého vzhledu, výkonu atd.) seniory značně znevýhodňuje. Tuto propagaci mládí můžeme vidět i v médiích, která jako normu prosazují důležitost zevnějšku a svěžesti. Z toho vyplývá, že vše, co takové není, je podřadné a méněcenné. Haškovcová (2010) uvádí, že negativním představováním stáří v médiích se poslední dobou zabývá mnoho odborníků. Ti konstatovali, že v médiích jsou senioři představováni jako výrazně nesoběstační až nemohoucí lidé, kteří jsou již zbyteční, osamocení a strádající po všech stránkách. To má vliv na samotné seniory, kteří se cítí být příslušníky generace, která je na obtíž.

Celkově představují starší lidé nejen z kvantitativního hlediska menšinu. Jsou zobrazováni stereotypním a schematickým způsobem - základním modelem prezentace seniorů v televizi ještě dnes platí, že je jim přisuzováno zvláštní postavení ve zvláštních rolích. Sociální realita však zůstává z velké části vynechána (Thimm, 2000).

Tošnerová (2002) říká, že například ošklivost v praxi odráží skutečnost, že v našich hlavních večerních televizních pořadech se starší lidé, a především ženy, vyskytují minimálně, přestože právě oni se dívají na televizi více než příslušníci ostatních věkových kategorií. Průzkum, který se uskutečnil v roce 1993 v USA ukázal, že i přesto, že jsou senioři nejrychleji rostoucí věkovou skupinou, v životě se zdá, jakoby tomu tak nebylo a jejich počet ubýval. S nastupujícím stářím lidé ztrácejí na významu, hodnotě, důležitosti. Také v reklamě je stáří zastoupeno jen minimálně, a to proto, že se soustřeďuje na jinou cílovou skupinu a s generací nad 50 let již nepočítá. To samé můžeme tvrdit o novinách a časopisech. Cílem jejich titulních stran je přece upoutat pozornost a zaujmout žádoucími nabídkami, čehož pochopitelně nelze dosáhnout vráskami v obličeji. Ageismus se projevuje taktéž v inzerátech nabízejících zaměstnání. Když je například v inzerátu uvedeno, že mladý dynamický kolektiv hledá pružnou dynamickou osobnost, nikdo nám při výběrovém pohovoru nesdělí, že generace nad 50 let již není chápána jako pružná a dynamická. Na druhé straně se ageismus

může vyskytovat v podstatě určitých činností, povolání či organizací, které společnost chápe jako druhořadé. Takové pracoviště pak v praxi dostává méně peněz, zaměstnává méně kvalifikovaný personál nebo tolik nedbá na vzdělávání zaměstnanců. U nás bývá ageismus spojován s pojmem sociální, je synonymem pro ty, kteří se o sebe nejsou schopni sami postarat. Na druhou stranu však i některé pozitivní stereotypy se zakládají na nepřesných informacích, které posilují zkreslený pohled na starší generaci - spadá sem moudrost, spolehlivost, laskavost a soucit.

Zdroje ageismu

Traxler (1980 in Tošnerová, 2002, s. 12-13) uvádí tyto čtyři zdroje ageismu, které vedou k negativním stereotypům a mýtům v západních zemích:

- *„strach ze smrti,*
- *důraz na mládí a fyzickou krásu,*
- *produktivita je těsně spjata s ekonomickým potenciálem,*
- *způsob, jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu“* - zejména v angloamerické společnosti, v tzv. pomáhajících profesích špatně kontrolovatelné gerontologické studie posílily negativní image seniorů tím, že tyto studie stáří byly prováděny v ústavech s dlouhodobou péčí, i když jen 5% populace starších 65 let je institucionalizovaná.

Z pohledu výše uvedeného se také česká společnost řadí do západní kultury (Tošnerová, 2002).

Vágnerová (2007) uvádí, že příčiny ageismu mohou být podmíněny biologicky a sociálně. Takto se projevuje změna v oblasti obecně uznávaných hodnot, zvýšený důraz na jedince, rozpad rodinných vazeb a z nich vyplývajících tradičních rolí, ale také strach z vlastního stárnutí, který se může projevit generalizovaným odporem vůči seniorům.

Vztah ageismu k vlastnímu sebepojetí

Traxler (1980 in Tošnerová, 2002) uvádí tři stádia, jimiž člověk může procházet s postupujícím věkem:

I. stádium: Člověk je přístupný k přijetí nálepky, která způsobuje ztrátu jeho původní role nebo referenční skupiny, může to být například nálepka důchodce, vdovec.

II. stádium: U člověka se začíná upevňovat závislost na vnějškové nálepce. Je -li tato nálepka převážně kladná, syndrom ztráty sebeúcty se nevyvíjí, v opačném případě se začne rozvíjet třetí stádium.

III. stádium: Dochází ke ztrátě sebeúcty, člověk začne to, jak sám prožívá stáří, vnímat jako nekompetentní, přijímá negativní postoje a rozvíjí se jeho závislá role. Začne vnímat ztrátu dovedností, sám sebe označuje jako neadekvátního, nekompetentního a nemocného.

Důsledky ageismu mohou mít mnoho podob, například stěhování se do segregovaného bydlení, alkoholismus, zneužívání psychoaktivních látek či sebevražedné chování. Postoj k diskriminaci může však být také aktivní, kdy starší člověk rozpozná pokus o jeho vyloučení a snaží se proti němu bojovat (Tošnerová, 2002).

Zmírňování ageismu

Nejdříve bychom měli ageismus rozpoznat v osobních postojích, což je však složité vzhledem k tomu, že většina lidí jej bude popírat, jelikož si ho ani nebude vědoma. Na školách, jejichž absolventi se budou věnovat i starým lidem, by mělo být samozřejmé představení pravdivého obrazu stáří. Dále by měl být podporován častější a aktivnější kontakt se seniory, to je další efektivní způsob, jak předcházet či redukovat ageismus (Tošnerová, 2002). Myslím si, že informování o stáří by nemělo probíhat jen na školách, kde se s uplatněním v péči o seniory počítá nebo je jednou z možností. Domnívám se, že lidé, kteří studují tento typ škol, budou jaksi automaticky vědět (alespoň většina z nich), jak se k seniorům chovat. Samozřejmě netvrdím, že by se jich tyto informace neměly týkat, to rozhodně ano. Myslím si ale, že by děti měly být o stáří informovány již na základních školách. Na vyšších stupních škol by se toto mohlo týkat jen škol se sociálním zaměřením.

Vznikla spousta mezigeneračních programů, které prospívají oběma stranám, a to nejen v USA, ale také v mnoha dalších zemích. Například v Německu a Rakousku probíhá projekt „Internet a senioři“, kde středoškoláci v odpoledních hodinách vyučují seniory práci s počítačem. Aktivizovat seniory může pomoci podpora vzniku dalších organizací, jako jsou např. v USA Šedí panteři, či v Holandsku ANBO Liga pro 50+, které hájí jednotlivce či kolektivní práva seniorů a stejně tak i jejich zájmy s cílem zlepšit jejich postavení ve společnosti. U nás v České republice organizace, které se kromě podpory starších lidí věnují i jejich aktivizaci, jako je např. „Život 90“ nebo Svaz důchodců, zatím zdaleka nedostačují (Tošnerová, 2002).

1.2.2 Mýty a předsudky o stáří

Protože ageismus zahrnuje různé mýty a předsudky o stáří, které neustále kolují ve společnosti a přispívají k negativnímu vnímání seniorů, budeme se jimi nyní zabývat. Nejdříve se budeme věnovat mýtům.

Podle Akademického slovníku cizích slov je mýtus *„představa o někom nebo o něčem nekriticky přijímaná, uctívaná a zbožňovaná; expresivně: smyšlenka, výmysl, blud“* (Petráčková, Kraus a kol., 1998, s. 517).

Mýty vznikají na základě různých pravd a polopravd, které se rozšiřují mezi lidmi. V 80. letech dvacátého století formulovali především angličtí autoři tzv. typické mýty, které znázorňují anticipaci fenoménu stáří u moderní, mladé, ambiciózní a ekonomicky prosperující společnosti (Haškovcová, 2010).

Haškovcová (2010) uvádí ty, které se rozšířily u nás:

- **mýtus falešných představ** - spočívá v přesvědčení, že starý člověk nárokuje převážně ekonomické a materiální zajištění své osoby,
- **mýtus zjednodušené demografie** - vznikl z chybného přesvědčení, že se člověk stane starým v den svého odchodu do penze,
- **mýtus homogenity** - podle tohoto mýtu se stáří jeví od určité „chvíle“ (např. ode dne, kdy člověk odejde do důchodu) jako homogenní, tj. stejné,
- **mýtus neužitečného času** - podle tohoto mýtu je užitečný ten, kdo pracuje a kdo nepracuje, byť je to člověk v důchodu, „není k ničemu“,
- **mýtus ignorace** - znamená, že starého člověka nevnímáme jako partnera ani soka nebo konkurenta, senioři již jsou na vedlejší koleji a můžeme je přehlížet a ignorovat,
- **mýtus schematismu a automatismu** - značí přesvědčení, že senior již nemyslí, nic neví a z profesních i životních zkušeností mu zůstalo jen schéma automatických funkcí, které není k ničemu,
- **mýtus o úbytku sexu** - vychází z představy asexuálního stáří, tato představa je ovšem mylná,
- **mýtus o lékařích** - laická veřejnost si myslí, že všechny problémy, které trápí staré lidi, vyřeší medicína a příslušný a k tomu odpovědný lékař,
- **mýtus o arterioskleróze** (kornatění tepen) - v souvislosti se seniory sklerózu chápeme jako charakteristický projev stáří a někdy i jako její ekvivalent,

- **mýtus o chudobě seniorů** - tento mýtus patrně vznikl kvůli nízkým či relativně nízkým starobním důchodům, a také kvůli neustále prezentovaným důvodům, proč je nutné udělat radikální změny v systému důchodového zabezpečení, aby se zamezilo jeho zhroucení.

Stuart-Hamilton (1999) zmiňuje ještě dva z nejznámějších mýtů o stárnutí, a to **mýtus o stárnutí v dobách před potopou a hyperborejský mýtus o stárnutí**, které pojednávají o tom, že ve starodávných dobách či ve velice vzdálených zemích žila nebo žije rasa lidí, jejichž maximální délka života je neuvěřitelně dlouhá. Tato dlouhověkost je obvykle připisována zbožnosti, případně stravě skládající se z ovčího jogurtu (či jiného podobně lákavého pokrmu).

Vztah mýtů a předsudků

Haškovcová (2010) uvádí, že podle sociální psychologie je předsudek postoj jistého, určitého a charakteristického druhu. Můžeme tvrdit, že předsudek reprezentuje víceméně ustálený vztah člověka nebo skupiny lidí vůči někomu nebo něčemu a tento vztah má názorovou, citovou a jednající složku. Existence předsudku je velice závažná vzhledem k tomu, že předsudek v sobě vždy zahrnuje zpravidla negativní přemrštěnou generalizaci. To v praxi vypadá tak, že vůči určitým lidem nebo skupině zdánlivě či skutečně stejně vyhlížejícím, zaujímají ostatní určitý postoj právě z toho důvodu, že tito lidé patří právě k oné kategorii. Jenže toto zařazování může být velmi nepřesné a dokonce vyloženě nesprávné. Chování ke starým lidem určují předsudky, které se pod vlivem tradice poskládaly v mýty. Každý mýtus obsahuje určitou pravdu, proto je obtížné se mýtů zbavit, a proto je i nesnadné změnit šablonovitý a univerzálně devalvující přístup ke starým lidem. Aby se podařilo této změny dosáhnout, bude potřeba destabilizovat postavení mýtů o stáří, což se může podařit jen tím, že se budeme zajímat o různorodost postojů, potřeb, názorů a přání seniorů.

Hlavní předsudky o starých lidech

Palmore (1990 in Minibergerová, Dušek, 2006, s. 47-48) uvádí tyto předsudky, se kterými se můžeme setkat:

„1. Pro většinu lidí je stáří spojeno s nemocí.

2. Krása je v naší kultuře spojována s mládím.

3. Předsudek, že většina starších se nevěnuje žádné pohlavní aktivitě, a pokud ano, je to považováno za abnormální.

4. Představa, že od středního věku klesají duševní schopnosti a že se jedná o nevyhnutelný proces v rámci stárnutí.

5. Předsudek, že duševní choroba je postižení ve stáří běžné, nevyhnutelné a nevyléčitelné.

6. Starší lidé jsou považováni za neschopné pokračovat v práci, jejich práce je označována jako málo produktivní.

7. Předsudek o tom, že staří lidé jsou společensky izolovaní nebo žijí osaměle.

8. Představa typicky starší osoby jako nemocné, bezmocné, senilní, neužitečné, osamělé bytosti, žijící v bídě, tudíž deprimované, postižené nutně depresí.“

Vidovićová (2008, s. 123-124) také hovoří o nejčastějších předsudcích či mýtech o stáří, k nimž patří: *„stáří jako nemoc, chudoba, impotence (asexualita), ošklivost, duševní choroba, senilita, zbytečnost (nepotřebnost), osamělost, deprese, dětinskost, ale i (kvazi)pozitivní zktatkovité vnímání stáří jako období moudrosti, politické moci, laskavosti, bohatství a individuální svobody.“*

Jaký je tedy rozdíl mezi mýty a předsudky? Budeme vycházet z tvrzení Haškovcové (2010), ze kterého vyplývá, že se jedná v podstatě o totožné věci s tím, že nejdříve vznikly předsudky, které se začaly přenášet mezi lidmi a v běhu času se z nich pod vlivem tradice staly mýty.

2 FYZICKÉ A PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ

S přibývajícím věkem odlišujeme obtížněji změny, které vznikly jako přímý či nepřímý následek nějaké nemoci a ty, které s věkem postihnou každého, i toho nejzdravějšího (Říčan, 2006).

Vágnerová (2007) říká, že v raném stáří ještě člověka netrápí zásadnější omezení. U většiny šedesátiletých lidí jsou tělesné i duševní schopnosti na přijatelné úrovni a mohou žít uspokojivý a nezávislý život, který může být dokonce mnohem svobodnější než dříve, protože nejsou zatěžováni povinnostmi, které již splnili (zaměstnání, péče o děti a staré rodiče). Haškovcová (2010) uvádí, že involuční znaky přicházejí pomalu a u skutečně starých lidí, těch, kteří dosáhli věku 75 a výše let, se objevuje snížení fyzických i psychických sil.

V této kapitole se tedy zaměříme na fyzické a psychické změny, které se vyskytují s přibývajícím věkem.

2.1 Fyzické změny

Kalvach (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004) uvádí, že tělesné projevy a změny, kterými se staří lidé odlišují od mladé populace, bývají označovány jako **fenotyp stáří**. Tyto změny mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření se u každého člověka velice liší. Ontogenetický vývoj probíhá nerovnoměrně z pohledu orgánových změn, kdy jednotlivé systémy a orgány stárnou, opotřebovávají se, jsou udržovány, ale také dochází k jejich chorobným změnám způsobem odlišným od orgánů a jiných systémů jednoho a téhož organismu (tzv. zákon heterochronie).

Změny zevnějšku

Vágnerová (2007) říká, že pod vlivem stárnutí se mění nejenom různé funkce, ale také vzhled staršího člověka, což ovlivňuje jeho sociální postavení. Lidé jej začínají v souvislosti s touto změnou vnímat jako starého, a podle toho se k němu i chovají. To, do jaké míry se vzhled člověka změní a jak rychle, je individuální. V některých případech dochází k tak rychlé kvalitativní změně, že člověk ztrácí své typické rysy a vypadá úplně jinak než dříve. Může se zdát, jako by se pod vlivem této změny proměnila celá jeho bytost. Zevnějšek seniora může napovědět, jaký je jeho celkový tělesný i psychický stav.

Kalvach (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004) ke změnám zevnějšku uvádí, že fenotypicky závažná je změna výrazu obličeje, kdy se stírají sexuální rozdíly: u žen se rozvíjejí druhotné mužské pohlavní znaky, u mužů se zřejmě projevuje jak

úbytek androgenů, tak vliv estrogenů z tukové tkáně. Výrazné jsou kožní vrásky a další známky stárnutí kůže, šedivění vlasů a vypadávání vlasů, které je patrnější u mužů. Dále dochází k prodlužování ušních lalůčků, poklesu tváří, poklesu horního víčka se současným zmenšením oční štěrbiny a zvětšování špičky nosu. Zorničky se zužují, vzniká šedavý prstenec kolem duhovky, skléry již nejsou čistě bílé, ale zkalené a mnohdy se objevuje zaplavení očí slzami v případě problémů s jejich odváděním slzným kanálkem. Vlivem ztráty zubů se výrazně mění výraz úst a dolní čelisti obličeje, jež má velký identifikační a osobnostně specifický význam. Dochází ke snižování dolní čelisti, ztenčení horního rtu, a také se zmenšuje vzdálenost brady a nosu.

V souvislosti se zevnějškem Haškovcová (2010) uvádí, že dnešní dospělí ve všech věkových kategoriích vypadají mnohem lépe než kdysi a jsou také zdravější. Perspektiva tohoto je optimistická, podle odborníků budou 65letí senioři za 30 let vypadat jako dnešní 55letí.

U některých lidí se nám skutečně může zdát, že nestárnou, protože mnohdy vypadají opravdu o mnoho let mladší. Z empirických zkušeností mohu potvrdit případ jedinců, jejichž zevnějšek odpovídal věkové kategorii o 20 let mladší, než byl skutečný kalendářní věk seniora.

Nyní si uvedeme rozdělení fyzických změn na změny ve vnější podobě a změny tělesného složení tak, jak jsou uvedeny v knize Zdraví pro třetí věk (Vigué, 2006):

Změny ve vnější podobě

- tělesná výška se snižuje již od 40-50 let asi o 1 cm za jedno desetiletí, což je způsobeno snižováním výšky těla obratlů,
- trup zesiluje a končetiny slábnou,
- zvýrazňuje se páteřní křivka, která se nazývá kyfóza, čímž dochází ke shrbení těla,
- dochází ke změně způsobu chůze, lidé dělají kratší kroky,
- kůže je méně přizpůsobivá a pružná v důsledku změn kolagenu, což vede k tomu, že se začínají tvořit vrásky,
- vlasy rostou pomaleji a rychleji vypadávají, někdy může dojít i k jejich ztrátě, následkem poklesu melaninu vlasy šediví,
- nehty jsou silnější, proto je obtížnější je ostříhat, může se na nich objevit drážkování.

Změny tělesného složení

- snižuje se množství svalové hmoty, což má za následek snížení síly a fyzického výkonu,

- dochází ke snížení celkového obsahu vody v těle, což je důsledkem poklesu obsahu vody uvnitř buněk a znamená to sklon k dehydrataci,
- narůstá množství tukové hmoty a dochází ke změnám v jejím rozložení, kdy se tuk ukládá hlavně v oblasti trupu,
- kostní hmota není tak kvalitní, dochází k rozvoji osteoporózy a narůstá riziko zlomenin,
- dochází ke zmenšování velikosti a hmotnosti orgánů, kromě několika výjimek (např. prostata u mužů),
- nejdříve se začíná zhoršovat zrak a sluch.

2.1.1 Stárnutí smyslů

Pomocí smyslů mozek navazuje kontakt s okolním prostředím, proto každý úbytek smyslů přímo ovlivňuje jeho funkci. Stárnutím podmíněné zhoršování vnímání má za následek to, že člověk nemá možnost plně prožívat okolní svět. Nebylo by správné se domnívat, že tento úpadek má svůj počátek ve stáří. Tyto změny a mnoho dalších degenerativních procesů tělesných orgánů začínají již v období rané dospělosti (Stuart-Hamilton, 1999).

Stáří může postihnout všechny smyslové orgány, ale změny zraku a sluchu bývají nejvíce závažné a rozhodně jsou nejnápadnější (Vigué, 2006). Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že přibližně u 90% osob po 60. roce věku se objevuje výrazné zhoršení zrakové percepce a zhruba u 30% je výrazně zhoršen sluch. To způsobuje nejen pokles výkonnosti při určitých pracovních činnostech, ale i omezení v oblasti rekreace (četba, poslech hudby apod.). Zhoršení zraku a sluchu s sebou nese také vyšší riziko úrazů, a to zejména tehdy, pokud člověk nezačne přizpůsobovat svou činnost svým možnostem. Zlepšení zrakové a sluchové percepce pomocí brýlí, sluchadel a jiných pomůcek může značnou měrou pomoci stárnoucímu člověku v jeho celkovém přizpůsobení, a také ve společenském zařazení.

Nyní si probereme změny, kterými procházejí v průběhu stárnutí jednotlivé smysly. Nejdříve se budeme věnovat již zmíněnému zraku a sluchu.

Zrak

Nejvážnější zraková vada, která trápí většinu seniorů, je ztráta zrakové ostrosti, která je definována jako *„schopnost vidět ostře předměty v určité vzdálenosti“* nebo *„schopnost zaostřit na detail“* (Stuart-Hamilton, 1999). Nejčastějším problémem, který přichází s věkem

a jehož první příznaky se obvykle začínají projevovat po 40. roku, je dalekozrakost (Vigué, 2006).

Křivohlavý (2002) uvádí, že u seniorů dochází rovněž ke změnám ve vnímání barev. Během stárnutí se prodlužují reakce na modrou a červenou barvu, a také se snižuje schopnost vnímání těchto barev. To však neplatí např. pro žlutou barvu, kterou lidé i v seniorském věku vnímají velmi dobře. Je rovněž zajímavé, že ve stáří nedochází ke změnám v zorném poli - např. podle studií zrakového vnímání řidičů automobilů bylo zjištěno, že trénováním této činnosti během jejich celoživotní praxe je posilována dobrá výkonnost zrakového vnímání (např. prostorového vidění) i do pokročilejšího stáří.

V souvislosti se změnami zraku se objevují následující změny:

- dochází k menší produkci slz a větší suchosti oka,
- zmenšuje se panenka a její reakce na změny světla a tmy jsou pomalejší,
- čočka se stává více nažloutlou, není již tak průhledná a pružná,
- atrofují oční svaly, které umožňují pohyby oka (Vigué, 2006).

Sluch

K degeneraci sluchu dochází poměrně brzy, ale jen v malé míře - muži jej začínají pociťovat v padesáti pěti letech a ženy v šedesáti letech, v šedesáti letech má potíže se sluchem jeden člověk ze čtyř. Nedoslýchavost ve vyspělých zemích patří ke třem hlavním zdravotním potížím starších lidí (Dessaintová, 1999).

Mezi hlavní příznaky nedoslýchavosti patří:

- mluva ostatních lidí zní nedoslýchavému jako špatně artikulovaná („skrz zuby“),
- nedoslýchavý špatně rozumí konverzaci,
- nedoslýchavý rozumí lépe mužům než ženám,
- některé zvuky mu znějí příliš hlučně a nepříjemně,
- nedoslýchavému může hučet v jednom nebo ve druhém uchu (Vigué, 2006).

Stuart-Hamilton (1999) uvádí, že u starších lidí dochází vlivem nedoslýchavosti k výraznějšímu zhoršení vnímání zvuků o vysokých frekvencích, někdy je tento problém vyhrocen jevem, kterému se říká posilování hluku, kdy člověk slyší zvuky o vysokém tónu hlasitěji, než ve skutečnosti jsou, často až v deformované nebo bolestivé podobě. V nejlepším případě vnímá člověk postižený nedoslýchavostí zvuky tlumeně, v nejhorším až nesnesitelně bolestivě.

Zhoršení sluchu může postihnout také ty, kteří byli v mládí vystaveni příliš velkému hluku (Vigué, 2006). Protože muži pracují v hlučném prostředí častěji než ženy, je u nich

oslabení sluchu patrnější. Nemůžeme však určit, jaký podíl oslabení sluchu způsobuje vlastní stárnutí, a jak velký vliv má prostředí, protože tyto oba faktory určitě hrají svou úlohu (Stuart-Hamilton, 1999).

Křivohlavý (2002) uvádí, že na udržení dobrého akustického vnímání má velký vliv celoživotní praxe a jeho trénování. Bylo zjištěno, že např. profesionální hudebníci mají jen nepatrný úbytek percepce vysokých tónů a podobně jsou na tom s relativní stálostí akustického vnímání také automechanici, letečtí mechanici, lékaři atp.

Protože se ucho podílí na udržování rovnováhy, mohou se vyskytnout poruchy, které se příležitostně projevují nevolností či závratí (Vigué, 2006).

Holásková (in Šimíčková-Čížková a kol., 2008) uvádí, že zhoršování funkcí sluchového orgánu pravděpodobně vyvolává i to, že senioři, kteří již nezvládají naslouchat, rádi ve společnosti hovoří sami. Špatný sluch způsobuje u seniorů nervozitu, podezíravost, podrážděnost a další negativní psychické projevy. Problémem lidí, kteří hůře slyší, je přiznat tento nedostatek. Zatímco potíže se zrakem většina lidí neskrývá a pořizuje si optické pomůcky, potíže se sluchem senioři častěji odmítají přiznat.

Oslabení ostatních smyslů zajímá psychology o něco méně, jelikož jejich souvislost s činností psychiky není tak velká, jako u oslabení zraku a sluchu (Stuart-Hamilton, 1999).

Chuť

Člověk má zhruba 9 000 chuťových papil, díky nimž vnímá chuť sladkou, slanou, kyselou a hořkou. S přibývajícím věkem, asi od 40-50 let u žen a 50-60 let u mužů, se toto číslo snižuje, ale i přesto by nemělo docházet k výraznému postižení chuti. (Vigué, 2006). Křivohlavý (2002) uvádí, že vnímání chutí zůstává poměrně stálé asi do 70. roku věku, přestože během stárnutí dochází k relativnímu snížení prahu vnímání pro slané a sladké podněty. Jestliže senioři hodnotí chuť jídla či pití jako dobrou, měli bychom to brát s jistou rezervou. Často se totiž stává, že jejich momentální zážitek je ovlivněn vzpomínkami na to, co v mladším věku vnímali s výraznými chuťovými prožitky.

Čich

Také se může zhoršovat čich, a to hlavně kolem 70. roku věku. To má souvislost se ztrátou nervových zakončení v nose (Vigué, 2006).

Přestože některé výzkumy dávají ztrátu chuti a čichu do souvislosti s věkem, jejich výsledky nejsou přesvědčivé a průkazné, protože tyto ztráty smyslů jsou spojeny s nemocemi,

špatnými životními návyky, jako je např. kouření, nebo také s vlivy prostředí, které na člověka působí během celého života. Ztráta chuti a čichu může mít za následek snížený zájem o jídlo a požitek z jídla, někteří lidé mohou začít zanedbávat osobní hygienu (Vigué, 2006).

Hmat, vnímání vibrací a bolest

Hmat nám umožňuje cítit dotek, teplotu a tlak, díky němu také vnímáme vibrace a bolest. Podle mnohých studií může vlivem stárnutí docházet k ubývání či změně v pocitech bolesti, vibrace, zimy, tepla, tlaku a doteku. Je těžké ověřit, jestli tyto změny nastávají důsledkem samotného stáří jako takového, či zda je vyvolávají poruchy, ke kterým ve vyšším věku u mnohých lidí dochází. Je možné, že některé z těchto přirozených změn jsou vyvolány snížením proudění krve ke hmatovým receptorům, do mozku či míchy, příčinou může být také nevyvážená strava nebo strava s nedostatkem živin. Co se týká snížené citlivosti vnímání tepla, starší člověk může hůře rozlišit rozdíl mezi chladným a studeným, čímž se zvyšuje riziko spálení nebo podchlazení. Dále se také zhoršuje schopnost rozpoznat změny ve vibraci, doteku a tlaku, což může někdy vést ke zranění či úrazu, např. tlakem mohou vzniknout puchýře. U mnoha lidí po padesátce dochází ke snížení citlivosti vůči bolesti (Vigué, 2006).

2.1.2 Další tělesné změny

Nyní se budeme zabývat dalšími tělesnými změnami, ke kterým v průběhu stárnutí dochází.

Zmenšování buněčného kapitálu

Podle Dessaintové (1999) při narození člověk vlastní velký buněčný kapitál: asi sto miliard buněk, z toho patnáct miliard nervových buněk - neuronů, který se ovšem kolem 25. až 30. roku věku začíná zmenšovat, a obzvlášť po 50. roce tuto buněčnou ztrátu pocítíme. V období od dvaceti do sedmdesáti let člověk takto ztratí asi třicet procent buněčného kapitálu. S přibývajícím věkem je pro buňky složitější napravovat škody, ke kterým dochází vlivem jejich vlastní látkové přeměny či vlivem prostředí, ve kterém se nacházejí. Dochází také ke změnám buněčného jádra, které ztrácí část svých genetických funkcí, čímž zabraňuje buňkám v jejich rozmnožování a obnově tkání různých orgánů. Buňky se při svém rozmnožování dopouštějí čím dál větších „chyb v úsudku“ a je zde nebezpečí, že člověk snadněji onemocní nebo jej třeba ohrozí rakovina.

Opotřebování orgánů

S postupujícím věkem výplňová tkáň (pojivová tkáň), jež obklopuje a chrání hlavní orgány, především srdce, játra a plíce, postupně zabírá jejich místo a orgány začínají ztrácet některé své vlastnosti. Všechny orgány prodělávají různé proměny, které potom způsobují fyzické, fyziologické, duševní a estetické změny příznačné pro stáří a pro člověka ne zrovna příjemné (Dessaintová, 1999).

Dessaintová (1999) dále uvádí tyto tělesné změny, ke kterým u stárnoucích lidí dochází:

- dochází k **atrofii svalů**, u kterých se částečně zmenšuje jejich pružnost, mohutnost, síla a vytrvalost,
- dochází ke **zúžení průměru kostí**, které se stávají porézní a křehčí, v důsledku toho je zde větší nebezpečí vzniku zlomenin,
- **páteř se zkracuje** o jeden až pět centimetrů a **zmenšuje se objem hrudního koše**, což způsobuje snížení dýchací kapacity,
- **ubývá minerálních solí v kostech a celém organizmu** - toto se obecně týká žen po čtyřicátém roku věku více než mužů a je to také příčinou vypadávání zubů,
- také **klouby** prodělávají různé změny: dochází k rozrušování opěrných oblastí kostí, kolem a uvnitř kloubů se šíří kostní výrůstky (osteofyty) a dochází k poškozování chrupavky, což později zapříčiňuje vznik artrózy, která nejčastěji způsobuje invaliditu starších lidí,
- **vazy**, které umožňují činnost kloubů, vápenatí a kostnatí, v důsledku čeho pak klouby ztrácejí svoji pružnost (nebo mohou být i příliš ohebné), dochází k jejich zmenšování a ztrátě napětí,
- **pohlavní orgány** také ochabují, což způsobuje výraznou změnu v oblasti erotických vztahů (u žen nastává menopauza, u mužů dochází i involuci varlat, prostaty a penisu),
- **ledviny** atrofují a mezi dvaceti a devadesáti lety se jejich filtrační schopnost sníží asi o čtyřicet šest procent, množství krve procházející ledvinami se zmenší o polovinu,
- **močový měchýř** ztrácí svůj tonus (trvalý stupeň napětí živé tkáně) a jeho schopnost udržet moč se zhoršuje, močová trubice hůře zadržuje moč do chvíle úmyslného močení,
- **srdce** atrofuje a snižuje se jeho výkonnost, ke své činnosti potřebuje stále více energie, reaguje hůře na stres a námahu a jeho schopnost zotavení je pomalejší,
- dochází ke **ztrátě pružnosti u tepen, žil a cév**, zpomaluje se přívod krve do orgánů a žláz,
- **mění se struktura plic**, které ztrácejí svou pružnost, dochází ke snížení jejich kapacity i účinnosti a pojmou menší množství kyslíku.

Oslabování imunitního systému

Brzlík, což je žláza, která se nachází za nejvyšší částí hrudní kosti, sehrává důležitou úlohu, pokud se jedná o obranné reakce. Během stárnutí však dochází k jeho podstatnému zmenšování. Někteří vědci uvádějí, že opotřebování imunitního systému způsobuje hlavně ochabnutí brzlíku, které je způsobeno nedostatečným množstvím zinku (Dessaintová, 1999).

Nervový systém

Postupující věk postihuje celou nervovou soustavu, ale především mozek (velký mozek, mozeček a mozkový kmen) a míchu. Přestože mozek začíná stárnout již kolem dvacátého roku věku, člověk to opravdu začne pociťovat asi až v padesáti letech. Po sedmdesátém roce se stárnutí mozku odrazí na každodenním životě člověka, kdy narůstá nebezpečí vzniku různých úrazů a nehod. Váha a objem mozku klesají o pět až deset procent, to dělá zhruba jeden gram za rok. Dochází k atrofii, rozšiřování a prohlubování mozkových závitů (štěrbiny, jež tvoří mozek) a stejně tak jako v ostatních orgánech narůstá množství pojivové tkáně. Také je patrný nižší přívod krve do mozku, který tím pádem spotřebovává menší množství kyslíku - to může mít závažné následky (Dessaintová, 1999).

Dochází ke stárnutí nervů a nervových vláken, čímž se znatelně (o 10 - 15%) zmenšuje schopnost přenášení a přijímání nervových podnětů a zpráv. Také se velmi zpomalují reflexy, ztrácí se jejich účinnost. Změny nervového systému působí na poznávací schopnosti, tedy na dovednosti nutné k získávání a udržování nových vědomostí (Dessaintová, 1999). O tom však blíže až v části věnující se psychickým změnám.

Podle Klevetové (in Klevetová, Dlabalová, 2008) postupně dochází k nerovnoměrnému snižování množství neuronů. Dochází k určitým biochemickým změnám v neuronech, které ovlivňují rychlost vedení vzruchů, v 80 letech je toto snížení až o 15%. Změny hlubokého čití se odrazí v poruchách chůze a rovnováhy. Snižuje se tvorba hormonů a obranného mechanismu, regulační mechanismy se zpomalují, čímž se zmenšuje odolnost k zátěži a neschopnost se přizpůsobit novým životním podmínkám.

Změny termoregulace

Podle Holáskové (in Šimíčková-Čížková a kol., 2008) se termoregulace se u seniorů snižuje, tělo vytváří méně tepla a lidé reagují na chlad pomaleji a nepřiměřeněji. Starší lidé nejsou již schopni se tak dobře přizpůsobit klimatickým změnám a v tropických dnech se zvyšuje počet jejich úmrtí. Jsou tedy ohroženi jak přehřátím, tak i podchlazením. U seniorů dochází ke změně v citlivosti kožních termoreceptorů, jednou z dalších příčin zhoršené

termoregulace mohou být změny hypotalamu, který řídí tepelné procesy. Tyto změny se však netýkají pouze receptorů, ale značnou měrou souvisí také se změnami nastávajícími v jejich inervaci.

2.1.3 Nejčastější onemocnění související s fyzickou stránkou seniorů

Říčan (2006) uvádí, že po pětašedesátém roce se zvyšuje počet starých lidí, které v jejich denních činnostech více či méně omezují srdeční onemocnění, chronický zánět kloubů, vysoký krevní tlak, nemoci páteře a nohou. Po překročení sedmdesátého roku se často objevuje tzv. **polymorbidita**, která označuje současně se vyskytující více než jednu chronickou nemoc. Častou příčinou nemoci a smrti ve stáří je úraz, tělo je dále méně odolné k infekcím a ke zhoubným nádorům, ale ještě častější příčinou smrti jsou však nemoci srdce a celé oběhové soustavy.

Z uvedených fyzických změn bych chtěla zdůraznit hlavně zhoršení smyslového vnímání a dále pak ještě změny pohybového ústrojí. Tyto totiž uvádějí senioři nejčastěji jako svůj zdravotní problém. Prostřednictvím zraku a sluchu, a také pohybu, můžeme udržovat kontakt s ostatními lidmi. Když člověk dobře nevidí či neslyší, je velmi omezován ve svých aktivitách. Stejně tak je tomu s pohybem. Senioři, kteří již nemají jistotu pohybu, raději ani nevycházejí z domu a jediné, čemu se věnují, je třeba sledování televize či četba.

2.2 Psychické změny

Ve stáří dochází rovněž ke změnám psychických funkcí. Některé tyto změny jsou podmíněny biologicky, jiné vznikají jako důsledek psychosociálních vlivů, často se však výsledkem jejich interakce. Doba, kdy se změny způsobené stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika a způsob, jakým na ně senioři reagují, se u každého člověka liší (Vágnerová, 2007).

Biologicky podmíněné změny prožívání, uvažování a chování seniorů mohou být pouhým projevem stárnutí a můžeme je z tohoto pohledu považovat za normální. Jedná se například o celkové zpomalení, potíže s pamětí a vybavováním, snížená frustrační tolerance atd. Může se však také jednat o příznaky chorob, jejichž výskyt je ve stáří pravděpodobnější než dříve. Jejich rozlišení může být hlavně na počátku velice obtížné, avšak v pozdější fázi onemocnění jsou nejen patrné, ale také často hodně nápadné. Mohou směřovat k zásadním změnám osobnosti (např. Alzheimerova demence) (Vágnerová, 2007).

Psychosociálně podmíněné změny

Obecné očekávání akceptuje stagnaci většiny kompetencí seniorů, což dohromady s úbytkem nároků a povinností, i s jejich narůstající pohodlností, přispívá ke změnám, které nejsou pouze projevem biologického stárnutí, ale jsou také sociálně podmíněny. Postupný pokles funkčních rezerv a zhoršení adaptačních schopností, včetně kognitivních kompetencí, mohou ovlivňovat následující psychosociální faktory:

- Změny psychických funkcí v době stáří může ovlivňovat tzv. **kohortová příslušnost**, což znamená, že lidé stejné generace dovršili určité vzdělání, mají obdobnou sociální zkušenost, byli ovlivněni podobnými sociokulturními vlivy a během svého života na ně působila totožná makrosociální traumata a stresy. Říčan (2006) pomocí kohortové příslušnosti vysvětluje zpomalení duševní činnosti seniorů - příčina jejich větší pomalosti ve srovnání s dnešními lidmi ve středním věku může spočívat v tom, že byli vychováváni odlišným způsobem, jinak se psychicky vyvíjeli, a rovněž mají jinou představu o stáří.
- Psychické změny v období stáří mohly být ovlivněny individuálně specifickým životním stylem a rozličnými návyky. Mnohé schopnosti a dovednosti (kognitivní i sociální) už senioři nepotřebují, a tedy je ani neužívají. Jejich život může vypadat jako zjednodušený stereotyp, k jehož zvládnutí je potřeba mnohem méně.
- Ke změnám mohou přispívat očekávání a postoje společnosti, které manipulují staré lidi k tomu, aby přijali určitý postoj a model chování, které mohou mít příznivé i nepříznivé důsledky (Vágnerová, 2007).

2.2.1 Změny citového prožívání

Stárnutí tkání v nervové soustavě způsobuje nižší odolnost proti zátěžovým situacím (Holásková in Šimíčková-Čížková a kol., 2008). Stáří se také projevuje ve špatném snášení změny, staří lidé mají rádi pořádek v čase i prostoru. Čím je člověk starší, tím horší je pro něj stěhování nebo jiná větší životní změna (Říčan, 2006). Haškovcová (2010) v souvislosti se stěhováním uvádí, že se senioři v této situaci chovají nápadně konzervativně, a to i v tom případě, když se jedná o změnu k lepšímu.

U starých lidí se rovněž objevuje nižší zájem o okolí až netečnost, což lze vysvětlit tím, že ubývá výběžků mozkových buněk a řídnou jejich propojení. V důsledku toho se snižuje intenzita emočního prožívání seniorů. Toto prožívání se stává chudším a plošším a u mnohých začínají převažovat negativní emoce - mrzutost a nespokojenost, která je v kontrastu s pozitivními vzpomínkami na minulá období a s opomíjením zážitků, které kdysi senior

negativně hodnotil (Říčan, 2006). Podle Haškovcové (2010) se oploštělá emotivita seniorů dává do souvislosti s opakovaným prožíváním různých situací v životě, které vyvolávaly střídavě kladné nebo záporné hodnocení. Citová labilita při oploštělé emotivitě starých lidí zůstává neobjasněna. Projevy jako plačtivost a lítostivost, stejně tak jako paličatost, vzdorovité chování a projevy negativismu ke všem a všemu můžeme častěji pozorovat u starých nemocných lidí. Můžeme proto předpokládat, že citová labilita seniorů je vázána na aktuální fyzický stav a konkrétní podnět, který sám o sobě nemusí být významný, ale ve spojení např. s určitou vzpomínkou na konkrétní dávno prožitou a obdobnou situaci vytváří důvod pro nepřiměřené chování. V sociálním kontaktu se někteří senioři rozpláčou při vzpomínce na blízkého člověka, který již nežije a nyní jim chybí.

Podle Holáskové (in Šimíčková-Čížková a kol., 2008) je citová labilita seniorů způsobena fyziologickými změnami, a také ztrátou orientace na budoucnost. Prohlubuje ji také snížení sebehodnocení, které může způsobit odchod do důchodu.

Můžeme vidět, že v hledání příčin citové lability se Haškovcová (2010) a Holásková (in Šimíčková-Čížková a kol., 2008) shodují v tom, že může být způsobena fyziologickými změnami organizmu.

Vágnerová (2007) uvádí, že je zapotřebí, aby starší člověk byl emočně stabilní do takové míry, aby nepodlehl pocitu marnosti a bezmocnosti a snažil se nalézt nějaké řešení. Apatie a rezignace na nově vzniklé problémy není výjimkou zvláště když by byly závažnějšího charakteru.

Haškovcová (2010) říká, že u starých lidí rovněž někdy dochází ke snížení sociálního cítění, což má za následek nekorektní chování seniorů, kteří se dopouštějí také tzv. společenských nehorázností, kdy aniž si to uvědomují, dělají sobě i svým blízkým (kteří si toho naopak jsou velice vědomi), ostudu.

Starší lidé jsou často senzitivnější, co se týká rodinných událostí, význam rodiny se s postupujícím věkem zvyšuje (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007). Dobrý vztah s rodinou a případně dalšími blízkými lidmi je podle mého názoru jeden ze základních kamenů spokojeného stáří. Právě blízcí lidé nám mohou pomoci vyrovnat se s těžkostmi stáří.

Vágnerová (2007) uvádí, že změny v prožívání musíme hodnotit v kontextu změn ostatních psychických funkcí, protože dochází k jejich vzájemnému ovlivňování. Změny a výkyvy emočního ladění mají vliv na kognitivní procesy, zhoršují pozornost a paměťové funkce, snižují využití rozumových schopností, omezují motivaci k jakékoliv aktivitě, a tím i celkovou adaptační flexibilitu seniorů. Což však platí i opačně.

2.2.2 Změny osobnosti

Vlastnosti, které vytváří osobnost člověka, jsou sice ustáleny již na začátku dospělosti, neznamená to ale, že se již pak nevyvíjí (Holásková in Šimíčkvová-Čížková a kol., 2008). Vágnerová (2007) uvádí, že ke změnám osobnostních charakteristik nemusí docházet jen v důsledku samotného stárnutí, ale vznikají také jako reakce na novou životní situaci a limitovanou osobní perspektivu, může se jednat o dopad aktuálního životního stylu.

Podle psychiatrů se člověk někdy stává karikaturou sebe sama, když se u něj projeví nepříznivé vlastnosti a sklony, které v mladém a středním věku sám tlumil či je projevoval přijatelným způsobem (Říčan, 2006). S postupujícím věkem se také zvýrazňují typické vlastnosti člověka, např. člověk, který byl v mladším věku šetrný, se stává na stáří lakomým apod. (Haškovcová, 2010).

Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že dle výsledků empirických studií se lidé s věkem stávají spíše introvertovanějšími; k většímu poklesu míry extroverze dochází u mužů, kteří jsou však v mladším věku v průměru otevřenější a více zaměření navenek než ženy. Z tohoto hlediska se tedy rozdíly mezi muži a ženami spíše vyrovnávají. Vágnerová (2007) říká, že senioři se mohou stát introvertnějšími z toho důvodu, že kontakt s ostatními lidmi nedokáže uspokojit jejich potřeby v takové míře, aby o něj stáli. Pro to mohou být různé důvody, např. potíže ve vnímání, komunikaci, rozdílné zájmy, pocity neporozumění apod.

V případě, že osobnostní změny jsou u člověka nápadné a jeho nové projevy se neshodují s dřívějšími vlastnostmi a chováním, jedná se většinou o symptomy nějakého onemocnění. Změny osobnosti ve starším věku bývají pokládány spíše za negativní, přestože je nemůžeme vždycky takto hodnotit (např. větší vyrovnanost, spolehlivost a empatie jsou pozitivní rysy) (Vágnerová, 2007).

Změna osobnostních vlastností probíhá v kontextu celého psychosomatického komplexu lidské bytosti, když dojde k narušení jedné z jejích složek, projeví se to změnou dalších (Vágnerová, 2007). Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) u většiny lidí ovšem nedochází k velkým změnám v původní struktuře osobnosti - relativní míra extroverze, neuroticismu i ostatních osobnostních vlastností, zůstává při srovnání s vrstevníky zhruba ve stejné pozici.

2.2.3 Proměna kognitivních funkcí

Percepce

Zhoršuje se zrak a sluch, proto bývá u starších lidí ztížen či narušen příjem podnětů nutných pro orientaci v prostředí. Percepční problémy mohou velkou měrou ovlivňovat i další poznávací procesy, které jsou závislé na dostatečně rychlém a přesném příjmu informací. Senior musí vynaložit mnohem větší úsilí, aby dobře viděl a slyšel všechno, co potřebuje, musí využívat kompenzační pomůcky, a mnohdy má i s nimi problémy v orientaci. Obtížnost vnímání a větší zatížení pozornosti způsobuje únavu a s ní spjaté emoční rozlady, jako je napětí, sklon k afektivním výbuchům, úzkostnost a deprese. Spousta seniorů, kteří mají problémy se zrakem a sluchem, se raději stahují do soukromí, aby se tak vyhnuli nepříjemným situacím a může se také stát, že na činnosti, které se pro ně stávají obtížnějšími, rezignují. To má za následek podnětové strádání a zhoršení kompetencí ve větší míře, než kdyby byli dostatečně stimulováni (Vágnerová, 2007). Klevetová (in Klevetová, Dlabalová, 2008) uvádí, že snížené vnímání oslabenými smysly způsobuje taktéž strach a úzkost a senior pociťuje nejistotu, která často směřuje k tomu, že staří lidé nechtějí chodit ven, setkat se s ostatními lidmi, stávají se ostražitými a nedůvěřivými.

Pozornost

Podle Vágnerové (2007) činí starším lidem potíže přesouvat pozornost v rámci určité činnosti z jednoho podnětu na druhý. Mají pomalejší reakce a dopouštějí se více chyb, zejména pokud se jedná o různorodé podněty. Ještě větší potíže s přesouváním či rozdělováním pozornosti by měli v případě, jestliže by museli vykonávat dvě různé činnosti současně. Také mají problém rozdělovat pozornost nebo ji zaměřovat pouze na některé podněty. Obtíže jim činí soustředit se na větší množství podnětů, nezvládají zpracovat větší množství informací najednou, protože mají omezenou kognitivní kapacitu. Tyto obtíže se zvýrazňují se zvýšenou frekvenci podnětů, a také když nelze předvídat budoucí dění. Starší lidé již nemají takovou schopnost odolávat nadbytečným a nepotřebným informacím, potíže jim činí rovněž rozlišit informace důležité od méně důležitých. Problémy s rozdělováním či přenášením pozornosti vyplývají rovněž z ulpívání na podnětech, kterým přikládají důležitost nebo se jimi zabývali bezprostředně předtím. Potíže s dělením pozornosti v negativním smyslu ovlivní nejen percepci a zpracování nových informací, ale také vybavení těch dříve získaných. Můžeme však tvrdit, že ani omezenější fungování pozornosti nemá na běžný život

seniorů velký vliv, ten by se mohl projevit pouze v náročných situacích, které nejsou již tak časté nebo se jim lze vyvarovat.

Paměť

Právě na paměť působí stárnutí nejdříve, zatímco komunikační dovednosti, především řeč, jsou mnohem více odolné, přestože také prodělávají jisté změny (Dessaintová, 1999).

Nejvíce znatelný je úbytek paměťových kompetencí v oblasti **epizodické paměti**, která má za úkol uchovávat osobní zkušenosti a zážitky. Seniorům činí potíže vybavit si tyto informace a jejich vzpomínky již nejsou tak přesné. Vybavit si své osobní zážitky je pro lidi obtížnější po 55. roce věku a týká se to většinou běžných, každodenních událostí, např. užívání léků. Starší lidé také snadno přijímají tzv. falešné vzpomínky, jsou v tomto snadněji ovlivnitelní a není těžké je přesvědčit, že určitá událost probíhala určitým způsobem, i když to není pravda apod. Důvodem tohoto je snížená přesnost aktuální paměti, se kterou se pojí tendence rekonstruovat minulost tak, jak je to pro určitého člověka dosažitelné. Staré vzpomínky mohou vydržet dlouho, ale je velice náročné, ne-li nemožné, kontrolovat jejich přesnost. Existuje zde riziko, že na vzpomínky bude stále více působit specifický způsob jejich interpretace, a tím bude docházet k jejich větší deformaci. Lidé si přitom ani neuvědomí, že se vše mohlo odehrávat jinak. Ve stáří dochází k nárůstu **reminiscencí**, tj. vzpomínek z dávnější minulosti, o jejichž vybavení se člověk sám od sebe nesnažil. Ukázalo se, že u starších lidí má většina spontánních vzpomínek původ v první či druhé čtvrtině života, toto je zachováno i u těch, jejichž paměť je závažněji postižena vlivem určitého onemocnění, např. Alzheimerovy demence. Příčiny vybavování si vzpomínek právě z tohoto období vycházejí z toho, že v mládí si člověk snadno uchovává různé vzpomínky, a také tehdy prožívá i více událostí, které pro něj jsou v něčem nové a významné (Vágnerová, 2007). Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že vše minulé senioři obecně hodnotí převážně pozitivně a staří lidé také velice a často nepochopitelně lpí na tom, čím byli a co měli, ať už se to týká postavení, majetku, zvyklostí nebo výsad. Většinou je tím vyjadřována jistá obrana proti pocitu ohrožení ze strany mladších generací, která je však kvůli neporozumění chápána jako nepříznivá charakterová vlastnost.

Senioři mohou mít problémy na úrovni **krátkodobé paměti**. Tyto problémy se týkají vštípivosti a výbavnosti - a to zvláště názvů a jmen - tzv. **„benigní stařecká zapomnětlivost“ (**Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007).

Sémantická paměť, která obsahuje obecné znalosti, vědomosti a přesvědčení, bývá trvanlivější, je součástí krystalické inteligence (vysvětleno níže), ve které s věkem nedochází k takovým změnám (Vágnerová, 2007).

Prospektivní paměť je spojena s plánováním, hypotetickým uvažováním a řízením budoucí činnosti, je také důležitá pro zvládání každodenního života. Lidé si musí zapamatovat, co a kdy mají udělat. Seniorům nedělá problém jen vybavit si plánované činnosti, ale také dodržení jejich posloupnosti a časového vymezení. Důvodem je narušení funkce systému monitorujícího čas, senioři jinak čas hodnotí a prožívají. Problém jim může činit rovněž regulovat a řídit paměťové procesy, které mají souvislost spíše s uvažováním, resp. je u nich nutná koordinace paměti a myšlení (Vágnerová, 2007).

Platí, že pokud starší člověk paměť trénuje, uchovávají se její funkce delší dobu na přijatelné úrovni. Vzhledem k odlišnému životnímu stylu seniorů nemusí být dopad narušení paměti stejný, zaběhnutý stereotyp jejich života totiž neklade na jejich paměť tak vysoké nároky. Na druhé straně pokud by pokles nebo výkyvy paměti byly příliš velké, mohly by mít za následek i obtížné zvládání nenáročného standardu (Vágnerová, 2007).

Rozumové schopnosti

Podle Vágnerové (2007) proměnu rozumových schopností ovlivňují jednak dědičné dispozice, které byly předpokladem rozvoje rozumových schopností během života, jednak také ty, na nichž je závislá rychlost a míra úpadku těchto kompetencí v rámci stárnutí.

Rozumové operace, na které má stárnutí největší vliv, jsou hlavně logické uvažování, řešení intelektuálních problémů, uspořádání informací, dedukce, zobecňování na základě získaných zkušeností, schopnost používat nové strategie, provádět činnosti v trojrozměrném prostoru nebo schopnost učení (Dessaintová, 1999).

Jednou z oblastí, které se gerontopsychologové věnovali nejvíce, byly změny v oblasti **inteligence**, ke kterým dochází během stárnutí. Pomocí klasických inteligenčních testů byly zjišťovány rozdíly, ke kterým v procesu stárnutí dochází. Z rozboru výsledků bylo zjištěno, že s inteligencí seniorů je to velice složité. K zpřehlednění pomohlo rozlišení tzv. fluidní a krystalické inteligence (Křivohlavý, 2002).

Fluidní inteligence je *„schopnost poměrně rychle se učit a řešit rychle dané úkoly, případně řešit úkoly blízké běžné praxi, v nichž převažuje tzv. senzomotorická činnost“* (Křivohlavý, 2002, s. 142).

Krystalická inteligence znamená *„schopnost řešit úkoly, k nimž je třeba bohatých podkladových znalostí a vědomostí (celoživotního vzdělávání). Jde obvykle o úkoly, které jsou*

verbální (slovní) povahy, jejichž výsledky se vyjadřují slovy"(Křivohlavý, 2002, s. 142). Ukázalo se, že fluidní inteligence dosahuje vrcholu v mládí (např. v 17 letech), oproti tomu inteligence krystalická až v době raného stáří (např. v 60-ti -65-ti letech). Toto bylo potvrzeno i pokusy, které se snažily srovnat výkon stárnoucích osob v slovníkových inteligenčních testech. Bylo zjištěno, že stáří obecně má pouze nepatrný vliv na výkon a u lidí, kteří mají vyšší inteligenci, snížení výkonu v slovníkových testech nebylo prokázáno (jinak je to pak u lidí, jejichž inteligence je na nižší úrovni) (Křivohlavý, 2002).

Vlivem stárnutí je kvantitativně ovlivněno **myšlení**. K involučním změnám v myšlení dochází již dříve. U lidí, kteří dosáhli postprodukčního věku, se však mění myšlení co do obsahu. Myšlenky seniorů se obracejí více do minulosti než do budoucnosti, jejich myšlení má větší uplatnění v komunikaci a v intimnějších oblastech. Myšlení, které vychází hlavně z nabytých zkušeností, má tendenci směřovat ke konzervativnosti a senioři ulpívají na dříve vytvořených úsudcích. Rádi také dlouhodobě přemýšlejí nad stejným problémem, pořád se k němu vracejí a opakují dokola stejná slova a věty. V myšlení starých lidí se projevuje úbytek nápaditosti, s čímž souvisí značné snížení abstraktního myšlení při zachování konkrétního (Holásková in Šimíčková-Čížková a kol, 2008). Protože se u seniorů zpomaluje jejich psychomotorické tempo a lehce se psychicky unaví, může u nich docházet k poruchám myšlení, jež se projevují nejčastěji v tzv. **zabíhavém myšlení**. To se projevuje tím, že člověk má sníženou schopnost udržet myšlenku nebo ji naopak opustit, protože má najednou problém si vzpomenout, co chtěl říci dále (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007).

Uchování přijatelné úrovně rozumových schopností závisí na sociálních faktorech, jako je dosažené vzdělání a způsob života, ale také na některých osobnostních vlastnostech, které ovlivňují např. to, jak člověk reaguje (rigidita-flexibilita), jaké je jeho celkové zaměření (extroverze-introverze) apod. Platí, že lidé s vyšším vzděláním a vyšší inteligencí se ve větší míře věnují intelektuálním aktivitám, čímž si udržují své kompetence nebo je i nadále rozvíjejí. Lidé, kteří jsou v tomto ohledu méně disponovaní, si volí odlišný styl života, který většinou nepodporuje zachování stávajících schopností (Vágnerová, 2007).

Učení

Křivohlavý (2002) uvádí, že pomocí experimentálních studií, které byly provedeny se stárnoucími lidmi, bylo zjištěno, že jejich učení vykazuje jednoznačnou zákonitost. Jestliže se jedná o relativně snadné úkoly, rozdíly mezi mladšími a staršími lidmi jsou poměrně malé, až nepatrné, jedná-li se o složitější až mimořádně obtížné úkoly, rozdíly se zvětšují (čím obtížnější je úkol, který je zapotřebí zvládnout, tím větší problémy stárnoucí lidé mají).

Křivohlavý (2002, s. 142-143) dále shrnuje závěry mnoha pokusů, které byly provedeny zkoumáním změn v kognitivní činnosti stárnoucích osob. Tyto závěry ukazují, že:

- *„s rostoucím věkem rostou i obtíže lidí přijímat nové podněty,*
- *je oslabena schopnost tvořit nové spoje (asociovat naučené s novým),*
- *je snížena adaptabilita (schopnost přizpůsobit se novým věcem),*
- *je snížena flexibilita (schopnost měnit stávající pojetí a způsob života),*
- *je snížena schopnost přepracovat osvojené vzory chování (stereotypy, zvyky) a pevně zaujímané postoje,*
- *je zvýšena fixace (soustředění se na to, co bylo již dříve zažito),*
- *je zvýšena inteligence (zažitý postoj soustředěného komplexu vědění).“*

2.2.4 Proměna regulačních funkcí

Volní regulace

Je komplexnější a zranitelnější než emoční regulace a v průběhu stárnutí může docházet k jejím různým změnám. Volní regulace představuje vědomou složku autoregulace, která má racionální základ, ale k jejímu posilování dochází i emočně. Její proměna tedy souvisí do jisté míry i s proměnou emocionality. Proces rozvoje a úbytku jednotlivých volních procesů bývá většinou diferencovaný:

- Aktivní vůle - své uplatnění nachází především při rozhodování a bývá u starších lidí často utlumena. Senioři se často pomalu a neradi rozhodují, bývají ulpívaví, a pokud se pro něco rozhodnou, mívají potíže také s volbou způsobu uskutečnění rozhodnutí.

- Pasivní vůle - je využívána při realizaci rozhodnutí a její podstata spočívá ve schopnosti vytrvat a odolávat různým tlakům. Stálost, vytrvalost a trpělivost mohou být ve starším věku ještě silnější než dříve, oproti tomu schopnosti sebeovládání ve stáří spíše ubývá. Vytrvalost může nabývat charakteru ulpívavosti a tvrdohlavosti, která příliš nerozlišuje, jestli je takové jednání účelné. Odolnost vůči vnějším tlakům může postupně u starých lidí přecházet až v rigiditu, kdy senior není schopen se přizpůsobit novému kontextu (Vágnerová, 2007).

2.2.5 Změny potřeb

Vágnerová (2007) uvádí změny v těchto potřebách, ke kterým dochází u seniorů:

Potřeba stimulace a otevřenosti novým zkušenostem

Tato potřeba, ať již se jedná o intenzitu nebo proměnlivost, je ve stáří snížena. Více nových informací a změny, k nimž v okolí staršího člověka dochází, u něj mohou vzbuzovat nepříjemné pocity nejistoty a dezorientace.

Potřeba sociálního kontaktu

Starší lidé upřednostňují kontakty se známými lidmi (rodina, přátelé a známí), čímž je posilován pocit jistoty, a zároveň nedochází k jejich velkému zatěžování, protože ví, co od nich mohou očekávat. Je pro ně velice významný pocit generační sounáležitosti a solidarity, kladou na vrstevníky stejně velký důraz, jako v dětství a dospívání.

Potřeba citové jistoty a bezpečí

Tato potřeba ve stáří nabývá na intenzitě a její uspokojení má větší význam než u lidí ve středním věku. Senioři se celkově cítí mnohem více ohroženi a nejde jen o jejich přecitlivělost, ale je zde reálné riziko - např. onemocnění či ovdovění. Starší lidé jsou již opatrnější, vyhýbají se nejen reálným, ale i předpokládaným nepříjemnostem nebo nebezpečím.

Potřeba seberealizace

Tato potřeba může být ve stáří obtížněji uspokojována a většinou také postupně ubývá na významu, nebo se může měnit způsob jejího naplňování. Starší člověk může být frustrován v souvislosti s odchodem do důchodu, kdy pocit bezvýznamnosti role důchodce může směřovat k rezignaci a pocitům méněcennosti nebo užití aktivních obranných strategií (kompenzace jinými aktivitami či zdůrazňování minulých výkonů). Uznání a ocenění od ostatních podporuje přijatelnou sebeúctu a naplňuje u staršího člověka potřebu seberealizace. Tato potřeba bývá ve stáří naplňována nepřímo, a to prostřednictvím identifikace s blízkou osobou, většinou se jedná o dítě nebo vnuka, jehož úspěchy prožívá senior vzhledem k tomu jako vlastní. Někdy může potřeba seberealizace také vyhasínat a pozbývat svého původního významu, kdy hodně seniorů si již nepotřebuje nic dokazovat, protože na většinu svých cílů již rezignovali.

Potřeba otevřené budoucnosti a naděje

Senioři jsou zatěžováni strachem z nemoci, opuštěnosti a bezmocnosti. Přijatelná představa vlastní budoucnosti bývá založena na kompromisu, kdy důležité je zachování soběstačnosti

a sebeúcty, kterou mohou podpořit určité osobně významné role, kompetence či mezilidské vztahy. Také v této oblasti starší lidé přesouvají důraz na další generaci, své děti nebo vnuky.

Chloubová (2005) uvádí, že vlivem věku, onemocnění, či náročnou životní situací se může u člověka porušit nejen vnitřní rovnováha jeho organizmu, ale také rovnováha s vnějším prostředím. Toto se poté projeví jako frustrace, tedy jako neuspokojení mnoha životních potřeb člověka.

Změny v životní orientaci

Stárnoucí lidé jsou na stáří poměrně nepřipraveni a i když se dívají do budoucnosti, málo počítají se změnami, k nimž ve stáří dochází. Nemají vytvořenu vlastní perspektivu a stáří je zastihne překvapené, bezradné a nejisté. Ukázalo se, že lidé, kteří žijí v rodině v domácím prostředí, a ti, kteří jsou relativně šťastni, mají více plánů do budoucna než lidé žijící v domovech pro seniory a lidé prožívající vlastní stáří nepříliš šťastně (Křivohlavý, 2002). Myslím si, že plánovat něco pro lidi v domovech pro seniory není příliš možné. Tito lidé většinou nejsou příliš soběstační, v mnoha případech jsou sami bez partnera, a navíc jsou již smířeni s tím, že v domově dožijí. Jejich plány jsou tedy limitovány jak zdravotním stavem, tak prostředím, ve kterém žijí. Domnívám se, že když je člověk ve stáří nešťastný, nemá chuť něco plánovat. Takový člověk se zaměřuje především na své problémy a většinou již nemá tolik chuti do života.

Křivohlavý (2002) dále uvádí, že stárnoucí člověk by měl usilovat o vyrovnání poměru mezi tzv. retrospektivním a prospektivním pohledem na svůj vlastní život. V mládí a dospělosti převažuje pohled kupředu, tedy prospektivní pohled na život, oproti tomu ve stáří se člověk zaměřuje spíše na minulost, dominuje tedy retrospektivní zaměření. Je důležité, aby se ve stáří nevytratilo prospektivní hledisko, aby stárnoucí člověk neztratil smysl života. Myslím si, že nalézt toto prospektivní hledisko může být ve stáří hodně složité. Záleží hodně na zdravotním stavu, na tom, jaké má člověk vztahy s blízkými lidmi, na jeho vyrovnanosti se stářím.

2.2.6 Nejčastější psychická onemocnění seniorů

Říčan (2006) hovoří o některých psychických onemocněních, které se častěji vyskytují právě ve stáří. V seniorském věku se často objevují **psychogenní neurózy**, ke kterým vede

duševní citlivost, zranitelnost a relativní bezbrannost a závislost seniorů, jejich závažné ztráty a stresy.

S rostoucím věkem dále přibývá také **depresí** - chorobných smutků, mučivých duševních bolestí, někdy se spojujících s neklidem a úzkostí, které mohou vznikat jako reakce na těžkou ztrátu, jakou může být např. smrt manželky, amputace nohy, přemístění z rodiny do domova pro seniory. Mohou se také objevit při tělesném onemocnění, kdy je pacient vyčerpán, má bolesti, trpí nespavostí apod. Deprese může skončit i sebezabitím (suicidiem), jejichž počet se s věkem zvyšuje. Další typickou chorobou ve stáří je **demence**. Toto pojmenování označuje v psychiatrii větší úbytek rozumových schopností, než odpovídá věku, ale také některou z mnoha onemocnění mozku, které zapříčiňují tento úbytek a další nepříznivé změny. Určité typy demence se projevují hlavně poruchami paměti, a to zvláště pro nové informace, přičemž paměť starých událostí se nevytrácí. Později se zhoršuje výkon v testech inteligence, dlouho zůstává nezměněno „jádro osobnosti“: zdravý úsudek, sebeovládání, schopnost a ochota jednat podle nadosobních i dlouhodobých osobních cílů a hodnot. Častější je však, např. u demence Alzheimerova typu, prvotní změna osobnosti a chování.

3 NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE PROVÁZEJÍCÍ STÁŘÍ

Se stářím jsou spjaty některé náročné situace. Každý musí počítat s tím, že se s některou takovouto situací ve svém stáří setká - jedná se například o odchod do důchodu, nesoběstačnost, osamělost či ovdovění. Je jich samozřejmě více, my se ale budeme věnovat těmto čtyřem, které si nyní podrobněji rozebereme.

3.1 Odchod do důchodu

Minibergerová (in Minibergerová, Dušek, 2006) uvádí, že důležitým momentem, který označuje ukončení jednoho období v životě člověka a začátek dalšího, je odchod do důchodu. Vyrovnat se s ním není mnohdy snadné, protože představuje pro člověka spoustu nejistot. Tuto situaci můžeme přirovnat k dospívání. Člověk se již nemůže upínat k minulosti, ale zároveň také neví, co přinese budoucnost. Je zde však podstatný rozdíl: dětství a dospívání připravuje člověka na dospělost, ale důchod znamená pro spoustu lidí odchod ze života dospělých a vstup do období stáří. Člověk je přiřazen ke skupině seniorů, a to tedy znamená také blízkost smrti.

Říčan (2006) se zamýšlí nad samotným označením odchod do důchodu. Upozorňuje na to, že se téměř vždy říká „odchod“, jen málokdy „přechod“ a už vůbec se nepoužívá označení „vstup“. „Odchod“ je rozhodně mínusovým označením.

Ukončení soustavné výdělečné činnosti, kterou člověk vykonával mnoho let, a to často od absolvování školy, je velice důležitým mnohostranným předělem, pod jehož vlivem jsme nuceni přebudovat svou identitu (Říčan, 2006). Odchodem do důchodu člověk ztrácí svou profesní roli a současně s ní spojenou společenskou prestiž. Člověk v důchodu má navíc horší sociální status a jen omezená privilegia. V české společnosti je sice to, že lidé nemusejí pracovat a dostávají důchod, bráno jako výhoda, ale senioři jsou současně níže hodnoceni, protože je společnost posuzuje pro jejich aktuální přínos a nebere příliš na zřetel to, co již dokázali či vykonali dříve (Vágnerová, 2007).

Pro některé lidi znamená odchod do důchodu vysvobození z těžké dřiny, nudného stereotypu či ponižující pozice, pro jiné je důchod noční můrou (Říčan, 2006). Balogová (in Sýkorová, Chytil, 2004) říká, že největší problémy s přizpůsobením se této situaci mají lidé, kteří vnitřně vysoko hodnotí svou profesi. Na zvládnutí frustrace z odchodu do důchodu mají vliv rozhodující vnější podmínky, mezi které patří výše důchodu a zabezpečení, ale také podmínky vnitřní. Mezi takové patří postoj člověka. Pro seniora je rozhodující to, jakou má představu o svém životě v důchodu a jeho pozitivní postoj k němu. Prožívání odchodu do

důchodu se odvíjí od jeho postoje, který si vytvořil již dávno předtím, než odešel ze zaměstnání.

Říčan (2006) uvádí, že budoucí důchodci mají obavy z budoucnosti často již několik let před odchodem do důchodu, kvůli ekonomické nejistotě. Obtížně se vyrovnávají s nižšími příjmy. Kromě rozdílu mezi výší platu a výší důchodu ztrácejí lidé také možnost vedlejších příjmů, přesčasů, stravenek, internetu, mimořádných odměn, vzájemných výhodných protislužeb mezi spolupracovníky atd. Proto dochází k poklesu životního standardu. Muži i ženy mají strach hlavně ze vzdálenější budoucnosti: důchody se sice budou valorizovat, ale současně budou zaostávat za stále vzrůstajícími průměrnými mzdami, tím pádem se lidé pobírající důchod budou - ve srovnání s mladými lidmi - propadat do chudoby. Pro člověka bývá obtížné se vyrovnat s pocitem, že do své práce již nebude patřit. Možná jej nechají pracovat, pokud ho ještě bude zapotřebí, každopádně však již bude na vedlejší koleji, takovéto mohou být jeho myšlenky.

Zrušení pracovní povinnosti a uvolnění soukromého podnikání dává možnost většině lidí pozvolna omezovat pracovní aktivity podle svých možností a přání. Zákony umožňují odejít do „předčasného“ důchodu třeba o mnoho let dříve, ale za cenu trvale snížené výměry důchodu. Procento lidí, kteří odcházejí z plné pracovní aktivity do důchodu, protože dosáhli určitého věku, se snížilo, a toto snižování bude i nadále pokračovat. Zároveň však bude velké množství lidí, kteří s prací skončí nedobrovolně např. ze zdravotních či rodinných důvodů, kvůli ztrátě pracovních příležitostí apod. Mnoho dalších sice bude moci pracovat, ale už ne v pracovní činnosti, kterou vykonávali rádi a v pozici, na kterou si již zvykli a na kterou jsou vázáni, a to bez naděje na alespoň částečný úvazek (Říčan, 2006). Pokud se člověk bude chtít podílet na společenském dění, bude již jeho participace mít odlišnou formu a někdy také obsah. Už nebude povinností, ale bude dobrovolná a nemusí být finančně ohodnocena - může to být např. členství v různých spolcích a dobrovolnictví v péči o nemocné a staré lidi (Vágnerová, 2007).

Někteří lidé nemají k odchodu do důchodu motivaci a snaží se udržet v zaměstnání pokud možno co nejdelší dobu, nebo alespoň získat jiné pracovní místo (např. na částečný úvazek, v méně významném postavení apod.). Mohou je k tomu motivovat např. tyto skutečnosti:

- skutečný zájem o profesní aktivitu, která jej uspokojuje,
- potřeba udržení sociálního statusu, daného profesí, kdy si člověk chce udržet společenskou prestiž, danou jeho funkčním zařazením, protože podporuje jeho sebeúctu,
- potřeba udržet určitý životní styl, který zahrnuje i pravidelné zaměstnání,

- potřeba kontaktu s lidmi a strach z izolace v rodině,
- ekonomické důvody, kdy důchod se obvykle spojuje se snížením životní úrovně (Vágnerová, 2007).

Přechodná fáze zaměstnání na částečný úvazek nebo přechodných zaměstnání trvá obvykle jen pár let, po sedmdesátém roku věku již většina lidí pracovat nechce (Vágnerová, 2007).

Postoj k odchodu do důchodu u mužů a žen

Postoj k důchodu a jeho sociální dopad je genderově podmíněn, zvláště u mužů se ztrátou profesní pozice mění jejich sociální atraktivita. Maskulinní přitažlivost je totiž určena také postavením a mocí, které z ní vyplývají. U žen nemá ztráta profesní pozice na jejich sociální přitažlivost takový vliv, protože je spojena spíše s jinými atributy, s jejichž ztrátou se musely smířit již v předchozím období (např. tělesná atraktivita) nebo jsou schopny si ji uchovat i po odchodu do penze (např. schopnost pečovatelství a emoční opory). Zátěží tohoto typu jsou tedy více ohroženi muži, kteří byli více orientováni na svou práci a s ní spjatou společenskou prestiž (Vágnerová, 2007). Odchod do důchodu zvláště pro ně znamená ponížení, zranění sebeúcty, sebevědomí a vznikají u nich pocity méněcennosti. Představa důchodu je pro ně někdy horší než představa smrti, proto rovněž jejich životní spokojenost již před šedesátým rokem věku prudce klesá. To však není obecně platné pro všechny muže, je spousta takových, kteří se do důchodu těší (Říčan, 2006).

Ženská identita je spoluutvářena alespoň do určité míry soukromými rolemi, které žena zastávala v rodině a v domácnosti. Ženy si také často udržují množství různých společenských kontaktů v různých skupinách, proto se také jejich sociální postavení nemění tolik, jako u mužů. Role žen v domácnosti zůstává zachována a mají zde oproti mužům dominantnější postavení. Tuto proměnu dominance ve vztahu starších manželů můžeme označit jako fázi výměny rolí. Muži v domácnosti nenacházejí obecně ceněnou činnost, která by je naplňovala a jíž by si mohli potvrdit vlastní hodnotu (Vágnerová, 2007). Říčan (2006) uvádí, že pro ženy může být perspektiva důchodu stejně hrozná, jako pro muže, tak daleko již dospěl pokrok v emancipaci. Vcelku se však ženy s odchodem do důchodu smiřují snadněji než muži, více z nich tuto změnu vítá.

Život člověka po odchodu do důchodu

Senioři se stávají po odchodu do důchodu daleko více izolováni od dění ve společnosti, jejich život se odehrává převážně v soukromí, a to hlavně ve vlastní rodině (Vágnerová, 2007).

Člověku v důchodu zůstávají pouze soukromé role, pro širší společnost je jen anonymním důchodcem, jehož minulé profesní uplatnění pozbývá oficiálního významu (Vágnerová, 2007).

Po odchodu do penze dochází ke změnám nejen rolí, ale také hodnot a postojů. Období důchodu může být považováno za dobu, která nemá jasně vymezený obsah a obecně platný smysl, protože z pohledu společnosti již senior splnil svůj vývojový úkol a když ho již společnost nepotřebuje, může rozhodovat o svém soukromém životě podle svého. Svoboda raného stáří může být zatěžující, protože lidé nevědí, jak ji využít. Byli zvyklí, že jejich předchozí život podléhal nutnosti chodit do zaměstnání a s touto změnou se najednou vytrácí náplň všedního dne. Dochází k tomu navíc v období, kdy lidé mají svou volbu omezenu zdravotním stavem, schopnostmi, návyky či nedostatkem finančních prostředků. Lidé již byli zvyklí být manipulováni, akcentovat určitý program a řídit se podle něj, proto nyní pociťují ve svém životě prázdnotu. Člověk si je nucen si tento program vytvořit sám, protože společnost žádný takový na období důchodu neurčuje. Toto právě mnoho lidí nedokáže, protože nebyli zvyklí se sami rozhodovat a v období stáří vůbec neradi činí nějaká rozhodnutí. Množství starších lidí neumí snadno změnit svůj dosavadní životní styl, proto jako kompromis přijímají model nějakého známého důchodce patřícího do stejné sociální skupiny (Vágnerová, 2007). Zavázalová (2001) uvádí, že tento tzv. náhradní program po ukončení pravidelné ekonomické aktivity by si měl člověk připravovat již předem, a také se sám připravit na jeho uskutečnění. Náhrada dosavadního denního rytmu jiným je totiž právě jednou z nejobtížněji pociťovaných situací po opuštění pracovní činnosti. Je zapotřebí, aby se senior po odchodu do penze zapojil do některé zájmové činnosti, veřejné aktivity, a to z důvodu prevence osamělosti, izolace, ale i pro svůj vlastní pocit prospěšnosti a užitečnosti. Někdo si po odchodu do důchodu najde nové způsoby, jak se seberealizovat a začne uskutečňovat své plány, na které dosud neměl dostatek času. Možnosti seberealizace jsou velmi pestré, ale mnohdy seniorům chybí informovanost o různých možnostech, a také motivace k různým činnostem.

Domnívám se, že jak člověk prožije život v důchodu, závisí na celém jeho předchozím životě. Jestliže byl člověk celý život zvyklý být mezi lidmi, byl společenský a zapojoval se do různých aktivit, bude v tom s největší pravděpodobností pokračovat i po odchodu ze zaměstnání. Bude podle mého názoru i lépe odolávat dalším změnám, které stáří přináší. Jestliže se naopak člověk celý život věnoval jen své práci a neměl žádnou jinou aktivitu, obávám se, že po odchodu do penze nebude mít čím vyplnit svůj čas. Takovíto lidé mají horší perspektivu ke spokojenému stáří, jelikož jestliže byli spíše nespolečenští a závislí na svém

partnerovi, po jeho případném odchodu se budou pouze trápit. Situaci mohou do jisté míry zachránit jeho děti a dobré vztahy s nimi.

3.2 Nesoběstačnost

Zavázalová (2001, s. 31) uvádí, že **soběstačnost** je *„schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost. Má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou."*

Topinková (2005, s. 7) definuje soběstačnost takto: *„soběstačný (samostatný) je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije."*

Když se podíváme na uvedené dvě definice soběstačnosti, můžeme vidět, že shoda panuje v tom, že soběstačný člověk je ten, který se o sebe dokáže sám postarat.

U seniorů dochází k poklesu jejich funkčního potenciálu, čímž se mění jejich potřeby a zvyšují se požadavky na úpravu prostředí, ve kterém člověk žije. Jestliže dojde k situaci, kdy životní podmínky neodpovídají zdravotnímu stavu člověka a jeho funkčním možnostem, narušuje se sociální homeostáza a člověk svou soběstačnost ztrácí, stává se nesoběstačným a potřebuje pomoc okolí, rodiny nebo společnosti (Zavázalová, 2001). Pacovský a Heřmanová (1981) uvádějí, že pak hovoříme o **závislosti**, která současně se ztrátou soběstačnosti narůstá. Matýsková (in Sýkorová, Chytil, 2004) zmiňuje, že existuje mnoho chorob, spjatých zejména s pokročilejším věkem, které k nesoběstačnosti nevyhnutelně směřují (např. různé typy demencí, opakované mozkové mrtvice).

Podle míry nezávislosti rozlišujeme **pět základních stupňů soběstačnosti** seniora (Skopalová, 2005 in Kozáková Müller, 2006, s. 17):

„1. Člověk může uspokojit své potřeby sám.

2. Člověk nemůže sám uspokojit své fyziologické potřeby - pomáhající se starají o zajištění fyziologických potřeb, ale hierarchicky vyšší potřeby daná osoba zvládá sama.

3. Člověk může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby.

4. Člověk může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden. To je zejména případ dezorientovaných lidí.

5. Člověk už nemůže uspokojit své potřeby a ani nevypadá, že by byl schopen sám rozhodnout o tom, co potřebuje - pomáhající zajišťuje tělesné potřeby člověka, a zároveň za něj rozhoduje."

Dysaptibilita (porucha v některých oblastech soběstačnosti) je v období stáří charakterizována (Zavázalová, 2001, s. 31):

- *„stoupající prevalencí s věkem,*
- *zhoršováním s rostoucím věkem,*
- *sdružováním defektů vedoucích k dysaptibilitě,*
- *vyšší prevalencí a rychlejším nástupem u žen,*
- *hierarchií v poklesu funkčních schopností - ztráta funkcí umožňujících nezávislý život, tj. neschopnost vykonávat všední denní činnosti - cestování dopravními prostředky, používání telefonu, obstarání domácnosti - obsaženo v testu IADL (instrumental activities of daily living) Při dalším poškození se přidávají problémy se zabezpečením sebeobsluhy - test ADL (activities of daily living).*

Uvedené testy se využívají ve zdravotnické praxi, ale také v sociální péči, hlavně při rozhodování o umístění člověka do ústavního zařízení a výběru jeho typu (Zavázalová, 2001).

Pokud se seniorovi i při ztrátě soběstačnosti dostává pomoci, díky níž může setrvat v navyklém prostředí (případně upraveném), označujeme jeho stav jako zabezpečenost (Zavázalová, 2001).

Zavázalová (2001) uvádí **faktory, které nejčastěji ovlivňují soběstačnost**:

- chronická onemocnění a vady, nejčastěji onemocnění pohybového ústrojí, smyslové poruchy, neurologická a psychická onemocnění, choroby kardiovaskulárního systému,
- onemocnění vyžadující zvýšené nároky na ošetření, úpravu životosprávy či používání kompenzačních pomůcek,
- všechny rizikové gerontologické faktory (pokročilý věk a multimorbidita, osamělý život, malý příjem),
- nevyhovující bytové pomínky - špatná vybavenost bytu, byt umístěný ve vyšším patře bez výtahu apod.,
- obtížně dostupné zdravotní a sociální služby,
- rodina nemůže či není ochotna poskytnout pomoc,
- časté hospitalizace v nemocnici, atd.

Kozáková (in Kozáková, Müller, 2006) říká, že soběstačnost má velký vliv jak na psychický, tak i na fyzický stav člověka, protože tím, jak člověk provádí určité činnosti, si udržuje určitý stupeň své tělesné kondice a předchází tak nežádoucím změnám. Podle mého

názoru je soběstačnost (nebo alespoň částečná soběstačnost) důležitou podmínkou spokojenosti ve stáří. Nesoběstačný člověk ztrácí sociální kontakty, nemůže se věnovat tomu, čemu by chtěl, je v životě velmi limitován. Myslím si, že nesoběstačný člověk se již necítí svobodný, protože je odkázán na druhé. Tito lidé se často cítí přebyteční, mají pocit, že okolí obtěžují, často by nejraději už nebyli, aby nezatěžovali ostatní.

Kozáková (in Kozáková Müller, 2006, s. 18) uvádí, že v rámci soběstačnosti je důležité zaměřit pozornost zejména na tyto oblasti:

- *„ sebeobsluhu - dovednosti spojené s osobní hygienou, oblékáním a stravováním,*
- *každodenní činnosti - dovednosti spojené se samostatným životem,*
- *lokomoci - dovednosti spojené s pohybem a přemísťováním,*
- *komunikaci - dovednosti nutné k dorozumění, ke schopnosti sdělit své potřeby okolí a rozumět požadavkům prostředí.“*

Kozáková (in Kozáková, Müller, 2006) uvádí, že při nácviku soběstačnosti se jedná v podstatě jen o to, vymyslet vhodný způsob provedení jisté činnosti tak, aby byl senior schopen tuto činnost zvládnout sám. Mnohdy postačí jen upravit prostředí výkonu určité činnosti nebo předměty, které člověk při činnosti využívá.

Zvláště soběstačnost v hygienických úkonech má velký vliv na psychiku člověka, protože vzhledem k jejich intimnímu charakteru je pro člověka velmi zatěžující, když je provádí jiná osoba. Pokud člověk nemůže provádět osobní hygienu bez pomoci, mělo by mu být umožněno samostatné provádění alespoň jejích dílčích úkonů. Dnes je k dostání množství různých kompenzačních pomůcek, díky nimž je možné, aby člověk mohl co nejvíce úkonů provádět sám bez pomoci. Je však důležité, aby se o těchto pomůckách dozvěděl a aby jej někdo naučil, jak je používat (např. navlékače punčoch, zapínače knoflíků, podavače apod.) Někdy je nutné pomůcku upravit tak, aby lépe vyhovovala potřebám člověka. Nejdůležitější je, aby člověk sám viděl v nacvičování soběstačnosti smysl a význam. (Kozáková in Kozáková Müller, 2006).

Je důležité, jak se k situaci péče o nesoběstačného člověka postaví ti, jež se o něj starají. Matýsková (in Sýkorová, Chytil, 2004) uvádí, že přístup pečujícího, který se zaměří na pochopení ostatních a na jejich prožívání, může seniorům napomoci ke smíření se se svou vlastní minulostí, podle jeho možností chápat přítomnost, a rovněž posilovat pocit vlastní hodnoty a celkové spokojenosti. Je nezbytné, aby přístup k člověku byl plný empatie, úcty, trpělivosti, tolerance a specifické podporující komunikace.

3.3 Osamělost

Matulayová (in Sýkorová, Chytil, 2004) říká, že prožívání plnohodnotných lidských vztahů určuje kvalitu života každého jedince a jejich absence, hlavně ta dlouhodobá, přináší nejen negativní pocity, ale člověka postupně stále více zneschopňuje. V životě člověka se mohou vyskytnout situace, jejichž důsledkem je nedobrovolná samota, kterou lidé pociťují jako osamělost. K takovýmto patří např. rozvod manželství (či rozchod partnerů), úmrtí někoho blízkého, osamostatnění dospělých dětí apod. Tošnerová (2009) říká, že právě se ztrátou partnera či partnerky bývá osamělost spojována nejvíce.

Matulayová (in Sýkorová, Chytil, 2004) dále uvádí, že osamělost chápeme ve dvou mnohdy se vzájemně prolínajících rovinách: jako životní pocit (vázaný např. k jisté etapě našeho života) a jako náročnou životní situaci. Samotu lidé vnímají spíše pozitivně, např. jako výsledek rozhodnutí člověka, vyjádření jeho životního stylu. Je vnímána jako dobrovolná, svobodně zvolená. Nedobrovolná samota, kterou vyžadují např. různé okolnosti, může přejít do osamělosti, se kterou se pojí pocity zklamání, trpkosti a lidé ji vnímají jako těžký úděl. Je spojena s emocionálními a mentálními stavy, mezi které patří izolace, odcizení, pocit nepochopení, pocit, že nás nikdo nemá rád, jsme vyřazeni ze společnosti atd. Lidé se mnohdy cítí být oběťmi životních okolností, bez možnosti a víry v to, že mohou tento stav sami zvrátit. U některých lidí se jedná pouze o dočasný stav, avšak u jiných se jde o dlouhodobou (chronickou) osamělost.

Bruno (2002 in Sýkorová, Chytil, 2004) osamělost dělí na:

- **kognitivní,** která označuje stav, kdy se v blízkosti člověka nachází pouze několik lidí, resp. žádní, se kterými by se člověk mohl podělit o závažnější myšlenky (filozofického či odborného typu),
- **behaviorální,** která se vztahuje k chování, činnostem; chybí lidé, se kterými by člověk mohl smysluplně trávit svůj volný čas,
- **emocionální,** označující stav, kdy u člověka není naplněna potřeba lásky.

To, jak člověk samotu prožívá, velice souvisí např. s jeho věkem, pohlavím rodinným stavem, bydlištěm či zdravotním stavem (Matulayová in Sýkorová, Chytil, 2004). Tošnerová (2009) říká, že záleží také na povaze konkrétního člověka. Extrovert nebývá sám a introvertovi samota zase tak moc nevadí - pokud však není závislý na pomoci; když je nemocen, stává se zdrojem problémů.

Je důležité, aby se člověk během celého života snažil osamělosti předcházet. Matulayová (in Sýkorová, Chytil, 2004) uvádí, že prevence osamělosti je založena na snaze o budování plnohodnotných mezilidských vztahů, jejíž součástí je např. mravní výchova v rodině a ve škole, nebo také osvěta v oblasti zdravého životního stylu. Rovněž sem spadá také neustálá podpora aktivního trávení volného času. Cílem prevence má být nejen akceptace toho, že samota a osamělost se během života člověka mohou stát realitou, ale i pochopení, že předcházení negativním pocitům spjatých s osamělostí je celoživotní a zvládnutelný úkol. Co se týče společného generačního soužití, podle Tošnerové (2009) ještě neznačí prevenci před osamělostí.

Osamělí staří lidé volí různé způsoby, jak zvládat samotu a opuštěnost (Vágnerová, 2007):

- Pro seniory mají velký význam lidé žijící v sousedství, kteří tvoří jejich širší sociální síť. To je jeden z důvodů, proč jsou staří lidé stresováni změnou bydliště.
- Dalším důležitým prostředkem k tomu, aby se udržel potřebný sociální kontakt, je telefon, díky kterému může být senior kdykoli v kontaktu i s lidmi, kteří jsou od něj fyzicky vzdáleni. Pomocí telefonického spojení je u starých lidí podporován pocit dostupnosti lidské společnosti, pocit jistoty a bezpečí, že když budou potřebovat, mohou se na někoho obrátit.
- Jako náhrada sociálního kontaktu může sloužit také zvíře nebo různá média, hlavně rozhlas a televize. Zvíře se stává partnerem, kterého lze akceptovat a televize nahrazuje společnost prostřednictvím různých seriálů a jejich hlavních hrdinů, s nimiž staří lidé často velice intenzivně prožívají jejich osudy. V této podobě se i oni sami cítí být symbolickými účastníky seriálového dění, s některými z postav se mohou ztotožnit a získávají tak další virtuální existenci, která je zajímavější než jejich vlastní život, který bývá ve stáří většinou stereotypní a chudý na různé události.

3.4 Ovdovění

Další běžnou zátěž spjatou se stářím, představuje ovdovění (Vágnerová, 2007). Když vezmeme v úvahu to, jaký význam představuje pro seniory partnerský vztah, je pochopitelné, že jen anticipace ztráty životního partnera způsobuje u seniorů velké obavy. Strach, že odejde partner, může být pro seniory mnohem horší než strach ze své vlastní smrti a umírání (Špatenková in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005).

„Vdovství je rodinný stav vzniklý úmrtím jednoho z manželů, zakládající specifickou sociální situaci, odlišnou od situace po rozvodu či jiném zániku manželství“ (Vodáková, 1996 in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005).

V důsledku odlišné střední délky života u obou pohlaví se ovdovění daleko častěji týká žen (Stuart-Hamilton, 1999). Ort (2004) uvádí, že své manželské partnery ženy v drtivé většině přežívají a velice těžce nacházejí případné nové partnery podobného věku. Právě osaměle žijící starší ženy představují nejrychleji rostoucí skupinu obyvatelstva.

I když je ovdovění velmi pravděpodobnou událostí, lidé jsou na ni většinou nepřipraveni (Vágnerová, 2007). Bylo dokázáno, že velikost dopadu této ztráty se odvíjí od toho, jak byla očekávána (Stuart-Hamilton, 1999). Subjektivní stres, který ztráta partnera vyvolá, narůstá přímo úměrně s věkem. Starší lidé tuto ztrátu snášejí obtížněji, přestože jsou si vědomi, že se jedná o v tomto věku obvyklou událost. Starší lidé ji prožívají jinak než jejich dospělé děti, protože mají jiný životní program i způsob myšlení, a rovněž jejich prožívání je jiné. Není to tak, že by je tato událost zasáhla méně, ale mají pestřejší život a budoucnost je pro ně otevřenější. To, že se úmrtím partnera oživí téma vlastní smrti, starší lidi neděsí, sami si dokonce někdy přejí odejít za zemřelým (Vágnerová, 2007).

Tošnerová (2009) uvádí, že ztráta partnera v pokročilejším věku představuje rizikový faktor pro vznik deprese, což platí pro obě pohlaví - u žen je však předpokládanější.

Truchlení a projevy zármutku

Reakcí na tuto událost je truchlení, které představuje projevy chování vyplývající z pocitů smutku. Když člověk pociťuje zármutek, projeví se to ve výrazu obličeje, pláčem, držením těla a dalšími specifickými aktivitami, které jsou u každého člověka odlišné (Vágnerová, 2007). V průběhu truchlení ovdovělý člověk postupně restrukturalizuje svůj svět a své fungování v něm, hlavně reorganizuje to, jak prožívá vnější svět a pozvolna se učí vybudovat si svou novou identitu (Šatenková in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005). Pozůstalý na partnera stále myslí ve vzpomínkách, nadměrně se jím zabývá a mluví o něm. Ritualizované truchlení je umožněno při pohřbu, kde se dokonce očekává. Pohřeb můžeme chápat také jako definitivní sociální potvrzení úmrtí daného člověka. Truchlící lidé nemusí reagovat jen smutkem, ale mohou být i nepřátelští, podráždění a zlostní, mohou odmítat soustrastné projevy okolí, které jim jsou nepříjemné, a také kontakty s lidmi, kteří je podle nich nemohou chápat. V tomto období může dojít k narušení některých vztahů, ale většinou jen přechodně. Není výjimkou, že se ovdovělý člověk stáhne do izolace, do svého soukromí a rezignuje na běžné sociální kontakty (Vágnerová, 2007).

Ženské truchlení má bouřlivější průběh, jelikož ženy nepotlačují své emoce, ale dávají je najevo. Svěřují se a snaží se najít oporu u příbuzných a přátel, tím si mohou svůj zármutek odžít a vyrovnat se s ním. I přesto jim však může trvat déle, než se s touto zátěží vyrovnají (Vágnerová, 2007).

Mužské truchlení se odlišuje od ženského především z pohledu vnějšího pozorovatele, ale může být rozdílné i z hlediska vnitřního prožitku. Na to, jak se muži smiřují s ovdověním, není jednotný názor. Rozdíly mohou vyplývat nejen ze schopnosti sdělit svůj smutek a hledat porozumění a pomoc, ale i z potřeby nalézt někoho, kdo by se o ně postaral a podal jim pomocnou ruku, jelikož starší muži to obyčejně nedokáží. Od mužů se neočekává, že se budou oddávat truchlení a projevovat ve větší míře smutek navenek, ale že budou jednat. Muži se proto své emoce snaží potlačovat. Nehledají tak často jako ženy oporu a porozumění u svých blízkých a ani institucionalizovanou formu pomoci, proto nakonec zůstávají se svým smutkem, jehož projevy se mohou skrývat za somatickými potížemi nebo hněvem a vztekem, osamoceni (Vágnerová, 2007).

Špatenková (in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005) říká, že truchlení se neprojevuje pouze na úrovni nálady, myšlení a chování, ale rovněž tělesnými projevy. Tělesná nepohoda, kterou v souvislosti s ovdověním lidé pociťují, může mít velice vysokou intenzitu a na rozdíl od jiných projevů zármutku (např. v psychické rovině), jej pozůstalí nemají problém verbalizovat. Tělesné příznaky truchlení jsou rovněž nejčastějším důvodem, proč lidé navštíví lékaře. Jak uvádí Vágnerová (2007), ovdovění může negativně ovlivňovat zdravotní stav pozůstalého, především tehdy, když není schopen nebo nemá možnost projevit svůj smutek navenek a získat tak oporu svých blízkých. Toto je příznačné především pro muže, kteří svůj smutek obracejí dovnitř a může se projevit některým ze somatických resp. psychosomatických příznaků.

Mezi nejčastěji se vyskytující tělesné projevy zármutku, jak uvádí Špatenková (in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005, s. 78-79) patří například *„pocit sevřeného hrdla, dušnost a dechová nedostatečnost, svalová slabost, únava, nedostatek energie, svírání u srdce (tlak , bolesti na prsou), senzorická přecitlivělost, poruchy spánkového rytmu, nespavost, porucha imunitního systému (čímž se zvyšuje náchylnost pozůstalých k nemocem).“*

Špatenková (in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005) dále upozorňuje na to, že ovdověním člověk neztrácí „pouze“ svého partnera, ať již byl jejich vztah jakýkoliv, ale také např. zvyky, rituály, plány touhy a budoucí očekávání, které si spolu vytvořili. Patří sem i další výhody a jistoty, které partnerský vztah přináší - pocit bezpečí, vzájemné podpory,

sounáležitosti a porozumění s někým blízkým, roli manžela/manželky se vším, co tato role přináší. Kromě toho může ovdovělý člověk pociťovat také ztrátu finančního zajištění a životního standardu, mohou se narušit či úplně vytratit vztahy s lidmi z jeho sociálního okolí. Rovněž může dojít ke ztrátě přesvědčení v řád a bezpečnost okolního světa, víry v Boha apod.

Společný domov vytvářejí především ženy, proto pro ně také představuje útočiště po ztrátě partnera. Pro muže domov často pozbývá svého původního významu, když už v něm žena chybí (Vágnerová, 2007).

Pokud ovdoví ženy, dospělé děti se kolem nich semknou, a tím dojde vlastně k posílení rodiny. Ovšem v případě ovdovění mužů, dochází často ke změně kontaktů členů rodiny. Je to z toho důvodu, že právě ženy bývají centrem rodiny, organizátorkami rodinných setkání, které zajišťují vzájemnou výměnu informací a redistribuci opory a pomoci. Ovdovělým mužům se ne pokaždé podaří svou ženu nahradit v roli koordinátora rodinných setkání; dospělé děti se dokáží plně realizovat ve své vlastní rodině. Následkem rozpadu rodinného systému může dojít k tomu, že rodina nebude dostatečně podporovat muže vdovce (Špatenková in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005).

Zvládnout ovdovění je velice složitý proces, jelikož vyžaduje změnu ve všech oblastech života. Nejobtížnějším obdobím jsou první dva měsíce po odeznění šoku, člověk pomalu zpracovává trauma a přizpůsobuje se nové situaci. Doba, než člověk tuto zátěž zvládne, vytvoří si novou identitu a nový životní program, jsou průměrně dva roky. To, jak člověk zvládá tuto situaci, může být odlišné podle pohlaví (Vágnerová, 2007). V délce truchlení se však autoři neshodují.

Vztah k zemřelému partnerovi přetrvává i po jeho ztrátě. Kontakt s ním bývá udržován alespoň na symbolické úrovni, kdy ovdovělí často navštěvují hřbitov, kam přinášejí květiny, pečují o hrob a komunikují se zesnulým. V bytě přetrvávají jeho věci, místo, které měl u stolu, fotografie apod. Ovdovělý o zemřelém partnerovi často hovoří v přítomném čase, a to proto, že jeho symbolická přítomnost je pro něj velmi důležitá. Alespoň na této úrovni se tak člověk snaží popřít jeho ztrátu. Dále ovdovělí lidé vyhledávají místa, která jim zemřelého připomínají a vzpomínají na příjemné zážitky, které si však často i idealizují. To může vyvolat také negativní emoce, protože ovdovělý si uvědomuje to, co je již nadobro ztraceno. Mnohé z uvedených činností, které mladí lidé mohou považovat za nesmyslné a zbytečné, ovdovělým pomáhají udržet pocit, že určitá forma existence tohoto vztahu pořád existuje (Vágnerová, 2007).

Ovdovělý potřebuje, aby ztráta partnera nebyla tak náhlá a jednoznačná, potřebuje čas, aby se s touto situací mohl smířit a zpracovat ji. Toto přechodné období můžeme označit jako

fázi smlouvání, kdy tím, že se člověk zabývá vzpomínkami a představami o zemřelém a posiluje vědomí jeho významu pro svůj vlastní život, se může s manželským partnerem identifikovat. Identifikace se projeví v tendenci přejmout jeho osobnostní rysy, názory, postoje a typické způsoby chování, čímž se ovdovělý snaží zachovat zemřelého jakýmkoliv dostupným způsobem (Vágnerová, 2007).

Ovdovělé ženy se snaží vykompenzovat si své pocity osamělosti tím, že vytvářejí izosexuální společenství, skupiny starších žen, které se pravidelně vídají. Takovéto vztahy mají pro starší ženy velký význam, poskytují jim velkou psychickou oporu a mnohdy i faktickou pomoc (Vágnerová, 2007).

Úmrtím partnera starší člověk ztrácí roli, která byla součástí jeho identity. Ovdovění tuto roli ochuzuje a působí tedy v tomto směru negativně (Vágnerová, 2007). Člověk již není manželem či manželkou, ale vdovcem či vdovou a tuto roli musí přijmout. Pro ženu může být mnohem náročnější se s touto rolí ztotožnit, protože její identita je z velké části postavena právě na vztahu se svým manželem a na sociální roli s tím spojené. Smrtí svého muže žena o tuto identitu přichází a musí si postupně vybudovat novou (Špatenková in Sýkorová, Šimek, Dvořáková, 2005). Tošnerová (2009) říká, že u žen představuje úmrtí partnera v pokročilejším věku při tradičně chápané ženské roli v dnešním světě velký problém. Podle tradičního pojetí gender role žena spoustu činností vůbec neumí, právě muž představoval ve všem její oporu. Například v Nizozemsku existují různé kurzy pro vdovy, kde se ženy dozví, co a jak dělat s pojištěním nebo jak se postupuje při vyplňování daňového přiznání. Tyto kurzy představují obranu před tím, aby se vdovy nestaly oběťmi některých ziskuchtivých amorálních osob. Výhodou kurzu je mimo jiné také to, že se díky němu dostanou do nové komunity, získají kontakty s novými lidmi, a tak mohou překonávat osamělost. V České republice se však zatím tímto problémem nikdo nezabývá. Haškovcová (2010) oproti tomu tvrdí, že ovdovělí muži to mají obtížnější v tom, že se většinou neumějí postarat o sebe ani o svou domácnost, což ale postupně zaniká, protože u mladších generací dochází již běžně k dělbě domácích prací.

Říčan (2006) říká, že vyrovnat se s ovdověním je často velmi obtížné, a znamená to přeorganizovat svůj život, zaměřit svou pozornost na cíle, které mají skutečnou hodnotu, nepropadat pocitům méněcennosti a naučit se skromněji hospodařit. Na druhou stranu lze říci, že byl -li partner určitým břemenem pro svou invaliditu, byl nesnášenlivý nebo měl další povahové vady či demenci, může ovdovění představovat úlevu (Říčan, 2006).

4 JAK ZVLÁDAT STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V poslední kapitole teoretické části se budeme věnovat tomu, jak zvládat stárnutí a stáří. Domnívám se, že je to pro naši práci velmi podstatná část, jelikož zde můžeme nalézt odpověď na otázky, jak se pokusit předejít některým změnám ve stáří a jak se s nimi také vyrovnat. Nejdříve se budeme zabývat samotnou přípravou, a poté adaptací na stárnutí a stáří.

4.1 Příprava na stárnutí a stáří

Moderní gerontologie pokládá přípravu na stáří a stárnutí za velmi důležitou. Vznikla nová oblast **gerontagogika** nebo ještě lépe **gerontopedagogika**, která se zabývá výchovou a vzděláváním ke stáří (Holásková in Šimíčková-Čížková a kol., 2008).

Výchova a vzdělávání ke stáří se zabývá zabezpečením pracujících ve stáří, občanskoprávní pomocí, formami péče společnosti o seniory (např. sociální služby), zdravím seniorů (výživa, denní režim, duševní hygiena atd.), psychologickou a sociologickou problematikou (změny duševní činnosti, psychická a fyzická aktivita atd.), a rovněž bydlením starších lidí (předcházení úrazům v domácnosti, formy bydlení, vybavení bytů seniorů atd.) (Holásková in Šimíčková-Čížková a kol., 2008).

Podle Holáskové (in Šimíčková-Čížková a kol., 2008) je velice důležitou oblastí přípravy na stáří pěstování a rozvíjení různých koníčků, přičemž nejstabilnějšími jsou ty, které se váží k povolání člověka. Velice významné jsou rovněž koníčky, které člověku umožní navázat kontakty s ostatními lidmi (kluby sběratelů, kynologie, kroužky atd.).

Haškovcová (2010) uvádí, že rozlišujeme dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou přípravu na stáří:

Dlouhodobá příprava na stáří představuje přípravu celoživotní a měla by být součástí všech výchovných a vzdělávacích programů, které fungují od útlého věku dítěte. Samozřejmě sem spadají i pevné citové vztahy prarodičů a vnoučat, kterými můžeme napomoci v celém období školní docházky utvářet pozitivní obraz stáří. V pozdějším období, hlavně na středních školách, je žádoucí důsledná výchova k odpovědnému manželství či partnerství a k výchově dětí, stejně tak jako utváření trvalého respektu vůči starším lidem. I když v dnešní době už většinou mladí a staří nebydlí spolu, je velice důležité, aby také vnoučata pečovala o stárnoucí či nemocné prarodiče v době, kdy tuto péči potřebují. Součástí celoživotní přípravy na stáří je rovněž zdůrazňování celoživotní osobní odpovědnosti za svůj život ve všech jeho fázích, včetně vyššího a vysokého věku.

Střednědobá příprava na stáří začíná asi deset let před odchodem do důchodu. Každý člověk by se měl zamyslet nad tím, co bude náplní jeho dnů, až nebude moci vykonávat náplň své profese. Jestliže se má určitá činnost v budoucnu stát druhým životním programem, musíme s ní začít včas. Není správné očekávat, že se po ukončení pracovní aktivity „něco stane“, a že se problém, kdy člověk nemá čím vyplnit svůj čas vyřeší, že jej má či dokonce musí vyplnit někdo jiný. Společnost by seniorovi měla pomoci v hledání životních aktivit tím, že mu vytvoří prostor a nabídne možnosti. Člověk sám ale musí chtít a realizace závisí jen na něm. Ze sociologického hlediska je žádoucí udržování a rozvíjení rodinných vztahů a obnovení vztahů přátelských, na které nebyl čas v době pečování o děti. Co se týká hlediska biologického, je potřeba si osvojit zásady zdravého životního stylu, kam spadá racionální výživa, eliminace škodlivých návyků (nikotin a alkohol), dostatečný pohyb a odpovídající odpočinek. To vše má význam pro udržení praktické soběstačnosti člověka.

Krátkodobá příprava na stáří spadá do období tří až pěti let před odchodem do penze a v této době je načase vyměnit byt za menší a pohodlnější, nedaleko dospělých dětí. Tento byt by měl být umístěn v nižším patře či domě, v němž je výtah. Je třeba vzít v úvahu nejen to, aby nový byt byl kvalitní a funkční vzhledem ke změněným potřebám, ale rovněž by měl být umístěn ve vhodné lokalitě (blízkost obchodů se zbožím běžné denní potřeby, praktického lékaře, doprava v místě bydliště). Byt musí být uspořádán tak, aby jej člověk mohl udržovat vlastními silami, musí být bezpečný a bez rizikových bariér.

Myslím si, že pro mnoho lidí může stěhování v pokročilejším věku představovat docela velký problém, a to hlavně z důvodu, že čím je člověk starší, tím více má rád svůj klid a naopak nemá rád změny. Je to ale jistě rozumné, přestěhovat se, zvláště když starší člověk bydlí v rodinném domku se zahradou, na kterou by mu později nezbývaly síly.

Podle průzkumu nazvaného Bydlení seniorů, realizovaného Diakonií ČCE v roce 2009 se ukázalo, že dvě třetiny bytů, v nichž žijí senioři, nejsou bezpečné v případě, že se u seniora sníží jeho smyslové či pohybové schopnosti. Velkým problémem většiny domácností byly prahy nebo ne dost široké dveře a jen 28% bytů starých lidí mělo bezbariérovou koupelnu. Rovněž byly málo využívány protiskluzové úpravy podlah nebo neklouzavé předložky a sedátko do vany či sprchy se v domácnostech vyskytovalo spíše vzácně. Instalace madel do bytů se odráží podle charakteru postižení jejich obyvatel, přesto jsou jimi byty vybaveny málo (Šveřepa, 2010).

Křivohlavý (2011, s. 130) k přípravě na stárnutí uvádí, že *„jde o přípravu na cílevědomou tvorbu zdravého způsobu života v každém věkovém údobí člověka, tj. o celoživotní (biodromální) přípravu na život a stárnutí.“*

Křivohlavý (2011) rovněž říká, že je zapotřebí, aby tato příprava byla mnohostranná a podíleli se na ní odborníci z rozličných oborů, tedy je to multidisciplinární úkol. Není založena pouze na získávání velkého množství informací a poznatků, ale je uskutečňována i paralelně využitím různých intervenčních programů (přednášek, kurzů, cvičení včetně sociálně-psychologického výcviku a poradenské činnosti).

Osobně se domnívám, že příprava na stárnutí a stáří by měla probíhat po celý život člověka. Souhlasím s Křivohlavým (2011), že by se člověk měl snažit o dodržování zdravého způsobu života. Myslím si, že právě celoživotní příprava je nejvíce účinná, protože v dětství si nejvíce zafixujeme určité zvyky, a poté nemáme problém s jejich dodržováním. Od útlého věku by se u dětí měly rozvíjet zájmy, je totiž pravděpodobné, že jim některé vydrží celý život. Snad jimi nakonec vyplní volný čas v důchodovém věku, pokud to půjde. Tato cesta mi připadá snazší, než se otázkou zdravého životního stylu či koníčků zabývat až pár let před důchodem. Ale i taková příprava je rozhodně lepší než žádná.

U nás v České republice vytváří politiku přípravy na stárnutí a stáří Ministerstvo práce a sociálních věcí, které mimo jiné vychází ze zlepšujícího se zdravotního stavu populace jako potenciálu sociálního a ekonomického rozvoje. V současnosti je realizován Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012, který byl schválen vládou dne 9. 1. 2008 a je navazujícím dokumentem na předchozí Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 (Malíková, 2011).

V březnu roku 2006 byla vládou České republiky v návaznosti na první zprávu o plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, která funguje jako její poradní a iniciativní orgán (www.mpsv.cz). Rada se snaží vytvořit podmínky pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a stáří u nás a o to, aby se senioři aktivně zapojovali do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti v kontextu demografického vývoje (www.mpsv.cz).

Z Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008-2012 vyplývá, že lidé všech věkových kategorií by se měli aktivně podílet na povaze a kvalitě služeb, které jsou jim poskytovány. Na trhu práce, při poskytování zdravotní péče, sociálních a dalších služeb je potřeba zásadně změnit přístup ke starším lidem. Stárnoucí společnost si nemůže dovolit

vylučovat tyto lidi z trhu práce a nedat příležitost takovým, kteří chtějí žít aktivně. Zdravotní péče o seniory se musí snažit o předcházení vzniku jejich dlouhodobé závislosti a institucionalizace. Je třeba vytvořit více možností, aby lidé mohli žít aktivní a soběstačný život ve stáří, nejen pro ně postavit více rezidenčních zařízení. Je žádoucí, aby byly vytvořeny přátelské komunity, které nabídnou více příležitostí pro sociální aktivity a smysluplné trávení volného času seniorů. Rovněž jsou potřebná i komunitní centra, která starším lidem a jejich rodinám nabídnou podporu a flexibilní služby. Také je nutné vytvořit nabídku vhodného a důstojného bydlení, které bude podporovat sociální začlenění a bude odpovídat potřebám a omezením seniorů (Tošnerová, 2009).

Malíková (2011, s. 27) uvádí, že *„dále byly vydány dokumenty a doporučení OSN a mezinárodních organizací - např. Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Madrid, 2002) a Zásady OSN pro starší osoby (1991).“*

Zajímavostí je, že rok 2012 byl vyhlášen jako Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, který usiluje o podporu vitality a důstojnosti všech občanů. Jeho celkovým cílem je usnadnit vytvoření kultury aktivního stárnutí, která bude postavena na společnosti vstřícné pro všechny věkové skupiny obyvatelstva (www.mpsv.cz).

4.2 Adaptace na stárnutí a stáří

Křivohlavý (2011) říká, že pojem adaptace je v psychologii pojmem klíčovým, neboť se týká toho, jak se člověk dokáže vyrovnat s tím, s čím se v životě setká. Netýká se to pouze toho, co přichází z vnějšku (z okolního prostředí), ale rovněž z jeho nitra (z jeho vlastních problémů). **Adaptivita** se týká plasticity lidského jednání - tedy schopnosti člověka měnit své jednání (chování) v průběhu času s ohledem na změny životních podmínek.

Adaptovat si znamená něco měnit ve svém okolí pro lepší život.

Adaptovat se značí obecněji zvyknout si na to, s čím se již nedá nic dělat (Křivohlavý, 2011)

Adaptace na stárnutí může mít různý časový průběh, který se odvíjí od vnějších stresorů a změn psychického a fyzického stavu. Zvládnutí této zátěže je závislé na tom, jak je člověk schopen a motivován aktivizovat přiměřené a účelné obranné mechanismy (Vágnerová, 2007).

Otázce, jak je možné se úspěšně vyrovnávat (v současné terminologii „coping“) se změnami, které přináší stárnutí organizmu a psychických funkcí, se věnuje mnoho odborníků

- lékaři, psychologové, sociologové i pedagogové - již mnoho desetiletí. Zásadní význam zde má schopnost adaptace. Jsou různé teorie, které se snaží odpovědět na otázku, jakým způsobem je nejlepší se přizpůsobit se změnám, které stárnoucí člověk prožívá. Z těchto různých teorií se odvozují rozličné zásady duševní životosprávy, stylu života i péče o člověka ve třetím věku. Mezi tyto teorie patří:

Teorie aktivního stáří, která říká, že činnosti a kontakty s okolím tvoří základní předpoklad optimální adaptace v pokročilejším věku.

Teorie postupného uvolňování z aktivit vidí základní podmínku úspěšné adaptace v uvolnění a vyvázání člověka z řady funkcí a činností.

Substituční teorie tvrdí, že činnosti, povinnosti a role, které již senior prožívá jako zátěžové, mají být nahrazeny jinými vhodnými aktivitami (Švancara in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004).

Švancara (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004) uvádí, že při řešení otázky optimální adaptace se zřetelem k životnímu stylu v seniorském věku musíme vzít v úvahu všechny individuální předpoklady: zdravotní, profesní, rodinné, bytové atd. Pro někoho je vhodný styl aktivního stáří, pro jiného je zase potřebné omezit část svých aktivit nebo je úplně vyloučit, poté je ale důležité hledat za vyloučené aktivity náhradu. S tímto tvrzením se také ztotožňuji, způsob adaptace by si měl člověk vybrat sám podle toho, co mu nejlépe vyhovuje. Například člověk, jehož zdravotní stav již není nejlepší, jistě nebude preferovat teorii aktivního stáří.

Jako vše ostatní v životě člověka, tak i adaptace probíhá v čase. Senioři potřebují většinou ke svému přizpůsobení více času, aby změnu nepociťovali jako nátlak. Dávat někomu rady, aby se přizpůsobil, protože se bude mít lépe, je špatně, protože takové rady nejsou příliš konkrétní. V souvislosti s adaptací musíme vždy vzít na zřetel, kdo se má přizpůsobovat, v čem, kdy a jak (Švancara in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004).

Reichardová (1962 in Lagmeier, Krejčířová, 2008) rozlišuje těchto pět strategií, jak se lidé vyrovnávají se svým vlastním stářím:

1. konstruktivní strategie - tito lidé se dokáží konstruktivně vyrovnat s realitou vyššího věku, nepolevují v aktivitě a i přes narůstající věk se dokáží radovat ze života a z dobrých vztahů k ostatním lidem. Uvědomují si, jaké mají možnosti a meze z hlediska výkonnosti, své budoucí vyhlídky a dokáží akceptovat i smrt a přijmout ji bez velkého strachu a zoufalství.

Bývají snášenliví, jejich myšlení je pružné a dokáží se přizpůsobit novým okolnostem. Většinou prožili šťastné dětství i pozdní dospělost, byli šťastni v manželství a rodičovství.

2. strategie závislosti - tito lidé mají sklony k pasivitě a závislosti na ostatních, na které se spoléhají více než na sebe sama. Nemají velké ambice a jsou raději, když mohou odpovědnost i povinnosti přenechat mladším lidem. Mají rádi své soukromí. Muži nechají rozhodovat ženy, které jsou dominantní stejně tak jako tomu bylo i u jejich matek. Tato strategie není již tak příznivá, ale sociálně je také přijatelná.

3. strategie obranná - lidé upřednostňující tuto strategii bývají přehnaně aktivní, čímž se snaží zbavit všech starostí a myšlenek na své vlastní potíže i na možnou blízkost smrti. Je zde patrná nadměrná kontrola emocí a jednání přesně podle zvyků a pravidel. Tato strategie je méně příznivá.

4. strategie hostility (nepřátelství a hněvivosti vůči druhým) - tito lidé mají sklony obviňovat za své nezdary ostatní lidi či nepřízeň okolností, bývají agresivní a podezřívaví, pořád si na něco stěžují.

5. strategie sebenenávisti - lidé chovající se podle této strategie jsou agresivní vůči sobě samým, bývají velice sebekritičtí. Svůj život berou jako selhání a nechtěli by jej znovu prožít. Měli často protichůdné vztahy k vlastním rodičům, nebyli šťastni v manželství a mají neustále pocit osamělosti a své vlastní neužitečnosti. Smrt chápou jako vysvobození z nešťastného života.

Švancara (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004) uvádí těchto **pět „pé“ optimální adaptace**, jejichž součástí jsou všechny podstatné předpoklady a vodítka pro duševní životosprávu v pokročilejším věku:

1. perspektiva

Ukázalo se, že je vysoké procento těch lidí, kteří se se svým vlastním stářím setkávají neočekávaně. To vyplývá z toho, že si nevytvořili žádnou věkovou perspektivu, která by zahrnovala alespoň několik let dopředu. Najednou nemají žádný program a žádné alternativy rozhodování a jednání. Tito lidé se poté snaží uniknout ze svých adaptačních problémů uchylováním se k rozličným obranným mechanismům. Takto je tomu tedy v případě, že člověk nemá vytvořenu časovou (věkovou) perspektivu a není přichystán na životní změny.

2. pružnost

Můžeme tvrdit, že pokud si člověk dokáže udržet pružnost v chování a myšlení, bude se dobře adaptovat v pokročilejším věku v tom, že dokáže přizpůsobit své prožívání, myšlení a jednání

změnám situace a nebude mu zatěžko se pustit do nových úkolů. Opakem pružnosti je strnulost, kdy člověk lpí na způsobech usuzování a jednání, které již má zafixovány.

3. prozíravost

Když se někdo vyznačuje tím, že se většinou chová a rovněž jedná prozíravě, můžeme říci, že je to vlastnost relativně trvalé pohotovosti jednat obezřetně a s časovým nadhledem. Prozíravost se podílí na autodeterminaci a autoregulaci, což znamená umění organizovat si život i když už je člověk v něčem omezován svým věkem. Takovýto prozíravý člověk se nestává hříčkou situací a rovněž není nepřipraven na nečekané změny. Nedělá zbytečné věci a nedopouští se stejných omylů. Díky své prozíravosti pracuje úsporněji a vyhýbá se klikaté cestě ke svým cílům. Prozíravý člověk dokáže uvážlivě zvolit formy kompenzace, kterými vyrovná pokles rychlosti a síly - cílevědomost, úspornost pohybu a opatrnost.

4. Porozumění pro druhé

Způsob, kterým člověk vnímá ostatní, jak se dokáže vcítit do jejich prožívání, jak chápe motivy jejich chování a jednání, je v každém věku důležitým činitelem optimálního či neuspokojivého začlenění do rodinných, pracovních a jiných společenství.

5. Potěšení

Dobře se adaptovat na seniorský věk znamená nevzdát se zdrojů potěšení a radostí. Bez toho by lidem chybělo citové nasycení. Zdroje potěšení může tvořit například: kontakt s ostatními lidmi, s živou i neživou přírodou, umění, čtení knih, sbírky, rukodělné činnosti a mnoho dalších.

Křivohlavý (2002) říká, proč je potřebné přijmout, že stárneme. Musíme vycházet z toho, že stárnutí je přirozenou součástí života, stejně jako například narození a dětství. Z toho poté můžeme vycházet, když se budeme snažit nalézt způsoby, jak zvládnout tuto situaci.

Myslím si, že je velice důležité uvědomit si svůj věk a přijmout jeho omezení. Nemyslím tím, že by člověk měl zůstat pasivní. Právě naopak, pokud to je jen trochu možné, měl by dělat to, co jej baví a čeho je schopen. Nezastupitelnou úlohu má zde rodina a blízcí lidé. Každý člověk by měl usilovat o pěstování dobrých vztahů. Bude tak vědět, že není na vše sám a lépe se vyrovná se změnami, které nastanou. To je myslím klíč ke spokojenému stáří.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ V DOMOVĚ SENIORŮ POHODA CHVÁLKOVICE

Praktická část této práce byla realizována v Domově seniorů Pohoda v Olomouci - Chválkovicích. Záměrem bylo zjistit, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří.

5.1 Vymezení cílů a hypotéz

Cíle výzkumného šetření byly rozděleny na hlavní cíl a dílčí cíle a formulovány takto:

Hlavní cíl:

Zjistit, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, které problémy a životní změny seniory nejvíce tíží v současnosti.

2. Zjistit, které životní změny ve stáří senioři považují za největší.

3. Zjistit, se kterými změnami ve stáří bylo pro seniory nejobtížnější se vyrovnat.

4. Zjistit, čeho se senioři nejvíce obávají do budoucna.

5. Zjistit, zda existují rozdíly ve vybraných charakteristikách vzhledem k věku či vzdělání.

6. Zjistit souvislosti mezi spokojeností s životem ve stáří, demografickými faktory a spokojeností s mezilidskými vztahy.

Výzkumným šetřením byly ověřovány tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání stárnutí a stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více budou vnímat stárnutí a stáří jako období nemoci a závislosti na ostatních častěji než senioři ve věku 60-74 let.

Hypotéza č. 2: Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání výhod stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním označí častěji možnost, že mají více času na sebe sama a na své zájmy než senioři se základním a středním vzděláním.

Hypotéza č. 3: Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání největších životních změn ve stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více označí za jednu z největších životních změn nesoběstačnost, fyzické změny a nemoc častěji než senioři ve věku 60-74 let.

Hypotéza č. 4: Mezi seniory existují rozdíly v tom, čeho se obávají do budoucna vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více se budou nesoběstačnosti či nemoci obávat více než senioři ve věku 60-74 let.

Hypotéza č. 5: Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k věku, vzdělání, rodinnému stavu a pohlaví.

a) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 60-74 let budou spokojenější se svým životem ve stáří než senioři ve věku 75 let a více.

b) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou spokojenější s životem ve stáří než senioři se základním a středním vzděláním.

c) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k rodinnému stavu. Senioři, kteří jsou vdovci či vdovami, budou s životem ve stáří méně spokojeni než ti, kteří jsou svobodní, v manželství či rozvedení.

d) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k pohlaví. Ženy budou s životem ve stáří spokojenější než muži.

Hypotéza č. 6: Existuje souvislost mezi spokojeností s životem ve stáří a spokojeností s osobními mezilidskými vztahy. Jedinci, kteří jsou spokojeni s osobními mezilidskými vztahy, jsou spokojenější se svým životem ve stáří.

5.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumné šetření bylo realizováno v Domově seniorů Pohoda Chválkovice. Zúčastnilo se jej 90 respondentů, z toho 73 žen a 17 mužů. Kritérii pro výběr respondentů byl věk minimálně 60 let a psychické a fyzické předpoklady umožňující odpovědět na otázky uvedené v dotazníku. Nejmladším respondentům bylo 62 let, nejstaršímu pak 100 let. Průměrný věk respondentů byl 81,5 let.

5.3 Použité metody

Pro výzkumné šetření byly užity dvě metody - **dotazník** a **rozhovor** (formulář dotazníku je uveden v Příloze č. 1, znění otázek je uvedeno v Příloze č. 2). Dotazník obsahoval 15 otázek, podle formy požadované odpovědi to byly otázky, otevřené,

polouzavřené a uzavřené. U polouzavřených otázek mohli respondenti označit i více odpovědí. Inspirací k tvorbě otázek do dotazníku se staly dotazníky diplomových prací zabývajících se podobnou tématikou. Některé otázky a odpovědi v těchto dotaznících uvedené byly různě modifikovány a použity k tvorbě dotazníku této práce. Internetové odkazy na tyto diplomové práce jsou uvedeny v seznamu internetových zdrojů. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na zjištění toho, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří, co je v tomto období trápí, jaké životní změny ve stáří pokládají za největší, se kterými změnami bylo pro ně nejobtížnější se vyrovnat a čeho se obávají do budoucna. Prostřednictvím rozhovoru jako druhé použité metody, bylo usilováno zejména o doplnění a vysvětlení zjištěných informací. Snahou bylo proniknout hlouběji do prožívání respondentů. Rozhovor byl strukturovaný a obsahoval 6 otázek.

5.4 Realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo se svolením ředitele Domova seniorů Pohoda Chválkovice v rozmezí od poloviny února do poloviny března 2012. Původním záměrem bylo respondentům dotazníky rozdat a po jejich vyplnění si je opět vysbírat. Byla jsem však upozorněna na to, že respondenti nebudou schopni sami dotazník vyplnit. Průběh byl následující: byla jsem představena sociálním pracovníkem personálu jednotlivých oddělení, a poté mi bylo umožněno samostatně jednotlivá oddělení procházet. Oddělení bylo celkem 6, osloveni byli téměř všichni uživatelé (domov má celkem 200 uživatelů). Každý uživatel byl seznámen s tím, že se jedná o vyplnění dotazníku k diplomové práci a následně každému, kdo s vyplněním dotazníku souhlasil, přečteny otázky a případně nabízené možnosti. Osobně jsem tedy zaznamenávala odpovědi respondentů. Bylo to z toho důvodu, že v naprosté většině již respondenti měli potíže se zrakem či motorikou. Vyplňování dotazníku bylo vždy přizpůsobeno možnostem respondentů (někteří byli schopni si zadání přečíst sami). 9 respondentů bylo schopno částečně či zcela dotazník vyplnit, problém se samostatným vyplňováním činily většinou položky, které vyžadovaly vypisování odpovědi. Vyplňování dotazníků tímto způsobem bylo časově náročné. Denně jsem v domově strávila 5-6 hodin a průměrně za tuto dobu se podařilo vyplnit asi 6 dotazníků. Co se týká rozhovorů, ty byly uskutečňovány vždy po vyplnění dotazníku u respondentů, kteří s ním souhlasili. Rozhovorů bylo celkem 10, z toho bylo 7 žen a 3 muži. Byly zaznamenávány na MP4 přehrávač, s čímž všichni respondenti vyjádřili svůj souhlas.

Údaje získané pomocí dotazníku byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel 2003. U odpovědí respondentů byly spočítány četnosti a relativní četnosti. U otevřených otázek byly odpovědi roztříděny do kategorií. Rozdíly a souvislosti byly zjišťovány pomocí statistické metody Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Postup výpočtů byl realizován podle knihy Miroslava Chrásky Metody pedagogického výzkumu (2007). Rozhovory byly doslovně přepsány a zjišťovány shody a rozdíly v odpovědích respondentů.

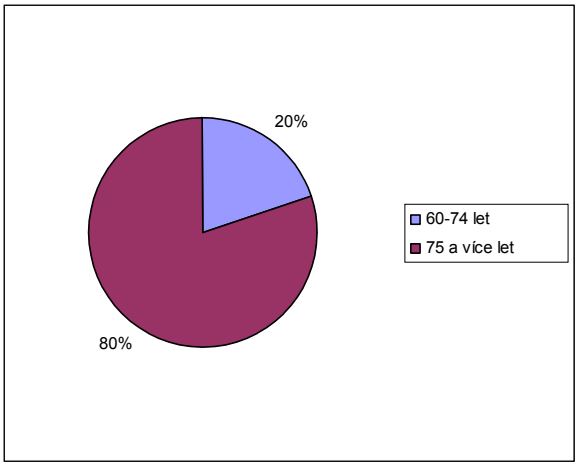
5.5 Popis a interpretace výsledků

V této podkapitole si uvedeme výsledky zjištěné výzkumným šetřením. U otázek, kde bylo možných více odpovědí, nejsou uvedeny grafy (stejně tak u otázky zjišťující zdravotní potíže). Je to z toho důvodu, že u těchto otázek by znázornění pomocí grafu bylo nepřehledné.

Otázka č. 1: Věk

kategorie	**četnost**	**relativní četnost - %**
75 a více let	72	80%
60-74 let	18	20%
celkem	**90**	**100%**

Tabulka č. 1: Věk respondentů



Graf č. 1: Věkové složení respondentů

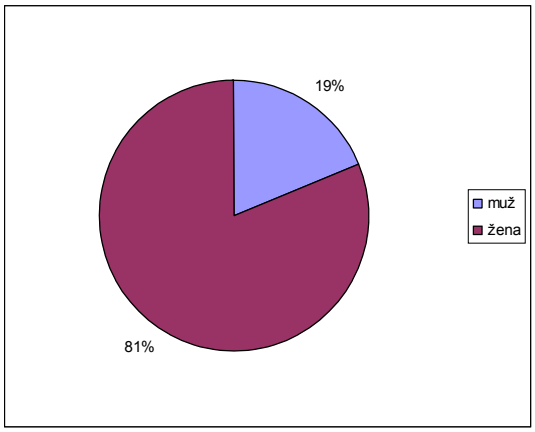
Z grafu č. 1 můžeme vyčíst, že výrazně převažují respondenti ve věku 75 a více let, bylo jich 72 (80%). Oproti tomu respondentů ve věku 60-74 let bylo výrazně méně pouhých 18

(20%). To je patrně způsobeno tím, že mladší lidé jsou většinou soběstační a žijí ještě v domácím prostředí.

Otázka č. 2: Pohlaví

kategorie	**četnost**	**relativní četnost - %**
žena	73	81%
muž	17	19%
celkem	**90**	**100%**

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů



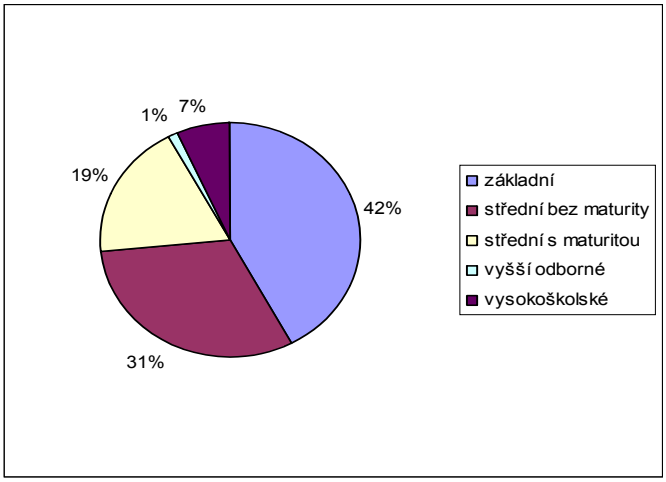
Graf č. 2: Zastoupení mužů a žen

Z grafu č. 2 je patrná jasná převaha žen, bylo jich 73 (81%). Mužů bylo jen 17 (19%). To dokládá známou skutečnost, že ženy se dožívají mnohem vyššího věku než muži.

Otázka č. 3: Vzdělání

kategorie	**četnost**	**relativní četnost - %**
základní	38	42%
střední bez maturity	28	31%
střední s maturitou	17	19%
vysokoškolské	6	7%
vyšší odborné	1	1%
celkem	**90**	**100%**

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů



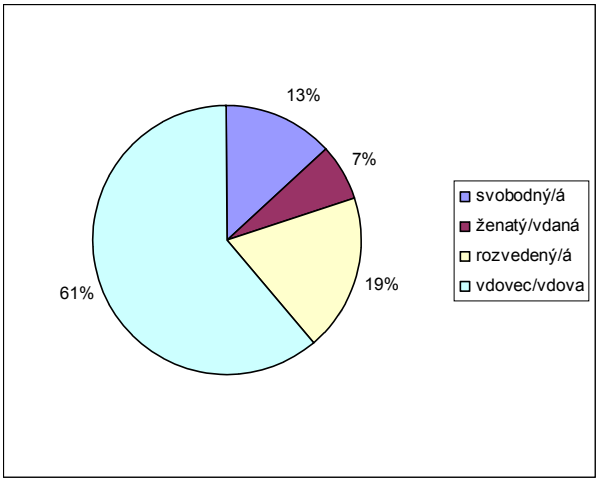
Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Vzděláním v této otázce bylo myšleno nejvyšší vzdělání, kterého respondenti dosáhli, v nabídce možností bylo ještě nedokončené základní vzdělání, které však nikdo neoznačil. Většina respondentů - 38 (42%) mělo nejvyšší vzdělání základní. Druhou nejpočetnější kategorií vzdělání bylo střední vzdělání bez maturity, tuto možnost zvolilo 28 respondentů (31%). Toto zastoupení nižších stupňů vzdělání můžeme vysvětlit převažující věkovou skupinou respondentů. Za jejich mládí bylo méně občanů s vyšším vzděláním, což vyplývá z charakteru doby, ve které žili. Další kategorie vzdělání již nebyly tak početně zastoupeny.

Otázka č. 4: Rodinný stav

kategorie	**četnost**	**relativní četnost - %**
vdovec/vdova	55	61%
rozvedený/á	17	19%
svobodný/á	12	13%
ženatý/vdaná	6	7%
celkem	**90**	**100%**

Tabulka č. 4: Rodinný stav respondentů



Graf č. 4: Rodinný stav respondentů

Jak můžeme vidět, více než polovina - tedy 55 respondentů (61%) je vdovci či vdovami. Myslím si, že to souvisí pobytem v domově pro seniory. Člověk, který je již starý a třeba i ne úplně soběstačný, nemůže bydlet v domácím prostředí sám, neměl by se o něj kdo postarat. Rodina vždy nemůže zajistit péči jiným způsobem, a proto tito lidé jsou často umístěni do zařízení tohoto typu. V nabídce odpovědí byla i možnost mám partnera/partnerku, kterou však nikdo z respondentů nezvolil.

Otázka č. 5: Jaké máte zdravotní potíže?

kategorie	**četnost**	**relativní četnost - %**
onemocnění pohybového ústrojí	64	71%
smyslové ústrojí - potíže	49	54%
kardiovaskulární onemocnění	31	34%
neuropsychické potíže	17	19%
onemocnění trávicího ústrojí	14	16%
endokrinní a metabolické poruchy	11	12%
neuropsychické potíže	10	11%
onemocnění vylučovacího ústrojí	10	11%
bez potíží	6	7%
onemocnění dýchacího aparátu	4	4%
onkologická onemocnění	4	4%
porucha imunity	1	1%
jiné	1	1%

Tabulka č. 5: Zdravotní potíže respondentů

Je zřejmé, že nejvíce respondentů trápí onemocnění pohybového ústrojí, 64 lidí (71%) má tyto potíže. Tím se dá opět vysvětlit umístění v domově pro seniory. Schopnost pohybu je nezbytná pro udržení soběstačnosti a kdo má v této oblasti potíže, má velmi zkomplikován samostatný život. Druhou nejpočetnější kategorií bylo smyslové ústrojí, potíže v této oblasti má 49 respondentů (54%). Jednalo se převážně o zrak a sluch. Tyto potíže jsou ve vyšším věku velmi časté. Následovala kardiovaskulární onemocnění, kterými trpí 31 respondentů (34%). Zde respondenti uváděli často například vysoký krevní tlak, infarkty či mozkové příhody. Tato onemocnění bývají častou příčinou úmrtí ve starším věku.

Doplňující otázka pro rozhovory: Omezují Vás v něčem tyto potíže? Pokud ano, v čem konkrétně?

respondent (dále jen R) 1: žena, 89 let *„Tak ty zdravotní potíže, ty mě omezují hodně. No, ty mě jako omezují, že nemůžu někam chodit, že se zdržuju většinou tady, chodím jenom na balkón a tady. Zdravotní problémy mě brání v nějaké větší komunikaci."*

R2: žena, 84 let *„No, tak to je chůze a ruka, ji nenarovnám."*

R3: žena, 82, let *„No omezuje mě v tym, že se nemožu jako hýbat, chodit."*

R4: žena, 68 let *„V pohybu."*

R5: žena, 64 let *„V chůzi, no a taky, stáří překáží, protože mám zvýšený nároky."*

R6: muž, 81 let *„V současné době je to nemohoucnost, chodění teda, labilita, a to je to hlavní."*

R7: muž, 74 let *„V chození, v pohybu, nohy. Zrovna teď mně léčijó. A tak když ležím, no tak to jakž takž jde. Ale ujdu tady pár metrů a musím se zastavit zas sednout. Bolijou, no zúžení cév."*

R8: muž, 83 let *„Špatně vidím, cukrovku mám, no. Nemožu číst pořádně, zprávy, noviny, to nepřečtu, na televizi se taky nedívám, že to mám všechno zamazaný, rozkmitaný, tak to je asi to nejhorší."*

R9: žena, 87 let *„Mám omezený pohyb kvůli artróze kolen a kvůli potížím se žaludkem, také nemohu jíst, co bych chtěla."*

R10: žena, 88 let *„No jo, no tak bych mohla říct, třeba, hlavně v tom pohybu a přitom jsem si vědoma toho, že na svůj věk zas těch potíží vlastně mám málo jo, no, tak že takový rozpor s tím, jaká je skutečnost a jak se k ní stavím že, no, že člověk by vždycky jako vzpomíná na to, kdy to bylo lepší, ale zase rozum ho vede k tomu, že na můj věk to je porád až vynikající jo zatím no a čili že mně nějakej takový ten absolutní pokles sil, že mě vlastně ještě čeká no. Že by si člověk přál, aby tahle doba nebyla a nejlepším přáním je, aby se člověk jednou ráno*

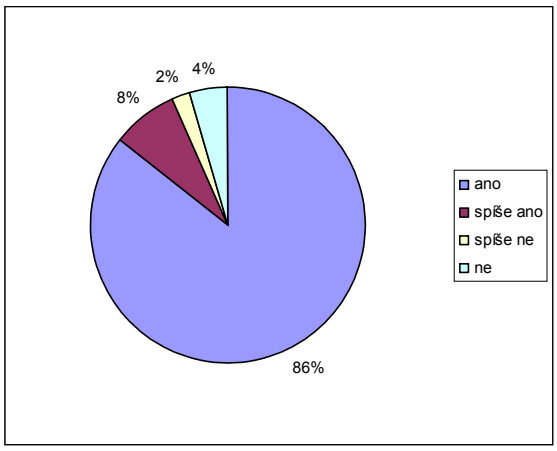
neprobudil, že no tak to je, to je to jako asi největší přání a přitom si uvědomuju, že je asi málo splnitelné, že.“

Je vidět, že téměř všichni respondenti (kromě respondenta 8) mají potíže s pohybem a ty je asi nejvíce trápí. Respondenti totiž mnohdy uváděli do dotazníku i jiné zdravotní potíže, ty ale v rozhovoru již nezmiňovali.

Otázka č. 6: Jste spokojen/a s Vašimi osobními mezilidskými vztahy (vztah s přáteli, rodinou…)?

kategorie	**četnost**	**realtivní četnost - %**
ano	77	86%
spíše ano	7	8%
ne	4	4%
spíše ne	2	2%
celkem	**90**	**100%**

Tabulka č. 6: Spokojenost se vztahy



Graf č. 5: Spokojenost s osobními mezilidskými vztahy

Jak je z grafu patrné, je vidět že respondenti udržují dobré vtahy, spokojených se svými vztahy je 77 respondentů (86%), což je podle mě velmi překvapivé už vzhledem k faktu, že se respondenti nenacházejí v rodinném prostředí. Otázkou však je, kolik respondentů odpovědělo na tuto otázku pravdivě, jelikož je možná nechtěně formulována sugestivně.

Doplňující otázka pro rozhovory: Stýkáte se pravidelně s některým pro Vás blízkým člověkem (někdo z přátel či rodiny)? Pokud ano, jak často?

R1: *„Se stýkám se synem pravidelně několikrát týdně, i někteří přátelé za mnou chodí a další rodina telefonicky. Dále co je rodina co je daleko, co je na Slovensku."*

R2: *„No ano, to chodijó sem. Pečovatelka chodí pravidelně každé týden, no a ti jezdijó, jak mají možnost. Z Prahy, jak jede, tak někdy jednou, dvakrát za měsíc, někdy jednou až za dva měsíce, to je podle toho, jak přijede no, když přijede. To je vnučka a vnuk, no tak. No a snacha, ta je tady zaměstnaná, tak ta tady se skoro ob den, když má tady prácu nejakó, nekteró paní, tak se zastaví."*

R3: *„No, tak za týden a za čtrnáct dní. Jedni přindou za týden a ten druhé přijede, že je mimo bydliště tady, tak přinde za čtrnáct dní, jak má volno."* (dva synové)

R4: *„Tak přátelé, ti teda za mnou nechodí, akorát jedna přítelkyně, ta když přijede z Prahy, tak sem přijde jednou za půl roku. A z rodiny, tak sem pravidelně chodí sestra se švagrem. No, tak oni sem chodí každých 14 dnů."*

R5: *„Víte, čím jste starší a dýl nemocná, tak tím víc ty lidi nemají čas. Tak jste tím víc sama.* Ale po otázce, jestli tam chodí někdo z rodiny či známých říká: *Manžel, a dost mi vyčítá věci. Je unavenej. Já su nemocná přes 30 let, takže su navíc."* Po položení otázky, jak často tam manžel chodí, uvádí: *„Často, každej den. A mně to jde na nervy. Protože to nedávej tam, na to nechytej, víte, jak malý děcko. A on to nepochopí, to nemá cenu. On je unavenej."*

R6: *„Přátelství, no přítel z rodiny to je hlavně. Je to hlavně brácha, u kerého bydlím a současně su tady, ale jinak su naprosto spokojenej."* Po položení otázky, jak často jej bratr navštěvuje, říká: *„Pravidelně tak jednou za 14 dnů."* Protože pán při vyplňování dotazníku již říkal, že jej navštěvuje také jeho syn, ptala jsem se i na něj, jak často jej navštěvuje: *„No tak vlastně, když su tady v Olomouci, no tak ai do týdne. Týden až 14 dnů."*

R7: *„Ano, syn. No tak on, já jsem mu říkal: Zdeno, pojď sem, abys tady byl každej den, no až bude se Ti chtět, tak přijeď, já neuteču nikam. No a tak, když něco potřebuju, tak mám telefon, zavolám a přijede hned, že."*

R8: *„No tak, skoro každý týden sem přinde dcerka nebo ai syn. To jsou dvě rodiny."*

R9: *„Svoje děti jsem neměla, ale děti mé sestry chodí pravidelně i se psem každý týden. No a ostatní členové rodiny nepravidelně."*

R10: *„No, chodí za mnou, ale nemůže to být tak často, protože to jsou moji vrstevníci, čili v mém věku a kolegyně je ještě o dva roky starší, že, čili a když by ten ústav byl přímo v Olomouci, bylo by to snazší, ale protože sem jo ta doprava i musí být kombinovaná, tramvaj plus pak ten autobus, tak jo, tím jsem jako tak vytržená.* Po dotazu, jak často paní její přátelé

navštěvují, říká: *„ No tak, no ta neteř tak jednou za měsíc, že, no. A u těch přátel to ještě, to už dneska, protože některé jsou kolegyně ta už vůbec skoro nechodí, že, jo tak tam jsem víceméně jenom na, jako přes ten telefon.“*

Je potěšující, že všichni respondenti uvedli, že je pravidelně navštěvuje jejich rodina či přátelé. Skoro všichni respondenti také uvedli, že jsou se svými vztahy spokojeni, respondentka 4 zvolila možnost spíše ano. Respondentka 5 zvolila možnost spíše ne, což je z její odpovědi patrné.

Otázka č. 7: Jak vnímáte stárnutí a stáří?

kategorie	**četnost**	**relativní četnost - %**
období, kdy mohu být se svými blízkými	35	39%
období nemoci a závislosti na ostatních	26	29%
období klidu a relaxace, kdy se mohu seberealizovat	19	21%
období moudrosti a zkušenosti	19	21%
období samoty	17	19%
období svobody a nezávislosti	9	10%
období odsunu na okraj společnosti	8	9%
období spokojenosti	5	6%
přirozená etapa života člověka	3	3%
nezbytná součást života	1	1%
období jako kterékoliv jiné v životě	1	1%
období, kdy jsem vděčná za pomoc a ochotu ostatních	1	1%
období zhoršené finanční situace	1	1%
obodobí, kdy bych už nejraději nebyla, už mě nic nebaví a nezajímá	1	1%
období hodnocení dosavadního života	1	1%
období, kdy mohu jen ležet a čekat, až přijde konec	1	1%

Tabulka č. 7: Vnímání stárnutí a stáří

Při pohledu na tabulku je patrné, že mnoho respondentů má dobré vztahy se svou rodinou, protože jich 35 (39%) odpovědělo, že stárnutí a stáří vnímají jako období, kdy mohou být se svými blízkými. Kladné odpovědi na předchozí otázku se tím do určité míry potvrzují. Druhá nejčastější odpověď byla období nemoci a závislosti na ostatních, kterou zvolilo 26 respondentů (29%). Převážná většina respondentů na tom již vzhledem ke svému věku není zdravotně nejlépe a potřebuje pomoc ostatních. Což opět souvisí s jejich pobytem v domově.

Otázka č. 8: Co Vás nejvíce tíží v současné době?

kategorie	četnost	relativní četnost - %
úbytek fyzických sil, nemoc	54	60%
nesoběstačnost	27	30%
nedostatek financí	18	20%
nemám velké potíže	17	19%
samota	9	10%
nedostatek času či schopností pro životní plány a změny	6	7%
vztahy s okolím	4	4%
nepřipouštím si obtíže	1	1%
nedostatek soukromí	1	1%
zpytování svědomí	1	1%
chtěl bych se vrátit zpátky domů	1	1%

Tabulka č. 8: Potíže respondentů

Z tabulky je patrné, že respondenty nejvíce tíží jejich zdravotní stav. 54 z nich (60%) zvolilo možnost úbytek fyzických sil, nemoc a 27 respondentů (30%) označilo jako odpověď nesoběstačnost. Volba těchto možností vzhledem k vysokému věku většiny respondentů není překvapivá.

Otázka č. 9: Co považujete v souvislosti se stářím za Vaši největší výhodu?

kategorie	četnost	relativní četnost - %
dokáži snadněji oddělit věci důležité od méně důležitých	36	40%
mám více času na sebe sama, na své zájmy	33	37%
mám více času na své blízké	27	30%
mám dostatek zkušeností	24	27%
nevidím žádnou výhodu	14	16%
jsem více uvolněný/á a méně nervózní	12	13%
jsem soběstačný/á či částečně soběstačný/á	3	3%
nevím	2	2%
mám v domově dobrou péči	1	1%
mám dobré vztahy s okolím a dobrou péči	1	1%
když jsem nemocná, mám kolem sebe lidi, kteří se o mě postarají	1	1%
jistý příjem v důchodu (starobní důchod)	1	1%
mám blízko pomoc personálu, lékaře	1	1%
je o mě postaráno víc, než bych byla sama	1	1%

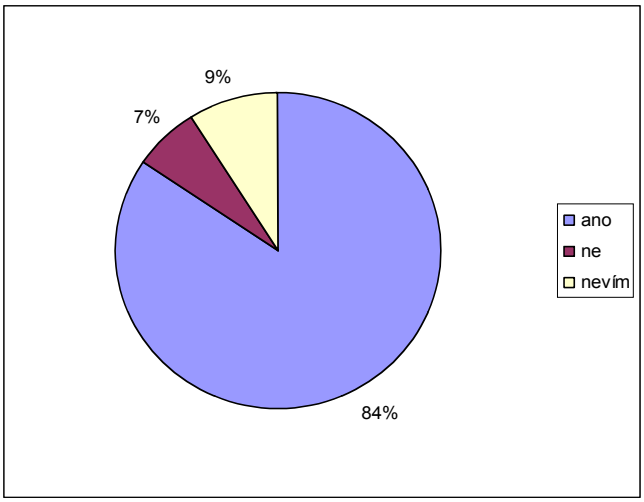
Tabulka č. 9: Výhoda stáří

Jako svou největší výhodu ve stáří vidí respondenti nejčastěji to, že dokáží snadněji oddělit věci méně důležité od méně důležitých. Tuto možnost označilo 36 respondentů (40%). Následují odpovědi mám více času na sebe sama, na své zájmy - 33 respondentů (37%) a mám více času na své blízké - 27 respondentů (30%). Z výsledků lze usuzovat, že respondenti jsou si patrně vědomi jistého posunu v prioritách, kdy ve starším věku se již nezabývají maličkostmi a dokáží poznat, co je v životě opravdu důležité. Dále je zřejmé, že i přes své zdravotní potíže a omezení se senioři ještě věnují nějaké aktivitě, což je pozitivní. Jako v odpovědích na předchozí otázky se zde ukazuje, že pro respondenty jsou velice důležité vztahy s blízkými.

Otázka č. 10: Jste vyrovnán/a s tím, že stárnete?

kategorie	četnost	relativní četnost - %
ano	76	84%
nevím	8	9%
ne	6	7%
celkem	90	100%

Tabulka č. 10: Vyrovnanost se stárnutím



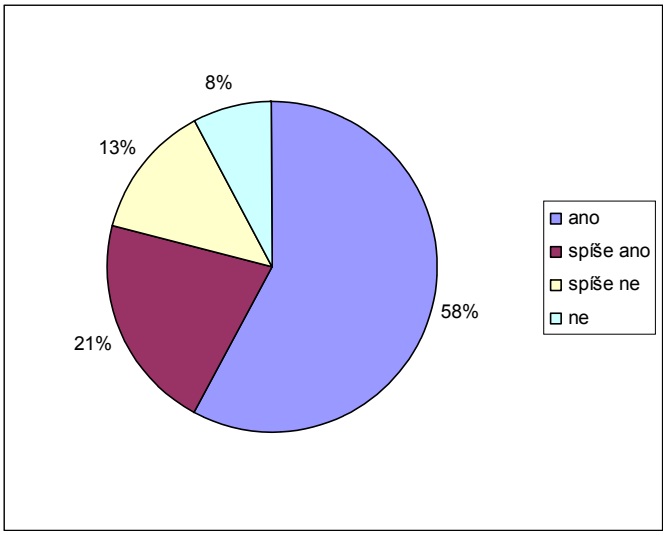
Graf č. 6: Vyrovnanost se stárnutím

Většina respondentů - 76 (84%) uvedla, že je se stárnutím vyrovnána. U mnoha z nich mohu z jejich neverbálních signálů usuzovat, že to berou jako samozřejmost.

Otázka č. 11: Jste spokojen/a se svým životem ve stáří?

kategorie	četnost	relativní četnost - %
ano	52	58%
spíše ano	19	21%
spíše ne	12	13%
ne	7	8%
celkem	90	100%

Tabulka č. 11: Spokojenost s životem ve stáří



Graf č. 7: Spokojenost s životem ve stáří

Většina respondentů - 52 (58%) je se svým životem ve stáří spokojena. Spíše spokojených je 19 respondentů (21%). Opět však musím vylovit pochybnost nad pravdivostí odpovědí.

Doplňující otázka pro rozhovory: Co je příčinou Vaší spokojenosti či nespokojenosti s Vaším současným životem?

R1: (spíše ano) *„Celkem su spokojená, ale byla bych spokojenější, kdybych mohla žít ještě pořád na svým domečku s manželem, že. Bohužel to nešlo, protože když jednou jeden odejde, tak druhý nemůže zůstat sám, tak jsem byla ráda nakonec, že jsem byla tady u něho až do jeho poslední chvilky života, no.“* Svoji odpověď na otázku, co je příčinou její spokojenosti se současným životem zdůvodňuje takto: *„Spíše ano, protože, abych tak řekla, ve věku devadesáti let a ty nemoce, který všechny mám, by se nikdo tak o mě nestaral, jak se starají*

tady, jakou mám tady péči a obdiv mám k tem sestrám, k tomu personálu a vážím si té jejich práce."

R2: (ano) *„No tak, tady tó zábavou že, že je změna, alespoň jednó týdně, že přindete mezi lidi. Tak že si můžete popovídat o vším možným. No, tak kvůli temu, to mě jako že ve středu o půl druhé míváme to, s tím vedením tady tak schůzku, že si uvařijó kafe, nekdy nejaké zákusek, a tak posedíme tu hodinu tam. No a ve čtvrtek míváme o půl druhé zase ten zpěv. No tak tam taky z celého teho, ze všeckych tech oddělení dycky po dvou to tam berou, že zas vidíte jiný lidi, no."*

R3: (ano) *„No tak spokojená zatím su. Spokojená su, až na tu nemoc teda, že. No tak spokojená su, že se o mě starají jako, tak to su spokojená velice."*

R4: (ne) *„No především proto, že tím že stárnu, tak třeba hůř už něco zapomínám, že nemůžu si třeba někdy i vzpomenout na nějaký výraz slovní, když takhle povídám. Tak mě občas vypadne nějakej výraz a nebo třeba když píšu, protože ležím, tak já píšu vlastně pořád ve vzduchu, že jo. Tak já si totiž nemůžu ani sednout, protože kvůli tomu kloubu, že mám tu stehenní kost zapřenou o tu pánevní, tak ono je to tam nějak špatně udělaný a pořád se mě takhle jako škrká o sebe, takže já si můžu sednout jenom do úhlu pětačtyřiceti stupňů, a to musím tady použít tu polohovací postel. Takže já píšu vlastně ve vzduchu, a tím, že píšu ve vzduchu, tak cítím, že už ta ruka je taková víc roztřesená, že už to není tak pevný. Takže tady na tohle. Tak říkám, občas špatně spím a… normální příznaky stárnutí."*

R5: (ano) *„Celej život jsem dělala s lidma, takže vím, co by mohlo být. A vím, co jsem měla a co mám, každej neměl takový štěstí. Já vychovala děcka, já je měla perfektní a jak mě štve, že už nejsou nejlepší na škole, že už mají dokonce dvojku. Moje poslední, ne, předposlední vnouče umělo ve čtyrech letech počítat, číst, všechno, všechno. A já se mu věnovala, i svojím jsem se věnovala. A věděla jsem, jak na to. A žila jsem tím. A když jsem byla mladá, tak jsem jezdila hodně po cizině, moje mamka byla cizinka. Já měla krásný dětství, tak proto když někdo má tu resku a řekli mně v padesáti letech, že nemám nárok na léky, že su stará, tak jsem to brala, protože byly sedmnáctiletý děcka, který nezažily nic. To víte, že mě to vzalo, vykašlala jsem se na všecko."*

R6: (ano) *„Tož su spokojen, nemám nic proti ničemu."*

R7: (ano) *„No tak beru to tak jako že, to patří tak jako k životu jako smrt, že, protože tomu se člověk nevyhne, tomu stáří, že. A se stářím, jak u koho. Jdou problémy zdravotní, těžký nebo lehčí. No a já jsem akorát mal těch čtyry těžký nemoce. Smrtelný dalo by se říci. Srdce mám bypasy, že, no a tak, dělával mně někdy problémy tlaky, že, nahoru nebo dolů že, ale teď se to tak uklidnilo, tak teď jsem spok…až na ty nohy, že."*

R8: (spíše ano) *„No, že mi sem chodí jako rodinní příslušníci, že pravidelně navštěvují. No a co víc.“*

R9: (ano) *„Ale jistě. Ano. No, zatím mohu chodit, pro mě je důležitý pohyb. A když si uvědomím, že mnoho mladých lidí nemůže chodit, tak si říkám, co bys chtěla. Su hrozně šťastná, že teda já chodit mohu.“*

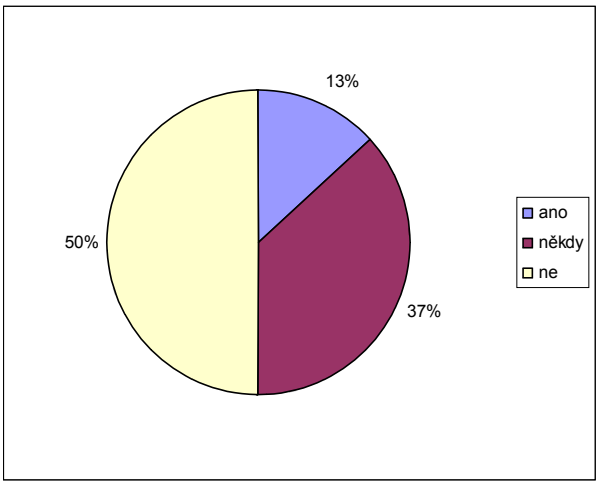
R10: (ano) *„No protože si říkám, že, že si dovedu představit, že v tom stáří mohou být daleko větší problémy, než mám já, čili ta logická úvaha mě vede k tomu, že vlastně bych měla být spokojená s tím, co je, protože je to nutnost, to stáří, a zatím nemám nějakou tak špatnou variantu, jo, toho stárnutí, no, čili, ta logická úvaha, že mě vede k takovému střízlivému posouzení té situace.“*

Někteří respondenti (R1, R3) uvedli jako důvod své spokojenosti dobrou péči v domově. Také jim ale brání v úplné spokojenosti zdravotní potíže, které je trápí (R3, R7). Jedna respondentka (R4) je kvůli zdravotním potížím zcela nespokojena. Jedna respondentka (R2) uvedla jako důvod své spokojenosti to, že se může v domově scházet i s ostatními lidmi při společných setkáních a aktivitách. R5 odpověděla na tuto otázku jinak než ostatní, zhodnotila celý svůj dosavadní život. Jeden respondent (R7) uvedl, že stáří patří k životu stejně jako smrt, spousta lidí má zdravotní potíže. Je zde tedy patrná určitá vyrovnanost a smíření. R6 uvedl, že nemá nic proti ničemu, je spokojen. Dvě respondentky (R9, R10) srovnávají svůj stav s ostatními lidmi a uvádějí, že na tom zdravotně nejsou tak špatně, jako někteří jiní lidé. R8 je spokojen díky návštěvám rodinných příslušníků. R1 uvedla, že by byla spokojenější, kdyby mohla žít doma se svým mužem, který již nežije.

Otázka č. 12: Cítíte se osamělý/á?

kategorie	četnost	relativní četnost - %
ne	45	50%
někdy	33	37%
ano	12	13%
celkem	90	100%

Tabulka č. 12: Pocit osamělosti



Graf č. 8: Pocit osamělosti

Z grafu je patrné, že nejčastěji se respondenti osamělí necítí. Možnost ne zvolilo 45 z nich (50%). Někdy se osamělých cítí 33 respondentů (37%). Spousta respondentů na tuto otázku reagovala tvrzením, že v domově nejsou sami, protože jsou mezi lidmi. Je tedy těžko říci, jak to s jejich pocitem osamělosti vlastně je.

Otázka č. 13: Co považujete ve stáří za největší životní změnu?

kategorie	četnost	relativní četnost - %
smrt partnera či jiné blízké osoby	40	44%
nesoběstačnost	29	32%
fyzické změny	27	30%
odchod do ústavního zařízení	27	30%
nemoc	27	30%
odchod do důchodu	17	19%
osamělost	16	18%
narození vnoučat	15	17%
psychické změny	14	16%
zhoršení ekonomické situace	14	16%
odchod dětí z domova	9	10%
nic	2	2%
nevím	2	2%
rozvod	1	1%
emigrace dcery	1	1%
nemohu se věnovat tomu, čemu bych chtěla	1	1%
klid	1	1%
rozvod dcery a snachy	1	1%

Tabulka č. 13: Největší životní změna ve stáří

Za největší životní změnu respondenti považují jednoznačně smrt partnera či jiné blízké osoby. Tuto možnost zvolilo 40 respondentů (44%). Většinou se jednalo o životního partnera. Dále můžeme vidět, že dalšími nejpočetnějšími odpověďmi byla nesoběstačnost, kterou zvolilo 29 respondentů (32%), fyzické změny, nemoc a odchod do ústavního zařízení, které označilo 27 respondentů (30%). Je tedy zřejmé, že zdraví a dobré vztahy s blízkými lidmi jsou pro seniory největšími prioritami. Volba možnosti odchod do ústavního zařízení je pochopitelná. Jedná se o mnohdy nedobrovolné rozhodnutí, kdy k tomuto jsou lidé donuceni různými okolnostmi. Je třeba si zvyknout na nové prostředí a ostatní obyvatele, což vzhledem k vyššímu věku, kdy lidé již mají rádi svůj klid, není snadné.

Doplňující otázka pro rozhovory: Proč považujete zrovna tuto změnu/změny za největší?

R1: *„No ty fyzický změny? To by chtěl člověk pořád, aby se mohl o sebe starat, aby nepotřeboval péči druhých, chtěl by, aby byl pořád s tím partnerem svojím a chtěl by, aby odešel náhle, aby nebyl druhým na obtíž a aby to nebylo moc bolestivý, ten odchod, aby dlouho netrval, no, tak já nevím, co ještě k tomu."*

R2: *„No tak zajištění. Zajištění člověk má tady. Je to tak, jak tady to je, že si nemůžete vybírat. Tady musíte jak to je, zákon, co tady je, paragrafy, jich se musíte držet."*

R3: *„No že jsem zostala sama bez manžela, takže to teda bylo hrozný, že. Když jste s někým už skoro padesát roků, a pak zostanete sama."*

(odchod do ústavního zařízení) *„No to mě donutilo, protože jsem si říkala, na to stáří nemožu sama, kdo by okolo mě se staral. Třeba teď, mladí jsou v práci, tak kdo by okolo mě chodil."*

R4: *„Tak to je jasný. Psychický a fyzický, to jsem vlastně teď řekla. A ty fyzický síly, to mně teda ubývá. Já jsem zvyklá celý život cvičit, jsem byla zvyklá, jo, a tím vlastně de facto se udržuju v pohybu, i když ležím. Tak já se můžu třeba otočit na bok, jo, ale protože jak Vám říkám, těch fyzických sil už ubývá, tak občas mně musí taky pomoct třeba. Protože tady to zábradlí je poměrně dost nízký, já se musím teda otočit a na to taky se musím chytit, že jo, takže občas mně musej pomoct. No a to je, to je na mě dost. A to právě souvisí s tou nesoběstačností že jo, s tou nemocí současně teda, a vlastně ten odchod do toho ústavu, ten vlastně je kvůli tady tomu všemu."*

R5: (zhoršení ekonomické situace) *„Z jednoho důvodu. Já byla zvyklá, že dycky jsem měla peníze a dycky jsem zařídila co chtěla."*

„Nesoběstačnost - když si nemůžete podat vodu, když se nemůžete poškrábat na zádech, když jste úplně nepohyblivá a poslouchat druhý lidi, jak to jde, tak byste ho nejradši nakopla do zadku."

(odchod dětí z domova) *„Protože my jsme se měli hrozně rádi. Já dokonce na elektrickým vozíku jim vařila a dneska když chcu po nich podat vodu, tak mně řeknou, že nemají čas. A to mně úplně vyráží dech, s tím jsem se já nesetkala. A o svoje rodiče jsem se starala do poslední chvíle, o každýho, každýmu jsem pomáhala. Já pracovala pro druhý lidi, jo, a dneska vidím, že o to nezájem je velikej. A to jsem taky nebyla zvyklá. Dokuď můžete, tak to jde a jak nemůžete, ani pes o Vás nepřeskočí."*

R6: *„Co jinak má člověk důležitějšího."* (smrt manželky)

R7: (smrt partnera) *„Protože člověk žije proto, jak bych řekl, sám žije jak král, ale umírá jak pes, že. A je to jak se říká i Bohem dáno, že svůj rod rozmnožíš a zmizíš z tohoto světa."*

R8: *„Protože měl jsem svou manželku, s tou jsem žil už třiapadesát roků. A najednou odešla. To bylo pro mě hrozný."*

(odchod do ústavního zařízení) *„Já jsem žil sám v domácnosti a spadl jsem, že a nechali mě vodvízt do nemocnice a v nemocnici řekl doktor, ten už nesmí bydlet sám doma, že. Tak mně odvezli do teho sociálního zařízení no a byla pro mě změna."*

R9: (odchod do důchodu) *„No nejhorší pro mě bylo, když, milovala jsem svoji práci celý život a když jsem…Cítila jsem se nepotřebná, jako odsunutá z toho pracovního dění. No, nevím, považovala jsem se za nepotřebnou."* Paní dodává patrně ještě v souvislosti s pocitem nepotřebnosti:*„A dneska to také mě utvrzují naši politici, když nám denně všude říkají, že je nás moc. Tak já říkám: když spadne kůň a zlomí si nohu, tak ho utratí. Já jsem spadla, zlomila si krček na levé noze, od té doby jsem byla už potom méně mobilní, proč mě nezastřelili. Panu Nečasovi by se to jistě líbilo."*

R10: *„No protože jsem jako, dokud jsem byla jako v bytě a to, tak jsem, i když jsem nežila s partnerem, tak jsem ale měla tak blízké přátele, že, že jsem se cítila jako tak i citově nějak uspokojená že, no a tady si uvědomuju, teprve tady mi došlo, že to bylo všecko takové až trochu idylické, že tak dlouho jsem mohla jako bez těch potíží žít u sebe doma no."*

Z výpovědí respondentů převažuje lítost nad ztrátou partnera, uvedla to celá polovina z nich (R1, R3, R6, R7, R8). Často s tímto partnerem žili spoustu let a jeho odchod je evidentně zasáhl.

Otázka č. 14: Vypište, se kterými změnami uvedenými v otázce č. 13 bylo pro Vás nejobtížnější se vyrovnat

kategorie	četnost	relativní četnost - %
smrt partnera či jiné blízké osoby	32	36%
nemoc	21	23%
nesoběstačnost	17	19%
odchod do ústavního zařízení	16	18%
fyzické změny	13	14%
osamělost	10	11%
odchod do důchodu	8	9%
s ničím nebyl problém se vyrovnat	6	7%
nevím	4	4%
rozvod	3	3%
psychické změny	3	3%
zhoršení ekonomické situace	3	3%
odchod dětí z domova	3	3%
narození vnoučat	1	1%
emigrace dcery	1	1%
nemohu se věnovat tomu, čemu bych chtěla	1	1%
nejbližší příbuzenstvo je příliš daleko	1	1%
onemocnění syna	1	1%
rozvod dcery a snachy	1	1%

Tabulka č. 14: Nejobtížnější změny z hlediska vyrovnání se

Z tabulky je patrné, že nejvíce respondentů se nejobtížněji vyrovnávalo se smrtí partnera či jiné blízké osoby. Odpovědělo tak 32 respondentů (36%). Rovněž se lidé obtížněji vyrovnávali s nemocí -21 respondentů (23%) a nesoběstačností - 17 respondentů (19%). 16 respondentů (18%) mělo problém se vyrovnat s odchodem do ústavního zařízení.

Doplňující otázka pro rozhovory: Kdo nebo co Vám pomohlo se vyrovnat se změnami ve stáří?

R1: *„No celkově, celkově, každé člověk, které trochu čte a myslí, tak ví, že jednou všechno skončí. A když to ještě prožijete doma s člověkem, jako s tou mojí maminkou, tak víte, jak a co bude, no, a taky jsem pracovala ve sboru pro občanský záležitosti, v sociální komisi taky jsem byla, takže jsem věděla, jak ti staří lidi jsou na tom a jak jsou rádi, když s něma někdo pohovoří, no a viděla jsem i třeba umírat sousedku nebo takhle, věděla jsem o smrti. Neco jsem si přečtla. No, ale mě hodně k životu tak pomáhala kniha. Od mládí celé život jsem ráda četla a přátelé, v životě záleží na dobrých vztazích hrozně, a dobrý vztahy s přáteli. No, tak*

toho muže jsem měla 63 roky a celoživotní přátelé, bohužel už nikdo nežije, už jsou všichni taky mrtví."

R2: *„Důvod, jiné důvod není. Buď a nebo."*

R3: *„No, tak až už jsem se potom dostala do teho domova, no tak, no děcka pomohly mně jako smířit se všeckým."*

R4: *„Moje silná vůle."*

R5: *„Sama. Trvalo to půl roku. Já jsem hodně zažila a… sama. Největší moje u toho věc byla, že jsem u toho pálila ohýnky. Vždycky jsem si udělala ohýnek a koukala do něho a pálila. A přemýšlela."*

R6: *„Příbuzní."*

R7: *„No, tak kdo. Jsem si to já uvědomil, že prostě to nebude lepší už, nemůžu čekat, že mně bude zas dvacet let, ale že to bude čím dál horší a horší, až jedenkrát se stane, že se nevzbudím, že."*

R8: *„No tak rodinní příslušníci."*

R9: *„No rodina. A zahrádka. A hafáci."*

R10: *„No asi tak logická úvaha rozboru té situace a přihlížení k tomu, že když člověk vidí v televizi, jo, jak těžké stáří mnozí lidé prožívají, no tak jako po té zralé úvaze nějak docházím k tomu, že ještě bych si neměla, nemám právo tak naříkat."*

Nejvíce respondentů uvedlo, že jim k vyrovnání se se změnami pomohla rodina či přátelé (R1, R3, R6, R8, R9), je vidět, že dobré vztahy jsou pro ně velice důležité. Často ale také respondenti uvedli, že se se změnami ve stáří vyrovnávali sami (R4, R5, R7, R10), ať již díky silné vůli, uvědoměním si toho, že situace již nebude lepší nebo porovnáním svého stavu s ostatními, kteří jsou na tom hůře. Jedna respondentka (R1) uvedla, že měla se stářím již zkušenosti a věděla, jak stáří vypadá. Také jí hodně pomáhala četba. Respondentka 2 byla patrně donucena okolnostmi k tomu, aby se se změnami vyrovnala. Jedna respondentka (R9) uvedla, že jí pomohla zahrádka a pejsci.

Otázka č. 15: Čeho se nejvíce obáváte do budoucna?

kategorie	četnost	relativní četnost - %
nemoci	40	44%
nesoběstačnosti	39	43%
samoty	22	24%
finanční situace	17	19%
smrti	11	12%
ničeho	9	10%
nedostupnosti lékařské péče	6	7%
umírání	6	7%
špatných vztahů s okolím	4	4%
změny životního stylu	2	2%
nevím	2	2%
celkového zhoršení současné situace	2	2%
toho, že mi už nikdo zrak nevrátí	1	1%
nepřemýšlím nad tím (budoucností)	1	1%
že zatěžuji mladé, že tady ještě dlouho budu	1	1%

Tabulka č. 15: Obavy do budoucna

Nejvíce respondentů - 40 (44%) má největší obavy z nemoci, následuje nesoběstačnost, kterou zvolilo 39 respondentů (43%) a samota, které se obává 22 respondentů (24%). Opět se potvrzuje, že zdravotní stav je pro seniory velmi důležitý. Je zajímavé, že samoty se obává 22 respondentů (24%), kdežto špatných vztahů s okolím pouze 4 respondenti (4%).

Jedna otázka z k rozhovorům se přímo nevztahovala k žádné otázce v dotazníku, proto ji zařazuji zvlášť. Zněla takto:

Věnujete se pravidelně nějaké činnosti, která Vás baví?

R1: *„A činnosti, kterou činnost mám nejraději, tak luštím křížovky, různý kvízy, čtu a dívám se v televizi na zprávy a na seriály ne, to ne, to mě nebaví, spíš na nějaký starší takový co byly dřív, nějaký pro starší a takhle. No, spíš abych tak řekla, tak literaturu faktu a i mám ráda, co se děje, no, ty zprávy, pořád mě zajímá, co se děje ve světě ještě."*

R2: *„No ano, teď chodíme každý týden, ve středu chodíme tady s tem podnikem máme bavení a ve čtvrtek míváme zpěv tady. Tak chodíme do kroužku zpěvu, no tak to. A ráno chodím cvičit, o půl desáté jezdit pravidelně na kole. Půl hodiny mám to cvičení."*

R3: *„No tak tady se chodí každé den do společenské, zpívá se a cvičí se jako tak pohybama, rukama, nohama. Jenomže tam mě musijó zavízt a zase odvízt."*

R4: *„Tak já pravidelně sleduju televizi teda, pak mám ráda čtení, knížku teda a ráda třeba luštím křížovky, sudoku, to je vůbec moje teda největší záliba a mám ráda balet, ale ten nemůžu dělat jaksi.“*

R5: *„Tak já rádio, televizu, to poslouchám.“*

R6: *„Ne.“* Vidím ale noviny, proto se ptám na čtení a pán říká: *„No tak to jo. To mám sobotní a nedělní noviny, jinač celý týden neberu, jenom v sobotu a v nedělu. Rudé právo, vlastně rudé ne, jenom Právo, a jinak nic, jenom tu sobotu a nedělu. Já hlavně čtu pokuď..., ještě nemám hotové brýle letos.“*

R7: *„Tady taková činnost není, co by mě bavila. Já jsem byl řidič z povolání, že a mně strašně bavilo jako motory a takový, takže to. To, co je tady dostupný, tak to mám dávno ze života pryč.“*

R8: *„Teď už ne.“*

R9: *„Luštím křížovky, sudoku a čtu - denní tisk, časopisy, knihy.“*

R10: *„No, hodně četbu ještě porád asi nejvíce k tomu, no, sestra někdy, jako zdravotní jo, přijde s takovými nějakými hrami no, ale. No ale jo co mám zábavu, jsou karty. To ještě chodím tady hrát jako hrajeme 3 nebo 4, jo, tady spolubydlící nebo jako to. No tak to, k těm kartám, na nich oceňuji to, že zapomenu, jo, že, že to je takové absolutní vytržení z té situace. Dostanete se do toho, že ta hra je pro Vás v tom momentě vším, a teprve pak si uvědomíte, že, jo, že vlastně se zase vracíte do té reality.“*

Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastěji se respondenti věnují četbě (R1, R4, R6, R9, R10), dále sledují televizi (R1, R4, R5) či luští křížovky, kvízy nebo sudoku (R1, R4, R9). Dvě respondentky (R2, R3) uvedly, že se účastní aktivit domova, kterými jsou besedy, zpěv nebo cvičení. R5 poslouchá rádio, R10 hraje ráda s ostatními obyvateli domova karty. Dva respondenti (R7, R8) uvedli, že se již nevěnují žádné aktivitě, R7 proto, že v domově není žádná aktivita, co by jej bavila. R8 v otázce, která se zaměřovala na to, jestli jej zdravotní potíže v něčem omezují, odpověděl, že špatně vidí, a proto nemůže číst a ani se dívat na televizi, bylo znát, že jej to hodně trápí. Tady se do jisté míry shoduje odpověď R8 s R6, který se sice věnuje četbě, ale dodal, že letos ještě nemá hotové brýle. Musím k této otázce dodat, že na respondentech bylo hodně poznat hlavně z jejich vyjadřování, že se věnují nějaké aktivitě. Je pravdou, že lidé, kteří odpověděli i na otázky do rozhovoru, měli většinou ještě možnost se něčemu věnovat. Jinak jsou v aktivitách často limitováni právě zdravotními potížemi.

5.6 Ověřování platnosti hypotéz

V této podkapitole se budeme věnovat hypotézám a ověřování jejich platnosti která byla realizována pomocí Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Čísla uvedená v závorkách v kontingenčních tabulkách jsou očekávané četnosti odpovědí. Všechny hypotézy byly ověřovány na hladině významnosti 0,05. Pro větší přehlednost uvádíme v tabulkách i relativní četnosti odpovědí. Musím však podotknout, že vzhledem k nerovnoměrnému zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích mohly být některé výsledky zkresleny.

Hypotéza č. 1

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly ve vnímání stárnutí a stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více budou vnímat stárnutí a stáří jako období nemoci a závislosti na ostatních stejně často jako senioři ve věku 60-74 let.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání stárnutí a stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více budou vnímat stárnutí a stáří jako období nemoci a závislosti na ostatních častěji než senioři ve věku 60-74 let.

Tabulka č. 16 ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí označujících stáří/stárnutí jako období nemoci a závislosti neostatních z hlediska věku.

Stáří jako období nemoci a závislosti na ostatních

	ano	**relativní četnost - %**	**ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
60-74 let	6 (5)	33%	12 (13)	67%	**18**
75 a více let	19 (20)	26%	53 (52)	74%	**72**
celkem	**25**		**65**		**90**

Tabulka č. 16: kontingenční tabulka - vztah mezi vnímáním stárnutí a stáří a věkem

Postup výpočtu chí-kvadrátu (χ^2):

Vypočtáme hodnotu chí-kvadrátu pro každé pole kontingenční tabulky, výslednou hodnotu chí-kvadrátu dostaneme po celkovém sečtení těchto hodnot.

P……pozorovaná četnost

O…...očekávaná četnost

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0{,}2+0{,}077+0{,}05+0{,}019=0{,}346$$

Poté vypočítáme počet stupňů volnosti tabulky (f) podle vtahu:

f = (r-1).(s-1)

r……počet řádků tabulky

s……počet sloupců tabulky

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 0,346

Pro počet stupňů volnosti 1 a hladinu významnosti 0,05 nacházíme ve statistických tabulkách hodnotu 3,841. Jelikož vypočítaná hodnota 0,346 je menší než 3,841, přijímáme nulovou hypotézu. Mezi seniory tedy neexistují statisticky významné rozdíly ve vnímání stárnutí a stáří vzhledem k věku. Nemůžeme říci, že by senioři ve věku 75 let a více vnímali stárnutí a stáří jako období nemoci a závislosti na ostatních častěji než senioři ve věku 60-74 let.

Hypotéza č. 2

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly ve vnímání výhod stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním označí možnost, že mají více času na sebe sama a na své zájmy přibližně stejně často jako senioři se základním a středním vzděláním.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání výhod stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním označí možnost, že mají více času na sebe sama a na své zájmy častěji než senioři se základním a středním vzděláním.

Tabulka č. 17 ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání.

Výhodou stáří je více času na sebe sama, na své zájmy:

	ano	**relativní četnost - %**	**ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
základní	19 (13,51)	50%	19 (24,49)	50%	**38**
střední	12 (16)	27%	33 (29)	73%	**45**
vyšší odborné či vysokoškolské	1 (2,49)	14%	6 (4,51)	86%	**7**
celkem	**32**		**58**		**90**

Tabulka č. 17: kontingenční tabulka - vztah mezi vnímáním výhod stáří a vzděláním

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 2{,}231+1{,}231+1+0{,}552+0{,}892+0{,}492=6{,}398$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 6,398

Pro počet stupňů volnosti 2 a zvolenou hladinu významnosti 0,05 nacházíme ve statistických tabulkách hodnotu 5,991. Protože vypočítaná hodnota 6,398 je větší než 5,991, můžeme odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. V našem vzorku respondentů tedy existuje vztah mezi vnímáním výhod stáří a vzděláním. Ale předpoklad, že senioři s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním označí častěji možnost, že mají více času na sebe sama a na své zájmy, se nepotvrdil. Můžeme vidět, že naopak právě senioři se základním vzděláním tuto možnost označili nejčastěji. Proto je nutné hypotézu jako celek odmítnout.

Hypotéza č. 3

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly ve vnímání největších životních změn ve stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více označí za jednu z největších životních změn nesoběstačnost, fyzické změny a nemoc přibližně stejně často jako senioři ve věku 60-74 let.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání největších životních změn ve stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více označí za jednu z největších životních změn nesoběstačnost, fyzické změny a nemoc častěji než senioři ve věku 60-74 let.

Tabulka č. 18 ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí vzhledem k věku.

Největší životní změnou ve stáří je nesoběstačnost, fyzické změny, nemoc

	ano	**relativní četnost - %**	**ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
60-74 let	10 (10)	56%	8 (8)	44%	**18**
75 a více let	40 (40)	56%	32 (32)	44%	**72**
celkem	**50**		**40**		**90**

Tabulka č. 18: kontingenční tabulka - vztah mezi vnímáním největších životních změn ve stáří a věkem

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0+0+0+0=0$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 0

Je patrné, že hodnota chí-kvadrátu 0 je menší, než kritická hodnota v tabulkách 3,841. Přijímáme tedy nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Mezi seniory neexistuje vztah mezi vnímáním největších životních změn ve stáří a věkem. V našem výzkumném vzorku se nepotvrdil předpoklad, že by respondenti ve věku 75 a více let označili častěji za největší životní změny nesoběstačnost, fyzické změny a nemoc než respondenti ve věku 60-74 let. Zjištěné a očekávané četnosti se shodují. Také relativní četnosti kladných odpovědí jsou u obou skupin totožné.

Hypotéza č. 4

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly v tom, čeho se obávají do budoucna vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více se budou nesoběstačnosti či nemoci obávat přibližně stejně často jako senioři ve věku 60-74 let.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly v tom, čeho se obávají do budoucna vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více se budou nesoběstačnosti či nemoci obávat více než senioři ve věku 60-74 let.

Tabulka č. 19 ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí vzhledem k věku.

Největší obavy do budoucna - nesoběstačnost, nemoc

	ano	**relativní četnost - %**	**ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
60-74 let	10 (11,8)	56%	8 (6,2)	44%	**18**
75 a více let	49 (47,2)	68%	23 (24,8)	32%	**72**
celkem	**59**		**31**		**90**

Tabulka č. 19: kontingenční tabulka - vztah mezi obavami do budoucna a věkem

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0{,}275+0{,}523+0{,}069+0{,}131=0{,}998$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 0,998

Protože vypočítaná hodnota 0,998 je menší než kritická hodnota 3, 841, přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Mezi seniory v našem zkoumaném vzorku tedy neexistuje vztah mezi tím, čeho se obávají do budoucna a věkem. Přesto lze zaznamenat pozitivní trend ve směru našeho předpokladu. Respondenti ze starší věkové skupiny označili častěji možnost, že se obávají nesoběstačnosti či nemoci než respondenti mladší.

Hypotéza č. 5

Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti se životem ve stáří vzhledem k věku, vzdělání, rodinnému stavu a pohlaví.

Tato hypotéza byla rozdělena na dílčí hypotézy a), b), c), d), které nyní postupně budeme ověřovat.

a)

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k věku.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 60-74 let budou spokojenější se svým životem ve stáří než senioři ve věku 75 let a více.

Tabulka č. 20 ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí vzhledem k věku.

Spokojenost s životem ve stáří

	ano, spíše ano	**relativní četnost - %**	**ne, spíše ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
60-74 let	9 (14,2)	50%	9 (3,8)	50%	**18**
75 a více let	62 (56,8)	86%	10 (15,2)	14%	**72**
celkem	**71**		**19**		**90**

Tabulka č. 20: kontingenční tabulka - vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a věkem

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 1{,}904+7{,}116+0{,}476+1{,}779=11{,}275$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 11,275

Protože po srovnání vypočítané hodnoty 11, 275 a kritické hodnoty v tabulkách 3,841 můžeme vidět, že vypočítaná hodnota je vyšší, lze přijmout alternativní hypotézu a konstatovat, že v našem vzorku respondentů existuje vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a věkem. Předpoklad, že spokojenější budou respondenti ve věku 60-74 let, se však nepotvrdil. Spokojenější s životem ve stáří byli v našem vzorku respondenti ve věku 75 a více let. Proto je nutné hypotézu jako celek odmítnout.

b)

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou s životem ve stáří spokojeni stejně jako senioři se základním a středním vzděláním.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou spokojenější s životem ve stáří než senioři se základním a středním vzděláním.

Tabulka č. 21 ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání.

Spokojenost s životem ve stáří

	ano, spíše ano	**relativní četnost - %**	**ne, spíše ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
základní	33 (29,98)	87%	5 (8,02)	13%	**38**
střední	32 (35,5)	71%	13 (9,5)	29%	**45**
vyšší odborné či vysokoškolské	6 (5,52)	86%	1 (1,48)	14%	**7**
celkem	**71**		**19**		**90**

Tabulka č. 21: kontingenční tabulka - vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a vzděláním

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0{,}304+1{,}137+0{,}345+1{,}289+0{,}042+0{,}156=3{,}273$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 3,273

Když srovnáme vypočítanou hodnotu chí-kvadrátu 3,273 a kritickou hodnotu 5,991, musíme konstatovat, že vypočítaná hodnota je menší, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Mezi spokojeností s životem ve stáří u skupin respondentů s různým vzděláním není statisticky významný rozdíl. Předpoklad, že senioři s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou ve stáří spokojenější než senioři se základním a středním vzděláním, se nepotvrdil - nejspokojenější jsou senioři se základním vzděláním. Rozdíly v relativních četnostech odpovědí mezi respondenty se základním a vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním nejsou velké, činí pouhé jedno procento.

c)

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k rodinnému stavu. Senioři, kteří jsou vdovci či vdovami, budou s životem ve stáří spokojeni přibližně stejně jako ti, kteří jsou svobodní, v manželství či rozvedení.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k rodinnému stavu. Senioři, kteří jsou vdovci či vdovami, budou s životem ve stáří méně spokojeni než ti, kteří jsou svobodní, v manželství či rozvedení.

Tabulka č. 22 ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí vzhledem k rodinnému stavu.

Spokojenost s životem ve stáří

	ano, spíše ano	**relativní četnost - %**	**ne, spíše ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
svobodný/á	9 (9,47)	75%	3 (2,53)	25%	**12**
ženatý/vdaná	6 (4,73)	100%	0 (1,27)	0%	**6**
rozvedený/á	9 (13,41)	53%	8 (3,59)	47%	**17**
vdovec/vdova	47 (43,39)	85%	8 (11,61)	15%	**55**
celkem	**71**		**19**		**90**

Tabulka č. 22: kontingenční tabulka - vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a rodinným stavem

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0{,}023+0{,}087+0{,}341+1{,}27+1{,}450+5{,}417+0{,}300+1{,}122=10{,}01$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 10,01

Protože vypočítaná hodnota 10,01 je větší než kritická hodnota 7,815, můžeme odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. V našem zkoumaném vzorku tedy existuje vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a rodinným stavem. Ovšem předpoklad, že senioři, kteří jsou vdovci či vdovami budou méně spokojeni se svým životem ve stáří, než ti, kteří jsou svobodní, v manželství či rozvedení, nemůžeme potvrdit, Ukazuje se, že nejspokojenější jsou respondenti žijící v manželství, druhou nejspokojenější skupinou respondentů jsou vdovy a vdovci. Nejméně spokojenými byli v našem vzorku rozvedení lidé. Významný rozdíl ve spokojenosti spatřujeme právě mezi skupinou vdaných/ženatých a rozvedených respondentů.

d)

H_0: Mezi seniory neexistují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k pohlaví. Ženy budou s životem ve stáří spokojeny stejně jako muži.

H_A: Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k pohlaví. Ženy budou s životem ve stáří spokojenější než muži.

Spokojenost s životem ve stáří

	ano, spíše ano	**relativní četnost - %**	**ne, spíše ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
ženy	59 (57,59)	81%	14 (15,41)	19%	**73**
muži	12 (13,41)	71%	5 (3,59)	29%	**17**
celkem	**71**		**19**		**90**

Tabulka č. 23: kontingenční tabulka - vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a pohlavím

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0{,}035+0{,}129+0{,}148+0{,}554=0{,}866$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 0,866

Vypočítaná hodnota 0,866 je menší než kritická hodnota 3,841, odmítáme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou. V našem zkoumaném vzorku tedy neexistuje vztah

mezi spokojeností s životem ve stáří a pohlavím. Přesto lze zaznamenat pozitivní trend ve směru našeho předpokladu.

Hypotéza č. 6

H_0: Neexistuje souvislost mezi spokojeností s životem ve stáří a spokojeností s osobními mezilidskými vztahy. Jedinci, kteří jsou spokojeni s osobními mezilidskými vztahy, projevují stejnou spokojenost se svým životem ve stáří jako lidé, kteří nejsou spokojeni s mezilidskými vztahy.

H_A: Existuje souvislost mezi spokojeností s životem ve stáří a spokojeností s osobními mezilidskými vztahy. Jedinci, kteří jsou spokojeni s osobními mezilidskými vztahy, jsou spokojenější se svým životem ve stáří než lidé, kteří nejsou spokojeni s mezilidskými vztahy.

Spokojenost s životem ve stáří

	ano, spíše ano	**relativní četnost - %**	**ne, spíše ne**	**relativní četnost - %**	**celkem**
ano, spíše ano	68 (66,27)	81%	16 (17,73)	19%	**84**
ne, spíše ne	3 (4,73)	50%	3 (1,27)	50%	**6**
celkem	**71**		**19**		**90**

Tabulka č. 24: kontingenční tabulka - vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a spokojeností s mezilidskými vztahy

Postup výpočtu chí-kvadrátu:

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 0{,}045+0{,}169+0{,}633+2{,}357=3{,}204$$

Výsledná hodnota chí-kvadrátu: 3,204

Vypočítaná hodnota 3,204 je menší než kritická hodnota 3,841, musíme odmítnout alternativní hypotézu a přijmout hypotézu nulovou. V našem výzkumném vzorku tedy neexistuje vztah či souvislost mezi spokojeností s životem ve stáří a spokojeností s mezilidskými vztahy. Platnost předpokladu, že jedinci, kteří jsou spokojeni s osobními mezilidskými vztahy, jsou také spokojenější s životem ve stáří, nemůžeme tedy potvrdit.

6 DISKUSE

Hlavním cílem výzkumného šetření realizovaného v Domově seniorů Pohoda Chválkovice bylo zjistit, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří. Dílčím cílem bylo zjistit, které problémy a životní změny seniory nejvíce tíží v současnosti, které životní změny považují za největší, se kterými změnami ve stáří bylo pro ně nejobtížnější se vyrovnat a čeho se obávají do budoucna. Nejdříve budeme diskutovat výsledky vztahující se k těmto cílům. Poté se budeme věnovat výsledkům, vztahujícím se k zjišťování rozdílů a vztahů mezi proměnnými, které byly vyjádřeny v hypotézách. Musím ještě předem zdůraznit, že vzhledem k tomu, že zkoumaný vzorek respondentů pocházel pouze z domova pro seniory, nelze výsledky zobecňovat na celou populaci. Odpovědi respondentů budou pravděpodobně ovlivněny touto skutečností. Při ověřování hypotéz mohly být výsledky zkresleny nerovnoměrným zastoupením respondentů v jednotlivých kategoriích.

6.1 Diskuse výsledků k cílům 1 - 4

Z našeho výzkumného šetření vyšlo jasně najevo, že nejvíce seniory trápí úbytek fyzických sil, nemoc, a dále také nesoběstačnost. Vzhledem k tomu, že převážná většina respondentů se nacházela ve věkovém rozmezí 75 a více let je patrné, že na tom již zdravotně nebudou nejlépe a budou mít určité zdravotní potíže (nejčastěji se jednalo o onemocnění pohybového a smyslového ústrojí a dále o kardiovaskulární onemocnění). Sociální služba domov pro seniory je přímo určena pro osoby, které mají sníženou soběstačnost - proto také zřejmě respondenti hojně volili tuto odpověď. Podle Vágnerové (2007) po 75. roku věku růst nesoběstačnosti strmě stoupá, čímž se jejich volba nesoběstačnosti zdůvodňuje.

Co se týká největších životních změn ve stáří, nejčastěji uváděli respondenti jako největší životní změnu smrt partnera či jiné blízké osoby a s touto změnou se senioři také nejobtížněji vyrovnávali. Myslím, že to není překvapivé. Ztráta životního partnera je pro seniory velice zraňující. Jedná se často o mnoholetá soužití, kdy lidé byli zvyklí spolu prožívat radosti i starosti, byli si oporou a teď je to pryč. Lidé zůstávají na vše sami. Rovněž si musí vybudovat novou identitu, což ve vyšším věku musí být velice složité. Tato náročná situace nemusí být nutně příliš pesimistická, pokud člověk má oporu ve své rodině. Ta mu může výraznou měrou ulehčit od jeho problémů, i když chybějícího partnera nemůže nahradit. U starších lidí je velmi pravděpodobné, že spousta z nich si dalšího partnera nenajde vzhledem ke svému věku a vzhledem k umístění v instituci si dovoluji tvrdit, že tato šance je mizivá. Dalšími největšími životními změnami pro ně byla nesoběstačnost, fyzické změny,

nemoc a odchod od ústavního zařízení. Je tedy zřejmé, že zdraví je na předních příčkách hodnotového žebříčku seniorů. Kromě fyzických změn jsou jmenované změny pro respondenty také nejnáročnější na vyrovnání se. Kozáková (in Kozáková, Müller, 2006) uvádí, že staří lidé jsou obvykle vyrovnáni s myšlenkou smrti, ale jen obtížně snášejí představu, že budou závislí na ostatních. Vyrovnat se se ztrátou či omezením soběstačnosti je pro každého člověka velmi náročné, protože se musí naučit spoléhat na druhé, sám si již nevystačí. Mnozí nesoběstační lidé se cítí být druhým na obtíž.

Největší obavy do budoucna mají respondenti z nemoci, nesoběstačnosti a samoty. Je to pochopitelné, nikdo nechce být nemocný, závislý na péči ostatních a osamocený. Co se týká osamělosti či samoty, čím je člověk starší, tím více ubývá jeho vrstevníků. Vlivem zhoršeného zdravotního stavu je často izolován od sociálního okolí a stává se čím dál více osamělým. To je ve stáří velkým problémem, protože s kým jiným, než se svými vrstevníky si člověk může lépe rozumět. Je zajímavé, že třeba z umírání a smrti senioři takový strach nemají.

Co se sice nevztahuje k cílům výzkumu, ale je podle mého názoru důležité uvést, je poznatek, že i když Vágnerová (2007) uvádí, že senioři mají potíže s rozlišením důležitých informací od méně důležitých, v našem výzkumném šetření se to nepotvrdilo. Senioři sami právě v této schopnosti spatřují nejčastěji největší výhodu stáří.

Z rozhovorů s lidmi našeho výzkumného šetření bylo patrné, že lidé, kteří se uměli velmi obratně slovně vyjadřovat, se zajímali o dění kolem sebe. Byl zde znatelný pozitivní vliv duševní činnosti na myšlení a vyjadřovací schopnosti.

6.2 Diskuse k platnosti hypotéz

Hypotéza č. 1

Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání stárnutí a stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více budou vnímat stárnutí a stáří jako období nemoci a závislosti na ostatních častěji než senioři ve věku 60-74 let.

Námi formulovaný předpoklad nebyl potvrzen. Nenašli jsme tedy vztah mezi věkem a tím, jak lidé vnímají stárnutí a stáří. Proti našemu předpokladu byla pouze naznačena skutečnost, že respondenti ve věku nad 75 let vnímají stárnutí a stáří jako období nemoci a závislosti na ostatních méně často než lidé ve věku 60-74 let.

Domnívám se, že rozdíly nebyly nalezeny z důvodu, že všichni respondenti (ať už starší či mladší) vzhledem k umístění v instituci na tom jsou podobně se zdravím a soběstačností.

Hypotéza č. 2

Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání výhod stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním označí možnost, že mají více času na sebe sama a na své zájmy častěji než senioři se základním a středním vzděláním.

Zde bylo možno potvrdit alternativní hypotézu. Nalezli jsme vztah mezi vnímáním výhod stáří a vzděláním. Předpokladem ovšem bylo, že senioři s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním označí častěji možnost že mají více času na sebe sama a na své zájmy. Ukázal se však pravý opak, nejčastěji tuto možnost označili respondenti se základním vzděláním a lidé s nejvyšším vzděláním ji zvolili nejméně často. Proto musíme konstatovat, že **námi formulovaný předpoklad nebyl potvrzen.** Mohlo to být způsobeno malým zastoupením lidí s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

Hypotéza č. 3

Mezi seniory existují rozdíly ve vnímání největších životních změn ve stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více označí za jednu z největších životních změn nesoběstačnost, fyzické změny a nemoc častěji, než senioři ve věku 60-74 let.

Námi formulovaný předpoklad nebyl potvrzen, vztah mezi věkem a vnímáním největších životních změn ve stáří se nepotvrdil. Relativní četnosti odpovědí byly naprosto totožné, tedy v našem vzorku se neukázalo, že by jedna z věkových skupin označila nesoběstačnost, fyzické změny a nemoc častěji než druhá. Myslím si, že to může být způsobeno právě tím, že jak mladší, tak starší senioři na tom budou zdravotně podobně.

Hypotéza č. 4

Mezi seniory existují rozdíly v tom, čeho se obávají do budoucna vzhledem k věku. Senioři ve věku 75 let a více se budou nesoběstačnosti či nemoci obávat více než senioři ve věku 60-74 let.

Námi formulovaný předpoklad nebyl potvrzen, nebyl nalezen vztah mezi tím, čeho se senioři obávají do budoucna a věkem. Přestože jsme zaznamenali pozitivní trend ve směru našeho předpokladu, rozdíly v četnostech nebyly významné. Dá se předpokládat, že věk nehraje tak významnou roli v míře obav tohoto typu. Můžeme usuzovat, že významnější souvislosti by se daly nalézt například ve vztahu k aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Hypotéza č. 5

Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti se životem ve stáří vzhledem k věku, vzdělání, rodinnému stavu a pohlaví. Tato hypotéza byla rozdělena na dílčí hypotézy a), b), c), d), které byly postupně ověřovány.

Hypotéza č. 5a) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k věku. Senioři ve věku 60-74 let budou spokojenější se svým životem ve stáří než senioři ve věku 75 let a více.

U této hypotézy jsme našli vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a věkem a přijali jsme tedy alternativní hypotézu. Přesto jsme museli hypotézu jako celek odmítnout, protože proti původním předpokladům výrazně spokojenější s životem ve stáří se v našem vzorku ukázali být lidé starší 75-ti let. Můžeme se domnívat, že je možné, že ve vyšším věku již adaptace na stáří proběhla. Také lidé v tomto věku již možná našli způsob, jak se se změnami vyrovnat.

Hypotéza č. 5b) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem ke vzdělání. Senioři s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou spokojenější s životem ve stáří než senioři se základním a středním vzděláním.

Přijali jsme nulovou hypotézu, tedy v mezi našimi respondenty nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem ke vzdělání. Nepotvrdilo se také, že by senioři s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním byli spokojenější s životem ve stáří. Nejspokojenějšími se ukázali být respondenti se základním vzděláním, ale rozdíly v relativních četnostech jsou minimální. Nejméně spokojenými se ukázali být respondenti se středním vzděláním. Vzdělání tedy patrně není rozhodujícím faktorem spokojenosti, tyto naznačené rozdíly však bude nutné dále zkoumat.

Hypotéza č. 5c) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k rodinnému stavu. Senioři, kteří jsou vdovci či vdovami, budou s životem ve stáří méně spokojeni než ti, kteří jsou svobodní, v manželství či rozvedení.

Zde bylo možno přijmout alternativní hypotézu, v našem vzorku tedy byl zjištěn vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a rodinným stavem. Ukázalo se však, že vdovci a vdovy jsou po lidech žijících v manželství nejspokojenější s životem ve stáří, nejméně spokojení byli lidé rozvedení. Tady se domnívám, že spokojenost vdov a vdovců může souviset s jejich spokojeným manželstvím, kdy toto mohlo ovlivnit i jejich spokojenost s životem ve stáří. Tím by se mohl vysvětlit i postoj rozvedených lidí, kteří naopak v manželství nebyli šťastni, tedy se můžeme domnívat, že jejich život nebyl naplněn, jsou tedy nespokojenější.

Hypotéza č. 5d) Mezi seniory existují rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k pohlaví. Ženy budou s životem ve stáří spokojenější než muži.

Museli jsme přijmout nulovou hypotézu, nenašli jsme tedy statisticky významné rozdíly mezi spokojeností s životem ve stáří mužů a žen. Výsledky naznačují, že v našem vzorku byly spokojenější ženy než muži, tyto rozdíly však nejsou nijak velké.

Hypotéza č. 6

Existuje souvislost mezi spokojeností s životem ve stáří a spokojeností s osobními mezilidskými vztahy. Jedinci, kteří jsou spokojeni s osobními mezilidskými vztahy, jsou spokojenější se svým životem ve stáří.

U této hypotézy jsme museli přijmout nulovou hypotézu a odmítnout hypotézu alternativní. Nebyly tedy zjištěny statisticky významné rozdíly mezi spokojeností s životem ve stáří a spokojeností s osobními mezilidskými vztahy. Můžeme se domnívat, že dobré mezilidské vztahy nejsou určujícím faktorem spokojenosti s životem ve stáří. Důležitější pro seniory může v tomto ohledu být dobrý zdravotní stav a soběstačnost.

Výsledky našeho výzkumného šetření ukázaly, že seniory nejvíce tíží úbytek fyzických sil, nemoc a nesoběstačnost. Za největší životní změnu ve stáří považují smrt partnera či jiné blízké osoby, dále pak nesoběstačnost, fyzické změny, nemoc a odchod do ústavního zařízení. Nejobtížněji se vyrovnávají se smrtí partnera či jiné blízké osoby, s nemocí, nesoběstačností a odchodem do ústavního zařízení. Největší obavy do budoucna mají z nemoci, nesoběstačnosti a samoty. Můžeme tedy usuzovat, že největšími prioritami pro ně jsou zdraví, soběstačnost a vztahy s blízkými lidmi.

V našem výzkumném šetření jsme nalezli vztah mezi vnímáním výhod stáří a vzděláním Bylo překvapením, že možnost více času na sebe sama a na své zájmy, označili nejčastěji respondenti se základním vzděláním. Naopak respondenti s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním tuto možnost označili nejméně často. Domnívali jsme se, že právě respondenti s vyšším vzděláním budou vyvíjet více aktivit a věnovat se více činnostem.

Nalezli jsme také vztah mezi spokojeností s životem ve stáří a věkem. Překvapivé bylo, že jako výrazně spokojenější se ukázali být lidé ve věku 75 let a více, což jsme nepředpokládali.

Dále jsme zjistili rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k rodinnému stavu. Je zajímavé, že nejspokojenějšími s životem ve stáří se hned po lidech žijících v manželství ukázali být lidé ovdovělí. Domnívali jsme se, že vdovy a vdovci budou ve stáří

nejméně spokojeni, což se však nepotvrdilo. Nejméně spokojenými s životem ve stáří se v našem výzkumném šetření ukázali být lidé rozvedení.

Na závěr diskuse bych chtěla uvést, že po zkušenostech z výzkumného šetření se mi metoda dotazníku pro zkoumání seniorské populace nejeví jako ideální. Samostatné vyplňování dotazníků je pro mnohé seniory vzhledem k jejich omezeným fyzickým i mentálním schopnostem náročným úkolem. Pokud již má být dotazník ke zkoumání seniorů použit, měl by být přizpůsoben jejich schopnostem. Otázky by měly být co nejsrozumitelnější, a pokud možno by neměly obsahovat hodně možností odpovědí, protože to velmi komplikuje vyplňování. Důvodem jsou potíže se zrakem, sluchem, ale také pamětí v případě, že je nutné otázky předčítat.

Co se týká vyplňování dotazníků v našem výzkumném šetření, domnívám se, že nevýhodou mohlo být to, že vlivem mé přítomnosti a osobnímu zaměření mnohých otázek mohlo dojít (a s největší pravděpodobností také došlo) k tomu, že respondenti nemuseli odpovídat vždy popravdě. Připouštím rovněž nechtěné sugestivní zaměření některých otázek, čímž také mohlo dojít k nezáměrnému ovlivnění respondentů. Vzhledem k tomu, že některé otázky jak v dotazníku, tak v rozhovoru byly velmi osobní, měla jsem obavy, že bude pro některé respondenty obtížné na ně odpovědět. Tyto obavy se však nepotvrdily, respondenti většinou odpovídali na vše ochotně. Mnozí uváděli i informace navíc. Celkově hodnotím atmosféru velmi pozitivně.

Myslím si, že ideální metodou pro zjišťování postojů a mínění seniorů, je rozhovor, i když může být také časově náročný vzhledem k tomu, že starší lidé se mnohdy rozpovídají.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zaměřovala na vnímání a prožívání stárnutí a stáří, a zejména na náročné změny v životě seniorů a jejich vliv na psychiku. Samotné stárnutí a stáří totiž mnohdy není snadné a týká se každého z nás. Cílem celé práce bylo zjistit, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří a jak na ně působí náročné změny příznačné pro toto životní období.

V teoretické části jsem svou pozornost zaměřila nejprve na definování samotného stárnutí a stáří a jejich dělení, dále jsem se věnovala ageismu, neboli také věkové diskriminaci a mýtům a předsudkům o stáří. Právě ageismus a mýty a předsudky o stáří jsem do práce zařadila z toho důvodu, protože tyto jevy jsou v naší společnosti bohužel pořád značně rozšířené a nezdá se, že by docházelo k jejich zmírňování. Přitom tolik působí na samotné seniory, kteří se díky nim cítí nepotřební a méněcenní, a to rozhodně nepřispívá k jejich spokojenému stáří.

Ve druhé kapitole jsem pozornost věnovala fyzickým a psychickým změnám ve stáří, které mají rovněž svůj velký podíl na tom, jak sami senioři své vlastní stárnutí vnímají a prožívají.

Kromě zdravotního stavu ve stáří nastávají častěji než v jiných obdobích života různé nepříznivé situace, kterým člověk musí čelit a vyrovnat se s nimi. Je to o to obtížnější, protože nastávají v době, kdy již lidé nemají tolik psychických ani fyzických sil a často ani potřebnou sociální oporu pro jejich zvládnutí. Situace, které jsem ve třetí kapitole popsala, a které patří k nejobtížnějším, jsou odchod do důchodu, nesoběstačnost, osamělost a ovdovění.

Na závěr teoretické části jsem se zaměřila na to, jak vlastně zvládat stárnutí a stáří. Jsou zde podány informace o přípravě na stárnutí a stáří a způsobech adaptace na tuto situaci.

Ve druhé části práce, části praktické, jsem pomocí dotazníku a rozhovoru zkoumala, jak senioři vnímají a prožívají stárnutí a stáří. Výzkumné šetření jsem realizovala v Domově seniorů Pohoda Chválkovice. Snažila jsem se z informací zjištěných dotazníkem zjistit vztahy a rozdíly ve vybraných charakteristikách. Stanovila jsem si hypotézy, které se však většinou nepodařilo potvrdit. Výsledky však mohly být zkresleny velkými rozdíly v zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích.Tato část práce byla pro mě velikým přínosem, protože prostřednictvím rozhovorů s lidmi jsem se dozvěděla spoustu informací. Tyto informace neposloužily pouze pro diplomovou práci, ale i pro mě osobně. Vážím si zkušeností a rad lidí, se kterými jsem se mohla setkat, a také jejich ochoty ke spolupráci. Byli ke mně velmi milí, z čehož jsem měla velkou radost.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že senioři stárnutí a stáří vnímají nejčastěji jako období, kdy mohou být se svými blízkými, což je pozitivní vzhledem k faktu, že respondenti našeho výzkumného se nenacházeli v domácím prostředí. Značné množství z nich však stárnutí a stáří vnímá negativně - jako období nemoci a závislosti na ostatních, což také pravděpodobně souvisí s jejich pobytem v domově pro seniory. Přesto z výsledků vyplynulo, že většina našich respondentů je celkově se svým životem ve stáří převážně spokojena, a rovněž je spokojena také se svými osobními mezilidskými vztahy. Co se týká největších životních změn ve stáří, největší životní změnou ve stáří je pro většinu seniorů smrt partnera či jiné blízké osoby. Dále pak je to nesoběstačnost, nemoc, fyzické změny a odchod do ústavního zařízení. Je pro ně tedy velice důležitý jejich zdravotní stav, který je rovněž nejvíce trápí.

V našem výzkumném šetření jsme jsme zjistili rozdíly ve vnímání výhod stáří vzhledem ke vzdělání, rozdíly ve spokojenosti s životem ve stáří vzhledem k rodinnému stavu, a také rozdíly mezi spokojeností s životem ve stáří a věkem. Závěry vyplývající z výzkumu byly následně diskutovány.

Myslím si, že v naší společnosti je pořád stáří a stárnutí odsouváno do pozadí. Přitom se ukazuje, že může být spokojeným obdobím jako každé jiné v životě. Je potřeba si uvědomit, že stáří je přirozená součást života, nebránit se mu za každou cenu. Týká se každého z nás. Domnívám se, že z toho by se mělo vycházet v postojích společnosti k seniorům.

Co se týká doporučení pro pracovníky Domova seniorů Chválkovice, pro seniory je velice důležitá soběstačnost. Pokud je to jen trochu možné, je zapotřebí je v soběstačnosti podporovat a organizovat i nadále společné aktivity, při nichž mohou upevnit své vztahy s vrstevníky.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod. - a podobně

atd. - a tak dále

atp. - a tak podobně

č - číslo

např. - například

R - respondent

resp. - respektive

tj. - to je

tzv. - takzvaný

POUŽITÉ ZDROJE

Literatura a časopisy

DESSAINTOVÁ, Marie-Paule. *Nezačínejte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.

EHLERS, Hella, Gabriele LINKE, Beate RUDLOF a Heike TRAPPE (Hg.). *Geschlecht-Generation-Altern(n)*: *Geistes-und sozialwissenschaftliche Perspektiven*. Berlin: Lit Verlag, 2011. ISBN 978-3-643-11072-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd., v Portálu 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. podstatně přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ, Květa ZIKMUNDOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

CHLOUBOVÁ, Helena. Změny potřeb ve stáří. *Zpravodaj ústavů sociální péče pro management rezidenčních zařízení*. 2005, roč.1., č. 2, s. 22. identifikátor neuveden.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*: *základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr SUCHARDA a kol. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*: *možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

ORT, Jiří. *Kapitoly ze sociologie stáří*: *(společenské a sociální aspekty stárnutí)*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7044-636-6.

PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981.

PETRÁČKOVÁ, Věra, Jiří KRAUS a kol. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. (dotisk). Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0607-9.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*: *vývojová psychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří*: *kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

SÝKOROVÁ, Dana, Dušan ŠIMEK a Miroslava DVOŘÁKOVÁ (eds.). *Třetí věk trojí optikou*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1006-0.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.

THIMM, Caja. *Alter- Sprache- Geschlecht: Sprach- und kommunikationswissenschaftliche Perspektiven auf das höhere Lebensalter*. Frankfurt/Main: Campus, 2000. ISBN 3-593-36468-9.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatrie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a. s., 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.*: *dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIDOVIĆOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.

VIGUÉ, Jordi (ed.). *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006. ISBN 80-7234-536-2.

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Internetové zdroje

Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) v České republice. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/11696

MALÁ, Hana. *Fenomén stáří a vliv na sebepojetí* [online]. Brno, 2011 [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214761/lf_m. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Andrea Pokorná.

Příprava na stárnutí. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/2856

Rada vlády pro seniory a stárnutí populace. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/2897

ŠVEŘEPA, Milan. Jaké mají senioři podmínky ve svém domácím prostředí?. *Sociální revue*: *Sociální práce a společenské otázky* [online]. [cit. 2012-06-18]. ISSN 1801-6790. Dostupné z: http://socialnirevue.cz/item/jake-maji-seniori-podminky-ve-svem-domacim-prostredi

TRŽILOVÁ, Ada. *Vliv změny sociální situace na zdraví seniorů* [online]. Brno, 2011 [cit. 2012-06-19]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142555/lf_m/. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natália Beharková.

ŽÁKOVÁ, Lenka. *Psychologické aspekty adaptace života ve stáří* [online]. Brno, 2007 [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/60069/lf_m. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Lenka Minibergerová.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Formulář dotazníku

Příloha č. 2 - Znění otázek

Příloha č. 1 - Formulář dotazníku

DOTAZNÍK

1. Věk:

2. Pohlaví:

a) muž

b) žena

3. Vzdělání

a) nedokončené základní

b) základní

c) střední bez maturity

d) střední s maturitou

e) vyšší odborné

f) vysokoškolské

4. Rodinný stav

a) svobodný/á

b) ženatý/vdaná

c) mám partnera/partnerku

d) rozvedený/á

e) vdovec/vdova

5. Jaké máte zdravotní potíže?

(*v případě, že žádné potíže nemáte, uveďte tuto skutečnost)*

6. Jste spokojen/a s Vašimi osobními mezilidskými vztahy (vztah s přáteli, rodinou…)?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

7. Jak vnímáte stárnutí a stáří?

(*můžete označit více odpovědí)*

a) období klidu a relaxace, kdy se mohu seberealizovat

b) období, kdy mohu být se svými blízkými

c) období svobody a nezávislosti

d) období moudrosti a zkušenosti

e) období nemoci a závislosti na ostatních

f) období samoty

g) období odsunu na okraj společnosti

h) jiná odpověď (*vypište)*……

8. Co Vás nejvíce tíží v současné době?

(*můžete označit více odpovědí)*

a) úbytek fyzických sil, nemoc

b) nesoběstačnost

c) samota

d) vztahy s okolím

e) nedostatek financí

f) nedostatek času či schopností pro životní plány a změny

g) nemám velké potíže

h) jiná odpověď (*vypište)*…….

9. Co považujete v souvislosti se stářím za Vaši největší výhodu?

(můžete označit více odpovědí)

a) mám dostatek zkušeností

b) mám více času na sebe sama, na své zájmy

c) jsem více uvolněný/á a méně nervózní

d) mám více času na své blízké

e) dokáži snadněji oddělit věci důležité od méně důležitých

f) jiná odpověď *(vypište)*……..

10. Jste vyrovnán/a s tím, že stárnete?

a) ano

b) ne

c) nevím

11. Jste spokojen/a se svým životem ve stáří?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

12. Cítíte se osamělý/á?

a) ano

b) někdy

c) ne

13. Co považujete ve stáří za největší životní změnu?

(*můžete označit více odpovědí)*

a) fyzické změny

b) psychické změny

c) odchod do důchodu

d) smrt partnera či jiné blízké osoby

e) nesoběstačnost

f) osamělost

g) zhoršení ekonomické situace

h) odchod do ústavního zařízení

i) nemoc

j) narození vnoučat

k) odchod dětí z domova

l) rozvod

m) jiné *(vypište)*……..

14. Vypište, se kterými změnami uvedenými v otázce č. 13 bylo pro Vás nejobtížnější se vyrovnat

15. Čeho se nejvíce obáváte do budoucna?

(můžete označit více odpovědí))

a) samoty

b) nesoběstačnosti

c) finanční situace

d) nemoci

e) nedostupnosti lékařské péče

f) změny životního stylu

g) špatných vztahů s okolím

h) smrti

i) jiná odpověď (*vypište)*…….

Příloha č. 2 - Znění otázek

k otázce č. 5: Omezují Vás v něčem tyto potíže? Pokud ano, v čem konkrétně?

k otázce č. 6: Stýkáte se pravidelně s některým pro Vás blízkým člověkem (někdo z přátel či rodiny)? Pokud ano, jak často?

k otázce č. 11: Co je příčinou Vaší spokojenosti či nespokojenosti s Vaším současným životem?

k otázce č. 13: Proč považujete zrovna tuto změnu/změny za největší?

k otázce č. 14: Kdo nebo co Vám pomohlo se vyrovnat se změnami ve stáří?

Věnujete se pravidelně nějaké činnosti, která Vás baví?