

**ZÁPADOČESKÁ  
UNIVERZITA  
V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**Katedra psychologie**

# **KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ**

***Diplomová práce***

**Veronika Žižková**

**Učitelství pro SŠ, Nj-Ps (2006-2012)**

**Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Aišmanová**

**Plzeň, duben 2012**



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

V Plzni dne 12. dubna 2012

.....

*vlastnoruční podpis*

Ráda bych na tomto místě poděkovala všem, kteří mi poskytli podmínky pro vypracování této práce. Zvláště pak děkuji PhDr. Alexandře Aišmanové za odborné vedení, konzultování diplomové práce a rady, které mi poskytovala po celou dobu studia.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Kvalita života a její význam</b> .....	<b>7</b>
1.1 Přístupy k vymezení kvality života.....	11
1.2 Modely měření kvality života .....	15
1.3 Well-being a zdraví.....	18
<b>2 Stárnutí a stáří</b> .....	<b>24</b>
2.1 Biologické stárnutí.....	26
2.2 Stárnutí a intelekt.....	30
2.3 Stárnutí a paměť.....	32
2.4 Emoční změny a citové vztahy ve stáří.....	34
2.5 Sociální zařazení starého člověka.....	36
2.6 Terminální stádium života .....	37
<b>3 Duševní hygiena ve stáří</b> .....	<b>39</b>
3.1 Situace u nás.....	41
3.2 Lidské zdraví a prevence ve stáří.....	42
3.3 Vliv výživy na kvalitu života .....	43
3.4 Zdravotní pohybová charakteristika seniorů .....	45
3.5 Motivace stárnoucích jedinců k pohybu .....	46
3.6 Kondiční příprava staršího organismu.....	47
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>51</b>
<b>4 Cíle a úkoly výzkumu</b> .....	<b>51</b>
<b>5 Metodika výzkumu</b> .....	<b>52</b>
<b>6 Charakteristika vzorku respondentů</b> .....	<b>53</b>
<b>7 Interpretace výsledků</b> .....	<b>56</b>
7.1 Rozbor dotazníků .....	56
7.2 Shrnutí.....	97
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>99</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>102</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>102</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>103</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>105</b>

# ÚVOD

Termín kvalita života je zkoumán již od druhé poloviny minulého století. Předmětem zájmu byla hlavně na samém počátku materiální stránka života společnosti. Postupem času došlo ale k odklonu od tohoto tématu a výzkum se zaměřil spíše na nemateriální stránku, tedy subjektivní hodnocení kvality života a to samotným jedincem.

Problematika kvality života se dotýká nejrůznějších vědních oborů od filosofie, sociologie, ekonomie přes medicínu až po psychologii. V současnosti můžeme najít mnoho knih a článků, které se kvalitou života zabývají z různých úhlů pohledu. Avšak při definování samotného pojmu se jednotliví autoři neustále rozcházejí. Společným základem je fakt, že pojem kvality života má zohledňovat informace o fyzickém, psychickém i sociálním stavu daného jedince. Důležitou roli zde hrají základní potřeby, které má každý člověk, ať už se jedná o potřeby vědomé či nevědomé, všechny jsou ovlivňovány pohlavím, věkem, vzděláním či rodinou a ekonomickou situací.

Tuto diplomovou práci tvoří dvě části – část teoretická a část praktická. Teoretická část pojednává o základní problematice pojmu „kvality života“. Vysvětluje význam tohoto termínu, přináší přístupy jeho vymezení a informuje o modelech měření. Pozornost je taktéž věnována well-beingu a zdraví, které ke kvalitě života neodmyslitelně patří a tvoří její nedílnou součást. Mimoto je v teoretické části věnována značná část stáří a stárnutí a jeho vlivu na lidského jedince. Stejně tak důležitá je na tomto místě i životospráva, která je dále specifikována především na následující oblasti: prevence lidského zdraví, výživa a pohybová aktivita ve stáří. Jednu z podkapitol teoretické části tvoří také kondiční příprava staršího organismu, kde jsou uvedeny nejrůznější cviky vhodné pro jedince tohoto věku.

Praktickou část tvoří výzkum získaných informací o kvalitě života seniorů. Informace byly získány za pomoci dotazníku vlastní konstrukce, který se týká pěti dílčích oblastí (životní prostředí, místo bydliště, well-being a zdraví, základní potřeby a kognitivní změny). Každý ze čtyřiceti výroků v dotazníku nabízí škálu odpovědí. Ve vyhodnocení ke každému výroku následně přísluší dva dílčí grafy, které hodnotí danou problematiku jednak u seniorů z domů s pečovatelskou službou a jednak u seniorů žijících ve vlastní domácnosti. U každého výroku je dále celkové vyhodnocení, které je doplněno o slovní komentář.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Kvalita života a její význam

Smysl existence člověka tvoří čím dál tím více život sám. Chceme-li definovat termín kvalita života, musíme se nutně ohlédnout zpět do minulosti na historické, společenské a kulturní změny, které se v daném společenství odehrávaly. Význam termínu je značně rozsáhlý (komplexní a multidimenzionální). Promítá se zde pohled několika oborů od filosofie, sociologie, ekonomie, přes medicínu až po psychologii.

V psychologii bývá pojem kvality života spojován s termínem osobní pohoda nebo též well-being. Jedná se o dlouhodobý emoční stav, při němž je jedinec spokojený se svým životem. Osobní pohoda by měla být časově stabilní a konzistentní v nejrůznějších situacích. Důležitou roli zde hrají morální zásady. Osobní pohoda je pomyslně tvořena třemi komponentami: životní spokojeností, morálkou a štěstím. Člověk se cítí spokojeně, dosahuje-li svých cílů a má-li kolem sebe lidi, kterým může důvěřovat. Štěstí bývá označováno jako emoční reakce na každodenní život. Jak již bylo zmíněno, jedná se o dlouhodobý emoční stav, tedy prožitek trvajících spíše týdny než krátké časové okamžiky. Osobní pohoda spadá do pomezí afektů, nálad a osobnostních rysů.

Ze sociologického pohledu působí na kvalitu života mimo individuálních faktorů též faktory společenské. Velmi významná je kultura a fakt, zdali je člověk zdravý. Důležitý je ale i věk, zaměstnání a mobilita.

Podle zdravotnického pohledu představuje právě zdraví jednu z nejvýznamnějších hodnot lidské společnosti. Tato hodnota je uznávána prakticky ve všech dobách a kulturách. Často bývá zdraví chápáno jako opak nemoci. Z toho by plynulo, že se jedná o dvě protichůdné kvality. Zdraví je však zapotřebí chápat jako stav naprosté tělesné, duševní i sociální pohody. Při vymezení pojmu bychom se tedy neměli omezovat pouze na nepřítomnost nemoci, ale pracovat i s ostatními neméně důležitými rovinami. Zdraví je proto jevem bio-psycho-sociálním.

Filozofie klade nejvyšší důraz na smysluplnost života. Jde zde především o to, aby život někam směřoval, což souvisí samozřejmě s cíly, které si každý jedinec stanovuje. Obecně stanovený cíl se stává ukazatelem smysluplnosti života jako takového a zvnitřňuje se ve svědomí. To jedinci říká, co dělat a co naopak ne.

Z těchto zmíněných společenských definic je patrné, že termín kvality života se týká především pochopení lidské existence a smyslu života pro člověka jako individuum. Pojem kvalita života v sobě nezahrnuje jen individuální životní styl či způsob života, ale i životní podmínky větších skupin nebo společností jako jednoho celku. Důležitými veličinami, prostřednictvím kterých můžeme na kvalitu života nahlížet, jsou materiální a nemateriální stránky lidského života. I přes značnou nejednotnost existují shodné momenty. Jedná se o fakt, že kvalita života je multidimenzionální veličina. Zohledňuje údaje o psychosociálním stavu individua, tedy faktory jako věk, pohlaví, vzdělání, společenský status, hodnoty jedince i jeho ekonomickou situaci (subjektivní posouzení vlastní životní situace).

Termín kvalita života se objevuje již od druhé poloviny minulého století. Od té doby je zkoumán v různých vědních disciplínách. Vymezení kvality života je velmi různorodé. Existují jak obecné definice, např. schopnost seberealizace, tak komplexnější definice, ty se pak zaměřují na nějaký specifický životní aspekt. První zmínka o tomto termínu je z roku 1920. Tehdy jej ve své práci použil Pigou. V dnešní době se můžeme setkat s mnoha publikacemi, řešícími tuto problematiku. Ale při vymezení přesné definice mezi jednotlivými autory neustále panuje nejednoznačnost. Chybí zde univerzální platná definice. Předmět zájmu se postupem času přesunul od materiální stránky života společnosti jako celku k nematerialistickým stránkám, kde je kladen důraz na vnímání a hodnocení kvality života samotného individua.

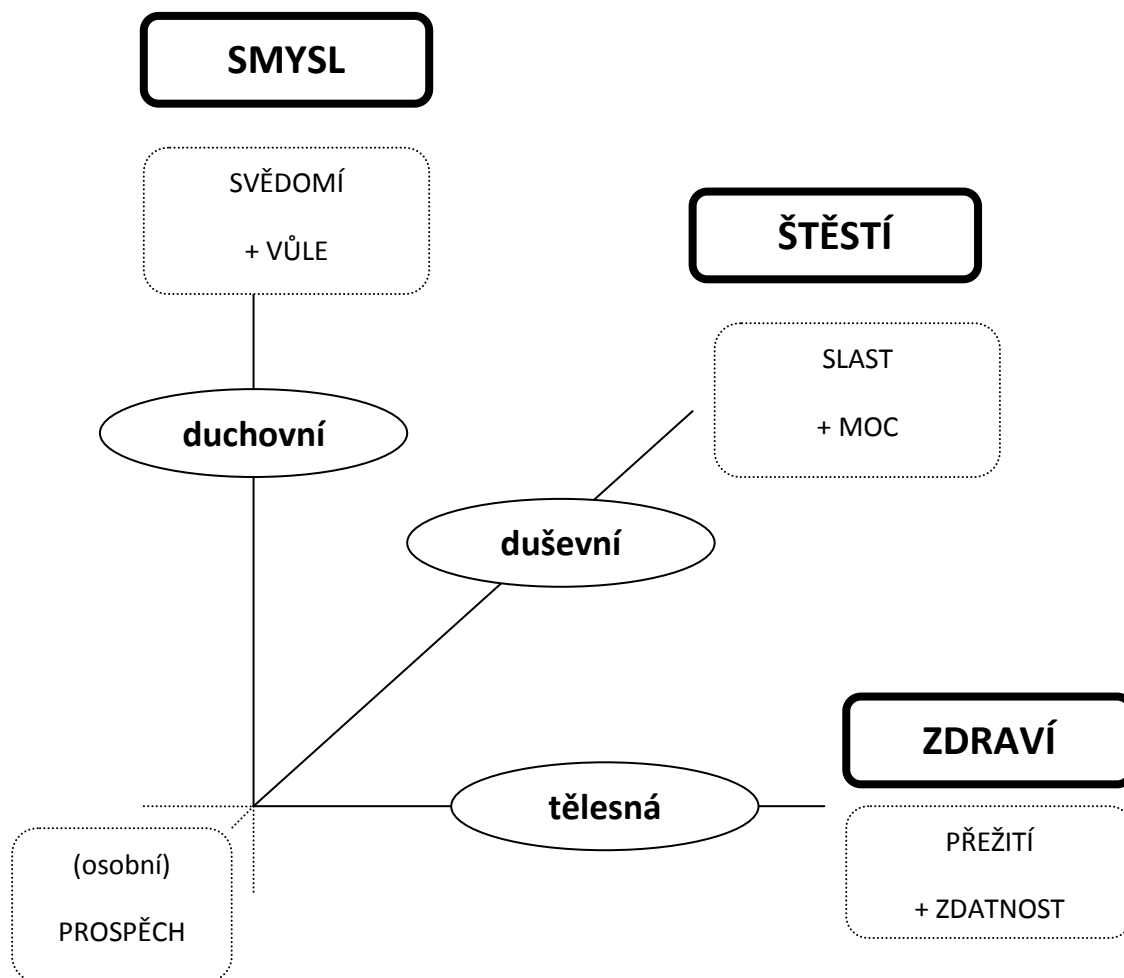
J. Džuka (2004) rozlišuje mezi subjektivní kvalitou života a subjektivní pohodou. Subjektivní kvalita života hodnotí individuální podmínky života určité osoby. V případě subjektivní pohody jde o emocionální hodnocení podmínek vlastního života, tzn., jakou frekvenci mají pozitivní a negativní emoce. Přičemž objektivní kvalita života tedy objektivní podmínky života určité osoby nejsou objektem psychologického výzkumu.

Kvalita života je velmi složitým a širokým pojmem. Je evidentně velmi komplexní a taktéž multidimenzionální, z tohoto důvodu také těžko uchopitelný. Snaží se pochopit lidskou existenci a její smysl, hledá faktory, které ovlivňují samotné bytí. Bere v potaz nejen stránku materiální, psychologickou, duchovní a sociální, ale i další klíčové podmínky pro šťastný a zdravý život jedince. Komplexnost je zajištěna důrazem jak na vnější, tak na vnitřní rozměry člověka.



Můžeme rozlišovat mezi třemi základními kvalitami lidského života – *hmotnou, prožitkovou a volnou*. O hmotné kvalitě života mluvíme v tělesném rozměru. O prožitkové v rozměru duševním a o volné v duchovním nebo existencionálním. Každá z těchto dimenzí je ovlivňována jinými pohnutkami a nástroji, které se v daném rozměru uplatňují.

Vnitřní rozměry člověka - kvality (stránky, dimenze) lidského života – jejich motivační vodítka a hodnotové zacílení ve vztahu člověka ke světu a k sobě samému.



**Tělesné zdraví** = soulad a výkonnost tělesných funkcí; převládá docilování rovnováhy mezi nároky a výkony tělesných funkcí

**Duševní štěstí** = radost ze života a úspěšnost v něm; převládá prosazování převahy vlastních záměrů vůči prostředí

**Duchovní smysl** = účinné uplatňování vůle a svědomí; převládá uplatňování odvahy při volbě a uskutečňování hodnot ve světě

(zdroj: <https://docs.google.com>)

Zabýváme-li se kvalitou života, musíme zohledňovat určitý vývoj a proměnu ať už se jedná o čas, prostor, společenské či historické souvislosti. Svoji roli zde sehrávají civilizační a generační změny, náboženství a víra. V současnosti panuje mezi odborníky velká nejednoznačnost. Očividně na tomto místě chybí obecně přijímaný a teoreticky propracovaný model, metodologická shoda nebo univerzální platná definice. Přesto toto sousloví zaznamenává snahy o sofistikované definování obsahu. Způsoby zkoumání jsou hodně rozmanité. Mezi nejdůležitější a nejvyužívanější patří studium souhrnu dílčích komponent objektivně existujícího, tedy skutečného stavu a to včetně subjektivní dimenze (to jak je jedinec spokojený s určitým stavem).

V souvislosti s kvalitou života je zapotřebí zmínit i nejrůznější globální problémy lidské civilizace. Jako příklad můžeme uvést problémy přírodně-sociální, intersociální nebo antroposociální. Mezi přírodně-sociální problémy patří takové, které vznikají narušením vazby mezi přírodou a společností (potravinové = nutriční problémy, omezenost neobnovitelných zdrojů, oslabování ozónové vrstvy, globální oteplování nebo skleníkový efekt). V případě, že dojde ke střetu zájmů různých ekonomických a společenských skupin mluvíme o intersociálních problémech (tedy problematika války a míru, překonávání ekonomické zaostalosti, mezinárodní zadluženosti). Poslední z výše uvedených jsou problémy antroposociální, které se týkají budoucnosti člověka. Do této kategorie spadá problém absolutní chudoby, drogové závislosti, onemocnění typu malárie, cholery, tuberkulózy či terorismus. Neméně závažné jsou taktéž environmentální problémy – odlesnění, znečištění vody a vzduchu nebo eroze půdy.

Důsledek celospolečenských změn je třeba hledat ve změně žebříčků hodnot. Současná společnost vyzdvihuje význam hmotných statků na úkor nehmotných. Prohlubují se rozdíly mezi chudými a bohatými. Nejdůležitější v současném světě je, zdali člověk dokáže zůstat vnitřně svobodný a nezávislý. Tímto způsobem může přijmout pozitivní dopady globalizace a přitom odmítat i její negativa. Pokrok v oblasti technologie umožňuje lidem široký přístup k informacím, člověk má tedy možnost výběru a může si sám vytvořit svůj vlastní názor. Mezi pozitiva globalizace jistě patří, a to zejména z pohledu ekonomie, nárůst nabídky a kvality zboží a služeb. A taktéž pokles výrobní a prodejní ceny. Což vede k růstu životní úrovně a vzniku nových pracovních příležitostí. Jako příklad snahy o pojmenování problémů a jejich řešení slouží Deklarace tisíciletí OSN do roku 2015. V tomto dokumentu je zakotveno 8 základních cílů:

- snížení chudoby a sociálního vyloučení,
- dosažení univerzálního primárního vzdělání,
- prosazování rovnosti mužů a žen včetně poskytnutí možností ženám prosadit se ve společnosti,
- snížení dětské úmrtnosti,
- zlepšení zdraví matek,
- boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi,
- zajištění environmentální udržitelnosti,
- vybudování globálního partnerství pro rozvoj.

Starým americkým ideálem byl kdysi individuální úspěch. Heslem současné Evropy je sen o kvalitním životě. Americký sen byl založen na jednoduchém základu. Budeš-li těžce pracovat, dopracuješ se k úspěchu. Obětuješ-li se, tvé děti budou mít z tvé práce také prospěch. Jde zde o individuální sen. Evropané svůj sen formulují jinak, jde jim o kvalitní život, jehož lze dosáhnout pouze společnou cestou, společnými silami. Evropská kvalita života spočívá v rovnováze mezi prací a odpočinkem. Evropa chce přispět ke zlepšení kvality života občanů a posílení evropského občanství zdůrazněním a uznáním kulturního, jazykového a etnického dědictví.

## **1.1 Přístupy k vymezení kvality života**

Pojmem kvality života se zabývá mnoho oborů. Je předmětem zájmu nejen medicíny a psychologie, ale také sociologie, environmentalismu a politologie. V minulosti se zájem soustředil zejména na nemocné a chudé. Na způsob, jak odstranit a zmírnit jejich útrapy. Teprve později se do popředí dostalo zkoumání spokojenosti – ať už s životem či prací. V dnešní době je stěžejní měření a analýza životní pohody. Kvalita života se v současnosti hodnotí především z ekonomického pohledu. Je tedy vyzdvihována hodnota peněz, materiály, statky a civilní vymoženosti. OSN se zabývá indexem lidského rozvoje (Human Development Index „HDI“). Tento způsob patří k nejznámějším, protože je vypočítáván z řady kategorií. Mezi nejzákladnější patří 3 kategorie faktorů. Jsou jimi: lidské zdraví, úroveň vzdělanosti a hmotná životní úroveň. Lidské zdraví bývá vyjádřeno jako průměrně očekávaná délka života při narození. Úroveň vzdělanosti je definována jako podíl gramotného obyvatelstva a hmotná životní úroveň představuje hrubý domácí produkt na osobu v USD. Přičemž instrumenty pro měření můžeme dělit podle toho, co měří – např. spokojenost celková, spokojenost s jednotlivými oblastmi života, charakteristiky

určité populace atd. Pro každou zemi je každoročně vypracován tzv. HDI Rank, který vyjadřuje pozici ve srovnání s dalšími zeměmi. Klasifikace HDI za rok 2011 přiřazuje České republice HDI Rank 27, což je vysoká pozice mezi následujícími skupinami hodnot:

- špičkové hodnoty tohoto ranku: Norsko = 1, Holandsko = 3, USA = 4, Německo = 9
- vysoké hodnoty: Švýcarsko = 10, Island = 14, Finsko = 22, Itálie = 24, Lucembursko = 25, Singapur = 26, Česká republika = 27
- vyšší střední hodnoty: Andora = 32, Slovensko = 35, Polsko = 39, Portugalsko = 41, Barbados = 47
- střední hodnoty: Seychely = 52, Rusko = 66, Venezuela = 73, Ukrajina = 76
- nižší střední hodnoty: Fidži = 100, Čína = 101, Egypt = 113, Namibie = 120
- velmi nízké hodnoty: Irák = 132, Jemen = 154, Nigérie = 186, Kongo = 187

Poslední zpráva byla vydána 2. listopadu 2011. V indexu lidského rozvoje se porovnávají údaje o gramotnosti, chudobě, vzdělání, střední délce života, porodnosti a další faktory. To vše vypracovává Organizace spojených národů (OSN), autorem tohoto indexu je pákistánský ekonom Mahub Al Hak. Vymyslel jej v roce 1990 a od roku 1993 jej OSN používá každoročně ve své zprávě. (zdroj: <http://en.wikipedia.org>)

Avšak kvalita života není jen o penězích a majetku, velmi důležité jsou například potřeby a jejich uspokojování. Teorie potřeb souvisí s teorií motivace. Člověk jeho vnitřní potřeby motivují a pokládá jejich uspokojení za nutné. Každý z nás má vnitřní potřeby jiné, jsou velmi individuální a zároveň platí, že se mění v závislosti na čase a také ve vztahu k určitému prostředí. Studii potřeb je znám A. H. Maslow, který vytvořil jejich stupňovité řazení. Jednotlivé potřeby řadí v hierarchickém systému podle jejich naléhavosti. Tvrdil, že každý sice upřednostňuje něco jiného, ale všeobecně platí, že potřeba vyšší se objevuje až po uspokojení potřeby nižší. Základní hierarchii tvoří potřeby fyziologické, bezpečí a jistoty, sociální (láska, přátelství, sounáležitost), uznání (ocenění, kompetence, prestiž) a seberealizace (estetické potřeby a uznání).

Co se uznávaných a závazných hodnot týká, také ovlivňují chování člověka. Hodnotová orientace je pak samotný styl určitého jednání a v ní zahrnutý cíl, kterého člověk dosahuje výběrem a volbou prostředků vedoucích k jeho dosažení. Všechny oblasti lidského rozvoje jsou ovlivněny převažujícími přijatými hodnotami ve společnosti (motivace, identifikace chování, sociální soudržnost). Právě podoba převažujících hodnot v dané společnosti je rozhodující pro kvalitu života. Hodnoty vyznávané celou společností

ale nemusí být totožné s hodnotami individuálními. Každý člověk jako člen určité společnosti přikládá jednotlivým hodnotám odlišnou důležitost. I přesto, že se většina lidí obvykle shodne na souboru základních hodnot, jednotlivé prvky pak v hodnotových žebříčcích seřadí různě. Pro jednoho může být nejvyšší hodnotou život sám, a tak se snaží žít a prožít jej za každou cenu. Jiný život za nejvyšší hodnotu považovat nemusí a je ochoten ho položit za něco, pro něho důležitějšího.

Studium kvality života je tedy novým interdisciplinárním oborem. Zkoumá kvalitu života na nejrůznějších úrovních populace. Přičemž v sobě zahrnuje potřeby specifických skupin a zároveň měří individuální spokojenost jednotlivců. Dnes se preferuje multidimenzionální holistická koncepce člověka, kdy je jedinec vnímán jako bio-eko-psycho-sociální jednota. Samotný koncept kvality života zůstává ale neustále dost abstraktní, což do jisté míry způsobují faktory, které působí dlouhodobě a někdy i rozporně. To potvrzuje fakt, že stále neexistuje jednotná vymezující definice. Objevilo se mnoho pokusů o jejich vystižení. Nejčastěji se jednalo o určité aspekty života jako např. dostupnost potravy, vody, bydlení apod. Potůček zmiňuje jméno Ámartya Sen, což je nositel Nobelovy ceny za ekonomii, který vymezuje kvalitu života jako dostupnost možností, ze kterých si člověk může vybrat při naplňování svého života. (zdroj: <http://www.martinpotucek.cz>).

Kvalita života je obvykle spojována s pojmy, jako je autonomie, soběstačnost, důstojnost, seberealizace, spokojenost v partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost. Podle Freuda (1993) jde o schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou. Nicméně pro samotný koncept kvality života zůstává klíčový pocit pohody. Ten pramení z tělesné, duševní a sociální vyrovnanosti. Z toho plyne, že kvalita života je dána subjektivním vnímáním individuální životní reality. Na základě sebereflexní dimenze můžeme konstatovat, že jednou ze základních kategorií kvality života je zdraví. Právo na něj je zakotveno v Chartě základních práv Evropské unie. Z pohledu environmentální problematiky je důležité zmínit i vztah mezi kvalitou životního prostředí a zdravím. Těmito otázkami se v České republice zabývá Akční plán Státního programu environmentálního vzdělávání, výchovy a osvěty České republiky (SPEVVO).

Poznatků o kvalitě života přibývá zhruba v posledních třiceti letech. Na význam zdraví a také na potřebu se mu systematicky věnovat ale upozornil již dávno Hans Selye –

jeden z hlavních zakladatelů výzkumu stresu. Kvalita života není novým tématem. Bez ohledu na pojmosloví byla tématem již dávných lidských úvah.

Bergsmy a Engel již roku 1988 poukázali na možnost rozlišení hlavních rovin či úrovní zkoumání kvality života. Podle těchto autorů jde o makroúroveň, mezoúroveň a osobní úroveň. Makroúroveň zkoumá kvalitu života velkých společenských útvarů například zemí nebo kontinentů. Na mezoúrovni jde o kvalitu života malých sociálních skupin a na úrovni osobní je pak nejdůležitější kvalita života individua (Kebza, 2005).

„WHO předložila poprvé svou pracovní definici kvality života roku 1993. A to ve vztahu ke zdraví jako vnímání lidí (jedinců) a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám“ (Kebza, 2005, s. 57).

Na toto navázaly i další studie, zkoumaly se tzv. tematicky podnětové oblasti, které vymezují zaměření kvality života (například zdraví, rodina, sociální činnosti, vztahy k druhým, práce či životní podmínky). Z průzkumu bylo patrné, že tyto tematické podnětové celky podléhají jak individuálním, tak sociálním vývojovým změnám. V kvalitě života se promítá výrazně úroveň osobní pohody, taktéž úroveň sebeúcty a mobility. Někteří autoři stanovují osobní pohodu jako standard pro kvalitu života v různých kontextech. Postupem času byly vytvořeny dotazníky, využívající pro vyjádření úrovně kvality života hodnotící škály. Jsou známy i metody, které byly vypracovány k hodnocení kvality života ve vztahu k určité nemoci – například k nádorovým onemocněním, astmatickým obtížím, kardiovaskulárním chorobám, Alzheimerově chorobě atd. Některé z nich byly následně využity v projektech pro mezikulturní srovnání kvality života v jednotlivých zemích. Právě na tomto místě se objevovaly často odlišné názory na způsob zjišťování podstaty kvality života. Shoda panovala jen v názoru, že měření kvality života musí zachytit především hodnotící obraz respondenta samotného.

Jako jeden z prvních názorů je v literatuře uváděno pojetí K. C. Calmana, který tvrdí, že individuální kvalita života vyjadřuje rozpor mezi sny, nadějami a ambicemi individua a jeho reálnými zkušenostmi. Vychází se zde z předpokladu, že lidé jsou obecně motivováni, aby tento rozpor byl odstraněn. Další autoři pak z tohoto pojetí vycházeli. Brali tedy kvalitu života jako rozpor mezi realitou a očekáváním.

„Pracovní skupina WHO, zabývající se kvalitou života (WHOQOL group, 1995), vymezila znovu podstatu kvality života jedinců jako vnímání jejich pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. V české a slovenské odborné literatuře informoval D. Kováč o průběhu realizace rozsáhlého projektu WHO, týkajícího se kvality života a zaměřeného na šest hlavních oblastí: tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita“ (Kebza, 2005, s. 59). Na základě těchto šesti domén zformuloval Kováč svůj vlastní tříúrovňový model kvality života, v němž samotný vrchol tvoří smysl života. Ten v tomto modelu představuje psychický regulátor chování. Východisky pro tento model jsou: dobrý fyzický a psychický stav, materiálně-sociální zabezpečení, funkční rodina, život chránící životní prostředí a získání schopností a návyků pro přežití. Druhou část modelu tvoří kombinace informací, hodnot a vztahových rámců (jakými jsou například zdraví, životní spokojenost, uspokojivé sociální či přátelské prostředí) spojená se zájmy, koníčky a vášněmi. Přechodová část k jeho vrcholu je tvořena bezproblémovým stárnutím, kultivací osobnosti a společenským uznáním. Významná role bývá připisována též víře ve vlastní schopnosti, která ovlivňuje míru úsilí a vytrvalosti, kterou jsou lidé ochotni ze sebe vydat.

## **1.2 Modely měření kvality života**

V osmdesátých a devadesátých letech probíhaly intenzivní diskuze o tom, co vlastně kvalita života je a jak ji měřit. Měření, na kterém by se shodla většina odborníků, ale stále neexistuje. Tuto skutečnost způsobují především dvě samostatné složky – složka objektivní a subjektivní. Neumíme měřit komplexně pojatou kvalitu života, to ale neznamená, že neexistují teoretické koncepty, které se snaží kvalitu života komplexně postihnout. Výše zmíněný D. Kováč (2004) vytvořil komplexní model kvality života, obsahující tři úrovně – bazální (všelidskou), individuální specifickou (civilizační) a elitní (kulturně duchovní). Každá z těchto tří složek v sobě dále zahrnuje 6 komponent, které mají rozlišnou váhu a význam. Celý tento model je zastřešen smyslem života jakožto přirozeným systémovým psychickým regulátorem chování.

## Model kvality života

Smysl života								
	<table border="1"> <tr><td>Bezproblémové stárnutí</td></tr> <tr><td>Úroveň kultivace osobnosti</td></tr> <tr><td>Společenské uznání</td></tr> <tr><td>Podpora závislým</td></tr> <tr><td>Podpora života</td></tr> <tr><td>Univerzální altruismus</td></tr> </table>	Bezproblémové stárnutí	Úroveň kultivace osobnosti	Společenské uznání	Podpora závislým	Podpora života	Univerzální altruismus	
Bezproblémové stárnutí								
Úroveň kultivace osobnosti								
Společenské uznání								
Podpora závislým								
Podpora života								
Univerzální altruismus								
Axiologické styly (dionýsovský, apolonský), životní styly (celibát, workoholismus), ideové styly (dogmatismus, liberalismus), kognitivní styly	<table border="1"> <tr><td>Pevné zdraví</td></tr> <tr><td>Prožívání životní spokojenosti</td></tr> <tr><td>Uspokojivé sociální prostředí</td></tr> <tr><td>Úroveň společenského vývoje</td></tr> <tr><td>Přátelské prostředí</td></tr> <tr><td>Úroveň znalostí a kompetencí</td></tr> </table>	Pevné zdraví	Prožívání životní spokojenosti	Uspokojivé sociální prostředí	Úroveň společenského vývoje	Přátelské prostředí	Úroveň znalostí a kompetencí	Vášně (sexuální, hráčská, cestování), koníčky (sport, tvořivost), zájmy (o věci, lidi, ideje)
Pevné zdraví								
Prožívání životní spokojenosti								
Uspokojivé sociální prostředí								
Úroveň společenského vývoje								
Přátelské prostředí								
Úroveň znalostí a kompetencí								
	<table border="1"> <tr><td>Dobrý fyzický stav</td></tr> <tr><td>Normální psychický stav</td></tr> <tr><td>Vyrůstání ve funkční rodině</td></tr> <tr><td>Odpovídající mater. sociální zabezpeč.</td></tr> <tr><td>Život chránící životní prostředí</td></tr> <tr><td>Získání schopností a návyků pro přežití</td></tr> </table>	Dobrý fyzický stav	Normální psychický stav	Vyrůstání ve funkční rodině	Odpovídající mater. sociální zabezpeč.	Život chránící životní prostředí	Získání schopností a návyků pro přežití	
Dobrý fyzický stav								
Normální psychický stav								
Vyrůstání ve funkční rodině								
Odpovídající mater. sociální zabezpeč.								
Život chránící životní prostředí								
Získání schopností a návyků pro přežití								

(zdroj: <https://docs.google.com>)

Mezi nejznámější a současně nejčastěji citované patří model vyvinutý centrem pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu v Kanadě. Tento model zahrnuje tři základní složky a devět dílčích domén. Přičemž zde je skutečná kvalita života jednotlivce určena osobním významem jednotlivých domén a rozsahem, v jakém se v jeho reálném životě naplňují. Klade se důraz na možnosti, příležitosti a omezení, které ve svém životě má každý člověk.

### Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

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

(zdroj: <https://docs.google.com>)



Peter Babinčák (2004) položil vzorku lidí na první pohled jednoduchou otázku „Co považujete za šťastný život?“ Výzkum prokázal, že šťastný život znamená mít rodinu, partnera, domov, přátele, zdraví a šťastné děti. Nechyběly ani odpovědi, že šťastný život souvisí s prací, která člověka baví, uspokojuje a zároveň finančně zabezpečuje. Pro šťastný život je ale také důležité výše zmíněné zdraví, včetně zdraví blízkých osob. Tento výzkum byl založen na subjektivním prožívání respondenta. Krom toho se objevují i pokusy určité objektivizace. Jako příklad můžeme uvést Mercerův celosvětový výzkum kvality života z roku 2005 (zdroj: <http://www.mercerhr.com>). Výsledkem tohoto celosvětového výzkumu kvality života je detailní hodnocení 39 kritérií kvality života, které byly seskupeny do následujících kategorií:

- Ekonomické prostředí (měnové regulace, bankovní služby, aj.)
- Politické a sociální prostředí (politická stabilita, kriminalita, aj.)
- Socio-kulturní prostředí (cenzura, omezování osobní svobody)
- Oblast zdravotnictví (lékařské služby, infekční nemoci, znečištění ovzduší aj.)
- Školství a vzdělávání (úroveň a dostupnost škol, aj.)
- Veřejné služby a doprava (elektřina, voda, veřejná doprava, aj.)
- Konzumní zboží (dostupnost jídla a zboží denní potřeby, aj.)
- Rekreace (restaurace, divadla, kina, sport, aj.)
- Přírodní prostředí (klíma, výsledky přírodních katastrof, aj.)
- Bydlení (bydlení, nábytek, údržba, aj.)

Dnes se pro měření objektivní kvality života používají nejrůznější indikátory. Díky nim mohou odborníci identifikovat stav na různých úrovních – například místních, regionálních, národních nebo mezinárodních.

Dále lze rozlišovat mezi všeobecnými a speciálními dotazníky. Zatímco všeobecné jsou určeny pro běžnou populaci. Speciální jsou pro osoby s určitou nemocí nebo postižením a zjišťují dopad nemoci nebo postižení na jejich každodenní život. Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu bývá označována jako HRQOL (health-related quality of life).

„Z hlediska analýzy dat pro model kvality života se nejužitečnější jeví definice kvality života jako percepce individuální pozice jedince v životě, v kontextu jeho kultury a

hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Tato definice je ovlivněna jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 145).

„V této souvislosti je důležité brát zřetel na životní úroveň. Za indikátory životní úrovně můžeme považovat ukazatele jako např. hrubý domácí produkt (HDP) na obyvatele, střední délku života, kojeneckou úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel či procento HDP věnované školství“ (Payne, 2005, s. 63).

Problémem metod, sloužících ke zjištění kvality života, zůstává požadavek na jejich univerzálnost a komplexnost. K rozvoji tohoto tématu v České republice a na Slovensku přispěli kromě zmíněného Kováče například také Křivohlavý, Vymětal, Haas, Preiss, Hnilica, Ptáčková, Buchtová a další.

### **1.3 Well-being a zdraví**

Jednou z významných složek zdraví je bezesporu prožitek osobní pohody (well being). I přesto, že primární založení tohoto pojmu je spíše psychologické, zasahuje i tak do řady dalších oborů. Počínaje filozofií, sociologií či pedagogikou a medicínou konče. Kromě toho je běžně užíván i v obecném jazyce. Bývá vysvětlován většinou opisně. A to ve vztahu k jiným příbuzným pojmům jakými jsou například spokojenost (satisfaction), životní spokojenost (life satisfaction), blaho (welfare), radost (pleasure), úspěšnost (prosperity) nebo štěstí (happiness). Často se objevuje i ve vztahu ke zdraví (health). Velké popularity se tomuto pojmu dostalo v roce 1948, v souvislosti s přípravou definice zdraví. WHO zde well-being totiž zakotvila jako důležitou charakteristiku zdraví. A kromě toho rozlišila ještě jeho 3 dimenze – tělesnou, duševní a sociální. Zmíněná definice zdraví WHO byla po čase dále rozpracována a upřesňována. Kromě toho byla doplněna o důležitou charakteristiku zdraví, jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Mnohdy se můžeme setkat s poněkud širším pojmem „subjective well-being“, „psychological“, či „mental“ well-being. V české terminologii se nejčastěji využívá nejstručnější varianta tohoto pojmu tedy „pohoda“ resp. „životní pohoda“. Zdaleka to ale nejsou jediné ekvivalenty. Jako další můžeme zmínit například: duševní pohoda, pocit/prožitek osobní pohody, životní spokojenost, subjektivní komfort, prožitek, pocit blaha, stav, kdy se člověk cítí dobře, štěstí nebo radost. Přestože někteří autoři upozorňují

na neadekvátnost úplného ztotožňování těchto pojmů, nesmíme zapomínat, že štěstí nebo radost je jen jednou součástí komplexu osobní pohody. S rozlišením těchto pojmů bylo možné se setkat už v antické filosofii a psychologii. Již v těchto dávných dobách byl znám pojem blaženost (eudaimónia). Podle Aristotela blaženost pro člověka reprezentovala nejvyšší dobro uskutečnitelné lidským jednáním. Nevycházelo pouze z vlastní rozumové činnosti, dosažené radosti a štěstí. Blaženost byla štěstí nadřazována, protože štěstí mohlo být pouze náhodné, kdežto blaženost měla značný mravní rozměr. Předpokládala tedy mravní dokonalost. Dalo by se říci, že byla uskutečňována každodenním naplňováním činností.

Mezi další novodobé pojmy patří taktéž dimenze tělesné pohody – wellness či fitness a dosažení úspěchu (tedy succes). Zohledněno bývá i přátelství (friendship), radost (pleasure) a štěstí (happiness). Americký psycholog M. Seligmann, jeden z ústředních představitelů tzv. pozitivní psychologie bere v tomto směru v úvahu časová hlediska pro vymezení oblastí zejména pozitivní psychologie na subjektivní úrovni. Podle Seligmana se v tomto pojetí k minulosti vztahuje well-being a spokojenost se životem, k současnosti pocit štěstí (happiness) a momentálního nadšení (flow), k budoucnosti pak naděje (hope) a optimismus. Seligman spolu s dalšími autory vymezil ještě další dvě úrovně – osobní (individuální) a skupinovou (instituce a rysy vedoucí jednotlivce k lepšímu občanství). Tato klasifikace, využívající časového rozlišování, však přinejmenším vzbuzuje určité rozpaky. Nelze se omezovat pouze na to, co člověk prožil v minulosti, protože například pocit osobní pohody a spokojenosti s vlastním životem je výsledkem nejen minulých, ale i současných a budoucích psychických stavů, nálad a aspirací.

Představitelé pozitivní psychologie upozorňovali na nebezpečí, která spočívala v přílišném zaujetí psychologie negativity – ať už se jednalo o odchylky, poruchy či nejrůznější deficity. To vše v podstatě mohlo znamenat zúžení prostoru pro pozitiva. Je třeba zdůraznit, „že psychologické vědy, ale i medicínské disciplíny a další obory, orientované též na studium negativních prvků lidského života, nestudují tato negativa proto, aby je dále v lidském životě podporovaly, posilovaly a rozvíjely, ale proto, aby je na základě poznání jejich podstaty, příčin a souvisejících okolností, mohly v životě lidí záměrně omezit, předcházet jim a v ideálním, v praxi však málo pravděpodobném případě je z lidského života úplně vyloučit“ (Kebza, 2005, s. 65). Otázkou zůstává, zdali je pohled pozitivní psychologie možné hodnotit jako zásadní změnu psychologického paradigmatu,

nebo spíše jako pokus o návrat psychologů a lékařů k tradičním pozitivním hodnotám. Ať tak, či tak, důraz na pozitivní prvky nikdy není na škodu.

Významná je na tomto místě a z tohoto pozitivního pohledu koncepce salutogeneze A. Antonovského (z lat. salut = zdraví a řec. genesis = původ, vznik). Koncepce je založená na myšlence, že medicínské paradigma, které pátrá po příčinách onemocnění, je třeba změnit do podoby, která by pátrala po pozitivně založených příčinách „neonemocnění“. Na Antonovského salutogenezi navázal Strümpfer koncepcí tzv. fortigeneze a fortologie, což je alternativní označení pro pozitivně orientovanou psychologii.

Již zmíněný Seligman byl zastáncem názoru, že pro převažující orientaci psychologie na pozitivní či negativní, existují společensko-historické důvody. V období chudoby, válek a společenské nestability jsou zájmy společnosti soustředěny na problémy související s obranou a omezováním škod. Kdežto v „bezproblémových“ etapách se zájem přenáší na tvořivost, ctnost a nejvyšší kvality života. A právě termín ctnost je dalším podnětem pozitivní psychologie. I zde je doložena jeho společensko-historická podmíněnost. Již v antické filosofii existovaly ctnosti. V té době byly chápány ve smyslu dobra. Seligman a jeho výzkumný tým se ctnostmi zabývaly velmi podrobně. Z významných děl filosofických a náboženských tradic vytvořili soupis asi dvou set uváděných ctností. Podrobná analýza ukázala, že přes dlouhé časové období – jednalo se o tři tisíciletí – můžeme vyzdvihnout 6 základních ctností, které jsou shodné pro všechny. Jsou jimi vědění a moudrost, láska a lidskost, odvaha, spravedlnost, střídmost a spiritualita. Autoři tyto vybrané ctnosti považují nepochybně za všeobecně přijímané a podporované, ale z pohledu psychologie jsou příliš abstraktní, musíme za nimi tedy hledat konkrétnější zdroje a složky.

Osobní pohoda spadá v rámci psychologie mezi afekty, nálady a osobní rysy, obsahuje také důležitou postojovou komponentu, a protože se jedná o prožitek, který trvá spíše týdny nebo dny než okamžiky, můžeme ji zařadit i k náladám. V mnoha studiích bývá osobní pohoda chápána jako součást kvality života, zároveň se předpokládá, že má dvě základní dimenze: subjektivní osobní pohodu a objektivní osobní pohodu. Subjektivní pocit osobní pohody představují zejména čtyři složky: psychická osobní pohoda, sebeúcta, sebeuplatnění a osobní zvládnání.

Podle Ryffové a Keyesové (Kebza, 2005) má osobní pohoda *šest základních dimenzí*. První dimenze je tvořena *sebe přijetím* – tedy pozitivním postojem k sobě samému, kdy si je člověk vědom svých dobrých i špatných vlastností a zároveň je srozuměn s vlastní minulostí. Jako druhá dimenze jsou označovány *pozitivní vztahy s druhými*, zde důležitou roli hraje například schopnost empatie. Neméně důležitá je i třetí dimenze – *autonomie*. Člověk by měl být schopen zachovat si svůj vlastní názor a zároveň být nezávislý na hodnocení a očekávání druhých. Čtvrtou dimenzi tvoří „*základní životní prostředí*“. Každý jedinec by měl mít přehled o tom, co se kolem někoho děje, měl by hledat příležitosti a využívat jich pro vlastní cíle a potřeby. *Smysl života*, jakož to pátá dimenze zdůrazňuje pocit, že smysl má jak život minulý, tak i přítomný a to nejen k dosahování cílů. Poslední dimenze je *osobní rozvoj*, u kterého je nezbytná schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování. K posledním dvěma dimenzím osobní pohody se významně váže schopnost prožitku naděje (hope). Je známo, že člověk je schopný snášet všemožná příkoří i značnou fyzickou a psychickou bolest, poškození zdraví či ponížení, ale pouze tehdy, uchová-li si v sobě naději, tedy jen v případě, že je schopen věřit, že bude líp. S prožíváním naděje těsně souvisí cíle a zaměřenost lidského chování. Mimo to i způsoby jejich realizace a v neposlední řadě úsilí, které umožňuje tuto realizaci naplnit. Synder (Kebza, 2005) chápe v tomto kontextu naději jako protipól negativních emocí, rezignace a deprese.

Důležitou roli v komplexu well-being hraje též tělesná zdatnost (wellness či fitness). Pohybová aktivita má bezesporu vliv na osobní pohodu a její další komponenty. Pohybová aktivita může mít dlouhodobý i krátkodobý příznivý účinek na psychickou pohodu. Příznivě například ovlivňuje sebeúctu, depresi, úzkost a percepci stresu, což platí u zdravých i nemocných bez ohledu na jejich věk. Pojem wellness bývá v některých případech používán jako synonymum osobní pohody, v jiných je naopak vymezen samostatněji. Jde tedy o takové chování, které napomáhá zvládat stres, člověk zdravě jí, nekouří, dostatečně spí, odpočívá a neopomíjí fyzická cvičení. Hunt (2000) sumarizoval přínosy tělesné zdatnosti pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu. Zvláště u starších lidí jde o významnou nezávislost, sebeobslužnost a samostatnost, jejichž úroveň se s vyšší úrovní tělesné zdatnosti prodlužuje. Tělesná zdatnost také pozitivně ovlivňuje metabolismus a tělesnou hmotnost a zároveň působí jako prevence některých poruch a onemocnění (například pro bolesti v zádech, osteoartritidu, osteoporózu nebo omezení hybnosti kloubů).

Další složkou osobní pohody je štěstí, které je z obecného pohledu vlastně ústředním cílem každého lidského snažení. „Za šťastného člověka lze podle Wilsona považovat toho, kdo je mladý, v dobrém zdravotním stavu, dostalo se mu kvalitního vzdělání a výchovy, je dobře finančně hodnocený, extravertovaný, optimistický, bezstarostný, věřící, ženatý či vdaná, s vysokým sebehodnocením a kvalitním sebepojetím a sebeúctou, vyspělou pracovní morálkou, přiměřenou aspirační úrovní a širokou inteligencí“ (Kebza, 2005, s. 76). I v souvislosti se štěstím můžeme rozlišit mezi dlouhodobým (habituálním) stavem a krátkodobým (akutním či situačním) stavem, který blíží se prožitku radosti. Stuchlíková (2002) upozorňuje, že je třeba rozlišovat jednak *aktuálně prožívanou úroveň štěstí*, což bývá bezprostřední reakce na nějakou pozitivní událost a jednak *kontinuálně probíhající stabilní úroveň štěstí*, která je přetrvávajícím prožitkem. Vztah mezi těmito dvěma úrovněmi je ale dost komplikovaný, zejména proto, že se neustále vzájemně ovlivňují. Například Powell (2000) považuje za jeden ze základních atributů štěstí *přirozenost*. Štěstí by podle něho mělo být chápáno jako přirozený stav individua, tedy přirozený stav každé lidské bytosti.

Podobným termínem, který se soustřeďuje na pozitivní emoce a prožívání jejich důsledků jako součást komplexu osobní pohody je termín radost (angl. pleasure). Radost a štěstí jsou obsahově propojeny nejen pozitivně laděným charakterem emočního prožitku, ale též jeho intenzitou a délkou. Stav smutku, neštěstí a zármutku tvoří jejich protipól, jde o stavy absence prožitku radosti. Někteří autoři se zabývali osobní pohodou z hlediska percepce a obsahu životních cílů. Životní cíle představují specifické motivační cíle, kterými osoba řídí svůj život, přičemž platí, že dlouhodobější cíle souvisí s osobní pohodou těsněji než cíle krátkodobé.

Pro celkový pocit osobní pohody má zásadní význam také finanční hodnocení jedince, tedy jeho socioekonomický status. Velmi negativní má pak dopad ztráta zaměstnání, která bývá uváděna mezi nejtěžšími stresory.

Podle Strážence (2001) je důležité i působení religiozity. Uvádí se, že pozitivní vztah k víře se odráží v délce života, ve vyšší úrovni osobní pohody, nižší rozvodovosti, depresivitě či suiciditě.

Na pocitu osobní pohody se značnou měrou podílejí i sociální kontakty. Jak z hlediska kvantity, tak kvality jejich rozvoje. Vztah osobní pohody, štěstí a ekonomických aspektů života člověka je předmětem zájmu psychologů i ekonomů. Významné jsou pro

prožitek osobní pohody také vlastnosti a další charakteristiky osobnosti. Zmínit bychom rozhodně měli sebehodnocení, které souvisí s kvalitním prožíváním osobní pohody. Jako další proměnné můžeme označit duševní stabilitu a extraverci.

## 2 Stárnutí a stáří

Pojem stárnutí není termínem současné doby, existují odhady, podle nichž se v dávných prehistorických dobách stáří nedožíval nikdo. V podstatě téměř do 17. století překročilo jen 1% populace šedesátý pátý rok svého života. Do 19. století se tento údaj zvýšil na 4% (Stuart-Hamilton, 1994). V dnešní době tvoří staří lidé 12% západní populace a dá se očekávat, že tento počet se bude i nadále zvyšovat – v příštím století se odhaduje na 15%, v roce 2030 pak na 20%. Z jiného úhlu pohledu můžeme tvrdit, že přibližně 70% lidí, kteří žijí v západních zemích, se těší životu delšímu než 65 let. Dalších 30 – 40% pak 80 let. Dnešní západní populace bývá označována jako *obdélníková společnost*. Název plyne z toho, že v každé věkové dekádě žije přibližně stejně lidí. Např. stejný počet lidí ve věku 0 – 9 a taktéž 10 – 19. Histogram těchto věkových dekád se podobá obdélníku. Graf roku 1990 by ale spíš připomínal pyramidu, kde základnu tvoří mladší věkové dekády a zbytek představuje podíl starších věkových kategorií.

Problém v současné době je tzv. *šednutí populace*, která představuje vyšší podíl starších lidí a nižší podíl mladších dospělých, kteří pracují, platí daně z příjmu, dávky sociálního a zdravotního pojištění, aby pomohli k zajištění důchodů a sociální péče pro starší občany. Tento fakt vystihuje termín *koeficient závislosti stáří*, je to poměr lidí starších 60. let a lidí ve věkovém rozmezí 20 – 64 let. V západních zemích se dnes tento koeficient přibližuje 1/5. Má však narůstající tendenci. V polovině příštího století se pravděpodobně vyšplhá až na 1/3 či více. Obavu, že již zmíněná šednoucí populace zatíží ekonomiku obrovskými finančními nároky, označujeme jako *demografickou časovanou bombu*.

V této souvislosti je zapotřebí zmínit další důležitý pojem a to střední délku života, ta udává věk, ve kterém zemřelo 50% určité věkové skupiny. To znamená, že ½ členů určité věkové skupiny žije déle, než je střední délka života. Často se také můžeme setkat s poněkud rozšířeným termínem. Tím je střední délka aktivního života. Ta vyjadřuje průměrný počet zbývajících let, kdy příslušníci určité věkové skupiny mohou očekávat možnost aktivního života. Na rozdíl od dob minulých můžeme v dnešní době tvrdit, že stárnutí je zkušeností většiny než menšiny s předpokladem, že podíl většiny se bude do budoucna nadále zvyšovat. Co se individuálních rozdílů ve střední délce života týká, jsou velmi značné. Za povšimnutí stojí především rozdílná rychlost stárnutí, která lze z části vysvětlit environmentálními faktory – např. špatná hygiena, chudá strava atd.



Mnoho lidí se zabývá hledáním optimálních podmínek pro dlouhý život. Je téměř zbytečné zmiňovat, že nadměrné kouření, alkoholismus a přejídání mohou délku života zkrátit o celou dekádu či dokonce více. Pokud bychom chtěli definovat stárnutí, objevili bychom celou řadu způsobů. Některé se zabývají charakteristikami, jež byly vyzorovány u starých lidí, jiné sledují, jak a kdy se znaky mladé dospělosti transformují ve znaky dospělosti pozdní. Jedná-li se o znaky, které můžeme přičíst událostem relativně vzdáleným, pak je souhrnně označujeme pojmem vzdálené, neboli *distální efekty stárnutí*. Např. ztráta pohyblivosti, která byla způsobena obrnou v dětském věku. Existují ale také znaky, které vznikly v důsledku aktuálních dějů. Do této kategorie by spadal člověk, který ztratil hybnost, jejíž příčinou byla zlomená noha. V tomto případě hovoříme o časově blízkých tedy *proximálních efektech stárnutí*.

Tyto charakteristiky lze také hodnotit z hlediska pravděpodobnosti, že je sdílí i ostatní staří lidé. *Univerzálními znaky stárnutí* máme na mysli takové znaky, které sdílí všichni staří lidé. Typickým příkladem je vráscitá kůže. Kdežto znaky *probabilistické* jsou takové znaky stárnutí, které jsou pouze pravděpodobné, ale nikoliv univerzální. Na tomto místě můžeme jako příklad uvést artrózu.

Existují také *primární, sekundární a terciární* znaky. Přičemž primární zahrnují tělesné změny stárnoucího organismu. Mezi sekundární znaky patří znaky, které se ve stáří sice často objevují, nicméně nejsou jeho nezbytným doprovodným jevem. Poslední skupina terciárních znaků má sloužit především k vyjádření prudkého a nápadného tělesného úpadku předcházející smrti.

Stárnutí je bezesporu závěrečnou fází lidského vývoje a právě z toho důvodu je třeba jej posuzovat jako součást určité kontinuální proměny. Z tohoto hlediska bývá obtížné určit, kdy končí střední věk a začíná stáří. Nejběžnější měřítko stárnutí je bezkonkurenčně *chronologický věk*, tedy údaj, jak je dotyčná osoba stará. Sám o sobě je ale v podstatě bez informace. Neřekne o člověku nic, pokud není korelován s dalšími funkčními údaji. Kupříkladu věk koreluje, ač relativně slabě s tělesnými změnami. V žádném případě nemůže být chronologický věk pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu. Může pouze naznačovat stav průměrného člověka. Používán bývá i pojem *sociální věk*, který se vztahuje k společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku. V západní společnosti se např. od šedesátníků očekává, že se budou chovat usedle a klidně. Asi z tohoto důvodu není překvapivý ani fakt, že za počátek stáří se

taktéž považuje odchod do důchodu. Bez ohledu na mýty o stáří a stárnutí, kterých existuje celá řada, je většina společností za jedno v tom, že stáří znamená určitou změnu sociálního statusu. Avšak otázka chronologického věku, ve kterém k těmto změnám dochází, se hodně liší. Nicméně mezní hodnoty jsou 50 a 70 let. V západních zemích je za takovou hodnotu tradičně považován 60. – 65. rok života. Taktéž většina gerontologů volí pro označení začátku stáří stejnou hodnotu – tedy 60 – 65 let. A právě v tomto pětiletém rozmezí začíná většina lidí vykazovat příznaky stárnutí. Někteří autoři dělí stáří na mladší stáří, vymezené 65. – 75. rokem života. A stáří pokročilé, to je dáno překročením 75. roku života.

Jinou variantu stanovuje kategorie třetího a čtvrtého věku. Pro třetí věk je charakteristický nezávislý život ve stáří. Zatímco čtvrtý je obdobím, kdy již člověk není schopen si zajistit základní potřeby a je proto odkázán na druhé. Ať už o známkách stárnutí hovoříme jakkoliv, platí, že znaky jsou jak tělesné, tak duševní a jsou posuzovány měřítky biologického respektive psychologického věku.

## 2.1 Biologické stárnutí

Pojem stárnutí v sobě zahrnuje změny ve strukturách a funkcích organismu. Jde o takové změny, které podmiňují zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti daného jedince a kumulují v terminálním stádiu a ve smrti. V první řadě je důležité zmínit termín *biologický věk*, který poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje nebo degradaci. Můžeme se však setkat i s vysvětlením, které popisuje celkový stav lidského organismu. Pokud bychom chtěli biologický věk specificky určit, neměli bychom zapomenout na *věk anatomický* (jedná se o stav tělesné stavby, kosterní soustavy apod.) *karpální* (stav karpálních kůstek) a *fyziologický* (stav fyziologických procesů). V této souvislosti můžeme zmínit též *Hayflickův jev*. Tento muž byl zastáncem názoru, že živé buňky vyjmuté z těla a pěstované in vitro se před svým zánikem reduplikují pouze do určitého limitovaného počtu. A zároveň že čím starší je zvíře, kterému byly buňky vyjmuty, k tím menšímu počtu reduplikací před zánikem buňky dojde. Maximální počet bývá označován pojmem *Hayflickův limit*. Ať tak či tak, nesmíme zapomínat, že úpadek funkcí nezačíná ve stáří, ale již dříve a to v rané dospělosti. Taktéž řada změn, které běžně pozorujeme u starého člověka, není způsobena stárnutím samotným, ale například nemocemi stárnoucího těla.

Mezi hlavní biologické změny patří snížená odolnost vůči infekcím. Také se zvyšuje sklon k nádorovým onemocněním, rány se hojí značně pomaleji, vaziva ztrácí svojí pružnost, cévy sklerotizují atd. Nezávaznější ale bezesporu zůstávají změny v nervové a endokrinní soustavě, nejčastěji se jedná o různé degenerativní změny a pokles základního metabolismu. Existuje mnoho teorií, které se pokoušely a pokoušejí vysvětlit příčiny těchto změn. Ale každá z nich postihuje nanejvýš jednu stránku velmi složitého procesu. Pacovský a Heřmanová (1981) rozdělují teorie stárnutí do 3 skupin. První skupinou jsou *teorie o působení zevních vlivů*. Například ekologické podmínky, vliv bakterií, virů apod. Další skupina představuje teorii o *působení vnitřních vlivů*, jakými mohou být například genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze, či specifické metabolické změny příčné vazby. Poslední teorie vypovídá o *porušené inteligenci a organizaci*.

Je pravděpodobné, že nemoci dětského věku i pozdějšího věku stárnutí urychlují. Stejně tak negativně působí nepříznivá životospráva, nesprávná výživa, kouření, alkohol nebo životní zátěž. Taktéž sklon k nejrůznějším pro stáří „typickým nemocem“ je určen celým předchozím životem. Důležitou otázkou zůstává, odkdy je člověk za starého pokládán. Odpověď znesnadňují hned 3 faktory. První z nich je intraindividuální variabilita. Týž člověk může vykazovat v určité činnosti pokles výkonnosti, zatímco v jiné činnosti jeho výkonnost stoupá nebo je stabilně zachována. Druhým znesnadňujícím faktorem bývají rozdíly mezi jednotlivci stejného věku. Jedni si i přes svůj pokročilý věk dokáží zachovat tělesnou zdatnost a duševní svěžest. Jiní vykazují výrazné známky stárnutí již velmi brzy. Jako poslední faktor můžeme zmínit pokroky zdravotní péče a celkové společenské změny. Ty s sebou sice přinášejí příznivé změny ve zdravotním stavu lidí, ale zároveň i zátěže na ně kladené. Tímto je hranice stáří tlačena jedním nebo druhým směrem. Definitivní posun je tedy dán součtem kladných a záporných vlivů.

Obecně lze říci, že ze společenského hlediska je člověk „starý“, když je za starého pokládán ostatními členy společnosti. Tím, jak se společnost vyvíjí, dochází ale v tomto směru ke značným posunům dané hranice. V 18. století byl za starého člověka považován jedinec, který dosáhl čtyřicátého roku života, ve století 19. byl tak označován padesátník. V současných průmyslově rozvinutých zemích je spodní hranice stáří stanovena věkem 65 let. Obecně lze změny u stárnoucích lidí popsat následovně, avšak s přihlédnutím ke značným interindividuálním rozdílům. Pokud bychom měli charakterizovat stárnoucí tělo, mohli bychom začít od tělesných tkání. Svojí elasticitu ztrácí nejen pokožka, ale i svalstvo,

což je následkem zhoršení výkonnosti mitochondrií. Svou účinnost ztrácí vylučovací soustavy, o čemž svědčí zpomalení činnosti při exkreci toxinů a dalších odpadních látek. Stejně je na tom i trávicí soustava, zde se jedná především o vstřebávání živin, ubývá totiž svalová hmota. A co se dýchací soustavy týče, je registrován menší přívod kyslíku. Důraz by měl být ale zejména kladen na soustavu oběhovou. Svoji sílu totiž ztrácí i srdce, které v tomto životním období musí vynaložit mnohem více energie, aby zajistilo rozvod krve do celého těla. Právě na tomto místě je důležité konstatovat, že řada výše popisovaných změn může být zmírněna vhodnou stravou a cvičením. Zmíněné změny nemají příznivý vliv ani na fungování mozku a tedy ani na činnost psychiky. Výsledkem takových změn bývá často záchvat (mozkové) mrtvice, při níž je přerušen transport krve do dané části mozku, kde pak následně dochází k jejímu odumření.

Jistými změnami prochází i smyslové orgány, které mozku v postatě slouží jako nástroje pro kontakt s okolím. Ani tady však neplatí, že k úpadku dochází ve stáří. Počátky těchto změn je třeba hledat již v rané dospělosti. Často se u starých lidí můžeme setkat s tvrzením, že jejich zrak už není to, co to bývalo. Jde o problém akomodace, kdy člověk není schopen zaostřit na různé vzdálenosti, nejčastěji nablízko. Zhoršení akomodace vede k presbyopii – stařecké dalekozrakosti. Stárnoucí oční čočka postupem času ztrácí svou pružnost a zároveň tedy i schopnost zaostřovat. Většina starých lidí trpí ztrátou zrakové ostrosti, je prokázáno, že 75% starých lidí se neobejde bez brýlí. Nicméně ani s jejich pomocí celá řada nevidí zcela dobře. Věkem je ovlivněno i vnímání intenzity světla, přičemž platí, že lidé vidí pouze intenzivnější světlo. Stejně tak se s věkem snižuje rychlost, během které se lidé dokáží zhoršeným světelným podmínkám přizpůsobit. Závažná změna se týká i posunu ve vnímání barev. Je totiž prokázáno, že staří lidé vidí v nažloutlých odstínech. Nejinak je tomu při zpracovávání zrakových podnětů, i tato činnost je zpomalena. A pro přesnou identifikaci je zapotřebí pozorovat daný objekt delší dobu. Problematické také bývá zmenšení zorného pole a zhoršení periferního vidění, tedy zúžení zorného pole, které je člověk schopný obsáhnout pohledem. Lze stanovit 3 nejčastější příčiny těchto problémů. První z nich je *šedý zákal* (to znamená, že čočky přestávají propouštět světlo), další příčinou je *zelený zákal* (nadměrné množství nitroočního moku v bulvách tvoří tlak, který časem poškozuje nervové a receptorové buňky), poslední je *degenerace maculy* (žluté skvrny na sítnici). Degeneruje tedy místo nejvyšší ostrosti vidění.

Stáří ale nepostihuje pouze zrak, značný vliv má také na sluch, ten slábne již v průběhu dospělosti. Tato skutečnost je ale do značné míry dána vlivem prostředí (např. hlučné zaměstnání). Kostí středního ucha s přibývajícím rokem tvrdnou, nejčastěji v důsledku zvápnění či artrózy. Tato změna – kladívka, kovádlíky a třmínku – ovlivňuje přenos zvuku, hlavně co se vysokých frekvencí týče. Do mozku z vnitřního ucha vede sluchový nerv. Jedná se o nervová vlákna, která se postupem času a věku ztenčují. Nejrozšířenější typ oslabení sluchu u starých lidí je stav nazvaný *presbyakuze* (nedoslýchavost stárnoucích), při němž dochází k znatelnému zhoršení vnímání zvuků o vysokých frekvencích. Obrovským problémem pro takto postiženého člověka se stává samotné vnímání řeči. Tyto i další problémy spojené se sluchem mohou mít negativní vliv na sociální život starého člověka. Nejdůležitější na tomto místě zůstává motivace. Motivace k vyhledání pomoci. Podle Langmeiera a Krejčírové (2006) 90% osob po šedesátém roce trpí zhoršenou zrakovou percepcí a u 30% je výrazně zhoršen i sluch. To způsobuje nejen pokles výkonu například při pracovních činnostech, ale zároveň je omezena jejich možnost rekreace (četba, poslech hudby). Poruchy senzorycké percepcie negativně ovlivňují i komunikaci s druhými lidmi. Často se pak u takových lidí setkáváme s podezřívavostí a nejistotou. Někdy dokonce s úzkostí a hněvivostí. Zhoršení zraku a sluchu sebou přináší ale i vyšší riziko možných úrazů. Velkými pomocníky se zde stávají brýle, sluchadla a další pomůcky.

Jak bylo již zmíněno, ke změnám dochází i v tělesných tkáních. Právě v kůži jsou uložena hmatová čidla. Není tedy překvapivé, že ztenčování a vrásnění kůže vede ke změnám v citlivosti hmatu. Staří lidé mají tím pádem vyšší hmatový práh citlivosti, stejně klesá i citlivost k teplotě předmětů. Patrný je i fakt, že veškeré informace, které přicházejí do mozku z okolního světa, jsou omezeny ve svém rozsahu a jsou taktéž méně přesné. Odborníci se shodují, že lidský mozek při normálním průběhu stárnutí ztratí ze své váhy 10 – 15% (Stuart-Hamilton, 1994). Buňky centrálního nervového systému nemohou být nahrazeny. Pokud tedy buňka odumře, je navždy ztracena. Vlivem stáří klesá také rychlost, kterou nervové buňky dokážou signály vést.

Neexistuje žádné spolehlivé měřítko pro stárnutí. Avšak především z praktických důvodů označuje drtivá část gerontologů za počátek stáří věk 60 – 65 let, protože právě v tomto období života jsou již zcela patrná oslabení celé řady procesů – ať už psychických nebo fyzických. Je třeba zdůraznit, že procesy sociálního, biologického a psychického

stárnutí jsou na sobě navzájem závislé. Což se projevuje např. tím, že změna fyzického stavu organismu (hlavně mozku) může mít značné důsledky v psychických funkcích.

## 2.2 Stárnutí a intelekt

Výzkumy z této oblasti prokazují, že stárnutí s sebou přináší nárůst obecných vědomostí, ale za cenu delší doby, která je třeba na promyšlenou. Obecně se stáří připisuje moudrost. Cattell a Horn identifikovali v této oblasti 2 důležité termíny, jedná se o 2 specializované dovednosti, které nazvali *krystalickou* a *fluidní inteligencí*. Dalo by se říci, že odpovídají pojům moudrost a důvtip (Stuart-Hamilton, 1994). Množství vědomostí, které člověk získá během svého života, označujeme jako inteligenci krystalickou. Naopak o schopnosti řešit problémy, pro které řešení zdánlivě neexistují, ke kterým člověk musí dojít na základě svých vlastních zkušeností, vypovídá inteligence fluidní. Cattell a Horn se zabývali také změnami těchto dvou typů inteligence v důsledku stárnutí a stanovili závěr, že *fluidní inteligence* s věkem klesá, zatímco *krystalická inteligence* zůstává zachovaná, téměř nedotčená. S úbytkem fluidní inteligence je ale třeba zmínit, že se nejedná o pokles všeobecný v rámci dané věkové skupiny. Existují jedinci, kteří mohou změnám velmi dobře odolávat. Starší lidé se od sebe ve svých výkonech liší daleko více než lidé mladšího věku. Podstatou moudrosti starých lidí tedy není to, co člověk ví, ale spíše to, jakým způsobem tyto informace uchovává a využívá. Langmeier a Křejičřová (2006) zmiňují Schaieovi studie, kde je krystalická paměť výsledkem vrozených vloh a všech zkušeností, které člověk získal spontánně i formálním vzděláním. Tento typ paměti stoupá od 25 let až do stáří. Zatímco inteligence fluidní, která se zrcadlí v přechodu z jednoho typu myšlení ke druhému, klesá po třicátém roce dost výrazně. Sociální inteligence zůstává často plně zachována až do vysokého věku. Přičemž platí, že ve velmi vysokém věku dochází k závěrečnému, dalo by se říci celkovému úpadku sil a schopností. Ale i v této souvislosti platí, že se liší jeden člověk od druhého.

V souvislosti s testováním bývá zmiňován tzv. *model terminální degradace* (Stuart-Hamilton, 1994). Tato teorie říká, že člověk podává konstantní výkon až do doby několika měsíců nebo let před svou smrtí. Poté prý jeho schopnost prudce slábne. Kleemeierem (Stuart-Hamilton, 1944) bylo dokázáno, že člověk, který při opakovaném testování vykazuje výrazný propad v intelektovém výkonu, v krátkém časovém období pravděpodobně zemře. To potvrzuje i Riegel a Riegel, kteří testovali dobrovolníky středního a staršího věku, kdy testování probíhalo po 10ti – 20ti letech znovu (Stuart-

Hamilton, 1994). Bylo zjištěno, že lidé, kteří zemřeli dříve, než byli znovu testováni, měli při prvních testech podstatně nižší testová skóre, nežli dobrovolníci, kteří se druhého testování dožili.

Jiní badatelé se zabývali vlivem tělesných cvičení na intelektuální výkon starých lidí, byla potvrzena vzájemná závislost. Existuje mnoho důvodů, proč tělesná cvičení působí na intelekt. Jeden z hlavních je, že zdravé tělo je zcela jistě mnohem výkonnější. Lidé, kteří se cítí v dobré formě, mají také vyšší sebedůvěru a s tím i související vyšší motivaci k dobrému výkonu v psychických činnostech. Často proto bývá zhoršení schopností přičítáno jejich zanedbávání. Touto myšlenkou se zabývá tzv. *teorie nepoužívání*. Samozřejmě neplatí, že by cvičení důsledky stárnutí zcela eliminovalo.

Není tomu tak ani s *reakčním časem*. Ten udává dobu, za kterou je člověk schopen reagovat na výskyt určitého podnětu. Reakce člověka je tím rychlejší, čím je reakční čas nižší a opačně. Jakýkoliv prožitek z vnějšího světa se stává obsahem vědomí a musí tedy dojít k jeho zpracování v centrálním nervovém systému. Tento časový úsek je označován termínem *reakční čas* a ten právě s věkem roste.

Ve stáří klesá celá řada schopností intelektu, např. pozornost, jakožto schopnost soustředit se na danou věc nebo si jí zapamatovat a to bez ohledu na rušivé podněty. Pozornost se může projevit různými způsoby. *Vytrvalou pozorností* máme na mysli přímou koncentraci na určitý úkol, při kterém se člověk nenechá rozptýlit. Tento typ pozornosti je ve stáří poměrně dobře zachován. Schopnost soustředit se na určitý úkol za přítomnosti rušivých podnětů označujeme jako *pozornost výběrovou*. Úloha na vizuální vyhledávání potvrzuje, že starší lidé jsou v tomto úkolu znatelně pomalejší než mladší lidé. Zkoumaným lidem se předkládají např. skupiny písmen. Jejich úkolem je vyhledání konkrétního písmena. Již zmíněné reakční časy měřily psychické reakce na podnět. *Organizace pojmů* je naopak schopnost zabývat se tématy na abstraktní úrovni, kdy cílem bylo odhalit základní pravidla a principy (např. slon, hraboš – savci). V mnoha případech mívají starší lidé právě s přechodem od konkrétního k abstraktnímu problémy. Situace se zlepšuje, pokud člověk spatřuje například v zadané úloze zřejmý praktický účel.

S inteligencí jde ruku v ruce i tvořivost. Ačkoliv se odborníci v definicích tohoto pojmu rozcházejí, naprostá většina by jistě souhlasila, že pokud má být něco označeno za tvořivé, musí jít o něco neotřelého, co odpovídá dané situaci. Názory na tvořivost a stárnutí jsou velmi rozličné. Za proměnou lidské tvořivosti stojí nejspíše životní styl než stárnutí.

Někteří autoři tvrdí, že tvořivost klesá již od střední dospělosti. Langmeier s Krejčířovou (2006) zmiňují, že tento fakt potvrzují i statistiky, které udávají, že lidská tvořivá činnost ve všech odvětvích dosahuje svého vrcholu mezi 25. a 40. rokem života, poté prý jejich produktivita klesá. Pokud bychom ale sledovali výkony některých slavných lidí, došli bychom k jinému závěru. Světoznámý italský sochař, architekt a malíř Michelangelo, který mimo jiné psal také básně, se dožil téměř devadesáti let. Na Pietě pracoval ještě nedlouho před svou smrtí. V podstatě nelze určit žádnou věkovou hranici, která by nějakým způsobem omezovala lidskou tvořivost. Je-li člověk tvořivý, zůstává takovým po celý svůj život. Roli zde nehraje věk, ale spíše motivace a vytrvalost.

### 2.3 Stárnutí a paměť

Paměť můžeme kategorizovat mnoha způsoby. Jedno z nejjednodušších rozlišení je podle doby, po kterou člověk dokáže danou informaci podržet. Pak obvykle hovoříme o *krátkodobé a dlouhodobé paměti*. Můžeme se setkat i s termínem *primární a sekundární paměť*. Maximální množství položek k zapamatování, které je člověk schopen spolehlivě zopakovat označujeme termínem *kapacita paměti* (např. kapacita číselná či slovní). „Paměť *praktická* je podle Baddeleye a Hitchce definována jako dočasné uložení informace potřebné k aktivitám, jako je učení, uvažování a chápání“ (Stuart-Hamilton, s. 90). S tímto typem paměti se setkáváme naprosto běžně. Například pokud s někým hovoříme, je naprosto nezbytné udržet v paměti několik posledních slov mluvčího, abychom porozuměli tomu, o čem hovoří. Další kategorizace člení paměť na *epizodickou a sémantickou*. Přičemž epizodická paměť zahrnuje události, týkající se našeho vlastního života. Jedná se vlastně o jakousi autobiografii. Pro sémantickou paměť jsou charakteristické věci, které jsou na zkušenostech člověka nezávislé (např. obecné informace, školní znalosti). Pokud bychom se zaměřili na fakt, zdali jsou informace vyhledávány vědomě či spontánně, pak hovoříme o paměti *explicitní a implicitní*. Zcela běžně se setkáváme i s dalšími typy paměti – tzv. *perspektivní a matematickou* paměti. V této souvislosti můžeme zmínit schopnost plánovat a řídit. Nejběžnějším způsobem, kde je paměť využívána, je schopnost člověka vzpomenout si, co je zapotřebí udělat do budoucna, tedy *perspektivní paměť*. Zmíněná matematická paměť souvisí s kapacitou a způsoby, jak si co nejlépe zapamatovat určité věci a podobně.

Výzkumy, které se zabývaly zkoumáním krátkodobé paměti, prokázaly malé, ale přesto patrné zhoršení tohoto typu paměti ve stáří. Zatímco u dlouhodobé paměti je tento



vliv více patrný, což je nejspíš zapříčiněno rozdílnými – u starších lidí méně dokonalými metodami kódování a vybavování. U starších lidí bývá obtížné především kódování paměťového materiálu, zejména jsou-li TBR (kapacita paměti) položky prezentovány rychle za sebou. A zároveň platí, že jakýkoliv problém v krátkodobé paměti se projeví zhoršením výkonu v paměti dlouhodobé.

Zaměříme-li se na události, které proběhly v průběhu života dotyčného jedince, ale nemají autobiografický charakter, mluvíme o *paměti vzdálené*. Existuje výstižná analogie, která lidský mozek přirovnává k hluboké nádrži, do které jsou neustále přidávány vzpomínky v podobě vodních kapek. Naplnění takové nádrže trvá dlouho, ale když k této situaci dojde, začnou některé z nich přetékat přes její okraj a jsou ztraceny. Jedná se především o kapky poslední, které jsou blízko hladiny nebo bezprostředně na ní. Výzkumy vzdálené paměti jsou ale dost problematické, protože nelze měřit „čistou“ vzdálenou paměť, která by nebyla zatížena vlivem paměti sémantické a retrospektivního zpravodajství médií.

O schopnosti člověka vybavovat si informace, které se týkají událostí, kterých byl dotyčný jedinec sám očitým svědkem, vypovídá *nezprostředkovaná paměť*. Z hlediska upamatování si hlavních bodů určité události, jsou na tom staří lidé obecně stejně jako lidé mladší. Zhoršení se objevuje při vybavování detailů, především vizuálních (např. zjev zúčastněných osob). „Cohen a Faulkner upozorňují na skutečnost, že starší lidé mají větší sklon věřit, že interpretace určité události je skutečnou reprezentací dané události. Z toho pak plyne nebezpečí, že vzpomínky na určitou událost budou deformovány tak, aby odpovídaly její následné interpretaci, takže budou postrádat objektivitu očitého svědectví“ (Stuart-Hamilton, 1994, s. 104).

S autobiografickou pamětí a se zapamatovanými zážitky zcela jistě souvisí otázka jejich jasnosti – jejich vybavení. Některé vzpomínky jsou jasnější než jiné. A starší vzpomínky jsou obecně vnímány jako mlhavější, než ty které nějak souvisejí s čerstvou událostí. Výše zmínění autoři Cohen a Faulkner dále upozorňují na fakt, že mladé lidi a lidi středního věku ovlivňuje v tomto směru zejména emocionální náboj určité události. U lidí starších je ale rozhodující jasnost určité vzpomínky, tedy frekvence, s jakou na danou situaci později vzpomínali. Je obecně známo, že čas vzpomínky zamlžuje a proto autoři této studie doporučují, aby byly často oživovány. Pouze tímto způsobem se podle nich zachovávají podrobnosti prožité události. Podle Hamiltona (1994) je ale tato jasnost velmi

subjektivní. Předpokládá, že čím více jsou lidé pokročilého věku unaveni svým životem, tím otupělejší pak budou i k vlastním vzpomínkám. Jako druhou variantu nabízí fakt, že lidé zapomínají detaily vlastních vzpomínek v důsledku oslabování dlouhodobé paměti.

Za zmínku bezpochyby stojí také terapeutický účinek vzpomínek. Řada badatelů je přesvědčena, že terapie vzpomínkou může být povzbuzující, protože umožňuje jakési vyrovnání se s vlastním životem před smrtí.

Funkcí paměti ovšem není jen pamatovat si minulé, ale také plánovat vše budoucí. S čímž souvisí i učení se z vlastních chyb a zkušeností, aby se člověk následně se vzniklou situací lépe vyrovnal. *Prospektivní paměť* je schopnost nezapomenout udělat v budoucnu určitou věc. Nezáleží zde na tom, kolikrát oživíme danou vzpomínku. Za úspěšnou je považována až v okamžiku, kdy si v pravý čas vzpomeneme a podle toho následně také jednáme. Způsoby vybavování se při užití prospektivní paměti poměrně dost liší, ale můžeme je i přesto obecně rozdělit do dvou skupin. A to na podněty interní a externí. *Externí podněty* či strategie by mohly být přirovnány k poznámkám dobře známých diářů. Jsou to upomínky, které člověk umísťuje do vnějšího prostředí. Zatímco *interní* tedy vnitřní podněty jsou strategie psychické, které člověku pomáhají, aby si danou informaci včas připomněl. Volba použití určité strategie záleží na daném úkolu. Výzkumníci se shodují na tom, že prospektivní paměť starších lidí je v podstatě dobře zachována.

## **2.4 Emoční změny a citové vztahy ve stáří**

Ve stáří se citové prožívání stává většinou méně bezprostředním. Snižuje se intenzita emocí, to znamená, že starý člověk už se jen tak snadno nenadchne pro něco nového. Ale zato dokáže spoustu situací řešit a hodnotit klidněji a racionálněji než kdy předtím. Člověk se stává stabilnějším ve svých emocích, v horším případě může dojít až k lhostejnosti vůči okolnímu světu. Rozhodujícím faktorem v tomto ohledu bývá hodnotová orientace každého z nás. S nástupem stáří bývá u většiny lidí ještě velmi dominantní potřeba seberealizace. Lidé potřebují být pro druhé užiteční, později se do popředí dostávají jiné potřeby – například potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí blízkých osob. Osobnost starého člověka se s rostoucím věkem stává spíše introvertnější. Extraverze prý přitom klesá výrazněji u mužů, kteří byli v mládí otevřenější než ženy. Na původní strukturu osobnosti se však mnoho nezmění, protože osobnost jako celek je výsledkem dlouhého vývoje, na kterém se podepisuje i adaptace na nezbytné obtíže vyššího

věku. Někteří autoři se zabývali faktem, jak se lidé se svým stářím vlastně vypořádávají. Klevetová a Dlabalová (2008) zmiňují studie S. Reichardové, která stanovila několik strategií vyrovnávání se se stářím. Člověk se v tomto období musí přizpůsobit celé řadě změn a to nejen změnám ve svém organismu, ale i řadě vnějších změn. Adaptace je bezesporu pomalejší a negativně zde působí i stres nebo nemoci. První skupina lidí podle Reichardové dokáže i přes svá přibývajících léta mít radost ze života. Z toho, že mají kolem sebe osoby, s nimiž mají vřelé citové vztahy. Možná právě to dává těmto lidem energii, být aktivní a snášenliví. Ve většině případů jde o jedince, kterým bylo dopřáno šťastného dětství, dospělosti a manželství. Jiní lidé mají spíše sklony k pasivitě a závislosti na druhých. Na ty pak spoléhají více než sami na sebe a na své vlastní síly. Příkladem jsou takoví muži, kteří přenechávají všechna svá rozhodnutí na ženách, které tímto získávají dominantní roli podobnou té, kterou v dětství pro muže představovala jejich matka. Ačkoliv tato strategie je sociálně přijatelná, nebývá příliš příznivá. Obranná strategie se projevuje přehnanou aktivitou, jejímž cílem je zahnání starostí a negativních myšlenek. Existují i lidé, kteří jednoduše dávají své nezdary za vinu všem ostatním. Jedná se často o jedince agresivní a podezřívavé. Poslední skupinu tvoří lidé, kteří agresivitu obracejí proti sobě a jsou vůči sobě nadměrně kritičtí. Takoví lidé považují svůj život za jedno velké selhání a smrt pro ně představuje jednoduše vysvobození. V jejich anamnéze nalezneme často ambivalentní vztahy k rodičům, neuspokojivé manželství nebo osamělost.

Jak již bylo zmíněno, důležitost síly vztahu k blízkým lidem je prokazatelná v každém věku. Ani ve stáří se nijak extrémně nemění. V rodině by měl starý člověk zastávat nejen důležitou roli prarodiče, ale i roli výukovou. Učit se od nich můžeme nejen z toho, co vyprávějí o minulosti. Staří lidé učí mladé mnoha důležitým hodnotám a postojům. Pozitivní pouta mezi jednotlivými generacemi v rámci rodiny jsou velmi důležitá, aby jednou samy stárnoucí děti dokázaly akceptovat své rodiče a byly jim oporou až do terminálního období jejich života. V tomto období obvykle sílí manželské vztahy a ztráta životního partnera je pak závažnou životní situací, s níž se člověk jen velmi těžko vyrovnává. Kromě citových potřeb přetrvávají i ve stáří potřeby sexuální. Sexualita v tomto období bývá ale, především mladší generací, tabuizována. Někdy až odmítána. I přes to, že již nemusí být tak významnou hodnotou ve srovnání s mladším věkem, nemizí a může hrát důležitou roli. Proto by neměla být opomíjena.

## 2.5 Sociální zařazení starého člověka

V dnešní době již není zapotřebí hledat způsoby, kterými by bylo možné prodloužit život. Důraz je kladen zejména na podporu kvality života ve stáří. Jako jeden z hlavních bývá uváděn princip nezávislosti, dále též seberealizace a důstojnosti. V této souvislosti bývá často zmiňována koncepce „úspěšného stárnutí“. O něco starší teorie zdůrazňovaly v lidském životě spíše pokles a ztrátu společenských vztahů. Život pak tímto způsobem rozčlenily na 3 období. První tvoří výstavba sociálních rolí, tedy období dětství a dospívání. Pro druhé období je typická společenská angažovanost. V tomto období lidé zároveň zaujímají rozhodující sociální role. Máme tedy na mysli období středního věku. Poslední je pak stádium, kde sociální role pozbývá své funkce a to nejprve pozvolna – jde o pozdní dospělost, a poté rychleji – ve stáří. Od lidí starých se tedy stejně jako od jedinců dětského věku očekává, že budou brát ohled jen na své uspokojení. Úspěšně stárnout v tomto případě znamená dobrovolné přijetí sociální neangažovanosti, kdy se jedinec postupem času vzdá všeho. Všech svých úkolů a funkcí a je nahrazen jedincem mladším. Tento pohled na člověka jako takového je dost nespravedlivý a nedůstojný. Každá lidská bytost by měla zůstat součástí své skupiny a nadále přispívat k její integritě, i když se jeho funkce a úkoly mohou měnit.

Ke společenskému vývoji staří lidé přispívají zejména svými zkušenostmi. Jsou to právě oni, komu nechybí schopnost hodnotit společenské události ze širší perspektivy, ta obvykle mladším lidem chybí. Selhat může ten, kdo lpí na určitých činnostech i přesto, že mu na ně evidentně nestačí síly. Ať už se vztahy starých lidí mění jakkoliv, nikdy zcela nezanikají. Langmeier a Krejčířová uvádějí, že: „průmyslová společnost má sice vytvořeny postupy, jak nahrazovat staré pracovníky mladšími, ale to neznamená, že by se starší lidé neuplatňovali účinně jinak, nebo že by sami ztráceli (či postupně dokonce měli ztráct) svou vůli žít, mít ze života potěšení a také druhým potěšení působit. Kromě malé části těžce nemocných osob, lidí s výraznou psychopatologií a lidí sociálně izolovaných pokračují starší lidé ve své společenské angažovanosti a podle své osobní strategie dosahují ve větší nebo menší míře právě nyní prožitku vnitřního naplnění, který je dán člověku, který splnil své nejlepší předpoklady ve světě a v lidském společenství“ (2006, s. 212). Pokud by se teorie neangažovanosti dotáhla do samotného konce, došlo by k segregaci starých lidí. Mladší by pak těmto lidem dávali najevo pouze svou lhostejnost a pohrdání. Naštěstí tomu tak není. Existují lidé, kteří se dožívají věku přes 80 let a i v tomto pokročilém věku jsou plně soběstační, aktivní a produktivní. Někteří dokonce pomáhají

sami ostatním. Úspěšné stárnutí tedy spíše koresponduje se zásadami duševní hygieny. Velmi důležité je, aby měl člověk dostatek zájmů, které ho udrží aktivním. Opomenutý nesmí zůstat ani odpočinek. Nejlepší je uspořádat si svou životní náplň tak, aby byla vyplněna jak fyzickou tak duševní činností. Člověk by měl mít radost z dobrých věcí a dobrých vztahů. Zkrátka ze všech maličkostí, které život dává. Také současné koncepte úspěšného stárnutí vyzdvihují význam dostatečné aktivity lidí vyššího věku a nečinnost označují jako patogenní – tělesně, psychicky i sociálně. Důsledky nečinnosti totiž urychlují přirozené involuční změny. Ať už však mluvíme o činnosti či nečinnosti musíme brát zřetel na individuální možnosti každého jedince. Každý chce prožít pocit úspěchu a sebeúcty. Některým je nutné pomoci nalézt správnou motivaci. Bohužel někdy nadměrná aktivizace přerůstá v týrání starých osob. Nejde jen o týrání ve smyslu tělesném, ale též o ubližování, záměrné vystavování úrazům a rizikům. Taktéž omezování jedincovi autonomie nebo vyhrožování je velmi závažné. Tošnerová (2003) informuje, že kromě zanedbávání a fyzického týrání jsou staří lidé poškozováni i současným negativním kulturním stereotypem stáří, ten bývá označován jako ageismus a plyne nejspíš z dnešního obecně uznávaného kultu mládí. Jedná se o celou řadu předsudků ke starším lidem jako lidem ošklivým, neužitečným, zbytečným, dříve či později stejně tělesně i duševně nemocným, spějícím k celkovému úpadku a demenci. Důsledkem toho je pak zároveň výrazný pokles sebehodnocení ve stáří.

## **2.6 Terminální stádium života**

Tato část k životu patří stejně neodlučitelně jako narození. Bývá chápáno negativně, spíš jako část smrti, než jako funkční část života. Téma umírání je většinou tabuizováno ještě více než sexualita. Hovorům o umírání se většina lidí spíše vyhýbá. Při rozhovoru s umírajícím člověkem často dochází k úniku do lživého ujišťování. Lidé, kteří popírají tento fakt, v podstatě popírají i jistotu, že sami jednou zemřou. Většina starých si je ale svého stavu vědoma a s tím též smířena. A právě proto nestojí o lži, ale o upřímný a otevřený dialog, jehož se jim ale často nedostává. Vyhýbání se pravdě může umírající člověk brát jako ztrátu své vlastní hodnoty. V dobách minulých bývalo rození a umírání chápáno jako přirozená část koloběhu života. I když se budeme sebevíce snažit vytlačit myšlenky na umírání – neodstraní to jejich realitu. „Projevem přece jen narůstajícího uznání specifických somatických, ale i psychologických a sociálních potřeb umírajících i společenské akceptace smrti jako součásti života je současný trend, aby se vždy, když je to

možné a pacient si to sám přeje, mohl umírající vrátit do své rodiny a prožít poslední chvíle života mezi svými blízkými“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 215).

### 3 Duševní hygiena ve stáří

Jak již bylo zmíněno, prodlužuje se průměrný lidský věk. V civilizovaných zemích se zvyšuje počet starých lidí důchodového věku – tj. starších než 60 respektive 65 let. I toto období má své specifické mentálně hygienické problémy. Na straně druhé nejde ale jen o problémy, toto období života přináší danému jedinci možnosti, které předtím neměl např. dostatek volného času, větší volnost a v neposlední řadě také zralost osobnosti, zapříčiněnou léty vývoje.

Změny probíhají jak v tělesných, tak v duševních funkcích. Často se s pokročilejším stářím setkáváme s nevídanými změnami tělesných funkcí. Jedná se o ztrátu zubů, vrásčitost kůže, šednutí a řidnutí vlasů. Důležitou roli zde hrají i změny smyslové. Nepřesné je zejména zrakové vnímání nablízko. I sluch je méně ostrý, hlavně co se vysokých tónů týká. Obecně lze konstatovat, že starý člověk reaguje na podněty vnějšího světa pomaleji. Zapamatování nových informací bývá též obtížnější. Avšak existují individuální výjimky. Ať už máme na mysli jakoukoli změnu, měli bychom mít na paměti, že proces stárnutí je individuálně značně rozličný. A také, že jej lze do určité míry podstatně zpomalit především vhodně zvolenou životou správou a dodržováním zásad duševní hygieny. Na ně by člověk v této věkové kategorii měl mít teoreticky dostatek času.

Jednou z nejdůležitějších zásad životní hygieny je pravidelné cvičení. Mělo by se jednat o cviky nenáročné, vděčné jsou například jogistická cvičení pro staré lidi. Podle Míčka (1984) je člověk, který pravidelně cvičí o 15 – 20 let „mladší“ než ten, kdo cvičení zanedbává. Další celkem samozřejmou věcí by měla být vhodná výživa, přiměřený spánek a odpočinek. Zátěž by měla být přiměřená nejen po stránce tělesné ale též po stránce duševní. Existují dva extrémy. Na jedné straně jedinci, kteří se přetěžují příliš a na druhé ti, kteří se naopak příliš šetří. Ať už tělesně či duševně. Pokusy M. K. Petrovové (Míček, 1984) dokazují, že psi jedné skupiny, kterým se několik roků dávaly takové úkoly, které byly nepřiměřené jejich nervové soustavě, a byli tedy soustavně přetěžováni, rychle chřadli a hynuli. Zatímco psi druhé skupiny, kteří žili v příznivých podmínkách pro jejich nervovou soustavu, vypadali dobře a žili ve srovnání s první skupinou dlouho. Z těchto pokusů byl učiněn důležitý závěr. A to, že v procesu stárnutí organismu má důležitou úlohu centrální nervová soustava, zvláště mozek.

Mezi negativní faktory, které urychlují stáří a poškozují nervovou soustavu, patří konflikty, znervózňování, spěch, závist, hněv, neklid nebo podezřívání. Člověk, který se

chce dožít vysokého věku, by se tedy měl vyhýbat spěchu a rozrušování. Stárnoucí člověk by neměl přepínat své síly, zároveň by se ale rozhodně neměl oddat psychické a tělesné nečinnosti, protože i to jsou nepřátelé produktivního života. A i tyto faktory délku života zkracují.

Stává se, že lidé po odchodu do důchodu najednou nevědí, co dělat s takovým množstvím volného času. A v důsledku toho se cítí vykořeleni. Lidé by teoreticky už před nástupem do důchodu měli přemýšlet a plánovat, jak a s kým tento čas budou trávit.

Kondáš (1978) upozorňuje, že gerontopsychologie propracovala teorii aktivního stárnutí. Tato teorie klade důraz na princip činnosti jako činitele prevence poklesu tělesných a duševních schopností. Proti tomuto názoru stojí zastánci tzv. teorie neangažovanosti. V tomto případě jde o respektování poklesu sociální aktivity. Jiní autoři se snaží nalézt kompromis mezi oběma předcházejícími protichůdnými teoriemi. To znamená, že rozhodující, by spíše měl být dosavadní způsob života, který má tendenci přetrvat i po penzionování. Někomu vyhovuje pokles angažovanosti, jinému naopak angažovanost - ať už v nových nebo původních oblastech.

Nejvýraznějším z psychologických problémů starých lidí zůstává jejich nové začlenění do společnosti. Stáří by mělo být v každém případě důstojné. Starý člověk by tedy měl mít zabezpečeny všechny své základní potřeby. Tím není myšleno jen to, aby měl co pít a jíst, a kde bydlet. Neméně důležitý je i živý lidský styk a zájem o jeho osobu. Koneckonců každý člověk potřebuje kolem sebe lidi, kteří mu dají najevo, že není vyřazen. Mezilidské vztahy hrají tedy velmi důležitou roli a to v každé věkové kategorii.

Rozhodně neplatí, že starý člověk už nemá ostatním co nabídnout. I když už třeba starý jedinec neoplývá fyzickou energií, neustále jsou zde jiné, přesto ale důležité hodnoty. Starý člověk může být díky svým zkušenostem dobrým učitelem pro své okolí. Takový člověk dokáže ostatním poskytnout pocit jistoty a bezpečí. Tedy v případě, že neztrpne a neupadne do záporných vztahů vůči svému okolí. Ve stáří má jedinec více času na vnímání všemožných detailů ze svého okolí. Může jej tedy prožívat podrobněji a hlouběji.

Podle Švancary (1983) by zásady duševní hygieny ve stáří měly být zaměřeny na udržování a posilování přizpůsobivosti. Jedná se o tzv. zásadu pěti P – perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé a potěšení. Pod pojmem perspektiva se v tomto ohledu rozumí udržení orientace na budoucnost osobní a nadosobní, pružnost



chápeme jako pohotovost přijímat nové podněty a měnit zároveň své životní zvyky, včetně schopnosti sebekritiky. Prozíravost představuje schopnost organizovat si svůj život přiměřeně svým možnostem. Porozumění pro druhé v sobě mimo jiné zahrnuje také toleranci k odlišným názorům a postojům. Poslední z pěti „P“ je potěšení. Zde platí, že každý člověk by se měl snažit udržet si zdroj svých radostí a uspokojení.

### **3.1 Situace u nás**

Průměrný věk se v současné době zvyšuje, tento trend je patrný i u nás a proto se neustále hledají východiska, která by umožnila, aby i lidé vyššího věku žili smysluplně a dokázali prožívat své radosti a hlavně, aby jim tohle vše umožnilo jejich zdraví. Každý člověk vnímaný jako samostatný organismus je zcela odlišný, to je dáno genetickými předpoklady, ale i stylem života. Styl života určuje například sociální prostředí, udržování fyzické zdatnosti, stravovací návyky a především psychické projevy k sobě i svému okolí.

Štílec (2004) informuje o výzkumném projektu z roku 1994, jehož cílem bylo najít vhodný aktivní styl života ve stáří a také komponenty, které to ovlivňují. Říká se, že člověk je tak starý, jak staře se cítí. Psychologové prý tvrdí, že člověk je tak starý, jak staře myslí. Na každý pád platí, že stáří je funkcí tělesného a duševního stavu, nejenom počtu let. Dalo by se říci, že člověk je mladý, dokud je schopen učit se, přijímat nové názory a zkušenosti a nechávat se jimi zároveň ovlivnit.

Jak již bylo zmíněno, střední délka života lidí se ve vyspělých zemích znatelně prodlužuje. Vzniká tak nová situace, jak pro fungování společnosti, tak pro její ekonomiku. Ale také pro jedince, kteří se v podstatě teprve učí, že i v tomto věkovém období mohou prožívat plnohodnotný a zajímavý život. Zdravotní stav lidí, kteří přesáhli 60. rok života, je často spojen s nemocností. Z tohoto důvodu poměrně malá skupina spotřebovává více jak polovinu kapacity zdravotní péče a na ni vynaložených nákladů. Lékařská péče je nezbytná a zvláště pak oblast prevence, která může nabídnout řadu zásadních námětů. Ve všech věkových kategoriích se momentálně setkáváme se stejným problémem – snižuje se množství pohybu a v důsledku toho klesá fyzická i duševní výkonnost a často se i zhoršuje zdravotní stav. A právě pohyb je jednou z alternativ, které pro člověka můžou představovat prevenci.

U nás střední délka života dlouho stagnovala. Prodloužení se projevilo od roku 1991. O rok dříve, roku 1990 byla střední délka života v České republice při narození u

mužů 67,5 a u žen 76 roků. Do roku 1995 se ještě prodloužila. U mužů na 70 a u žen na 77 let. Předpověď vývoje počtu obyvatel České republiky do roku 2020 předpokládá hlubší pokles porodnosti a menší snížení úmrtnosti. Podle toho by se pak střední délka života měla u mužů pohybovat v rozmezí od 73 do 75 let a u žen od 78 do 80 let (Štílec, 2004, s. 13).

Ať už je délka života člověka jakákoliv, nevypovídá nic o jeho kvalitě a spokojenosti. Stárnutí je přirozený a biologicky zákonitý proces, který má svoje charakteristiky – například snížení adaptační schopnosti nebo úbytek funkčních rezerv. Avšak liší se člověk od člověka, proto není výjimkou, že jedinci stejného kalendářního věku mívají i značně rozdílný biologický věk. O délce života pravděpodobně rozhodují nejvyšší měrou genetické faktory a částečně vnější podmínky. Hovoříme-li o vztahu ke stáří, bývá tato skutečnost ovlivněna již od dětství. Nejdůležitější roli zde hrají rodiče a chování k jejich vlastním rodičům. Rodiče tak svým dětem poskytují jakýsi model a ví tedy, jaké jednání od nich sami mohou ve stáří očekávat. Někteří lidé v současné době chápou stáří jako nutné zlo. Je to dáno dnešní dobou, která vyzdvihuje krásu, mládí, zdatnost a především výkon. Pro naše předky představovalo stáří moudrost, zkušenost a vyrovnanost. Haškovcová (1989) trefně konstatovala, že lidé často zapomínají, že stáří je vlastně vyvrcholením individuálního přístupu, tedy naší jedinečnosti. Ti co tuto skutečnost dokáží včas přijmout, nemůže stáří vůbec zaskočit.

### **3.2 Lidské zdraví a prevence ve stáří**

Ještě na konci 19. století umírala většina lidí na infekční nemoci, jakými byly například tuberkulóza, záškrť, chřipka nebo zápal plic. V této době byl hojně využíván biomedicínský model nemoci, který zkoumal, co se vlastně v nemocném těle děje. Nedokázal však odpovědět na otázky, jak nemocem předcházet a jak je zvládat. V dnešní době představují největší nebezpečí kardiovaskulární nemoci, rakovina a různé typy duševních onemocnění. Kalvach a Křivohlavý uvádějí, že se dnes nejvíce umírá právě na rakovinu, infarkt a následky všemožných úrazů (Štílec, 2004). Biomedicínský model, který v minulosti fungoval poměrně obstojně, na tomto místě bohužel přestává být účinným. Na počátku „dnešních“ nemocí totiž povětšinou stojí stres, který je často označován jako spouštěč zdravotních problémů. Tímto vznikl prostor pro nový „biopsychosociální“ model. Část „sociální“ v tomto případě zdůrazňuje, že na zdravotním stavu člověka se nepodílí pouze biologické a psychické funkce, ale i oblast sociální, konkrétně máme na mysli

vztahy mezi lidmi, nasycení či frustraci sociálních potřeb, sociální harmonii nebo naopak disharmonii.

Křivohlavý (2002) porovnal dva výše zmíněné modely. Biomedicínský model lékařské péče měl značnou zásluhu na snížení úmrtnosti v posledních zhruba 150 letech. Uznával ale jen biologické příčiny vzniku nemoci. Tělo a psychika jsou v tomto modelu chápány jako dvě odlišné jednotky, přičemž pozornost se ubírá pouze k tělu a psychika zůstává v pozadí. Je spíše ignorována. Na prvním místě stojí nemoc, která je nezávislá na psychických a sociálních funkcích, zdraví je bráno pouze jako samozřejmost. Kdežto biopsychosociální model zdraví považuje tělo a psychiku za dvě neodlučitelné složky, které se promítají všude tam, kde se vyskytuje zdraví a nemoc. Při zjišťování, co ovlivňuje zdravotní stav, ať už pozitivně či negativně se považují za nezbytné všechny typy faktorů, tzn. biologické, psychické i sociální. Jedná se o interdisciplinární přístup, protože bere v potaz diagnostiku, terapii, rehabilitaci a především prevenci. Prvořadé je zde udržení zdraví, které není považováno za samozřejmost. Zdraví je spíše skutečností, které člověk dosahuje, věnuje-li dostatečnou pozornost biologickým, psychickým a sociálním faktorům. Důraz je kladen na aktivní přístup k životu. Z hlediska péče o seniory je tento model bezesporu rozhodující.

Výše bylo již zmíněno, že well-being je subjektivní dobrý pocit, je individuální, týká se jedince samotného, jeho rodiny, zaměstnání, zdraví apod. S příchodem stáří by měla životní spokojenost směřovat spíše ke stabilitě. Lidé tohoto věku ale mnohdy trpí depresemi. Své psychické problémy ale v drtivé většině případů neřeší s odborníky a spíše je skrývají. I v tomto ohledu jsou tělesná cvičení jednou z možností, jak si člověk může pomoci sám. U nás se tělesným zatížením a jeho vlivem na stáří zabýval nejvíce Eiselt. Se svým kolektivem řešili dvě základní témata. Prvním z nich byla výkonnost ve stáří a tělesná cvičení. V této oblasti bylo prokázáno, že výkonnost cvičících je podstatně vyšší než necvičících ve stejném věkovém období. Druhé téma zkoumalo vliv tělesných cvičení na prodloužení aktivního stáří. Zde studie potvrdily, že celoživotně prováděná tělesná cvičení oddalují pokles fyzického výkonu ve stáří a snižují zároveň i biologický věk.

### **3.3 Vliv výživy na kvalitu života**

Výživa je jev, který vyžaduje celostní pohled na člověka a přírodu současně. Souvislost jídla s životem je evidentní. Už podle samotných slov výživa či živina, to jsou

však slova odlišná od slov pokrm a jídlo. Je celkem smutné, že stravování lidí v ekonomicky vyspělých zemích je místo zdravotními zřeteli ovlivňován spíše reklamou a ekonomickými zájmy. Ve stravování se objevuje přemíra živočišných produktů a rostlinná strava je naopak zanedbávána. To vede k velkým energetickým příjmům a následným vznikům obezity. Pokud se člověk snaží změnit svoje stravovací návyky, nejedná se o jednorázový úkol, tato změna by měla souviset s trvalou úpravou celého životního stylu. Jednorázové a krátkodobé změny stravování, tedy diety, mívají převážně negativní vliv a to především na stárnoucí organismus.

Stravovací cyklus začíná v dutině ústní, zde se vyskytují sliny, které obsahují enzymy, jejichž úkolem je štěpit polysacharidy. Z toho důvodu je třeba jídlo v ústech dokonale rozmělnit. V opačném případě pak dochází k narušení celého trávicího cyklu a zažívací ústrojí se přetěžuje. Strava dále pokračuje do žaludku, je štěpena enzymy a posouvána dál do tenkého střeva. Právě tady se vstřebávají jednotlivé živiny. Z tenkého střeva se trávenina posouvá do střeva tlustého, zbavuje se vody a formuje se na zbytkový produkt. Celým traktem potrava projde přibližně za 12 hodin.

Existuje několik zásad pro zdravou výživu. Nejzákladnějším východiskem je pravidelnost a rytmus. Čímž je míněno nejen pravidelné přijímání potravy, ale i pravidelné vylučování jejích zbytků. Velká část populace, zejména straší lidé, trpí poruchou vylučování, což bývá důsledkem minimálního pohybu a současně nevhodného stravování. Nezbytným krokem k odstranění takových potíží je zvýšení příjmu potravy s dostatkem vlákniny, například ovoce a zeleniny. Samozřejmostí zůstává zvýšení pohybové aktivity. Pojem plnohodnotná výživa představuje vyvážený stav mezi složkou rostlinnou a složkou živočišnou. V naší stravě neustále převažují živočišné bílkoviny – maso, uzeniny, sýry, vejce a mléčné výrobky. To může vést až k překyselení organismu. K vyvážení dvou zmíněných složek je zapotřebí do svých jídelníčků přidat také dostatek zeleniny, ovoce a mléčných výrobků typu tvaroh, jogurt nebo kefir. Neméně důležitým faktorem je i poměr potravin čerstvých a technologicky zpracovaných. Nemělo by se zapomínat, že právě syrová potrava má dostatek energie, enzymů, vitamínů a stopových látek. Enzymy jsou důležité především pro svou schopnost urychlit chemické a metabolické procesy v těle a vést je určitým směrem. Jako jeden ze škodlivých návyků by na tomto místě měla být zmíněna i nepřiměřená konzumace soli a cukru. Velké množství soli totiž vyplavuje vápník a jiné nerostné látky, které se podílí na vzniku osteoporózy. Naopak vitamíny a minerály hrají důležitou pozitivní roli. Někteří lidé se však domnívají, že užíváním vitamínových

doplňků a stopových prvků, které jsou hojně propagovány, si zajistí zdraví a to bez ohledu na jejich stravovací návyky a životní styl. Vitamíny a minerály jsou v lidském těle nepostradatelné, ale platí, že nejúčinnější jsou v přírodní formě, tedy získané z potravy.

Otázka zdravé výživy by neměla opomenout ani tekutiny. Přívod tekutin je velice důležitý bez ohledu na věk. Významným se stává hlavně ve stáří, kdy tělo zaznamenává přirozený úbytek tekutin. Na pitný režim působí hned několik faktorů. Zejména teplota prostředí, námaha organismu nebo skladba výživy. Doporučuje se vypít denně alespoň dva litry tekutin, rozhodující je však i jejich druh. Nejlepší jsou neslazené bylinné čaje, zelený čaj, podmáslí, keřirové mléko nebo ovocné šťávy. Tekutiny je zapotřebí přijímat, i když člověk nemá zrovna pocit žízně. To je důležité hlavně u starších osob, protože ti tento pocit vnímají méně intenzivně.

Často opomíjeným, ale neméně významným je i faktor psychického naladění. Stejně jako řada dalších ústrojí a orgánů i trávicí ústrojí citlivě reaguje na naše emoce. Jíst v rozčílení, stresu a neklidu není zdravé. To platí i o emocích smutku. Někteří si však konzumací jídla kompenzují své stresové stavy, což v žádném případě není vhodné.

### **3.4 Zdravotní pohybová charakteristika seniorů**

S omezením fyzické a psychické výkonnosti se počítá u všech stárnoucích lidí. Často se ale stává, že se lidé na lékaře obracejí pozdě – až v pokročilé fázi onemocnění. Důvodem je, že mnozí z nich své problémy nevnímají jako chorobu, ale jen jako přirozený projev stárnutí. Na zdravotním stavu se přitom projevují i změny sociální situace. Pohybový aparát je stárnutím postižen celý, nejprve se jedná zpravidla o kloubní pohyblivost, což způsobuje pokles rychlosti, obratnosti a posléze i síly a vytrvalosti. U žen se navíc objevují v době klimakteria a postklimakteria degenerativní onemocnění jako artróza či osteoporóza (řídnutí kostí).

Pod pojmem osteoporóza rozumíme metabolické kostní onemocnění, pro které je charakteristický snížený obsah kostní hmoty na jednotku objemu kosti. Je častější u žen než u mužů. Kostí jsou křehčí a méně odolné vůči zátěži, což zvyšuje riziko zlomenin. Mezi faktory, ovlivňující vznik této nemoci patří nesprávná výživa s nedostatkem vápníku, bílkovin, vitamínu D, K, A apod. Vyvážená strava bývá označován jako základní složka zdravotní prevence všeobecně. Svou roli zde hraje samozřejmě i nedostatek pohybu a tělesné zátěže, který taktéž škodí kostní tkáni (tlumí její výstavbu). Velké nebezpečí v této

souvislosti představuje současný sedavý způsob života, jehož jedním následkem může být značné řídnutí kostí. Výzkumy bylo prokázáno, že pohyb je rozhodující faktor léčby i prevence osteoporózy.

Jiným onemocněním, postihujícím pohybové ústrojí ve stáří je osteoartróza, což je degenerativní onemocnění hyalinní chrupavky kloubu, kdy dochází ke ztrátě její pevnosti. Příčinou artrózy je všeobecně přetěžování kloubů. Postižení se ve většině případů týká kloubů dolních končetin.

Jako další bychom mohli zmínit poruchu mineralizace nově tvořené kosti. Při tomto onemocnění – osteomalacii – je kost sice poddajná vůči tlaku, ale ohýbá se a deformuje se. Příčina nejčastěji bývá ve špatné výživě a nedostatku slunečního záření.

Šipr ve své studii prokázal, že onemocnění pohybového aparátu je druhým nejčastějším onemocněním starých lidí u nás. U lidí žijících na venkově byl zjištěn horší stav ve srovnání s obyvateli měst (Štílec, 2004). Příčinou onemocnění pohybového ústrojí je pak snížení soběstačnosti a nezávislosti starých lidí.

### **3.5 Motivace stárnoucích jedinců k pohybu**

Klíčovým je chápání pojmu kvality života. Odráží se v něm hodnotová orientace, samotný fakt, jak člověk vnímá smysl života i to jaké volí nástroje pro dosažení svých cílů. K dispozici jsou jakési dvě strategie pro zlepšení kvality života. Jedna spočívá ve snaze měnit vnější okolnosti svého života podle životních cílů. Druhá je založená na změně prožívání, aby byl člověk schopen přijmout již existující vnější podmínky v lepší shodě se svými cíly. Podle Hoška je pro kvalitu života nezbytné obě tyto strategie kombinovat (Štílec, 2004). Zdraví je zcela nepochybně vysokou hodnotou a nemoc znamená vždy snížení kvality života. Lidé se o pohyb často začínají zajímat až ve chvíli, kdy mají nějaké zdravotní potíže. Motivace a ovlivňování starších lidí k aktivnímu stylu života je tedy úkolem dlouhodobým a obtížným. K tomu, aby jedinec pravidelně cvičil, nestačí jen vědomí, že je to pro něho užitečné – racionální motivace nestačí. Člověk potřebuje hlavně emoční prožitek z pohybu a radost z atmosféry, která cvičící lidi sdružuje. Odchod do důchodu, který ke stáří neodmyslitelně patří a hraje v životě každého člověka významnou roli, je bohužel spojen spíše s poklesem fyzické aktivity. A to i přes fakt, že právě nyní by na tyto aktivity měli lidé mít dostatek času.

Pohybem se projevuje veškerý život. Ne nadarmo je vnímán jako symptom změn. Pohyb bývá člověkem posuzován z hlediska potřeb a přání. Jsou s ním spojené příjemné prožitky jako uvolnění a radost, ale i negativní jako únava, bolest či frustrace. Oba dva typy těchto prožitků mají pro člověka význam, překonáváním zátěže stoupá odolnost a vůle. A ten kdo nikdy neokusil, co je to námaha, si nemůže dosytnosti vychutnat ani uvolnění. Pohyb patří mezi základní potřeby každého živého tvora, je ale třeba citlivě vnímat své tělo, abychom získali zkušenosti o sobě ve spojení s prostředím, které nás obklopuje. Pohybová cvičení mohou tedy pozitivně přispět k postoji k sobě samému, především ke svému tělu, v tomto okamžiku je pohyb jasným zdrojem radosti a dalších vnitřních prožitků, které člověka obohacují.

Pohyb vhodný pro seniory má své zásady a pravidla. Mělo by se jednat o pohyby pomalé, vědomé, prováděné soustředěně a klidně. Svůj význam mají jistě i doteky na povrchu těla ve formě poklepů, masáží či automasáží. Oblíbené a zároveň účinné jsou cviky s prsty rukou nebo nohou, cvičení svalů jazyka, očí či mimických svalů. Pozitivně při cvičení na staršího jedince působí příjemná tichá hudba a vhodný slovní doprovod. To vše posiluje vztah cvičence k sobě, jeho sebedůvěru a sebeúctu. Podle Hoška lze tedy pohyb považovat za jeden z tvořivých činitelů sebevýchovy a posilování důvěry v sebe (Štílec, 2004).

Pokud člověk chce hledat cestu ke zdravému životu, měl by postupovat pozvolna. Mělo by se jednat o zcela dobrovolný akt, při němž se pozvolna mění jeho životní preference a to především ve smyslu obrácení pozornosti k sobě samému.

### **3.6 Kondiční příprava staršího organismu**

Cvičební program pro seniory musí respektovat specifika organismu, zdravotní stav jedince, ale i jeho motivaci a úroveň již dosažených pohybových dovedností. Pohyb by v žádném případě neměl být stresující záležitostí, měl by naopak navodit uvolnění, psychickou pohodu a radost. Pro každou pohybovou činnost platí, že pokud má být účinná a přispívat ke zdravému způsobu života, musí jít o činnost prováděnou pravidelně a dlouhodobě.

Jednou z hlavních složek pohybových schopností je pohybová koordinace, často také označována pojmem obratnost. Jedná se o schopnost zvládat složité pohyby, rychle si osvojit a uplatňovat určité dovednosti.

S přibývajícím věkem přibývá i různých chorob a dochází k oslabení, která negativně ovlivňují taktilní senzitivitu, svalovou sílu nebo rozsah pohybu. To se projevuje nestabilitou či poklesem koordinace a obratnosti, která bývá častou příčinou úrazů starších lidí.

Rovnováha těla je zabezpečena zrakovým, vestibulárním a nervosvalovým systémem. Udržování rovnováhy prostřednictvím pohybových aktivit má především pro starší osoby důležitý význam, hlavně z hlediska prevence výše uvedených pádů a úrazů.

Co se obratnosti týká, musí se brát ohled nejen na věk, ale zejména na schopnosti jedince. Pohyb by měl být přiměřeně rychlý a koordinačně nenáročný. Při cvičení mají být zatěžovány převážně končetiny. Pozitivní vliv mají například zábavné hry s tenisovými míčky nebo papírovými koulemi. A to nejen na obratnost ale i na psychiku. Pokud k míčkům či papírovým koulím přidáme ještě velké kelímky od jogurtů, můžeme začít „žonglovat“. Vyhazování a chytání do kelímků se může provádět individuálně, ve dvojicích, rychle, pomalu, ve stoje, v sedu či za chůze. Nejdůležitější je atmosféra zábavy, kdy organismus nevnímá funkční náročnost pohybu.

Pro nácvik reakce na změny pohybu v omezeném prostoru se často využívá hra „Atomy“. Cvičící se volně pohybují po prostoru a jejich úkolem je na pokyn vedoucího vytvořit co nejrychleji molekulu. Například na pokyn „pět“ – vytvoří pět cvičenců molekulu tím, že se chytí kolem ramen. Ten, kdo se nestačí zařadit do požadovaného tvaru, musí například předvést cvik, kteří ostatní opakují.

Zmíněná rovnováha a stabilita jsou významné v řadě sportovních disciplín. Ve starším věku jsou nezbytné pro bezpečný lokomoční pohyb při všech činnostech. Důležité tedy je učit se ovládat těžiště svého těla. K tomu jsou vhodná různá disbalanční cvičení. Například stoj na jedné noze, chůze po lavičce s dopomocí, cvičení s tyčí – tyč je v tomto případě položena na zemi a cvičenci po ní chodí jako po kladině.

Jakýkoliv cvik je prováděn vynaložením určité síly a má také svou rychlost. Rozlišit se může mezi silou statickou, ta se neprojevuje pohybem, ale udržuje tělo ve stabilní poloze. Dalším typem je síla dynamická, ta se na rozdíl od síly statické pohybem projevuje.

Zejména síla dolních končetin je u seniorů důležitá k udržení pohyblivosti a osobní nezávislosti. Pokud chceme svaly posilovat, měli bychom se držet určitých pravidel.



Důležité je svaly před posilováním dostatečně protáhnout, posilovat s výdechem, volit cviky jednoduché a snadné a začít u aktivování těch svalů, které jsou oslabené. K posilování se dnes hojně využívají gumové pásy – therabandy a kalanetika, jde o hmitání končetin v různých polohách těla (viz příloha č. 1).

Vhodná jsou také cvičení se zdravotními míči, tzv. overbally. Overball je míč o průměru asi 30 cm, má neklouzavý pružný povrch a je odolný vůči zatížení. Můžeme ho využít při cvičeních kondičních, vyrovnávacích, posilovacích i relaxačních (viz příloha č. 2).

Pohyblivost je schopnost provádět pohyby ve velkém kloubním rozsahu. Je to prevence proti poškození organismu, protože dobrá úroveň kloubní pohyblivosti umožňuje pohyby provádět v dostatečném rozsahu a zároveň ekonomicky a efektivně. Kloubní pohyblivost je dána anatomicky – předpokladem kloubních spojení a jejich postavení.

S protahovacími cviky se můžeme setkat i pod pojmem strečink, ten kladně ovlivňuje kloubní pohyblivost, zlepšuje pružnost šlach a rozsah pohybu v kloubech. Tyto cviky jsou součástí rehabilitačních postupů po úrazech. Ale jsou velmi vhodné i pro zatěžování staršího organismu. Mezi zásady správného protahování patří:

- cviky jsou pomalé, nehmitáme,
- cviky provádíme přesně, do krajní polohy,
- cvičení nesmí vyvolávat bolest,
- větší rozsah pohybu se obvykle dostaví až po několikanásobném opakování,
- nesmíme zapomínat na plynulé dýchání,
- dech v průběhu cvičení nezadržujeme (viz příloha č. 3).

Mezi netradiční přístupy k aktivnímu stylu života patří například *Feldenkraisova metoda* nebo jednoduchá *jógová cvičení*. Feldenkraisova metoda spočívá v sebeuvědomování vlastního těla, autorem je Moshe Feldenkrais. Jeho metoda je vhodná pro zdravé i zdravotně oslabené jedince, vychází se zde z toho, že člověk nevyužívá svou skutečnou plnou kapacitu, ale pouze její část, což se odvíjí od faktu, jakou má o sobě člověk představu. Feldenkrais byl přesvědčen, že člověk jedná v souladu s obrazem, který si o sobě sám vytvořil. Vyvinul originální cvičební metodu, která je založena na promyšleném zkvalitňování pohybu. To podle něho byla nejlepší cesta ke komplexnímu rozvoji celé lidské bytosti. Toto jsou zásady cvičení podle Feldenkraisovy metody:

- při pohybu mít prožitek s příjemnými pocity,
- nespěchat, často odpočívat, podle pocitu duševní únavy,
- provádět pohyby pomalu a procítěně,
- pracovat se svou představivostí, vybavovat si průběh pohybu,
- zahajovat cvičení z polohy vleže, dochází k lepšímu uvolnění svalů.

Jako příklad mohou sloužit cvičení zaměřené na pohyb pánve a správné sezení s využitím židle (viz příloha č. 4).

Jóga představuje nejstarší autoregulační cvičení, usiluje o harmonizaci tělesné a duševní stránky osobnosti. Mimo to je vhodná pro všechny věkové kategorie, protože udržuje dobrý tělesný i duševní stav a podporuje zároveň funkci vnitřních orgánů i činnost žláz s vnitřní sekrecí. K protažení svalů jóga zdůrazňuje uvolnění prohloubené pravidelným dechem.

Základní pravidla jógy:

- snažíme se cvičit v tělesném a psychickém uvolnění,
- cviky provádíme tahem, ne švihem, organismus nepřepínáme,
- necvičíme v psychickém napětí nebo v rozčilení,
- klidné prostředí umocňuje účinky cvičení,
- cvičíme s prázdným žaludkem, vhodné je se před cvičením trochu napít,
- necvičíme nic násilím,
- cvičení je pomalé, vnímáme rytmus našeho dechu,
- po cvičení se soustředíme na zatěžovaná místa a na pocity, které vznikají.

K nejznámějším jógovým cvičením patří bezesporu „Pozdrav slunci“, jedná se o sérii cviků, které rozcvičí celé tělo. Obvykle bývá zařazován ráno jako vstup do nového dne (viz příloha č. 5).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Cíle a úkoly výzkumu

Cílem výzkumu této diplomové práce bylo zmapovat kvalitu života u seniorů. Prvním úkolem vyplývajícím z cíle je zjistit, jaká je subjektivní kvalita života oslovených seniorů. Dalším úkolem je pak zjištění rozdílů mezi dvěma skupinami respondentů. První skupinu tvoří senioři z domů s pečovatelskou službou, konkrétně se jedná o taková zařízení ve Všerubech a v Břasích. Druhou skupinou jsou senioři žijící ve vlastní domácnosti. Osloveni byli senioři z plzeňského kraje.

Stárnutí je přirozený a zároveň biologicky zákonitý proces, který má svoje charakteristiky, Jedná se o období změn, kterým se člověk musí přizpůsobit. Myšleny však nejsou pouze změny fyzické, ale i změny psychické.

Protože se lidský věk neustále prodlužuje, je zapotřebí hledat stále nová a nová východiska, která by lidem vyššího věku umožnila žít smysluplně a hlavně tak, aby jim to umožnilo jejich zdraví.

Na jedné straně toto období přináší totiž značné problémy (hlavně zdravotní), na straně druhé je to ale i období, kdy má člověk konečně dostatek času a volnosti. Tím pádem si může svět kolem sebe užívat do nejmenších detailů.

## 5 Metodika výzkumu

Výzkum v podobě zadání a následného sběru dotazníků se uskutečnil ve dnech od 20. března do 4. dubna 2012. Informace byly zjišťovány za pomoci dotazníku vlastní konstrukce.

Dotazník je hojně využívanou diagnostickou metodou. Jedná se vlastně o psanou formu rozhovoru. Oproti rozhovoru má ale značné výhody. Je především méně časově náročný a umožní získat potřebné množství informací v poměrně krátkém časovém období.

Dotazník pro tento výzkum je anonymní a v záhlaví obsahuje ještě několik informací – rodinný stav, věk a pohlaví. Tyto informace byly využity při charakteristice vzorku respondentů. Dotazník samotný je tvořen 40 výroky, které jsou rozděleny do následujících oblastí:

1. Životní prostředí
2. Místo bydliště
3. Well-being a zdraví
4. Základní potřeby
5. Kognitivní změny

U každého výroku má respondent na výběr ze 4 stupňů níže uvedené škály.

1 – souhlasí (ano)

2 – částečně souhlasí (spíše ano)

3 – částečně nesouhlasí (spíše ne)

4 – nesouhlasí (ne)

Každý výrok byl vyhodnocen za pomoci 3 grafů a doplněn slovním komentářem.

## 6 Charakteristika vzorku respondentů

Pomocí dotazníků jsem oslovila dvě skupiny seniorů. První skupinu tvoří senioři z domů s pečovatelskou službou, konkrétně se jednalo o penzion Svět v Břasích a penzion ve Všerubech u Plzně. Druhou skupinu tvoří senioři žijící v plzeňském kraji ve vlastní domácnosti.

Výzkumu se zúčastnilo 80 lidí – z toho 50 žen a 30 mužů. Čtyřicet respondentů je z výše zmíněných domů s pečovatelskou službou a dalších čtyřicet respondentů žije ve vlastní domácnosti.

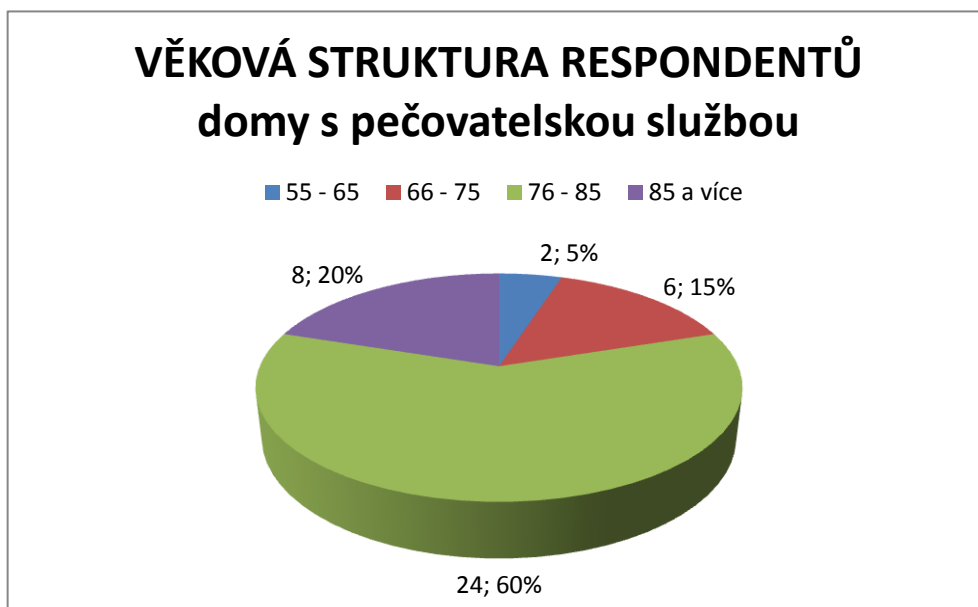
<b>RESPONDENTI Z DOMŮ S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU</b>			
<b>místo zařízení</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>	<b>celkem</b>
Břasy	26	10	36
Všeruby	2	2	4
<b>CELKEM</b>	28	12	40

Tabulka 1. Počet respondentů z domů s pečovatelskou službou

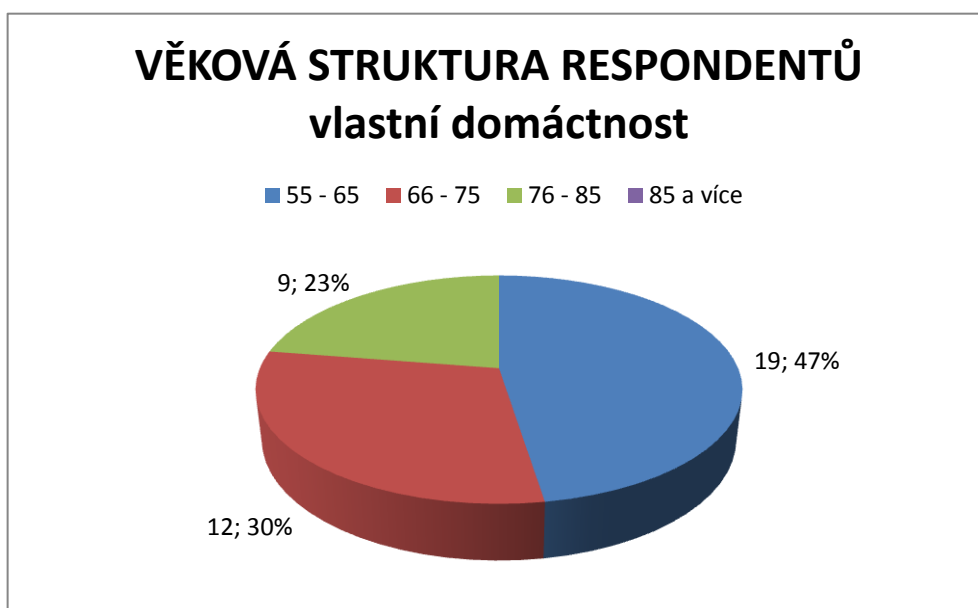
<b>RESPONDENTI ŽIJÍCÍ VE VLASTNÍ DOMÁCNOSTI</b>			
<b>místo bydliště</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>	<b>celkem</b>
Břasy	5	6	11
Hunčice	4	2	6
Líšťany	2	1	3
Náklov	2	1	3
Nekmír	3	5	8
Všeruby	6	3	9
<b>CELKEM</b>	22	18	40

Tabulka 2. Počet respondentů žijících ve vlastní domácnosti

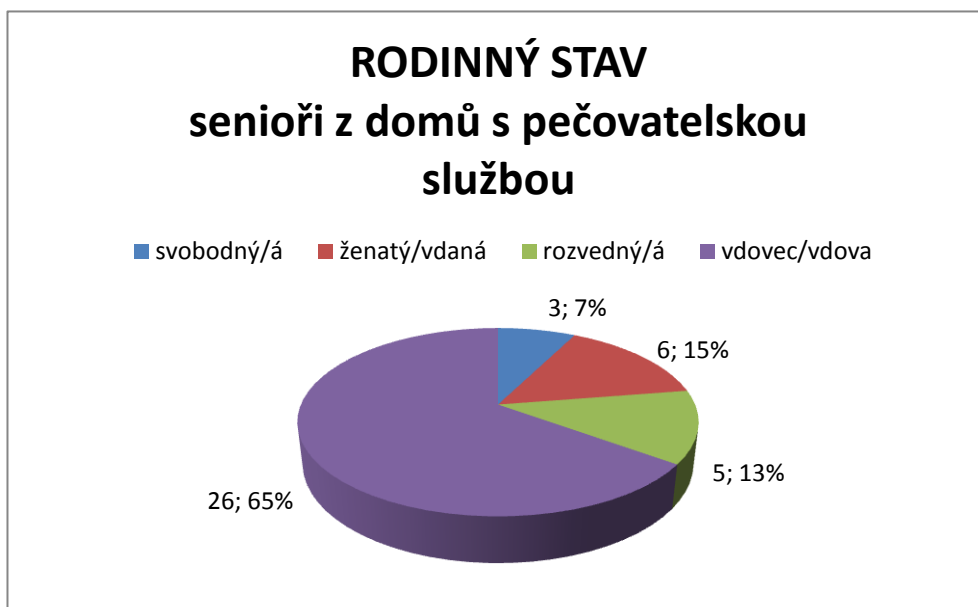
Věková struktura respondentů z domů s pečovatelskou službou se nejčastěji pohybuje mezi 76. a 85. rokem života. Tato skupina tvoří 60% z celkového počtu. Skupina „85 let a více“ tvoří 20% a skupina „66 – 75 let“ 15%. Nejméně početná je skupina s rozmezím od 55. do 65. let. Tvoří pouze 5 % z celkového počtu.



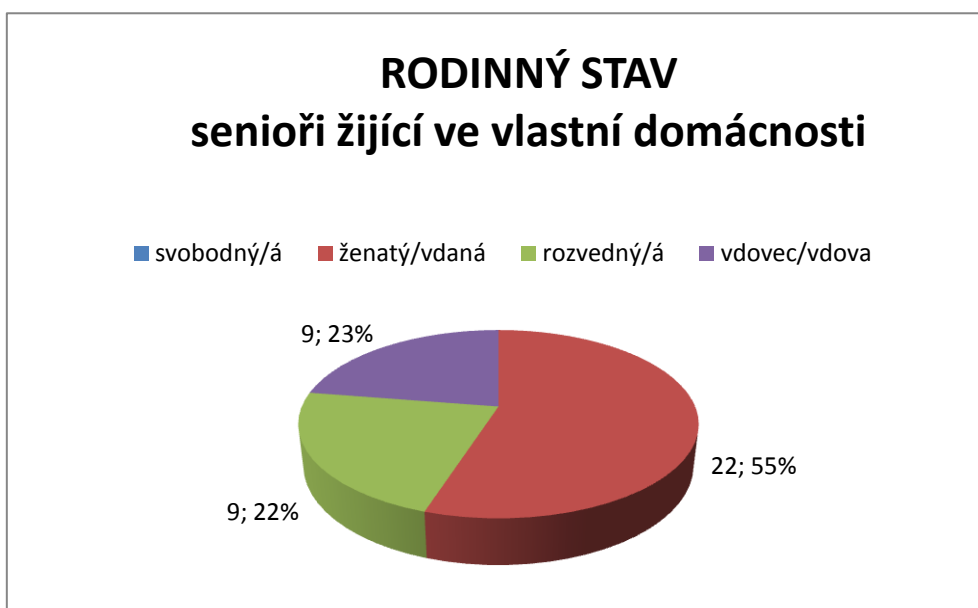
U respondentů žijících ve vlastní domácnosti je dominantní skupina od 55 do 65 let, která tvoří 49%. 30% zastupuje věkovou kategorii 66 až 75. Nejméně je zde zastoupená skupina 76 – 85 let (23%). Věková skupina „85 a více“ zde úplně chybí.



Součástí dotazníku byla také informace týkající se rodinného stavu. Z následujícího grafu je dobře viditelné, že mezi seniory z domů s pečovatelskou službou převažují lidé, spadající do kategorie vdovec či vdova. Tato skupina tvoří celých 65%. 15% představují vdané ženy a ženatí muži. Lidé rozvedení tvoří 13%. Nejméně zastoupená je skupina seniorů, kteří jsou svobodní.



Rozdílná je situace u respondentů žijících ve vlastní domácnosti. Nejpočetnější je zde skupina ženatých a vdaných lidí, je tvořena více jak 1/2 respondentů, přesně 55%. Další dvě skupiny tzn. rozvedení a ovdovělí představují procentuálně stejné zastoupení – 23%. Skupina svobodných lidí v tomto vzorku respondentů zastoupená není.



## **7 Interpretace výsledků**

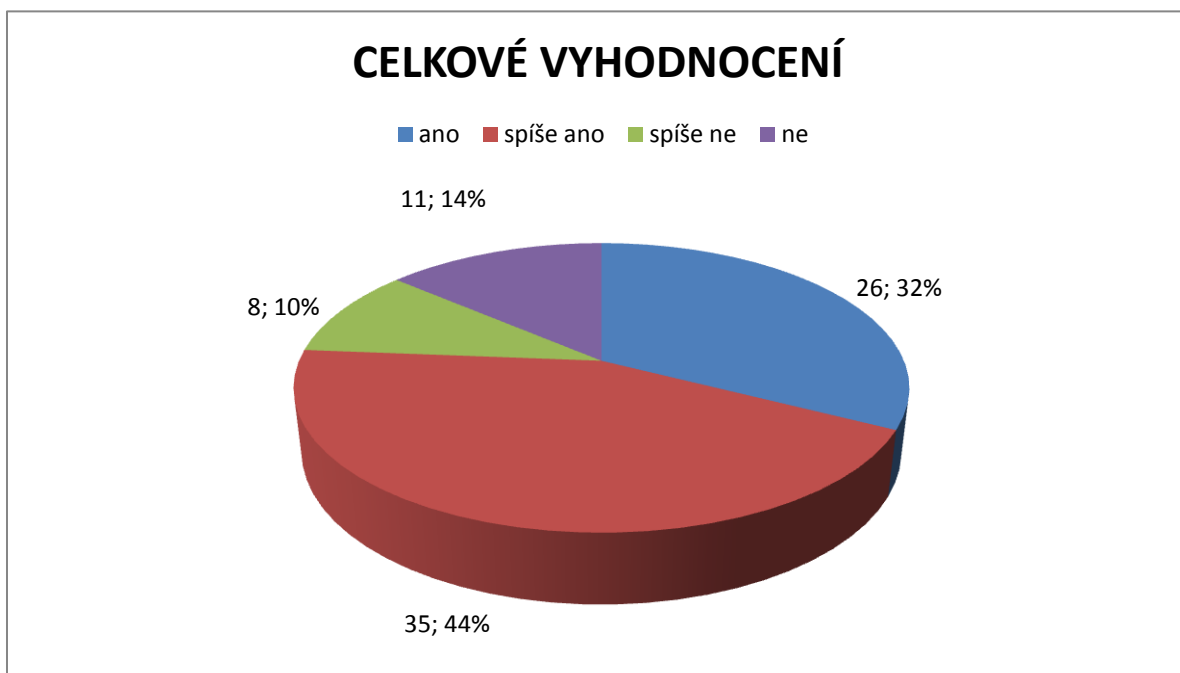
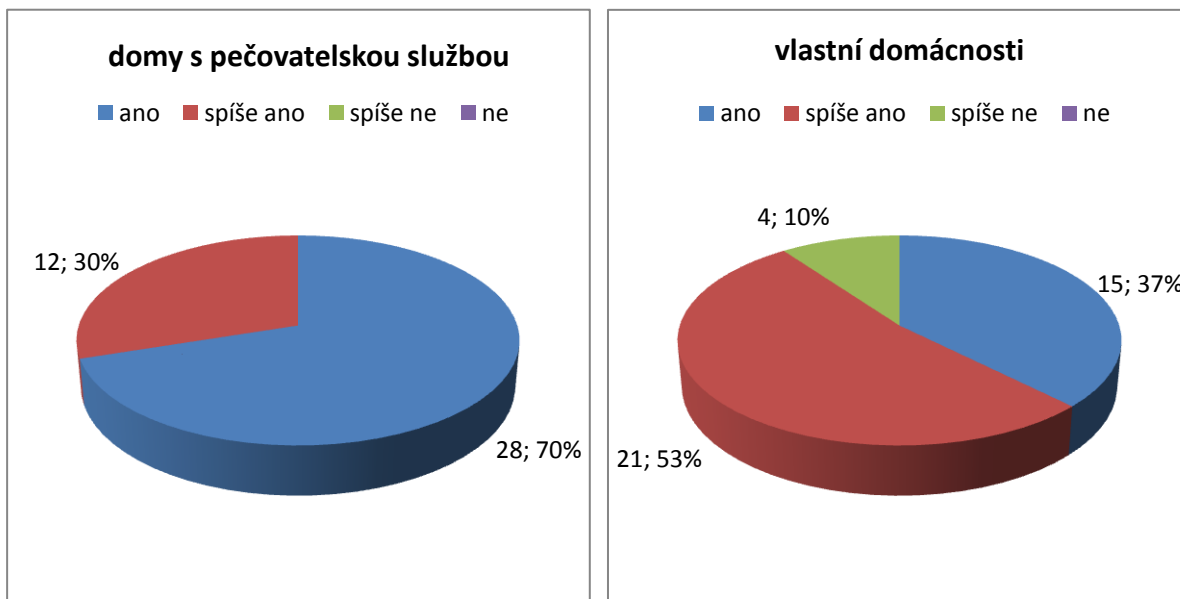
### **7.1 Rozbor dotazníků**

Dotazník tvoří 40 výroků, každý z nich nabízí škálu odpovědí. Z těchto odpovědí vybírali respondenti vždy jen jednu, tu která jim nejvíce vyhovovala – tzn. 1 – souhlasí (ano), 2 – částečně souhlasí (spíše ano), 3 – částečně nesouhlasí (spíše ne), 4 – nesouhlasí (ne).

K jednotlivým výrokům z dotazníku přísluší tři grafy. První dva grafy nabízí srovnání dané problematiky mezi seniory žijícími v domech s pečovatelskou službou a seniory žijícími ve vlastní domácnosti. Třetí graf představuje celkové vyhodnocení, zde jsou zahrnuty odpovědi všech respondentů dohromady. V grafech jsou zachyceny počty respondentů a zároveň procentuální vyjádření. Všechny výroky jsou doplněny slovním komentářem.

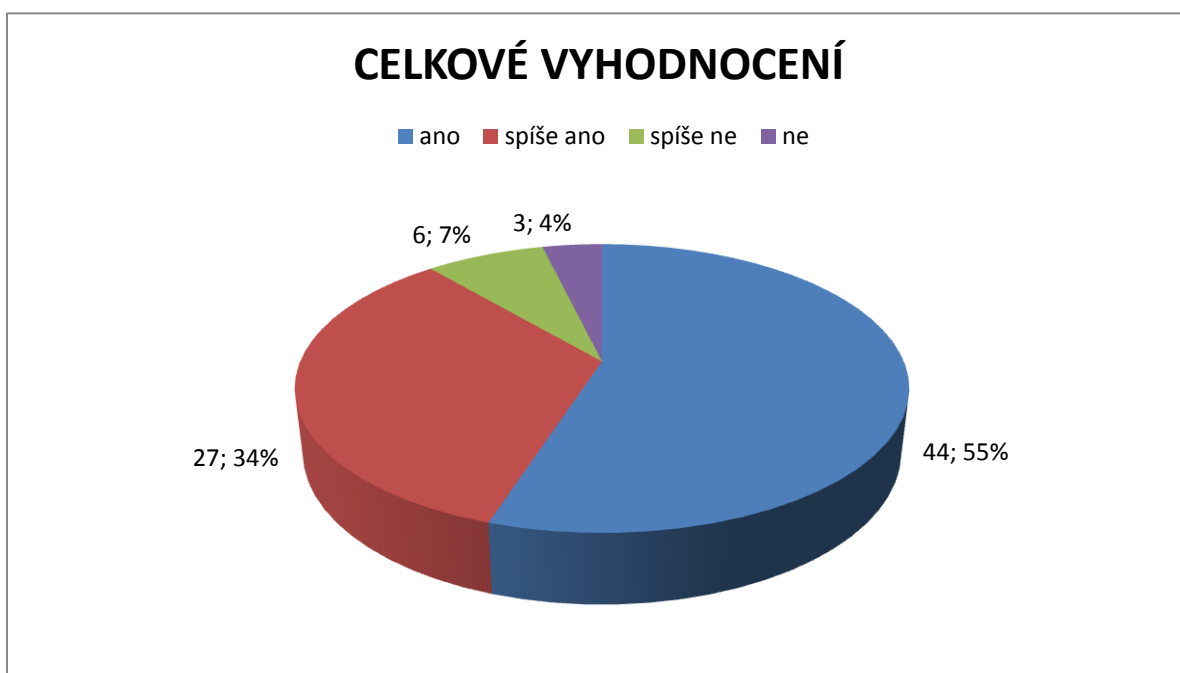
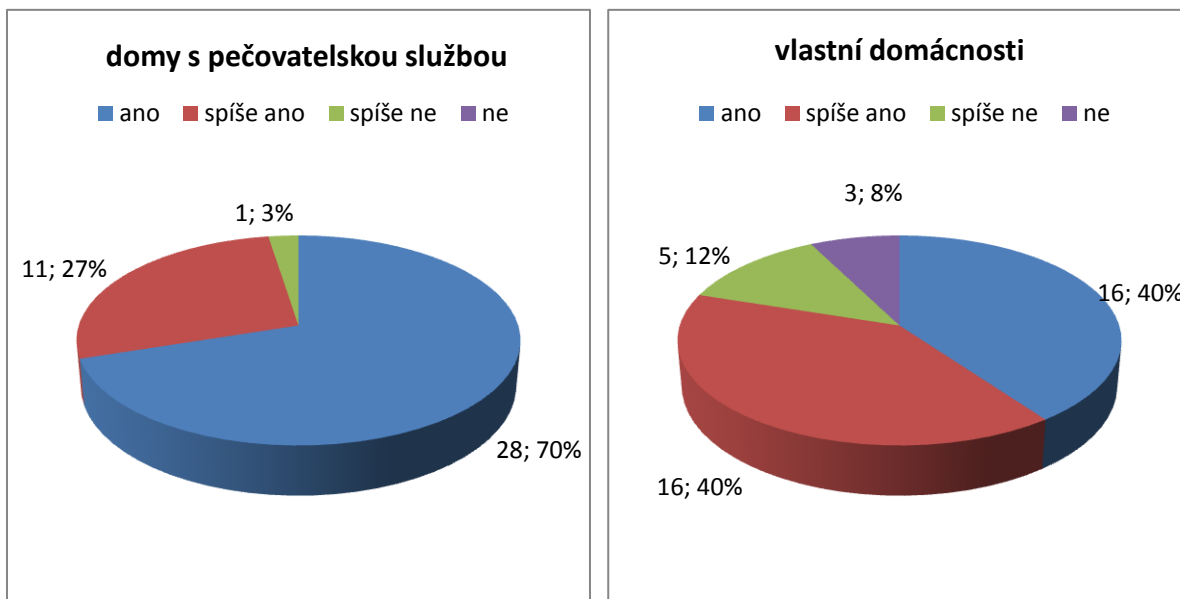


výrok číslo1: **Jsem spokojený/á s životním prostředím v místě mého bydliště.**



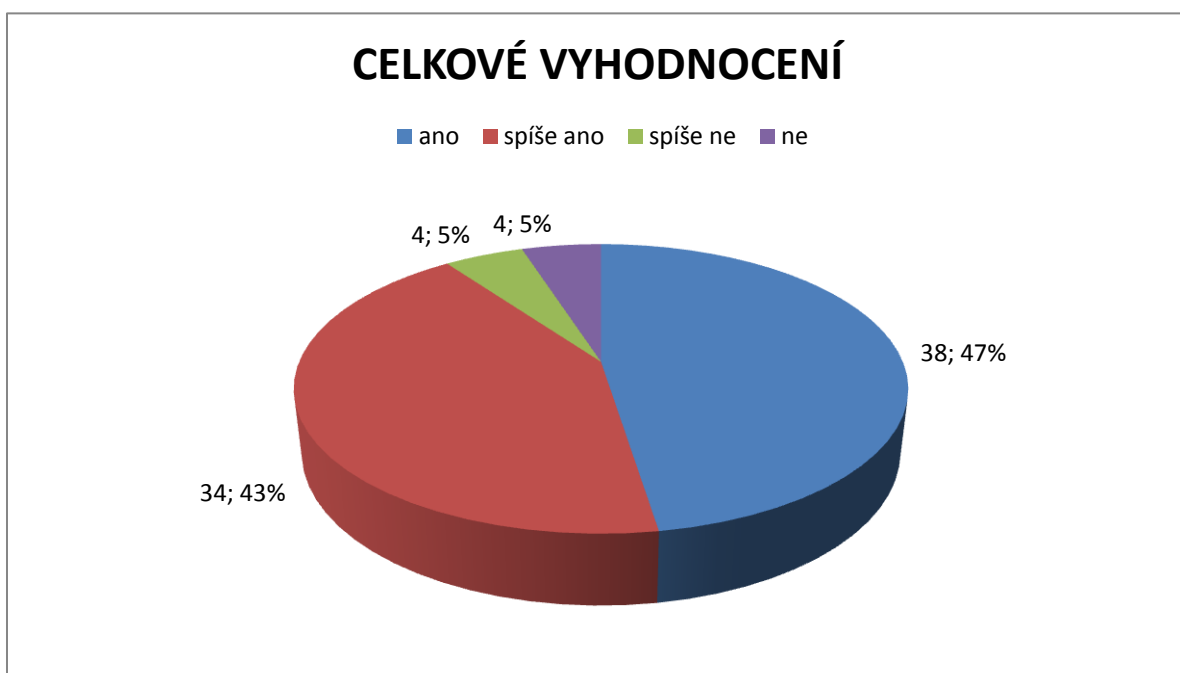
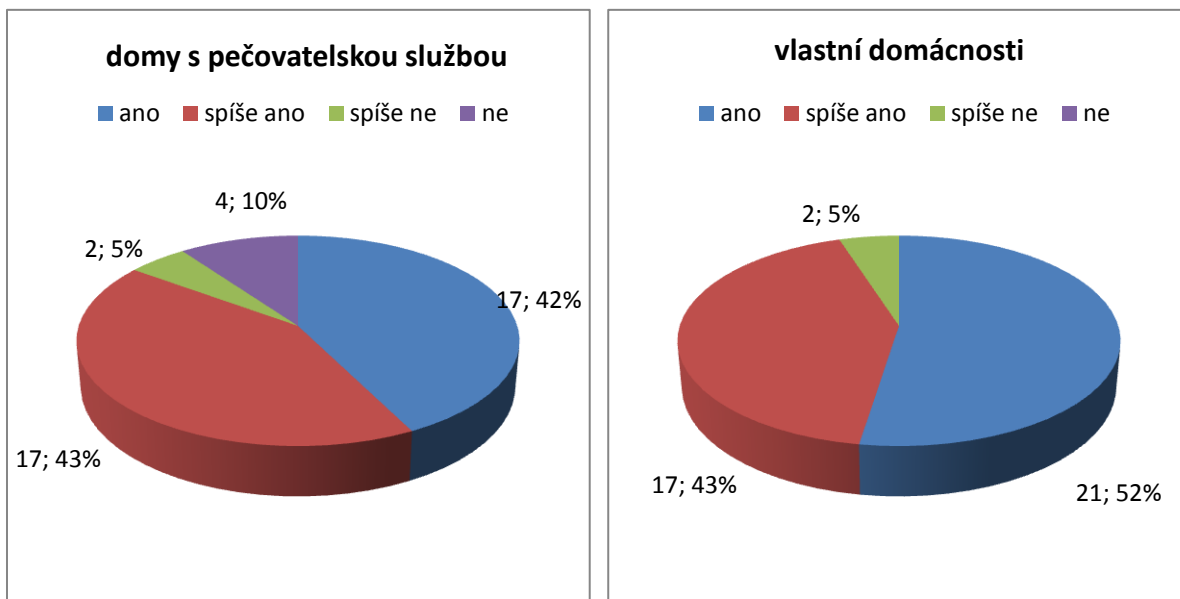
Z uvedených grafů je patrné, že většina seniorů je s prostředím v místě svého bydliště spokojená. Seniori z domů s pečovatelskou službou volili v 70% odpověď „ano“. Zbýlých 30% odpovědělo „spíše ano“. Obdobná je i situace u seniorů žijících ve vlastní domácnosti. Tady se ale 4krát objevila i odpověď „spíše ne“, která tvoří 10%.

výrok číslo 2: **Jsem spokojený/á s činností obecního (městského) úřadu.**



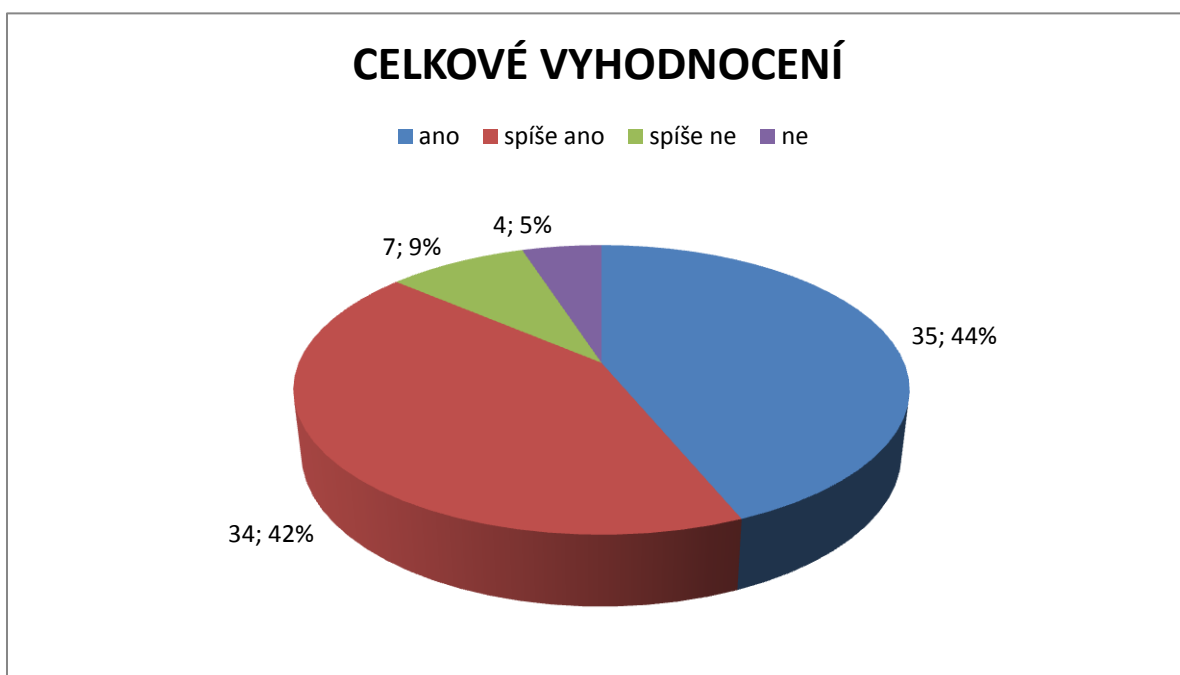
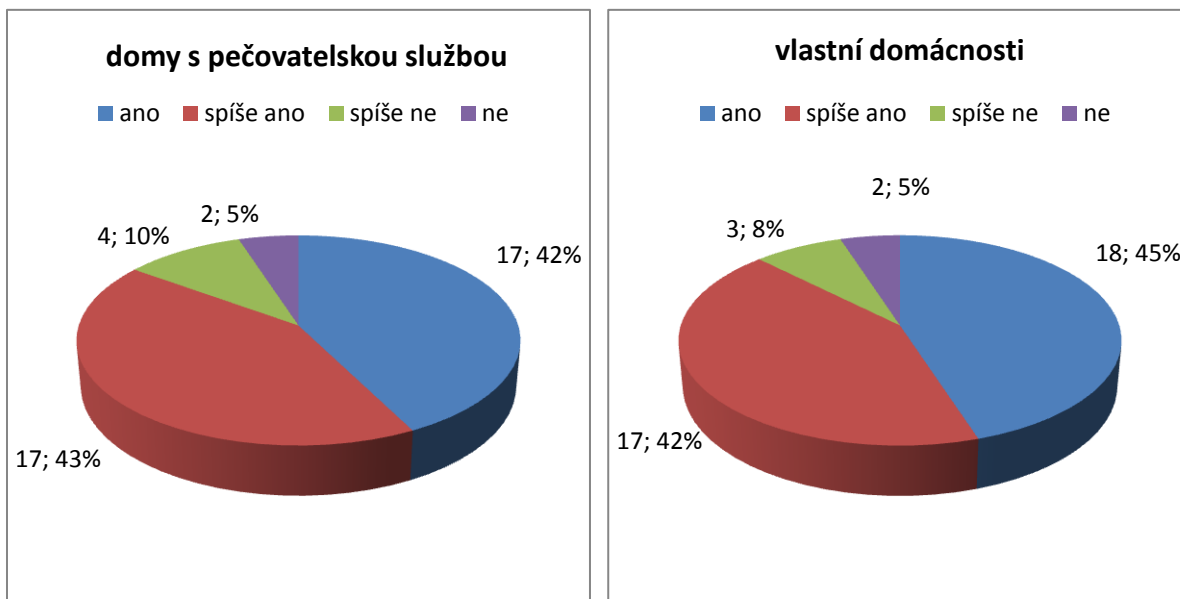
Respondenti z domů s pečovatelskou službou jsou podle výzkumu z 70% spokojeni s činností jejich obecního úřadu. Odpověď „ano“ zvolilo 70% tedy 28 ze 40 dotázaných. 27% tedy 11 respondentů odpovědělo „spíše ano“, pouze jeden senior z domu s pečovatelskou službou zastupuje odpověď „spíše ne“. Situace u seniorů, žijících ve vlastní domácnosti je jiná. 40% z nich volilo shodně odpověď „ano“ a „spíše ano“. 5 respondentů tedy 12% zvolilo odpověď „spíše ne“. A 3 senioři nejsou vůbec spokojení s činností obecního úřadu v místě svého bydliště.

výrok číslo 3: **Jsem spokojený/á s kvalitou svého života.**



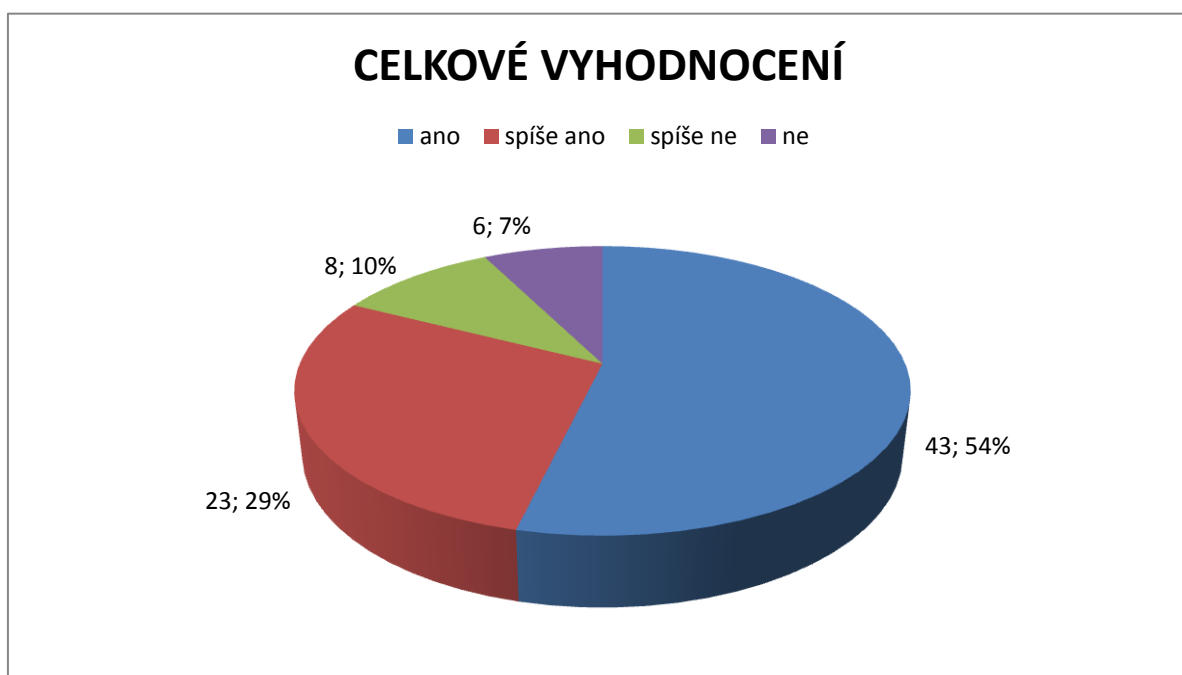
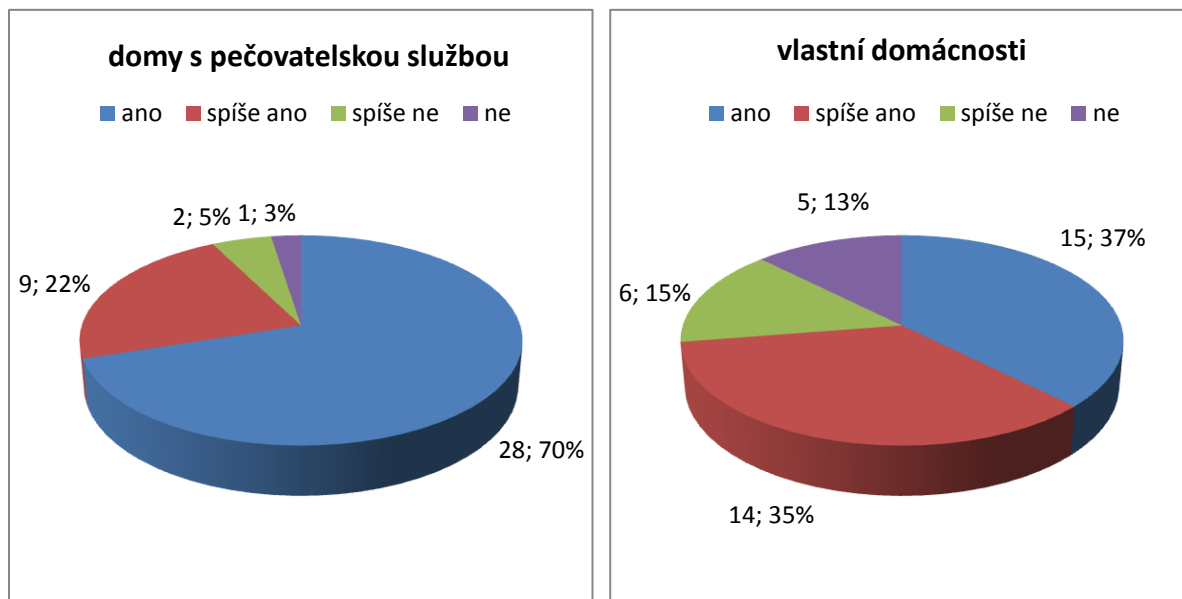
Z celkového hodnocení vyplývá, že 47% dotázaných – tzn. 38 z 80 seniorů je spokojených s kvalitou svého života. 43% zvolilo odpověď „spíše ano“ celkem tedy 34 respondentů. Pro odpověď „spíše ne“ a „ne“ se rozhodlo shodně 5% respondentů. To znamená, že 4 z 80 seniorů spíše nejsou spokojeni a další 4 vůbec nejsou spokojeni s kvalitou svého života.

výrok číslo 4: **Ve svém životě se cítím bezpečně.**



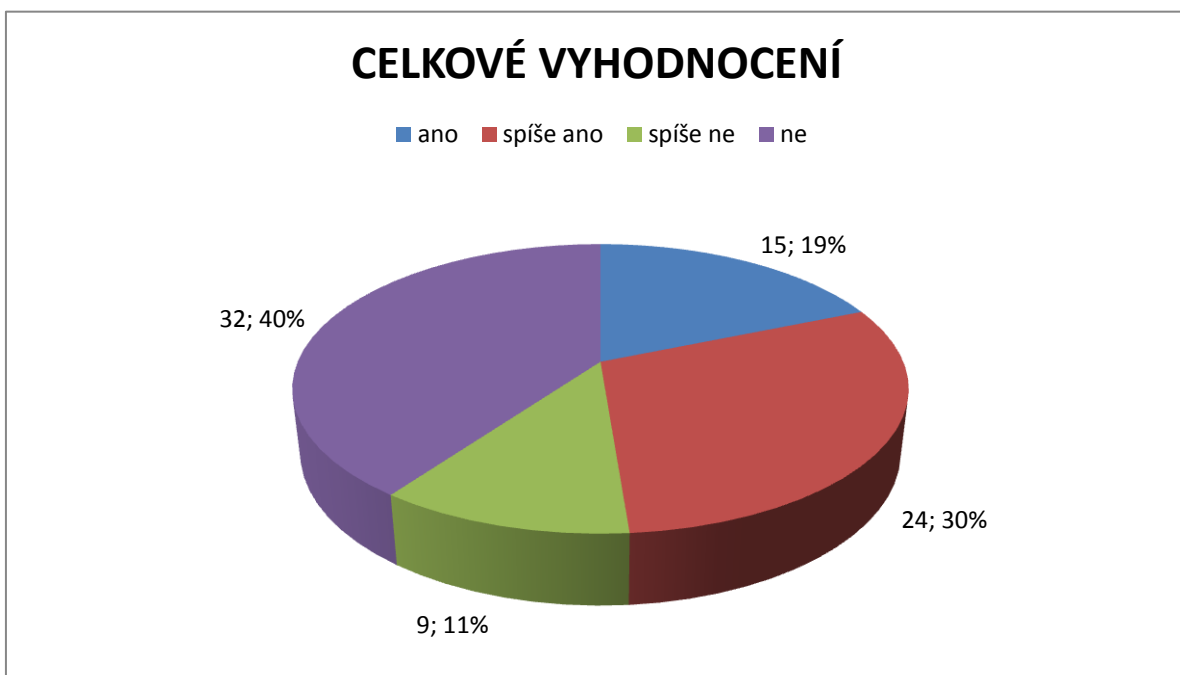
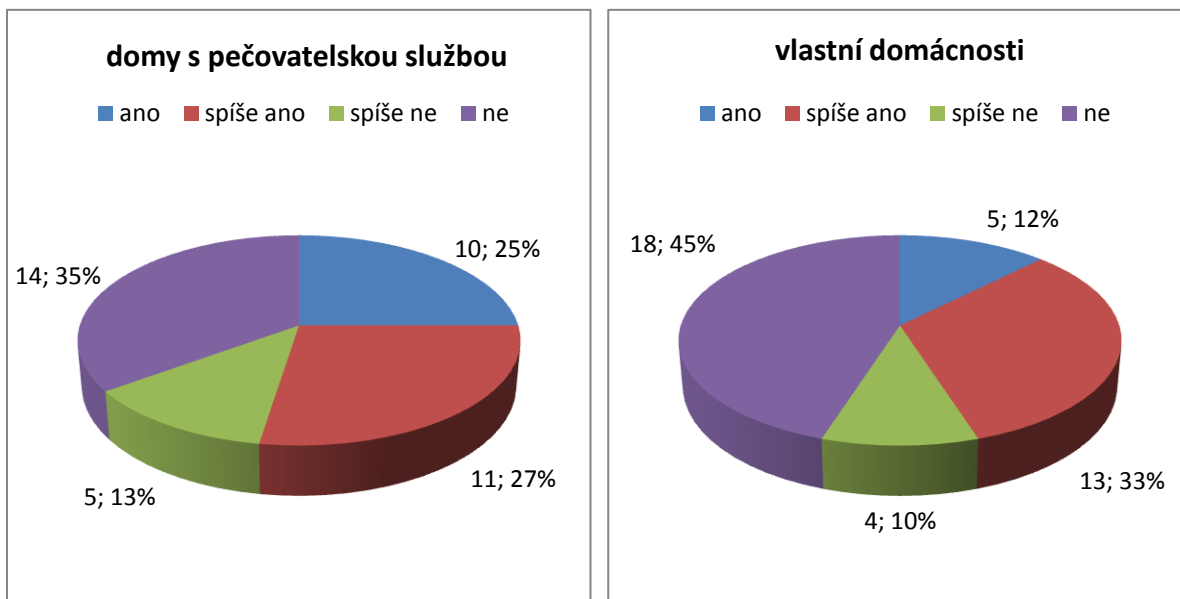
Z následujících grafů je patrné, že 86% dotázaných seniorů se ve svém životě cítí bezpečně, což potvrzuje 44 získaných % u odpovědi „ano“ (tj. 35 osob) a 42% u odpovědi „spíše ano“ (tj. 34 osob). 9% seniorů se ve svém životě spíše necítí bezpečně. A zbylých 5% respondentů – tedy 4 senioři nepovažují svůj život za bezpečný.

Výrok číslo 5: **Mám dostatek financí na to, abych uspokojil/a své potřeby.**



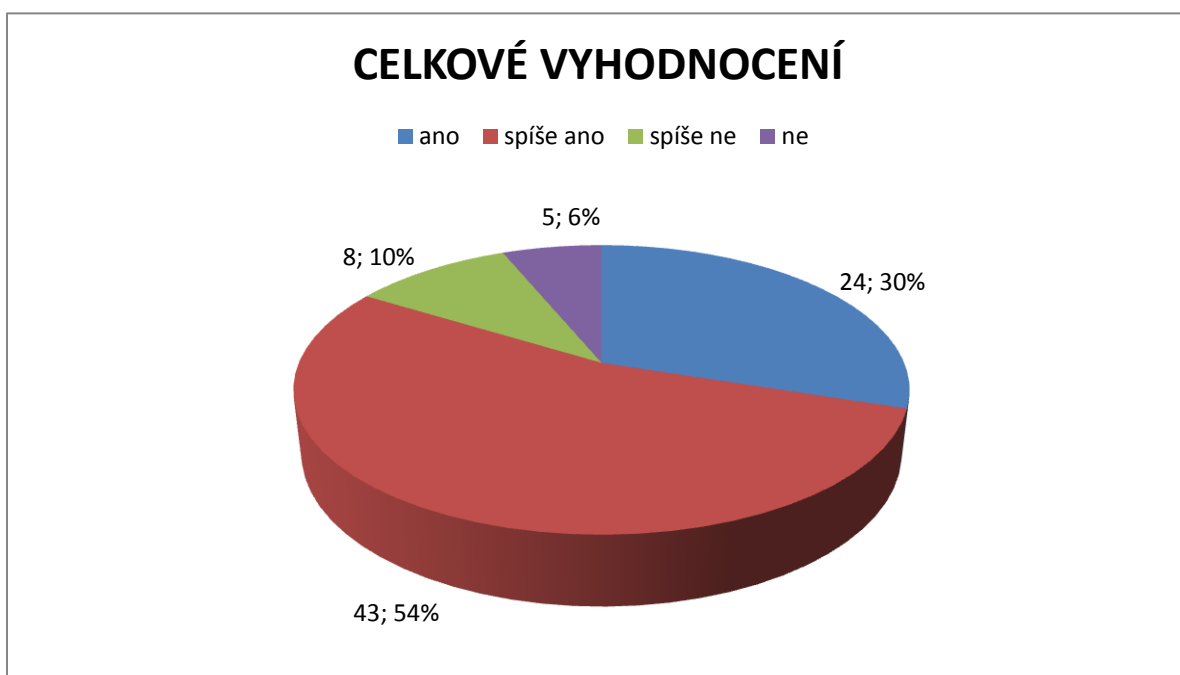
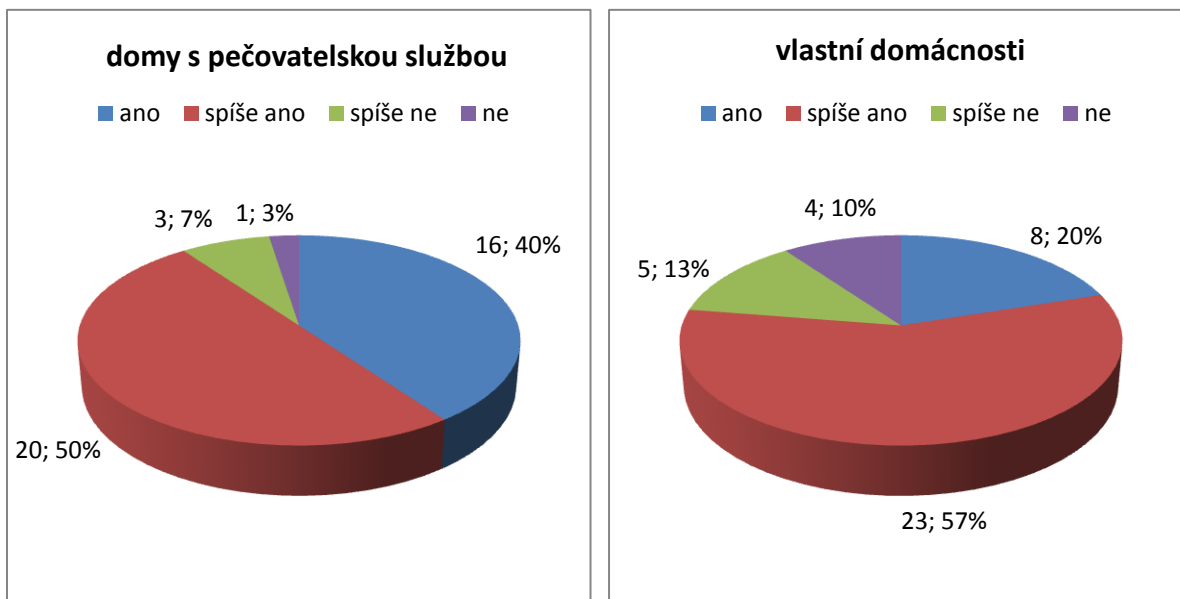
Celkové vyhodnocení ukazuje, že více než ½ respondentů má dostatek financí na to, aby uspokojila své potřeby. Nejčastější odpověď „ano“ zvolilo 54% tedy 43 respondentů z 80 oslovených. Skupina seniorů, která volila odpověď „spíše ano“ tvoří 29% u skupiny „spíše ne“ jde o 10 %. 7% tzn. 6 seniorů nemá dostatek financí na to, aby uspokojilo své potřeby.

výrok číslo 6: **Mám problémy se sluchem.**



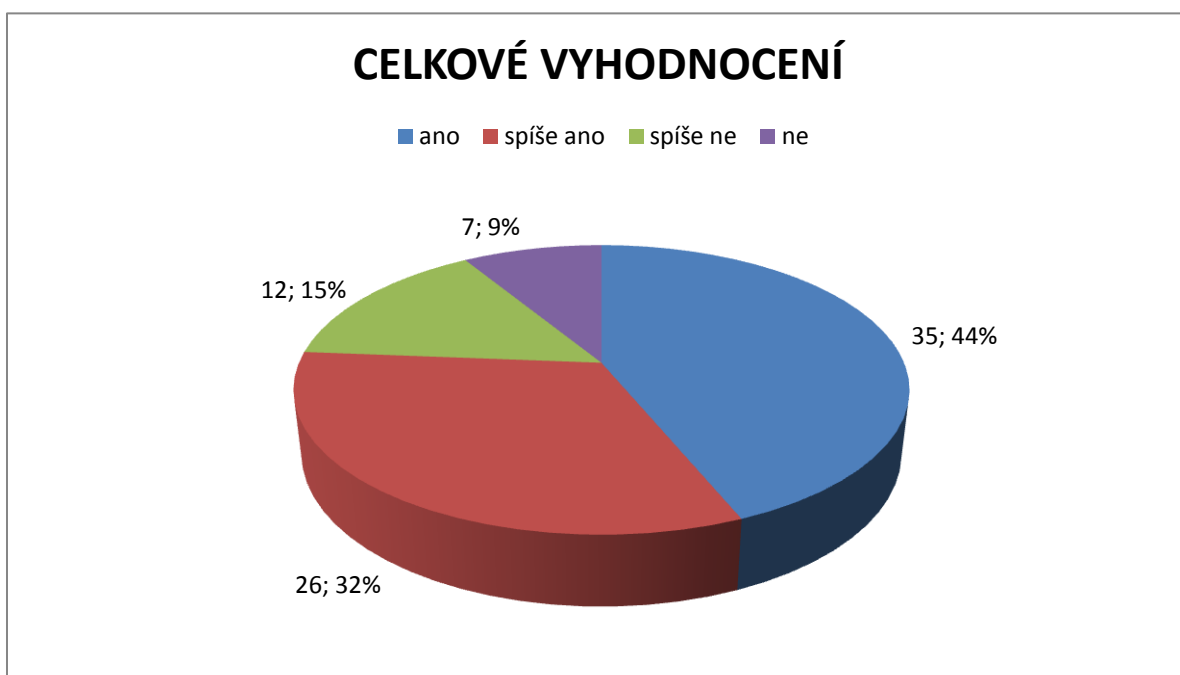
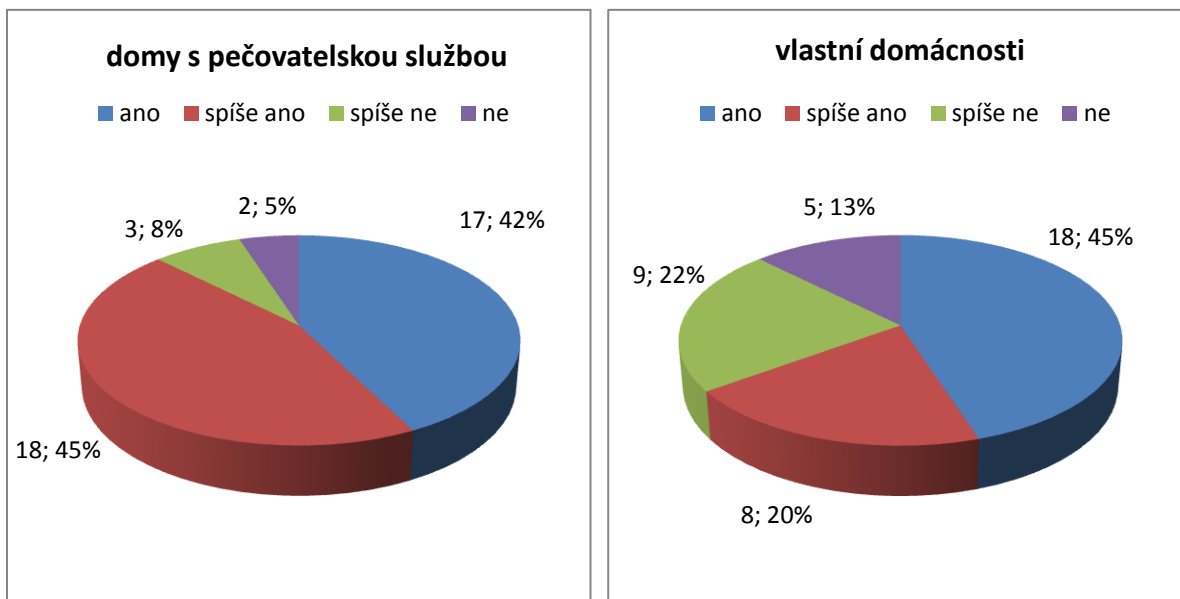
Problémy se sluchem má soudě celkového vyhodnocen pouze 19% seniorů – tedy 15 z 80 dotázaných. Odpověď „spíše ano v tomto případě zvolilo 30% (24 respondentů). Zbylá polovina grafu – přesněji 51% problémy se sluchem nemá. 40% (32 osob) zvolilo odpověď „ne“ a 11% (9 osob) odpověď „spíše ne“.

výrok číslo 7: **Jsem spokojený/á s čistotou okolní přírody.**



Z celkového vyhodnocení zde vyplývá, že 30% z 80 respondentů tzn. 24 seniorů je spokojených s čistotou okolní přírody. Nejpočetnější skupinu tvoří seniori, kteří jsou spíše spokojeni s čistotou přírody kolem nich. Jedná se celkem o 54% tedy 43 osob. Nespokojeno je celkem 16% (10% tvoří odpověď „spíše ne“ a 6% odpověď „ne“). Seniori se stěžují především na odhazování odpadků v přírodě.

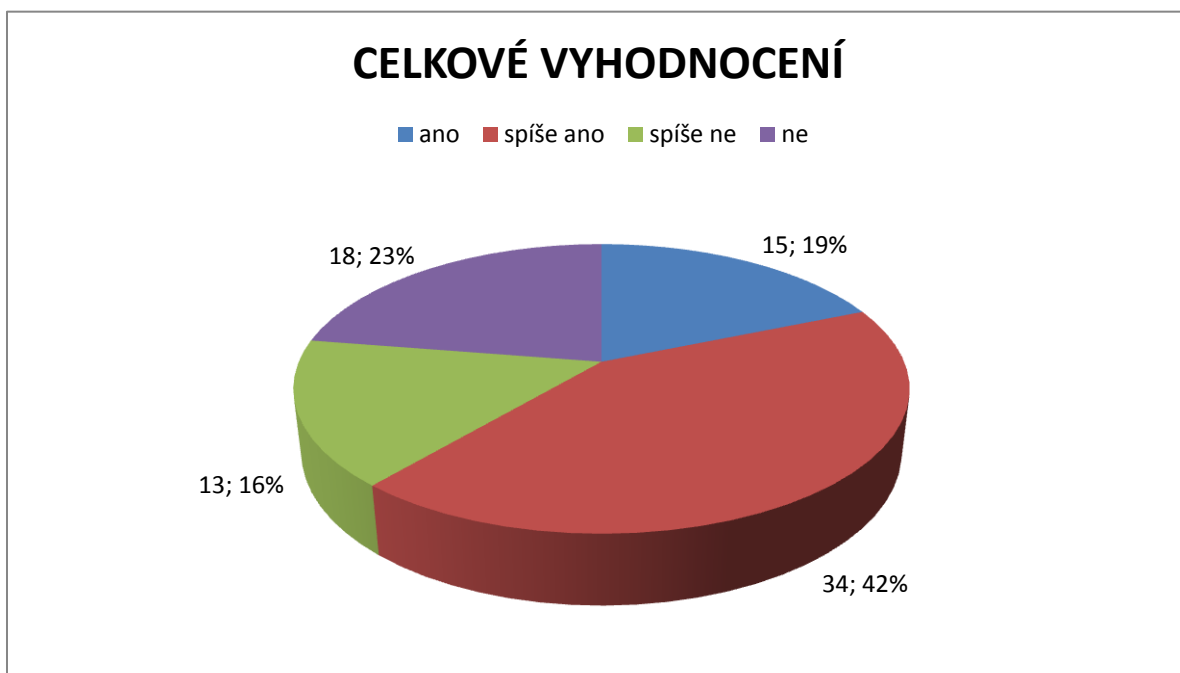
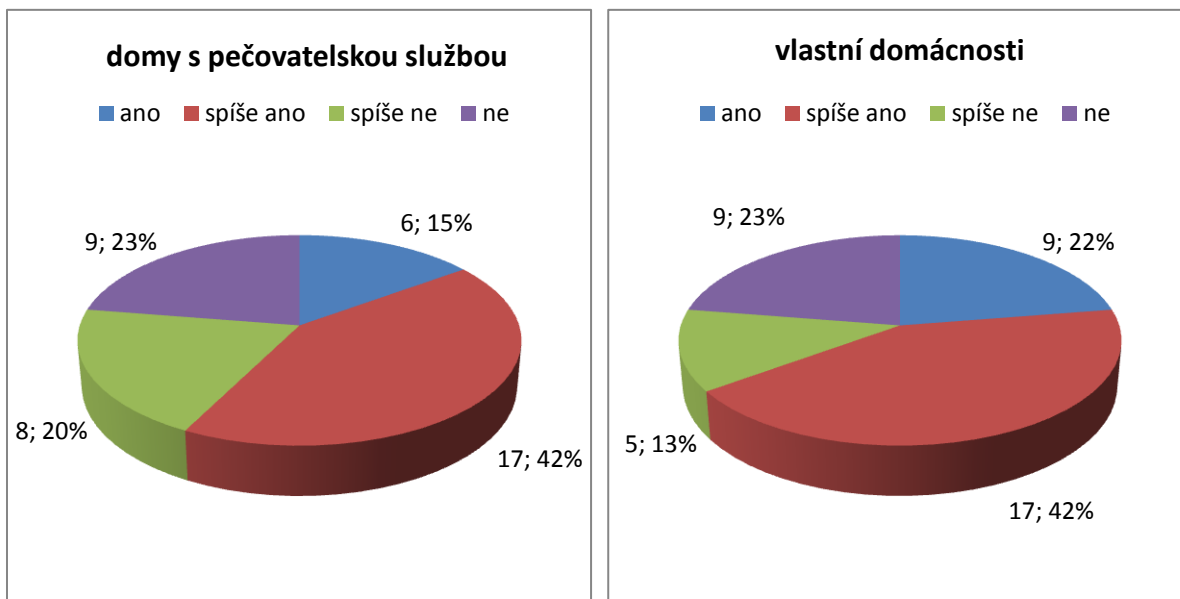
výrok číslo 8: **Jsem spokojený/á s kulturním vyžitím v místě mého bydliště.**



S kulturním vyžitím jsou více spokojeni senioři z domů s pečovatelskou službou. Odpověď „ano“ a „spíše ano“ zvolilo celkem 87% dotázaných. Stejné odpovědi u skupiny seniorů žijících ve vlastních domácnostech tvoří pouze 65% . Celkové vyhodnocení dobře ukazuje, že nespokojených je pouze 7 seniorů, kteří tvoří 9% celkového grafu.

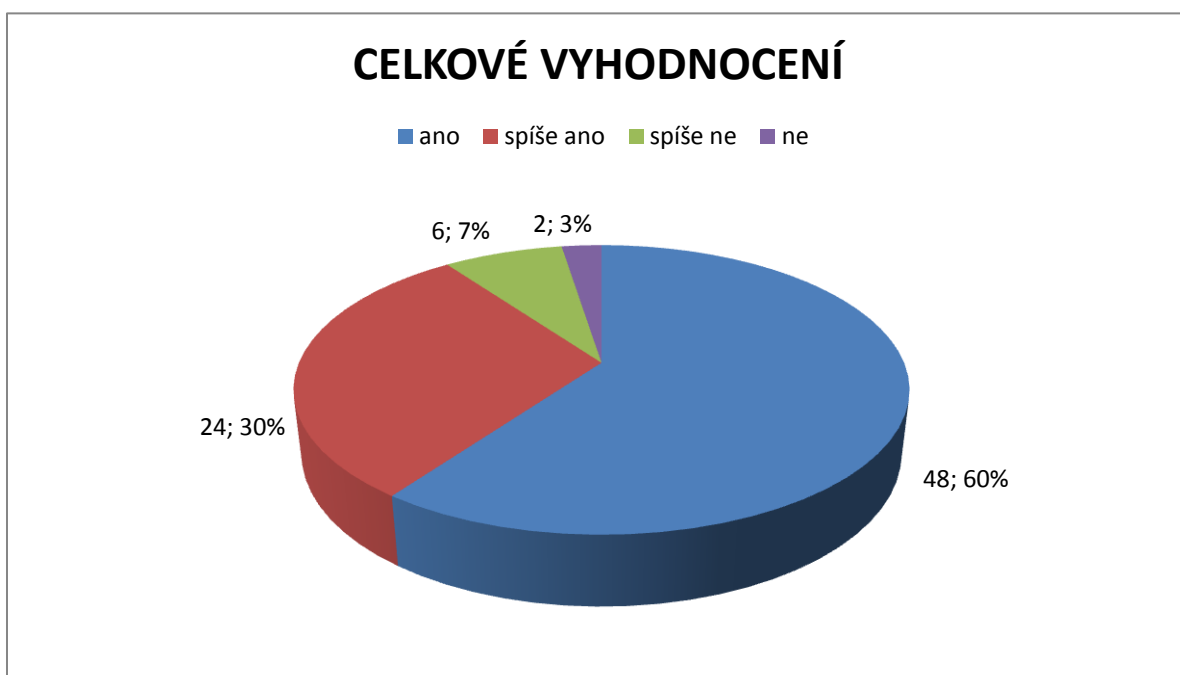
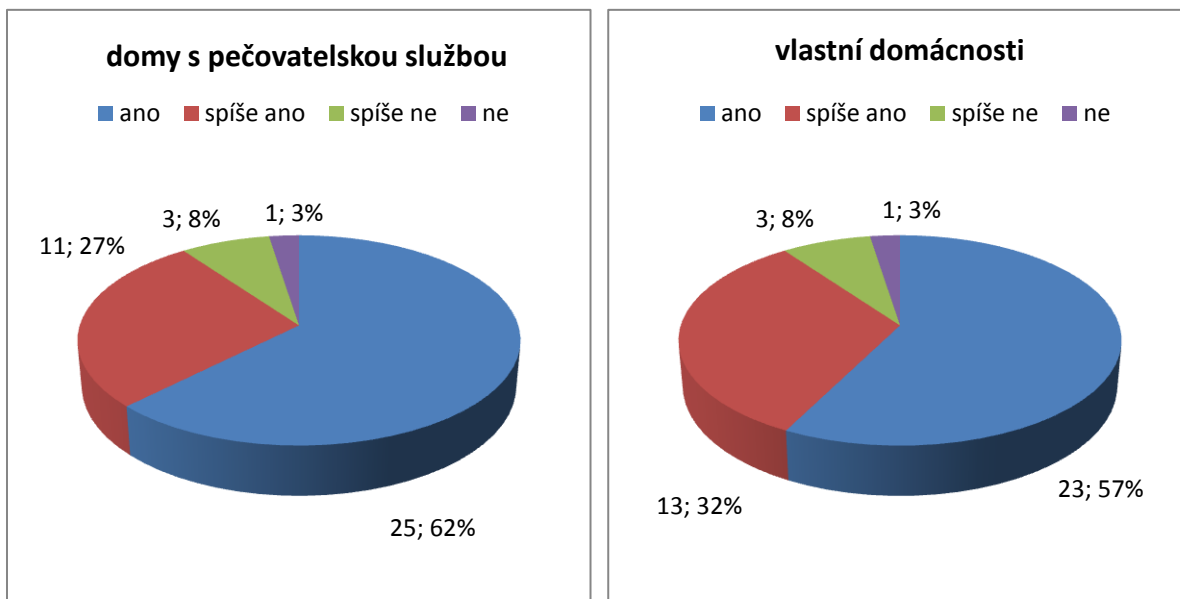


výrok číslo 9: **Jsem spokojený/á se svým zdravím.**



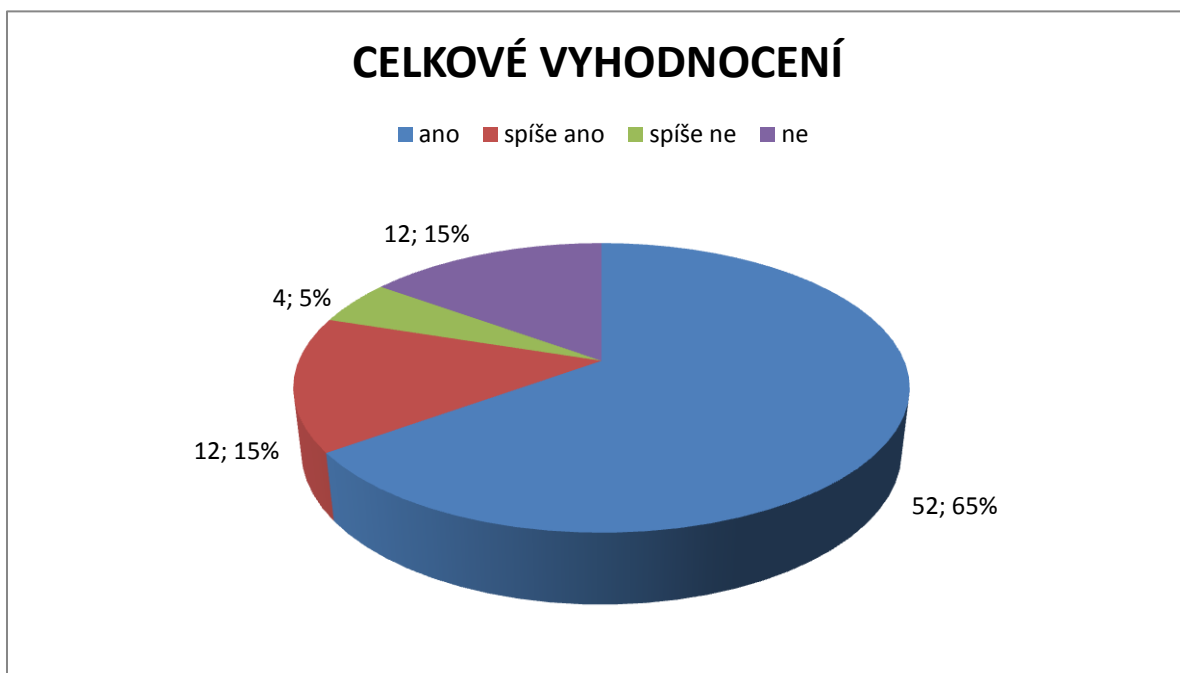
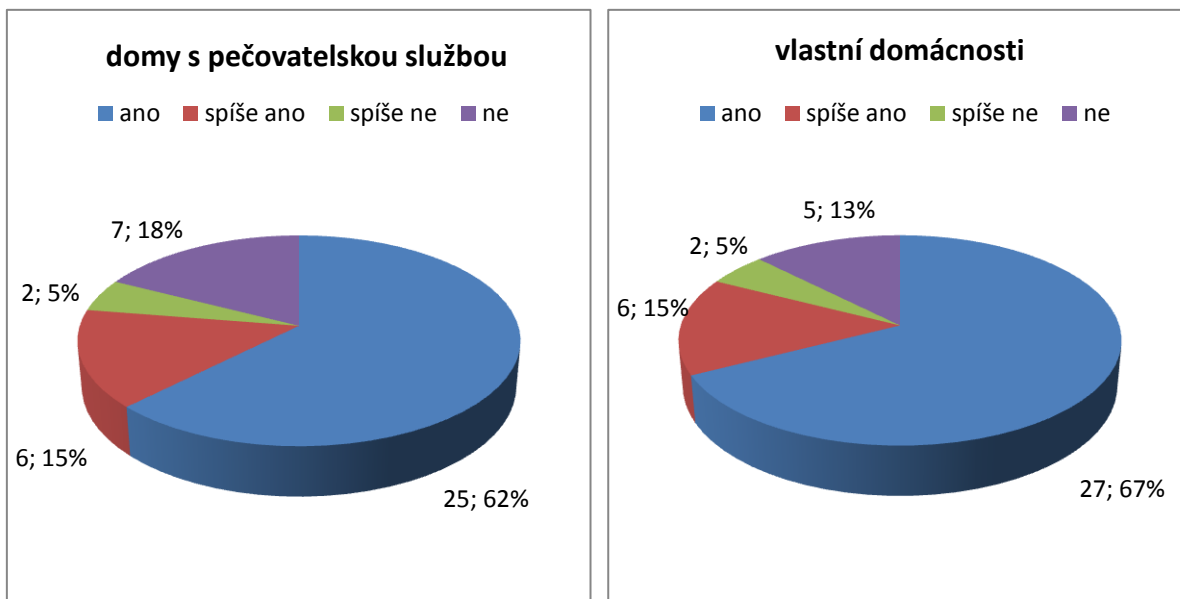
Jak je patrné z následujících grafů, nespokojeno se svým zdravím je 23% z obou skupin seniorů. V této problematice se senioři z vlastních domácností téměř shodovali se seniory žijícími v domech s pečovatelskou službou. Taktéž spíše spokojených je procentuelně stejná část – 42% tzn. 17 respondentů z každé skupiny. Odpověď „ano“ zvolilo celkem 19% (tzn. 15 respondentů) a „spíše ne“ 16% (tzn. 13 respondentů).

výrok číslo 10: **Mám dostatek informací, které potřebuji pro svůj každodenní život.**



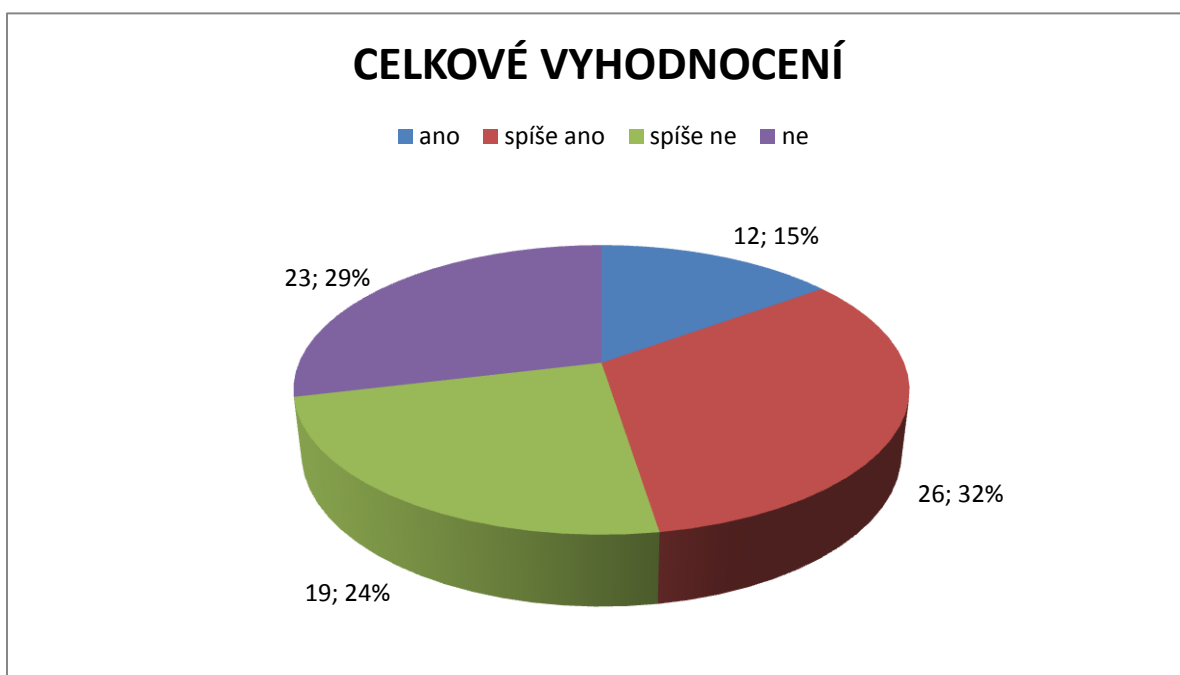
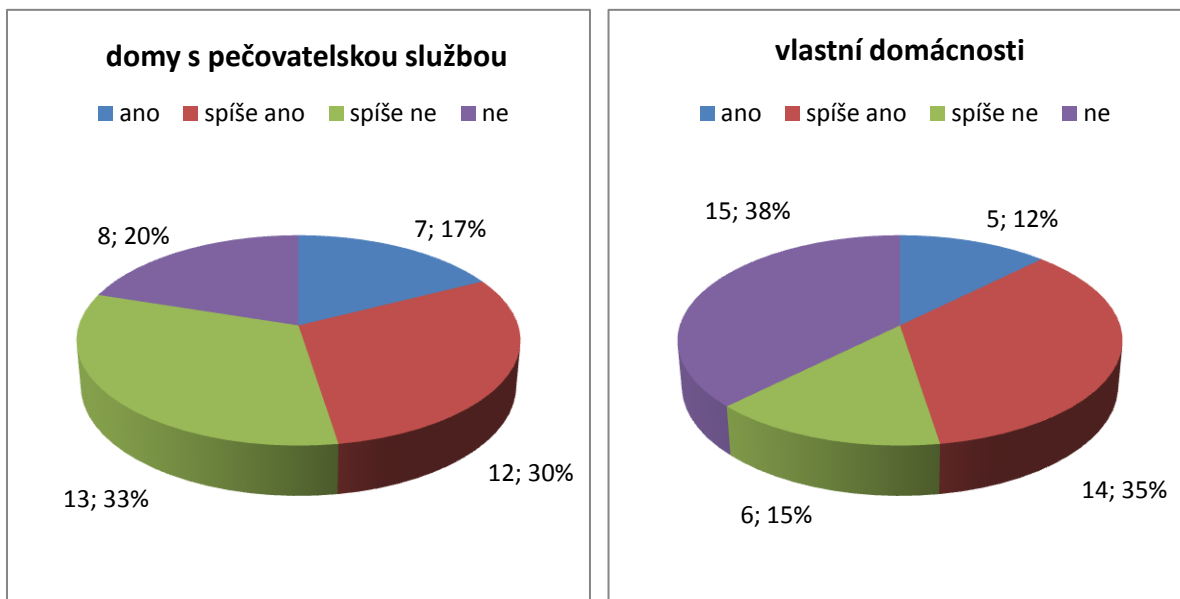
Dostatek informací, které jsou zapotřebí pro každodenní život, má 48 z 80 dotázaných, což představuje 60%. Významným dílem zasahuje do grafu také odpověď „spíše ano“, která tvoří 30% (24 respondentů). Nedostatek informací se týká 6 z 80 seniorů (tj. 7%). O úplném nedostatku informací můžeme mluvit u 3% tedy u 2 respondentů.

výrok číslo 11: **Žiji ve funkční rodině.**



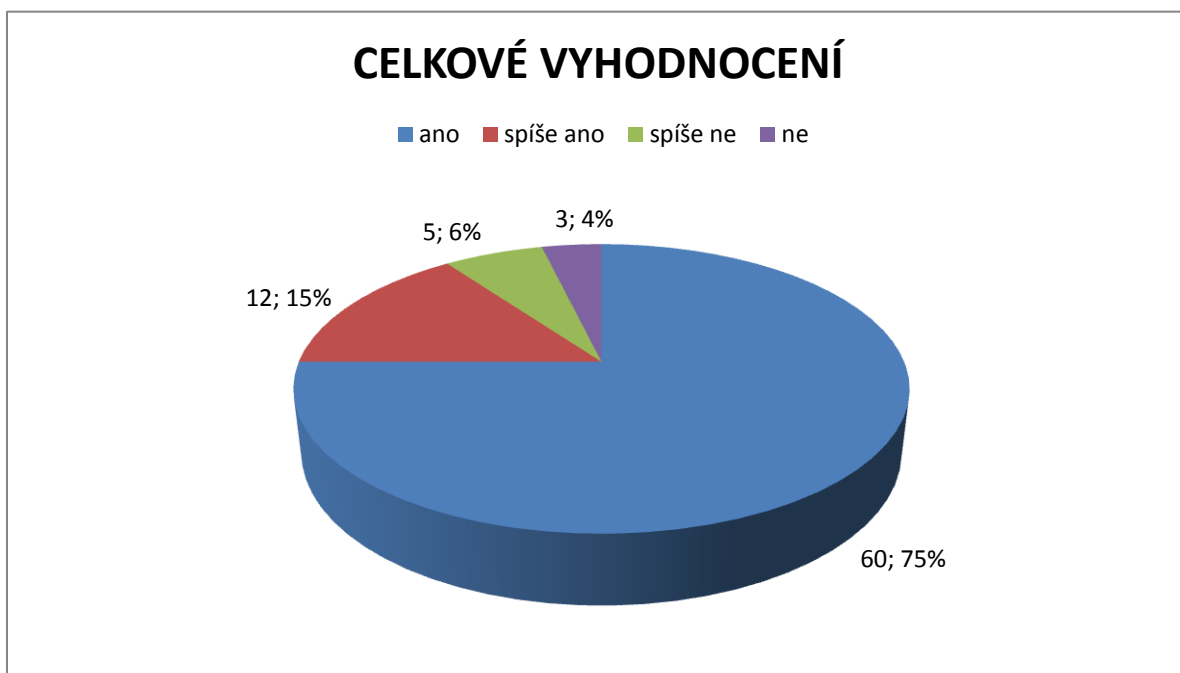
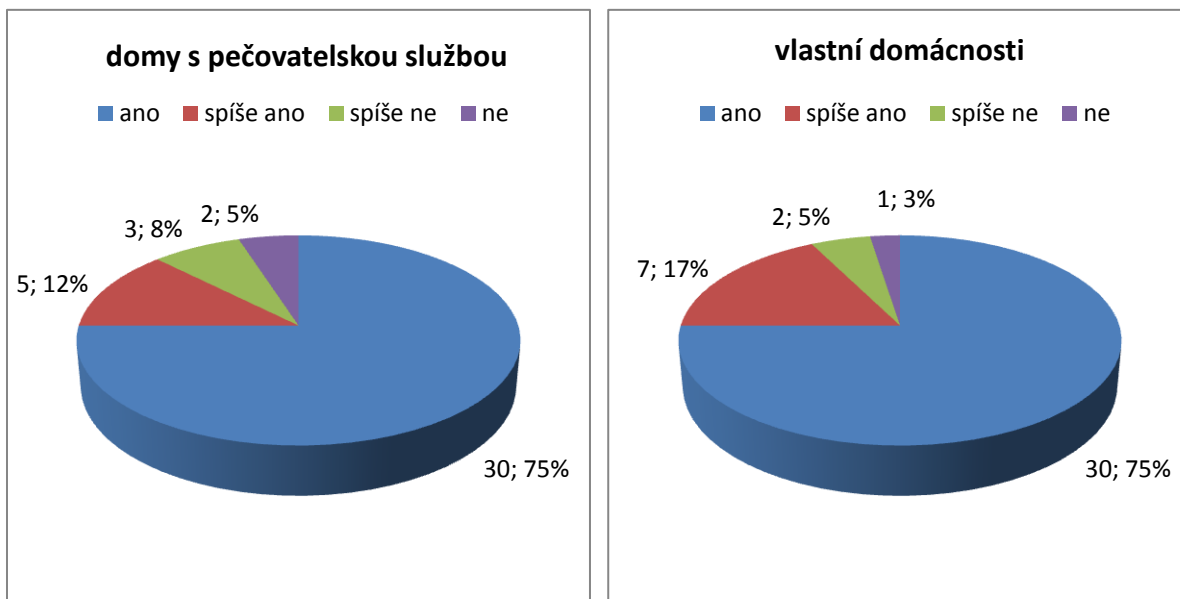
Následující vyhodnocení jsou opět téměř totožná. Celkový graf dokazuje, že 52 respondentů z 80 dotázaných žije ve funkční rodině. Tato skupina tvoří 65% grafu. Stejně početné jsou skupiny, které zvolili odpověď „spíše ano“ a „ne“. Každá tvoří 15% z celkového počtu, tedy po 12 respondentech. 4 senioři zvolili odpověď „spíše ne“ (5%).

výrok číslo 12: **Věnuji se pohybových aktivitám.**



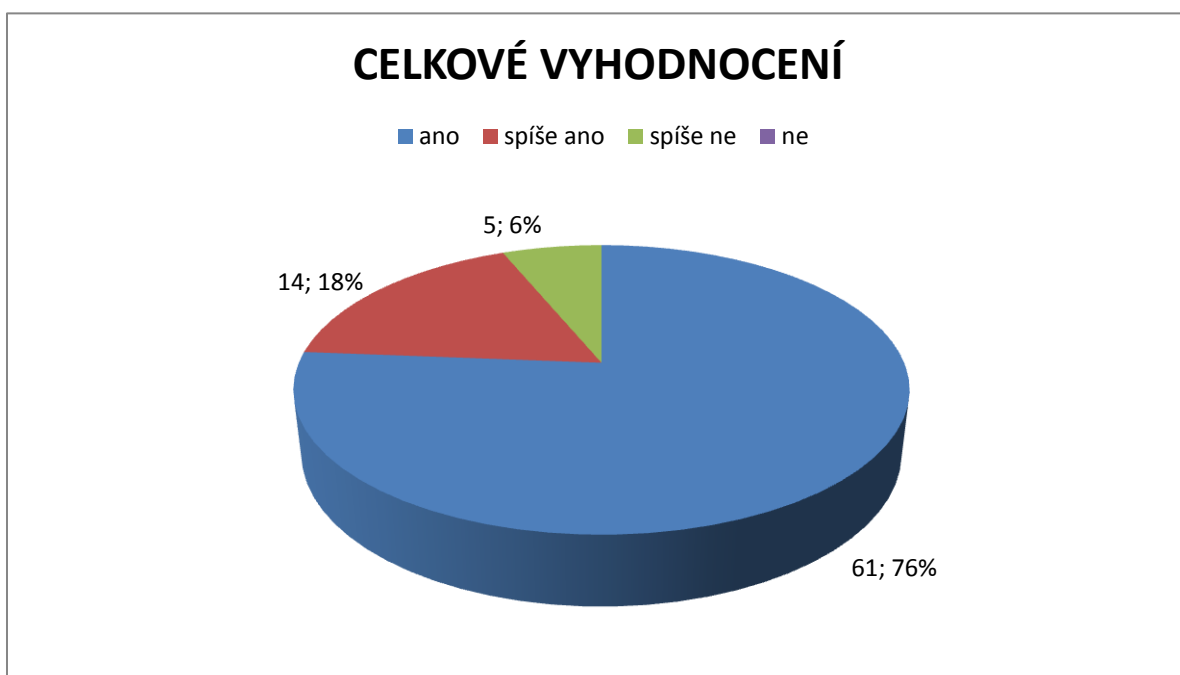
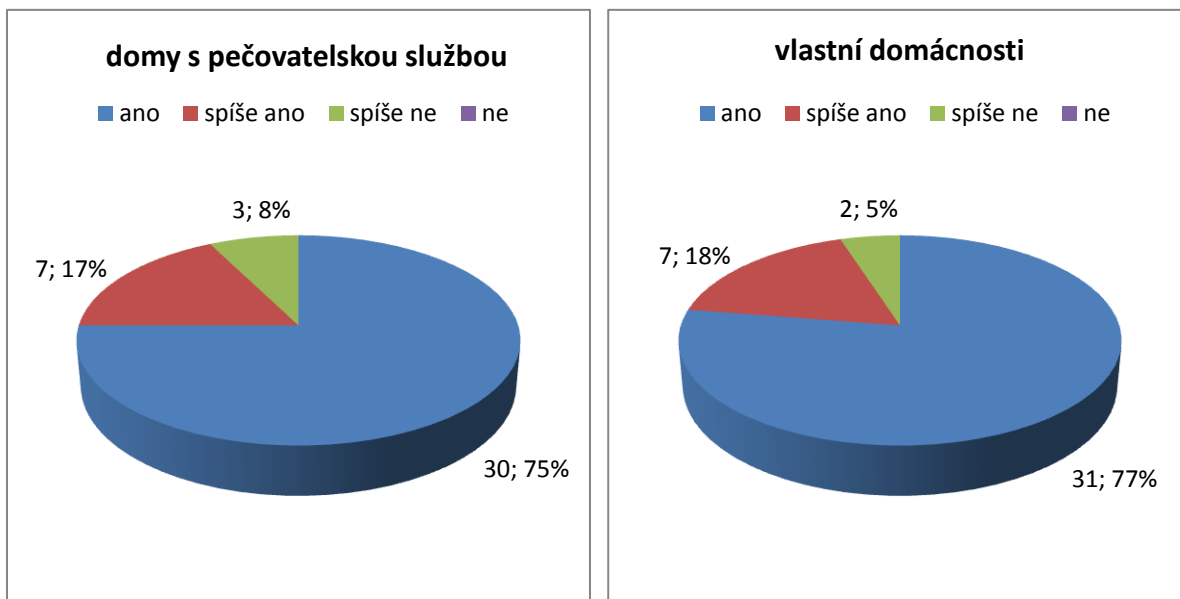
Z dílčích grafů je patrné, že pohybovým aktivitám se věnují senioři obou skupin. Odpověď „ano“ byla častější u seniorů z domů s pečovatelskou službou (7 respondentů z 80 – tedy 17%), odpověď „spíše ano“ naopak převažovala u seniorů žijících ve vlastních domácnostech. Tato část odpovědí tvoří v grafu 35% (14 respondentů). Celkový graf tedy potvrzuje, že pohybovým aktivitám se spíše nevěnuje 24% (tzn. 19 respondentů z 82 dotázaných) a 29% seniorů se těmito činnostem nevěnuje vůbec (23 respondentů).

výrok číslo 13: **Brýle jsou moji každodenní pomůckou.**



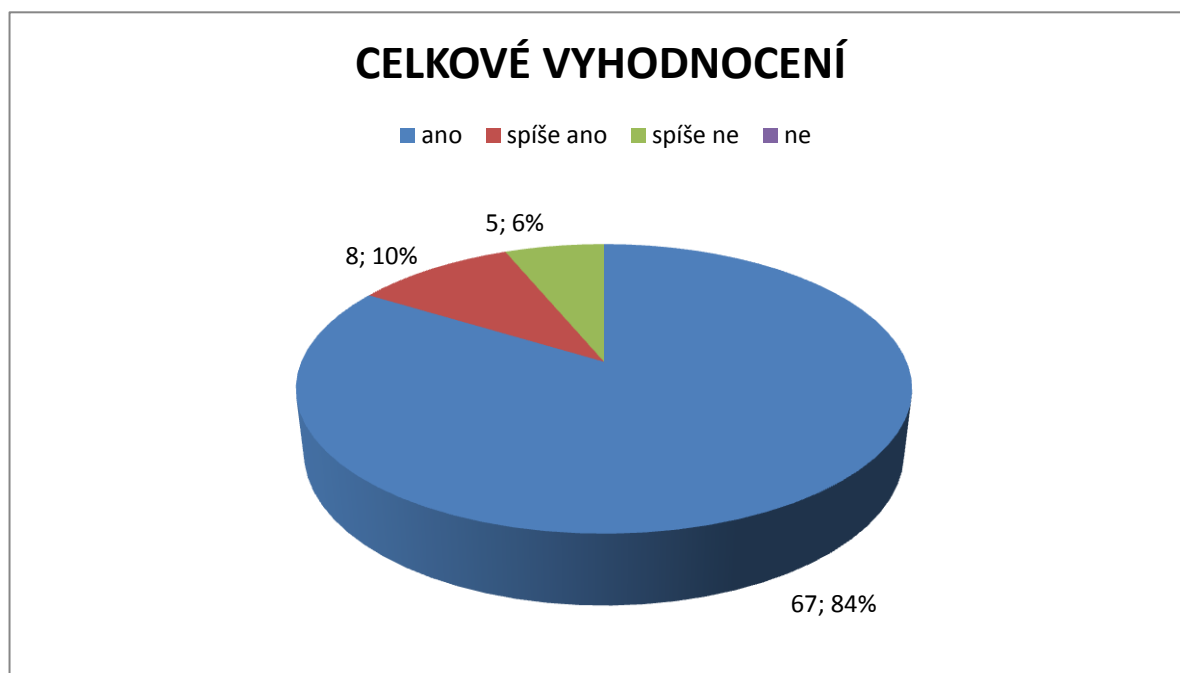
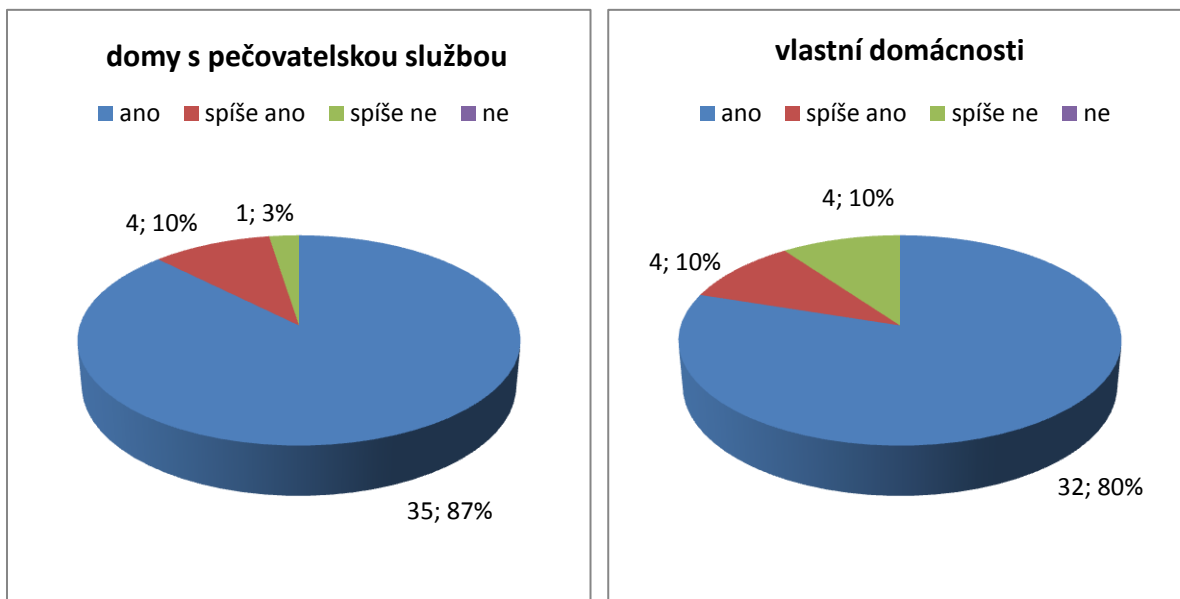
Brýle, jakožto každodenní pomůcku potřebuje 75% všech oslovených seniorů. Skupina zastoupená odpovědí „ano“, je tedy bezesporu nejpočetnější. Zvolilo ji přesně 60 z 80 respondentů. 12 seniorů zvolilo odpověď „spíše ano“ (15%) a 5 odpovědělo „spíše ne“ (6%). Pro 3 respondenty nejsou brýle jejich každodenním pomocníkem. (4%)

výrok číslo 14: **Jsem spokojený/á s dostupností volné přírody.**



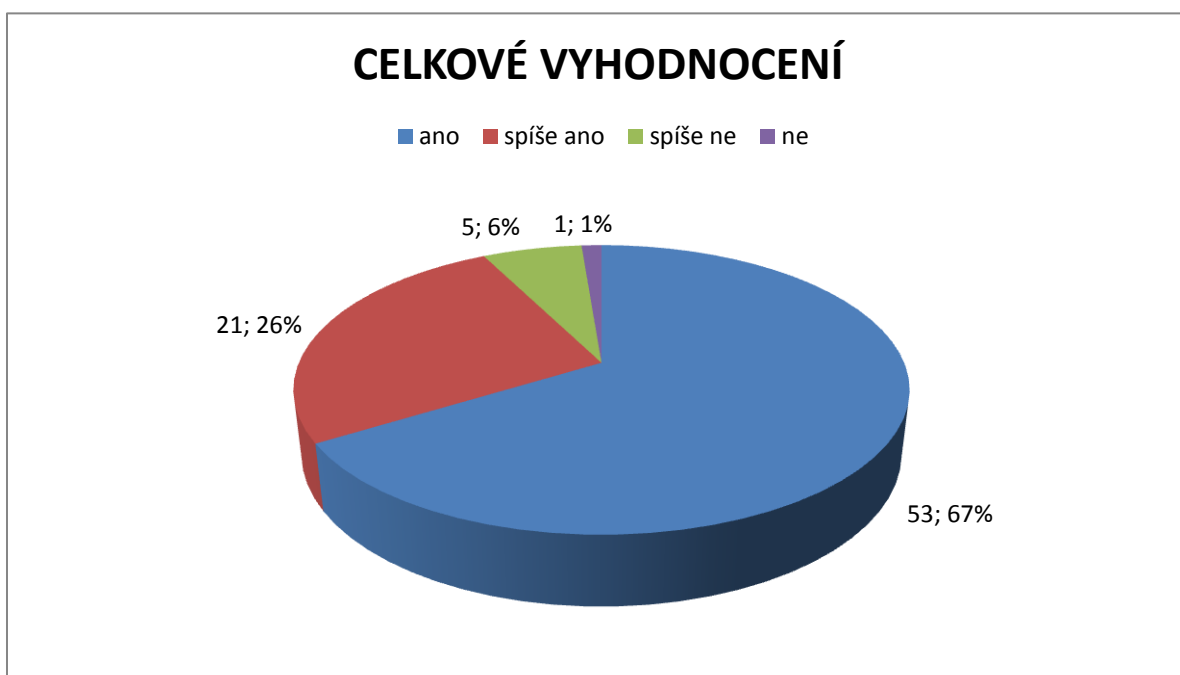
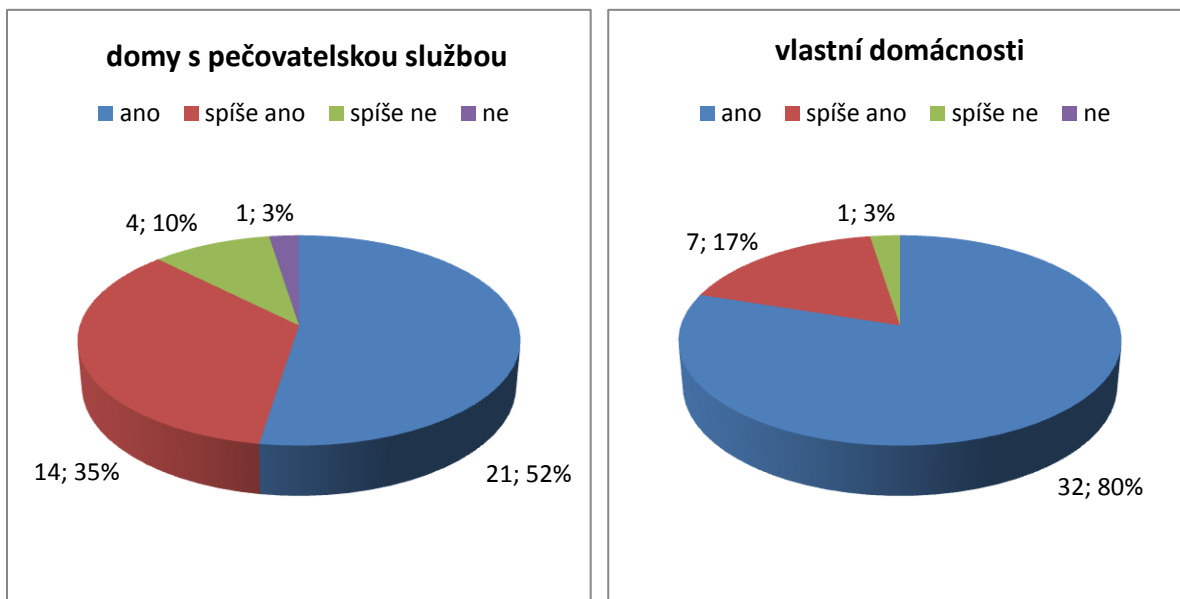
Celkové vyhodnocení ukazuje, že  $\frac{3}{4}$  seniorů přesněji 76% z nich je spokojeno s dostupností volné přírody. 61 z 80 respondentů volilo odpověď „ano“. Dalších 18% tvoří odpověď „spíše ano“ a zbylých 6% pak odpověď „spíše ne“. Odpověď „ne“ zde zcela chybí, což je pravděpodobně zapříčiněno tím, že dotazníky nebyly předkládány lidem žijících ve velkých městech.

výrok číslo 15: **Jsem spokojený/á se svým bydlením.**



Z celkového grafu je zřejmé, že 84% oslovených je spokojeno se svým bydlením (67 respondentů). Skupina částečně spokojených představuje v závěrečném grafu 10% (8 respondentů). Částečně nespokojených seniorů je pouze 5, což činí 6% z celku. Nikdo nevolil odpověď „ne“, tudíž skupina seniorů, která by byla se svým bydlením nespokojená, v grafu úplně chybí.

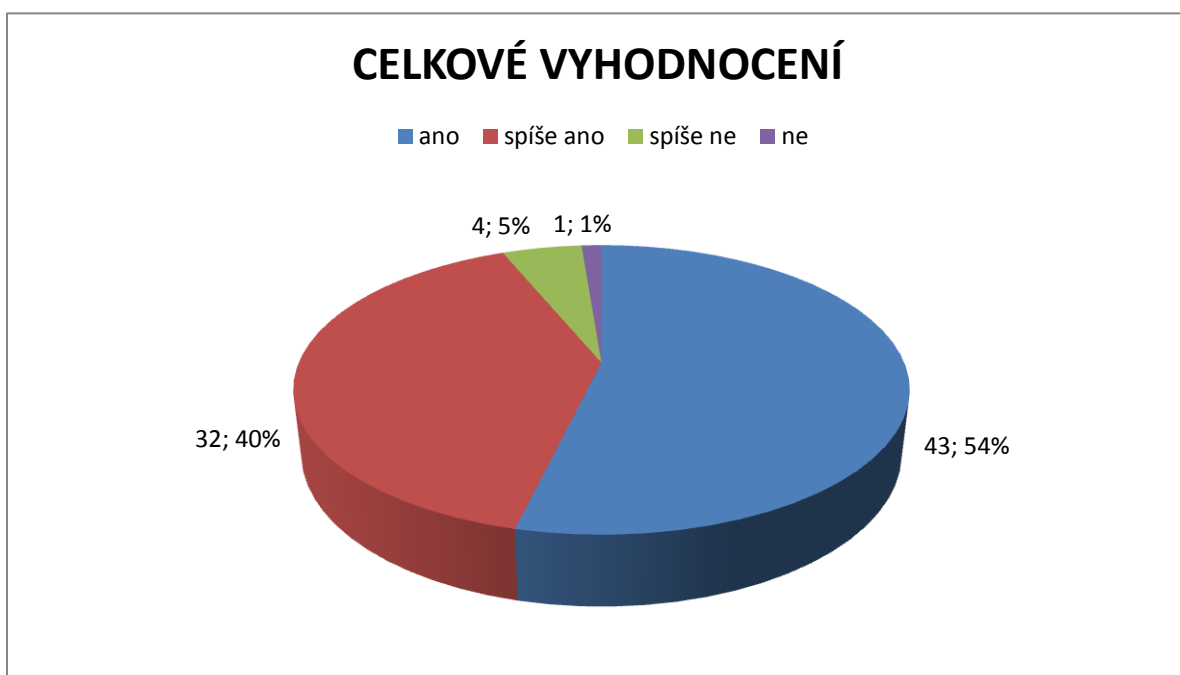
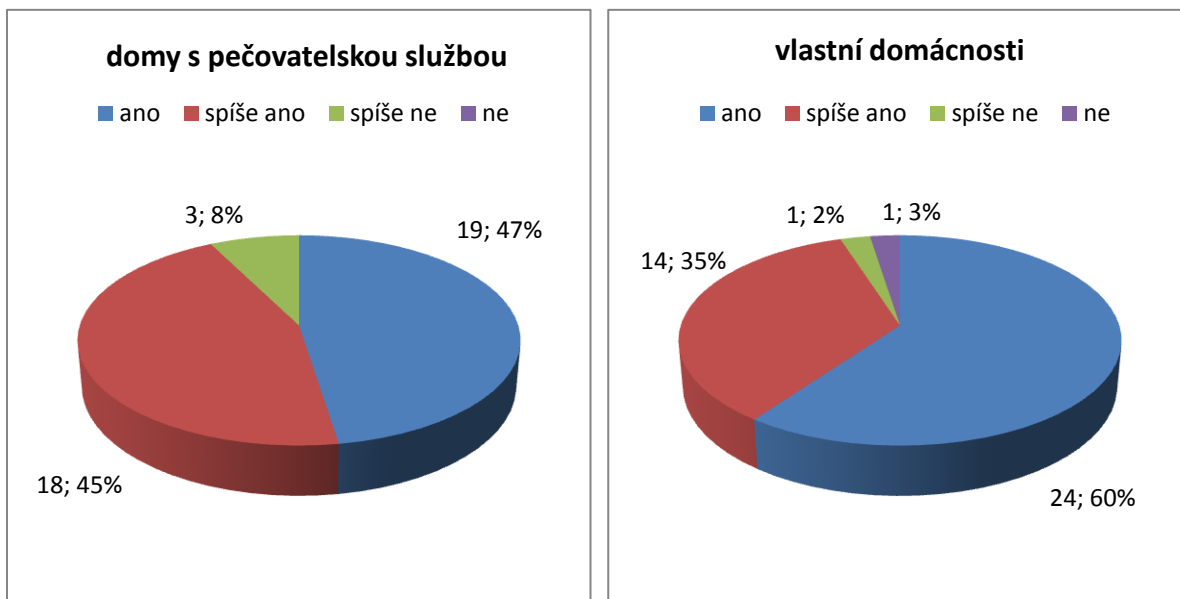
výrok číslo 16: **Život mě baví.**



Dílčí grafy ukazují značnou rozdílnost odpovědí mezi seniory z domů s pečovatelskou službou a seniory z vlastních domácností. U seniorů žijících ve vlastní domácnosti je nejčastější volba „ano“ a to celkem 32 krát, což představuje 80%. U seniorů z domů s pečovatelskou službou tato odpověď zaujímá 52% - rozhodlo se pro ni 21 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí je taktéž v obou případech „spíše ano“. Ve vlastních domácnostech tvoří 17% (7seniorů) a v domech s pečovatelskou službou 35% (14 seniorů). Zbylé dvě možné odpovědi představují v celkovém hodnocení 7%.

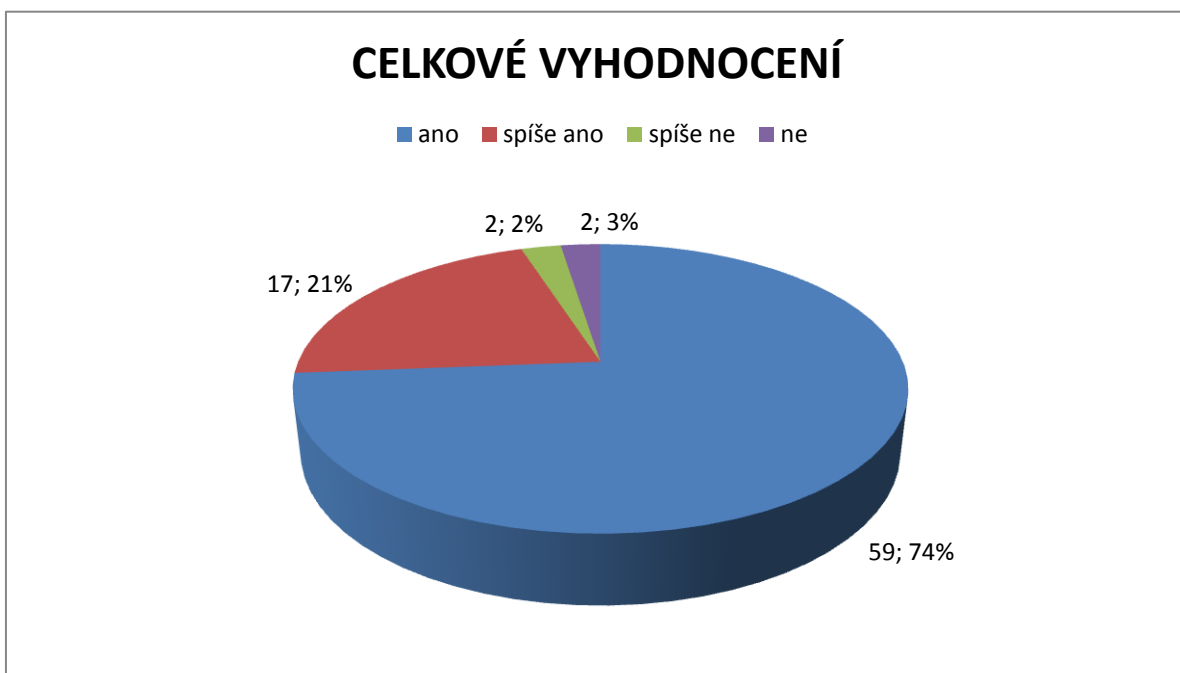
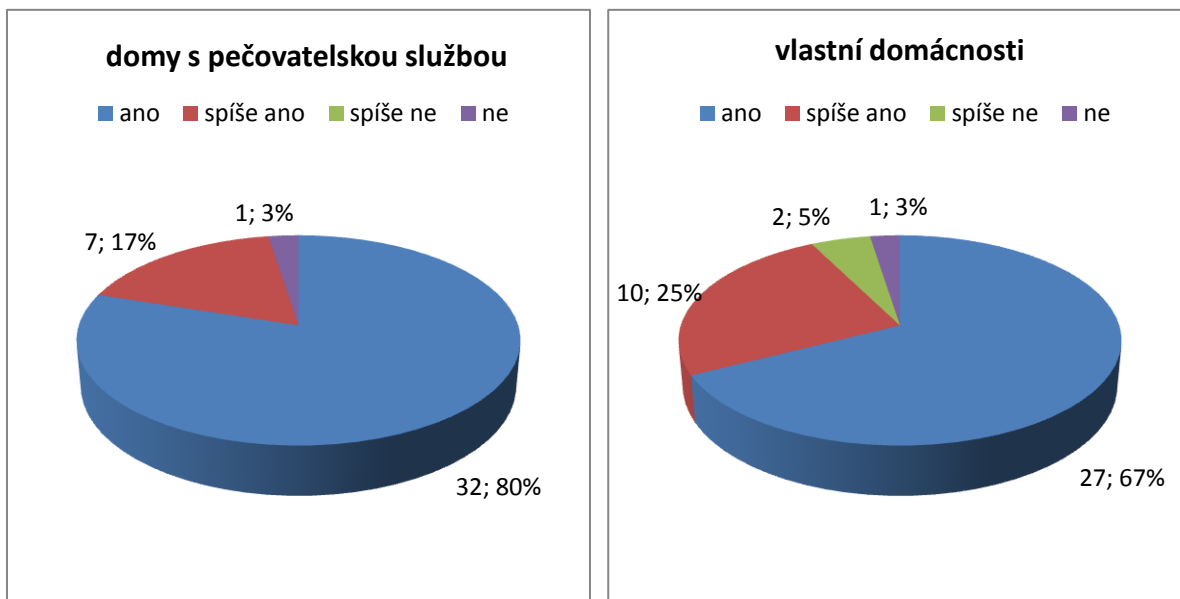


výrok číslo 17: **Mám dostatek příležitostí pro svoje zájmy.**



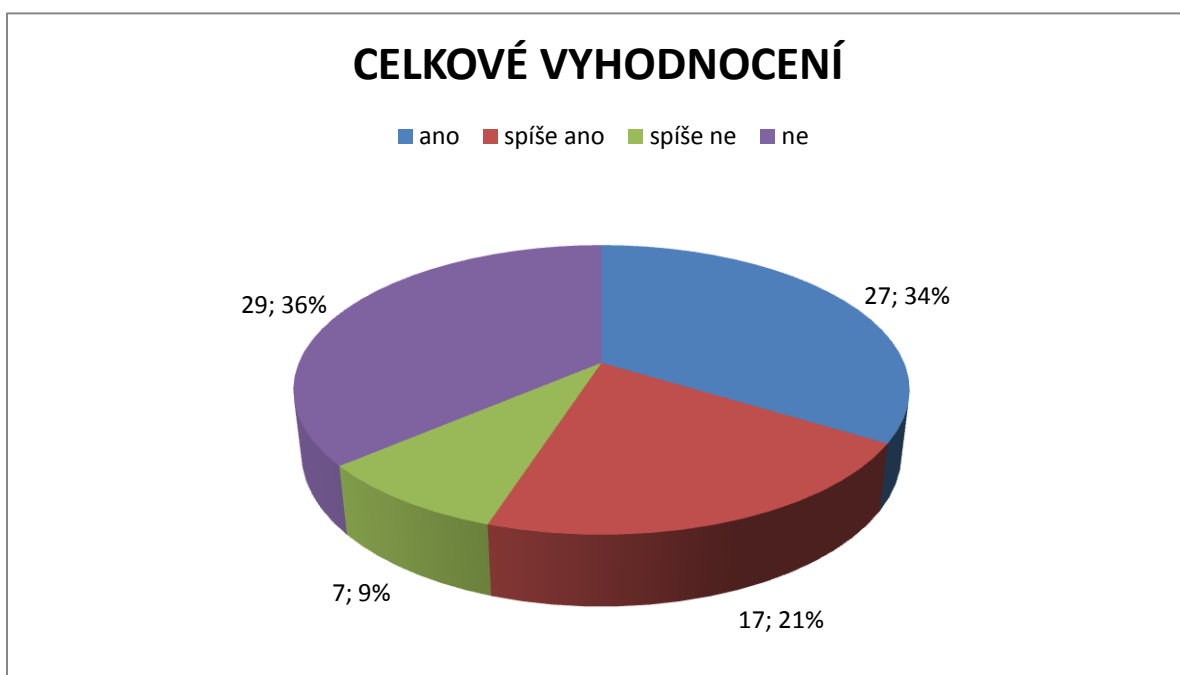
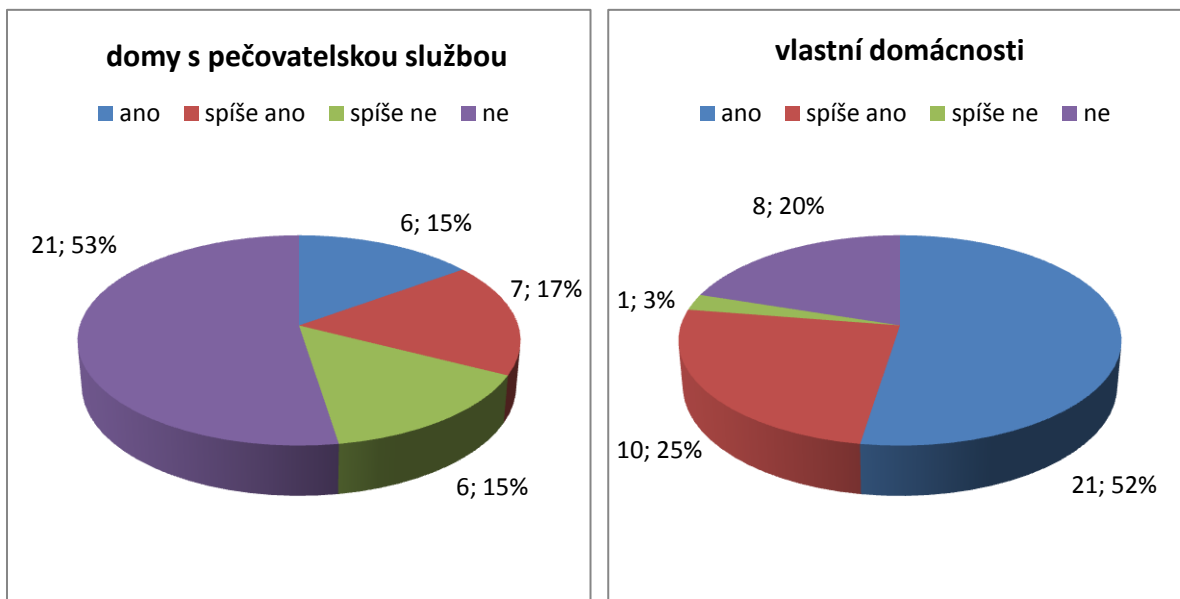
Dostatek příležitostí pro svoje zájmy má z celkového počtu seniorů 43 dotázaných. Možnost „ano“ tak v grafu představuje 54%. Druhá nejčastěji volená odpověď je „spíše ano“, rozhodlo se pro ni 40% tedy 32 respondentů. 5% z grafu zabírá odpověď „spíše ne“ (4 seniori) a 1% odpověď „ne“. Nedostatek příležitostí pro své zájmy tedy trápí pouze 1 z 80 dotázaných seniorů.

výrok číslo 18: **Jsem spokojený/á se svými osobními vztahy.**



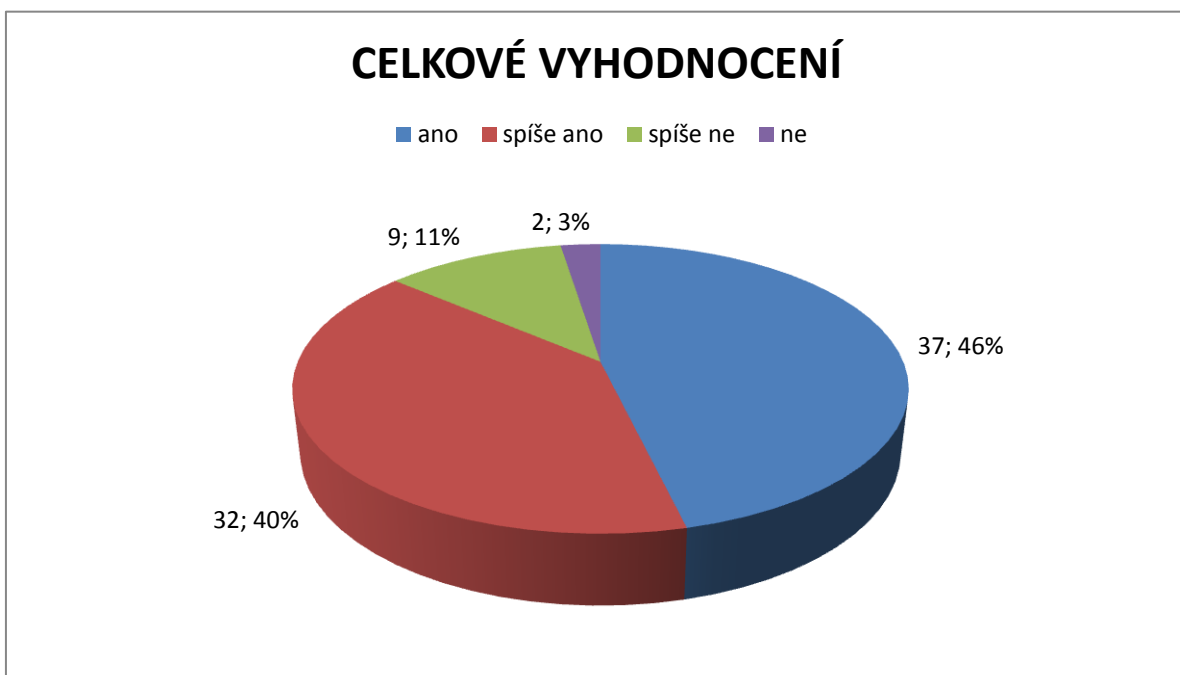
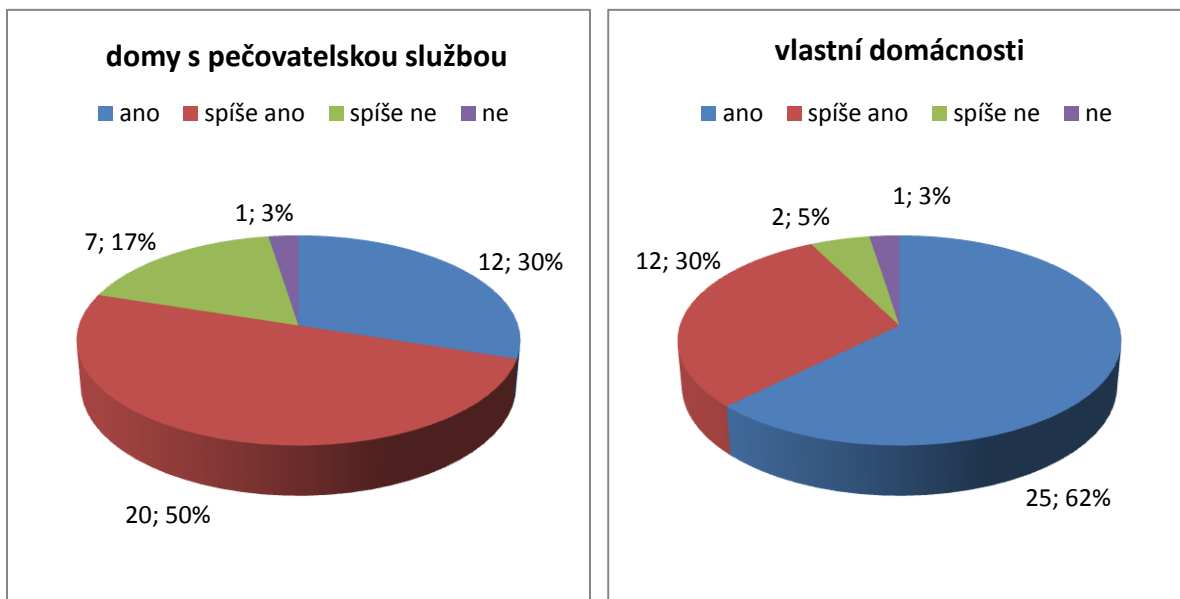
74% z 80 oslovených seniorů je spokojeno se svými osobními vztahy – tedy 59 z nich. Volba „spíše ano“ zaujímá v grafu 21% (tzn. 17 seniorů). Skupina odpovědí „spíše ne“ a „ne“ tvoří společně 5% z celkového počtu. Dílčí grafy ukazují, že spokojenost se zmíněnými osobními vztahy je o něco lepší u seniorů žijících v domech s pečovatelskou službou, kde volby „ano“ a „spíše ano“ zaujímají celý 97% .

výrok číslo 19: **Jsem spokojený/á se svým sexuálním životem.**



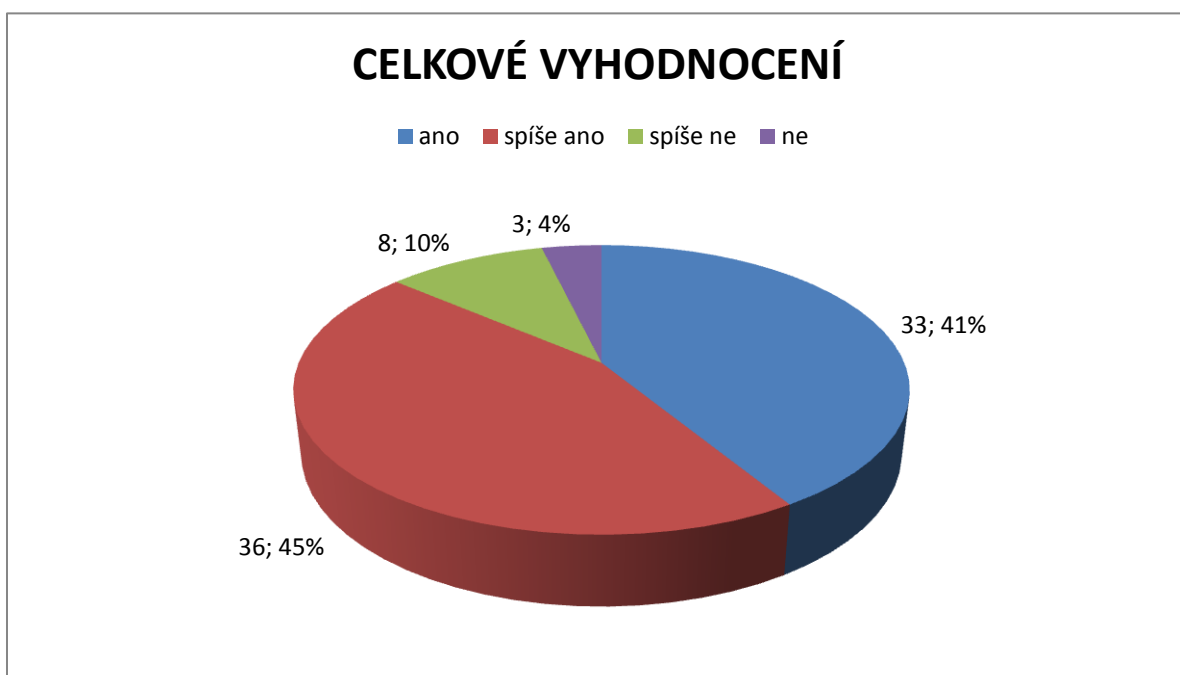
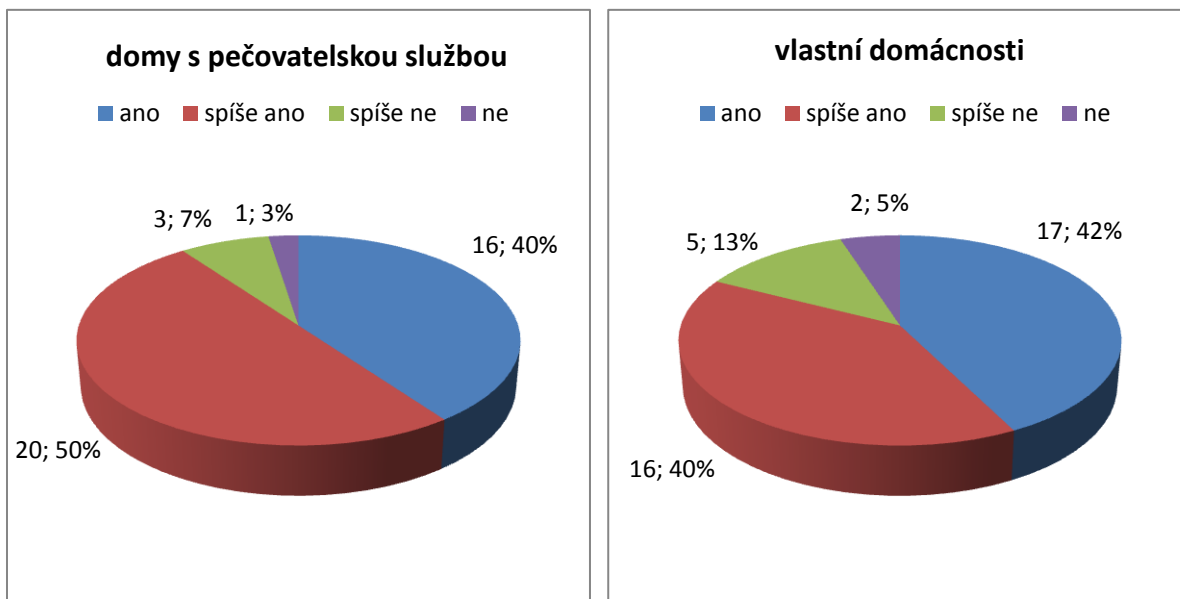
Se svým sexuálním životem je spokojeno 52% seniorů žijících ve vlastní domácnosti – tzn. 21 ze 40 dotázaných. Dalších 25% volilo odpověď „spíše ano“ (10 osob). Nespokojených je v této skupině 23% - tedy 9 respondentů. V domech s pečovatelskou službou je se svým sexuálním životem spokojeno pouze 15% seniorů- tedy 6 ze 40 oslovených. Odpověď „spíše ano“ tvoří 17% (7 respondentů) a „spíše ne“ 15% (6 respondentů). Nejpočetnější je zde skupina seniorů, která je se svým sexuálním životem nespokojená. Jedná se o 52% - tedy 21 respondentů.

výrok číslo 20: **Jsem schopen/a se soustředit.**



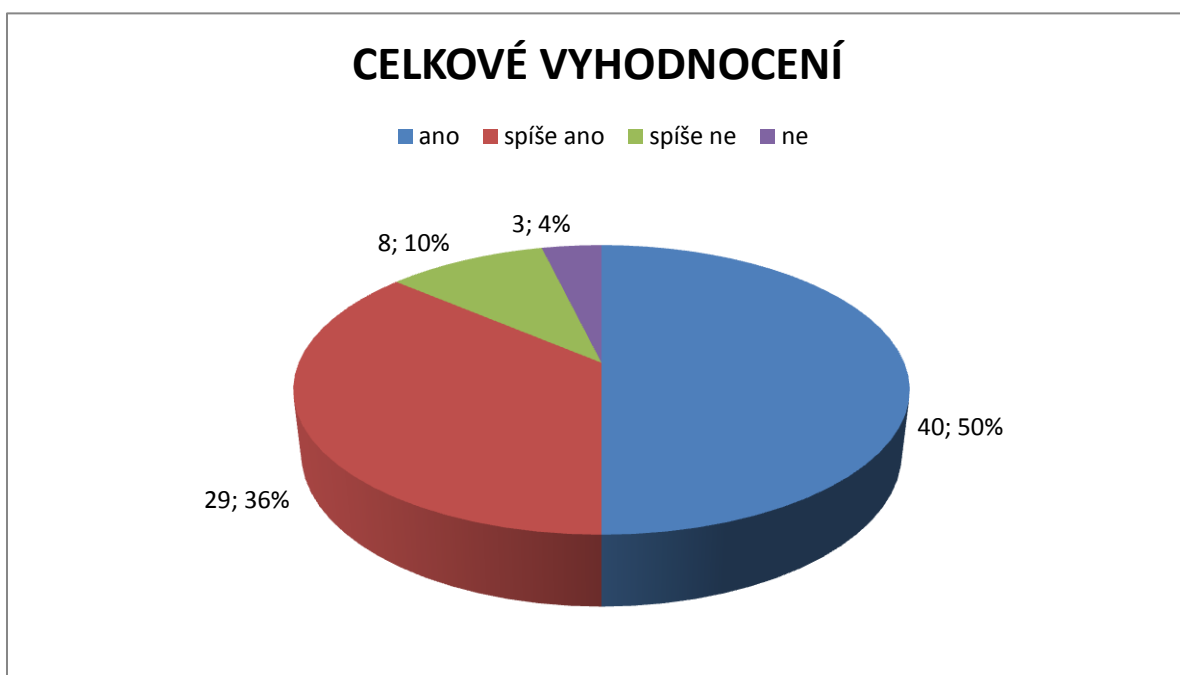
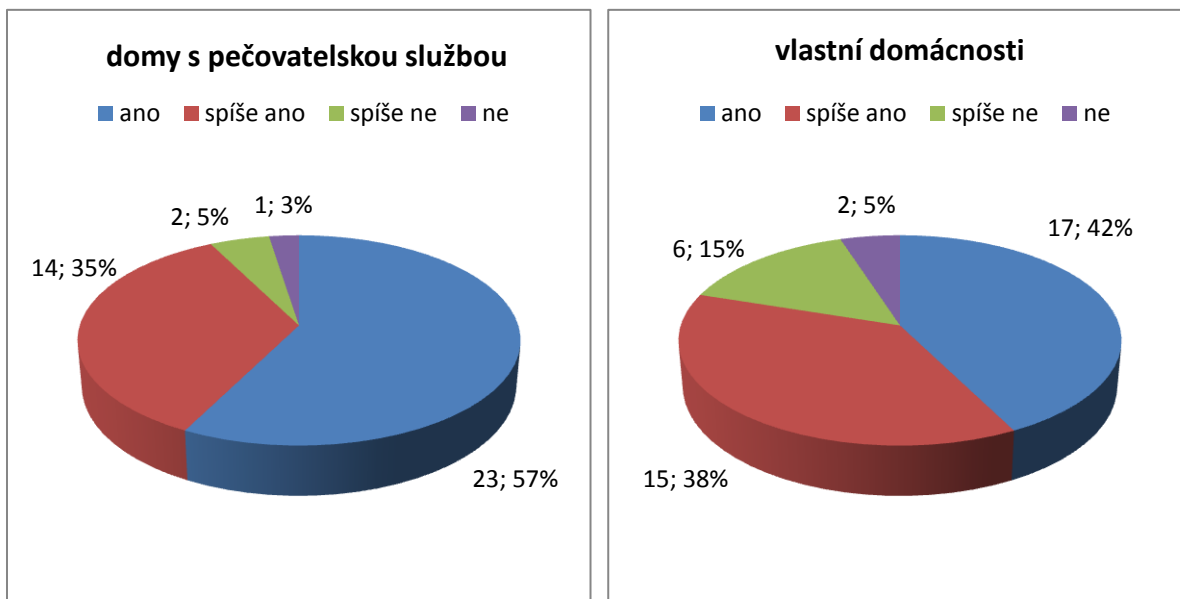
Schopnost soustředit se je vlastní 46% respondentů (37 z 80 dotázaných). Možnost „spíše ano“ zvolilo 40% (32 oslovených). Soustředit se dělá problémy 13% respondentů. 9 z nich zvolilo možnost „spíše ne“, další 2 pak možnost „ne“.

výrok číslo 21: **Jsem spokojený/á s čistotou ovzduší.**



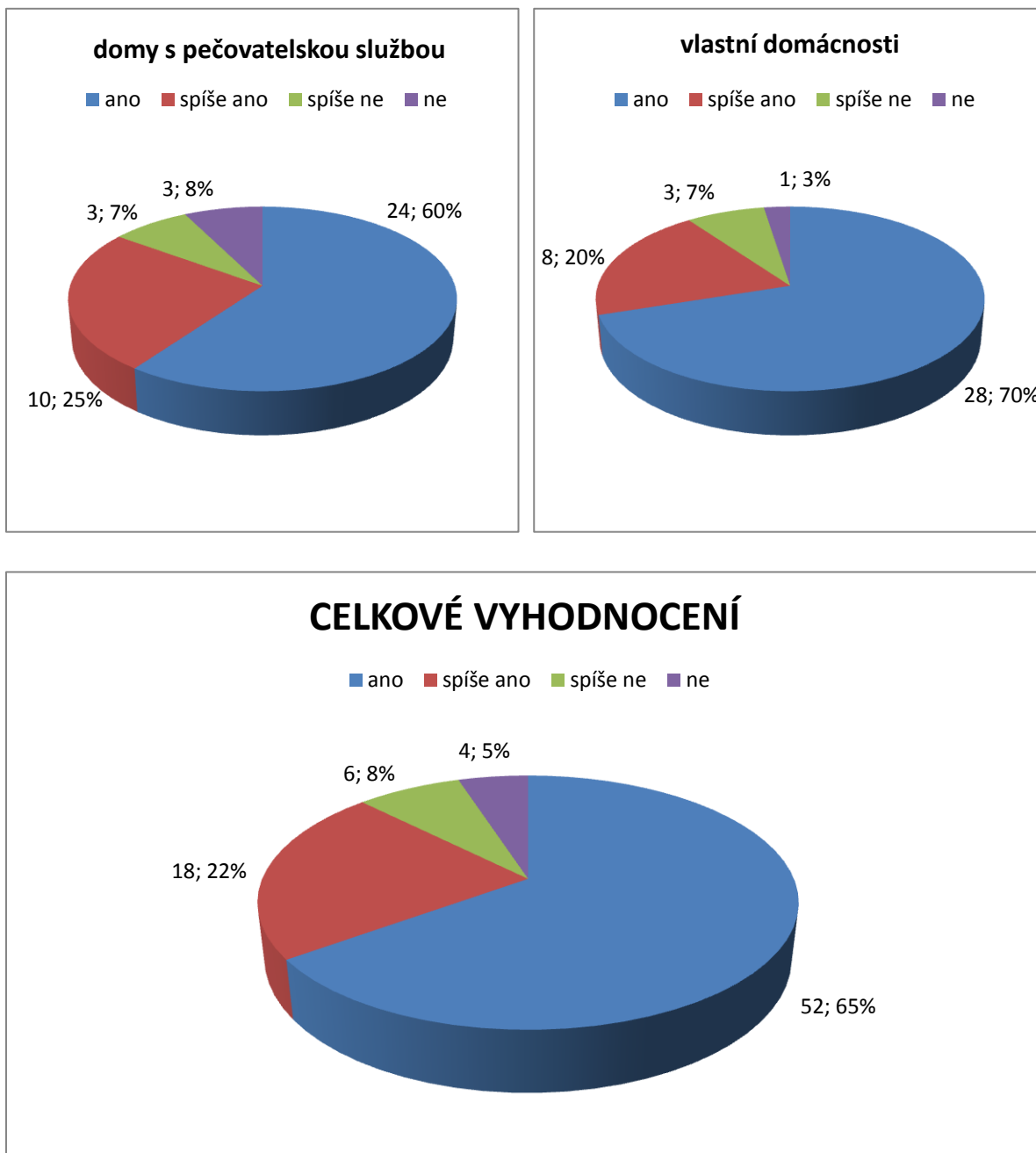
Z dílčích grafů je zřejmé, že odpovědi obou skupin seniorů se téměř shodují. Celkový graf dokazuje, že 86% seniorů je spokojeno a spíše spokojeno s čistotou ovzduší ve svém okolí. 33 respondentů zvolilo možnost „ano“ (41%). Dalších 36 odpovědělo „spíše ano“ (41%). Ze zbylých 14% se 10% rozhodlo po „spíše ne“ (8 osob) a 4% pro „ne“ (3 osoby).

výrok číslo 22: **Jsem spokojený/á se zdravotní péčí.**



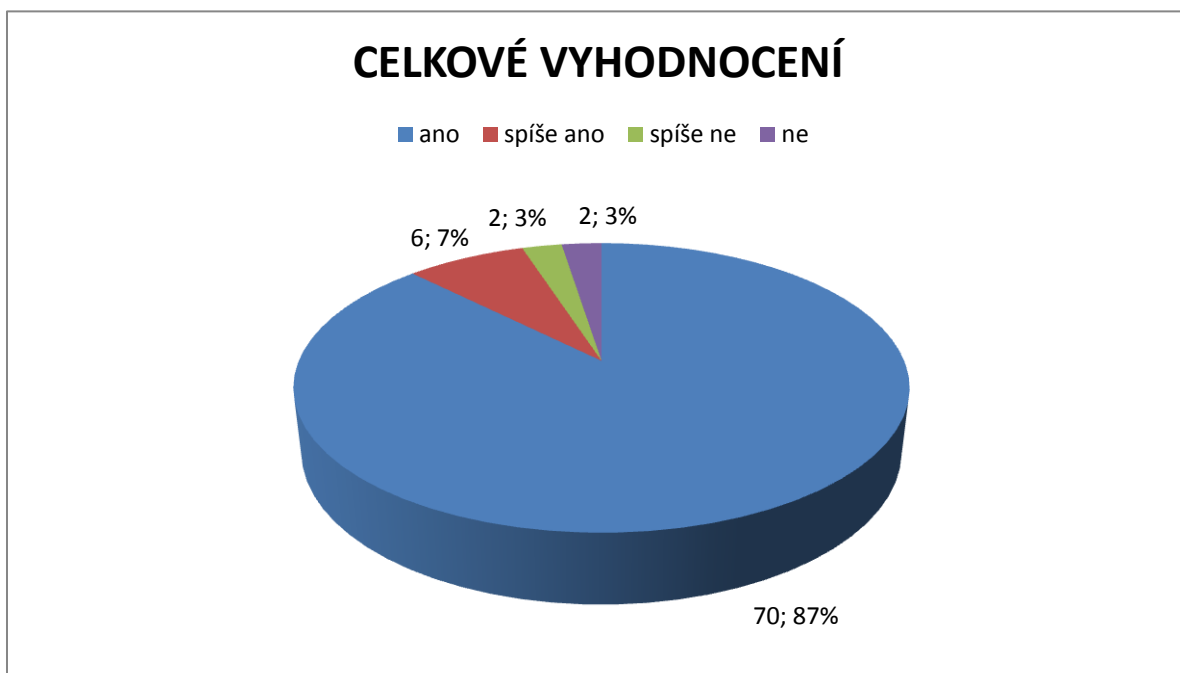
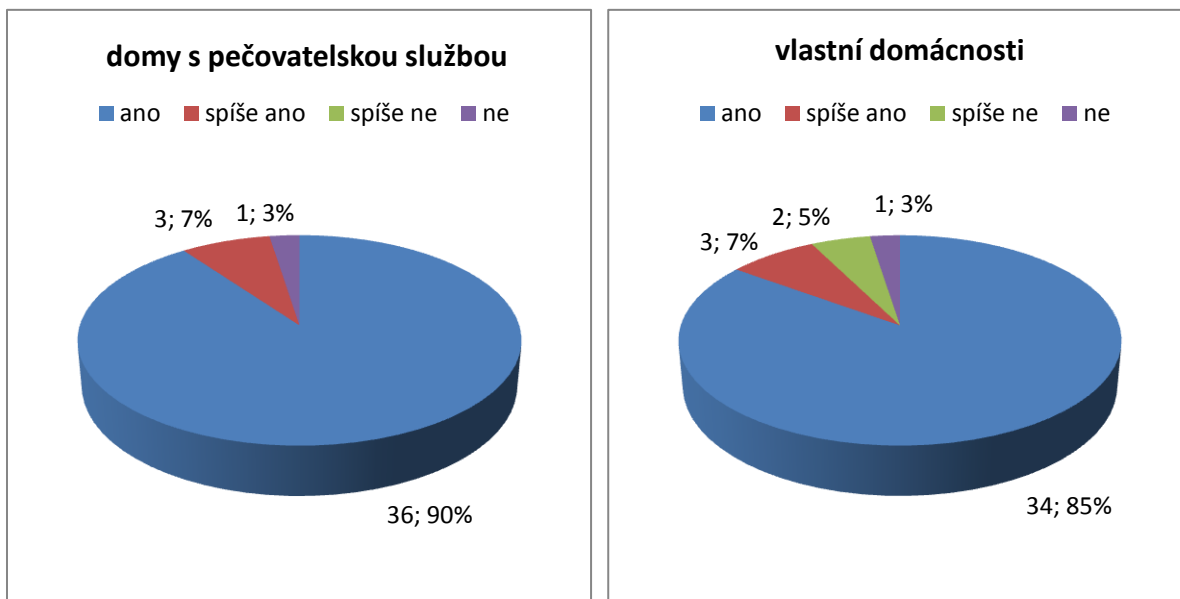
Z celkového grafu vyplývá, že přesně ½ respondentů je spokojena se zdravotní péčí – tj. 40 osob. K možnosti „spíše ano“ se v tomto ohledu přiklonilo 36% tedy 29 seniorů. Odpověď „spíše ne“ zabírá v celkovém hodnocení 10% (8 respondentů) a odpověď „ne“ pouze 4% (3 respondenti).

výrok číslo 23: **Můj život dává smysl.**



Smysl ve svém životě spatřuje 52 z 80 oslovených seniorů – tedy 65%. 22% pak představují ti, kteří volili odpověď „spíše ano“ – celkem 18 seniorů. Smysl ve svém životě nevidí 13% dotázaných – 6 osob se rozhodlo pro možnost „spíše ne“ a další 4 osoby pro možnost „ne“.

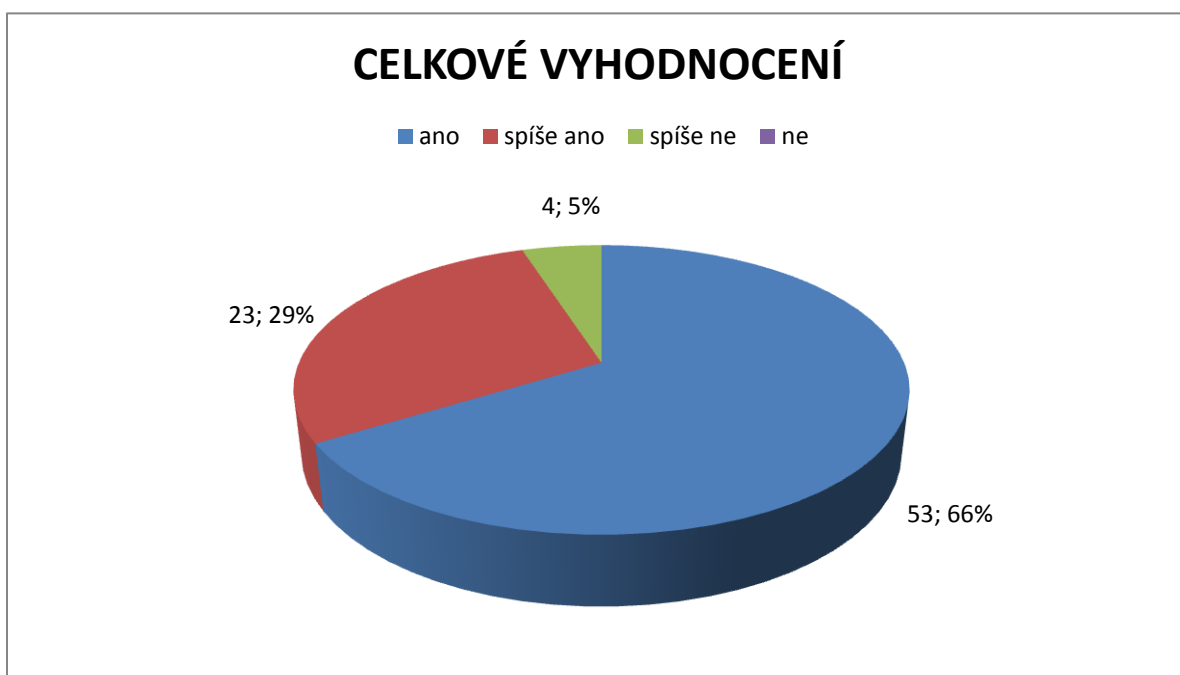
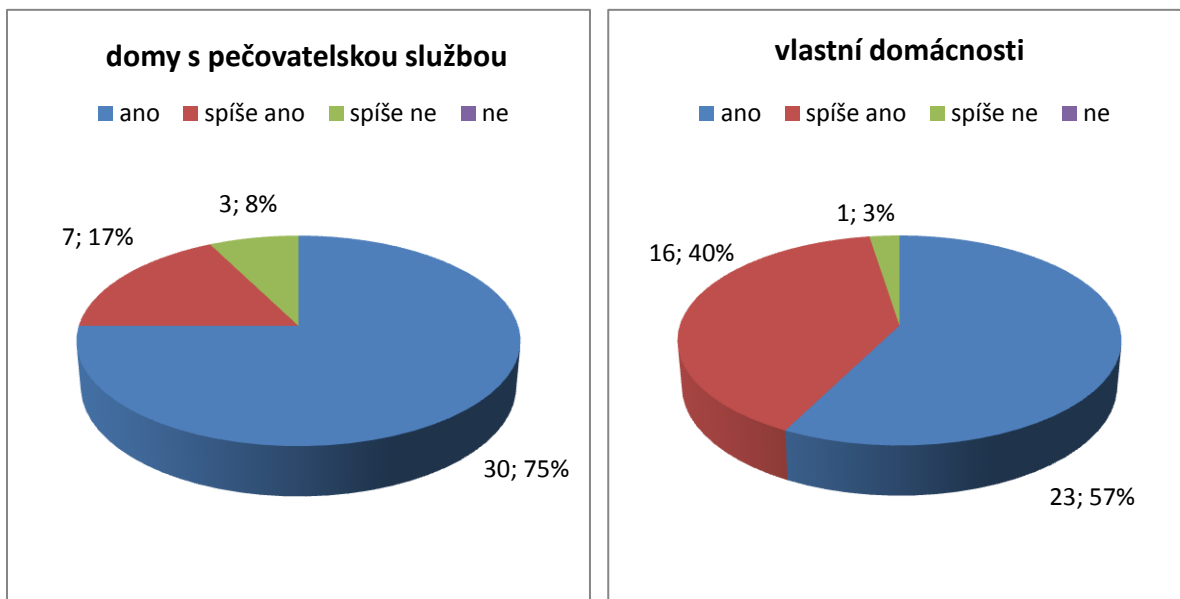
výrok číslo 24: **Mám dostatek odpočinku.**



Jak ukazují dílčí grafy, dostatek odpočinku mají až na jednu výjimku všichni senioři z domů s pečovatelskou službou. Skupina, která volila odpověď „ano“ tvoří 90%, dalších 7% se přiklonilo k odpovědi „spíše ano“. Jen jedna osoba tohoto zařízení dostatek odpočinku nemá. Podobně jsou na tom senioři žijící ve vlastní domácnosti. Zde je ale oproti první skupině zastoupena i možnost „spíše ne“, kterou zvolili 2 senioři (5%).

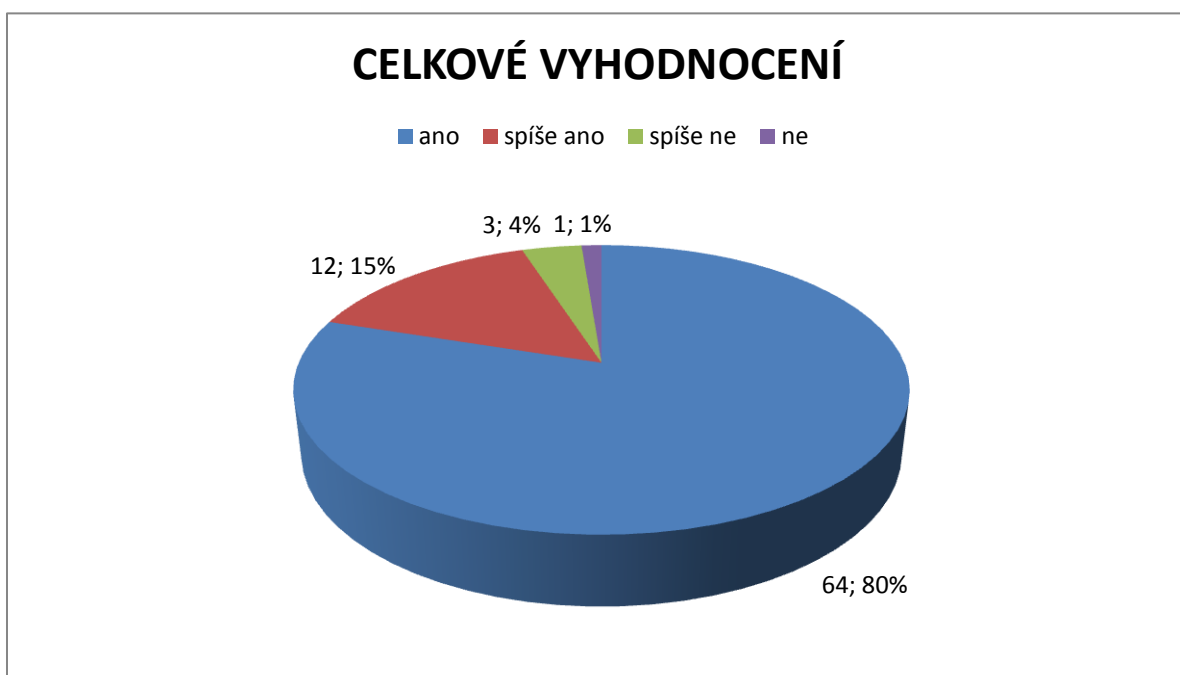
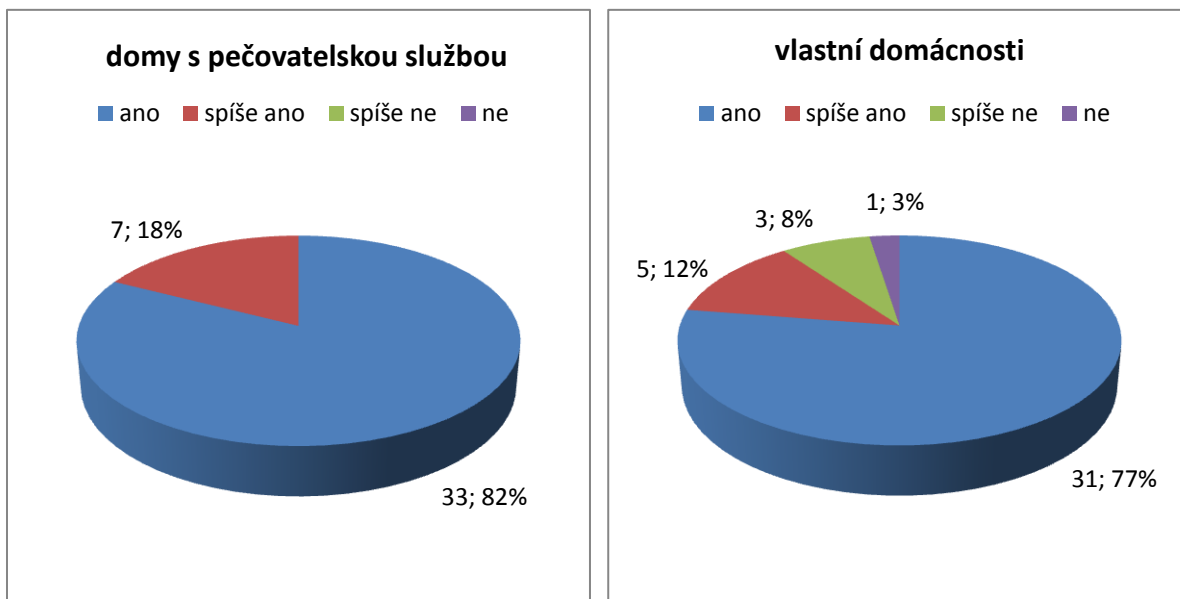


výrok číslo 25: **Dodržuji pravidelný pitný režim.**



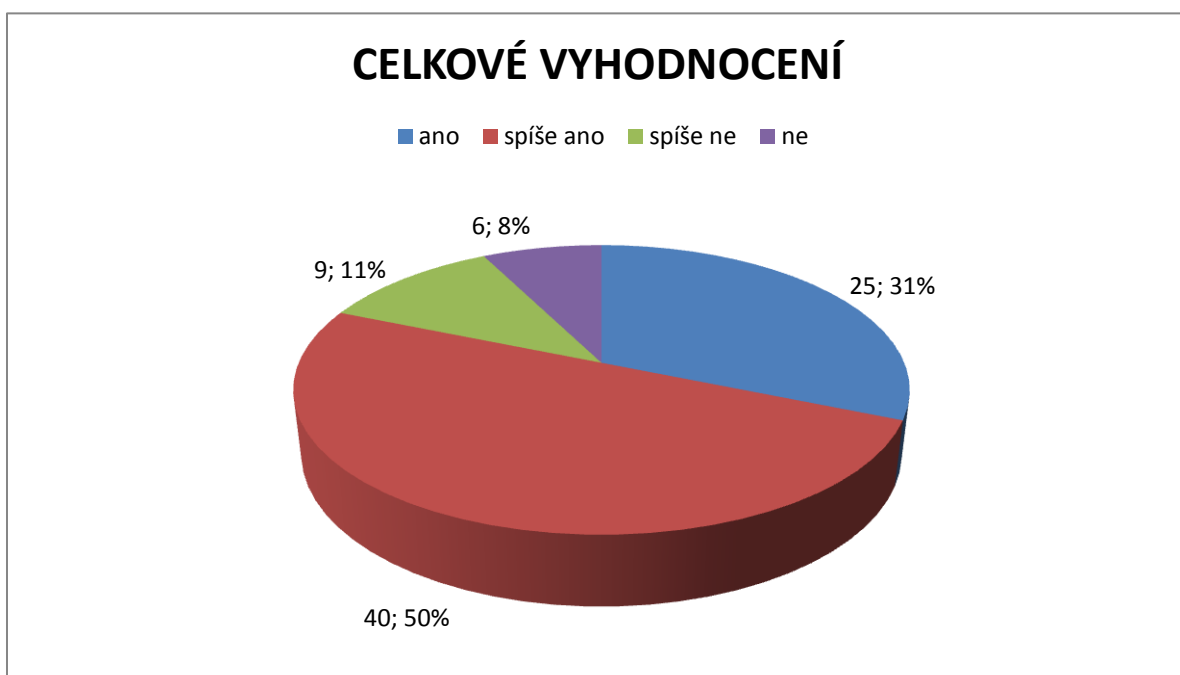
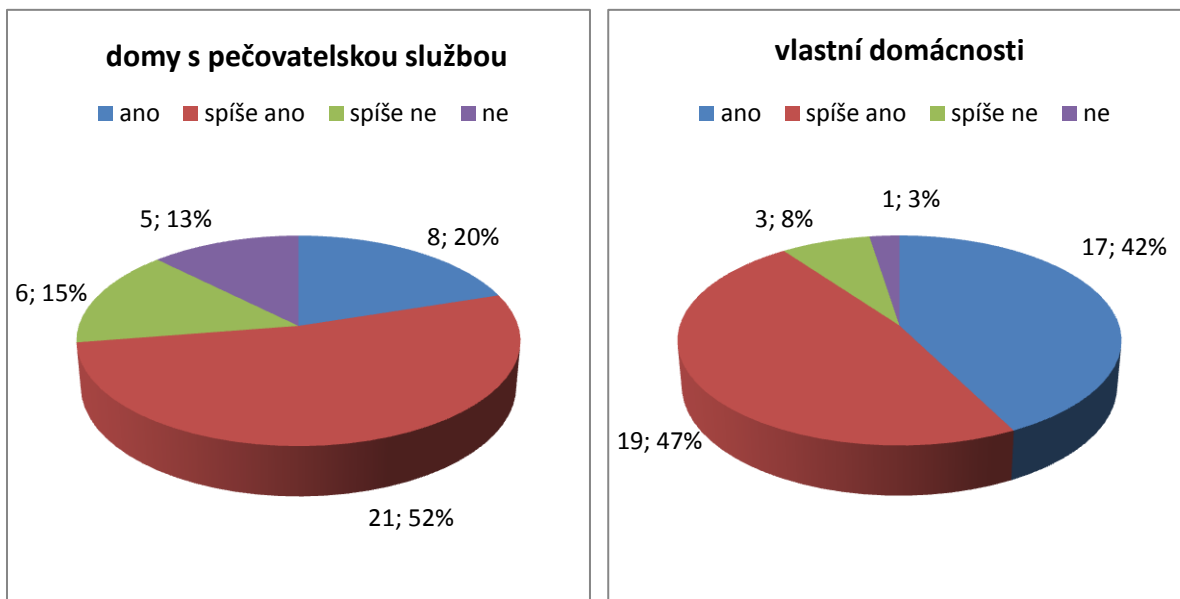
Pravidelný pitný režim podle celkového vyhodnocení dodržuje 53 z 80 seniorů – tedy 66% dotázaných. Druhá nejčastější odpověď je zde „spíše ano“. Celkem byla tato odpověď zvolena 23 krát a v grafu představuje 29%. Pouze 5% seniorů svůj pitný režim spíše nedodržuje (4 osoby).

výrok číslo 26: **Jím klidně a na jídlo nespěchám.**



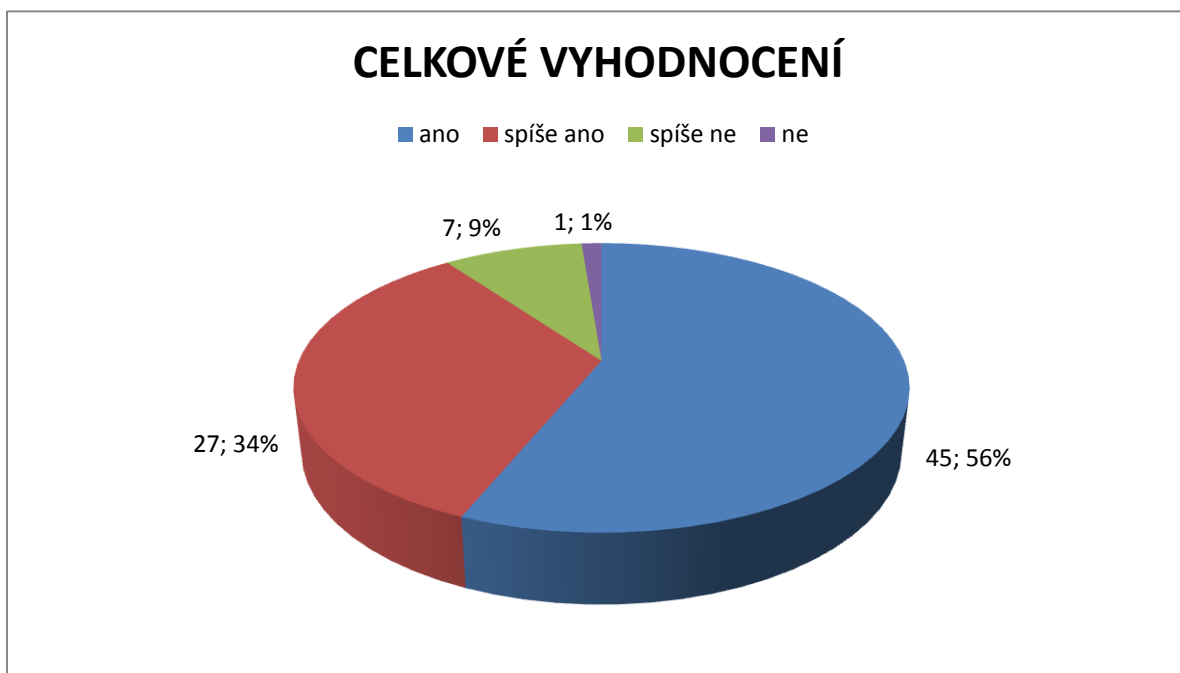
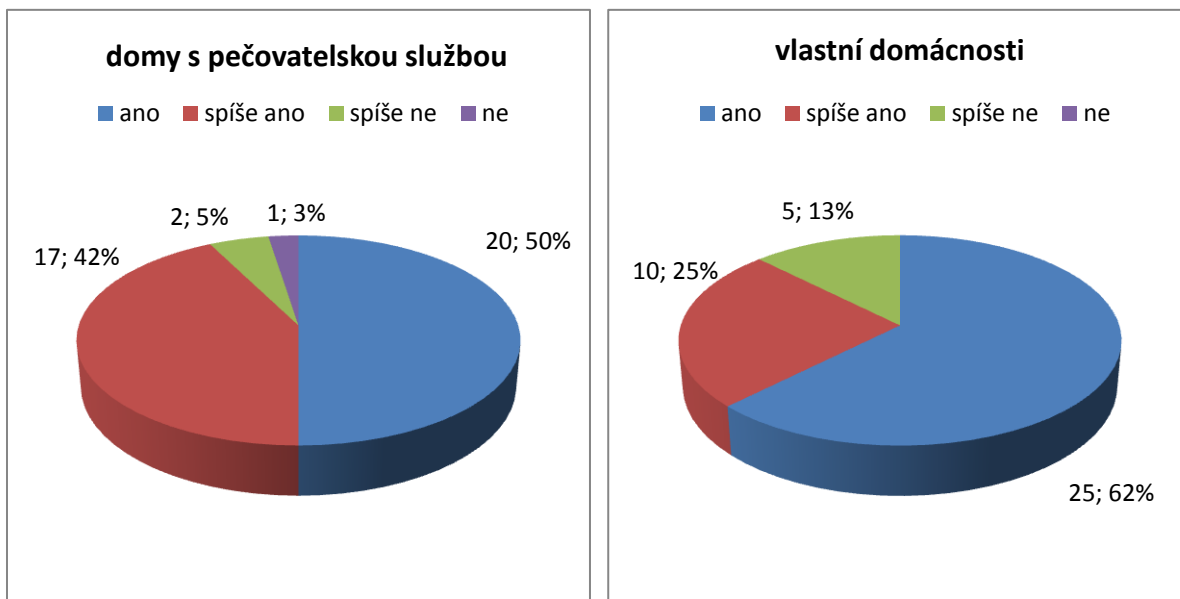
Klidně jí a zároveň na jídlo nespěchá celých 80% seniorů. Dalších 12 osob zvolilo odpověď „spíše ano“ (15%), 3 dotázaní pak odpověď „spíše ne“. Jen 1% - tzn. 1 senior si nedopřává jídlo tak, jak by mělo být – pomalu, v klidu s vnímáním všech smyslů.

výrok číslo 27: **Jsem spokojený/á se svou pamětí.**



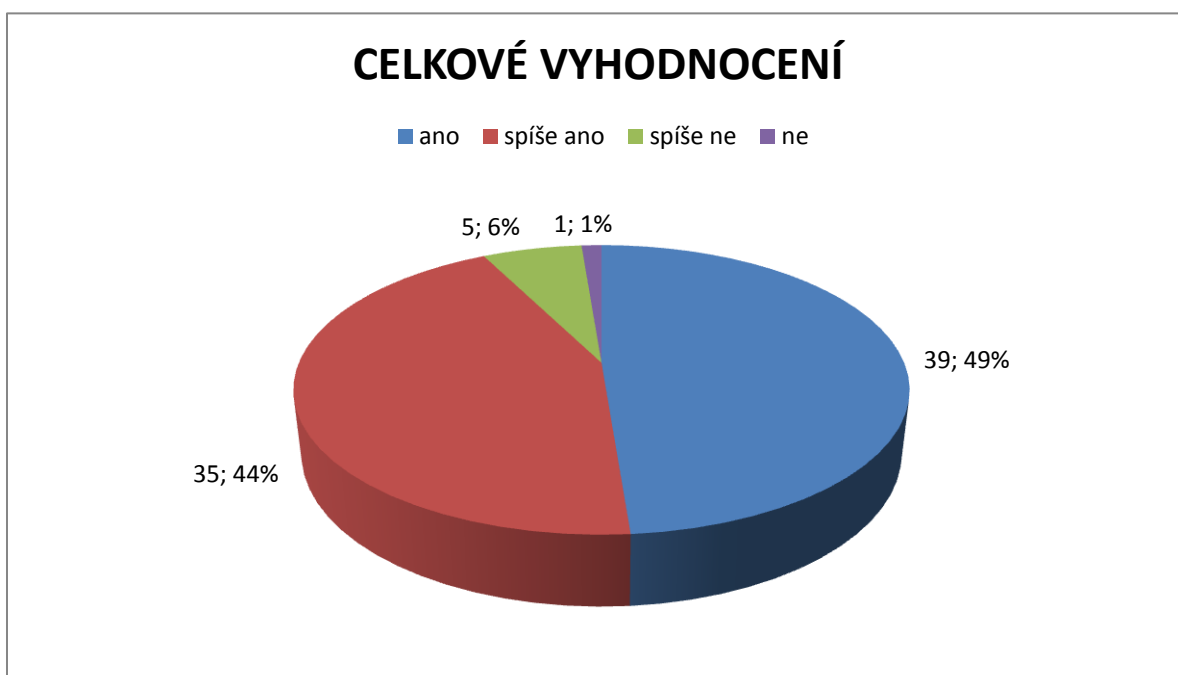
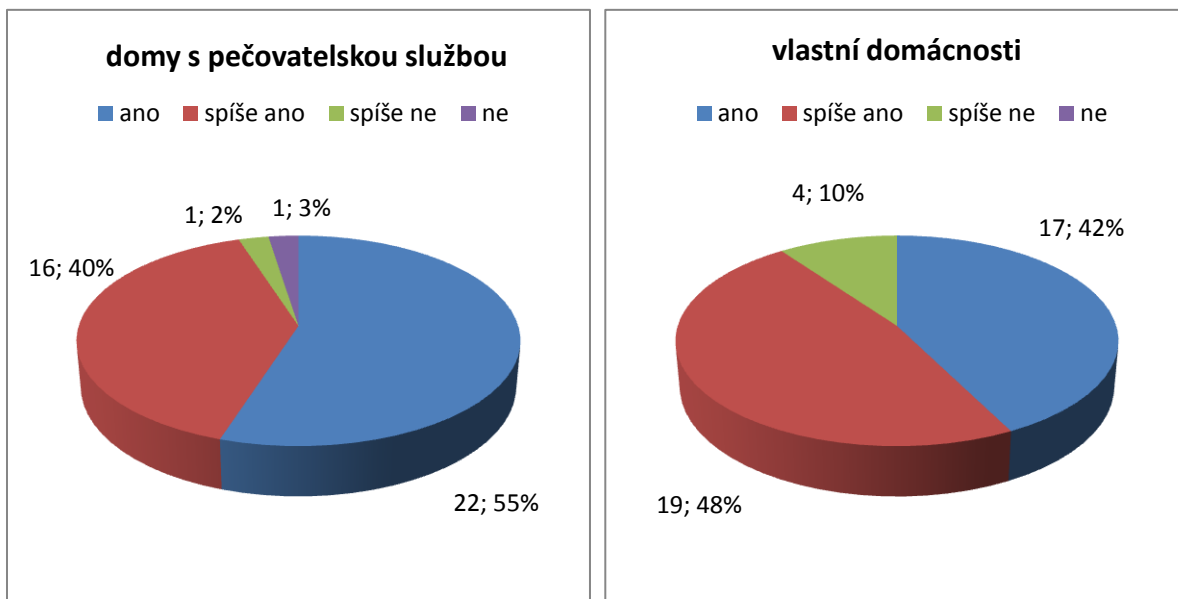
$\frac{3}{4}$  seniorů žijících ve vlastní domácnosti jsou spokojeni se svou pamětí. Nejčastější odpovědí zde byla možnost „spíše ano“, která tvoří 47% grafu (19 respondentů). Možnost „ano“ tvoří 42% (17 respondentů). Jen 1 osoba má ke stavu své paměti nějaké výhrady. Seniori z domů s pečovatelskou službou jsou spokojeni v 72% - tedy 29 ze 40 dotázaných. Zbýlých 28% mívá s pamětí problémy (11 respondentů).

výrok číslo 28: **Jsem spokojený/á s kvalitou pitné vody.**



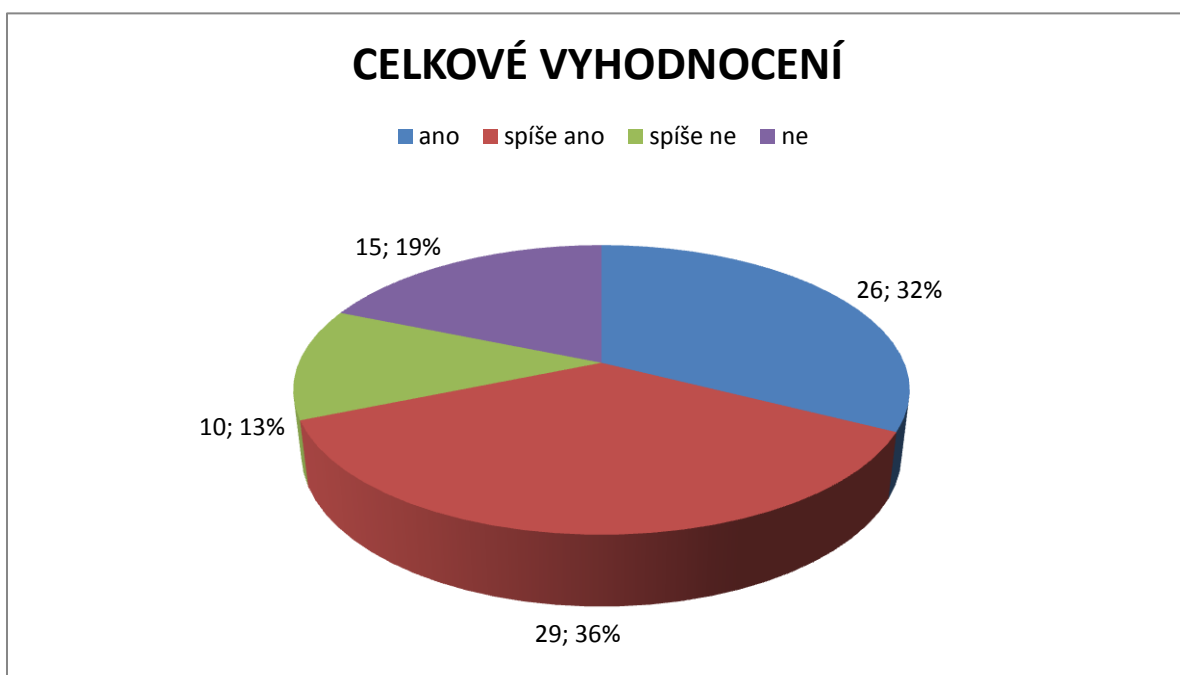
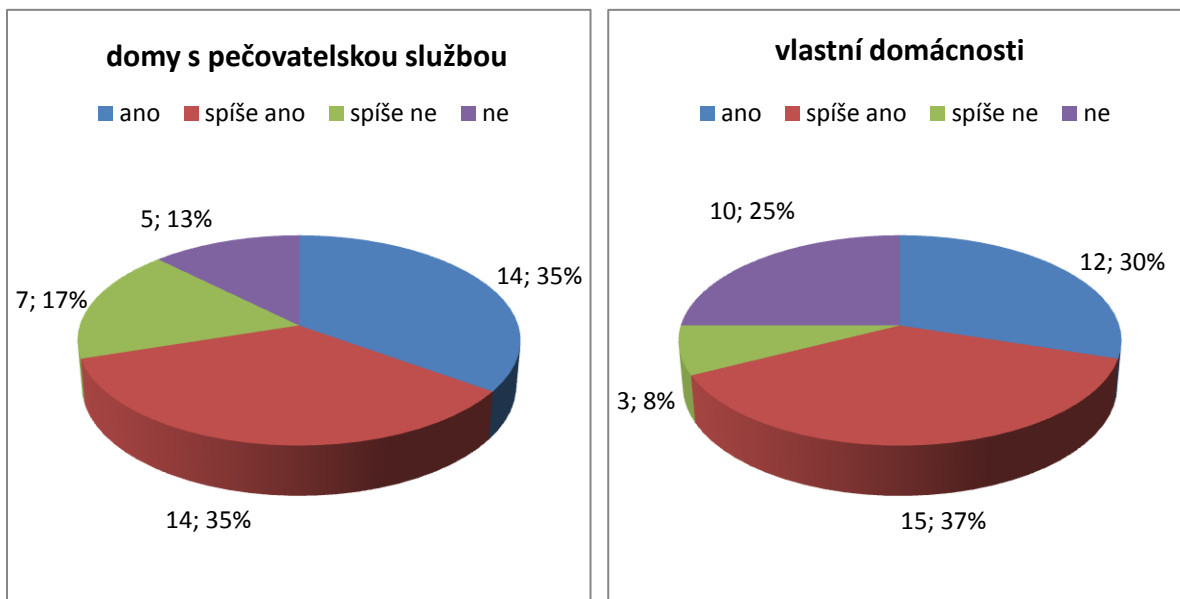
S kvalitou pitné vody je podle celkového grafu spokojeno 56% - tzn. 45 z 80 dotázaných seniorů. Dalších 27 osob odpovědělo „spíše ano“, tvoří tak 27% grafu. 9% se přiklonilo k možnosti „spíše ne (7 seniorů) a 1% je zcela nespokojeno, co se kvality pitné vody týká (1 člověk).

výrok číslo 29: **Prostředí, ve kterém žiji, je zdravé.**



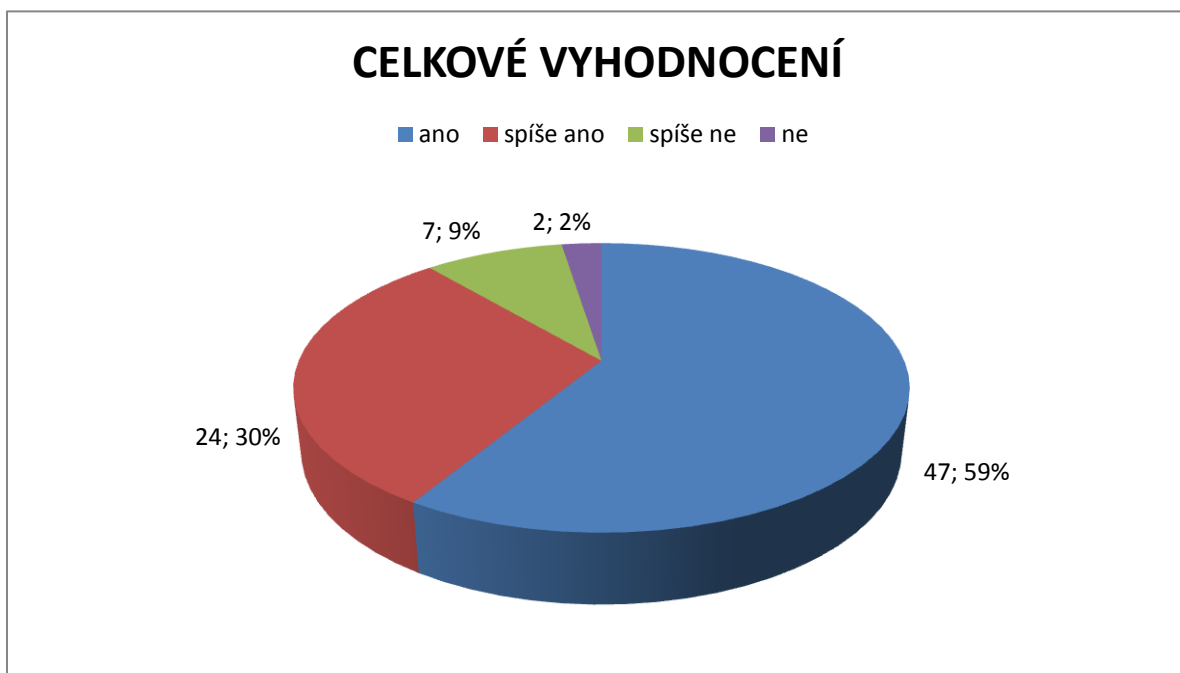
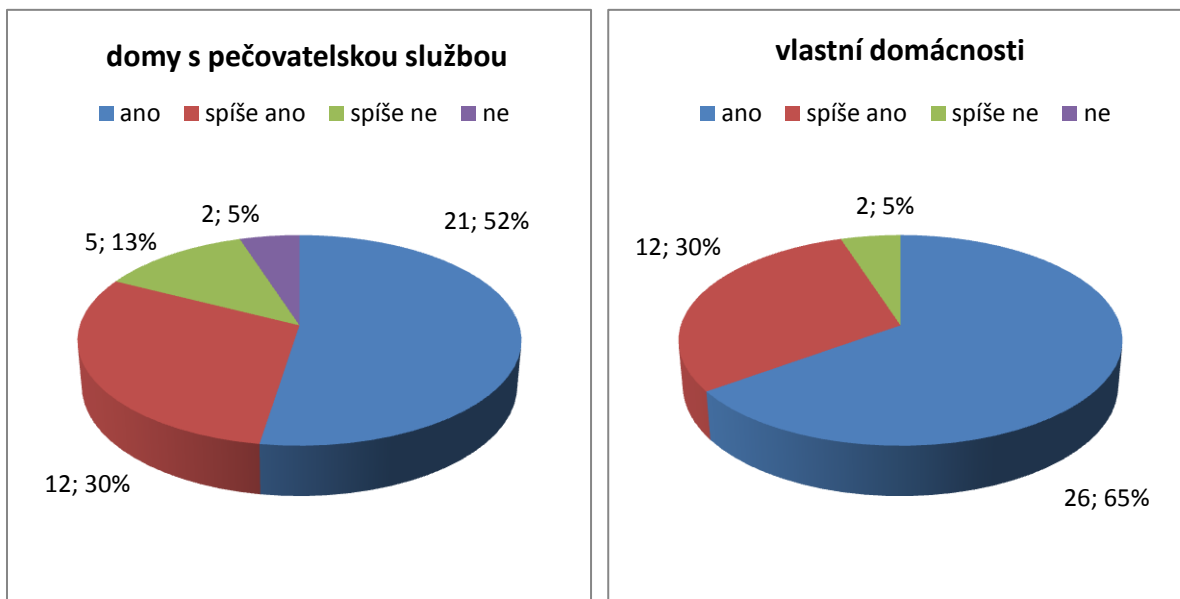
95% seniorů z domů s pečovatelskou službou považuje prostředí, ve kterém žijí za zdravé. Možnost „ano“ zvolilo 22 osob (55%) a možnost „spíše ano“ 16 osob (40%). Senioři žijící ve vlastní domácnosti taktéž považují své okolí většinou za zdravé. Odpovědi „ano“ a „spíše ano“ tvoří 90% grafu. Zbýlých 10% zaujímá odpověď „spíše ne“ – tzn. 4 respondenti.

výrok číslo 30: **Bolest mi brání dělat to, co potřebuji.**



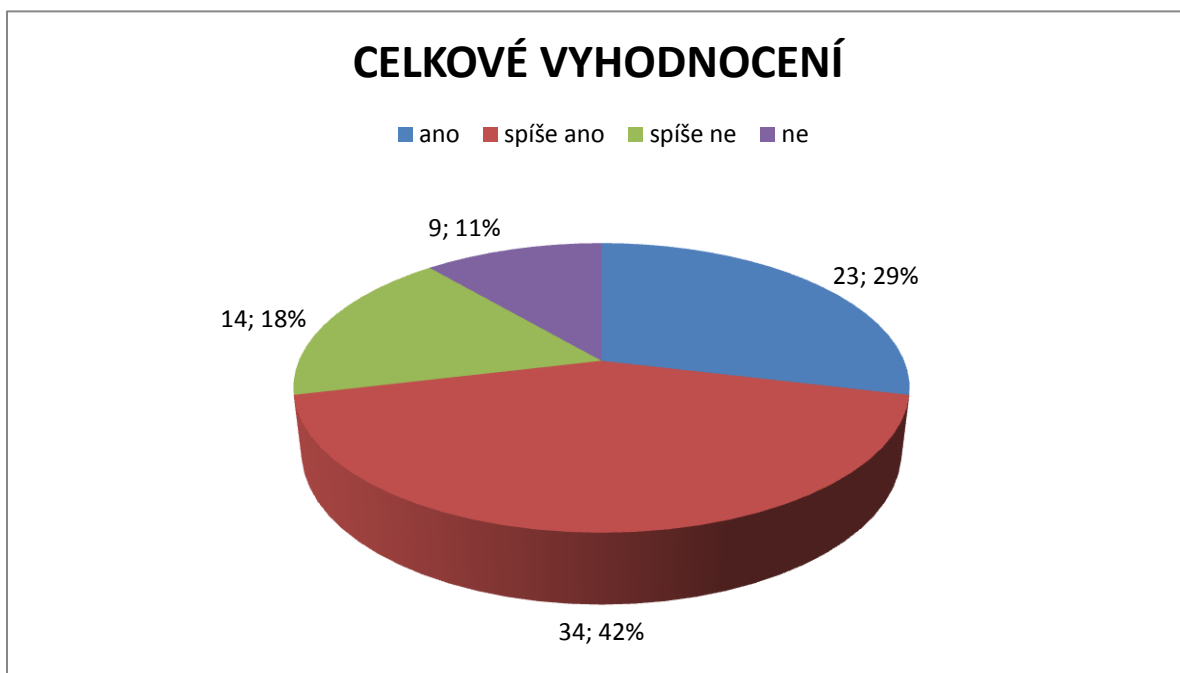
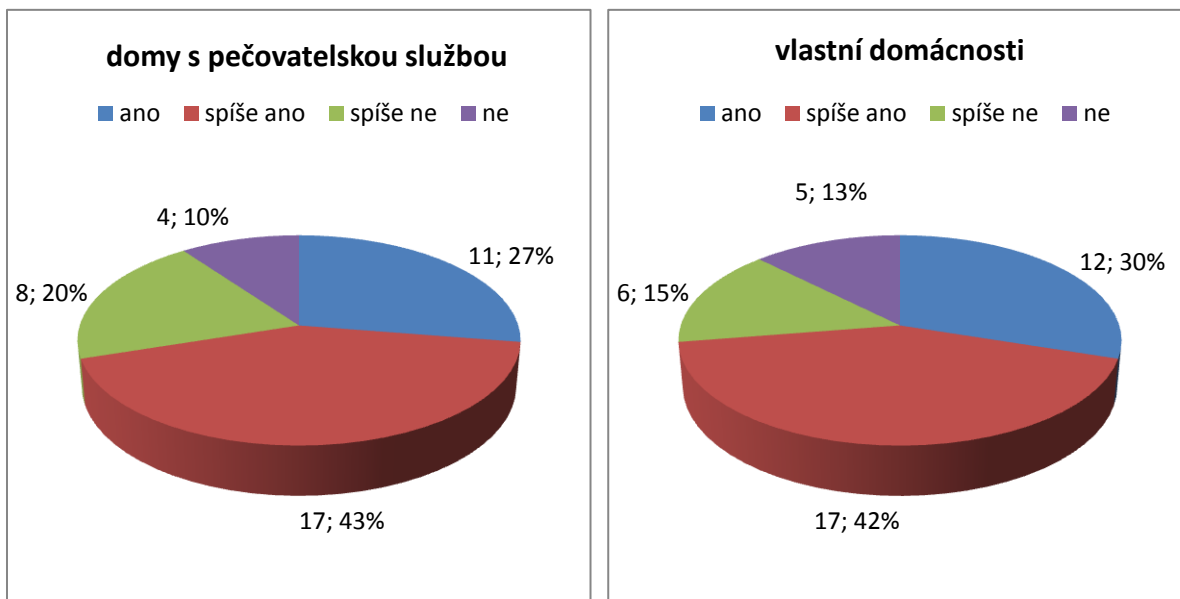
Nejčastější odpovědí byla možnost „spíše ano“, která v celkovém hodnocení zaujímá 36%. Zvolilo ji 29 z 80 seniorů. Senioři, kterým bolest pravidelně brání dělat to, co potřebují, tvoří 32% (26 osob). 13% oslovených seniorů spíše netrápí bolesti a zbylých 19% nemá žádné bolesti, které by jim bránily vykonávat činnosti, které potřebují.

výrok číslo 31: **V mém jídelníčku nechybí dostatek ovoce a zeleniny.**



Dílčí grafy prokazují, že ovoce a zelenina nechybí v jídelníčku obou skupin seniorů. Možnost „ano“ zvolilo mezi seniory z domů s pečovatelskou službou 52% - tzn. 21 respondentů. A mezi seniory ve vlastních domácnostech 65% - tedy 26 respondentů. Z celkového hodnocení je dále patrné, že pouze 2 z 80 oslovených respondentů chybí v jídelníčku dostatek zeleniny a ovoce.

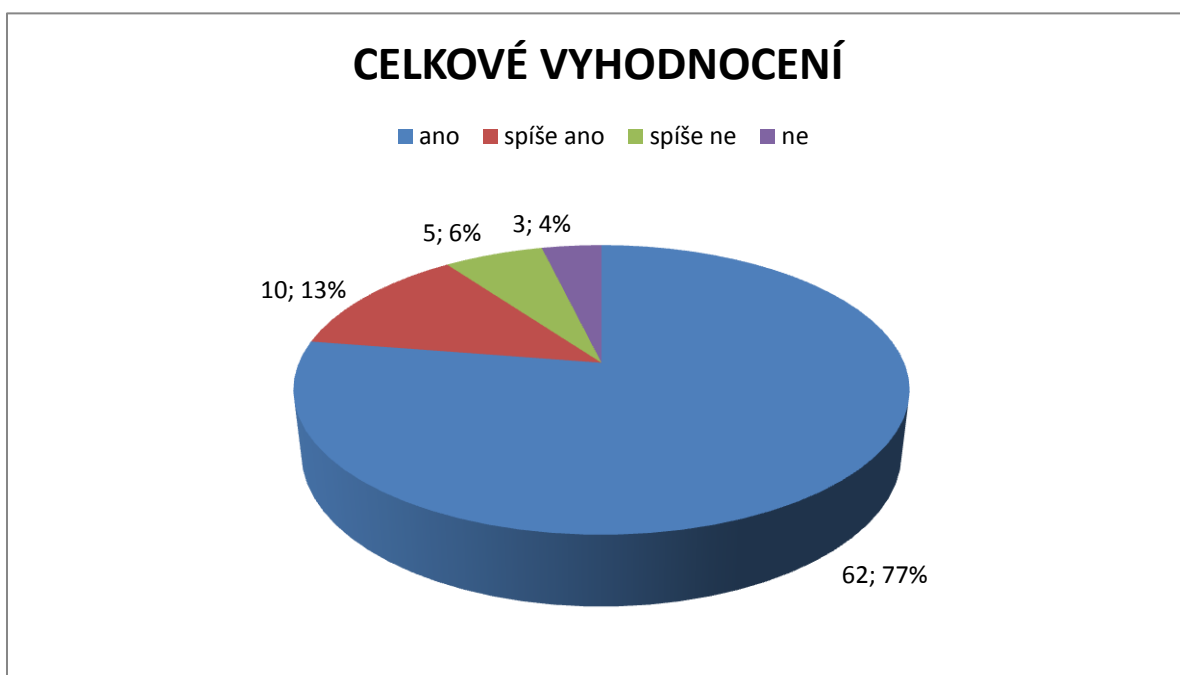
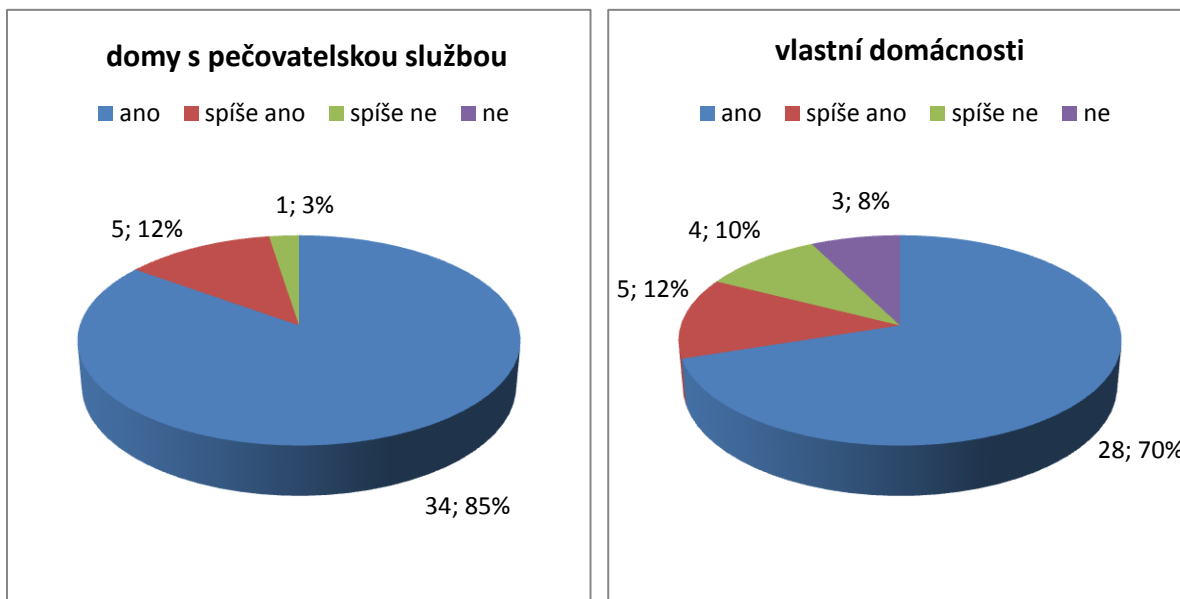
výrok číslo 32: **Dělá mi problémy učit se novým věcem.**



Učit se novým věcem je problém více jak poloviny oslovených seniorů. (29% - tedy 23 lidí odpovědělo „ano“, 42% - tedy 34 lidí odpovědělo „spíše ano“) Jen 18% tzn. 14 z 80 dotázaných spíše nemá problémy při učení se novým věcem. Zbývajících 9 osob nemá problémy vůbec. Tito lidé tvoří v celkovém hodnocení 11%.

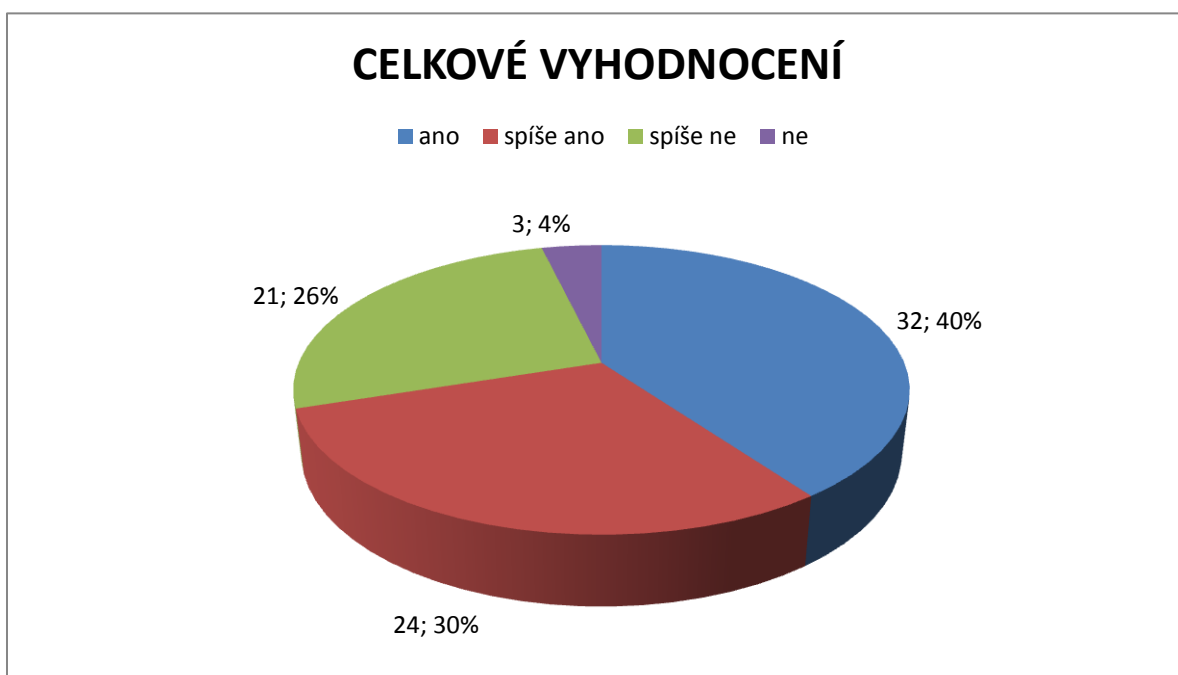
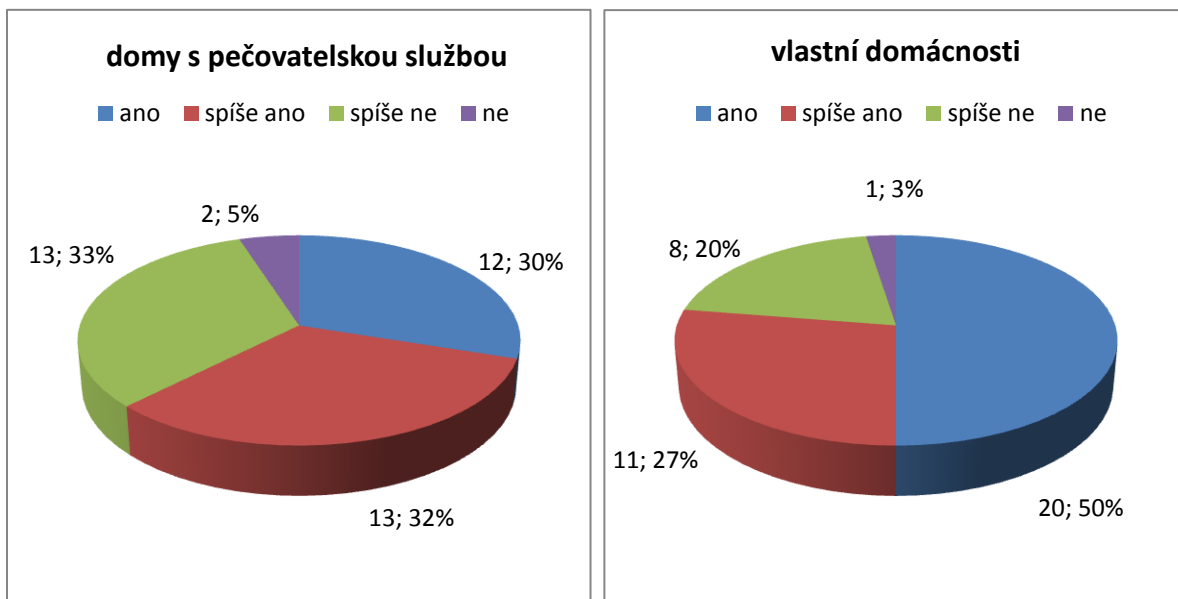


výrok číslo 33: **Šetřím energií a vodou.**



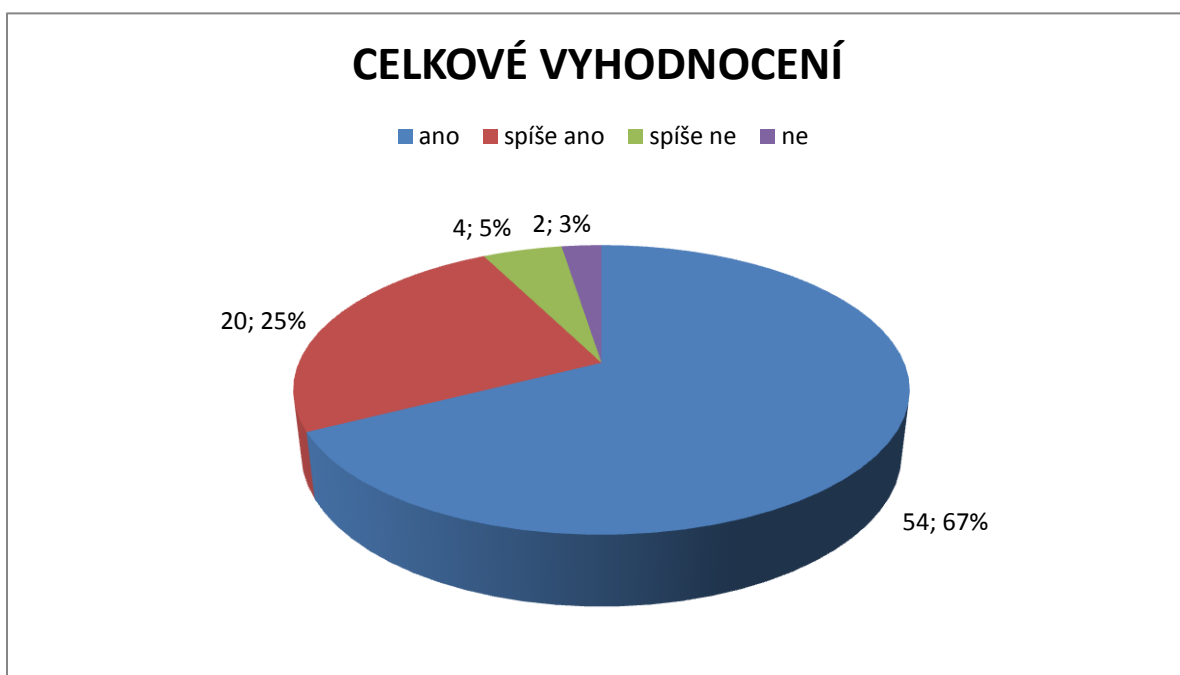
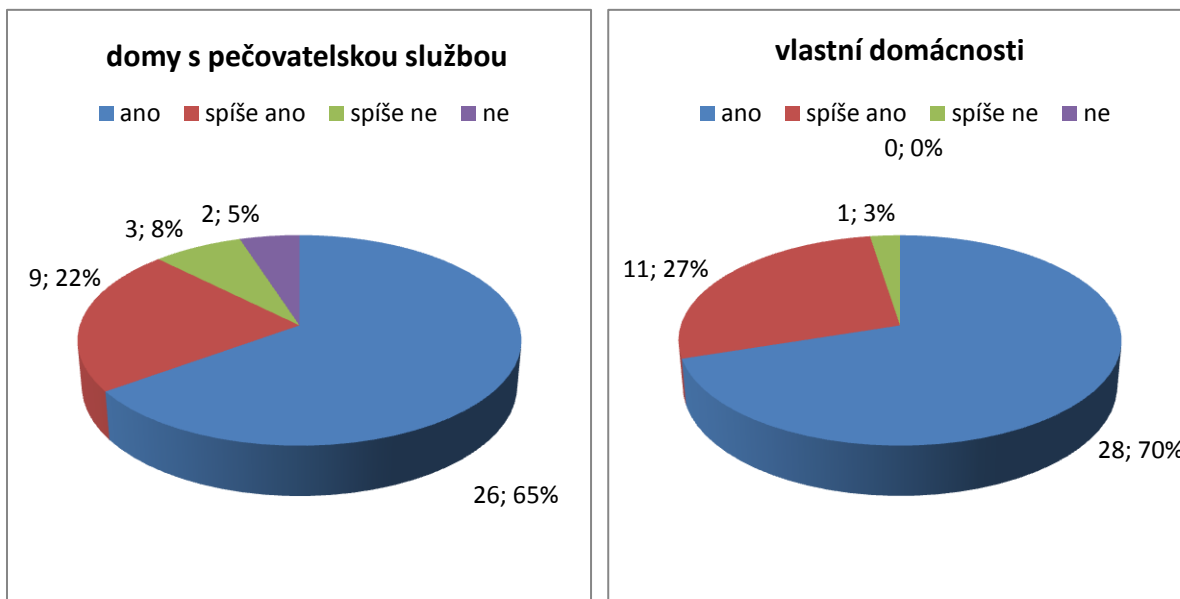
Dílčí grafy dokazují, že šetrně s energií a vodou nakládají především seniři v domech s pečovatelskou službou. Odpovědi „ano“ a „spíše ano“ zde tvoří 97% grafu. Jen jeden respondent zvolil odpověď „spíše ne“ (3%). Odpovědi seniorů z vlastních domácností jsou velmi podobné. Zde je ale zastoupená i odpověď „ne“ – 8%. To znamená, že 3 osoby nešetří energií a vodou vůbec.

výrok číslo 34: **Mám dostatek energie pro běžný život.**



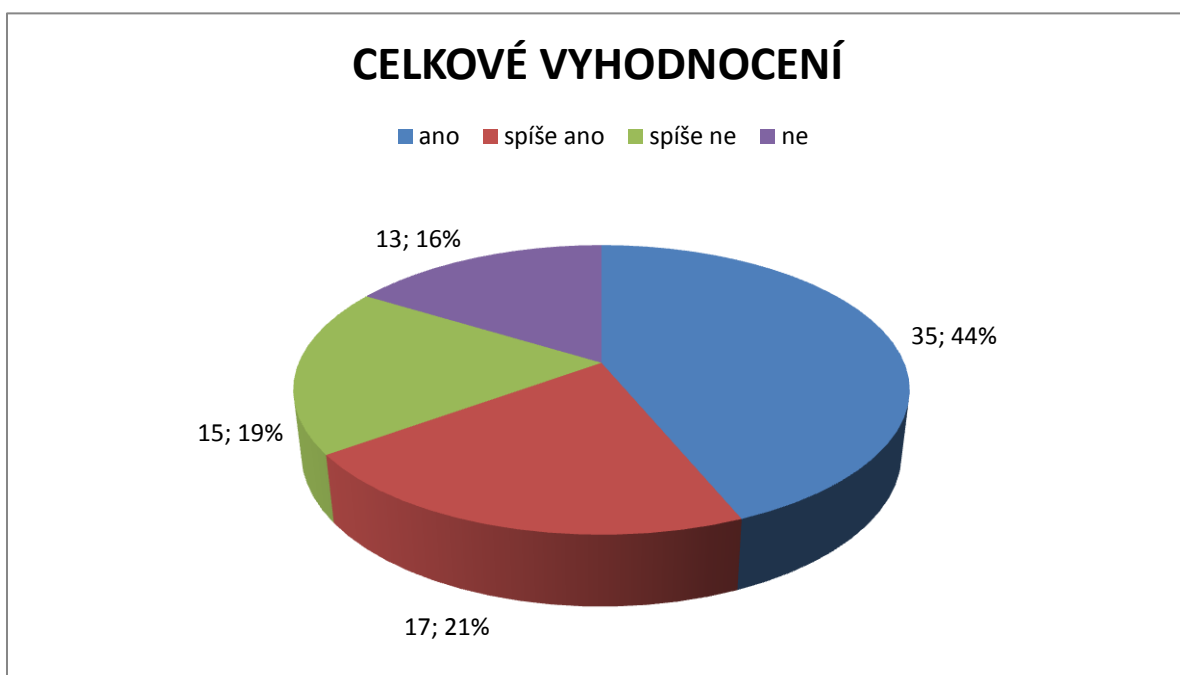
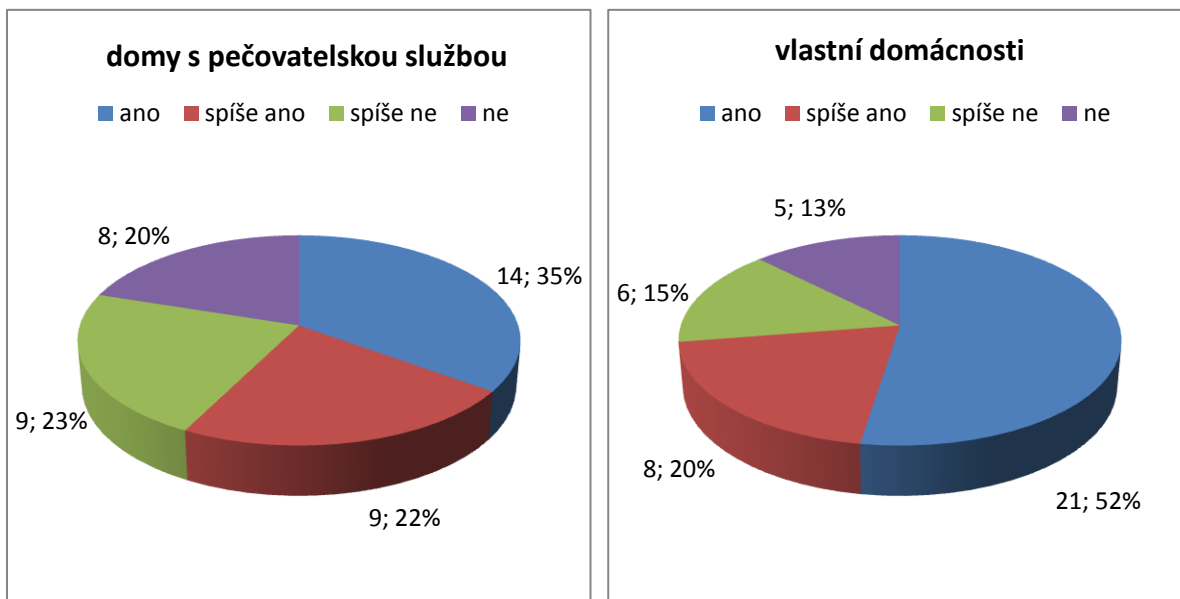
40% seniorů (32 z 80 oslovených) má dostatek energie pro svůj běžný život. Podobně je na tom dalších 30% seniorů, kteří volili odpověď „spíše ano“ (24 respondentů). Odpověď „spíše ne“ byla udána 21 krát (26%) a „ne“ pouze 3 krát, což znamená, že 4 % seniorů nemají tolik energie, kolik by potřebovali.

výrok číslo 35: **Mám podporu, kterou mi poskytují moji přátelé.**



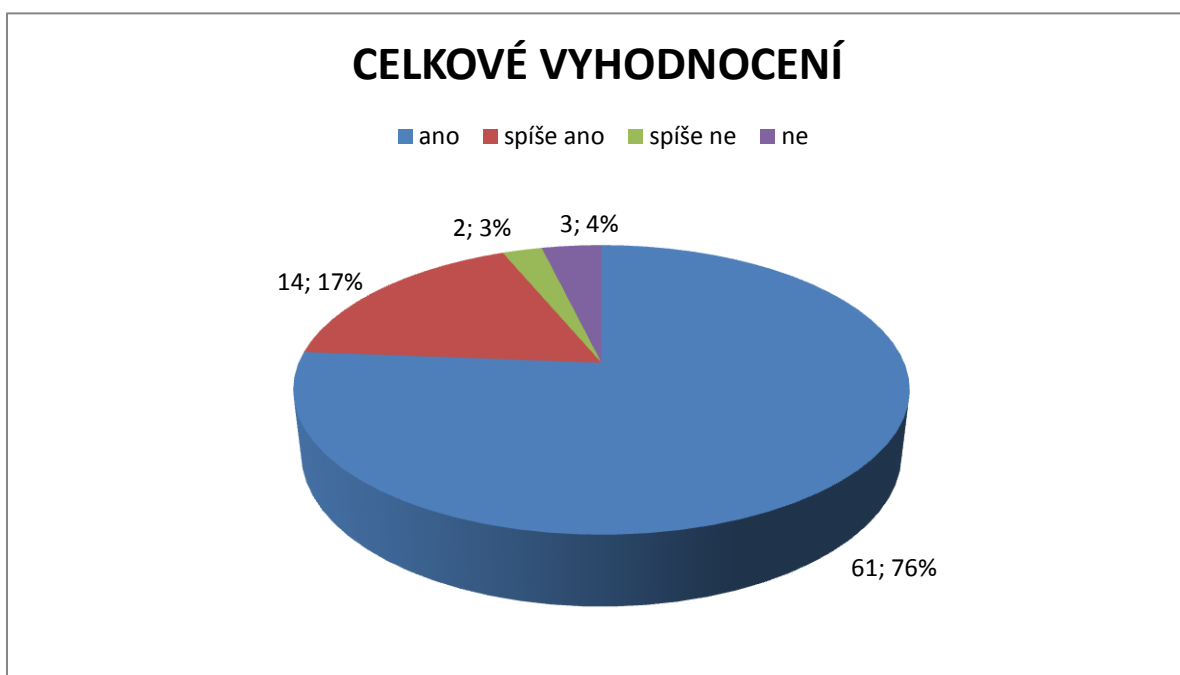
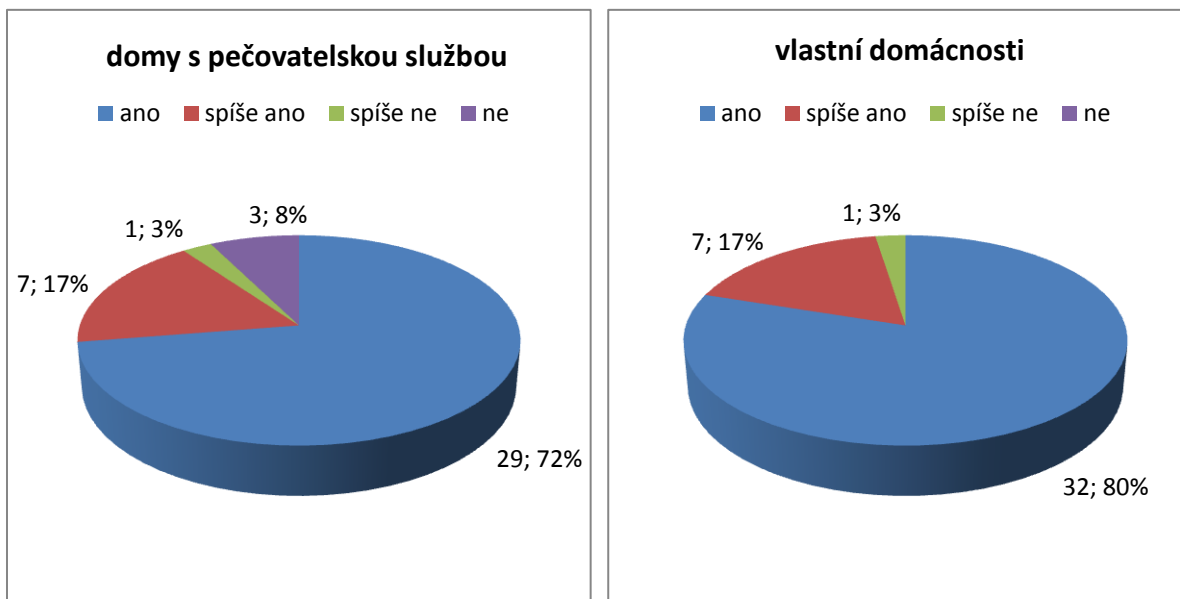
$\frac{3}{4}$  seniorů je poskytována opora ze strany jejich přátel. Odpověď „ano“ byla jednoznačně nejčastější. V celkovém hodnocení tvoří 67% (tj. 54 osob). Dalších 25% se rozhodlo pro možnost „spíše ano“ (tj. 20 respondentů). Pouze 8% seniorů nepocítuje od přátel takovou podporu, jakou očekávají (6 z 80 oslovených seniorů).

výrok číslo 36: **Pohyb mimo domov mi nedělá potíže.**



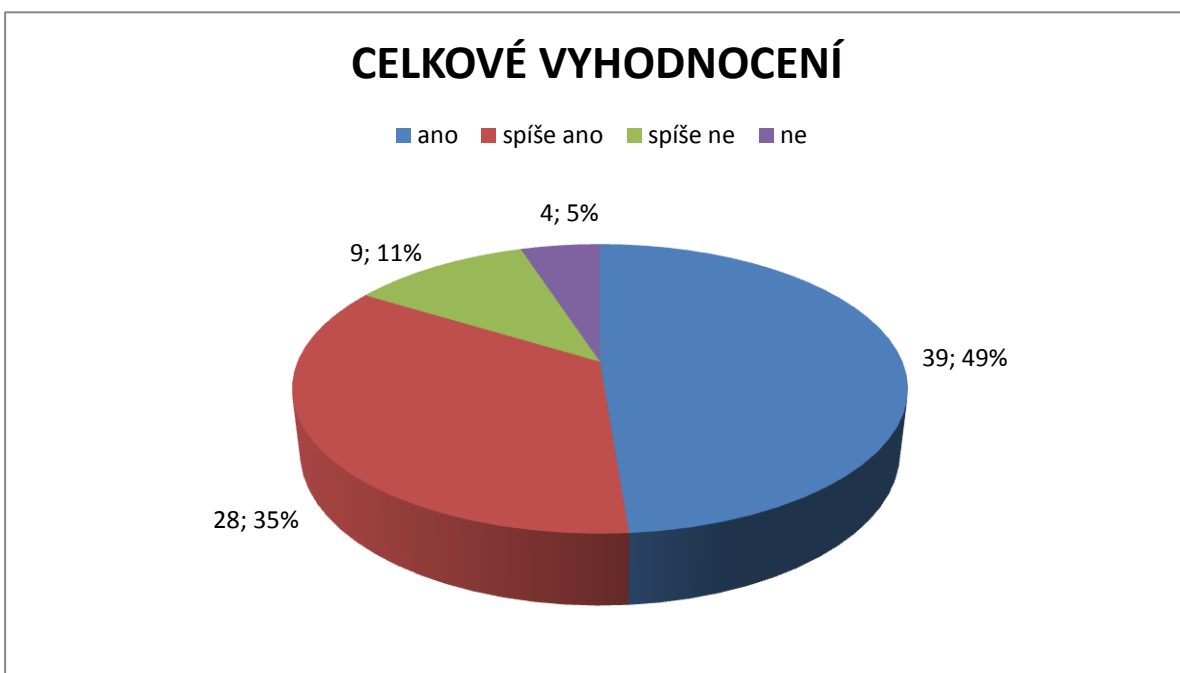
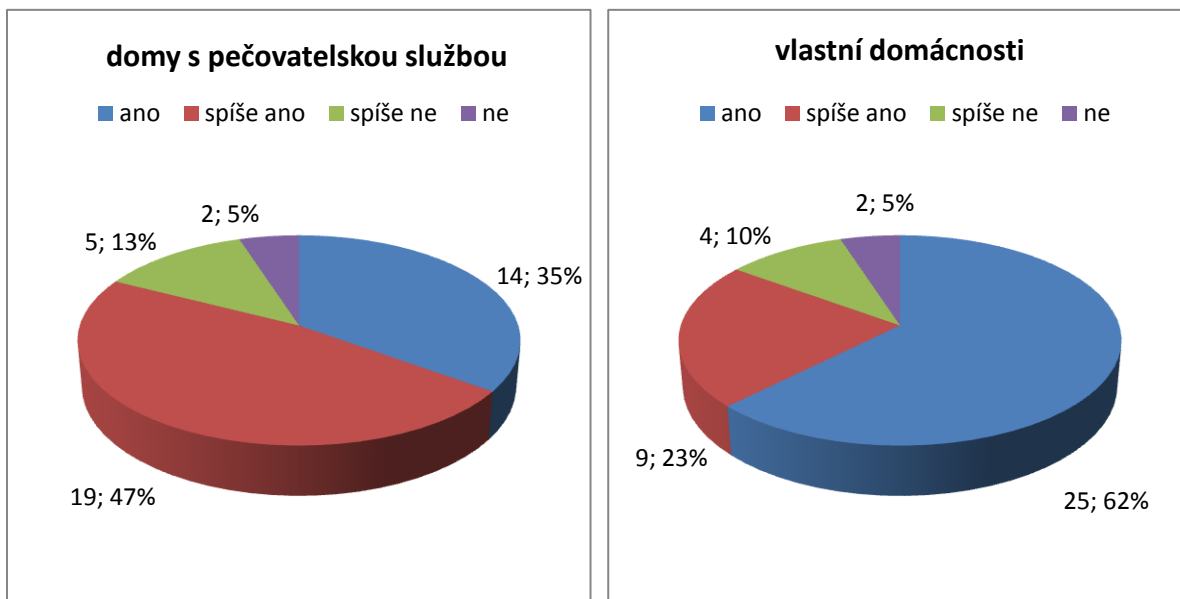
Podle celkového grafu můžeme usoudit, že pohyb mimo domov nedělá potíže 44% seniorů (35 z 80 oslovených). S menšími problémy tuto situaci zvládá 21% seniorů (17 respondentů). K možnosti „spíše ne“ se přiklonilo 19% (tzn. 15 osob) a pro odpověď „ne“ se rozhodlo 16% (tj. 13 osob).

výrok číslo 37: **Mám podporu, kterou mi poskytuje moje rodina.**



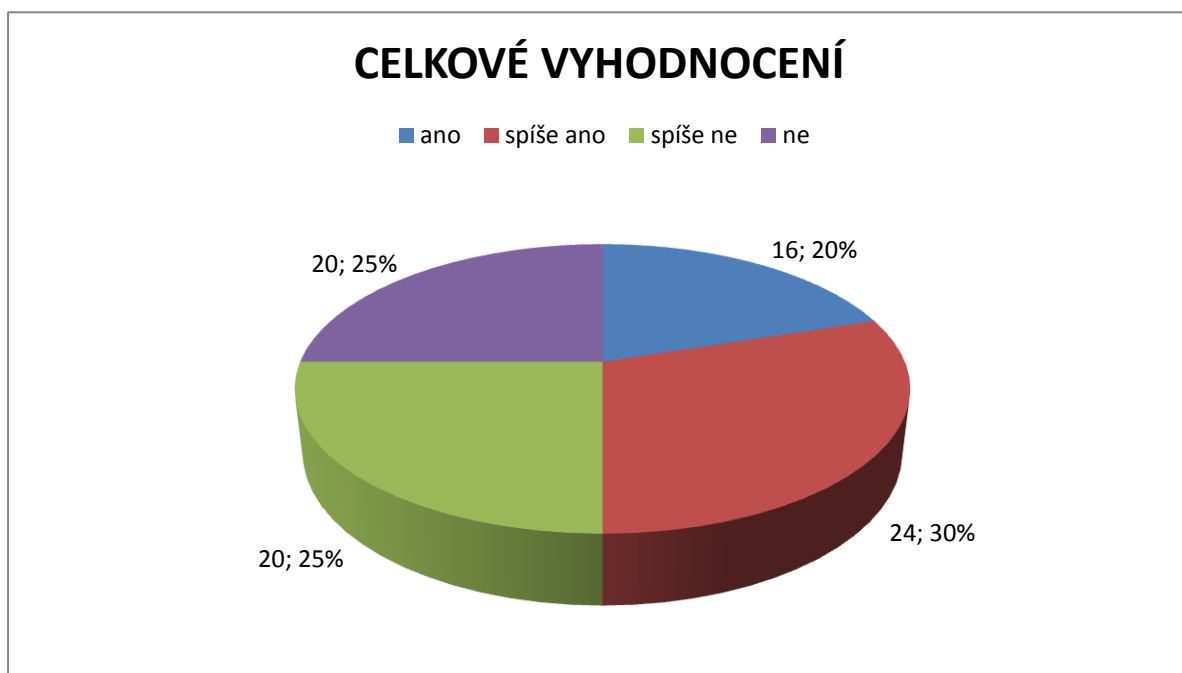
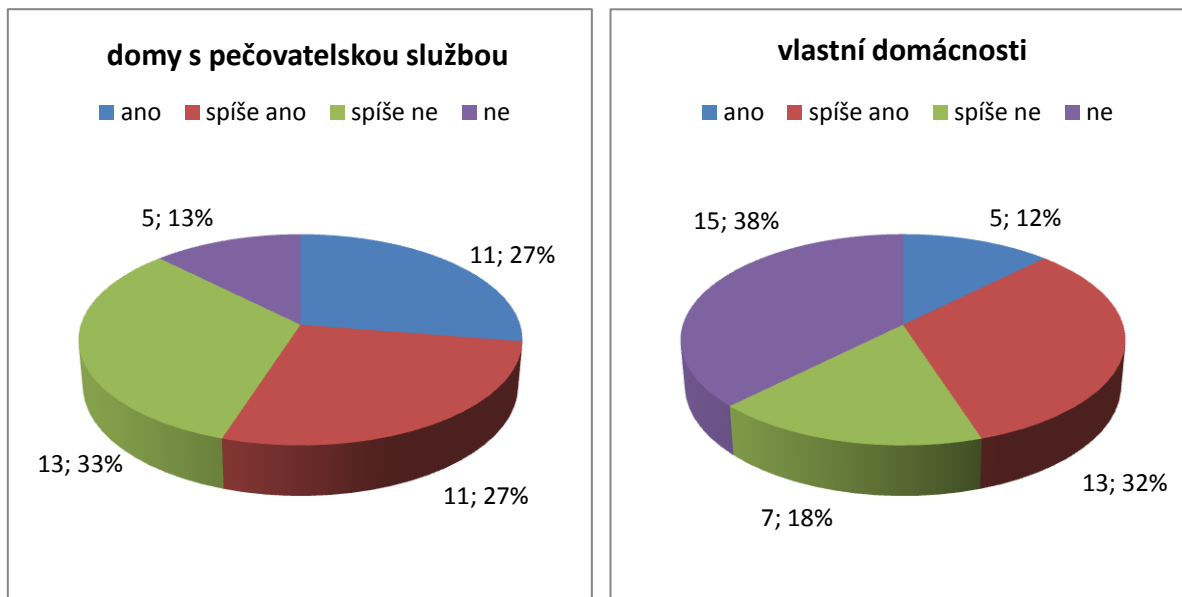
Rodina představuje oporu pro 76% dotázaných seniorů (tzn. 61 z 80 respondentů). Druhá nejčastější je volba „spíše ano“, ta byla zvolena 14 krát a v grafu zaujímá tedy 17%. Bohužel se zde vyskytují i odpovědi „spíše ne“ – ve 2 případech (tzn. 3%) a „ne“ – ve 3 případech (4%).

výrok číslo 38: **Jsem spokojený/á sám/a se sebou.**



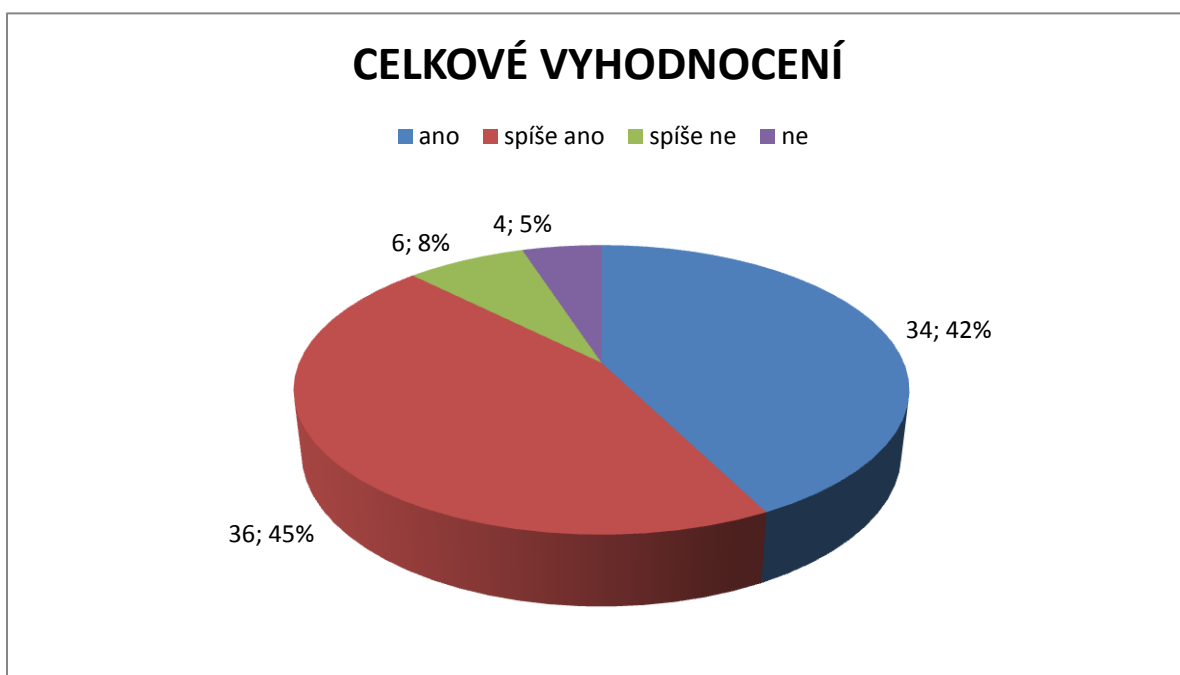
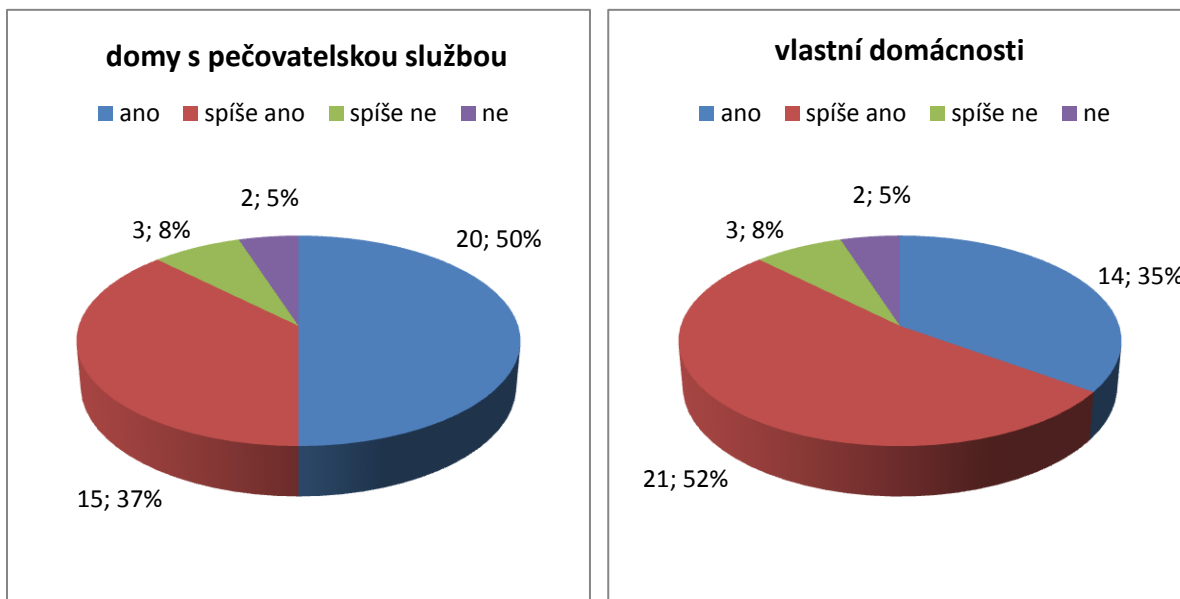
Celkové hodnocení ukazuje, že více jak  $\frac{3}{4}$  respondentů jsou sami se sebou spokojeni. 39 krát byla zvolena možnost „ano“ – tj. 49% a 28 krát se opakovala možnost „spíše ano“ – tj. 35%. Odpověď „spíše ne“ tvoří celkový graf z 11% a odpověď „ne“ z 5%. 4 z 80 oslovených seniorů tedy nejsou spokojeni sami se sebou.

výrok číslo 39: **Mívám negativní pocity jako například špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese.**



Negativní pocity, jakými jsou například špatná nálada, zoufalství, úzkost nebo deprese, jsou častější u seniorů z domů s pečovatelskou službou. Odpověď „ano“ a „spíše ano“ tvoří shodně 27% z grafu. 13% z nich těmito pocity netrpí (3 osoby). Kdežto u seniorů z vlastních domácností je nejčastější odpověď „ne“ – tzn. 38%. Tedy 15 ze 40 oslovených seniorů nemá vůbec takovéto pocity a dalších 7 je spíše nemívá. Odpověď „spíše ne“ tvoří 18%.

výrok číslo 40: **Jsem spokojený/á s tím, jak vykonávám každodenní aktivity.**



S vykonáváním každodenních aktivit je podle celkového grafu spokojeno 42% - tj. 34 respondentů. Dalších 45% je v tomto směru téměř spokojených – tzn. 36 respondentů. Spíše nespokojeno je 6 seniorů (8%). Senioři, kteří nejsou spokojeni s vykonáváním každodenních aktivit, tvoří 5% celkového grafu. Jedná se o 4 osoby.



## 7.2 Shrnutí

Tato podkapitola shrnuje výsledky výzkumu a zároveň porovnává případné rozdíly týkající se jednotlivých oblastí kvality života u seniorů žijících ve vlastních domácnostech a seniorů, kteří žijí v domech s pečovatelskou službou. Výroky v dotazníku jsou rozděleny do pěti skupin. Každá z oblastí je vyhodnocena na základě výsledků z rozboru daných výroků.

### 1. Životní prostředí

Této oblasti se v dotazníku týkají výroky číslo 1, 7, 14, 21, 28 a 33. Z výsledků vyplývá, že téměř  $\frac{3}{4}$  seniorů jsou spokojeni s prostředím v místě svého bydliště. Taktéž s čistotou okolní přírody jsou dotázaní senioři vcelku spokojeni. Jako největší problém, co se znečišťování přírody týká, uvádějí pohazování odpadků. Dotazníky nebyly zadávány ve velkých městech, proto není překvapující, že respondenti jsou v drtivé většině spokojeni i s dostupností volné přírody, s čistotou ovzduší a kvalitou pitné vody. Co se týká, šetření energie a vody, přistupují k této problematice oslovení senioři velmi zodpovědně. 90% z nich se chová v tomto ohledu šetrně.

### 2. Místo bydliště

Do této oblasti spadají výroky číslo 2,8,15,22,29. I zde výsledky vyšly celkem pozitivně. Více jak  $\frac{1}{2}$  všech oslovených seniorů je totiž naprosto spokojená hned v několika směrech. Jedním z nich je činnost obecních úřadu v místě, kde žijí. Dalším je spokojenost s bydlením, která se týká dokonce 84% dotázaných respondentů. Prostředí, ve kterém žijí, považují až na výjimky (6 z 80 osob, tj 7%) za zdravé. Zkoumané skupiny seniorů se rozcházejí především ve spokojenosti s kulturním vyžitím, kde je větší spokojenost zaznamenána u seniorů z domů s pečovatelskou službou. Zatímco senioři žijící ve vlastních domácnostech, by uvítali daleko více kulturních příležitostí. Odlišnosti jsou zřejmé i v pohledu na zdravotní péči. Více jsou s ní rozhodně spokojeni obyvatelé domů s pečovatelskou službou než ti senioři, kteří žijí ve vlastní domácnosti.

### 3. Well-being a zdraví

K této oblasti jsou přiřazeny výroky číslo 3, 9, 16, 23, 30, 34, 36, 38, 40. Výsledky analýzy této oblasti dokazují, že s kvalitou svého života jsou více spokojeni senioři z vlastních domácností, kde není nikdo, kdo by svůj život nepokládal za kvalitní.

Pokud bychom se zabývali tím, jak koho život baví, i zde bychom uvedli na prvním místě seniory z vlastních domácností – jedná se o celých 80%. Senioři z domů s pečovatelskou službou se stejně vyjádřili jen z poloviny. Bolest je překážkou pro 68% všech oslovených, pouze 15 lidí z 80 - tzn. 19% bolest v ničem neomezuje. Také v oblasti sebehodnocení jsou na tom o trochu lépe senioři, kteří žijí ve vlastní domácnosti. V obou skupinách se ale vyskytuje po 2 respondentech, kteří sami se sebou nejsou spokojeni vůbec. Důležitým zůstává, že i přes všechny nepříjemnosti  $\frac{3}{4}$  všech oslovených respondentů spatřují i nadále ve svém životě smysl.

#### 4. Základní potřeby

Tuto oblast zastupují výroky číslo 4, 5, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 24, 25, 26, 31, 35, 37, 39. Z výsledků dotazování je patrné, že více jak 80% oslovených seniorů se nejen ve svém životě cítí bezpečně, ale zároveň má dostatek financí na to, aby uspokojilo své potřeby. O něco lépe jsou na tom oslovení senioři s informovaností. 90% z nich má dostatek informací, které potřebují pro svůj každodenní život. Opomenuty nezůstávají ani zájmy, dostatek příležitostí pro své koníčky má totiž 94% respondentů. Pohybovým aktivitám se ve větší míře věnují senioři z domů s pečovatelskou službou, kde jsou také daleko více než senioři z vlastních domácností spokojeni se svými osobními vztahy. Nikdo zde neuvedl, že by nebyl spokojen. Taktéž životospráva má asi větší váhu pro seniory z těchto zařízení – hlavně dodržování pitného režimu a způsob konzumace. V konzumaci dostatečného množství zeleniny a ovoce ale vynikají spíše senioři, kteří žijí ve vlastní domácnosti. Co se sexuálního života týká – pro mnoho seniorů představuje toto téma opravdu tabu. A to především mezi seniory z domů s pečovatelskou službou. Zde je pouze 32% respondentů spokojeno se svým sexuálním životem, kdežto u seniorů z vlastních domácností se jedná o celých 77%. Pro život je velmi důležitá podpora. Ať už máme na mysli podporu od rodiny či od přátel. 92% všech oslovených se dostává podpory od rodiny a 93% také od vlastní rodiny.

#### 5. Kognitivní změny

Tato oblast zahrnuje výroky číslo 6, 13, 20, 27, 32. Z výsledků výzkumu plyne, že více jak  $\frac{3}{4}$  oslovených seniorů berou brýle jako svoji každodenní pomůcku. Stejná část je také spokojená se stavem své paměti a zároveň je si schopna se bez větších problémů soustředit. Problémy se sluchem má pouze  $\frac{1}{4}$  seniorů, ovšem celé  $\frac{1}{2}$  dělá problémy učit se novým věcem.

## ZÁVĚR

Kvalita života je nový interdisciplinární obor. Je zkoumán na nejrůznějších úrovních a z nejrůznějších úhlů pohledů. Nové poznatky na toto téma se objevují v posledních zhruba třiceti letech. Nicméně kvalita života není rozhodně novým tématem. Byla diskutována již v dobách dávno minulých. Nevypovídá pouze o penězích a majetku, důležité jsou na tomto místě i potřeby. Dalo by se říci, že kvalita určité společnosti odpovídá jejím převažujícím hodnotám. S termínem „kvalita života“ se často pojí další slova jako důstojnost, autonomie, soběstačnost, seberealizace, spokojenost v partnerských a dalších mezilidských vztazích. Pro samotný koncept zůstává ale nejdůležitější pocit pohody, která se zrcadlí v tělesné, duševní a sociální vyrovnanosti. Pocit společenského uznání a víra ve své schopnosti jsou důležité pro každého člověka, tedy nejen pro člověka vyššího věku. Staří lidé hrají důležitou roli nejen v rámci rodiny, kde plní důležitou výchovnou funkci, ale přispívají také ke společenskému vývoji a to zejména svými zkušenostmi.

Stárnutí s sebou přináší řadu změn, se kterými se musí člověk v tomto období vyrovnat. Patrná jsou především fyzická a psychická oslabení. Musíme mít však na paměti, že tyto změny jsou velmi individuální. Průzkum ukázal, že se svým zdravím není spokojeno pouze 18 z 80 dotázaných – tedy 23%. Dalších 13 osob je spíše nespokojených a zbývajících 49 z 80 je se svým zdravím spokojeno. Změny, které staří provázejí, lze do určité míry podstatně zpomalit a to především vhodně zvolenou životosprávou a dodržováním zásad duševní hygieny.

Vyskytují se problémy se sluchem a zrakem. Neplatí ale, že by k úpadku docházelo až ve stáří. Tento stav vzniká pozvolna již od dospělosti. Je prokázáno, že 75% seniorů se neobejde bez brýlí. Naprosto shodně vypovídá o této problematice i výzkum mezi oslovenými seniory. Pro obě skupiny jsou v 75% brýle jejich každodenním pomocníkem. Kdežto problémy se sluchem byly potvrzeny jen částečně. Necelá ½ respondentů má větší či menší problémy. 51% však uvádí, že jejich sluch je bezproblémový.

Také pozornost, jakožto schopnost intelektu by měla ve stáří klesat. Tento fakt potvrzen nebyl, protože 86% respondentů uvedlo, že je schopno se s menšími problémy soustředit. Pouze 2 osoby z 80 (3%) uvedli, že soustředění schopni nejsou. Zapamatování a učení se novým věcem se ve stáří stává také obtížnějším, což potvrzuje 71% respondentů (tzn. 57 z 80). Obecně můžeme říci, že na podněty z vnějšího prostředí reaguje člověk

tohoto věku pomaleji. I když se svou pamětí je podle výzkumu většina seniorů spokojena. Jen 8% (6 z 80) je nespokojeno.

V podstatě neexistují žádná spolehlivá vodítka pro stáří. Gerontologové stanovují jeho hranici mezi 60. a 65. rokem života, což pro většinu představuje zároveň odchod do důchodu, který pro starší lidi bývá stresujícím obdobím. Představuje totiž nové začlenění do společnosti. Člověk by měl mít v každém případě zabezpečeny všechny základní potřeby. Není zde myšleno jen jídlo a pití, ale i lidské vztahy a zájem o jedincovu osobu. Výzkum potvrdil, že více jak  $\frac{3}{4}$  všech respondentů mají dostatek financí na to, aby uspokojili své potřeby, a zároveň mají i dostatek informací, které potřebují pro svůj každodenní život. Se stářím se do popředí dostávají i další potřeby – např. potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí blízkých osob. Síla vztahu k blízkým osobám je důležitá v každém věku. I v této oblasti jsou výsledky celkem pozitivní. 80% dotázaných seniorů žije ve funkční rodině, stejnému počtu respondentů je poskytována opora a to nejen od rodiny, ale i od přátel. Kromě toho 59 z 80 oslovených osob hodnotí své osobní vztahy velmi pozitivně. Dalších 17 je s nimi téměř spokojeno. Jen 4 osoby uvedli, že jsou spíše nespokojeni nebo úplně nespokojeni se svými osobními vztahy.

Jak již bylo řečeno, úspěšné stárnutí koresponduje se zásadami duševní hygieny – tzn. například s dostatkem spánku a odpočinku. Dostatek odpočinku je samozřejmostí pro 94% všech dotázaných seniorů. Jen 6% nemá odpočinku dostatek. Vyvážená strava je základní složkou zdravotní prevence všeobecně. Výzkumem bylo prokázáno, že životospráva je ve větší míře dodržována ze strany seniorů z domů s pečovatelskou službou. 92% z nich dodržuje pravidelně pitný režim a tito lidé si zároveň dokážou vychutnat jídlo – tzn. jí klidně a na jídlo nespěchají. Senioři z vlastních domácností jsou lepší ve vyhodnocení konzumace ovoce a zeleniny. Další velmi důležitou složkou duševní hygieny je pohybová činnost. Pohyb přispívá k pozitivnímu postoji člověka k sobě samému a mimo to je zdrojem radosti. Pohybovým aktivitám se podle průzkumu věnují více senioři v domech s pečovatelskou službou. Z 80 dotázaných se pohybovým aktivitám vůbec nevěnuje 23 dotázaných (tj. 29%).

Velmi důležitý je i fakt, aby měl člověk dostatek zájmů, které ho udrží aktivním. Životní náplň by měla být tvořena jak fyzickou tak psychickou činností. Naprostá většina oslovených seniorů potvrdila, že má dostatek příležitostí pro svoje zájmy. Jen jedna osoba tuto příležitost nemá.

I přesto, že mezi dotázanými respondenty jsou i osoby, které nemají dostatek energie pro běžný život (v tomto případě se jedná spíše o seniory z domů s pečovatelskou službou – tvoří 38%, senioři ve vlastních domácnostech pouze 23%) jsou až na výjimky (4 osoby z 80) všichni spokojeni sami se sebou a tvrdí, že jejich život je baví a má smysl. Celých 90% (tzn. 70 z 80) osloveným seniorů je spokojených s kvalitou svého života.

## **RESUMÉ**

Tato diplomová práce je zaměřena na kvalitu života ve stáří. Práce samotná se skládá ze dvou částí – z části teoretické a části praktické.

Teoretická část pojednává o základní problematice tohoto pojmu, vysvětluje význam kvality života a vymezuje modely měření. Zaměřuje se také na stárnutí a jeho vliv na člověka.

Praktickou část tvoří výzkum získaných informací o kvalitě života ve stáří. Vzorek respondentů je tvořen dvěma skupinami. Jedná se o seniory z domů s pečovatelskou službou a o seniory z vlastních domácností. Pozornost byla věnována i rozdílnosti jednotlivých oblastí subjektivní kvality života mezi těmito skupinami. Informace byly získány za pomoci vlastního dotazníku se škálovými otázkami. Tyto otázky jsou rozděleny do pěti skupin, přičemž se každá skupina zabývá konkrétní oblastí kvality života.

## **RESUME**

This Dissertation is focused on quality of life in old age. This thesis itself consists of two parts – the theoretical and practical.

The theoretical part discusses the fundamental problems of the term; it explains the importance of quality of life and identifies models of measuring. It is also focused on aging and its impact on a human.

The practical part includes research information gathered on quality of life in old age. The sample of respondents is composed of two groups. First, seniors living in day care homes and second, seniors living in own homes. Attention was also paid to differences of individual spheres of subjective quality of life among these groups. Information obtained through own questionnaire with scale of questions. These questions are divided into five groups, with each group deals with specific areas of quality of life.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTKO, D. *Moderní psychohygiena*. Praha: Panorama, 1980.
2. DŽUKA, J. *Psychologické dimenze kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8
3. FEUD, S. *Vybrané spisy*. Praha: Avicenum, 1993. ISBN 80-201-0226-4
4. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 1998. ISBN 80-7040-286-5
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989.
6. HUNT, M. *Dějiny psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7367-175-1
7. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
8. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-307-5
9. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
10. KONDÁŠ, O. *Psychológia pri ošetrovaní chorých*. Martin: Osveta, 1987.
11. KOVÁČ, D. *Kultivace integrované osobnosti*. Psychologie Dnes, roč. 10, č. 2, 2004. ISSN 1212-9607
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
13. LANGMEIER, J., KŘEJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9
14. MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1984.
15. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H.: *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
16. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
17. POWELL, J. *Naplno člověkem*. Brno: Cesta, 2000. ISBN 80-7295-002-9
18. STRÍŽENEC, M. *Súčasná psychológia náboženstva*. Bratislava: Iris, 2001. ISBN 80-8877-833-6
19. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-8877-833-6
20. STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-533-9
21. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8
22. ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: SPN, 1983.

23. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus, průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Univerzita Karlova, 2003. ISBN 80-238-9506-0
24. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7

Elektronické zdroje:

Soudobá sociologie II: Kvalita života. In: <https://docs.google.com> [online]. 2011 [cit. 2012-04-06]

List of countries by Human Development Index. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2012 [cit. 2012-04-06]

Velká hra o budoucnost. In: <http://www.martinpotucek.cz> [online]. 23.3.2002 [cit. 2012-04-06].

QOL Concepts: The Quality of Life Model. <http://www.utoronto.ca> [online]. 2010 [cit. 2012-04-06]

Mercer. *Mercer* [online]. 2012 [cit. 2012-04-06]. <http://www.mercer.com/home.htm>

QOL Concepts: The Quality of Life Model. In: <http://www.utoronto.ca> [online]. 2011 [cit. 2012-04-06].



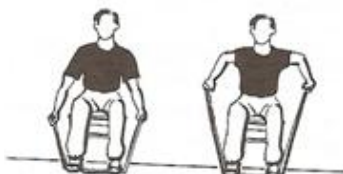
## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1 - cvičení s gumovým pásem v sedu

- protahování svalů trupu
- posilování svalů mezilopatkových



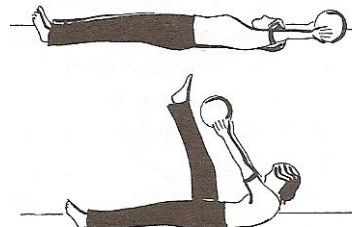
- posilování svalů pletence ramenního



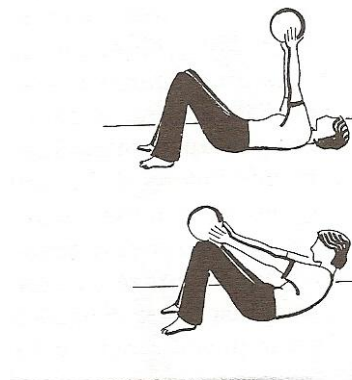
(Štilec, 2004, s. 46)

### Příloha č. 2 – cvičení s overballem

- posilování břišních svalů



- posilování přímých břišních svalů



(Štilec, 2004, s. 49)

### Příloha č. 3 – test ohebnosti

#### **Testy ohebnosti a rozsahu pohybu (Kos, 1967)**

- Vleže na zádech se dotkneme bradou prsní kosti.



- Spojíme ruce dlaněmi k sobě a zvedáním loktů dosáhneme vodorovné polohy obou předloktí.



- V lehu na zádech přednožíme tak, aby napjaté nohy svíraly s trupem pravý úhel.



- Ve stoji zády ke stěně vzpažíme, paže by se měly dotýkat stěny.

Uvedené testy by měly zvládat relativně zdravé osoby ve věku 60–70 let.

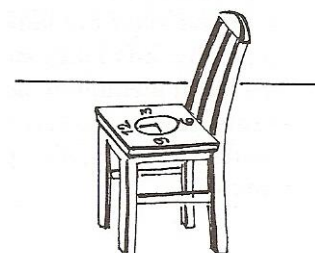
(Štilec, 2004, s. 53)

### Příloha č. 4 – pohyb pánve a správné sezení

Posadíme se uvolněně a vzpřímeně doprostřed židle, nohy spočívají chodidly na zemi, ruce jsou na stehnech. V této pozici si představíme, že na sedadle židle je ciferník, kde číslice 12 je před námi, 6 za námi, 3 vpravo a 9 vlevo. Koncentrujeme svoji pozornost a představivost.

Vnímáme tlak své pánve na střed ciferníku, pak posuneme pánev na číslo 12 s pocitem prohnutí v bederní části páteře. Obdobně posuneme pánev na 6 s vyhrbením bederního úseku páteře a sledujeme, zda je pohyb páteře pouze předozadní a nestáčí se do stran. Zaměříme se současně i na pohyb hlavy, na její mírný posun nahoru a dolů.

Obdobně opakovaně posunujeme pánev z čísla 3 na 9 a opačně a současně sledujeme, zda je hlava v klidu a jaké napětí pociťujeme



v páteři. Postupně zmenšujeme rozsah pohybu a zastavíme se ve středové poloze. Odpočineme si (Štilec, 2004, s. 73).

Příloha č. 5 – Pozdrav slunci (N = nádech, V = výdech)

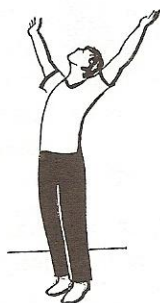
1. V



7. N



2. N



8. V



3. V



9. N



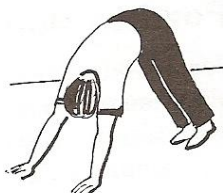
4. N



10. V



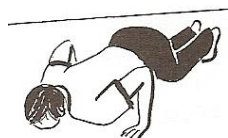
5. V



11. N



6. Ni V



12. V

(Štilec, 2004, s. 82)







