

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

ADAPTACE NA STÁŘÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Andrea Čížková

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 2014

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Lence Novotné za poskytnutí cenných rad a informací, za ochotu a vstřícnost při konzultacích.

OBSAH

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 KONCEPCE A TEORIE STÁŘÍ	9
1.1 TEORIE STÁRNUTÍ PODLE PACOVSKÉHO	9
1.2 TEORIE STÁRNUTÍ PODLE HOCMANA	10
1.3 DALŠÍ TEORIE STÁRNUTÍ	11
2 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI STÁRNUTÍ	13
2.1 ZMĚNY TĚLESNÉ VÝŠKY A HMOTNOSTI	13
2.2 ZMĚNY KŮŽE	14
2.3 ZMĚNY SMYSLOVÝCH ORGÁNŮ	15
2.4 PORUCHY SPÁNKU	16
2.5 ZMĚNY ENDOKRINNÍHO SYSTÉMU	16
2.6 STÁRNUTÍ NERVOVÉ SOUSTAVY A MOZKU	17
3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ	19
3.1 KOGNITIVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ	19
3.2 EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ	21
3.3 ZMĚNY OSOBNOSTI VE STÁŘÍ	22
3.4 ZMĚNY V ADAPTACI	23
4 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ	25
4.1 RODINA A STARÝ ČLOVĚK	25
4.2 STÁŘÍ A SPOLEČNOST	26
4.3 STARÝ ČLOVĚK V INSTITUCIONÁLNÍ PĚČI	27
4.4 PENZIONOVÁNÍ	28
5 PSYCHOPATOLOGICKÉ PROBLÉMY STÁŘÍ	30
5.1 DEPRESE A SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ	30
5.2 DEMENCE A JEJÍ DRUHY	31
5.2.1 Demence Alzheimerova typu	32
5.2.2 Pickova a Huntingtonova choroba	33
5.2.3 Parkinsonova choroba a Creutzfeldt-Jacobova nemoc	34
5.2.4 Multiinfarktová demence	35
6 PREVENCE PATOLOGICKÝCH ZMĚN A ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ	36
6.1 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ	36
6.2 PREVENCE A ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ	37
6.3 AKTIVITA VE STÁŘÍ	38
6.4 VZDĚLÁVÁNÍ VE STÁŘÍ	39
PRAKTICKÁ ČÁST	41
1 CÍLE PRŮZKUMU	42
2 POPIS METODY A PRŮBĚH PRŮZKUMU	43
2.1 DOTAZNÍK D-S-F	44
3 POSTUP PRŮZKUMU	45
4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	46
5 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU	48
6 SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI	57
ZÁVĚR	58
RESUMÉ	59

SUMMARY	60
SEZNAM LITERATURY	61
SEZNAM TABULEK	63
SEZNAM PŘÍLOH	65
PŘÍLOHY	I

Úvod

Stáří s sebou přináší mnoho změn, které se dříve nebo později projeví na každém člověku. Jedná se o změny psychické i fyzické. Asi nejnápadněji se stáří projeví na vzhledu jedince – tvář začínají plnit vrásky, vlasy padají nebo šedivějí. Mění se styl chůze, síly ubývají, nemoci naopak přibývají. V životě stárnoucích lidí nastávají rovněž nové situace, se kterými jsou nuceni se vyrovnat. Děti odcházejí z domova a začínají žít svůj život, přátelé, manželé nebo manželky umírají, člověk se najednou potýká s velkým množstvím času, který neví jak využít. Mnoho starých lidí se cítí ostrčeně a méněcenně. Stáří však není nic, čeho by se měl člověk bát. I v tomto období lze prožívat šťastné chvíle, těšit se s vnoučaty, dokonce se i dále vzdělávat. Je na každém jedinci, jak se svým časem naloží a jakým směrem se bude jeho život dále ubírat.

Snem asi každého člověka je zůstat co nejdéle v dobré fyzické kondici a bez větších zdravotních problémů. Aby se však tento sen mohl stát skutečností, je nutné tomu svůj životní styl přizpůsobit. Pravidelnou tělesnou aktivitou a vyváženou stravou lze totiž mnohým onemocněním předejít.

Tématem mé bakalářské práce je adaptace na stáří. Stáří čeká každého z nás, aniž si to možná uvědomujeme, a proto je žádoucí se s tímto životním obdobím blíže seznámit. Teoretická část obsahuje informace o různých teoriích stáří, zabývá se anatomico – fyziologickými změnami, které jsou pro stárnutí charakteristické, věnuje se psychologickým a sociálním aspektům stáří. Dále se snaží čtenáře seznámit s psychopatologickými problémy stáří, především s různými formami demencí. V neposlední řadě informuje o různých možnostech prevence, která je v tomto období velmi důležitá.

Praktická část zahrnuje průzkum seniorů v Domově pro seniory ve Strakonících. Cílem praktické části je zjistit, jaké podmínky a okolnosti života jsou pro staré lidi v institucionální péči důležité a jak jsou spokojeni s jejich dosahováním. K získání výsledků byl použit dotazník D-S-F.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KONCEPCE A TEORIE STÁŘÍ

„Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.“ Stáří provází mnoho změn, z nichž jsou některé velmi nápadné. Tělo je náchylnější k zánětlivým onemocněním, hojení ran vyžaduje delší časové období, zvyšuje se riziko nádorových onemocnění aj. „Biologické znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a v jejích buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů.“ Tkáně jsou nahrazovány vazivem, neurony zase gliovými buňkami. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202)

„Stárnutí v úzkém slova smyslu je přechodnou vývojovou periodou mezi dospělostí a stářím.“ Změny, které při tomto procesu nastanou, jsou nevratné a neopakovatelné. Jedná se o proces, který je přirozenou součástí života člověka a vykazuje znaky, které jej odlišují od ostatních vývojových etap. (Pacovský, 1990, s. 30)

Shromážděním velkého množství poznatků o problematice stárnutí vzniklo mnoho teorií, které se snaží objasnit, proč k tomuto jevu vůbec dochází. V této oblasti však narážíme na mnoho nejasností, a tak dodnes není tato otázka jednoznačně zodpovězena. (Pacovský, 1990, s. 30)

1.1 TEORIE STÁRNUTÍ PODLE PACOVSKÉHO

Teorie genetického programu je založena na předpokladu, že celý proces stárnutí je záležitostí čistě genetickou. Vinou poškození genů, může být proces stárnutí zahájen i dříve. U starých lidí se často objevují změny tvaru a struktury chromozómů, které jsou spíše následkem procesu stárnutí, nikoli příčinou. „Zvláště zajímavé jsou odchylky 21. chromozómu, které se téměř vždy objevují i u progerických syndromů. Předpokládá se také, že na 21. chromozómu je lokalizován gen, jehož exprese je odpovědná za vznik jednoho typu Alzheimerovy demence.“ (Pacovský, 1990, s. 31)

Teorie metabolických omylů předpokládá, že při buněčném metabolickém cyklu dochází k opakovaným omylům, které zapříčiňují smrt buňky. Látky, které by se neměly do metabolického cyklu dostat, jsou nerozpoznány a zapracovány do struktur. Dochází tedy k omylům, které mají pro buňku smrtící následky. Mezi látky, které se podílejí na „likvidaci“ buněk patří např. volné radikály nebo lipofusciny. (Pacovský, 1990, s. 31-32)

„Teorie stárnutí makromolekul byla inspirována Verzárovým poznatkem, že kolagenové makromolekuly s věkem mění svou chemickou skladbu a tím i metabolickou funkci. Později to bylo prokázáno i u jiných makromolekul.“ (Pacovský, 1990, s. 32)

Imunologická teorie je založena na předpokladu, že na stárnutí se významně podílí imunitní systém, který slábne. Zvyšuje se rovněž chybovost v imunitním systému a tyto chyby již stárnoucí organismus není schopen eliminovat. V souvislosti s tímto jevem se zvyšuje výskyt různých onemocnění, včetně onkologických. (Pacovský, 1990, s. 32)

Teorie o působení zevních vlivů se zaměřuje na souvislosti mezi vnějším prostředím a stárnutím. Vliv na tento proces má stres, chemické látky v prostředí nebo způsob stravování. (Pacovský, 1990, s. 33)

1.2 TEORIE STÁRNUTÍ PODLE HOCMANA

Hocman uvádí dva základní odlišné pohledy na proces stárnutí: První se zabývá myšlenkou, že je vše geneticky naprogramováno a že každému je dopřáno prožít na světě přesně vyměřený čas. Druhý pohled na věc dává vinu prostředí a různým vlivům, které na organismus člověka působí a postupně ho ničí. Jedná se o vlivy vnější (nemoci, záření, stres) a vnitřní (již zmíněné „omyly“ organismu). Dá se říci, že na stárnutí mají podíl obě složky - dědičnost ve většinové míře, svou roli však hraje i vliv prostředí. (Hocman, 1985, s. 8-10)

Jednou z příčin stárnutí je ionizační záření, což dokázaly četné pokusy na zvířatech. Ta byla vystavována zářením různé intenzity po různě dlouhou dobu. Po čase se u všech projeví příznaky stárnutí – vypadávala jim srst, vrásněla pokožka. Výskyt příznaků byl úměrný intenzitě záření, konečnou fází byla většinou smrt zvířete. Čím bylo záření intenzivnější, tím dříve k úmrtí docházelo. Dalším nepříznivým jevem ozařování byl vznik rakovinotvorných buněk, které rovněž vedou ke zkrácení života. (Hocman, 1985, s. 17-18)

Při ionizačním záření vznikají také radikály, kterým je dáváno za vinu stárnutí organismu. Volné radikály způsobují v buňce změny, které znemožňují další správné fungování buňky. Projevem této dysfunkce je proces stárnutí. Tělo se může volným radikálům bránit a to pomocí antioxidantů, které zabraňují, aby radikály napadaly důležité molekuly. Antioxidanty jsou dobrým pomocníkem, neznamená to však, že by dokázaly zabránit procesu stárnutí. (Hocman, 1985, s. 21-23)

Volné radikály způsobují změnu ostatních látek. Tyto pozměněné formy pak tvoří vazby s jinými molekulami a kříží se. Tímto překřížením však dochází ke znehodnocení molekul a ke ztrátě jejich účinnosti. Spojováním různorodých molekul vznikají směsi,

keré už člověku nemohou nijak sloužit. „*Tato chaotická směs navzájem nepravidelně pospojovaných molekul je vlastně jistou formou buněčného odpadu. Ve stárnoucím organismu z ní vznikají zrnečka barviva zvaného lipofusciny, který se navenek, např. na pokožce, projevuje hnědavými skvrnami.*“ Shluky různých látek jsou přítomny i v orgánech, např. v srdci nebo mozku. Tento proces křížení je tedy rovněž považován za jednu z příčin stárnutí. (Hocman, 1985, s. 28)

Za zmínku stojí i velmi vzácné onemocnění - tzv. Wernerův syndrom. Jedná se o chorobu, při níž stáří přichází velmi rychle. U jedinců, kteří tímto onemocněním trpí, se vůbec nevyskytuje období středního věku a ihned nastupuje stáří. Někdy se objevuje už u dětí, které ještě ani nenastoupily do školy. Vzhledem se začínají podobat seniorům, padají jim vlasy, kůže je vráscitá, třesou se jim ruce. Nevyhýbají se jim bohužel ani ostatní neduhy stáří, takže často trpí aterosklerózou, podrážděností, ztrátou paměti. Smrt nastává ve velmi mladém věku. Příčina tohoto onemocnění dosud není známa, ale pravděpodobně je na vině genetika. (Hocman, 1985, s. 35-36)

Proces stárnutí lze ovlivnit, a to zdravým životním stylem, který zahrnuje pravidelnou aktivitu, vyváženou stravu, dostatečný spánek. Nejen škodlivé vlivy prostředí, ale i častá konzumace tuků a cukrů, stres, nedostatek spánku a pohybu, to vše může naše stárnutí urychlit. (Hocman, 1985, s. 37)

1.3 DALŠÍ TEORIE STÁRNUTÍ

Teorie postupného opotřebení - autorem této teorie je německý biolog August Weismann. Jedná se o jednu z prvních teorií, která se snaží objasnit příčinu stárnutí. Během života každého člověka dochází k určitým poškozením, se kterými se organismus člověka postupně nedokáže vyrovnávat. Tkáně mají sice schopnost obnovy, ale tento proces není nekonečný a tak časem dochází k opotřebení, která jsou neslučitelná se životem. Tato tvrzení jsou sice pravdivá, ale chybí vysvětlení, proč ke stárnutí buněk dochází. Dalším „nedostatkem“ této teorie je neschopnost měření opotřebení. Není jasně stanoveno, co je ještě v mezích normy, a co už lze brát jako opotřebení.

(Hayflick, 1997, s. 291-293)

„*Stav stáří není ničím jiným než pouhou kulminací změn, které v organismu probíhají od prvopočátečního zárodečného stádia až po dospělost. Tyto změny nás provázejí po celý život. Jejich výslednicí je senilita.*“ Autorem této odvážné myšlenky je Charles Sedgwick Minot. Dle jeho úvah je tedy proces stárnutí započat již po narození. Během devítiměsíčního období, kdy se plod vyvíjí, dochází k obrovskému nárůstu

hmotnosti a počtu buněk. Po narození dítěte se růst zpomaluje, což je podle Minota počátek stárnutí. (Hayflick, 1997, s. 283)

Teorie životního tempa – základy této teorie položil Max Rubner. Podle něj je nejen člověku, ale i zvířatům dáno určité množství energie nebo potenciálu, které po vyčerpání „odstartuje“ proces stárnutí. S touto myšlenkou pak dále pracovali Raymond a Ruth DeWith Pearlovi. „*Stejně jako Rubner, drželi se i Pearlovi toho názoru, že určující je kapacita metabolismu. Jakmile se sníží, dostávají se ke slovu věkové změny.*“ Znamená to tedy, že pokud si vyčerpáme své množství potenciálu, stárneme. Čím více si svůj potenciál šetříme, tím déle zůstáváme mladí. (Hayflick, 1997, s. 296)

Teorie jediné funkce těla – tato teorie pojednává o tom, že nejdůležitější je pro organismus udržet si schopnost rozmnožovat se, i kdyby to mělo být na úkor ostatních orgánů. Tím, že tělo vynakládá určité úsilí, aby si tuto schopnost zachovalo, dochází k postupnému tělesnému úpadku. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 24-25)

Teorií, které se snaží proces stárnutí objasnit, je opravdu mnoho. Dodnes však nelze říci, která teorie je správná, a která nikoli. Někteří odborníci, zabývající se touto problematikou, tvrdí, že na každé teorii něco je. Jiní zase obhajují pouze jednu teorii a ostatní zavrhuje. Proces stárnutí je nadále zkoumán, a kdo ví, jaké výsledky přinese budoucnost. (Hayflick, 1997, s. 320)

2 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI STÁRNUTÍ

„*Tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, označujeme jako fenotyp stáří.*“ Vysoký věk s sebou přináší úbytek síly, zhoršení pohybových možností člověka, sníženou kvalitu smyslového vnímání. Fyziologické a anatomické změny probíhají různou rychlostí. „*Uvedeme zde změny, které jsou nejvýraznější: sexuální aktivita mužů, rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, vitální kapacita, srdeční kapacita, svalová síla, váha mozku, bazální metabolismus, rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny.*“ (Dvořáčková, 2012, s. 12)

Tělesné změny jsou na první pohled patrné. Člověku se může změnit vzhled k nepoznání, ztratí se rysy, které pro něj byly dříve typické. To, jak o sebe člověk pečuje, značí jeho psychickou pohodu i zdravotní stav. Pokud člověk ztratí chuť k životu a motivaci, přestává se o sebe starat, což se výrazným způsobem projeví na jeho vzhledu. Se změnou zevnějšku se mění i sociální status člověka. (Vágnerová, 2000, s. 449)

Změny tělesné mají i značný vliv na psychiku jedince. Člověk se začíná více pozorovat, zaměřuje se na fungování svého těla a na své vnitřní orgány. Se změnou vzhledu jsou spojeny pocity nejistoty a úzkosti. (Dvořáčková, 2012, s. 12)

2.1 ZMĚNY TĚLESNÉ VÝŠKY A HMOTNOSTI

„*Tělesná výška se s věkem snižuje, což může být v průřezových studiích způsobeno trojím způsobem: Nové generace jsou vyšší (potvrzeno např. měřením tělesné výšky českých branců či účastníků celostátních spartakiád); tělesná výška se snižuje, a to v oblasti trupu, bez změny v délce končetin (snižování výšky meziobratlových disků, komprese obratlů, hyperkyfóza, nahrbení ze svalové dysbalance, zkracování měkkých tkání paravertebrálních); dochází k selektivnímu přežívání osob s nižší tělesnou výškou a s menším tělesným povrchem.*“ (Kalvach et al., 2004, s. 100)

Úbytek výšky je záležitostí čistě individuální a roli hraje mnoho faktorů. U některých jedinců může jít i o více než deset centimetrů. (Wolf a kol., 1982, s. 100)

Hmotnost dosahuje v pokročilejším věku různých výkyvů. Nejdříve stoupá hmotnost a BMI (do 7. až 8. decennia), později klesá. Důležitější je však úbytek aktivní tělesné hmoty a nárůst tukové tkáně a vaziva. Tento jev je závislý mj. na způsobu života člověka. Záleží na tom, jaký je jeho denní energetický příjem a výdej, zda provozuje nějakou aktivní činnost (např. silový trénink), jakým způsobem se stravuje apod.

Problematické je, vzhledem k rostoucí hmotnosti a úbytku výšky, určování BMI u seniorů. „Zdravá“ hodnota BMI u starší populace je tedy posunuta na 27,0.

(Kalvach et al., 2004, s. 100)

Rozsáhlé studie prokázaly, že pokles výšky u lidí ve věku 70–75 let činil 1,5–2,0 cm. Obvod pasu se naopak o 3–4 cm zvýšil. Zhruba pětikilový hmotnostní přírůstek byl zaznamenán u 13 % mužů a žen. U 27 % žen a 23 % mužů se naopak hmotnost o 5 kg snížila. Tento jev doprovázela vyšší úmrtnost mužů.

(Kalvach et al., 2004, s. 101)

2.2 ZMĚNY KŮŽE

Kůže každého člověka se s věkem opotřebovává a je prvním místem, kde je patrný proces stárnutí. Pokožka nám nejen napovídá, kolik je člověku let, ale může také signalizovat jeho zdravotní stav. Stárí s sebou přináší i různé nepříjemnosti v podobě kožních onemocnění, která jsou v pokročilém věku velmi častá. Lidé se nejčastěji potýkají s kuřimi oky, mozoly, plísněmi nebo s onemocněním nehtů. (Hayflick, 1997, s. 212)

Projevem stárnutí kůže je tvorba vrásek. Tato změna je vnímána velmi negativně, důvodem může být i společnost, která vnímá proces stárnutí jako něco nežádoucího. Hlavní příčinou tvorby vrásek je ultrafialové záření, které působí hlavně na ty části těla, které jsou vystaveny slunci. Kožní lékaři proto často varují před škodlivými slunečními paprsky, které způsobují nejen vrásky, ale v horším případě i rakovinu kůže. Důkazem, že sluneční záření opravdu způsobuje stárnutí, jsou i laboratorní pokusy s pěstováním kožních buněk. Další podíl na stárnutí má i úbytek kolagenu nebo přebytek elastinu, který se právě slunečním zářením mění a působí nežádoucí změny. Časté úsměvy nebo krčení čela rovněž způsobují tak obávané rýhy v obličeji. Pokožka má dvě vrstvy - vnější (epidermis) a vnitřní (dermis), přičemž se obě vrstvy s přibývajícím věkem ztenčují. Kožními problémy trpí více ženy, jelikož muži mají silnější vnitřní vrstvu (dermis). (Hayflick, 1997, s. 212-214)

Velká část potních žláz u seniora se stává nefunkčními. Starý člověk se potí méně a jeho potní žlázy produkují méně potu. (Hayflick, 1997, s. 214)

„Prokrvení kůže se s věkem zhoršuje, neboť se snižuje hustota vlásečnic, kapilár i arteriol. To je také pravděpodobně důvod, proč je starým lidem dříve zima, poklesne-li teplota. Pokud dojde k ochlazení, starému člověku (zatím z nejasného důvodu), zchladnou i nohy. Měření prováděná na starších lidech prokázala i pokles teploty kůže v obličejové části. (Hayflick, 1997, s. 215)

S věkem se také prodlužuje hojivost různých poranění. Rána musí být dokonale zahojena, aby nedošlo k jejímu obnovení. (Hayflick, 1997, s. 216)

2.3 ZMĚNY SMYSLOVÝCH ORGÁNŮ

S postupujícím věkem se zhoršuje sluchové vnímání, hlavně pokud jde o poslech vysokých tónů. Toto zhoršení je individuální a u každého člověka k němu dochází různou rychlostí. Studie však dokázala, že toto zhoršení je častější u mužů a dochází k němu už od 30. roku života. Míru ztráty sluchu lze vyjádřit v decibelech. Pokud se sluch zhorší o více než 50 dB, jedinec již neslyší běžnou mluvu ani velmi hlasité zvuky. *„Asi jedna třetina lidí ve věku nad pětadesát let trpí takovým zhoršením sluchu, které se už projevuje nepříjemnými společenskými důsledky v oblasti komunikace s lidmi.“* Celá řada lidí se domnívá, že u nich došlo ke zhoršení sluchu, problém je však v ušním mazu, který se v uchu hromadí a brání tak v kvalitním poslechu. (Hayflick, 1997, s. 220)

O chuťovém vnímání již neplatí tvrzení dřívější doby, že se se stářím snižuje počet chuťových pohárků. *„Omezenou schopnost vnímání různých chutí v určitém věku nelze připsat na vrub sníženému počtu pohárků, ale spíše degenerativním změnám uvnitř jednotlivých buněk, jež tato chuťová čidla tvoří.“* Věkem se zhoršuje schopnost rozlišovat intenzitu sladkosti, slanosti, kyselosti a hořkosti, přičemž tato změna může být způsobena podávanými léky nebo probíhajícím onemocněním. (Hayflick, 1997, s. 221)

Čich se ve stáří rovněž zhoršuje. Objevuje se neschopnost rozlišit jednotlivé vůně a to i v případě, že je jejich zápach intenzivní. Čich se začíná zhoršovat velmi brzy, počínaje 20. rokem života člověka a tato ztráta je výraznější u mužů. *„Selhávání schopnosti od sebe rozeznat a určit jednotlivé vůně či pachy lze vysvětlit degenerativními změnami, jež postihují buňky čichových orgánů. Může však také jít o ztrátu mozkových buněk zúčastněných na vyhodnocování čichových vjemů.“* Tato změna je pro člověka nejen nepříjemná, ale v horším případě ho může i ohrozit na životě. Starý člověk je totiž značně znevýhodněn při úniku plynu nebo při požárech, kdy včas nezachytí podezřelý zápach. (Hayflick, 1997, s. 222)

Největším problémem starých lidí je, co se zraku týče, neschopnost zaostřit na blízké předměty. Příčinou je čočka, která věkem mohutní a sílí. Často se stává, že vidíme staršího člověka, jak od svých očí oddaluje noviny, aby mohl přečíst drobný text. Tento problém je řešitelný čočkami, které oku pomohou blízké předměty zvětšit a umožnit tak kvalitní vidění. (Hayflick, 1997, s. 222-223)

„Šedý zákal způsobený změnou struktury proteinů v oční čočce, bývá všeobecně

považován za oční chorobu, třebaže se někteří odborníci domnívají, že beztak postihne každého, kdo se dožije dostatečně vysokého věku.“ (Hayflick, 1997, s. 223)

2.4 PORUCHY SPÁNKU

U starších lidí se doba nočního spánku zkracuje. Někteří jedinci se v noci ani nepokouší usnout a jiní se, pokud se jim podaří konečně „zabrat“, neustále vzbouzí. Oproti mladším ročníkům spí v noci méně, ale častěji „podřimují“ v odpoledních hodinách. Ve spánku se také mění střídání dvou fází – REM, NREM a zkracuje se spánek ve stavu REM. Pokus, do kterého byly zapojeny různé věkové kategorie, ukázal, že s vyšším věkem se snižuje i hloubka spánku, takže staršího člověka snáze vzbudí rušivý podnět. (Hayflick, 1997, s. 223-224)

Další pokus se naopak zaměřil na proces dýchání ve spánku. Bylo při něm zjištěno, že s přibývajícím věkem častěji dochází k tzv. apeniím – chvilkovým zástavám dechu. *„Tyto poruchy dechu mohou být příčinou fragmentovaného spánku, který tíživěji doléhá se stoupajícím věkem.*“ (Hayflick, 1997, s. 224)

Příčinou procitnutí může být u starších jedinců také tzv. syndrom neklidných nohou, jedná se o *„spontánní pohyby dolních končetin ve spánku s periodicitou od dvaceti do čtyřiceti sekund.*“ Proč k tomuto jevu dochází, není zatím objasněno. (Hayflick, 1997, s. 224)

„Poměrně často se ve stáří vyskytuje tranzitorní nespavost, trvající několik dnů až několik týdnů.“ Je-li však doba trvání této poruchy delší než jeden měsíc, je nutné zjistit příčinu. Příčin může být hned několik – psychická nebo tělesná porucha, úzkost. Většími problémy s nespavostí trpí lidé, kteří jsou umístěni v pečovatelských domech nebo nemocničních zařízeních. (Kalvach et al., 2004, s. 265)

„U seniorů může být příčinou poruch spánku také porušená spánková hygiena.“ K tomuto dochází, pokud staří lidé vstávají příliš pozdě nebo chtějí spát dlouho i během dne. Často pak přemýšlení a obávají se, zda v noci vůbec usnou. *„Dochází až k naučené insomni.*“ (Kalvach et al., 2004, s. 265)

2.5 ZMĚNY ENDOKRINNÍHO SYSTÉMU

„Endokrinní soustava (soustava žláz s vnitřní sekrecí), která se skládá z tkání a buněk produkujících hormony, byla dlouho považována za cosi, co sehrává důležitou úlohu v souvislosti s nechorobnými změnami příznačnými pro stárnutí.“ Odborníci spatřovali v manipulaci s hormony velkou naději na zastavení procesu stárnutí.

Četné pokusy prováděné převážně na hlodavcích dokázaly, že podáváním hormonů se zlepšuje činnost imunitního systému a štítná žláza, která stářím zakrněla, se začíná opět zvětšovat. Podávání růstového hormonu starším mužům zase prokázalo růst svalové hmoty. Tyto nadějně výsledky však neznamenají, že by se proces stáří dal zastavit nebo dokonce odvrátit. Další laboratorní pokusy s hlodavci totiž prokázaly, že podávání hormonů ovlivňuje příjem potravy, což zřejmě ovlivnilo délku jejich života. Hlodavci tedy vlivem hormonů požívali méně potravy, což je pro ně normální v jejich přirozeném prostředí, kde jsou odkázáni sami na sebe a nejsou krmeni. Zvířata tak zdánlivě žila déle, což vedlo k dojmu, že jejich životy prodloužilo podávání hormonů.

(Hayflick, 1997, s. 192)

Endokrinní soustava ovlivňuje buňky v našem těle, a proto stojí za mnoha změnami, které se ve stáří dějí. Snížená sekrece hormonů způsobuje např. pomalejší hojivost ran, klimakterium nebo zbytnění prostatické žlázy. S věkem klesá sekrece několika typů hormonů, například testosteronu, androgenu nebo hormonů štítné žlázy. Tyto hormony se v buňce váží na cílové jednotky – receptory. Počet těchto receptorů však ve stáří klesá (nebo se stávají neúčinnými), takže hormony se nemají kde navázat. Změny tedy nemusí být způsobeny jen hormonálními změnami, jak se doposud myslelo, na vině mohou být i zmíněné receptory. (Hayflick, 1997, s. 193-194)

Staří lidé mají rovněž problém udržet si správnou hladinu cukru v krvi. Hormony, jež produkuje slinivka břišní (inzulin a glukagon), regulují krevní cukr – glukózu. Hladinu cukrů v krvi ovlivňují také např. hormony štítné žlázy nebo růstové hormony. (Hayflick, 1997, s. 194)

2.6 STÁRNUTÍ NERVOVÉ SOUSTAVY A MOZKU

„Nervová soustava tvoří jakési středisko ovládající veškerou činnost našeho těla. Někteří gerontologové se domnívají, že mozek, který je centrálou ústřední nervové soustavy i periferního nervstva, také určuje, kdy a k jakým změnám bude v souvislosti s věkem docházet.“ (Hayflick, 1997, s. 200)

Pokusy, prováděné na krysách, z části potvrdily předpoklad, že stárnutí ženského pohlavního ústrojí a klimakterické změny u žen jsou způsobeny stárnutím hypotalamu. U samic po menopauze se totiž díky stimulaci hypotalamu podařilo obnovit ovulační cyklus. *„Funkční sepětí mozku a endokrinního systému je tak úzké, že jakákoli změna v jedné soustavě nezřídka okamžitě vyvolá změnu v soustavě zbývající. Změna ve složení chemického sekretu z mozku může vyvolat změnu v sekreci hormonů, například vaječnicků*

nebo nadledvinek, a ta pak může zpětně ovlivnit původní mozkovou sekreci, v jejímž důsledku sama nastala. Vzájemná závislost tohoto druhu se nazývá zpětnovazební smyčka.“ Vlivem stáří se zhoršuje přesnost vylučování hormonů a jiných chemických látek, které jinak probíhá u mladších ročníků ve velmi pravidelných intervalech. (Hayflick, 1997, s. 200)

Poruchy mozku způsobené stárnutím, mohou nechat na člověku závažné následky v podobě ztráty paměti nebo snížené schopnosti uvažování. Hmotnost mozku dvacetiletého člověka je zhruba 1,5 kilogramu, mozek devadesátiletého člověka je cca o deset procent menší. Mozkové změny zahrnují například úbytek tekutých složek, ztrátu buněk, změnu forem a tvarů různých částí mozku. K úbytku buněk dochází jen v některých částech (převážně v přední části mozkové kůry), ostatní partie jsou bez větších ztrát. Snížování počtu mozkových buněk je připisováno procesu stárnutí a podle některých hypotéz právě tento úbytek způsobuje zhoršování rozumových schopností. Ztráta těchto buněk může a nemusí způsobit závažné problémy. Lidský mozek se vyznačuje „plasticitou“, ztracené neurony se neobnovují, ale mohou vznikat nové spoje, které ztrátu do určité míry vykompenzují. (Hayflick, 1997, s. 201-203)

„Nejdůmyslnější objev tohoto desetiletí v oblasti poznání stárnoucího lidského mozku nevzešel z výzkumných laboratoří, nýbrž vděčí za svůj vznik našim vlastním postojům. Dospěli jsme k poznatku, že ztráta mentálních schopností s věkem nemá charakter nevyhnutelného osudu. Tradiční postoje, podle nichž je senilita běžným průvodním jevem stárnutí, jsou prostě nesprávné. Tento poznatek je jistě významnější než všechny nedávné laboratorní objevy v oblasti stárnutí lidského mozku, posuzujeme – li jej ve světle chápání procesů normálního stárnutí.“ (Hayflick, 1997, s. 205-206)

3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ

„Psychické změny v průběhu stárnutí a stáří nelze chápat jako izolované jevy, ale jako vývojový proces jedince žijícího v určité společnosti. Psychologové používají termín „psychologie životní cesty“ (life-span psychology), který zahrnuje proces stárnutí člověka v kontextu celého jeho života.“ (Ondrušová, 2011, s. 30)

Při procesu stárnutí dochází k různým změnám, které mohou být přirozené nebo způsobené některým druhem onemocnění, přičemž platí, že je poměrně obtížné tyto změny od sebe odlišit. Pro stáří je typické zhoršování kognitivních funkcí, které probíhá nerovnoměrně. Patří sem například pokles schopnosti koncentrovat se, zhoršující se paměť nebo poruchy percepce. Starému člověku se může změnit i hodnotový žebříček a vztah k okolí. (Ondrušová, 2011, s. 30-31)

„Jedlička uvádí charakteristický obraz psychiky seniorů: Psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti, pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy. Psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti. Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba.“ (Dvořáčková, 2012, s. 13)

3.1 KOGNITIVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Zvláště po překročení 60. roku života se u starších osob zhoršuje sluch i zrak. Tato změna člověka omezuje v jeho zálibách (četba, poslech hudby) i v kontaktu s lidmi, kde může nepochopení druhému člověku vést až k podezíravosti nebo nejistotě ze strany seniora. Výrazně se také zvyšuje riziko úrazů, které je spojené právě s poruchami sensorického vnímání. Řešením jsou dnes již dostupné pomůcky – brýle, naslouchátka aj. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204)

Další kognitivní změnou, která ke stáří patří, je zhoršující se paměť. Starý člověk si dobře pamatuje na události, které se udály již před mnoha lety, a rád na ně vzpomíná. Často také dochází ke konfabulaci. Události nové jsou pro něj již obtížněji zapamatovatelné. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204)

Největším problémem je paměť epizodická. Starý člověk si nepamatuje, co před pár hodinami řekl nebo co měl k obědu. Tuto nevýhodu vyvažuje paměť sémantická, která bývá vůči těmto změnám odolnější. Poruchy paměti jsou záležitostí velmi individuální (nutno brát v potaz genetické dispozice, zdravotní stav apod.) Podle průzkumů jsou na tom

s pamětí lépe lidé s vyšším vzděláním a také osoby, které paměť pravidelně trénují. (Vágnerová, 2000, s. 452-453)

Pokles inteligence je rovněž individuální a závislý na mnoha faktorech. Jedním z nich je dědičnost, která určuje rozvoj i následný úpadek intelektu. Dále závisí na dosaženém vzdělání. Záliby a činnosti osob s vyšší inteligencí jsou charakteristické tím, že intelektové schopnosti těchto lidí učiní více stabilními. (Vágnerová, 2000, s. 453-454)

„Podle jedné reprezentativní studie (Schaie, 1970) například tzv. krystalická inteligence (která představuje jakýsi výsledek vrozených vloh a všech zkušeností získaných spontánně i formálním vzděláním) stoupá od 25 let až do stáří, zatímco kognitivní flexibilita (fluidní inteligence), jak se projevuje ve schopnosti učení se novým věcem a v řešení problémů pod časovým stresem, popř. ve schopnosti přecházet z jednoho způsobu myšlení k druhému, klesá výrazně už po 30. roce. Další schopnosti (vizuomotorická flexibilita – například v pohybových dovednostech) zůstávají zhruba na stejné úrovni téměř po celý život. Také sociální inteligence i schopnost morálního usuzování zůstávají často až do vysokého věku plně zachovány. Konečně některé schopnosti se sice zhoršují, ale pomalu a později. Jestliže se všechny změny sčítají dohromady v jednotném ukazateli, snadno se dochází k názoru o brzkém a stálém zhoršování výkonu s věkem, ale průměry nejsou ani spravedlivé, ani výstižné. Ve velmi vysokém věku dochází ovšem nesporně k závěrečnému celkovému úpadku sil a schopností – ale opět značně odlišně u různých jedinců.“

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204-205)

Pokud jde o tvořivost, statistiky ukazují, že k jejímu poklesu dochází již po 40. roce. Toto tvrzení však vyvrací mnohá umělecká díla lidí v pokročilém věku. Obecně tedy platí, že člověk může být tvořivým v každém věku a nikdy není pozdě na to, učit se novému jazyku nebo práci s počítačem. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 206-207)

Myšlení starého člověka se orientuje spíše do minulosti než do budoucnosti a je zaměřeno více na osobní problémy. S přibližujícím se koncem života jsou úvahy více filosofické a moudré. Pro staré lidi je obtížné např. porozumět některým situacím nebo problémům a rychle na ně reagovat. S poklesem abstraktního myšlení souvisí také neschopnost tvorby nových teorií a upřednostňování konkrétního vyjádření. Typické je také upínání se na již dávno poznané a osvědčené. (Příhoda, 1974, s. 331)

3.2 EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

V souvislosti s citovým životem nelze mluvit přímo o změnách, spíše o sklonech k určitým vlastnostem. Sklony k depresím a úzkostem nacházíme převážně u lidí, které vlastní stárnutí zaskočilo, a nebyli na něj ještě připraveni. Dále také u osob, které prožili nějakou významnou ztrátu, kterou ještě nestihlo nic nahradit. Zvláště bolestivá bývá ztráta partnera, kterou jsou většinou postiženy ženy, jelikož se dožívají v průměru vyššího věku. Radostný pocit ze života a pozitivní ladění nalézáme u lidí, kteří ztrátu nepoznali nebo se s touto nepříjemností již vyrovnali. V tomto období je také zvláště pozitivně vnímána péče o vnoučata a o příbuzné. Reakce na změny jsou dány také funkčností nervové soustavy, která se v průběhu stárnutí oslabuje. Mladí lidé se proto lépe přizpůsobují změnám a rány osudu snáší lépe než starý člověk. Dále se objevují sklony k citové labilitě, které jsou však individuální a nelze je považovat za projevy stárnutí. U části stárnoucí populace se dokonce hovoří o převaze vyrovnanosti a citovém uklidnění.

(Wolf a kol., 1982, s. 150-152)

V období stáří se emoční prožívání stabilizuje a člověk se v souvislosti s tím může zdát apatický a k okolí lhostejný. Starý člověk má potřebu seberealizace a pocitu vlastní užitečnosti, která se později mění v potřebu být přijat do okruhu svých blízkých. V pokročilejším stádiu stáří se člověk orientuje spíše na sebe a na své problémy, proto může na okolí působit lhostejně. Tento přílišný zájem o sebe sama a nezájem o okolí může zkomplikovat soužití v pečovatelských domech. V souvislosti s těmito ústavními zařízeními stojí za zmínku dva pojmy: reálná izolace a psychologická dezolace. Reálná izolace znamená nedostatek sociálních kontaktů, např. vinou imobility, změny bydliště, nemoci apod. Psychologická dezolace je pocit osamocení a emoční deprivace, který je prožíván subjektivně. Existují lidé, kteří jsou obklopeni lidmi, a přesto se cítí osamoceni. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207)

Výrazně citově prožíván může být i odchod do důchodu, zvláště u vedoucích pracovníků, kteří se mají nyní zařadit mezi ostatní důchodce. Důsledkem toho se mohou cítit méněcenně a ukřivděně. Opakem může být pocit úlevy pramenící z náhlého poklesu zodpovědnosti. Dalším důsledkem odchodu do důchodu může být pocit osamocení. Lidé, kteří dříve pracovali v rušném prostředí plném lidí, si najednou musí zvyknout na užší okruh nejbližších. (Příhoda, 1974, s. 336-337)

Kromě potřeb citových lze i v pokročilém stáří mluvit o potřebách sexuálních. Přesto, že sexuální apetence se s věkem snižuje, existuje mnoho párů, které žijí sexuálním

životem i ve vyšším věku. Problém nastane, pokud se sexuální potřeby projeví zcela otevřeně a bez zábrán vinou poškození mozku. Toto téma je spíše tabuizováno a dokonce odmítáno, přestože může hrát významnou roli při hodnocení kvality života. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 210)

3.3 ZMĚNY OSOBNOSTI VE STÁŘÍ

Ve stáří dochází k určitým změnám i v osobnosti člověka. Zvýrazňují se některé vlastnosti, kterými člověk dříve disponoval. Pokud se jedná o introverta, ve stáří se z něj může stát až samotářský typ, naopak extrovert se může projevovat až přílišnou mluvností a povrchností. Některé změny jsou velmi výrazné a obecně jsou chápány spíše jako negativní. Nové projevy, které pro daného člověka nejsou vůbec typické, ukazují většinou na chorobný proces. (Vágnerová, 2000, s. 458-459)

„Empirické studie ukazují, že se lidé s věkem stávají spíše introvertnějšími; míra extroverze přitom zřejmě klesá výrazněji u mužů, kteří ovšem v mládí byli v průměru otevřenější a více zaměřeni navenek než ženy. Rozdíly pohlaví tedy mají tendenci se s věkem v tomto ohledu spíše vyrovnávat. Původní struktura osobnosti se však u většiny lidí příliš nemění – relativní míra extroverze, neuroticismu i dalších osobnostních vlastností (měřených např. psychologickými dotazníky) zůstává ve srovnání s vrstevníky přibližně ve stejné pozici.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207)

Změny mohou nastat v hodnotové orientaci. Co dříve člověk mohl považovat za nejdůležitější, nyní ustupuje do pozadí a důraz je kladen na jiné hodnoty, převážně na hodnotu zdraví. Pokud člověk o hodnotu přijde a nedojde ke kompenzaci, může to vyústit až v rezignaci nebo zatrpklosti. Co se týče sebehodnocení člověka – *„mění se postoj k sobě samému, mezi subjektivním vědomím vlastní hodnoty a jejím společenským uznáním může vzniknout rozpor, což někdy vede k pochybnostem o vlastní ceně, jindy k jejímu nepřiměřenému zdůrazňování až k ješitnosti.“* Změnu nalézáme i ve vztahu ke společnosti a k druhým lidem. Člověk se musí vyrovnat s tím, že již není obklopen tolika lidmi, že je na některých osobách dokonce závislý, nebo že se mu již nedostává takových zásluh, jak tomu bylo dříve. V souvislosti s tím se může jevit jako nepřátelský, zahořklý nebo podrážděný. (Wolf a kol., 1982, s. 153)

3.4 ZMĚNY V ADAPTACI

Průběh adaptace člověka ovlivňuje mnoho faktorů, zejména závisí na osobnosti jedince. Osoba, která se celý život snadno vyrovnávala s krizemi nebo různými změnami, se bude pravděpodobně snáze adaptovat i na stáří. Naopak lidé, kteří se již od mládí těžce přizpůsobují novým situacím, mají problémy zvyknout si i na příchod stáří. (Pacovský, 1990, s. 41)

Typologie (strategie) způsobu vyrovnávání se se stářím podle S. Reichardové (1962) vypadá následovně:

Konstruktivní strategie: Tito lidé jsou i v pozdějším věku stále veselí a optimističtí. Dokáží se radovat z maličkostí a těší je věnovat se rodině. Jsou si vědomi úbytku svých výkonových a pohybových schopností, ale jsou s tím smířeni. Stejně tak přijímají i možnost blížící se smrti. Jsou otevření novým možnostem a přes pokročilý věk je jejich myšlení stále pružné. Tento typ lidí má za sebou bezproblémové dětství a šťastný a spokojený život.

Strategie závislosti: Tento typ lidí je typem pasivním. Jsou závislí na pomoci a zájmu ostatních a více než na sebe spoléhají na druhé. V manželském nebo partnerském soužití je dominantnější žena, která se chová po vzoru své matky. Muž je pasivnější a rozhodování nechává spíše na své partnerce.

Strategie obranná: Lidé tohoto typu až přehnaně lpí na zvycích. Neustále se emočně kontrolují a nadměrnou aktivitou se snaží zahnat myšlenky na blížící se konec života.

Strategie hostility: Tito lidé jsou tzv. „štěžovatelé“. Neustále dávají vinu okolí, jsou nepřijemní a nepřátelští se sklony k agresivitě.

Strategie sebenávisti: Člověk je nespokojený se svým životem, nevidí žádný smysl v jeho dalším žití a smrt je pro něj v podstatě vysvobozením. Veškeré nezdary připisuje své neschopnosti a považuje se za méněcenného. Tito lidé mají za sebou většinou ne příliš povedené dětství nebo neuspokojivý život. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 208)

Strategie adaptace na stáří jsou velmi individuální. Každý se se stářím vyrovnává jinak a společnost by měla jeho způsob přijmout. Člověk se musí vyrovnat se spoustou nových situací, které ke stáří patří – větší náchylnost k nemocem, změna režimu, hospitalizace apod. Právě dlouhodobý pobyt v ústavní péči a hospitalizace představují pro starého člověka obrovský šok, který se může výrazně podepsat na jeho zdravotním stavu. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 208-209)

„Zásady duševní hygieny ve stáří by proto měly být zaměřeny na udržování

a posilování přizpůsobivosti. Švancara v této souvislosti uvádí následující předpoklady optimální adaptace ve stáří a na stáří (zásada „pěti P“): *perspektiva (udržení orientace na budoucnost osobní i nadosobní), pružnost (pohotovost přijímat nové podněty, měnit své životní zvyky, včetně schopnosti sebekritiky), prozíravost (včetně schopnosti organizovat si život přiměřeně svým možnostem, kompenzovat dílčí deficity i úbytek sil apod.), porozumění pro druhé (včetně tolerance odlišných názorů a postojů), potěšení (udržet si zdroje radosti a uspokojení).*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 209)

Čevela, Kalvach a Čeledová uvádějí tři teorie týkající se adaptace na stáří:

„Teorie aktivního stáří – cílem je usilovat o zachování maxima dosavadních aktivit, žít životem středního věku, jen optimalizovat podmínky. Teorie substituční – cílem je usilovat o selekci udržovaných aktivit a o náhradu neúměrně zatěžujících či nemožných činností aktivitami náhradními. Teorie postupného uvolňování – cílem je usilovat o vědomé vyvážení z aktivit, o „odevzdání“, zanechání různých snah a činností, o pokorné smíření s deficitem stáří až o jejich předjímání.“ Tyto strategie jsou rovnocenné, nelze jednu považovat za lepší nebo horší. Postup vyplyne z osobnostního nastavení jedince a nemůže být nikým vnucován. Uvedené strategie na sebe mohou navazovat nebo se z části překrývat. Strategie adaptace jsou závislé také na tom, co člověk od svého stáří očekává, a o co chce usilovat. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 131-132)

K adaptaci na stáří přispívá rovněž udržování různých aktivit. Co se týče psychologické kondice, vhodnou činností je četba, případně využití různých aktivizujících metod nebo dnes již volně dostupných příruček. Tělesnou kondici lze udržovat hlavně pravidelnou chůzí nebo silovým tréninkem, samozřejmě s ohledem na pohybové možnosti jedince. K uchování sociální aktivity je dobré, aby se člověk zapojoval do různých spolků nebo oddílů a byl tak stále v kontaktu s lidmi. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 133)

4 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ

Často slycháváme v souvislosti se stárnoucími lidmi ne příliš lichotivé výroky: „Jsou egoističtí a zlí, jsou samotáři, nemají rádi změny.“ Tento pohled společnosti na staré lidi je poněkud zkreslen vlastní touhou nějak se od této skupiny odlišit. Ubezpečujeme se tím, že takoví my nejsme a cítíme se mladistvěji. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 26)

„Stáří pohrdá ti, kdo vidí jen jeho svalovou ochablost a myšlenkovou i činnostní pomalost, aniž se zamyslí nad jeho hodnotou pro společnost nepostradatelnou.“ Z tohoto výroku tedy vyplývá, že i stárnoucí člověk zaujímá ve společnosti důležité místo. Ve stáří však většinou dochází ke změně statusu a k ovlivnění sociálních vztahů. Jak intenzivní tyto změny budou, závisí z velké části na samotném jedinci, na jeho aktivitě a snaze zapojit se do společenských aktivit. Velmi důležitou roli v životě člověka hraje také zaměstnání. *„U senescenta definitivně zbaveného pracovních povinností, jsou znaky senescence zesíleny.“* Je tedy nutné brát v úvahu životní styl člověka, který může být u různých seniorů velmi odlišný (výkon namáhavého zaměstnání nebo naopak odpočinek a klid domova). (Příhoda, 1974, s. 384-385)

4.1 RODINA A STARÝ ČLOVĚK

Struktura rodiny se v současné době mění, z vícegeneračních rodin se stává rodina nukleární, charakteristická svou samostatností. Tento trend je nepříznivý hlavně pro stárnoucí osoby, které jsou často závislé na pomoci svých rodinných příslušníků. Zvyk minulých dob – usazovat se v blízkosti bydliště rodičů, se dnes již příliš nedodrhuje, a tak stále více seniorů žije osamoceně. Stárnoucí lidé chtějí být co nejdéle samostatní a nezávislí, ale zároveň si přejí udržovat kontakty se svými blízkými. Udržování dobrých rodinných vztahů je velmi důležité a silné emoční pouto přetrvává i po osamostatnění dětí. Starý člověk má v rodinném kruhu své nezastupitelné místo, zajímá se o problémy svých nejbližších a rovněž očekává zájem o svou vlastní osobu. (Pacovský, 1990, s. 52-53)

Patologie se nevyhýbá ani rodinným vztahům. Příkladem může být pocit opuštěnosti, který vzniká přerušením dříve intenzivních kontaktů. Do sociální izolace se může dostat i manželská dvojice seniorů, například po častých rozporech se svými potomky. (Pacovský, 1990, s. 53-54)

Velkou materiální i psychickou zátěž představuje pro rodinu starost o nesoběstačného geronta, který rodinu do jisté míry brzdí a omezuje. *„Péče o starého a nemocného člověka v rodině nebo s pomocí rodinných příslušníků v jeho vlastní*

domácnosti je možná pouze při současném splnění tří základních podmínek: 1. aby rodina o nesoběstačného geronta chtěla pečovat, 2. aby o něj pečovat mohla, 3. aby to uměla.“ Zda člověk péči seniorovi poskytne, je pouze na jeho uvážení, důležitou roli zde hraje motivace. Tato péče o starého člověka s sebou přináší četná omezení, v mnoha případech je nutný i odchod „pečovatele“ ze zaměstnání nebo úprava jeho pracovní doby. V některých případech je, kromě ochoty o jedince pečovat, nutný i zásah lékaře nebo zdravotníka, zvláště u osob s omezenou pohyblivostí nebo u osob inkontinentních. (Pacovský, 1990, s. 54)

Manželství gerontů mohou být dobrá i špatná. Manželé se již dobře znají, rozumějí si beze slov, sdílejí spolu radosti všedního života, starají se o vnoučata a o jejich program, společně vzpomínají. Mohou se však také citově zraňovat (znají již dokonale všechna citlivá místa partnera), vzájemně si vyčítat promarněný život, neustále se dohadovat. Nejčastěji se však manželský život nachází „někde mezi“ – jsou chvíle dobré i špatné, hádání vystřídá usmiřování, špatné vzpomínky ty dobré apod. I v tomto stádiu na sebe manželé žárlí a soupeří o oblíbenost u vnoučat. Manželé spolu velmi často vzpomínají, co se stalo a kdy, s kým to bylo a kdo za to mohl. Toto uvažování je vyvoláno potřebou uspořádat svůj život a vidět v minulosti nějaký smysl. Často dochází k odhalování nevěř, protože v tomto věku již není sil na udržení takového tajemství. I v pozdějším věku dochází k uzavírání nových sňatků - život je dlouhý, rozvodovost vysoká, a nikdo nechce zůstat ve stáří sám. Společnost je k těmto pozdním sňatkům tolerantnější než dříve, a tak nejsou staří novomanželé žádnou zvláštností. (Říčan, 1990, s. 387-388)

Je známo, že ženy se dožívají vyššího věku než muži, a tak mají vdovy tendenci tvořit skupinky, scházet se a vzájemně si pomáhat. Ne každá žena má totiž to štěstí, že má nablízku rodinu, která s ní bude sdílet její trápení. Se smrtí partnera se hůře vyrovnávají muži, na které náhle dolehnu různé povinnosti a starosti o sebe a o domácnost. (Říčan, 1990, s. 389)

4.2 STÁŘÍ A SPOLEČNOST

„Stáří bylo v historii akceptováno, někdy uctíváno a oslavováno, častěji odmítáno. Obecně lze říci, že dokud bylo málo pravděpodobné, že se člověk dožije vyššího či vysokého věku, bylo stáří spíše ctěno, a zdá se, že bylo považováno spíše za záležitost individuální než společenskou.“ Starci byli v minulosti dokonce symbolem moudrosti a váženosti. *„Stáří bylo ve skutečnosti i interpretačně synonymem bídy, chudoby, smutku a zoufalství.“* Se zvyšující se věkovou hranicí se ze stáří stala záležitost více společenská.

Zvyšující se životní tempo, vysoká pracovní produktivita, rychlý rozvoj technologií - to vše přispělo k závěrům, že starý člověk musí být v určitém věku penzionován. Odchod do důchodu je však mnohdy vnímán velmi negativně, obzvláště pokud se člověk cítí v dobré fyzické i psychické kondici. Se ztrátou zaměstnání nevidí ve svém životě žádný smysl, cítí se odsunutý na vedlejší kolej a jeho sebehodnocení je nízké. Východisko z této problematiky nabízejí dva modely řešení: „*Teorie aktivity vychází z názoru, že pokud nemá starší člověk zdravotní potíže a neliší se od jiných, má zůstat po všech stránkách plně aktivní. Teorie stažení se naopak říká, že se stárnoucí člověk má v předstihu připravovat na odchod do důchodu a ze společnosti.*“ Odchod do penze by měl být v tomto případě dobrovolný a jedincem vhodně načasovaný. (Pacovský, 1990, s. 45-46)

Úkolem společnosti je nebrat starému člověku jeho roli, ale naopak se snažit ho zapojit. Důležitý je i vztah mezi jednotlivými generacemi a jejich vzájemná tolerance. Starému člověku by mělo být dovoleno podílet se na rozhodování, neměl by být opomíjen a nemělo by jím být manipulováno. „*Jestliže integrace staré populace s celou společností dobře nefunguje, vznikne uvnitř staré generace pocit izolovanosti, bezmoci a marnosti.*“ V tomto případě stoupá riziko úplného sociálního odcizení spojeného s pocity nejistoty a úzkosti. (Pacovský, 1990, s. 47)

4.3 STARÝ ČLOVĚK V INSTITUCIONÁLNÍ PÉČI

Se vznikem nukleární rodiny, která je často od svého stárnoucího příbuzného vzdálena několik desítek kilometrů, přechází péče o seniory na bedra státu. V této souvislosti jsou zřizovány tzv. domovy důchodců. „*Pokud jsou tyto ústavy organizovány jako hromadné, mají dva záporné znaky: znamenají ztrátu nejcennějšího statku, který penzionování přináší, totiž ztrátu svobody, a dále ztrátu druhé vysoké lidské hodnoty – intimity a soukromí.*“ Nejtíživější je právě pocit ztráty soukromí. Člověk se náhle ocitne ve větším kolektivu lidí, což může ještě více prohloubit jeho pocit osamocení. (Příhoda, 1974, s. 410)

Další nevýhodou mnohých domovů důchodců je nedostatek příležitostí k práci. Senioři se nemohou aktivně zapojit, většinu dne stráví odpočinkem a pasivní činností. Toto „*nicnedělání*“ může vést až k depresím, častěji postihující muže, kteří byli navyklí na neustálou činnost a pracovní vyčerpání. Mnozí obyvatelé těchto domovů se také nemohou smířit s někdy až sanitárním a strohým vybavením pokojů. (Příhoda, 1974, s. 411)

S příchodem senescenta do ústavního zařízení začíná jeho boj s adaptací. Člověk, žijící několik let v určitém prostředí, si náhle musí zvykat na naprosto novou situaci.

Stává se součástí kolektivu a je nucen se přizpůsobovat. „*Segregace, život starých mezi starými, vede k tomu, že si člověk intenzivněji uvědomuje ztrátu životních perspektiv, vede k vědomí, že toto je poslední místo jeho života.*“ (Příhoda, 1974, s. 412)

Přátelství se mezi obyvateli těchto zařízení vytváří velmi nesnadno, protože člověk si nemůže vybírat, s kým se bude potkávat a koho raději vyhledávat nebude. Je členem celku, kde jsou vztahy spíše povrchní, protože nejsou utuženy minulými společnými zážitky. (Příhoda, 1974, s. 412)

L. Kolaříková (1964) uvádí čtyři fáze adaptace seniora v institucionální péči:

1. *Příchozí do domova se přizpůsobuje vnějším chováním celkovému řádu.*
 2. *Přizpůsobuje se vnitřně: navazuje citové vztahy, sblíží se s lidmi i s prostředím.*
 3. *Vazba na lidi i na svět venku slábne.*
 4. *Chovanec v domově zakoření, zdomácní, takže již netouží jej opustit.*
- Posledního stupně adaptace však většina osob nedosáhne. (Příhoda, 1974, s. 413)

Obecně lze říci, že odchod do nového prostředí domova důchodců je vážnou událostí, a proto by na tuto změnu měl být člověk připraven s dostatečným odstupem. Pokud se navíc starý člověk pro odchod do tohoto zařízení sám rozhodne, je jeho začlenění o to snazší. Jen si představme pocity osmdesátileté ženy, které její děti oznámí, že se za čtrnáct dní stěhuje ze svého domu, ve kterém bydlela celý život, do domu pečovatelského, vzdáleného asi šedesát kilometrů od své rodné obce. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 31)

4.4 PENZIONOVÁNÍ

Sociologické výzkumy prokázaly, že odchod do důchodu se výrazně podepíše na psychice starého člověka. Zejména muži tuto změnu prožívají intenzivněji než ženy. Člověk, který je zvyklý každý den chodit do práce, být součástí kolektivu, aktivně se podílet na pracovních činnostech, si musí téměř ze dne na den navyknout na naprosto jiný styl života. Někteří jedinci tento zlom dokonce považují za svůj konec. Penzionovaný člověk je rázem bez povinností, bez programu. (Wolf a kol., 1982, s. 41)

Profese je součástí našeho života mnoho let, jejím prostřednictvím se nějak prezentujeme, máme ve společnosti určité postavení, a tak není divu, že ztrátu zaměstnání člověk prožívá jako ztrátu části své osobnosti. Penzionovaný člověk se stále cítí jako učitel, právník, lékař, a proto je pro něj obzvláště bolestivé, pokud se k němu tak druzí přestanou po jeho odchodu do penze chovat. (Wolf a kol., 1982, s. 42)

Penzionovaný člověk se potýká s dostatkem času, během něhož se více zaměří na své fyzické problémy. Tyto problémy měl již dříve, jen neměl čas o nich přemýšlet, a tudíž si je neuvědomoval. Časté zmiňování obtíží je také podmíněno potřebou nějak ospravedlnit svůj odchod do důchodu. Opuštění zaměstnání ze zdravotních důvodů není nic neobvyklého a starý člověk se tak necítí být jiný než ostatní. (Wolf a kol., 1982, s. 42)

Lidé, kteří byli v práci spokojeni, se s odchodem do důchodu vyrovnávají hůře a činí jim větší potíže adaptovat se na nový způsob života. *„Ženy, u nichž práce v domácnosti bude pokračovat zhruba stejně jako před odchodem do důchodu, si nedělají tak velké starosti s důchodem jako muži, protože alespoň něco, často to podstatné, v jejich životě zůstává dále zachováno.“* Záleží samozřejmě i na tom, jaký má žena postoj k práci, zda se realizuje pouze v ní nebo je naopak zvyklá zaopatřovat jen domácnost.

(Wolf a kol., 1982, s. 43)

Zejména lékaři varují před pasivitou ve stáří a doporučují aktivní život i v důchodovém věku. Otázkou však je, zda je aktivita a chuť do života u gerontů možná, když přišli o svou roli, kterou plnili tak dlouhou dobu. Takový člověk se zabývá myšlenkami, jak naplnit svůj den, jakou aktivitu zvolit, aby byl stále uznáván a nepřišel o své společenské postavení. (Haškovcová, 1989, s. 50-51)

Mnoho lidí začíná přemýšlet, že se stane alespoň pracujícím důchodcem. *„Když je takové místo inzerováno, hledá se „důchodce“ – člověk bez konkrétní tváře vzdělání; nepředpokládají se a nevyžadují zvláštní způsobilosti, schopnosti ani vlastnosti. Žádá se důchodce nejlépe „fyzicky zdatný“, který bude dělat „cokoliv“, protože si fakticky přivydělá a imaginárně se vrátí svou sociální rolí do časů své zašlé profesní slávy. Bude mít alespoň nějakou, byť podřadnou roli. Podřadná role to bude vzhledem k té, kterou kdysi zastával, ale významná bude k ne-rolí, kterou mu zajišťuje obecné, a především nivelizující označení starobního důchodce.“* I tyto podřadné práce, které důchodci vykonávají, jsou však skupinou oceňovány. (Haškovcová, 1989, s. 53-54)

Odchod do důchodu je nevyhnutelnou součástí lidského života, kterou bude muset člověk dříve nebo později přijmout. Méně bolestivý je odchod do důchodu, který probíhá pozvolna a člověk se na něj může pomalu připravit. Řešením může být v tomto případě postupné zkracování pracovní doby, které umožní snazší přivyknání na nový život. (Haškovcová, 1989, s. 55)

5 PSYCHOPATOLOGICKÉ PROBLÉMY STÁŘÍ

Psychopatologické problémy ve stáří mohou mít několik příčin. Jednou z nich jsou změny probíhající v mozku, které mohou způsobit např. demenci. Jiným „spouštěčem“ těchto problémů mohou být neočekávané události, které výrazně zasáhnou do života člověka (ovdovění, penzionování, přestěhování aj.).

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 134)

Události, které nám připadají jako bezvýznamné a malicherné, prožívá starý člověk s mnohem větší intenzitou a s jejich následky se nevyřádá tak snadno. Mnoho seniorů si v nejtěžších chvílích sáhne i na život. Nejčastějšími důvody suicidálního jednání je pocit beznaděje a zoufalství, který je umocněn vědomím nepotřebnosti, závislosti. Dále se podílí i pocit osamocení, bolest, zdravotní problémy. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 135)

„Jako patologické stárnutí a stáří může klinik označit zjevné odchylky od fyziologické „normy“. Hodnocení je ovšem velmi obtížné. Opírá se zatím pouze o empirii a je ovlivňováno mnoha subjektivními faktory. Jestliže se patologie klinicky projevuje, lze mluvit o symptomatologii patologického stárnutí a stáří.“

(Pacovský, 1990, s. 69)

5.1 DEPRESE A SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ

„Deprese je chorobný stav, který je třeba odlišovat od smutku všedního dne.“ Za depresivními stavy stojí změny mozku i různé těžké životní situace. U gerontů se deprese objevují velmi často a v nejtěžších případech může dojít u seniora i k sebevraždě. Člověk, který je depresí „zasažen“, pociťuje bezmoc, zoufalství, nepřekonatelnou samotu, ztrácí radost ze života, obviňuje sám sebe, je apatický a bez zájmu. Nejhorší jsou tyto stavy po ránu (tzv. ranní pesimum). Člověk je bezprostředně po probuzení bez nálady, během dne dochází ke zlepšení. Projevy jako ztráta zájmu o okolí či poruchy pozornosti, jsou podobné projevům demence, a proto je často deprese mylně považována za demenci. *„Deprese ve stáří je tak typickým příkladem pseudodemence.“* (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 135)

Přesto, že jsou projevy demence a pseudodemence mnohdy podobné, lze je od sebe odlišit. Lidé, kteří trpí pseudodemencí, nemají problém s orientací v čase a prostoru, takže ví, kde se nacházejí nebo jaký je den. Dalším ukazatelem, který potvrzuje pseudodemenci a vyvrací demenci, je podávání méně kvalitních výkonů v ranních hodinách oproti výkonům v hodinách pozdějších. Posledním „signálem“, který odliší tyto dvě choroby,

je rozdíl ve vědomí o špatném výsledku při testování. Pseudodementní pacienti ví, že v testu dosáhli špatného výsledku, zatímco pacienti dementní o svém neúspěchu neví. Po vyléčení deprese se u pseudodementních pacientů objevuje zlepšení, zejména v oblasti intelektu. „*Je však třeba upozornit na to, že podle jedné studie se u 57 procent starších pacientů léčených pro depresi následně rozvinula skutečná demence. Bylo zjištěno, že depresí trpí 20-30 procent dementních pacientů. Dementní stavy tedy mohou být v některých případech spíše reakcí na kognitivní selhání než naopak.*“

(Stuart-Hamilton, 1994, s. 196)

„*Sebevraždy jsou závažným problémem stáří. Nejvyšší sebevražednost je ve věku nad 75 let s kulminací v nejstarší věkové skupině 85 a více let.*“ U seniorů také převyšuje počet dokonaných sebevražd nad sebevraždami demonstračními. Nejčastějšími důvody, proč se geronti uchylují k sebevraždnému jednání, jsou pocity osamocení, depresivní stavy, pocity nepotřebnosti a hrozba závislosti na druhých, ztráta smyslu života, zjištění choroby, smrt partnera. Nejčastěji páchají sebevraždu muži ovdovělí nebo rozvedení a ženy ovdovělé, rozvedené nebo svobodné. Velký podíl na sebevraždném jednání má také strach jedince z bezmoci a z ústavní péče. (Kalvach et al., 2004, s. 398)

Nejlepším preventivním opatřením je zajištění důstojného stárnutí a smysluplnosti života seniora, a také včasné rozpoznání deprese. Senior by měl být v interakci s lidmi, měl by se zúčastňovat společenských aktivit, komunikovat. „*Riziko suicidálního jednání může odhalit především zájem o konkrétního člověka a schopnost empatického naslouchání, ze standardizovaných nástrojů např. orientační geriatrická škála deprese podle Yesavage, Logo-test životní satisfakce či škála pečovatelské zátěže.*“ (Kalvach et al., 2004, s. 399)

U pacientů s tendencemi k sebevraždnému jednání je nutný citlivý přístup. Kromě léčby antidepresivy je vhodné použít i psychoterapii. (Kalvach et al., 2004, s. 399)

5.2 DEMENCE A JEJÍ DRUHY

„*Výraz demence označuje celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofii centrálního nervového systému (CNS).*“ Mnoho lidí má mylnou představu, že demence je nemoc stáří a senilita rovná se demence. Demence však není chorobou stáří, pouze se s přibývajícím věkem zvyšuje pravděpodobnost jejího výskytu. Příčin vzniku je mnoho, přičemž některé z nich jsou velmi vzácné. Někteří pacienti trpí jen lehkými příznaky, a tak je velmi pravděpodobné, že se rozvoje nemoci ani nedožijí a smrt nastane z jiného důvodu. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 177)

Onemocnění demencí je výraznou zátěží pro pacienta i pečující personál.

Pečovatelé se často starají o pacienty trpící inkontinencí, ztrátou paměti, přehnanou agresivitou. Tito pacienti si v určité fázi svého onemocnění svůj stav již neuvědomují, často nepoznávají ani své blízké a příbuzné. Také pro pacientovy nejbližší představuje toto onemocnění velkou zátěž. Člověk, který se o ně celý život staral, se jim najednou mění před očima, ztrácí svou důstojnost a je zcela závislý na pomoci druhých. Toto onemocnění je bohužel běh na dlouhou trať a jeho doba trvání je zhruba 5 až 10 let.

(Stuart-Hamilton, 1994, s. 178)

Při diagnostice si v první řadě všímáme, do jaké míry jedince demence zasáhla. Významným faktorem je v tomto případě věk. Pokud je pacient mladší (cca do 60. roku), má větší šanci, že u něj bude choroba objevena, protože příznaky demence jsou nápadnější. U pacientů starších se většinou prvotní příznaky nezachytí včas, neboť jsou považovány za klasické projevy stárnutí. Míra pacientova postižení je zjišťována testy zkoumajícími paměť a dotazníky zaměřenými na chování jedince. „*Zřejmě nejrozšířenějším testem tohoto typu ve Velké Británii je Blessedova škála demence (Blessed Dementia Scale, BSD).*“ Testovaný vyplňuje otázky ohledně svého jména, věku, data narození apod. Dotazníky zaměřené na chování pacienta nevyplňuje dotyčný jedinec, nýbrž jeho ošetřující osoba, která informuje o tom, zda je jedinec samostatný nebo vyžaduje pomoc druhých. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 180)

5.2.1 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU

„*Jde o nejčastější typ demence, která má na svědomí zhruba 50 až 70 procent všech případů demencí. Poprvé byla popsána v roce 1907 Aloisem Alzheimerem v případové studii tohoto onemocnění u jednapadesátileté ženy.*“ (Stuart-Hamilton, 1994, s. 183)

Jednou z příčin vzniku tohoto onemocnění je vliv dědičnosti. Nelze však tvrdit, že pokud je demence Alzheimerova typu diagnostikována u jednoho člena rodiny, objeví se automaticky i u dalšího. Pokud jsme nositeli tohoto genu, nemusí to nutně znamenat, že nás demence postihne. Pokud se demence Alzheimerova typu diagnostikuje u dětí postižených tímto onemocněním, je cca padesátiprocentní pravděpodobnost, že se tento typ demence objeví i u sourozenců. Další teorie, které se snaží objasnit výskyt tohoto onemocnění, pracují s myšlenkou, že vliv mají různé faktory prostředí (viry, přítomnost hliníku). Demence Alzheimerova typu však postihuje určité části mozku, a tak není jasné, proč by si zrovna hliník nebo vir vybíral a následně napadal jen určité oblasti a ostatní nechal nepoškozené. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 184-185)

Alzheimerova choroba je charakteristická postupným ubýváním buněk v oblasti

mozkové kůry a podkorových center (amygdaly, hippocampu a mozkového kmene). Tento úbytek buněk je provázen především ztrátami paměti, které se v průběhu onemocnění stupňují. U některých pacientů byl v souvislosti s touto chorobou zaznamenán i pokles schopnosti vnímání. „*Mohou například vykazovat známky apraxie (tedy neschopnosti provádět složitější naučené pohyby) či vizuální agnózie (neschopnost poznávat vnímané objekty zrakem).*“ Po zjištění diagnózy reagují pacienti různým způsobem, někteří jsou apatičtí a chovají se, jako by se jich nemoc netýkala, jiní upadají do deprese. „*U určité části pacientů se vytvoří mírná paranoia – jsou přesvědčeni, že před nimi lidé věci úmyslně ukrývají. Jiní podnikají zoufalé pokusy své problémy bagatelizovat.*“ (Stuart-Hamilton, 1994, s. 187)

S tím, jak nemoc postupuje, dochází k výraznému zhoršení předchozích projevů. Horší se paměť, poznávání (pacient již nepoznává ani své příbuzné) a v pokročilém stádiu i řeč. „*Pacient může mít problémy při tvorbě řeči (Brocova afázie), při porozumění řeči (Wernickeova afázie), nebo v obou schopnostech.*“ Zajímavostí je, že někteří lidé s Alzheimerovou chorobou nemají problém souvisle a nahlas číst. Čtení probíhá bezproblémově, avšak bez naprostého pochopení textu. Jedinec se stává nesamostatným, přestává o sebe pečovat, což se výrazně projeví i na jeho vzhledu. „*Často u pacientů nalézáme syndrom Klüvera-Bucyho.*“ Projevem je nepochopitelné chování jedince – vše strká do úst, všeho se dotýká, je přehnaně emotivní. „*Ke smrti dochází v průměru po pěti letech od prvních symptomů (jsou však možné poměrně velké odchylky od této hodnoty na obě strany). Úmrtí pacientů s demencí Alzheimerova typu je obvykle způsobeno celkovým selháním tělesných funkcí nebo infekcí.*“ (Stuart-Hamilton, 1994, s. 188)

5.2.2 PICKOVA A HUNTINGTONOVA CHOROBA

Pickova choroba postihuje jedince zhruba okolo 40. až 50. roku, není tedy chorobou typickou pouze pro stáří. „*Atrofie nervové tkáně začíná ve frontálních lalocích, neúprosně postupuje ke spánkovým lalokům mozku a je provázena rozmanitými změnami psychické činnosti, jež vyvolává. Na buněčné úrovni nacházíme neurony degenerující v tzv. Pickova tělíka, která mají charakteristický vypouklý tvar.*“

(Stuart-Hamilton, 1994, s. 192)

Průběh Pickovy choroby se odvíjí od vzniklých postižení. Objevují se problémy s abstraktním myšlením nebo plánováním. V počátcích onemocnění se projevuje syndrom Klüvera-Bucyho, k němuž se však může přidat i společensky nepřijatelné sexuální chování. V pokročilejší fázi onemocnění se příznaky podobají příznakům Alzheimerovy

choroby a výrazně se zhoršuje řeč. Pacient je závislý na pomoci druhých a zhruba do čtyř let od výskytu prvních příznaků umírá. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 192-193)

Huntingtonova choroba je poměrně vzácné onemocnění, při němž má velký vliv genetická složka. Typickými projevy tohoto onemocnění jsou poruchy hybnosti, pacientovy pohyby jsou trhavé a kroutivé. Stejně jako u Pickovy choroby se postupně symptomy podobají symptomům demence. Tato choroba se objevuje nejčastěji ve středním věku, ale výjimkou nejsou ani dětští pacienti. Doba mezi prvními příznaky a úmrtím je poměrně dlouhá (vzhledem k jiným typům demence), trvá zhruba 15 let.

(Stuart-Hamilton, 1994, s. 194)

5.2.3 PARKINSONOVA CHOROBA A CREUTZFELDT-JACOBOVA NEMOC

Parkinsonova choroba se negativně projevuje především na pohybových schopnostech člověka. Typické jsou třesavé pohyby, „šouravá“ a zpomalená chůze. *„U pacientů s Parkinsonovou chorobou však existuje zvýšené riziko nástupu obecných symptomů demence (zhruba 10-15 %). Důležitá je v této souvislosti skutečnost, že řada pacientů s demencí Alzheimerova typu postupně vykazuje symptomy připomínající Parkinsonovu chorobu (Parkinsonismus).“* Oproti počátečním fázím Alzheimerovy choroby však není při Parkinsonově chorobě ve větší míře poškozena řeč. Jednou z příčin Parkinsonovy choroby je přítomnost tzv. Lewyho tělísek uvnitř mozku postiženého. Tato tělíška jsou *„malé kulaté shluky odumřelých nervových vláken uvnitř mozkových buněk.“* Další příčinou je neléčený syfilis, který se může po několika letech velmi negativně podepsat na CNS člověka a způsobit demenci. Mezi ostatní příčiny řadíme AIDS, nádorová onemocnění, nadměrný výskyt toxických látek v prostředí nebo *„hydrocefalus s normálním tlakem, při kterém se hromadí mozkomíšní mok v mozku a není odváděn, což vede k destruktivnímu tlaku na mozkovou tkáň.“* (Stuart-Hamilton, 1994, s. 194-195)

Creutzfeldt-Jacobova nemoc je velmi vzácné onemocnění, jehož původcem jsou viry, jedná se tedy o infekční demenci. Onemocnění se nejčastěji týká osob mezi 50. a 70. rokem, ale nemoc se nevyhýbá ani mladším ročníkům. Mezi prvotní symptomy patří pocity závratě, poruchy rovnováhy, potíže s chůzí a postupně se přidávají symptomy typické pro demenci. Nemocný umírá velmi rychle, většinou po devíti měsících od výskytu prvotních symptomů. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 193)

5.2.4 MULTIINFARKTOVÁ DEMENCE

Ve stáří se mohou objevovat drobné mozkové mrtvice, které způsobují odumření mozkové tkáně. „*U multiinfarktové demence se však objevují poškození mozkové tkáně ve výrazně vyšším počtu, což u postižených pacientů vede k demenci.*“ Příčiny tohoto onemocnění ještě nejsou zcela známe, ale určitý vliv má dědičnost a kardiovaskulární obtíže. Multiinfarktovou demencí jsou ohroženi lidé, kteří dosáhli 55. roku, většinou se však nemoc objevuje okolo 65. roku věku. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 189)

„*Rozšířenou metodou zjišťování multiinfarktové demence je Ischemická hodnotící škála, známá též pod jménem Hachinského ischemická škála (Ischaemic Score, IS) po svém objeviteli.*“ V této škále se bodově hodnotí symptomy pacienta, přičemž se zohledňuje např. předchozí výskyt mrtvic nebo rychlost zhoršování stavu. Dosáhne-li bodové hodnocení čísla 7 nebo více, poukazuje to na tento typ onemocnění.

(Stuart-Hamilton, 1994, s. 190)

Průběh a příznaky choroby jsou těžko jednoznačně stanovitelné, jelikož míra poškození jednotlivých částí mozku je velmi individuální. Stupeň poškození psychických funkcí u pacienta je závislý na tom, jaká část mozku byla zasažena. Diagnostika multiinfarktové demence může být někdy snadno zaměnitelná s ostatními typy demencí. „*Jestliže je například infarkty obzvláště těžce postižena mozková kůra a hippokampus, pak může být výsledkem poměrně věrné napodobení demence Alzheimerova typu.*“

(Stuart-Hamilton, 1994, s. 191)

Přesto existují příznaky, které jsou pro tento typ demence charakteristické. Jedná se zejména o náhlý nástup symptomů, který je pro ostatní demenční poruchy netypický. V některých případech však přicházejí příznaky multiinfarktové demence plíživě, a tak nelze tento projev považovat za spolehlivý. Toto onemocnění se od jiných druhů demencí odlišuje zejména svým průběhem, který není plynulý (jak tomu u ostatních demencí bývá), nýbrž „schodovitý“. Pacient vykazuje delší dobu určitou kvalitu schopností, která se náhle výrazným způsobem zhorší. Tento úbytek schopností je pravděpodobně způsoben další mozkovou příhodou, která zasáhla jinou část mozku. „*Posléze je dosaženo kritického bodu a určitá oblast již se zbývající nervovou tkání není schopna své funkce v požadované kvalitě a kvantitě dále adekvátně plnit.*“ Nemoc se postupně podílí na úbytku psychických schopností člověka, až do fáze, kdy jedinec přežívá, ale nejeví výraznější známky života. Smrt nastává zhruba po čtyřech letech od projevení prvních příznaků, podílejí se na ní kardiovaskulární problémy i infekce. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 191-192)

6 PREVENCE PATOLOGICKÝCH ZMĚN A ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ

Přáním snad každého člověka je žít dlouho, kvalitně a bez větších zdravotních potíží. V současné době se na úspěšné stárnutí zaměřuje projekt Evropské unie - Zdravé stárnutí. Tento projekt se „týká“ osob starších padesáti let, které mají zájem o budoucnost svého stárnutí. *„Současný EY 2012 zdůrazňuje i to, že by seniori neměli být vyháněni z trhu práce, jsou-li schopni a ochotni dál pracovat.“* Pracovní činnost seniora je totiž v tomto případně výhodná nejen pro něj a pro jeho zdraví, ale také pro společnost. Seniori, kteří již nepracují, mají rovněž možnost úspěšně stárnout. Mohou tak učinit volbou svého druhého životního programu (lze studovat např. Univerzitu třetího věku).

(Haškovcová, 2012, s. 24)

Už v minulosti se lidé snažili různými způsoby oddálit stáří, pomoci jim k tomu měly např. elixíry života. V dnešní době tomu není jinak a lidé, kterých se stáří již týká, se proti němu snaží bojovat. Boj proti stárnutí zahájila tzv. antiageing medicína, která má mnoho příznivců i kritiků. V silách medicíny sice je stáří oddálit, nicméně ani medicína tento přirozený proces nezastaví a už vůbec člověku nezajistí štěstí a pohodu ve stáří. Problémem je v dnešní době i vliv reklamy, která využívá důvěřivosti seniorů a láká na zázračný účinek vitamínů a doplňků stravy. (Haškovcová, 2012, s. 25)

6.1 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ

Člověk se na stáří připravuje celý život. To, jak bude jeho stáří vypadat, značně ovlivňuje jeho předchozí způsob žití. Pacovský rozlišuje několik druhů příprav na stáří:

„Dlouhodobá příprava na stáří vychází ze skutečnosti, že stáří je neoddělitelnou součástí života, jejíž kvalitu člověk do značné míry sám určuje, a to ve všech etapách ontogenetického vývoje. Proto je rozhodující celoživotní výchovné, vzdělávací i zdravotně – osvětové působení na celou populaci. Toto působení je zvláště žádoucí v oblastech, které později stáří ovlivňují. Patří sem např. rady ohledně dodržování zdravého životního stylu, udržování osobních vztahů, dostatečného společenské vyžití apod. Děti a mládež je vhodné poučit o správnosti chování ke starším lidem.“ (Pacovský, 1990, s. 55)

Středně dlouhá příprava na stáří začíná kolem 45. roku života a probíhá ve třech rovinách – biologické, psychologické a sociální. V první, biologické rovině, se zdůrazňuje důležitost dodržování zdravého životního stylu (dostatek pohybu a aktivity, správná a vyvážená strava). V psychické rovině je důležité, aby se člověk pomalu duševně připravoval na stáří a nenechal se touto novou situací stresovat. Sociální rovina zahrnuje

udržování a rozvíjení osobních vztahů, pěstování koníčků, mimopracovních aktivit apod. Člověk se touto činností připravuje na odchod do důchodu, který vyžaduje změnu aktivit a programu. (Pacovský, 1990, s. 56)

„Krátkodobá příprava na stáří se zahajuje asi 3 – 5 let před předpokládaným odchodem do důchodu.“ Nástup do penze znamená pro člověka velkou změnu, která je pro něj značnou psychickou zátěží. Jedinci se potýkají se spoustou volného času, a proto je vhodné připravit si náhradní program nebo naplánovat aktivity ještě před odchodem do důchodu. Je vhodné informovat se, jaké další možnosti člověk má a přizpůsobit následné činnosti svému zdravotnímu stavu. (Pacovský, 1990, s. 56)

„Velkou pozornost zasluhuje příprava na důchod ve vlastním slova smyslu. Patří sem např. příprava psychická (akceptace role důchodce) i organizační (příprava dokumentů vyžadovaných důchodovou legislativou, úprava bydlení, obnova domácnosti, vytvoření úspor). Musí se věnovat pozornost měnícím se vztahům v rodině (osamostatnění dětí), aktivně řešit otázky dalšího spolužití.“ (Pacovský, 1990, s. 57)

6.2 PREVENCE A ÚSPĚŠNÉ STÁRNUTÍ

„Obecnými cíli geriatrické prevence je zpomalení involučního poklesu potenciálu zdraví, předcházení nepřiměřené deterioraci funkčního stavu s ohrožením soběstačnosti, oddálení manifestace věkem podmíněných chorob, podpora úspěšného stárnutí, kvality života, seberealizace a sociální participace, snížení společenských výdajů na řešení závislosti a bezmoci – objektem geriatrické prevence je tedy funkční zdraví.“

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 221)

Prevenici lze rozdělit na prevenci primární, sekundární a terciální. Primární prevence znamená, že se snažíme nežádoucímu jevu vyhnout nebo ho oddálit. Sekundární prevence zabraňuje návratu nebo rozvoji již vzniklého nežádoucího jevu, terciální prevencí se snažíme zabránit komplikacím při již nastalém jevu.

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 222)

Senior by měl docházet na pravidelné preventivní prohlídky a dbát na rady svého lékaře. *„Mezi preventivní skríníng u praktického lékaře patří podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření, stanovení BMI, vyšetření krevního tlaku, zraku a sluchu, hladiny cukru v krvi, hormonů štítné žlázy, vyšetření kostní denzity u rizikových osob, především u žen, posouzení duševního stavu a revize užívaných léků.“* V zájmu zachování vlastního zdraví by se měl jedinec řídit doporučeními svého lékaře. Pacienti s kardiovaskulárními obtížemi by měli jíst pestrou a vyváženou stravu, být nekuřáky, udržovat pravidelnou pohybovou

aktivitu. Osoby, které trápí žlučník, by měly odpovědně volit svou stravu (vynechat tučná masa, majonézu apod.) Hypertonicci by měli brát pravidelně své léky a dodržovat jejich dávkování. Každý jedinec by měl dbát na své zdraví, starat se o sebe a přizpůsobit styl života svému zdravotnímu stavu. (Dienstbier, 2009, s. 125)

Člověk může své stáří prožívat šťastně nebo nešťastně. Je těžké vžít se do situace stárnoucího člověka, přesto je možné jej pochopit, porozumět mu. Musíme však naslouchat. (Haškovcová, 1989, s. 333)

Stárnutí je přirozený proces, který by neměl být člověkem brán jako prohra. Je možné si stáří vysvětlit optimističtěji – je to završení životní dráhy člověka, výsada prožít naplno celý život. I „šťastný senior“ jistě prožil různá příkoří a životní pády, ale uměl se s nimi vyrovnat. Tento postoj k životu ulehčuje i příchod stáří. Moudří lidé vědí, že od života nemohou chtít vše, ve stáří nesoupeří s mladšími ročníky. Tito moudří lidé se umí radovat z maličkostí, mají nový pohled na svět, všímají si detailů, které člověk spěchající do práce ani nezaregistruje. (Haškovcová, 1989, s. 333-334)

Lidé s kladným postojem k životu se často nevzdávají svého optimismu ani v nemocničním prostředí. Mohou být oporou i pro mladší pacienty, dokáží svou dobrou náladou zpříjemnit den. I v situacích, ve kterých není člověku do zpěvu a propadá zoufalství, jsou tito lidé vyrovnaní a vše přijímají s pokorou. (Haškovcová, 1989, s. 335)

„Většina těch, kteří nepřestali obdivovat svět, přes objektivně prožitá hoře a prohrané zápasy minulých let žije i ve stáří kouzelný život.“ Tito lidé stále vidí ve svém žití smysl, i v pokročilém věku mají zájmy, které je udržují v dobré duševní i fyzické kondici. *„Těmto šťastným starým lidem bývá dopřána i lehká a rychlá smrt.“* (Haškovcová, 1989, s. 336-337)

6.3 AKTIVITA VE STÁŘÍ

Jestliže se jedinec aktivně věnoval v mládí nějakému sportu, ve stáří s tím nemusí přestávat. Je však nutné přizpůsobit náročnost tělesné aktivity svému zdravotnímu stavu a věku. *„Fyzická aktivita je důležitá pro udržení hmotnosti, ohebnosti kloubů, pro posilování svalů, podporuje imunitu, pomáhá v boji se stresem a podporuje činnost kardiovaskulárního a pulmonálního systému.“* (Dienstbier, 2009, s. 131)

Tělesná aktivita ve stáří má pozitivní vliv na různé kognitivní funkce, dá se využít jako terapie při depresi nebo pocitech strachu a působí jako prevence psychosomatických poruch. (Štílec, 2004, s. 22)

Eiselt se svým kolektivem zkoumal problematiku výkonnosti ve stáří a vliv cvičení

na prodloužení aktivního stáří. V prvním případě zjistil, že „*tělesná výchova podstatně snížila biologický věk cvičících v 7. a částečně i 8. decenniu. V 9. decenniu se toto snížení již neprojeví.*“ Větší výkonnost byla zaznamenána u cvičících jedinců než u necvičících, tento rozdíl však v 9. decenniu zmizel. V druhém případě byla prováděna šetření stále tělesně aktivních starších sportovců. Bylo zjištěno, že 88 % zkoumaných osob bylo stále společensky aktivních, výkonných a jejich biologický věk byl nižší. (Štílec, 2004, s. 23)

Mezi aktivity ve stáří však nepatří pouze činnost tělesná, velmi důležitou aktivitou je také udržování osobních vztahů. Pro člověka je nepřírozené být osamocený, proto je žádoucí vyhledávat nové kontakty, udržovat vztahy, komunikovat s ostatními. Přesto, že se senior stává stále více introvertním, neměl by se úplně izolovat od společnosti. Člověk potřebuje někoho, komu se může svěřit se svými bolestmi a problémy, zároveň by tu ale také měl pro druhého být a naslouchat mu, protože bez oboustranného zájmu nemůže přátelství fungovat. (Gregor, 1999, s. 52-53)

Další aktivitou je práce. Nemusí to být pouze zaměstnání, ale např. různé koníčky, zájmy. Jedná se o činnost, která je pro seniora uspokojivá a nedovolí mu „promarnit“ celý den. Typickými aktivitami jsou práce na zahradě, malování, kutilství aj. Pokud žil člověk celý život aktivně, byl činorodý, není důvod to ve stáří měnit. (Gregor, 1999, s. 78-79)

Člověk by si měl rozmyslet, jak chce, aby jeho stáří probíhalo. Chce být stále aktivní a svěží nebo si užívat zaslouženého odpočinku a polehávat doma před televizorem? Je vhodné, udržet aktivitu a odpočinek v rovnováze, aby nedošlo k vyčerpání nebo předčasné únavě. „*Zdravý stárnoucí člověk by měl odmítnout být obětí dávno již neplatných „tradic“, že věk sám o sobě vede k nemohoucnosti a že tedy není žádné jiné východisko než pasivita zaslouženého odpočinku.*“ (Gregor, 1999, s. 79)

6.4 VZDĚLÁVÁNÍ VE STÁŘÍ

Rozvoj nových technologií, modernizace strojů, potřeba stále nových a nových znalostí. To vše nutí člověka k celoživotnímu vzdělávání. Vzděláváním dospělých se zabývá andragogika, na vzdělání seniorů se specializuje gerontopedagogika. Tento obor má specifickou metodiku výuky a zabývá se tématy, které jsou pro seniory atraktivní a potřebné. Hlavní náplní výuky je např. trénink paměti, seznámení seniorů s novými technologiemi nebo jevy, příprava na stáří, orientace ve finančnictví, prevence apod. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 37-38)

V České republice probíhá vzdělávání seniorů hlavně v oblasti jazyků a informatiky, v poslední době vzrostla i důležitost rekvalifikací. „*Nadějnou se jeví*

myšlenka akreditace vzdělávacích programů univerzit třetího věku (U3V), zvláště pro oblast sociální práce.“ Vzdělávání seniorů probíhá formou kurzů, které jsou organizovány vysokými školami (U3V) či různými agenturami (akademie volného času), nebo diskuzních kroužků s možnou účastí lektora.

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 39)

První univerzita třetího věku byla založena ve Francii v roce 1973 na popud stále se zvyšujícího zájmu o další vzdělávání i v pokročilém věku. Postupně se tento trend šířil do ostatních zemí včetně České republiky, kde se první kurzy pro seniory organizovaly v roce 1986. *„Velký rozmach seniorského vzdělávání nastává po roce 1992, kdy se otevřely možnosti navázat kontakty s podobnými organizacemi v zahraničí. Rok 2000 přináší další důležitý zlom v systému vzdělávání seniorů, kdy technicky zaměřené české vysoké školy otvírají kurzy z oblasti moderních technologií.*“ Prostřednictvím mobilního telefonu nebo počítače může senior udržovat kontakt s okolním světem, je tedy žádoucí ho s těmito „vymoženostmi“ moderní doby seznámit. (Dvořáčková, 2012, s. 31)

Univerzity třetího věku probíhají formou přednášek nebo semestrální výuky a jsou vyučovány kvalifikovanými odborníky. Toto vzdělání má charakter osobnostního rozvoje a po ukončení studia jedinec nezíská akademický titul. Senior si může vybrat ze široké škály oborů, od přírodních až po humanitní. (Dvořáčková, 2012, s. 31)

Univerzity třetího věku usnadní jedinci orientaci ve světě, pomáhají rozvíjet jeho osobnost, udržují psychickou svěžest. Senior má aktivitu, která ho vytrhne ze stereotypu všedního dne, umožní mu setkávat se s podobně starými lidmi, případně navazovat nová přátelství. (Dvořáčková, 2012, s. 31-32)

PRAKTICKÁ ČÁST

1 CÍLE PRŮZKUMU

Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na zjišťování a posuzování životní spokojenosti u seniorů, kteří se nacházejí v institucionálním zařízení. Pomocí dotazníkového šetření jsem se snažila zjistit, jak jsou pro geronty důležité různé okolnosti v životě a jak jsou spokojeni s jejich dosahováním. Zaměřila jsem se zejména na zjištění toho, co je pro seniory nejdůležitější a s čím jsou spokojeni nejméně. Nejmladším respondentem byla žena ve věku 65 let a nejstarší dotazované bylo úctyhodných 96 let.

Otázky, které jsem seniorům pokládala, zjišťovaly mj. psychické, biologické nebo sociální potřeby, dále úroveň vztahů (rodinných, přátelských i sousedských), tělesný i psychický stav, životní spokojenost.

Před vyhodnocením všech dotazníků jsem stanovila tyto předpoklady:

Tvrzení č. 1: Tělesné a duševní zdraví je pro dotazované obzvláště důležité.

Tvrzení č. 2: Rodinné vztahy jsou pro respondenty obzvláště důležité.

Tvrzení č. 3: Senioři jsou nejméně spokojeni se svým tělesným zdravím.

Pro dotazníkové šetření jsem zvolila modifikovanou verzi Dotazníku D-S-F od L. Kaňákové. Průzkum jsem realizovala v Domově pro seniory ve Strakonících, kde jsem získala odpovědi od 32 respondentů. Většina seniorů, které jsem oslovila, byla ochotna se mnou spolupracovat, s negativní reakcí jsem se setkala pouze v jednom případě.

2 POPIS METODY A PRŮBĚH PRŮZKUMU

Pro sběr dat jsem využila Dotazník D-S-F, který zjišťuje míru životní spokojenosti člověka.

Dotazník je jednou z psychodiagnostických metod, jejíž podmínkou je, aby byl dotazovaný jedinec schopen posoudit a zhodnotit svůj duševní stav. Výsledky dotazníkového šetření mohou být často zkresleny vinou lživých odpovědí, jež se snaží odhalit např. stupnice lživosti, které posuzují, nakolik odpovídal dotazovaný pravdivě. (Stančák, 1996, s. 305)

Nevýhodou této psychodiagnostické metody je někdy nesprávná formulace otázek, která může být jedincem špatně pochopena. Abychom tomuto nežádoucímu jevu zabránili, měl by být při vyplňování přítomen klinický psycholog, který případné nejasnosti vysvětlí. (Stančák, 1996, s. 305)

Hlavní výhodou této metody je poměrně rychlé získání velkého množství dat, která jsou snadno vyhodnotitelná. I pomocí dotazníku lze navázat kontakt s vyšetřovanou osobou. (Stančák, 1996, s. 305)

Přesto, že teoretici spatřují v této metodě spíše nevýhody, má dotazník svou nezastupitelnou roli, protože odhaluje hloubku a intenzitu lidského prožívání. (Stančák, 1996, s. 305-306)

Výzkumnou část své práce jsem realizovala v Domově pro seniory ve Strakonících. Při samotném dotazování mi byly velmi nápomocné zaměstnankyně domova, protože mi předem vybraly vhodné osoby pro průzkum. Zároveň vybrané seniory s předstihem upozornily na to, že přijdu, takže staří lidé nebyli překvapeni, když jsem je navštívila.

Část seniorů se v době mého příchodu do zařízení zúčastňovala společných rukodělných činností, takže jsem využila jejich většího počtu k testování. Vyplňování dotazníků však nebylo jednoduché vzhledem ke zdravotním znevýhodněním lidí. Největším problémem byla nedoslýchavost a zrakové obtíže, tudíž jsem s každým jedincem vyplňovala dotazník samostatně. Nevýhodou tohoto způsobu testování byla poměrně velká časová náročnost. Některé typy otázek, zvláště ty, které se zaměřovaly na zhodnocení života a celkovou spokojenost, vyvolávaly u některých jedinců až lítostivé stavy. Tímto způsobem jsem získala 12 vyplněných dotazníků, pouze jedna osoba se odmítla průzkumu zúčastnit. Zbýlých 20 respondentů jsem individuálně navštívila na jejich pokoji a dotazník s nimi vyplnila. K některým vyplněným dotazníkům jsem si dělala poznámky, pokud mi respondent zdůvodnil svou odpověď nebo se více rozpovídal

o svém problému. Všechny osoby, které jsem navštívila, mě přivítaly velmi vstřícně a dokonce jsem měla pocit, že byly zklamány, když jsem hned po dokončení odcházela.

2.1 DOTAZNÍK D-S-F

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila Dotazník D-S-F (modifikaci od L. Kaňákové), který je z původních 24 otázek zredukován na 22 otázek. Dotazník se skládá ze dvou škál (důležitost a spokojenost s dosahováním). Škály důležitosti i spokojenosti jsou tvořeny bodovými stupnicemi od 1 do 4. Pokud je pro jedince daný jev obzvláště důležitý, volí číslo 1. Číslo 2 volí v případě, že je pro něj jev důležitý, číslo 3 pokud je méně důležitý a číslo 4 pokud jev považuje za nedůležitý. Naprostá spokojenost je vyjádřena číslem 1, pokud je jedinec spíše spokojen, volí číslo 2, číslo 3 vyjadřuje spíše nespokojenost a číslo 4 naprostou nespokojenost.

„Škála důležitosti vypovídá mnohé o osobnosti respondenta, např. o jeho potřebách, zájmech, hodnotách. Škála spokojenosti ukazuje, jak je dotazovaná osoba v současné době spokojena s danou životní podmínkou či okolností (aktuální stav spokojenosti).“ (Kaňáková, 2004, s. 121)

Pro snazší vyhodnocování jsou čtyřbodové stupnice sloučeny do dvoubodových, takže ve výsledku vznikly pro škálu důležitosti varianty *spíše důležité* (1. a 2. bod) a *spíše nedůležité* (3. a 4. bod). Pro škálu spokojenosti platí to samé – *spíše spokojen* (1. a 2. bod) a *spíše nespokojen* (3. a 4. bod). Každou otázku jsem vyhodnotila zvlášť pomocí tabulky, ve které je zaznamenán počet respondentů volících danou variantu. U každé odpovědi je rovněž uvedeno její procentuální zastoupení vzhledem k celkovému počtu respondentů.

Část otázek je vyhodnocována samostatně, část je sloučena pod různé kategorie kvůli podobnosti (např. kategorie Činnosti a aktivity, Kvalita vztahů apod.) Dotazníky jsem vyhodnocovala také z hlediska věku, pohlaví a vzdělání respondentů (viz přílohy), ale z důvodu nerovnoměrného rozložení osob v jednotlivých kategoriích a kvůli malému počtu respondentů, nelze z výsledků vyvozovat závěry nebo mezi sebou kategorie porovnávat.

3 POSTUP PRŮZKUMU

1. Pro průzkum jsem se rozhodla využít Dotazník D-S-F (modifikaci od L. Kaňákové).
2. O možnost realizace průzkumu jsem žádala v několika zařízeních, vyhověno mi bylo pouze v Domově pro seniory ve Strakonících.
3. Samotný průzkum jsem prováděla ve dnech 25. – 26. 2. 2014 v Domově pro seniory, Rybniční 1282 ve Strakonících. Vhodní respondenti mi byli doporučeni až na místě. Oslovila jsem 33 osob, 32 z nich bylo ochotných se průzkumu zúčastnit.
4. Na základě teoretických poznatků o problematice stáří a charakteru otázek v dotazníku jsem formulovala několik předpokladů.
5. Na závěr jsem vyhodnotila odpovědi respondentů a ověřila si své předpoklady.

4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Průzkum jsem prováděla v Domově pro seniory, Rybniční 1282 ve Strakonících. Celkový počet respondentů je 32, z toho 10 mužů a 22 žen. Věkové rozhraní všech zúčastněných je 65–96 let. Vytvořila jsem kategorie (tabulky A, B, C), do kterých jsem respondenty zařadila vzhledem k jejich věku, pohlaví a vzdělání.

Tabulka A (kategorie věk):

Věková skupina	Počet respondentů	%
60-69 let	2	6,25
70-79 let	12	37,5
80-89 let	14	43,75
90 let a více	4	12,5

Z tabulky lze vidět, že nejvíce dotazovaných osob bylo ve věkovém rozmezí 80-89 let. Průměrný věk všech respondentů byl 81 let.

Tabulka B (kategorie pohlaví):

Pohlaví	Počet respondentů	%
Ženy	22	68,75
Muži	10	31,25

Z tabulky je jasně patrné, že převážnou část respondentů tvořily ženy. V domově, který jsem navštívila, bylo zastoupení žen větší, což je pravděpodobně způsobeno tím, že ženy se dožívají vyššího věku než muži.

Tabulka C (kategorie vzdělání):

Vzdělání	Počet respondentů	%
Základní	11	34
Učební obor	13	41
Středoškolské	7	22
Vysokoškolské	1	3

Z údajů uvedených v tabulce je patrné, že největší počet respondentů se vyučil v určitém oboru. Naopak nejmenší zastoupení má vysokoškolské vzdělání. Tento typ studia absolvoval pouze jeden člověk.

5 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

Otázka č. 1: Základní materiální zabezpečení

Tabulka 1

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	31	96,9	1	3,1

Důležitost základního materiálního zabezpečení pociťuje 100 % osob (ve všech případech bylo kroužkováno číslo 1, tedy obzvláště důležité). Co se týče spokojenosti s dosahováním materiálního zabezpečení, nespokojenost projevila pouze jedna osoba. Zbylých 31 respondentů je s dosaženým materiálním zabezpečením (bydlením, ošacením, jídlem) spíše spokojeno.

Otázka č. 2: Životní úroveň

Tabulka 2

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	31	96,9	1	3,1

Kvalitní životní úroveň považuje 100 % respondentů za obzvláště důležitou nebo důležitou. Nespokojenost s dosaženou životní úrovní uvedla pouze jedna osoba. Jedná se o stejného člověka, který v první otázce vyslovil nespokojenost s materiálním zabezpečením.

Otázka č. 3: Kulturní vyžití

Tabulka 3

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
30	93,75	2	6,25	31	96,9	1	3,1

Důležitost kulturního vyžití pociťuje 30 respondentů, pro 2 osoby je tento jev spíše nedůležitý. Spokojenost s dosahováním lze prokázat u 31 respondentů, 1 osoba spokojená není. Jedná se o osobu, která je upoutána na invalidní vozík a většinu času tráví ve svém pokoji.

Otázka č. 4: Kvalita služeb

Tabulka 4

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	30	93,75	2	6,25

Kvalita služeb je důležitá pro všechny dotazované. Spokojenost projevilo 32 respondentů. S kvalitou služeb jsou nespokojeni 2 odpovídající, u nichž pravděpodobně nedošlo ke správné adaptaci na prostředí.

Otázka č. 5: Mobilnost

Tabulka 5

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
27	84,4	5	15,6	20	62,5	12	37,5

Mobilnost je důležitá pro 84,4 % všech dotazovaných, 15,6 % to považuje za spíše nedůležité. Co se týče spokojenosti s dosahováním, poměrně velké procento respondentů je nespokojeno (37,5 %). Myslím si, že hlavním důvodem je lokalita, ve které se zařízení nachází. Jedná se totiž o místo za městem, kde je dostupnost kultury a různých služeb horší.

Otázka č. 6: Možnosti pracovních a zájmových činností (Tabulka 7) – viz kategorie Činnosti a aktivity

Otázka č. 7: Úroveň vztahů v zařízení (Tabulka 11) – viz kategorie Vztahy

Otázka č. 8: Perspektiva osobnostního růstu

Tabulka 6

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
29	90,6	3	9,4	31	96,9	1	3,1

Možnost dále se vzdělávat, provozovat různé aktivity, navštěvovat přednášky považuje za důležité 29 respondentů. Tento výsledek mne velmi potěšil a částečně překvapil, protože jsem se domnívala, že lidé pokročilého věku již o další vzdělávání mít zájem nebudou. Nespokojenost s dosahováním projevil pouze jeden člověk, což je rovněž potěšující fakt. Z rozhovoru se seniory jsem se dozvěděla, že možnost návštěvy přednášek a kurzů v domově mají a rádi se těchto aktivit zúčastňují.

Kategorie: Činnosti a aktivity

Následující soubor otázek jsem sloučila pod jednu kategorii, jelikož jsou si svým charakterem velmi podobné. Jedná se o zájmové činnosti a aktivity, které jsou v domově pro seniory organizovány.

Otázka č. 6: Možnosti pracovních a zájmových činností

Tabulka 7

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	32	100	0	0

Otázka č. 9: Činnostní uspokojení

Tabulka 8

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	32	100	0	0

Otázka č. 10: Uspokojení zájmů a koníčků

Tabulka 9

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	30	93,75	2	6,25

Z tabulek vyplývá, že pro všechny dotazované jsou činnosti, aktivity a zájmy velmi důležité. Z výsledků otázek č. 8 a 9 je patrné, že senioři se v zařízení opravdu nenudí. Když jsem je v domově navštívila, zastihla jsem je právě při jedné z aktivit. Z rozhovoru s nimi jsem se dozvěděla, že mají velké množství činností, které pro ně pracovníci domova organizují, dokonce je navštěvují děti z nedaleké základní školy a obohacují jejich program různými vystoupeními. Tyto návštěvy hodnotili senioři velmi pozitivně. Ze strany pracovníků domova jsem se dozvěděla, že čas od času své klienty berou i mimo zařízení na různé kulturní akce a výlety. Nespokojenost s uspokojováním svých zájmů a koníčků projevíli dva klienti. V obou případech se jednalo o muže, z nichž jeden pracoval jako lodní kapitán a byl zvyklý vést aktivní způsob života, druhý muž v mládí provozoval mnoho koníčků a aktivně sportoval. Je logické, že ne všechny aktivity budou všem seniorům vyhovovat, obzvláště pokud byli dříve zvyklí na jiný druh činnosti, který nyní vykonávat nemohou.

Otázka č. 21: Úroveň sociální a zdravotní péče

Tabulka 10

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	29	90,6	3	9,4

Úroveň sociální a zdravotní péče je důležitá pro 32 seniorů. S vyšším věkem stoupá i výskyt zdravotních potíží, takže je pochopitelné, že senioři považují zdravotní péči za důležitou. Spokojenost projevílo 29 dotazovaných, 3 lidé jsou nespokojení. Od seniorů jsem se dozvěděla, že k nim lékařka jezdí 1x týdně a v případě potřeby jsou dopravováni

do nemocnice individuálně. Respondentům, kteří projevili nespokojenost, vadí, že je lékařka nenavštěvuje v domově častěji.

Kategorie: Kvalita vztahů

Otázka č. 7: Úroveň vztahů v zařízení

Tabulka 11

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	30	93,75	2	6,25

Otázka č. 14: Kvalita sousedských vztahů

Tabulka 12

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
31	96,9	1	3,1	29	90,6	3	9,4

Otázka č. 15: Kvalita přátelských vztahů

Tabulka 13

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	27	84,4	5	15,6

Co se týče kvality vztahů, z tabulek je patrné, že důležitost tohoto jevu je pro seniory poměrně vysoká. Menší důležitost je kladena vztahům sousedským. S úrovní vztahů v zařízení je spokojeno 30 respondentů, 2 osoby jsou spíše nespokojené. Z rozhovoru se seniory jsem se dozvěděla, že velmi dobré vztahy mají s pracovníci domova a pečovatelkami. Jejich vřelý a laskavý přístup ke klientům jsem vyzorovala i při své návštěvě. Naopak menší spokojenost je v oblasti vztahů přátelských,

nespokojenost uvedlo 5 osob. Všeobecně lze říci, že kvalita vztahů v zařízení je dobrá, ale více zde panují vztahy povrchní než ryze přátelské.

Kategorie: Rodinné vztahy

Otázka č. 11: Kvalita soužití mezi partnery

Tabulka 14

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	30	93,75	2	6,25

Otázka č. 12: Soulad v rodině

Tabulka 15

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	29	90,6	3	9,4

Otázka č. 13: Zabezpečení dětí

Tabulka 16

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	31	96,9	1	3,1

V kategorii rodinných vztahů volili všichni respondenti v bodové škále vyjadřující důležitost číslo 1 - obzvláště důležité. Je tedy vidět, že rodinné vztahy hrají v životě člověka opravdu velkou roli. Nespokojenost s kvalitou partnerského soužití během života vyjádřily 2 osoby (ženy). Soulad v rodině ohodnotili negativně tři respondenti, kteří uvedli, že problémový je především vztah k dětem, případně vnoučatům. Spokojenost se zabezpečením a s profesním uplatněním dětí uvedlo 31 osob, 1 osoba se svěřila, že není

spokojena s tím, jak nyní její dcera žije. Převážná část dotazovaných však uvedla, že jejich vztahy s příbuznými jsou dobré a že je jejich blízcí často navštěvují.

Kategorie: Zdravotní stav a sebedůvěra

Otázka č. 19: Duševní zdraví

Tabulka 17

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	32	100	0	0

Otázka č. 20: Tělesné zdraví

Tabulka 18

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	25	78,1	7	21,9

Duševní i tělesné zdraví je důležité pro všechny respondenty. V oblasti duševního zdraví je se svým stavem spokojeno 100 % osob. Vzhledem k různým zdravotním potížím, které jsou pro stáří typické, je pochopitelné, že spokojenost s tělesným zdravím bude u seniorů nižší. V tomto případě je nespokojeno téměř 22 % všech dotazovaných. Jako nejčastější problémy uvádějí zrakové a sluchové obtíže a omezenost pohybu.

Otázka č. 16: Přiměřenost životních nároků (soběstačnost, sebeobsluha)

Tabulka 19

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	29	90,6	3	9,4

Soběstačnost je důležitá pro 32 respondentů, 3 osoby uvedly, že nejsou s tímto jevem spokojené. Tento výsledek byl pro mne celkem překvapující. Nečekala jsem, že tak velké procento lidí (90,6 %), bude se svou soběstačností spokojeno.

Otázka č. 17: Optimismus a sebedůvěra

Tabulka 20

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	23	71,9	9	28,1

Optimismus a sebedůvěra jsou důležité pro všechny dotazované. V oblasti spokojenosti s dosahováním tohoto jevu jsou výsledky horší. Celých 28 % osob se vyjádřilo negativně. Z rozhovorů se seniory jsem získala dojem, že větší problém mají se sebedůvěrou. Tento pokles sebedůvěry může pramenit z omezenosti pohybu, závislosti na druhých, zrakového či sluchového handicapu, či jiných „neduhů“ stáří.

Kategorie: Zhodnocení života a životní spokojenost

Otázka č. 18: Zhodnocení života

Tabulka 21

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	31	96,9	1	3,1

Otázka č. 22: Životní spokojenost

Tabulka 22

důležitost				spokojenost			
spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
Počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
32	100	0	0	31	96,9	1	3,1

Pokud jde o celkové zhodnocení života a životní spokojenosti, důležitost tohoto jevu vyjádřilo 100 % respondentů. Nespokojenost se objevila pouze v jednom případě a v obou otázkách u totožné osoby. Jednalo se o paní, které tragicky zemřela dcera, tudíž svou celkovou životní spokojenost hodnotila spíše negativně. Je však potěšující, že zbytek odpovídajících vyhodnotilo svůj život jako spokojený.

6 SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Pomocí Dotazníku D-S-F mohu ověřit své prvotní předpoklady, které jsem formulovala na začátku své práce (kapitola Cíle průzkumu).

Tvrzení č. 1: „Tělesné a duševní zdraví je pro dotazované obzvláště důležité.“

Tabulky 17 a 18 v kategorii Zdravotní stav a sebedůvěra uvádějí, že duševní a tělesné zdraví je důležité pro 100 % respondentů. Tvrzení č. 1 je tedy **potvrzeno**.

Tvrzení č. 2: „Rodinné vztahy jsou pro respondenty obzvláště důležité.“

Jak je vidět z tabulek 14, 15, 16, které jsou zaměřeny na rodinné vztahy, všichni respondenti považují tento jev za důležitý. Tvrzení č. 2 tedy může být **potvrzeno**.

Tvrzení č. 3: „Senioři jsou nejméně spokojeni se svým tělesným zdravím.“

Tabulka 18 ukazuje, že se svým tělesným zdravím je nespokojeno 21,9 % dotazovaných. Větší nespokojenost je však možné nalézt v otázce týkající se mobilnosti (dosažitelnost potřeb kultury, služeb a zálib), kde se negativně vyjádřilo 37,5 % respondentů. Tvrzení č. 3 je tedy **nepotvrzeno**.

V kapitole Cíle průzkumu rovněž uvádím, že se zaměřím na zjištění toho, co je pro seniory nejdůležitější a s čím jsou spokojeni nejméně. Podle výsledků průzkumu jsou pro geronty nejdůležitější rodinné a přátelské vztahy, tělesné a duševní zdraví, soběstačnost, kvalitní zdravotní péče a kvalita služeb v zařízení, dále udržení svých koníčků a zájmů, dostatek činnosti a aktivity, kvalitní životní úroveň a materiální zabezpečení, udržení optimismu a sebedůvěry a v neposlední řadě celková životní spokojenost. Nejméně spokojení jsou s mobilností, nedostatečným optimismem a sebedůvěrou a se svým tělesným zdravím. Tělesné zdraví a optimismus jsou tedy hodnoceny jako nejvíce důležité a zároveň jsou s jejich dosahováním lidé nejméně spokojeni.

Domov pro seniory poskytuje svým klientům nepřehledné množství aktivit a zájmových činností, kterých senioři hojně a rádi využívají. Vztahy v zařízení jsou bezproblémové, ale převládají zde spíše vztahy povrchní než přátelské. Je potěšující, že se svou životní úrovní a s materiálním zabezpečením je spokojeno 96,9 % dotazovaných. Respondenti jsou také spokojeni s kvalitou služeb (93,75 %), což je pozitivní zejména pro pracovníky domova. Převážná část dotazovaných je se svými rodinnými vztahy spokojena, příbuzní je dle jejich slov často navštěvují. Celých 96,9 % dotazovaných označilo svůj život za uspokojivý.

ZÁVĚR

Stáří je přirozený proces, který je zapříčiněn vlivy genetickými i vlivy prostředí. Jedná se o období života člověka, ve kterém dochází k mnoha změnám, ať už duševním nebo fyzickým. S příchodem stáří se mění i sociální status člověka, velký vliv má odchod do penze. Lidé často zauímají vůči starým osobám negativní postoj, neboť si nepřipouští, že jednou stáří čeká i je. Stáří může mít i patologickou formu, nejčastěji se v tomto období vyskytují různé druhy demencí. Senioři také často trpí depresemi, které končí v tom nejhorším případě i sebevraždou. Člověk se však může na stáří adaptovat i bez větších problémů a dokonce si toto období života užívat.

Průzkum je zaměřen na seniory v institucionální péči. Prostřednictvím dotazníku jsem získala odpovědi od 32 respondentů ve věku 65 - 96 let. Hlavním cílem šetření bylo zjistit, jaké jevy a okolnosti života jsou pro seniory důležité a jak jsou spokojeni s jejich dosahováním. Výsledky ukázaly, že všechny jevy a okolnosti života jsou pro seniory více či méně důležité. Nejmenší spokojenost seniorů jsem zaznamenala v otázce týkající se dosažitelnosti potřeb kultury, služeb a zálib. Domnívám se, že tyto výsledky souvisejí s lokalitou, ve které je zařízení umístěno. Jedná se o okrajovou část města, ze které je dostupnost služeb a různých kulturních institucí horší. V souvislosti s tímto výsledkem bych navrhovala zařazení aktivit, které lze provozovat i mimo zařízení. Zvýšila bych četnost návštěv různých kulturních akcí, jejichž druh by si senioři mohli sami zvolit. Častější výlety nebo procházky by daly stárnoucím lidem pocit větší sounáležitosti s okolím.

Výsledky průzkumu potvrdily, že senioři považují za obzvláště důležité rodinné vztahy a své tělesné a duševní zdraví. Nejméně spokojeni jsou s již zmíněnou dosažitelností potřeb kultury a služeb, nikoli se svým tělesným zdravím jak jsem na začátku průzkumu předpokládala.

Zpracováním tématu, který je „sondou“ do života seniorů, jsem získala mnoho nových poznatků o stáří. Změnil se můj pohled na stárnoucí lidi, pro které jsem měla dříve méně pochopení. Je důležité si uvědomit, že stáří je citlivým obdobím života člověka, a proto bychom se měli ke starým lidem chovat s odpovídající úctou a vážností.

RESUMÉ

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku adaptace na stáří. Cílem práce je podat základní informace o teoriích stárnutí, anatomicko-fyziologických zvláštnostech stárnutí, psychologických a sociálních aspektech stáří, psychopatologických problémech ve stáří a rovněž o různých preventivních opatřeních a možnostech úspěšného stárnutí. Každá kapitola obsahuje několik podkapitol, které se danému tématu blíže věnují.

Cílem praktické části práce je zjistit důležitost jednotlivých jevů a podmínek v životě stárnoucího člověka a odhalit, jaká je spokojenost s dosahováním těchto jevů. Průzkum je zaměřen na seniory v institucionální péči a výsledky byly získávány pomocí Dotazníku D-S-F.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, senior, adaptace, penzionování, onemocnění, prevence.

SUMMARY

The bachelor thesis is focused on the issue of adaptation to old age. The aim is to give basic information about aging theories, anatomical-physiological peculiarities of aging, psychological and social aspects of old age, psychopathological problems in old age, and also about the various preventive measures and options for successful aging. Each chapter contains several sub-chapters, which are get deeper into the topic.

The aim of the practical part of the thesis is to determine the importance of individual phenomena and conditions in life of aging person and reveal how satisfactory reaching these phenomena is. The survey is aimed at elderly people in institutional care and the results were obtained using a questionnaire D-S-F.

Key words: senescence, ageing, senior, adaptation, retirement, illness, prevention.

SEZNAM LITERATURY

- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
- DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 1. Praha: Radix, 2009. 184 s. ISBN 978-80-86031-88-0.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
- GREGOR, Ota. *Stárnout, to je kumšt*. 3. vyd. Praha: Dům medicíny, 1999. 144 s. ISBN 80-238-4791-0.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-703-8158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-807-2629-008.
- HAYFLICK, Leonard. *Jak a proč stárneme*. 1. vyd. Praha: Knižní klub; Columbus, 1997. 426 s. ISBN 80-859-2897-3.
- HOCMAN, Gabriel. *Stárnutí*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 104 s. ISBN 08-083-85.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KAŇÁKOVÁ, Lucie. *Psychologické problémy stárnutí*. Plzeň, 2004. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-802-4619-972.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-717-8184-3.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV., Vývoj člověka v druhé polovině života*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974. 495 s. ISBN 14-429-74.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 435 s. ISBN 80-7038-087-0.

STANČÁK, Andrej. *Klinická psychodiagnostika dospělých*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, 1996. 352 s. ISBN 80-967148-5-6.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-717-8274-2.

ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-717-8920-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982. 368 s. ISBN 25-124-82.

SEZNAM TABULEKCharakteristika zkoumaného vzorku

Tabulka A (kategorie věk).....	46
Tabulka B (kategorie pohlaví).....	46
Tabulka C (kategorie vzdělání).....	46

Vyhodnocení dotazníku

Tabulka 1 – Otázka č. 1: Základní materiální zabezpečení.....	48
Tabulka 2 – Otázka č. 2: Životní úroveň.....	48
Tabulka 3 – Otázka č. 3: Kulturní vyžití.....	48
Tabulka 4 – Otázka č. 4: Kvalita služeb.....	49
Tabulka 5 – Otázka č. 5: Mobilnost.....	49
Tabulka 6 – Otázka č. 8: Perspektiva osobnostního růstu.....	50
Tabulka 7 – Otázka č. 6: Možnosti pracovních a zájmových činností.....	50
Tabulka 8 – Otázka č. 9: Činnostní uspokojení.....	50
Tabulka 9 – Otázka č. 10: Uspokojení zájmů a koníčků.....	51
Tabulka 10 – Otázka č. 21: Úroveň sociální a zdravotní péče.....	51
Tabulka 11 – Otázka č. 7: Úroveň vztahů v zařízení.....	52
Tabulka 12 – Otázka č. 14: Kvalita sousedských vztahů.....	52
Tabulka 13 – Otázka č. 15: Kvalita přátelských vztahů.....	52
Tabulka 14 – Otázka č. 11: Kvalita soužití mezi partnery.....	53
Tabulka 15 – Otázka č. 12: Soulad v rodině.....	53
Tabulka 16 – Otázka č. 13: Zabezpečení dětí.....	53
Tabulka 17 – Otázka č. 19: Duševní zdraví.....	54
Tabulka 18 – Otázka č. 20: Tělesné zdraví.....	54
Tabulka 19 – Otázka č. 16: Přiměřenost životních nároků.....	54
Tabulka 20 – Otázka č. 17: Optimismus a sebedůvěra.....	55

Tabulka 21 – Otázka č. 18: Zhodnocení života.....	55
Tabulka 22 – Otázka č. 22: Životní spokojenost.....	55
<u>Vyhodnocení dotazníku z hlediska věku osob</u>	
Tabulka I: Věková skupina 60 – 69 let.....	I
Tabulka II: Věková skupina 70 – 79 let.....	II
Tabulka III: Věková skupina 80 – 89 let.....	III
Tabulka IV: Věková skupina 90 let a více.....	IV
<u>Vyhodnocení dotazníku z hlediska pohlaví osob</u>	
Tabulka V.....	VII
Tabulka VI.....	VIII
<u>Vyhodnocení dotazníku z hlediska vzdělání osob</u>	
Tabulka VII.....	X
Tabulka VIII.....	XI
Tabulka IX.....	XII

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Vyhodnocení dotazníku z hlediska věku osob

Příloha 2: Vyhodnocení dotazníku z hlediska pohlaví osob

Příloha 3: Vyhodnocení dotazníku z hlediska vzdělání osob

Příloha 4: Dotazník D-S-F

PŘÍLOHY

Příloha 1: Vyhodnocení dotazníku z hlediska věku osob

Věková skupina 60 – 69 let (2 osoby)

Tabulka I.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	2	100	0	0	2	100	0	0
2.	2	100	0	0	2	100	0	0
3.	2	100	0	0	2	100	0	0
4.	2	100	0	0	2	100	0	0
5.	2	100	0	0	2	100	0	0
6.	2	100	0	0	2	100	0	0
7.	2	100	0	0	2	100	0	0
8.	2	100	0	0	2	100	0	0
9.	2	100	0	0	2	100	0	0
10.	2	100	0	0	1	50	1	50
11.	2	100	0	0	1	50	1	50
12.	2	100	0	0	2	100	0	0
13.	2	100	0	0	2	100	0	0
14.	2	100	0	0	2	100	0	0
15.	2	100	0	0	1	50	1	50
16.	2	100	0	0	2	100	0	0
17.	2	100	0	0	2	100	0	0
18.	2	100	0	0	2	100	0	0
19.	2	100	0	0	2	100	0	0
20.	2	100	0	0	1	50	1	50
21.	2	100	0	0	2	100	0	0
22.	2	100	0	0	2	100	0	0

Věková skupina 70 – 79 let (12 osob)

Tabulka II.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	12	100,0	0	0,0	11	91,7	1	8,3
2.	12	100,0	0	0,0	11	91,7	1	8,3
3.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
4.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
5.	11	91,7	1	8,3	9	75,0	3	25,0
6.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
7.	12	100,0	0	0,0	11	91,7	1	8,3
8.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
9.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
10.	12	100,0	0	0,0	11	91,7	1	8,3
11.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
12.	12	100,0	0	0,0	10	83,3	2	16,7
13.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
14.	11	91,7	1	8,3	10	83,3	2	16,7
15.	12	100,0	0	0,0	11	91,7	1	8,3
16.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
17.	12	100,0	0	0,0	9	75,0	3	25,0
18.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
19.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0
20.	12	100,0	0	0,0	10	83,3	2	16,7
21.	12	100,0	0	0,0	10	83,3	2	16,7
22.	12	100,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0

Věková skupina 80 - 89 let (14 osob)

Tabulka III.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0
2.	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0
3.	13	92,9	1	7,1	14	100,0	0	0,0
4.	14	100,0	0	0,0	12	85,7	2	14,3
5.	11	78,6	3	21,4	7	50,0	7	50,0
6.	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0
7.	14	100,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1
8.	13	92,9	1	7,1	13	92,9	1	7,1
9.	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0
10.	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0
11.	14	100,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1
12.	14	100,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1
13.	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0
14.	14	100,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1
15.	14	100,0	0	0,0	12	85,7	2	14,3
16.	14	100,0	0	0,0	12	85,7	2	14,3
17.	14	100,0	0	0,0	10	71,4	4	28,6
18.	14	100,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1
19.	14	100,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0
20.	14	100,0	0	0,0	11	78,6	3	21,4
21.	14	100,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1
22.	14	100,0	0	0,0	13	92,9	1	7,1

Věková skupina 90 let a více (4 osoby)

Tabulka IV.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	4	100	0	0	4	100	0	0
2.	4	100	0	0	4	100	0	0
3.	3	75	1	25	3	75	1	25
4.	4	100	0	0	4	100	0	0
5.	3	75	1	25	2	50	2	50
6.	4	100	0	0	4	100	0	0
7.	4	100	0	0	4	100	0	0
8.	2	50	2	50	4	100	0	0
9.	4	100	0	0	4	100	0	0
10.	4	100	0	0	4	100	0	0
11.	4	100	0	0	4	100	0	0
12.	4	100	0	0	4	100	0	0
13.	4	100	0	0	3	75	1	25
14.	4	100	0	0	4	100	0	0
15.	4	100	0	0	3	75	1	25
16.	4	100	0	0	3	75	1	25
17.	4	100	0	0	2	50	2	50
18.	4	100	0	0	4	100	0	0
19.	4	100	0	0	4	100	0	0
20.	4	100	0	0	3	75	1	25
21.	4	100	0	0	4	100	0	0
22.	4	100	0	0	4	100	0	0

Věkové kategorie jsem rozdělila do následujících etap:

1. 60 – 69 let
2. 70 – 79 let
3. 80 – 89 let
4. 90 let a více

Vzhledem k malému počtu respondentů a jejich nerovnoměrnému rozložení v jednotlivých kategoriích, nelze dělat z výsledků tabulek obecné závěry. V rámci jednotlivých věkových kategorií však můžeme zaznamenat větší či menší pokles spokojenosti i důležitosti u jednotlivých otázek:

1. 60 – 69 let (škála spokojenosti)

- uspokojení zájmů a koníčků, kvalita soužití mezi partnery, kvalita přátelských vztahů, tělesné zdraví

2. 70 – 79 let (škála důležitosti)

- mobilita, kvalita sousedských vztahů

70 – 79 let (škála spokojenosti)

- základní materiální zabezpečení, životní úroveň, mobilita, úroveň vztahů v zařízení, uspokojení zájmů a koníčků, soulad v rodině, kvalita sousedských vztahů, kvalita přátelských vztahů, optimismus a sebedůvěra, tělesné zdraví, úroveň sociální a zdravotní péče

3. 80 – 89 let (škála důležitosti)

- kulturní vyžití, mobilita, perspektiva osobnostního růstu

80 – 89 let (škála spokojenosti)

- kvalita služeb, mobilita, úroveň vztahů v zařízení, perspektiva osobnostního růstu, kvalita soužití mezi partnery a soulad v rodině, kvalita sousedských a přátelských vztahů, přiměřenost životních nároků, optimismus a sebedůvěra, zhodnocení života a životní spokojenost, tělesné zdraví a úroveň sociální a zdravotní péče

4. 90 let a více (škála důležitosti)

- kulturní vyžití, mobilita, perspektiva osobnostního růstu

90 let a více (škála spokojenosti)

- kulturní vyžití, mobilnost, zabezpečení dětí, kvalita přátelských vztahů, přiměřenost životních nároků, optimismus a sebedůvěra, tělesné zdraví

Příloha 2: Vyhodnocení dotazníku z hlediska pohlaví osob

Ženy (22 osob)

Tabulka V.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	22	100,0	0	0,0	21	95,5	1	4,5
2.	22	100,0	0	0,0	21	95,5	1	4,5
3.	20	90,9	2	9,1	21	95,5	1	4,5
4.	22	100,0	0	0,0	20	90,9	2	9,1
5.	19	86,4	3	13,6	14	63,6	8	36,4
6.	22	100,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0
7.	22	100,0	0	0,0	20	90,9	2	9,1
8.	20	90,9	2	9,1	21	95,5	1	4,5
9.	22	100,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0
10.	22	100,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0
11.	22	100,0	0	0,0	20	90,9	2	9,1
12.	22	100,0	0	0,0	20	90,9	2	9,1
13.	22	100,0	0	0,0	21	95,5	1	4,5
14.	21	95,5	1	4,5	19	86,4	3	13,6
15.	22	100,0	0	0,0	19	86,4	3	13,6
16.	22	100,0	0	0,0	20	90,9	2	9,1
17.	22	100,0	0	0,0	16	72,7	6	27,3
18.	22	100,0	0	0,0	21	95,5	1	4,5
19.	22	100,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0
20.	22	100,0	0	0,0	18	81,8	4	18,2
21.	22	100,0	0	0,0	19	86,4	3	13,6
22.	22	100,0	0	0,0	21	95,5	1	4,5

Muži (10 osob)

Tabulka VI.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	10	100	0	0	10	100	0	0
2.	10	100	0	0	10	100	0	0
3.	10	100	0	0	10	100	0	0
4.	10	100	0	0	10	100	0	0
5.	8	80	2	20	6	60	4	40
6.	10	100	0	0	10	100	0	0
7.	10	100	0	0	10	100	0	0
8.	9	90	1	10	10	100	0	0
9.	10	100	0	0	10	100	0	0
10.	10	100	0	0	8	80	2	20
11.	10	100	0	0	10	100	0	0
12.	10	100	0	0	9	90	1	10
13.	10	100	0	0	10	100	0	0
14.	10	100	0	0	10	100	0	0
15.	10	100	0	0	8	80	2	20
16.	10	100	0	0	9	90	1	10
17.	10	100	0	0	7	70	3	30
18.	10	100	0	0	10	100	0	0
19.	10	100	0	0	10	100	0	0
20.	10	100	0	0	7	70	3	30
21.	10	100	0	0	10	100	0	0
22.	10	100	0	0	10	100	0	0

Počet všech dotazovaných činil 32, z toho 10 mužů a 22 žen. Převaha žen je pochopitelná vzhledem k jejich vyšší průměrné délce života.

Počet respondentů je malý a rozložení v jednotlivých kategoriích je nerovnoměrné, proto nelze z výsledků tvořit obecné závěry. V rámci jednotlivých kategorií však můžeme zaznamenat větší či menší pokles spokojenosti i důležitosti u jednotlivých otázek:

1. Ženy (škála důležitosti)

- kulturní vyžití, mobilnost, perspektiva osobnostního růstu, kvalita sousedských vztahů

Ženy (škála spokojenosti)

- základní materiální zabezpečení, životní úroveň, kulturní vyžití, kvalita služeb, mobilnost, úroveň vztahů v zařízení, perspektiva osobnostního růstu, kvalita soužití mezi partnery, soulad v rodině, zabezpečení dětí, kvalita sousedských a přátelských vztahů, přiměřenost životních nároků, optimismus a sebedůvěra, zhodnocení života a životní spokojenost, tělesné zdraví, úroveň sociální a zdravotní péče

2. Muži (škála důležitosti)

- mobilnost, perspektiva osobnostního růstu

Muži (škála spokojenosti)

- mobilnost, uspokojení zájmů a koníčků, soulad v rodině, kvalita přátelských vztahů, přiměřenost životních nároků, optimismus a sebedůvěra, tělesné zdraví

Příloha 3: Vyhodnocení dotazníku z hlediska vzdělání osob

Základní vzdělání (11 osob)

Tabulka VII.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1
2.	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1
3.	9	81,8	2	18,2	11	100,0	0	0,0
4.	11	100,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0
5.	8	72,7	3	27,3	7	63,6	4	36,4
6.	11	100,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0
7.	11	100,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0
8.	9	81,8	2	18,2	11	100,0	0	0,0
9.	11	100,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0
10.	11	100,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0
11.	11	100,0	0	0,0	9	81,8	2	18,2
12.	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1
13.	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1
14.	11	100,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0
15.	11	100,0	0	0,0	9	81,8	2	18,2
16.	11	100,0	0	0,0	9	81,8	2	18,2
17.	11	100,0	0	0,0	7	63,6	4	36,4
18.	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1
19.	11	100,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0
20.	11	100,0	0	0,0	9	81,8	2	18,2
21.	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1
22.	11	100,0	0	0,0	10	90,9	1	9,1

Učební obor (13 osob)

Tabulka VIII.

Jednotlivé otázky	důležitost				Spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
2.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
3.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
4.	13	100,0	0	0,0	12	92,3	1	7,7
5.	12	92,3	1	7,7	10	76,9	3	23,1
6.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
7.	13	100,0	0	0,0	12	92,3	1	7,7
8.	12	92,3	1	7,7	13	100,0	0	0,0
9.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
10.	13	100,0	0	0,0	12	92,3	1	7,7
11.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
12.	13	100,0	0	0,0	11	84,6	2	15,4
13.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
14.	12	92,3	1	7,7	11	84,6	2	15,4
15.	13	100,0	0	0,0	11	84,6	2	15,4
16.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
17.	13	100,0	0	0,0	10	76,9	3	23,1
18.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
19.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0
20.	13	100,0	0	0,0	10	76,9	3	23,1
21.	13	100,0	0	0,0	12	92,3	1	7,7
22.	13	100,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0

Vyšší vzdělání (SŠ, VŠ, 8 osob)

Tabulka IX.

Jednotlivé otázky	důležitost				spokojenost			
	spíše důležité		spíše nedůležité		spíše spokojen		spíše nespokojen	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
1.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
2.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
3.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
4.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
5.	7	87,5	1	12,5	3	37,5	5	62,5
6.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
7.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
8.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
9.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
10.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
11.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
12.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
13.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
14.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
15.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
16.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
17.	8	100,0	0	0,0	6	75,0	2	25,0
18.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
19.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
20.	8	100,0	0	0,0	6	75,0	2	25,0
21.	8	100,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
22.	8	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0

Odpovídající jsem rozdělila do tří kategorií podle dosaženého vzdělání:

1. Základní vzdělání
2. Učební obor (vyučen)
3. Vyšší vzdělání (SŠ, VŠ)

Poslední kategorie je sloučená z důvodu malého počtu respondentů s vysokoškolským vzděláním.

Stejně jako u předchozího vyhodnocování nelze kvůli malému počtu odpovídajících dělat obecné závěry. V rámci jednotlivých kategorií však můžeme zaznamenat větší či menší pokles spokojenosti i důležitosti u jednotlivých otázek:

1. Základní vzdělání (škála důležitosti)

- kulturní vyžití, mobilnost, perspektiva osobnostního růstu

Základní vzdělání (škála spokojenosti)

- základní materiální zabezpečení, životní úroveň, mobilnost, kvalita soužití mezi partnery, soulad v rodině a zabezpečení dětí, kvalita přátelských vztahů, přiměřenost životních nároků, optimismus a sebedůvěra, zhodnocení života a životní spokojenost, tělesné zdraví, úroveň zdravotní a sociální péče

2. Učební obor (škála důležitosti)

- mobilnost, perspektiva osobnostního růstu, kvalita sousedských vztahů

Učební obor (škála spokojenosti)

- kvalita služeb, mobilnost, úroveň vztahů v zařízení, uspokojení zájmů a koníčků, soulad v rodině, kvalita sousedských a přátelských vztahů, optimismus a sebedůvěra, tělesné zdraví, úroveň sociální a zdravotní péče

3. Vyšší vzdělání (škála důležitosti)

- mobilnost

Vyšší vzdělání (škála spokojenosti)

- kulturní vyžití, kvalita služeb, mobilnost, možnost pracovních a zájmových činností, úroveň vztahů v zařízení, perspektiva osobnostního růstu, uspokojení zájmů a koníčků, kvalita sousedských a přátelských vztahů, přiměřenost životních nároků, tělesné zdraví, úroveň sociální a zdravotní péče

Příloha 4: Dotazník D-S-F**DOTAZNÍK D - S - F**

verze pro seniory v institucionální péči (L. Kaňáková)

pohlaví:
věk:
vzdělání:dřívější povolání:
stav:
počet dětí:**Instrukce k vyplňování dotazníku:**

V dotazníku jsou uvedeny některé základní podmínky a okolnosti života. Každou z nich si pozorně přečtěte a označte:

- a) za jak důležitou ji pro sebe sama považujete
b) jak jste spokojen(-a) s úrovní jejího dosahování

Toto označení provádějte zakroužkováním příslušných číslic a sice:

u škály důležitosti:

- 1 = obzvláště důležité
2 = důležité
3 = málo důležité
4 = zcela nedůležité

u škály spokojenosti:

- 1 = zcela spokojen
2 = spíše spokojen
3 = spíše nespokojen
4 = zcela nespokojen

podmínky či okolnosti života	důležitost pro Vás	spokojenost s dosahováním
1. Základní materiální zabezpečení (základní prostředky k životu, jako bydlení, ošacení, jídlo apod.)	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Životní úroveň (dostupnost vyššího životního standardu, uspokojování potřeb a zálib)	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Kulturní vyžití (možnost návštěvy kulturních podniků, dostupnost literatury, hudby...)	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Kvalita služeb (stravování, prádelny, údržby a jiných služeb)	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Mobilnost (snadná dosažitelnost potřeb kultury, služeb a zálib z místa bydliště)	1 2 3 4	1 2 3 4
6. Možnosti pracovních a zájmových činností (možnost přiměřené činnosti v blízkosti či v místě bydliště)	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Úroveň vztahů v zařízení (vztahy mezi spoluobyteli, obyvateli a personálem apod.)	1 2 3 4	1 2 3 4
8. Perspektiva osobnostního růstu (možnost dalšího vzdělávání, návštěv kurzů, přednášek, dostatek informací a aktivit)	1 2 3 4	1 2 3 4

podmínky či okolnosti života	důležitost pro Vás	spokojenost s dosahováním
9. Činnostní uspokojení (nabídka aktivit, zajímavá činnost, zařazení odpovídá schopnostem)	1 2 3 4	1 2 3 4
10. Uspokojení zájmů a koníčků (náplň volného času a možnost věnovat se přiměřeně svým zájmům)	1 2 3 4	1 2 3 4
11. Kvalita soužití mezi partnery (vzájemné porozumění a soulad mezi partnery během života)	1 2 3 4	1 2 3 4
12. Soulad v rodině (porozumění a soulad mezi rodiči a dětmi, rodinné zázemí)	1 2 3 4	1 2 3 4
13. Zabezpečení dětí (profesní uplatnění, materiální zabezpečení dětí)	1 2 3 4	1 2 3 4
14. Kvalita sousedských vztahů (vycházení se sousedy, spolubydlícími aj.)	1 2 3 4	1 2 3 4
15. Kvalita přátelských vztahů (nalezení vhodných přátel, u nichž lze najít porozumění, pomoc apod.)	1 2 3 4	1 2 3 4
16. Přiměřenost životních nároků (zvládnutelnost úkolů a požadavků, soběstačnost, schopnost sebeobsluhy)	1 2 3 4	1 2 3 4
17. Optimismus a sebedůvěra (důvěra ve vlastní síly a schopnosti, zvládnutí dalších úkolů a požadavků)	1 2 3 4	1 2 3 4
18. Zhodnocení života (dosažení životních cílů a plánů)	1 2 3 4	1 2 3 4
19. Duševní zdraví (bez vážnějších psychických potíží)	1 2 3 4	1 2 3 4
20. Tělesné zdraví (bez vážnějších tělesných obtíží)	1 2 3 4	1 2 3 4
21. Úroveň sociální a zdravotní péče (dostupnost kvalitní zdravotní a sociální péče)	1 2 3 4	1 2 3 4
22. Životní spokojenost (pocit spokojenosti s průběhem vlastního života)	1 2 3 4	1 2 3 4