

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

ANALÝZA STRESORŮ U SENIORŮ
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Karolína Šilhanová
Učitelství pro SŠ, obor PS-Čj

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, 2016

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

V Plzni, 30. 6. 2016

.....
vlastnoruční podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní PhDr. Lence Novotné za odbornou pomoc a cenné rady při zpracování mé diplomové práce.

OBSAH

Úvod	2
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	4
1.2 TEORIE STÁRNUTÍ.....	6
1.3 ETAPY STÁŘÍ.....	7
1.4 ZMĚNY VE STÁŘÍ	9
1.4.1 Tělesné změny	9
1.4.2 Psychické změny	12
1.4.3 Sociální změny	15
1.5 STÁŘÍ A NEMOCI	17
1.6 PSYCHICKÉ PORUCHY VE STÁŘÍ.....	19
1.6.1 Deprese.....	20
1.6.2 Demence.....	21
1.6.3 Delirium	23
1.7 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ	24
1.8 ADAPTACE NA STÁŘÍ	26
1.9 CHARAKTERISTIKA STRESU	28
1.9.1 Stresory.....	30
1.9.2 Příznaky stresu.....	32
1.9.3 Zvládání stresu.....	33
1.9.4 Význam sociální opory při zvládání stresu.....	35
2 PRAKTICKÁ ČÁST - VÝZKUM.....	37
2.1 CÍLE VÝZKUMU	38
2.2 METODY VÝZKUMU	38
2.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	39
2.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	41
2.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	70
ZÁVĚR.....	72
RESUMÉ	74
SUMMARY	75
SEZNAM LITERATURY	76
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	78
PŘÍLOHY	I

Úvod

Stáří je poslední etapou v životě člověka. Každý člověk by měl prožít spokojené stáří a být obklopen lidmi, kteří o něho mají zájem a dávají mu pocit vědomí, že je pro ně důležitý. Bohužel ne všichni senioři toto štěstí mají. Někteří dožijí svůj život v osamění v nějakém institucionálním zařízení, kde je o ně sice postaráno, ale to nejdůležitější jim nikdo cizí neposkytne. Emocionální pohodu a lásku starému člověku mohou dát jen ti nejbližší.

Stres se nevyhýbá nikomu z nás, proto i senioři jsou ohroženou skupinou. Člověk se může stresovat z nejrůznějších důvodů, vždy je žádoucí tyto příčiny odhalit a pokusit se je odstranit, nebo aspoň zmírnit.

Téma *Analýza stresorů u seniorů* jsem si vybrala ke zpracování z toho důvodu, abych mohla hlouběji proniknout do problematiky stáří, lépe poznat život seniorů z teoretické i praktické stránky, zjistit, co je stresuje a porovnat mezi sebou seniory žijící v institucionálním zařízení a domácím prostředí. Chtěla bych si ověřit svou domněnku, že staří lidé žijící v domově pro seniory jsou více stresováni než senioři žijící doma.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje devět kapitol, které se zabývají stárnutím a stáří, teoriemi stárnutí či etapami stáří. Poukazují také na různé změny ve stáří, které se projevují v oblasti tělesné, psychické a sociální. Další kapitoly jsou věnovány stáří a nemocem, psychickým poruchám, procesům přípravy a adaptace na stáří. Poslední kapitola teoretické části se zabývá stresem a jeho příznaky, mechanismy jeho zvládnání, popisuje různé druhy stresorů a v neposlední řadě zmiňuje význam sociální opory při zvládnání stresu.

Praktická část práce je zaměřena na analýzu stresorů u seniorů ve čtyřech následujících oblastech – vlastní životosprávě, meziosobních vztazích, subjektivních příčinách zátěže a vnějším prostředí. Cílem je zjistit, která oblast je pro staré lidi nejvíce stresující a také zda jsou stresováni více senioři žijící v samostatné domácnosti nebo senioři žijící v institucionálním zařízení. Díky dotazníkovému šetření se pokusím zjistit, jestli se stanovené hypotézy potvrdí či vyvrátí.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

S fenoménem stárnutí se dříve či později setká každý člověk. Stárnou naši rodiče, přátelé, my i naše děti. Podle Jiřiny Ondrušové nelze stárnutí a stáří chápat pouze jako proces úbytku sil, degradace a ztrát. Je to období života, které má své hodnoty, radosti, ale i smutky, naděje i zklamání, trápení. Všichni by se proto měli učit umění stárnout. Smysl života ve stáří je velmi závislý na přístupu a postojích každého jedince (Ondrušová, 2011, s. 13).

Stárnutí můžeme považovat za přechodné období mezi dospělostí a stářím (Pacovský, 1990, s. 29). Jiřina Ondrušová uvádí, že „*stárnutí je celoživotní biologický proces, který je neodvratný a na jehož konci je stáří*“ (Ondrušová, 2011, s. 13). Stárnutí lze chápat jednak jako všeobecný proces, kdy stárne celá populace, a současně jako proces individuální, kdy stárne konkrétní jedinec (Ondrušová, 2011, s. 13). Dále popisuje charakteristické znaky procesu stárnutí, které uvádí V. Pacovský:

- Každý jedinec má vlastní plán stárnutí.
- Stárne vždy celý člověk, mění se rysy biologické, psychické a sociální.
- Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle, stárnutí je asynchronní proces.
- Během stárnutí dochází k involuci různých struktur a funkcí.
- Schopnost adaptace je ve stáří snížena.

(Ondrušová, 2011, s. 14)

Stáří je poslední etapou ontogenetického vývoje. Má své specifické znaky, které ho odlišují od předcházejících životních období (Pacovský, 1990, s. 29). Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou modifikované zevními faktory (např. způsobem života, nemocemi, životními podmínkami). (Ondrušová, 2011, s. 16)

Stárnutí a stáří mohou nabývat trojí podoby:

1. Úspěšné stárnutí – zdravotní a funkční stav, ekonomická situace i psychická adaptace na stáří odpovídají nárokům prostředí. To umožňuje jedinci, aby byl spokojený. Důležitá je nabídka aktivit, vytvoření podmínek a prostoru pro seberealizaci.

2. Obvyklé stárnutí – zde nacházíme nerovnováhu mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí. Výsledkem je nedostatečná spokojenost a seberealizace odpovídající v současnosti mnoha vrstevníkům v dané společnosti.
3. Patologické stárnutí – v tomto případě jsou zdravotní a funkční stav, spokojenost, adaptace a seberealizace seniorů horší než u vrstevníků; choroby jsou výraznější, dochází k maladaptaci, rezignaci, ke ztrátě soběstačnosti, k selhávání při plnění ontogenetického úkolu stáří, ale také k jejich zanedbávání či zneužívání. Nezřídka se setkáváme i s chudobou. Výrazný podíl na patologickém stárnutí mohou mít involuce, zdravotní stav (např. Alzheimerova choroba), tragické životní události (např. ovdovění), nedostatečné finanční zdroje, negativní osobnostní charakteristiky či problémy s komunikací a navazováním sociálních kontaktů.

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 28)

Problematikou stárnutí a stáří se zabývá vědní obor gerontologie. Autorem pojmu je ruský mikrobiolog a imunolog I. I. Mečnikov, nositel Nobelovy ceny. Slovo gerontologie je odvozeno z řeckého „geron, gerontos“ (starý člověk) a „logos“ (nauka). Cílem této vědy je usilovat o zdravé stárnutí, zlepšovat kvalitu života seniorů, podporovat jejich aktivní život a především předcházet patologickému stárnutí a nesoběstačnosti. První gerontologické společnosti vznikaly ve světě ve 40. letech 20. století, u nás pak byla založena Česká gerontologická společnost v roce 1962 (Ondrušová, 2011, s. 14 – 15).

Stanislav Ďoubal upozorňuje na to, že gerontologie je velmi široký obor, který se dále rozděluje na teoretickou gerontologii a geriatrii. Teoretická gerontologie se podle něj zaměřuje na příčiny stárnutí, hlavní mechanismy určující průběh stárnutí a dále na fyziologické, sociální, demografické a jiné souvislosti. Oproti tomu geriatrie je lékařský obor, který se věnuje specifickým zdravotním problémům starých jedinců (Ďoubal a kol., 1997, s. 5).

Gerontologii obecně dělíme na tři hlavní části:

1. Gerontologie teoretická zaměřuje svůj zájem na příčiny stárnutí, formuluje teorie stárnutí, vytváří teoretické základy pro péči o staré lidi.
2. Gerontologie klinická se zabývá studiem, prevencí, diagnostikou a léčbou chorob ve stáří a v neposlední řadě zkoumá zdravotní a funkční stav starého člověka.
3. Gerontologie sociální řeší vzájemné vztahy starých lidí a společnosti.

(Ondrušová, 2011, s. 14 – 15)

1.2 TEORIE STÁRNUTÍ

V dnešní době najdeme mnoho teorií a hypotéz o příčinách stárnutí a stáří. Například Pacovský ve své publikaci uvádí následující teorie stárnutí:

- Teorie genetického programu – předpokládá se, že proces stárnutí je geneticky zakódován, že každý stárne podle vlastního programu. Pacovský uvádí, že „*stárnutí je dáno právě genetickým plánem, resp. porušením přenosu informace pro dělení buňky a pro řízení reparačních pochodů*“ (Pacovský, 1990, s. 31). Vychází se z poznatků, že kalendářní věk se často nekryje s věkem funkčním. Gruberová zmiňuje, že se však opomíjí vliv zevních faktorů na stárnutí (Gruberová, 1998, s. 6).
- Teorie metabolických omylů – vychází z představy, že stáří je nahromaděním metabolických omylů. Tyto omyly se objevují v buněčném metabolickém cyklu. Největší pozornost je věnována DNA. Pacovský uvádí, že „*stařecké*“ změny molekul DNA mají velký význam při buněčných dysfunkcích. Během stárnutí a ve stáří se objevují charakteristické metabolické změny na úrovni molekulární, buněčné, tkáňové i orgánové. Mnohé z těchto změn jsou ovšem spíše následkem než příčinou stárnutí (Pacovský, 1990, s. 31).
- Teorie stárnutí makromolekul – bylo zjištěno, že „*kolagenové makromolekuly s věkem mění svou chemickou skladbu i metabolickou funkci*“ (Pacovský, 1990, s. 32). V dnešní době je tato problematika daleko složitější, přesto se stále věnuje „stárnutí molekul“ pozornost.
- Imunologická teorie – předpokládá se, že při dělení buněk nastávají chyby. „*S věkem vzrůstá neschopnost rozpoznávat a odstraňovat omyly. Tak se hromadí „imunologicky vadný materiál“, který je podnětem k nástupu autoimunního fenoménu*“ (Pacovský, 1990, s. 32). Někteří odborníci, jak dále Pacovský uvádí, charakterizují stáří jako prolongovaný a generalizovaný autoimunní stav.
- Teorie o působení zevních vlivů, ekologické teorie – je zřejmé, že mnohé zevní vlivy negativně či pozitivně modifikují proces stárnutí. Radíme sem například různé chemické látky z vnějšího prostředí, složení a způsob přijímání potravy, psychosociální faktory. Často se uplatňuje více činitelů zevního prostředí současně (Pacovský, 1990, s. 33).

Rostislav Čevela, Zdeněk Kalvach a Libuše Čeledová ve svém díle rozdělují teorie stárnutí do dvou hlavních skupin:

- *Teorie stochastické* (teorie opotřebování, náhodných změn) – děje, které jsou spojené se stárnutím, bývají často náhodné; s věkem přibývá poškození, chyb, poruch, selhání buněčného řízení.

- *Teorie nestochastické* (teorie naprogramování) – předpokládá se, že stárnutí je geneticky předurčeno.

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 21)

1.3 ETAPY STÁŘÍ

Stuart-Hamilton uvádí, že nejčastějším měřítkem stárnutí je kalendářní (chronologický) věk, který objektivně ukazuje, jak je daný jedinec starý (Stuart-Hamilton). Kalendářní věk je snadno stanovitelný, avšak neříká nám nic o individuálních involučních změnách a jeho parametry se historicky mění. Díky zlepšování zdravotního stavu a prodlužování naděje dožití se již dlouhou dobu setrvale pokles potenciálu zdraví zpomaluje a hranice stáří se tak posouvá do vyššího věku. Stuart-Hamilton dále zmiňuje, že *„věk například koreluje relativně slabě s tělesnými změnami“* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 19). Člověk okolo sedmdesáti let může mít šedé vlasy, vráscitou kůži apod., ale setkáme se i se „zachovalými“ jedinci, u kterých tyto znaky nenajdeme. Naopak poměrně mladší lidé mohou vykazovat znaky starých lidí, říká se o nich, že jsou „předčasně zestárlí“. Jak dále Stuart-Hamilton uvádí, toto „předčasné stárnutí“ není možné zaměňovat s progerií, onemocněním, při kterém člověk stárne abnormálně rychle a velice brzy také umírá. *„Chronologický věk proto nemůže být pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince“* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 19).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v šedesátých letech 20. století akceptovala patnáctiletou periodizaci lidského života a klasifikuje vyšší věk na počínající, rané stáří (60 až 74 let), vlastní stáří (75 až 89 let) a období dlouhověkosti (90 a více let). V současné době je výstižnější členění na mladé seniory – young old (65 až 74 let), staré seniory – old-old (75 až 84 let) a velmi staré seniory – oldest-old (85 a více let). (Ondrušová, 2011, s.16–17)

Stuart-Hamilton uvádí jako další variantu rozdělení lidí starších 65 let na kategorie třetího a čtvrtého věku. „Třetí věk“ představuje aktivní, nezávislý život ve stáří, oproti tomu „čtvrtý věk“ je období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé (Stuart-Hamilton, 1999, s. 21).

Vedle kalendářního věku stojí věk biologický, který vypovídá o celkovém stavu organismu. Biologické stáří je dáno dosažením konkrétní míry involučních změn (např. poklesem výkonnosti, „stařeckými“ změnami postavy, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, chování atd., dále také subjektivním vnímáním výkonnosti a životní perspektivy). Řada změn, které pozorujeme u starých lidí, může být způsobena spíše nemocemi než samotným stárnutím. Lidé stejného kalendářního věku se liší mírou involučních změn i svou funkční zdatností. Ondrušová ve své publikaci zmiňuje, že důležitější než biologický věk je funkční stav. Jde o soubor funkčního potenciálu určitého jedince, *„který je na rozdíl od kalendářního věku ovlivňován celou řadou především vnějších faktorů“* (Ondrušová, 2011, s. 17). Přičemž kalendářní věk se vůbec nemusí shodovat s funkčním stavem.

Pro sociální věk je charakteristická role, kterou daný jedinec zaujímá ve společnosti. Za počátek sociálního stáří obvykle bývá považován vznik nároku na starobní důchod (Ondrušová, 2011, s. 17). R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová ve své publikaci uvádí, že sociální stáří je dáno souhrnem změn sociálních rolí a postojů, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku (např. poklesem životní úrovně, ovdověním, ztrátou perspektiv a aspirací, přijetím role penzisty a starého člověka). (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 26)

V dnešní době dochází k významnému posunu sociální periodizace. Společnost klade důraz na celoživotní vzdělávání, seberealizaci, netradiční formy výdělečné činnosti a v neposlední roli také společenskou participaci seniorů. Můžeme říci, že populace starých lidí je heterogenní, jelikož každý stárne trochu jinak. I přes velké individuální rozdíly mezi seniory však existují charakteristiky, které jsou typické pro určitá období. Pro mladé seniory je to především problematika penzionování, náplně volného času a seberealizace. Nižší adaptabilita a tolerance zátěže je zase typická pro vlastní stáří. S postupujícím věkem se připojují zvláštnosti stonání ve stáří a postupná osamocenosť v průběhu života. Často právě kvůli těmto změnám bývají staří a velmi staří senioři nesoběstační a závislí na pomoci druhých lidí (Ondrušová, 2011, s. 17).

1.4 ZMĚNY VE STÁŘÍ

Ve stáří probíhá řada biologických a psychologických změn, které jsou ireverzibilní. K těmto změnám dochází v důsledku celoživotního procesu stárnutí jednotlivých složek organismu. Probíhají pozvolna a zpočátku nejsou znatelné (Kuric, 1986, s. 261). Psychické změny jsou pomalejší a skrytější a také nejsou tolik zřetelné jako změny tělesné (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004, s. 69).

Václav Příhoda ve svém díle uvádí, že základním rysem života jedince je jeho jednotnost v neustálých tělesných a psychických změnách, které se vzájemně podmiňují a stupňují (Příhoda, 1974, s. 236).

Stáří je z hlediska vývojové psychologie jevem jak objektivním, tak subjektivním. Najdeme řadu objektivních změn, které lze změřit, například změny motoriky, vnímání, myšlení či paměti. Zřetel musíme brát i na pocity stárnoucího člověka, které nejsou méně skutečné, ba naopak mají pro daného jedince mnohem větší význam (Kuric, 1986, s. 261). V následujících kapitolách se zaměříme na konkrétní změny, které ve stáří probíhají, se zaměřením na jednotlivé oblasti - tělesnou, psychickou a sociální.

1.4.1 TĚLESNÉ ZMĚNY

K nápadným vnějším projevům stárnutí patří především změna postavy. Výška člověka se s přibývajícím věkem snižuje, lidé často říkávají, že „rostou do země“. Zmenšení postavy může souviset se změnami na páteři, jelikož dochází k prohlubování hrudní kyfózy (Gruberová, 1998, s. 20).

Ve stáří dochází k postupnému ubývání svalové síly. Snižuje se schopnost tělesné práce, která závisí na svalové síle řízené nervovým systémem. Úlohu při práci mají i plíce, které u starého člověka dokáží přijmout z prostředí mnohem méně litrů kyslíku než u mladého jedince (Tvaroh, 1984, s. 58).

Mnohdy máme tendenci laicky odhadovat stáří člověka podle stavu jeho kůže. Avšak u jedince žijícího v drsných podmínkách předpokládáme podle stavu jeho kůže na obličeji vyšší věk než u člověka, který o svou kůži pravidelně pečuje. Pokožka se s postupujícím

věkem ztenčuje a dochází k senilní atrofii kůže, která je jedním z involučních procesů v organismu. Kůže je vrásčitá, má menší elasticitu (Gruberová, 1998, s. 15).

Vlivem času dochází u člověka k určitým změnám smyslového vnímání. Smysly jsou pro lidský mozek nástroji kontaktu s okolním prostředím, jakýkoliv jejich úpadek tedy potažmo ovlivňuje funkci mozku. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27)

Gruberová uvádí, že ke zhoršování zraku začíná docházet již mezi 40. až 50. rokem života (Gruberová, 1998, s. 16). Dochází k poklesu akomodační schopnosti čočky, což způsobuje neschopnost zaostřovat na různé vzdálenosti, hlavně na blízko. Zhoršení akomodace vede k presbyopii (stařecké dalekozrakosti). Stuart-Hamilton ve své publikaci zmiňuje, že nejvážnější zrakovou vadou je ztráta zrakové ostrosti (schopnosti vidět ostře předměty v určité vzdálenosti). (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27). Pokud se špatný zrak nekoriguje brýlemi, může tento fakt způsobit různé nepříjemnosti, například bolesti hlavy. Staří lidé se také hůře adaptují na změny intenzity světla, hlavně pak na tmu (Gruberová, 1998, s. 16). Častou vadou zraku u seniorů je šedý zákal, kdy se zornice, původně tmavá, jeví jako zašedlá. Šedý zákal se řeší operativně. Závažnějším onemocněním je pak zelený zákal (glaukom). Nazývá se takto pro zelenavé záření zornice, hlavně tehdy, rozšíří-li ji lékař atropinem. Glaukom působí řadu obtíží, například bolesti hlavy, vidění barevných kruhů před očima, občasné zamlžování zraku atd. Příčiny zeleného zákalu, jak uvádí F. Tvaroh, jsou složité. Ve stáří bývá častý, není ovšem vzácný ani v mladších letech. (Tvaroh, 1984, s. 60 – 61)

Sluch během dospělosti postupně slábne. František Tvaroh poukazuje na skutečnost, že řada lidí má již v padesáti letech alespoň za určitých okolností horší sluch. Pro někoho se může míra zhoršení sluchu stát vážným problémem. Na oslabení sluchu má vliv také prostředí. Muži častěji než ženy pracují v hlučnějším prostředí, a proto u nich bývá oslabení sluchu výraznější. Ovšem není možné obecně stanovit, jaký podíl na oslabení sluchu nese vlastní stárnutí a jaký vnější vlivy prostředí. Tvaroh říká, že oba faktory hrají bezpochyby svou roli. Během stárnutí se také o několik milimetrů zvětšují ušní boltce, přičemž funkce této změny není jasná. Zanášení zvukovodu ušním mazem může být další příčinou oslabení sluchu. Vážnější změny nastávají v oblasti středního ucha. Kosti středního ucha (kladívko, kovadlinka, třmínek) s narůstajícím věkem v důsledku zvápnění

či artrózy často tvrdnou, což má vliv na přenos zvuku, především při jeho vysokých frekvencích. Do mozku vede z vnitřního ucha sluchový nerv a tento svazek nervových vláken se s věkem postupně ztenčuje. František Tvaroh zmiňuje, že „*atrofie je patrně způsobena kombinací nedostatečného prokrvení a růstu kosti, čímž se zužuje kanálek, kterým procházejí nervová vlákna*“ (Tvaroh, 1984, s. 31). Dochází ke stařecké nedoslýchavosti, stavu zvanému presbyakuze. B. Gruberová ve své publikaci uvádí, že presbyakuze se týká zpočátku vysokých tónů, později dochází až ke snižování schopnosti rozumění a chápání mluvené řeči. Při komunikaci se seniorem je tedy důležité mluvit pomalu a zřetelně, aby nedoslýchavý člověk byl schopen odezírat ze rtů. V opačném případě může docházet u takového člověka k podráždění, podezřívavosti, nervozitě a nakonec i stranění se společnosti kvůli zhoršené možnosti komunikace (Gruberová, 1998, s. 16).

Změny spojené se stárnutím se projevují i v kardiovaskulárním systému - snižuje se výkonnost srdce a dochází ke zmenšení pružnosti cév. Ty se po stlačení jen pomalu vracejí do původního stavu a časem mohou zcela ztratit schopnost měnit svůj průsvit. U jedince se pak projeví obtíže, bolesti u srdce či dušnost (Tvaroh, 1984, s. 72).

Také plíce ve stáří nejsou schopny obstarat výměnu plynů potřebných k dýchání tak dobře jako v mladém věku. Starý člověk má slabší dýchací svalstvo, a tudíž se mu hůře dýchá. Plicní tkáň ztrácí svoji pružnost, objevuje se rozedma plic. Tyto dýchací obtíže ještě zhoršuje kouření a případná otylost. Důležitý je proto pohyb na čerstvém vzduchu, cvičení a tělesná práce (Tvaroh, 1984, s. 66 – 67).

Vlivem stárnutí dochází také ke změnám ve vylučovacím ústrojí. Ledviny se zmenšují a dochází ke snížení průtoku krve. Senioři mohou trpět inkontinencí, což je nechtěný únik moči nebo stolice. Inkontinence může způsobit dlouhodobý psychický stres. Postižení jedinci trpí poruchami spánku, depresemi či úzkostí (Gruberová, 1998, s. 54).

S postupujícím věkem klesá sekrece pohlavních hormonů u obou pohlaví. Sekrece androgenů u muže klesá již od třicátého roku věku, sexuální aktivita však je zachována po celou dobu zralosti. Až po šedesátém roce klesá sekrece androgenů rychleji, jedná se ale o proces velmi individuální. U žen i po klimakteriu je zachována sekrece pohlavních hormonů nadledvinkami. Ty zajišťují sexuální aktivitu ženy, avšak na kvantitativně nižším

stupni. U žláz s vnitřní sekrecí, jako jsou nadledvinky, štítná žláza a hypofýza, dochází k atrofii. Vylučování hormonů zůstává zachováno, snižuje se však schopnost reagovat při zátěži. Výjimkou je hormon kůry nadledvinek, tzv. kortizol, jehož tvorba se nemění ani ve vysokém stáří (Gruberová, 1998, s. 19).

K řadě změn dochází v nervovém systému, kde postupně ubývají neurony. Ty nejsou již schopny regenerace, nedělí se a postupně úplně zanikají. V důsledku atrofie mozku klesá i jeho váha. Změny se objevují také v nervových spojeních, tzv. synapsích. Gruberová uvádí, že tyto projevy jsou podkladem pro změny psychické (Gruberová, 1998, s. 20). Podle Vágnerové jsou některé oblasti mozku k projevům stárnutí citlivější než jiné. Poměrně brzy se projeví v prefrontálním kortexu, což je fylogeneticky nejmladší oblast, která se v ontogenezi vyvíjí nejpozději. Funkční změny prefrontálního kortexu se projeví ve zhoršení pozornosti, paměti, dále pak v procesech selekce informací a plánování. Jsou také příčinou zhoršení fluidní inteligence. Změny se vyskytují i v oblasti bazálních ganglií. *„Zmenšování počtu synaptických spojení, snížená produkce klíčových neurotransmiterů (např. dopaminu) či změna jejich receptorů umožňujících přenos nervových impulsů nebo změna průtoku krve mozkovými cévami mohou vést ke zpomalení psychických funkcí a narušení jejich integrity“* (Vágnerová, 2007, s. 316). Člověk není schopen plně využívat všechny přicházející informace, nedokáže je dostatečně rychle zpracovávat. V důsledku toho dochází ke zpomalení a ochuzení myšlení (Vágnerová, 2007, s. 316).

1.4.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Dvořáčková ve své publikaci uvádí, že *„psychickou involuci lze chápat jako spořádaně probíhající demontáž osobnosti“* (Dvořáčková, 2012, s. 12). Stárnutí je spojováno se změnou osobnosti. U starých lidí se projevují záporné vlastnosti, do popředí se dostávají především negativní rysy osobnosti. Tyto psychické změny v kombinaci se změnami sociálními ztěžují seniorům adaptaci na okolní prostředí. Musíme ovšem odlišovat problematické chování, které je způsobeno změnami ve stáří, od duševních či tělesných poruch (Dvořáčková, 2012, s. 12 – 13).

„Je nezvratnou zkušeností, že stárnutí a stáří představuje z biologického hlediska sestupnou část životního cyklu, a duševní vývoj ve stáří závisí do značné míry na tom, jak se stárnoucí člověk dovede s touto skutečností vyrovnat.“ (Wolf, 1982, s. 133)

Pro stárnutí je typický úbytek řady duševních funkcí, který je podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Tento úbytek nastává pozvolna, v některých složkách již ve středním věku dospělosti. Je důsledkem změn v ústřední nervové soustavě, ve smyslových orgánech, také v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz a v látkové přeměně (Wolf, 1982, s. 13).

Gruberová zmiňuje, že v průběhu fyziologického stáří se setkáváme i s pozitivními jevy v duševní sféře. S narůstajícím věkem se zvyšuje vytrvalost, rozvaha a trpělivost. Starším lidem tolik nevadí stereotypie v práci. Narůstá také tolerance k druhým lidem, dochází k rozvinutí altruistického chování (Gruberová, 1998, s. 23).

Dvořáčková uvádí ve své publikaci charakteristický obraz psychiky seniorů podle Jedličky:

- *„Psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy;*
- *Psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti;*
- *Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba“*

(Dvořáčková, 2012, s. 13)

Již během stárnutí a později ve stáří postupně klesají kognitivní (poznávací) funkce, které dosahují maxima, jak uvádí Gruberová, ve třetím deceniu. Od té doby dochází k jejich pozvolnému poklesu, který ale při běžném průběhu stárnutí nemá dlouho žádný vliv na praktickou činnost člověka.

Psychomotorické tempo se vlivem stárnutí zpomaluje, reakce na podněty již nejsou tak rychlé. Při fyziologickém stárnutí řeší starý člověk úkoly dobře, hlavně tehdy, může-li využít své dosavadní zkušenosti. Na řešení však potřebuje delší dobu, což prokazují psychometrické testy. Také dochází ke zpomalování rychlosti slovní reakce, odpovědi na otázku (Gruberová, 1998, s. 22).

Dalším typickým znakem stárnutí je snížení paměťových procesů, především vstřípivosti a výbavnosti. Už od pátého decenia si lidé začínají stěžovat, že si nejsou schopni vzpomenout např. na jména známých lidí, měst apod. (Gruberová, 1998, s. 22). Podle V. Pacovského se ve stáří hůře udržují v paměti nové poznatky, avšak staré vzpomínky se ožívují snadno. U některých starých lidí dochází k idealizování minulosti, vlastního mládí, místa, kde žili (Pacovský, 1997, s. 59).

Vlivem stárnutí organismu klesá adaptabilita jedince. Staří lidé se hůře přizpůsobují novým situacím, jsou konzervativní, lpí na stereotypch, svých zažitých zvycích. Senioři se nezřídka stávají nesoběstačnými, jsou rigidnější v myšlení i v jednání (Gruberová, 1998, s. 22).

Schopnost koncentrace pozornosti se s přibývajícím věkem také snižuje. Stárnoucí jedinec musí vynaložit mnohem více úsilí než dříve, aby se soustředil na daný problém (Pacovský, 1997, s. 59).

I v oblasti rozumových schopností dochází v průběhu stáří ke změnám. Rychlost této proměny ovšem závisí na mnoha faktorech, jak biologických, tak sociálních. Tyto faktory nelze posuzovat odděleně, jelikož vždy působí v určité interakci. Krystalická inteligence se v období raného stáří nemění. Pokud jedinec není postižen demencí, k jejímu poklesu dochází až po 70. roce věku. Starší člověk si uchovává schopnost používat dříve osvojené znalosti, způsoby uvažování, naučená řešení známých situací. K úbytku dochází v oblasti fluidní inteligence. Její pokles způsobuje změna fyziologických funkcí CNS. Starší člověk hůře zpracovává nové informace a již s určitými obtížemi hledá řešení nových problémů, které by bylo správné a zároveň dostatečně rychlé. Rozsah úbytku jednotlivých složek této inteligence je diferencovaný, jednotlivé kompetence se nemění stejně rychle. Vágnerová říká, že přestože je úbytek fluidní inteligence zřejmý už v raném stáří, v běžných situacích nemusí docházet k žádné výraznější změně. Ta by se projevila až ve zcela neznámých situacích, do nichž se starší lidé dostávají spíše výjimečně (Vágnerová, 2007, s. 328).

Oblast emocí je pro staré lidi velmi důležitá, emoční prožitky mají často větší význam než dříve. Vágnerová uvádí, že během stárnutí dochází ke dvěma zdánlivě protikladným změnám. Na jedné straně jde o celkové zklidnění, což se projevuje i v jiných oblastech psychiky než pouze v emočním prožívání. Na straně druhé dochází ke zvýšení citlivosti,

dráždivosti na určité podněty. Vyrůstá citová labilita, odolnost vůči zátěži se snižuje. Tyto změny nemusí být vždy dány věkem nebo narušením některých funkcí CNS, někdy je mohou způsobovat somatické obtíže (Vágnerová, 2007, s. 335).

Během stárnutí se mohou určitým způsobem měnit také osobnostní vlastnosti. Může dojít k akcentaci některých vlastností nebo k rozvoji nových projevů, jež se u daného člověka dosud nevyskytovaly. Někdy se změní struktura celé osobnosti a následně i celkové chování staršího člověka. Změny jsou většinou plynulé, nepříliš nápadné. Extraverze má tendenci s přibývajícím věkem klesat. Nárůst introverze může vést v konečném důsledku až k izolaci jedince. Neuroticismus, který je možné chápat jako sklon k labilitě, s věkem také klesá. Staří lidé bývají vyrovnanější, v krajním případě až rigidní. V pozdním stáří může míra neuroticizmu opět narůstat, senioři mohou být úzkostněji ladění. Dochází u nich k úbytku zvědavosti, otevřenosti novým zkušenostem. Bývají více egocentričtí a popudliví. Zároveň se udržuje vysoká (v některých případech až přílišná) míra důvěřivosti (Vágnerová, 2007, s. 348).

B. Gruberová říká, že *„kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý, naopak může dojít v tomto období k požitkářství a utrácení peněz, někdy může dojít k rozvoji alkoholismu. Z úzkostného člověka se může stát hypochondr, sobecký člověk se stává egocentrickým“* (Gruberová, 1998, s. 22).

M. Vágnerová uvádí, že všechny uvedené změny osobnostních charakteristik nemusí být pouze důsledkem samotného stárnutí, ale lze je chápat jako reakci na novou, a ne zrovna jednoduchou, životní situaci. Starší jedinci mohou být více introvertní i z toho důvodu, že kontakt s druhými neuspokojuje jejich potřebu natolik, aby o něj stáli (Vágnerová, 2007, s. 348).

1.4.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY

Člověk je společenský tvor, na společnosti do určité míry závislý. U zestárlých lidí potřeba sdružování přetrvává, avšak zužují se její možnosti. Pacovský říká, že mezi živými bytostmi je sdružování přirozeným jevem. Pro starého člověka zpravidla není dobré, aby byl úplně sám. Sklon k izolaci je chápán jako nebezpečná známka stáří.

Pro sociální stárnutí je typické postupné ubývání samostatnosti a současné narůstání závislosti na své okolí. Samostatný, neboli nezávislý člověk bez pomoci jiných zvládne veškeré potřebné činnosti každodenního života v prostředí, ve kterém žije. Pokud si chce stárnoucí člověk udržet svoji samostatnost, musí zachovat svou výkonnost, anebo snížit nároky prostředí. Závislost má různé stupně. Starý člověk může potřebovat pouze podporu, příležitostnou pomoc druhého při běžných denních činnostech, občasnou lékařskou péči dle aktuálního zdravotního stavu. V tomto případě se jedná o lehkou závislost. Oproti tomu úplná závislost je stav, kdy běžné životní potřeby musejí být zajišťovány další osobou. Počet plně samostatných jedinců se snižuje s narůstajícím věkem. „*Do sociálního stárnutí tedy patří skutečnost, že se postupně omezuje schopnost vyvíjet činnosti, které jsou pro jiné lidi běžné.*“ (Pacovský, 1997, s. 60)

Gruberová upozorňuje na fakt, že v minulosti, kdy bylo málo pravděpodobné, že se člověk dožije vyššího věku, bylo stáří respektováno a ctěno. Ve středověku byly zakládány chudobince, kde starý či nemocný člověk získal azyl. Podmínky života zde byly ovšem velmi tristní. Postupem času se zvyšovala pravděpodobnost dožít se vysokého věku a fenomén stáří se stal běžným společenským jevem, v následku čehož došlo k jeho určité degradaci. Gruberová uvádí několik příčin, proč se tak stalo. V první řadě se začíná prudce rozvíjet pracovní technologie a stárnoucí člověk není schopen bez problémů zvládnout např. nové pracovní postupy, automatizaci, počítačovou techniku. Tudíž má výrazně sníženou možnost uplatnit se v práci. Senior, který nevydělává a pouze pobírá důchod, se nedobrovolně dostává do pozice závislosti na společnosti. Diskriminaci starých lidí v tomto směru označujeme jako ageismus. V dnešní době se spíše propaguje kult mládí. Dále došlo k uvolnění rodinných svazků. Dříve se praktikovala mezigenerační výměnná služba, děti se staraly o své staré rodiče. Dnes kvůli oddělenému bydlení je tato výměnná služba ztížena nebo chybí. Další příčinou, kterou Gruberová zmiňuje, je nízké sebehodnocení starých, penzionovaných lidí. Odchodem do penze člověk ztrácí svou roli ve společnosti. Proto senioři toto období prožívají často negativně, hlavně tehdy, nemají-li náhradní program. Roli hrají i ekonomické problémy gerontů, kdy výška důchodů nedovoluje ekonomickou nezávislost.

V šedesátých letech se objevily první teorie, které se snaží problém degradace stáří řešit. První je *teorie aktivity*, která vychází z názoru, že jestliže starý člověk nemá zdravotní

obtíže, nemá brát ohled na kalendářní věk a má zůstat dál aktivní v pracovním procesu. *Teorie stažení* říká, že se stárnoucí jedinec má začít včas připravovat na odchod do penze a plně se věnovat volnému času. *Teorie antiageing* zdůrazňuje, že zestárlý člověk má stejné potřeby jako ostatní populace, ale jelikož nestačí tempu, je nutné respektovat ty úlohy, které může plnit.

Gruberová říká, že na spokojené stáří má vliv postoj celé společnosti. Je důležité, aby společnost podporovala a rozvíjela aktivity starých lidí, umožnila jim seberealizaci, našla náhradní program (Gruberová, 1998, s. 24 – 25).

1.5 STÁŘÍ A NEMOCI

Dříve se tradovalo úsloví, že „stáří samo je nemoc“ („Senectus ipsa est morbus“). Dnes již víme, že toto pojetí bylo mylné. Stárnutí a stáří patří, jak uvádí Pacovský, k přirozenému běhu života. I mezi velmi starými lidmi najdeme zdravé jedince. Stáří samo není nemoc, ovšem také není bez nemoci. Chorobami ve stáří se zabývá geriatric (Pacovský, 1997, s. 68).

Nemoci starých lidí dělíme na nemoci stáří ve vlastním slova smyslu, dále na nemoci, které postihují lidi v kterémkoliv věku, ale ve stáří bývají častější a na dočasná chronická onemocnění. Ta si nemocný přináší už ze zralého věku. Ve stáří se jejich průběh následně spíše zhoršuje, zřídka zlepšuje. František Tvaroh ve své publikaci uvádí, že Trojan vymezuje pojem zdraví člověka takto: „*Starý člověk je zdravý tehdy, cítí-li se dobře, nemá stížnosti na zdravotní stav, projevuje dobrou morálku a sociální přizpůsobivost a není u něho zjištěna žádná podstatná nemoc.*“ (Tvaroh, 1984, 133 – 134)

Některé choroby jsou pro mnoho starých lidí typické, mluvíme o nemocech stáří ve vlastním slova smyslu. Řadíme sem nedokrvenost srdečního svalu, rozedmu plic, zbytnění prostaty, některé degenerativní kloubní změny a psychické poruchy ve stáří.

Častěji se také u starých lidí vyskytují poruchy prokrvení srdce, což je důsledkem kornatění koronárních cév, dále srdeční infarkt, vysoký krevní tlak, zápal plic, nádory a cukrovka.

Lidé si ze středního věku přinášejí chronické choroby. Například srdeční vady, žaludeční vředy, onemocnění cest žlučových a močových aj.

Organismus starých lidí reaguje na choroby zlenivěle. Infekční onemocnění může probíhat s nižší teplotou nebo úplně bez ní. Staří lidé trpí často několika nemocemi najednou, oproti tomu lidé ve středním věku mají většinou jednu závažnou nemoc (Tvaroh, 1984, 134 – 135).

Gruberová uvádí klinický průběh chorob ve stáří. V první řadě ubývá příznaků, jsou méně intenzivní. Náhlá břišní příhoda, např. zánět slepého střeva, se často projeví pouze neurčitým pobolíváním břicha. S přibývajícím věkem stoupá tolerance bolesti. Dále se ve stáří více vyskytují nespecifické příznaky, které mohou zakrýt projevy vlastní choroby. Patří sem např. apatie, odmítání potravy a tekutin, zhoršení hybnosti, zhoršení psychického stavu. Akutní choroba trvá ve stáří delší dobu než ve středním věku a i rekonvalescence je u gerontů delší.

Gruberová dále zmiňuje, že následkem mnoha chorob ve stáří bývá zhoršení sociální situace starého člověka. Pro stáří je typická vzájemná provázanost zdravotního stavu a sociálního postavení jedince.

Mezi nejčastější zdravotní problémy ve stáří patří závratě, pády, poruchy chůze, delirantní stavy, poruchy vyprazdňování, proleženiny, dehydratace a nespavost (Gruberová, 1998, s. 45 – 47).

Nespavost neboli insomnie je porucha spánku. Až 30 procent seniorů si stěžuje na problémy se spánkem. Jde o subjektivní pocit, objektivizovat ho je možné ve spánkových laboratořích, které se výzkumu spánku věnují. Počet lidí, kteří trpí nespavostí, stoupá s věkem. Podle Gruberové je výskyt insomnie třikrát až čtyřikrát častější u lidí nad šedesát let ve srovnání se skupinou pod třicet let. Ženy si na nespavost stěžují dvakrát častěji než muži. Měli bychom však zmínit, že kvalita spánku se mění i u zdravých lidí. Prodlužuje se doba usínání, zkracuje se délka nočního spánku i jeho kontinuita, častější bývá krátké usínání přes den. Lidé trpící poruchami spánku si nejčastěji stěžují na obtížné usínání, opakované buzení během noci a na předčasné ranní buzení.

Jak dále Gruberová uvádí, porucha usínání se projevuje prodloužením tzv. latence usnutí. U mladých lidí trvá několik minut, u seniorů se fyziologicky prodlužuje. Usínání negativně ovlivňují zevní podněty, např. světlo, teplo, hluk, ale i povzbuzující nápoje požitá před spaním (káva, čaj) a také chrápání partnera. Dlouhodobá nespavost je způsobena různými chorobnými stavy somatickými i psychickými.

Časté probouzení během noci může zapříčinit noční močení, záchvaty dušnosti, kašle. U některých lidí se vyskytuje spánková apnoe, což je porucha charakterizovaná apnoickými pauzami nad deset vteřin během spánku. Hlavním příznakem je chrápání, které je apnoickými pauzami přerušováno. Tyto pauzy ruší spánek, jelikož každá je zakončená jeho změlčením nebo až probouzením. Člověk se ráno budí unavený a usíná přes den.

Předčasné ranní probouzení je způsobeno nejčastěji depresivním syndromem. Lidé trpící depresí mají mělký spánek, mohou se budit během noci, nejčastěji před pátou hodinou ranní a nemohou již usnout (Gruberová, 1998, s. 49 – 50).

1.6 PSYCHICKÉ PORUCHY VE STÁŘÍ

„Mezi psychickými změnami, které s sebou přináší normální stáří, a skutečnými duševními chorobami je plynulý přechod“ (Tvaroh, 1984, s. 148). Tato plynulost se vyskytuje ve všech věkových skupinách, nejen ve stáří.

Tvaroh říká, že všechny psychické projevy stáří, jako je nedostatek přizpůsobivosti, pomalost reakcí a pokles duševních schopností, mohou se zevními vlivy prostředí a pocity nejistoty přispět ke vzniku psychické poruchy.

Jak dále F. Tvaroh uvádí, Vondráček rozděluje po psychické stránce staré lidi do čtyř skupin:

1. Staří lidé, kteří jsou psychicky normální.
2. Staří lidé postižení duševní poruchou, která se ve stáří objevila, není ovšem pro ně typická (například neurotická porucha).
3. Staří lidé postižení duševní poruchou, jež je pro stáří typická (například senilní demence).
4. Staří lidé postižení již dříve duševní poruchou, která se ve stáří zhoršila.

(Tvaroh, 1984, s. 148 – 151.)

Podle Pacovského (1997) se objevují psychické poruchy tehdy, je-li nějakým způsobem narušeno přirozené psychické stárnutí. Až dvacet procent lidí nad šedesát pět let trpí psychickou poruchou. Nejčastěji se jedná o chorobné změny nálad (např. deprese), poruchy poznávání a paměti (např. demence) a také o poruchy osobnosti a chování.

1.6.1 DEPRESE

Deprese je stav sklíčenosti a skleslosti. Má různé příčiny a stupně – od smutku všedního dne přes depresivní reakci jedince na nemoc až po velmi silné depresivní stavy (Pacovský, 1997, s. 71).

Deprese je ve stáří častá, na jejím vzniku se podílí involuční změny mozku i životní události. Bývá provázena úzkostí a člověku snižuje kvalitu života.

Typickým projevem je neodklonitelný, nepřiměřený smutek a úzkost, pocit bezvýchodnosti, selhání a apatie, dochází k sebeobviňování, omezení kontaktů a komunikace. Jedinec ztrácí zájem, není schopen koncentrace, trpí poruchami spánku. Nejhorší nálada je bezprostředně po probuzení. Jedná se o tzv. ranní pesimu, chmury se během dopoledne protrhávají. Běžně se objevují psychosomatické obtíže, somatizace (bolesti, bušení srdce, závratě). (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 135)

Vágnerová uvádí, že depresivními stavy trpí ve stáří až 13 procent lidí. Vymezit počet těchto seniorů není snadné, jelikož deprese nejsou vždy správně diagnostikovány. *„Deprese mohou být reakcí na kumulaci různých stresů, typických pro období stáří, nebo jsou spojené s obavami z budoucnosti, s úzkostí a strachem a z toho vyplývajícími pocity bezmocnosti. Ve stáří často korespondují se somatickými potížemi, projeví se v nich i negativní životní perspektiva, někdy i vyrovnávání s blížící se smrtí.“* (Vágnerová, 2007, s. 406)

U mírnějších forem deprese hrozí riziko, že uniknou pozornosti lékaře nebo jsou považovány za běžný projev stárnutí. Projevují se například tím, že jedinec ztrácí zájem o sociální kontakty či zanedbává vlastní osobu (tzv. apaticko-abulický syndrom) nebo jako hypochondrický syndrom (Pacovský, 1990, s. 76).

Pokud máme podezření na depresi, je nutné odborné psychiatrické vyšetření a posouzení vhodné antidepressivní léčby. Čevela, Kalvach a Čeledová ve své publikaci uvádí, že chybou je jak neuvážené podávání antidepressiv v marné snaze ovlivnit běžný smutek, tak i ponechání depresivního jedince v jeho útrapách (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 135).

Podle Pacovského výrazně přibývá dokonaných dokonalých sebevražd u starých lidí. Jejich počet převyšuje počet sebevražedných pokusů. Dále zmiňuje, že nebezpečí sebevražd je reálné hlavně u deprese gerontů. Uchylují se k sebevraždě pro pocity opuštěnosti, bezútěšnosti, při potížích z různých somatických onemocnění. Nebezpečí sebevražd u starých jedinců narůstá např. při stavech zmatenosti, při úmrtí partnera, umístění do ústavní péče (Pacovský, 1990, s. 76).

1.6.2 DEMENCE

Demence je soubor symptomů, které souvisejí s úbytkem kognitivních schopností mozku, jako je paměť, myšlení, uvažování, orientace, učení, řeč. Kognitivní poruchy jsou doprovázeny poruchami emocí, motivace, chování, spánku. Zpočátku pociťují postižení jedinci úzkost a depresi, mohou se objevit také bludy.

Demenci je nutno odlišovat od přirozených involučních změn, od „benigní stařecké zapomnětlivosti“ - například zhoršená výbavnost některých údajů a od mírné kognitivní poruchy. Jak R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová zmiňují, u části gerontů může dojít při mírné kognitivní poruše k progresi do skutečné demence, ale u ostatních se jedná o přechodný stav, který se upraví či setrvá, ale dále se nezhoršuje (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 136).

Podle Stuarta-Hamiltona je chybné tvrdit, že slovo „senilita“ znamenající „stáří“ se stává synonymem „demence“. Ta se totiž může dostavit kdykoli v průběhu dospělého života jedince, s narůstajícím věkem se jen zvyšuje pravděpodobnost onemocnění demencí (Stuart-Hamilton, 1999, s. 177).

Vágnerová uvádí, že prvním signálem demence je nápadnější zhoršení paměti. Postupem času může dojít k velké poruše paměťových funkcí, člověk si následně nedokáže vybavit ani zafixované informace. Postižený jedinec nepoznává své okolí, známé osoby a také si někdy nepamatuje, kdo je on sám. Dochází k deformaci jeho sebepojetí. V rámci

postupující demence může dojít k úplné ztrátě identity, kdy člověk nezná svou minulost a vůbec neví, kdo je. Vágnerová dále zmiňuje, že typickým projevem pokračující demence je bradypsychismus, kdy jedinec ztrácí schopnost logicky uvažovat. Takový člověk nechápe logické argumenty, a proto je nemůže akceptovat. Poměrně brzy dochází ke zhoršení kontroly emocí a také sociálního chování. Změny emocí jsou patrné již na začátku onemocnění. Jedinci jsou citově labilní, podráždění, ale také mohou být depresivní či apatičtí. Postupně se také mění osobnost člověka. Nemocný může být nápadně sobecký a bezohledný, ačkoliv předtím takový nebýval. Postižení jedinci nejsou schopni respektovat běžné normy chování, dochází u nich ke ztrátě sociálních návyků. Takováto změna osobnosti bývá pro nejbližší členy rodiny velice traumatizující (Vágnerová, 2007, s. 404 – 405).

Nejčastější příčinou demence u starých jedinců je Alzheimerova choroba, kdy se jedná o primární degenerační onemocnění mozku. Etiologie je dosud ovšem neznámá. Další příčinou demence jsou změny mozkových tepen (mozková ateroskleróza, poškození mozku po opakovaných drobných mozkových krváceních) nebo příčiny smíšené (Pacovský, 1997, s. 72).

Stuart-Hamilton ve své publikaci uvádí, že Alzheimerova choroba má na svědomí zhruba padesát až sedmdesát procent všech případů demencí. U mladších jedinců probíhá onemocnění v prvních fázích choroby obvykle rychleji, avšak paradoxně tito mladší pacienti v pokročilejších stádiích přežívají déle než ostatní. Odborníci se domnívají, že v některých případech hraje svou roli dědičná složka, která je zřejmě důsledkem nepříznivých kombinací několika genů. Stuart-Hamilton dále zmiňuje, že za viníka Alzheimerovy choroby byla označena celá řada faktorů prostředí. Jedním z nich byl hliník. Stále je záhadou, proč jsou pacienti s touto chorobou tak citliví na hliník.

Alzheimerova choroba se může objevit od padesátého roku věku prakticky kdykoliv. Pravděpodobnost jejího rozvoje prudce stoupá po dosažení věku sedmdesáti pěti let (Stuart-Hamilton, 1999, s. 183 – 186).

1.6.3 DELIRIUM

Delirium, dříve označováno jako amentní stav, je nespecifická reakce mozku na různou zátěž. Mozek je většinou organicky změněný. Jedná se o přechodný mozkový syndrom, během něhož se současně vyskytují poruchy vědomí, myšlení, paměti, pozornosti, emocí, chování, rytmu spánku a bdění (Gruberová, 1998, s. 51).

R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová uvádí, že typickými příznaky deliria jsou zmatenost, dezorientace, porucha paměti, spánku, soustředění. Při hyperaktivním deliriu se u jedince mohou objevit halucinace, bludy, nemocný vykřikuje, opouští lůžko, bloudí či vykonává nesmyslné činnosti (cupuje obvazy, povlečení lůžka, něco stále neúspěšně hledá). Oproti tomu během hypoaktivního amentního stavu je člověk apatický, ospává, rychle se rozvíjí dehydratace (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 137).

Tato choroba stoupá s věkem. Nejčastěji k ní dochází při hospitalizaci nemocných vyššího věku. Objevuje se v prvních dnech hospitalizace nebo pobytu v domově pro seniory.

Mezi nejčastější příčiny deliria patří předchozí organické onemocnění CNS (např. demence, stavy po úrazech hlavy, epilepsie), dále závažná somatická onemocnění, která vedou k dehydrataci, poruše oběhu. Příčinou může být také operační zátěž, závislost na alkoholu či lécích. Tyto závislosti jsou rizikovými faktory pro vznik deliria. Podle Gruberové mohou amentní stav vyvolat některá psychofarmaka, například antidepresiva nebo neuroleptika. Nebezpečné je také náhlé vysazení některých léků. Roli mohou hrát také psychologické vlivy, které se uplatňují například při hospitalizaci. Člověk může trpět depresemi, stresem, obavami z budoucnosti při vážné somatické chorobě.

Tato choroba má náhlý začátek, často se objeví ve večerních hodinách. Právě náhlostí svého vzniku se delirium odlišuje od Alzheimerovy choroby, u níž jsou také přítomny poruchy kognitivních funkcí, vyvíjí se ovšem zvolna. Gruberová zmiňuje, že vznik deliria u člověka postiženého demencí však není vzácností. Doba trvání amentního stavu je různá, může trvat hodiny i dny.

Delirium je velmi vážný stav, který prodlužuje dobu hospitalizace, může vést až ke smrti postiženého jedince. Léčba musí být rychlá a komplexní, nesmí se omezit jen na tlumení naléhavých příznaků. Lékař by měl zjistit možnou příčinu a predisponující faktory

amentního stavu a pokusit se je ovlivnit. Na zklidnění psychotických stavů se užívá farmakologická léčba.

Péče o nemocného jedince v deliriu je velice náročná. Je nutné, aby se podílel celý ošetrovatelský tým (Gruberová, 1998, s. 51 – 53).

1.7 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ

Je nezbytné, aby se příprava na stáří stala celoživotním programem. Gruberová říká, že život každého člověka je multifaktoriální záležitost a staří lidé nejsou jednotnou skupinou populace. Proto tedy nemůže být příprava na stáří „*jedním kursem před penzí s jedním univerzálně platným návodem*“ (Gruberová, 1998, s. 51).

Příprava by měla vycházet z reálné situace konkrétních jedinců a rodin. „*Základem je vědomí zodpovědnosti a možnosti ovlivnit do značné míry kvalitu života ve vlastním stáří na straně jednotlivých lidí a zájem o využití potenciálu starších lidí s ochotou vstřícné, znalé podpory na straně společnosti*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 127). Jedná se o podporu adaptace, seberealizace, zaměstnanosti, sociální participace apod.

Už u dětí bychom měli začít vytvářet pozitivní zkušenost s podobou stáří, s přirozeným pokračováním života ve starém věku. Vhodné je začlenit starého člověka do rodinného a společenského života, sdílet jeho příběhy a vytvářet jeho pozitivní roli v životě rodiny. Významnou roli hraje také zkušenost dětí s mezigenerační solidaritou, s pomocí a podporou, kterou jejich rodiče poskytují starým prarodičům. Děti by měly mít povědomí o rozdílech mezi stárnutím úspěšným a neúspěšným, mezi přirozenou involucí a projevy chorob. Také by se měly poučit o tom, že mají možnost pozitivně ovlivnit své vlastní stáří a že nesou osobní zodpovědnost za jeho průběh.

Důležité je uvědomit si, že člověk stárne tak, jak žil. Některé návyky a rysy se sice pozměňují, ale zásadně se většinou nemění. Co bylo založeno v mladém a středním věku, bude s velkou pravděpodobností přetrvávat i ve stáří a naopak, co zažité není, bude se obtížně zabíhat. Z tohoto důvodu je vhodné mít pevný řád života i dne. Člověk má mít čas na práci, vzdělání, odpočinek, řád s pravidelností pohybových, společenských a kulturních aktivit. R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová uvádí, že právě tento zautomatizovaný

celoživotní řád je velikou pomocí v době, kdy člověk zažívá závažné životní změny, krize a katastrofy (například ovdoví, ztratí zaměstnání, děti odejdou z orientační rodiny, přestěhuje se apod.) V takových situacích bývá základní radou udržet si navykly řád. Jinak by se člověk mohl zhroutit z prázdnoty, bezcílnosti, nadbytku volného času.

Ve věku předdůchodovém se doporučuje věnovat pozornost kontrole a zlepšení zdravotního stavu, dále posílení zdraví, rozhodnutí o době penzionování, ujasnění finanční situace a také pracovním a volnočasovým aktivitám. Bydlení je zásadním faktorem přípravy na stáří, jelikož je důležité, aby bylo relativně bezbariérové, ekonomicky zvládnutelné. Také stále více starších lidí žije samostatně v jednočlenných domácnostech (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 127 – 128).

V dnešní době se jen málokdo připravuje na stáří promyšleně. R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová zmiňují, že pomoci může gerontogogika, která je součástí andragogiky, což je vzdělávání dospělých. Příprava na stáří je chápána jako součást rozvoje osobnosti a dělí se na celoživotní (dlouhodobou), střednědobou (od 50 let) a krátkodobou (2-3 roky před penzionováním).

Dlouhodobá příprava na stáří začíná již v mladém věku. V rodině a ve výchovných či vzdělávacích institucích by se měl mladý člověk učit tolerantnímu vztahu ke starým lidem. Už v mládí je nutné si uvědomit, že stáří je nedílnou součástí života a jeho kvalitu si do určité míry ovlivňuje jedinec sám. Mladý člověk by se měl seznámit například se zásadami životosprávy, racionální výživy, škodlivými látkami pro organismus, jako jsou alkohol a drogy. Je třeba, aby se dítě vychovalo k odpovědnosti za osud rodinných příslušníků, vážilo si svých rodičů a v budoucnu neváhalo poskytnout jim pomoc i za cenu snížení dosavadního životního standardu. Gruberová uvádí konkrétní podoby takové přípravy. Například dobrovolnou pečovatelskou aktivitu studentů zdravotnických škol, návštěvy dětí v domově pro seniory, různé besedy a v neposlední řadě příklad rodičů v rodině.

Střednědobá příprava na stáří začíná ve vyšším produkčním věku a soustřeďuje se na dva okruhy problémů – zdravotnickou přípravu a přípravu v sociální oblasti. Zdravotnická příprava zahrnuje seznamování se zásadami správné životosprávy a s tzv. rizikovými faktory v dospělosti, které ve vyšším věku mohou vážně ohrozit život. K těmto faktorům patří přejídání a špatné stravovací návyky, které jsou zafixované již v dětství a mohou

později způsobit vysoký krevní tlak či cukrovku. Patří sem i kouření, nadměrné požívání alkoholu, zneužívání léků, nedostatek pohybu, který přispívá ke vzniku kardiovaskulárních nemocí, dalším faktorem je nedostatek spánku, nadměrná psychická zátěž a nedostatek psychické relaxace. Příprava na stáří v sociální oblasti znamená vnímat stáří jako součást života, akceptovat podmínky, které společnost připravuje občanům v postproduktivním věku. Velkou výhodou je mít nějaký koníček, který pomůže naplnit volné dny v důchodu. Důležitou roli hrají také přátelské vztahy i mimo pracoviště.

Krátkodobá příprava na stáří probíhá, jak již bylo uvedeno, dva až tři roky před odchodem do důchodu. Odchod do penze je velmi psychicky náročné období, ve kterém ztrácí člověk své dosavadní sociální postavení. Lidí, kteří se špatně adaptují na tuto novou situaci, je mnoho. Gruberová říká, že se hovoří o důchodové krizi či důchodovém bankrotu. Rizikovými jedinci jsou převážně ti, kteří jsou fixováni jen na svou profesi a odchodem do penze ztrácejí motivaci k vlastnímu aktivnímu životu. Ve většině případů se jedná o muže, pro které důchod může být velkým psychickým traumatem. Nepříznivá je také ekonomická situace, hlavně pokles životního standardu, jelikož je rozdíl mezi posledním platem a prvním důchodem. Někteří odborníci se podle Gruberové domnívají, že zhoršením sociálního a ekonomického postavení člověka dochází také ke zhoršení zdravotních potíží. To má vliv na vysokou úmrtnost mužů v brzkém penzijním věku. Je důležité, aby stárnoucí jedinec stabilizoval svůj zdravotní stav, rozvíjel a udržoval svou soběstačnost, byl připraven po stránce ekonomické. Dále je nezbytné zvážit, zda bude schopen sám zvládat povinnosti spojené s údržbou bytu. Senioři by měli žít aktivním životem, například pracovat ve společenských a zájmových organizacích (Gruberová, 1998, s. 28 – 30).

1.8 ADAPTACE NA STÁŘÍ

R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová uvádí, že existují tři okruhy teorií, jak se starý jedinec adaptuje na měnící se životní situaci a úbytek sil. První je *teorie aktivního stáří*, kdy je cílem usilovat o zachování maxima dosavadních aktivit, žít životem jako dřív, pouze optimalizovat podmínky. Dále zmiňují *teorii substituční*, kdy jedinec usiluje o selekci udržovaných aktivit a o náhradu neúměrně zatěžujících nebo nemožných činností

aktivitami náhradními. Třetí je *teorie postupného uvolňování*, jejímž cílem je usilovat o vědomé vyvázání z aktivit, zanechání různých činností a pokorné smíření s deficitem stáří.

Ani jedna z těchto výše uváděných teorií není nadřazená nebo kvalitnější. Žádná z nich by tedy neměla být starým lidem vnucována. Zvolený postup vychází z osobnosti každého jedince, důležitá je svobodná volba. V žádném případě by nemělo dojít k přetížení, k rezignaci, k pocitu, že „to už nejsem já“. Adaptační strategie souvisí s osobnostními ambicemi, aspirací a s tím, co stárnoucí jedinec očekává, o co chce usilovat. K anticipační úzkosti může dojít tehdy, vznikne-li konflikt mezi vysokou aspirací a nízkou expektací. Mnohdy je tato úzkost doprovázena psychosomatickými projevy (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 131 – 132).

„Při řešení otázky optimální adaptace se zřetelem k životnímu stylu ve stáří je ovšem třeba přihlížet ke všem individuálním předpokladům: zdravotním, profesním, rodinným, bytovým atd.“ (Kalvach a kol., 2004, s. 106). Pro někoho je vhodný styl aktivního stáří, jiný zase část aktivit omezí, nebo je úplně vyloučí. V tomto případě by měl za ně ale hledat náhradu. Člověk není jen biologický systém, ale také poznávající, myslící, prožívající a jednající bytost, která má velkou potřebu seberealizace. Proto je důležité brát ohled na integritu osobnosti seniorů a respektovat jejich volbu adaptovat se tak, jak to každému vyhovuje. Měli bychom uznávat osobní svobodu i toho nejstaršího jedince. Adaptace ve stáří se projevuje ve dvou programech, které se vzájemně doplňují. Prvním je mechanismus akomodace, kdy se člověk přizpůsobuje zvláštnostem situace, problému nebo úkolu. Jestliže jedinec přizpůsobuje věci sobě, mluvíme o mechanismu asimilace.

Adaptace probíhá v čase. Starší lidé často potřebují více času k tomu, aby se přizpůsobili a nevnímali změnu jako nátlak. Vždy je nutné brát v úvahu, kdo se má přizpůsobovat, v čem se přizpůsobit, kdy a jak. To jsou čtyři významná hlediska diferencovaného přístupu k otázce adaptace (Kalvach a kol., 2004, s. 106 – 107).

Někteří lidé mohou pociťovat při změně životní situace ve stáří stres. Vyskytuje se maladaptivní syndrom s apatií nebo agresivitou. Jedinec trpí psychosomatickými problémy, dochází ke kolísání krevního tlaku a tepové frekvence. Nezbytná je podpůrná psychoterapie, která se snaží o podporu, hledání náhradních aktivit, seberealizace člověka (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 132).

1.9 CHARAKTERISTIKA STRESU

Slovo stres k nám proniklo z angličtiny a znamená zátěž. Jaro Křivohlavý ve své publikaci uvádí definice H. Selyeho, který říká, že *„stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“* (Křivohlavý, 1994, s. 10)

Někteří autoři vymezují stres jako skutečné, nebo implicitní ohrožení homeostázy. Termín „stres“ je ovšem nejednoznačný, užívá se ve významu působící události (stresoru), nebo také ve smyslu odpovědi na událost (stresová reakce). (Joshi, 2005, s. 19)

Stresem se tedy obvykle rozumí vnitřní stav jedince, který je přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a domnívá se, že se nedokáže dostatečně silně bránit nepříznivým vlivům.

Křivohlavý ve své publikaci uvádí, že Appley a Trumbull se pokusili vyjádřit některé významné charakteristiky stresu. Jednou z nich je, že stresem se vyjadřuje stav organismu, který je vystavený nepříznivým vlivům prostředí. Dále může být stres vyvolán různými vlivy, podmínkami, faktory, okolnostmi. Některé mohou mít negativní dopad na všechny lidi, jiné působí pouze na určité osoby. Také reakce různých lidí na tentýž stresor je odlišná. Některí jedinci se dostanou do stresu velice snadno a rychle. Jiní jsou odolnější a o některých se můžeme domnívat, že jsou vůči stresu do určité míry imunní. *„Tentýž člověk se může dostat do stresu při působení jednoho stresoru, ale zůstat stresem téměř nedotčen při působení jiného. Ovšem u druhého člověka tomu může být právě naopak“* (Křivohlavý, 1994, s. 11). Další charakteristikou je, že na daného člověka může působit stejný stresor s různou intenzitou podle toho, kdy a za jaké celkové situace přichází. Abychom mohli určit, jak se jedinec bude ve stresové situaci chovat, je nutné znát například jeho motivaci. Také je důležité vědět o způsobech, jakými zvládá těžké životní situace. Proto mluvíme o stresu jako o multifaktoriálním jevu (Křivohlavý, 1994, s. 10–11).

Eger ve své publikaci zmiňuje, že se při hodnocení míry stresu v literatuře setkáme s odlišným pojetím. Někteří autoři mluví o míře stresu a zdůrazňují, že určitá míra stresu je vždy nutná a jedinec bez ní nemůže existovat. Jiní autoři nazývají nižší působení stresu úzkostí.

Se stresem je propojena také frustrace. Jedná se o stav, kdy člověk prožívá neuspokojení z nějaké činnosti, zklamání ze zmaření nebo nedosažení určitého cíle či neuspokojení nějaké důležité potřeby, přání. Frustrovaní jedinci mohou upadat do depresí a hrozí, že dojde k tělesnému a duševnímu selhání (Eger, 1997, s. 7).

Stres můžeme charakterizovat jako negativní či pozitivní, podle toho, jak působí na člověka. Negativním stresem je tzv. distres. Jedná se o špatnou zátěž, která je spojena s nepříznivě prožívanými emočními procesy, například strachem, zklamáním, leknutím. Eustres je kladně působící stres (Eger, 1997, s. 7). Jedná se o počáteční příznivou část stresu, během níž dochází k mobilizaci sil a jedinec dosahuje vrcholných výkonů (Holeček, Miňhová, Prunner, 2003, s. 164).

Křivohlavý cituje O. Kondáše, který říká: *„Konflikty, stres, frustrace i psychotraumatizace jsou součástí našeho života. Vyvolávají určité reakce nebo určitým způsobem ovlivněné chování. Mají vliv na myšlení a na činnost fantazie. Některé z těchto projevů a dějů mohou mít neadaptivní ráz, mohou vést k poruchám přizpůsobení člověka požadavkům prostředí.“* (Křivohlavý, 1994, s. 13)

H. Selye použil pojem „stres“ jako označení pro nespecifickou fyziologickou reakci organismu, kterou pojmenoval jako tzv. GAS – General Adaptation Syndrom. Tento obecný adaptační syndrom má tři fáze:

1. Poplachová reakce – v této fázi se mobilizují všechny obranné mechanismy organismu. Do krve se dostává větší množství adrenalinu, dochází ke zvýšení tepu a tlaku, zrychluje se dýchání, jedinec se více potí. Organismus se připravuje k reakci typu „bojuj, nebo uteč“.
2. Fáze odolávání, rezistence – v této fázi se organismus snaží bojovat se stresorem. Závisí na síle stresoru a také na tom, jak velkou obranyschopnost má organismus. Může dojít k žaludečním vředům, kardiovaskulárním onemocněním, astmatu apod.
3. Fáze vyčerpání – dochází k aktivaci parasympatického systému, organismus v této fázi boji podléhá a hroutí se. Mohou se objevovat například depresivní stavy.

(Křivohlavý, 2001, s. 167 – 168)

1.9.1 STRESORY

Pojem „stresor“ můžeme chápat jako negativní vliv působící na člověka. Stresorem může být materiální faktor (nedostatek potravy nebo tekutin), ale také faktor sociální (například působení protivných, agresivních, neurvalých lidí). Častým stresorem mnoha lidí bývá i nedostatek času (Křivohlavý, 1994, s. 12).

Existují ovšem i takové faktory, které jedince v těžké situaci posilují, dodávají mu sílu, výdrž v boji a odvahu k dalšímu zápasu se stresorem. Jde o tzv. salutory. Křivohlavý uvádí jako příklad salutoru smysluplnost vykonávané činnosti, pochvalu a uznání těch lidí, kterých si vážíme, přesvědčení o hodnotě toho, o co se snažíme apod. (Křivohlavý, 2001, s. 170).

S. Bartůňková rozlišuje čtyři druhy stresorů – fyzikální, chemické, biologické a psychosociální. Mezi fyzikální faktory patří teplo a chlad, tlak, záření, vibrace, elektrický proud. Chemickými stresory jsou všechny jedy, otravy, infekce, ale i alkohol. Biologickými stresory mohou být hlad a žízeň, bolest, operační a posttraumatický stres. Stresory psychosociální povahy jsou úzkost, strach z něčeho či narušené interpersonální vztahy (Bartůňková, 2010, s. 16 – 17).

J. Křivohlavý rozlišuje ministresory a makrostresory. Ty stresory, které vyjadřují mírné okolnosti nebo podmínky vyvolávající stres, nazývá ministresory (mikrostresory). Jako příklad uvádí dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky, který se kumuluje, až dosáhne hranice stresu. Jedince uvádí do stavu vnitřní tísně. Oproti tomu makrostresory jsou „*děsivě působící, deptající až vše ničící vlivy*“ (Křivohlavý, 1994, s. 13). R. Lazarus rozděluje stresory na krátkodobě a dlouhodobě působící. Mezi stresory krátkodobě působící řadí například bolest, nadměrný chlad či teplo, vyrušení z činnosti, neúspěch při řešení problému apod. Mezi stresory dlouhodobě působící počítá například svěřeni velmi odpovědných úkolů, dlouhodobou obranu proti útokům, kosmické lety s posádkou apod. Stresory se mohou také rozdělovat na primární a sekundární. Mezi primární stresory zahrnujeme vlivy, které působí přímo na organismus – například vliv hluku, teploty, chemických látek. Do druhé skupiny se řadí stresory, které kladou překážky do cesty určité činnosti – zákazy nebo narušení osobního prostoru. Jiní autoři odlišují zátěž a stres, kdy termínem „stres“ vyjadřují nadlimitní fázi zátěže (Křivohlavý, 1994, s. 25 – 26).

Jak uvádějí Holeček, Miňhová, Prunner, psychologové se obvykle shodují na tom, že mezi nejčastější zdroje stresu patří přetížení a frustrace. Podle většiny odborníků je také velmi individuální odolnost vůči stresorům. Zdravého člověka drobné stresory neničí, ale zvyšují dokonce jeho odolnost a mobilizují k vyššímu výkonu (Holeček, Miňhová, Prunner, 2003, s. 165).

Distres má negativní vliv na naše zdraví i na naši běžnou činnost. Již mnohokrát byl pozorován vztah mezi poruchami spánku a stresem. Vliv spánku na člověka se podařilo studovat také experimentálně. Jednalo se o pokusy, kdy dobrovolníci nespali bez přestání 60 – 120 hodin. Během jejich bdění se zjišťovaly změny v psychickém i fyzickém stavu. Výzkumníci došli k závěru, že nedostatek spánku je obrovský stresor, který má vliv například na pozornost, dále dochází ke zhoršení koncentrace a objevují se halucinace. Sleduje se svévolné zkracování potřebné míry spánku i stavem organismu způsobená nespavost a jejich následný vliv na člověka. Málo spánku vede k velké únavě, úzkosti, těžkostí v rozhodování. Studuje se také negativní vliv nedostatku spánku na náš imunitní systém. Zřejmě je určitý vztah mezi nemocí a malým množstvím spánku. Nedostatek spánku může tedy být příčinou stresu a i naopak – stres může způsobovat poruchy spánku.

Další studie zrodu stresu byly zaměřeny na sociální charakteristiku prostředí. Negativním jevem je například kriminalita v prostředí, kde lidé žijí. Křivohlavý zmiňuje experiment Rigera, který se zabýval mírou stresu u lidí, kteří žili v oblastech se zvýšenou kriminalitou. Těmto jedincům stačilo ke stresu jen to, že si přečetli informace o kriminálních zločinech v novinách. Jiná studie ukázala, že ti lidé, kteří se obávají, že budou někým napadeni a zraněni, mají více zdravotních obtíží.

Nepříjemným stresorem může být nesvoboda a pocit bezmoci. Bylo zjištěno, že více než přímý vliv například hluku městského provozu na lidi působí fakt, že nemohou tuto situaci změnit. Pocit bezmoci se projevuje depresivními stavy a stresovými příznaky.

Velmi stresující mohou být závažné životní události, dlouhodobé napětí způsobené například nedostatkem peněz, dlouhodobě nevyhovujícím bydlením, nadměrnou soupeřivostí, šikanováním, přehlížením apod. Když se napětí kumuluje, tak výrazně zhorší situaci člověka, který se dostává do stále větší krize (Křivohlavý, 2001, s. 174 – 179).

1.9.2 PŘÍZNAKY STRESU

Varovné signály toho, že stres negativně ovlivňuje náš život, se liší od jedince k jedinci. U jednoho člověka může dojít k bolesti hlavy, u druhého se objeví třeba ekzém. Prvními příznaky stresu jsou většinou změny v našem citovém životě či v chování a v daném okamžiku může být rozdíl více patrný našemu okolí než nám samým.

Člověk ve stresové situaci prožívá obavy a strach, propadá se do pocitů bezmocnosti a beznaděje, cítí se ohrožen. Dochází ke změně tepové frekvence, hloubce dechu, mění se činnost nadledvinek atd. Takovýto jedinec se straní druhých lidí, hovoří nesourodě, může být i agresivní.

Stres má důsledky psychické i fyziologické, jelikož vyvolává negativní emoce, které úzce souvisí i s neurovegetativními procesy. Jedinec při stresu pociťuje emočně negativní napětí, vzrušení, jindy utlumenost až apatii. Mohou se objevit projevy zkratkovitého jednání, roztržitost, člověk není schopen psychické a fyzické relaxace. Také může dojít k narušení poznávacích procesů. Z tělesných projevů se nejčastěji vyskytuje pocení, svalový třes, zrychlené dýchání, tep apod. (Holeček, Miňhová, Prunner, 2003, s. 163).

J. Křivohlavý ve své publikaci uvádí přehled fyziologických příznaků stresu, které vytvořila Světová zdravotnická organizace:

I. Fyziologické příznaky stresu

- Bušení srdce (zrychlená, nepravidelná a silnější činnost srdce)
- Bolest a sevření za hrudní kostí
- Nechutenství a plynatost v oblasti břichu
- Křečovitě bolesti v dolní části břicha, průjem
- Časté nucené močení
- Sexuální impotence nebo nedostatek sexuální touhy
- Změny v menstruačním cyklu
- Řezavé, bodavé a palčivé pocity v rukou i nohou
- Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často doprovázené bolestmi
- Velké bolesti hlavy – začínají v krční oblasti a postupují vpřed směrem od temene hlavy k čelu
- Migréna – záchvatová bolest jedné poloviny hlavy

- Vyrážka v obličeji – exantém
- Nepříjemné pocity v krku (knedlík v krku)
- Dvojité vidění, obtíže v soustředění na jeden bod

II. Emocionální (citové) příznaky stresu

- Prudké změny nálad (rychlá změna od radosti ke smutku a naopak)
- Nadměrné trápení se s věcmi, které nejsou tak důležité
- Neschopnost projevit emocionální náklonnost s druhými
- Nadměrné starosti o svůj vzhled a zdravotní stav
- Nadměrné snění, stranění se druhým, omezení kontaktu
- Nadměrná únava
- Zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost

III. Behaviorální příznaky stresu (chování a jednání ve stresové situaci)

- Nerozhodnost, nerozumné nářky
- Zvýšená nemocnost, následně pomalé uzdravování
- Sklon k nepozornosti (při řízení automobilu)
- Zhoršená kvalita práce, vyhýbání se úkolům, odpovědnosti, výmluvy
- Zvýšený počet vykouřených cigaret během dne
- Vyšší konzumace alkoholických nápojů
- Vyšší závislost na drogách, lécích na spaní
- Nechutenství nebo přejídání
- Změněný denní cyklus (problémy se spánkem, pozdní vstávání spojené s velkou únavou)
- Nižší množství vykonané práce, větší nekvalitnost práce

(Křivohlavý, 1994, s. 29 – 30)

1.9.3 ZVLÁDÁNÍ STRESU

Problematika zvládání stresu se označuje anglickým slovem „coping“. R. S. Lazarus říká: *„Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující.“* (Křivohlavý, 2001, s. 69)

Proces zvládání těžkostí bývá označován také termínem „moderování stresu“, na které má vliv řada faktorů. Například osobnostní rysy, styly a strategie a techniky zvládání stresu, které je možno se naučit. Zvládání stresu je dynamický proces, v jehož rámci dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a stresovou událostí. „*Na jedné straně je třeba vidět danou osobu, která má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření, na druhé straně pak prostředí, které na člověka klade určité požadavky a působí na něho řadou vlivů. V průběhu zvládání stresu dochází k řadě akcí a aktivit z jedné i druhé strany, tzv. akcí a reakcí, ofenzivních útoků i defenzivních obran.*“ (Křivohlavý, 2001, s. 70)

Bartůňková uvádí mechanismy zvládání lidského stresu, do kterých řadí pasivní a aktivní techniky. Pasivní techniky souvisí většinou s „únikem“. Patří sem *popření*, rezignace na řešení. Dále *regrese*, při níž dochází k primitivnějším reakcím. Dalším mechanismem je *izolace* neboli únik do samoty. Pro děti a mladistvé je typické *denní snění*, díky kterému uniknou z reality, častý bývá také *únik do nemoci*, kdy je nezbytné rozlišit záměrné zneužití (simulaci) a nezáměrnou hypochondrii.

Mezi aktivní techniky řadíme *agresi*, která bývá v některých situacích vhodná a považuje se za hrdinství. Jindy je však naprosto nepřijatelná (např. terorismus). Další technikou je *identifikace*, kdy dochází ke ztotožnění se s hrdinou. *Kompenzací* řešíme určitý nedostatek, komplex méněcennosti. Mezi aktivní techniky patří také *sublimace*, což je nevědomý přesun od společensky neschvalovaných pudů do sociálně přijatelných. Dalším mechanismem je *upoutávání pozornosti*, například v diskusi či v oblékání (Bartůňková, 2010, s. 111).

J Křivohlavý (2011) zmiňuje, že se odborníci zabývají dvojicí stylů zvládání těžkostí. První styl se nazývá „vyhýbání se stresu“, druhý „stavění se na odpor stresu“. V prvním případě jde o to, aby se kontakt se stresem minimalizoval. Tento styl zvládání stresu je vhodný v případě, kdy je možné očekávat, že stres nebude příliš velký a nebude trvat dlouho. Oproti tomu aktivní boj se stresem se jeví vhodnější tehdy, bude-li stresová situace trvat delší dobu nebo se často opakovat.

1.9.4 VÝZNAM SOCIÁLNÍ OPORY PŘI ZVLÁDÁNÍ STRESU

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“ (Křivohlavý, 2001, s. 94)

Termín „sociální opora“ se vztahuje k síle, kterou člověku, který bojuje se stresem, poskytuje společenství lidí jemu blízkých. V první řadě jde o tzv. primární sociální skupinu, kterou se rozumí rodina. Patří sem ale i podpora tzv. signifikantních, pro daného jedince důležitých lidí. Jsou to lidé, kteří jsou ochotni ho podržet, když nezvládá svou těžkou životní situaci. Najdeme navzájem si pomáhající skupinky lidí, kteří jsou těžce nemocní. Jde o tzv. „self-help-groups“ (například o lidi s diagnózou roztroušené sklerózy, přátele pacientů s onkologickým onemocněním apod.) (Křivohlavý, 1994, s. 176). Křivohlavý ve své *Psychologii zdraví* vyzdvihuje význam přátelství jako podpůrného sociálního vztahu. Přítel je člověk, kterému můžeme důvěřovat a mluvit před ním o všem nahlas. Přátelství se projevuje právě v těžkých životních dobách. Skutečný přítel se člověka nezřekne, ale naopak mu poskytne různou formu sociální opory (Křivohlavý, 2001, s. 102).

Rozlišujeme sociální oporu *instrumentální*, u které jde o velmi konkrétní formu pomoci – například finanční výpomoc. Iniciativa vychází právě od druhého člověka, jenž se dobrovolně rozhodne postiženému jedinci pomoci. Další je *informační* opora, kdy je jedinci poskytnuta informace, která může být nápomocna při orientaci v těžké situaci. Postiženému člověku je nasloucháno, zjišťují se jeho představy a potřeby. Významná je i opora *emocionální*, která vyjadřuje jedinci empaticky emocionální blízkost. Rozlišujeme také *hodnotící* oporu, během níž dáváme postiženému najevo úctu, posilujeme jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí, povzbuzujeme ho (Křivohlavý, 2001, s. 98).

Člověk je společenskou bytostí. Jestliže má mít pocit bezpečí a uspokojenou potřebu sociálního uznání a lásky, potřebuje vztahy s druhými lidmi. Právě kvalita mezilidských vztahů má významný vliv na zdravotní stav i na subjektivní pocity člověka.

Potřeby lidí rozdělují psychologové do tří skupin. První jsou *biologické potřeby*, které jsou základní a nutné pro život. Další jsou *potřeby psychologické*, které jsou individuální, tedy specifické pro každého jedince. Poslední skupinou jsou *potřeby sociální*, kdy nejvýznamnější jsou afiliativní potřeby (někam patřit, začlenit se do určité skupiny lidí).

Řadíme sem i potřebu sociálního srovnávání, porovnávání vlastního výkonu s výkonem druhého, dále potřebu kooperace, sociálního uznání, potřebu komunikace. Jak Křivohlavý zmiňuje, podle D. Seefeldta jde o potřebu uznání vlastní hodnoty, být „někdo“ mezi lidmi.

Jestliže nejsou tyto potřeby uspokojovány, dochází k frustraci a člověku není dobře. Křivohlavý dále ve své publikaci odkazuje na experiment profesora Spitze, který pozoroval děti vyrůstající v sirotčincích bez matky. *„Zjistil, že v porovnání s těmi, které žily s matkami, mj. změnil výraz tváře, snížila se jejich váha, pozdržel se vývoj jejich pohybových schopností, zhoršil se jejich spánek, snadněji podléhaly chorobám a pozdržel se i vývoj jejich osobnosti.“* (Křivohlavý, 1994, s. 178)

Podle některých statistických údajů došel M. Bědý k závěru, že v rodině si člověk vytváří takové vztahy, aby v nich mohl po dlouhá léta žít. Přerušování přátelských styků s rodinou a blízkými lidmi může škodit našemu srdci stejně tak jako sedavý způsob života nebo nadměrné užívání živočišných tuků. Lidé, kteří žijí v příznivém sociálním prostředí, jsou sebejistí a aktivní, chovají se přirozeně. Navzájem si projevují úctu, uznání a přebírají odpovědnost (Křivohlavý, 1994, s. 178 – 179).

2 PRAKTICKÁ ČÁST - VÝZKUM

2.1 CÍLE VÝZKUMU

V praktické části své diplomové práce se zabývám podrobnou analýzou stresorů u seniorů v oblastech vlastní životosprávy, meziosobních vztahů, subjektivních příčin zátěže a vnějšího prostředí. Cílem výzkumu bylo zjistit, která z těchto čtyř oblastí je pro seniory nejvíce stresující a zda jsou více stresováni senioři žijící v institucionálním zařízení, nebo v samostatné domácnosti.

Stanovila jsem si následující hypotézy, které se díky výzkumu potvrdí nebo vyvrátí:

H1: Senioři se nejvíce stresují kvůli svému tělesnému zdraví.

H2: Senioři žijící v institucionálním zařízení jsou více stresováni než senioři žijící v domácím prostředí.

H3: Senioři žijící v institucionálním zařízení stresuje nedostatečná sociální opora více než senioři žijící v domácím prostředí.

2.2 METODY VÝZKUMU

Ve své diplomové práci jsem využila dotazníkovou metodu. Jednotlivé otázky jsou mé vlastní konstrukce, při jejich sestavování jsem se inspirovala například u Boženy Gruberové či Jara Křivohlavého. Výzkumné šetření je rozděleno na dvě části. První dotazník obsahuje dvacet uzavřených otázek, kde každá z výše uvedených oblastí je zastoupena pěti otázkami. Druhý dotazník, který byl vytvořen pro zkoumání sociální opory seniorů, obsahuje pět uzavřených škálových otázek, kdy respondenti odpovídali: ano, spíše ano, spíše ne, ne. V domově pro seniory byly otázky z dotazníku zodpovídaný formou rozhovoru s nimi, díky čemuž jsem se od respondentů dozvěděla více informací, které jsem následně zahrnula do své praktické části.

Aby staří lidé otázky správně pochopili, musely být formulovány co nejjednodušeji. Přesto většina seniorů, hlavně starších, nebyla schopna sama dotazník vyplnit. Musela jsem jim tedy otázky pokládat a často ještě dovysvětlit, jelikož občas nevěděli, na co se ptám. Převážná část seniorů, se kterými jsem dotazník vyplňovala, se o jednotlivých otázkách

více rozpovídala. Jejich názory jsem využila při zhodnocování jednotlivých otázek dotazníku.

2.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo osmdesát respondentů. Dotazníky byly rozdány čtyřiceti seniorům žijícím v samostatné domácnosti a čtyřiceti seniorům žijícím v institucionálním zařízení. Před samotným zodpovídáním jednotlivých otázek vyplňovali respondenti svůj věk, pohlaví, rodinný stav, dosažené vzdělání a současné bydliště (samostatná domácnost nebo domov pro seniory).

Výzkum probíhal ve třech domovech pro seniory – ve Strakonících, v Písku a v Plzni. Vedoucí pracovníci ve všech domovech byli velice vstřícní. V domově pro seniory ve Strakonících jsem měla dříve možnost brigádně pracovat. Problematika stárnutí a stáří mě již tehdy zajímala, a proto jsem se snažila sledovat chování a jednání starých lidí, se kterými jsem byla ve styku. Na základě dvouměsíčního pozorování seniorů jsem později dospěla ke svým stanoveným hypotézám, které má výzkum potvrdit či vyvrátit.

V následujících tabulkách jsou uvedeny základní údaje o respondentech:

Tabulka I – Pohlaví respondentů

	Žijící v samostatné domácnosti	Počet v procentech	Žijící v domovech pro seniory	Počet v procentech
Ženy	27	67,5	29	72,5
Muži	13	32,5	11	27,5
Celkem	40	100	40	100

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 27 žen a 13 mužů žijících v samostatné domácnosti a 29 žen a 11 mužů žijících v domově pro seniory. Kvůli malému vzorku respondentů ovšem nemohou být výsledky považovány za významné. Poslouží nám tedy pouze k orientaci.

Tabulka II – Věk respondentů

	Žijící v samostatné domácnosti	Počet v procentech	Žijící v domovech pro seniory	Počet v procentech
65 – 69 let	3	7,5	1	2,5
70 – 74 let	14	35	12	30
75 – 79 let	11	27,5	12	30
80 – 84 let	5	12,5	6	15
85 – 89 let	5	12,5	7	17,5
90 +	2	5	2	5
Celkem	40	100	40	100

Kvůli co možná nejpřesnější analýze stresorů u starých lidí bylo zapotřebí, abychom měli přibližně stejné zastoupení respondentů ve všech věkových kategoriích. Nejmladší oslovený respondent byl ve věku 67 let, nejstarší dotazované seniorky bylo úctyhodných 91 let.

Tabulka III – Rodinný stav respondentů

	Žijící v samostatné domácnosti	Počet v procentech	Žijící v domovech pro seniory	Počet v procentech
Svobodný/svobodná	5	12,5	8	20
Ženatý/vdaná	12	30	8	20
Rozvedený/á	9	22,5	5	12,5
Vdovec/vdova	14	35	19	47,5
Celkem	40	100	40	100

Z tabulky je patrné, že nejvíce respondentů je již ovdovělých. V samostatné domácnosti odpovídalo také větší množství seniorů, kteří žijí v manželském svazku nebo jsou již rozvedeni.

Tabulka IV – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Žijící v samostatné domácnosti	Počet v procentech	Žijící v domovech pro seniory	Počet v procentech
Základní	6	15	10	25
Střední bez maturity	18	45	21	52,5
Střední s maturitou	13	32,5	7	17,5
Vysokoškolské	3	7,5	2	5
Celkem	40	100	40	100

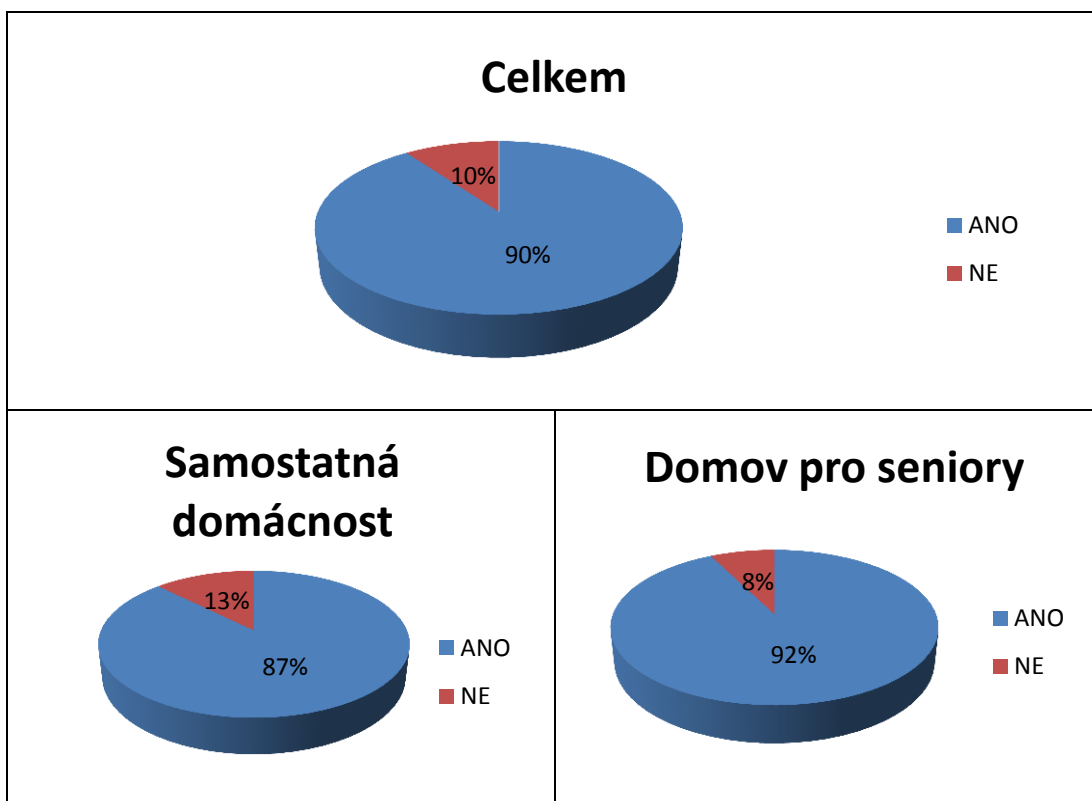
Z tabulky je patrné, že nejvíce dotazovaných seniorů je vyučeno. V institucionálním zařízení je poměrně vysoký počet těch, kteří mají pouze základní vzdělání. Dříve často žáci po základní škole šli rovnou do práce, anebo se vyučit, protože umět nějaké řemeslo bylo důležité.

2.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Nyní se zaměříme na rozbor jednotlivých otázek z dotazníku. Ke každé otázce jsou vytvořeny tři přehledné grafy, přičemž nejprve vždy uvádíme celkový výsledek u všech seniorů a následně si na dvou dalších ukážeme, jak odpovídali staří lidé žijící v samostatné domácnosti a jak senioři v institucionálním zařízení.

1. Děláte si starosti o své zdraví?

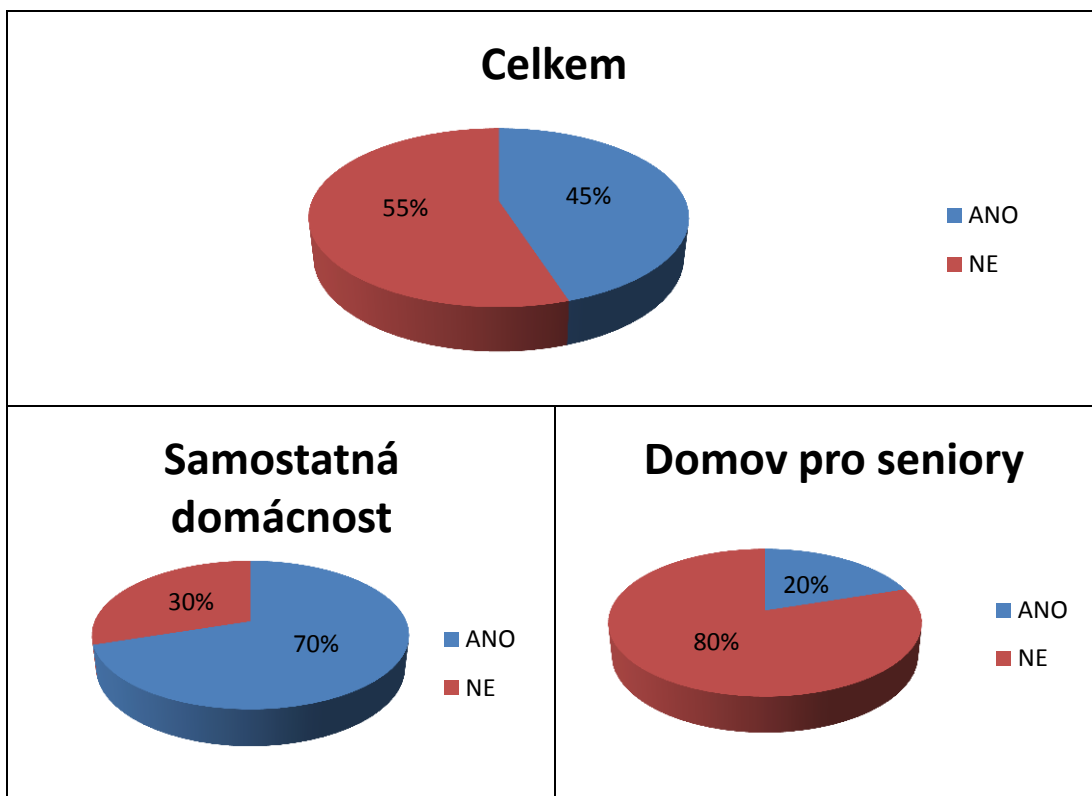
Graf 1



Zdraví je to nejdůležitější, co člověk může mít. Mladí lidé si to často neuvědomují, pokud jsou plně zdraví. Ovšem ve stáří už velká část lidí své zdraví řeší. Proto není divu, že až 90 procent seniorů odpovědělo na tuto otázku kladně. V domově pro seniory si o své zdraví nedělá starosti jen 8 procent respondentů. Jak bylo uvedeno v teoretické části, „stáří není bez nemoci“, a proto se s přibývajícím věkem senioři o své zdraví více obávají. Tyto obavy mohou být pro staré jedince velkým stresem.

2. Jste soběstačný/á (sami jste schopni si zajistit životní potřeby – nákupy, úřady...)?

Graf 2

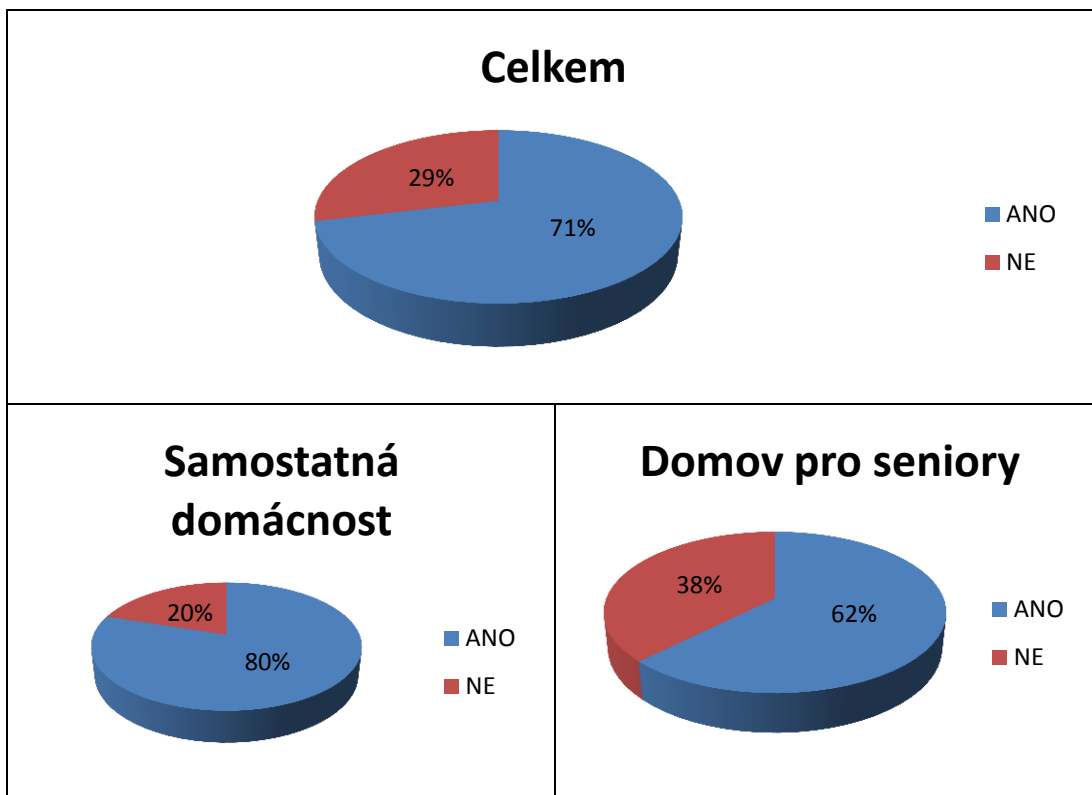


Z grafu je patrné, že senioři žijící v institucionálním zařízení jsou převážně nesoběstační. Musejí být tedy odkázáni na ošetřující personál, který jim vše zajišťuje. Vědomí vlastní nesoběstačnosti může být pro seniory velmi stresující, jelikož se musí spoléhat na druhé. Představa, že jsou na obtíž, je může velmi trápit. Když staří lidé již nejsou schopni se o sebe postarat, tak jim rodina zajistí místo v institucionálním zařízení. Zde mají sice plnou péči, avšak jsou vystaveni náročné životní situaci, se kterou se někteří mohou velmi těžko vyrovnávat.

Pokud nesoběstační lidé zůstanou žít doma, potřebují někoho, kdo o ně bude pečovat a kdykoliv jim pomůže. Někteří senioři potřebují i celodenní péči a to bývá velmi časově náročné.

3. Cítíte se často unavený/a?

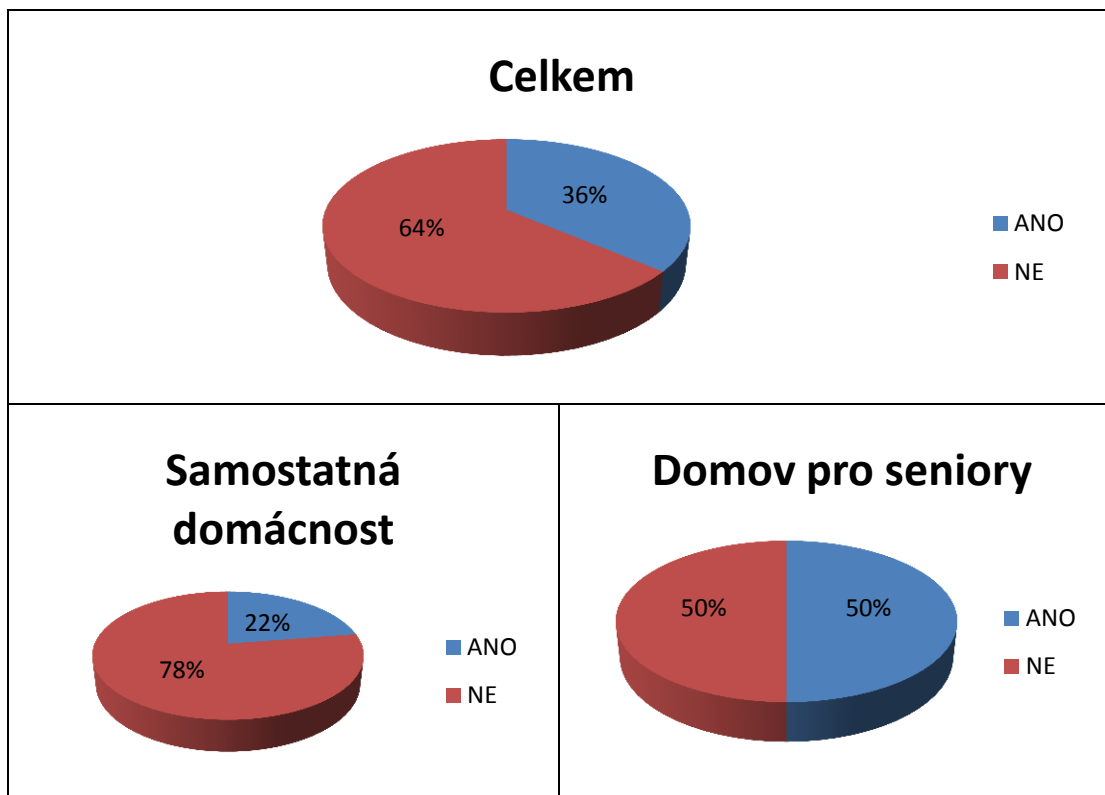
Graf 3



Převážná část seniorů se cítí být často unavena. Staří lidé žijící v samostatné domácnosti se cítí být unaveni až z 80 procent. Lépe jsou na tom senioři, kteří žijí v institucionálním zařízení. Může to být způsobeno tím, že senioři žijící v samostatné domácnosti, pokud jsou soběstační, se o sebe musí starat sami, například si tedy vaří, uklízí apod. O staré lidi žijící v domově pro seniory se stará tamní personál, který zajišťuje vše potřebné.

4. Cítíte se osaměle?

Graf 4

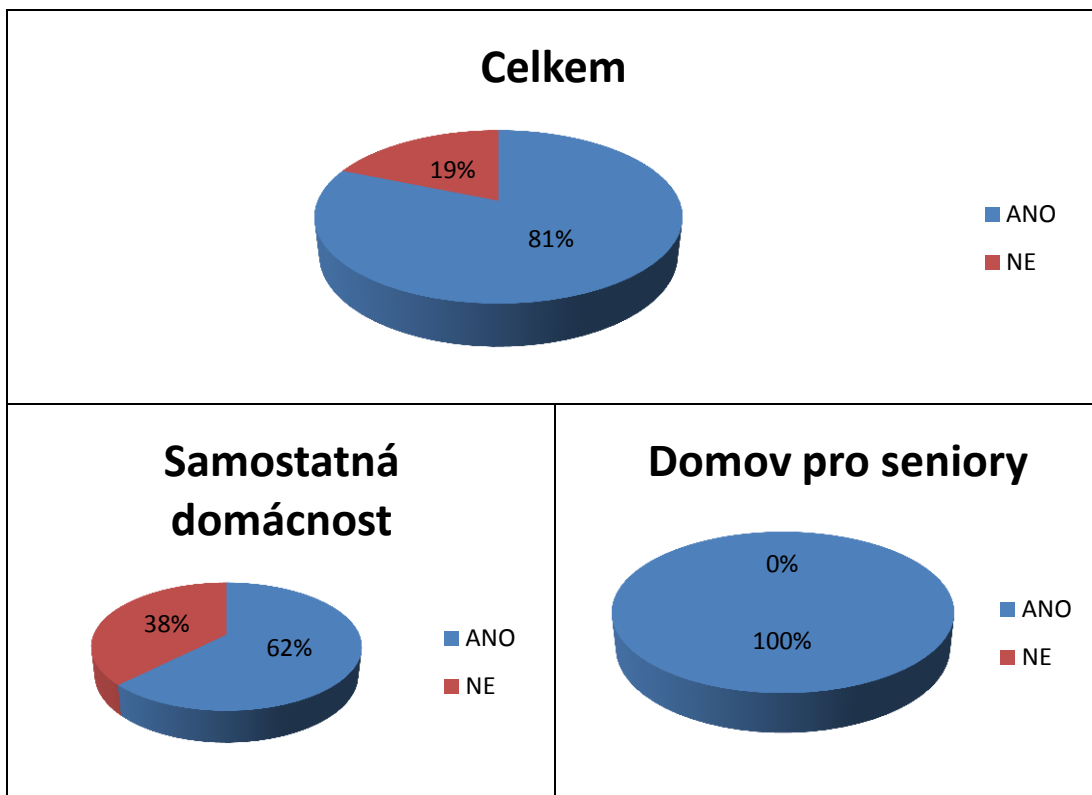


Senioři žijící v institucionálním zařízení se cítí osamělejší než senioři žijící v samostatné domácnosti. Mají sice kolem sebe spoustu dalších převážně věkově stejně starých lidí, ale většinou jsou to lidé nemocní, někteří čekají na smrt. Velkou roli hraje rodina a přátelé, kteří se seniory tráví čas. Během vyplňování dotazníku velká část respondentů sdělila, že se nemohou dočkat, až je jejich blízcí opět navštíví. Pocit samoty může vést ke smutku až k depresím.

Téměř všichni senioři, kteří jsou v manželském svazku, uváděli, že se necítí být osamělí. Je velice pravděpodobné, že mají ve svém protějšku velkou oporu. Když děti opustí hnízdo, manželé se často upínají opět jeden na druhého a vzájemně se podporují.

5. Stravujete se zdravě (pitný režim, pravidelná strava, dostatek vitamínů apod.)?

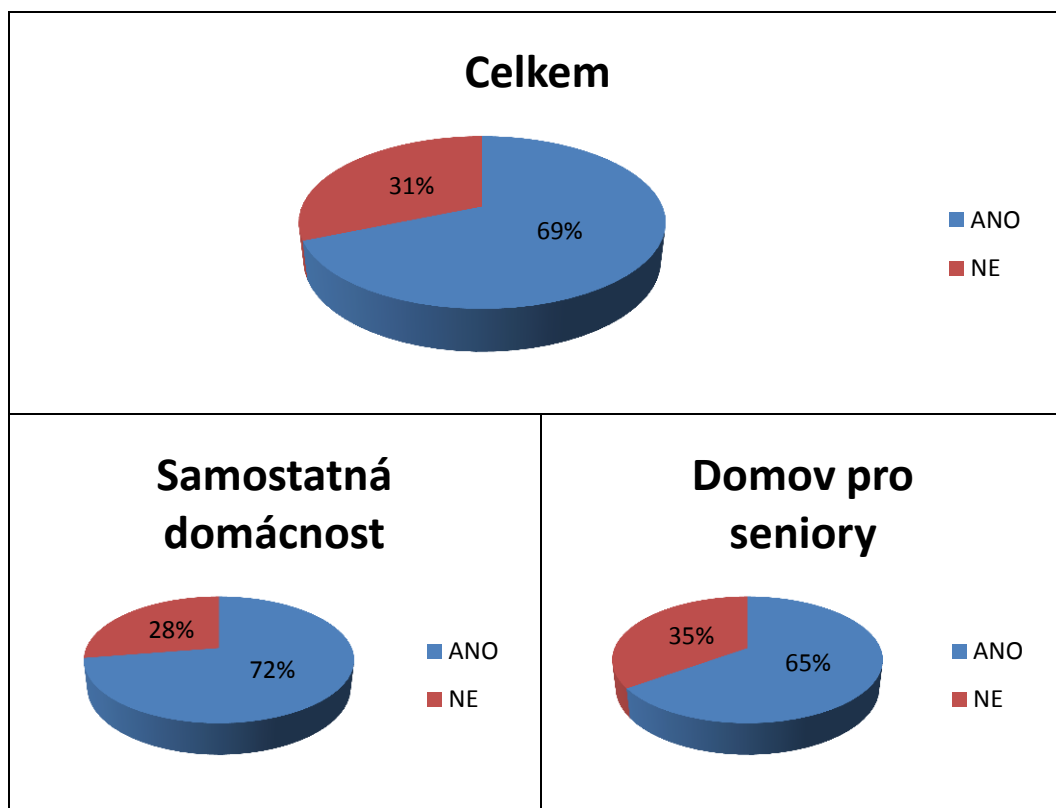
Graf 5



Jak je z grafu patrné, všichni senioři v institucionálním zařízení se domnívají, že se stravují zdravě. Je to dáno tím, že na jejich zdravou, vyváženou stravu dbá ošetřující personál. Oproti tomu senioři žijící v samostatné domácnosti, kteří jsou závislí většinou sami na sobě, si až v 38 procentech případů připustí, že se zdravě nestravují. Následkem nezdravého stravování mohou být různé zdravotní problémy, které opět vedou ke stresu.

6. Jste spokojen/a s Vaší finanční situací?

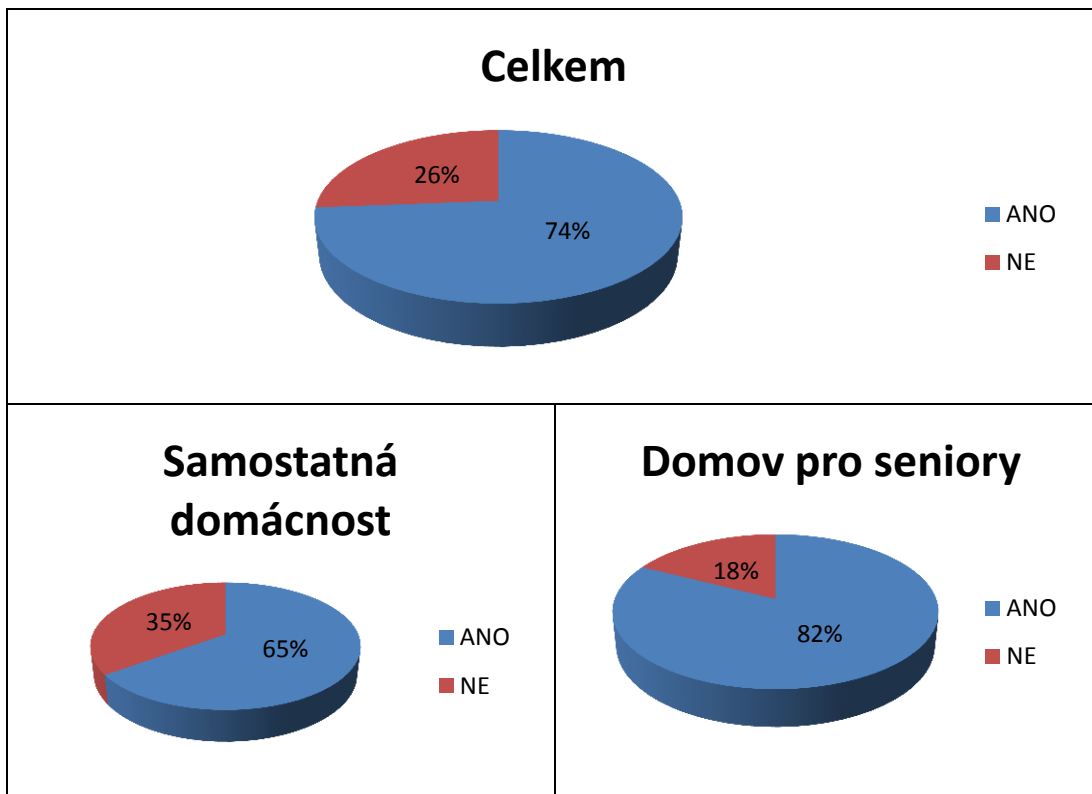
Graf 6



Z výsledků vyplývá, že senioři jsou se svojí finanční situací spíše spokojeni. Žádný z dotazovaných seniorů již nepracuje, musí vystačit pouze se svým starobním důchodem, který pobírá. Všichni oslovení respondenti, kteří jsou v manželském svazku, tudíž mají příjmy dva, odpovídali, že spokojeni jsou. Lidé žijící v domově pro seniory většinou během dotazování řekli, že se svým příjmem musejí být smířeni, což ale neznamená, že s ním jsou spokojeni. Na druhou stranu mají, jak už bylo výše zmíněno, vše potřebné poskytnuto. Nemusí se tedy starat o placení nájemného, potravin apod., což může být pro někoho stresující.

7. Máte převážně dobrou náladu?

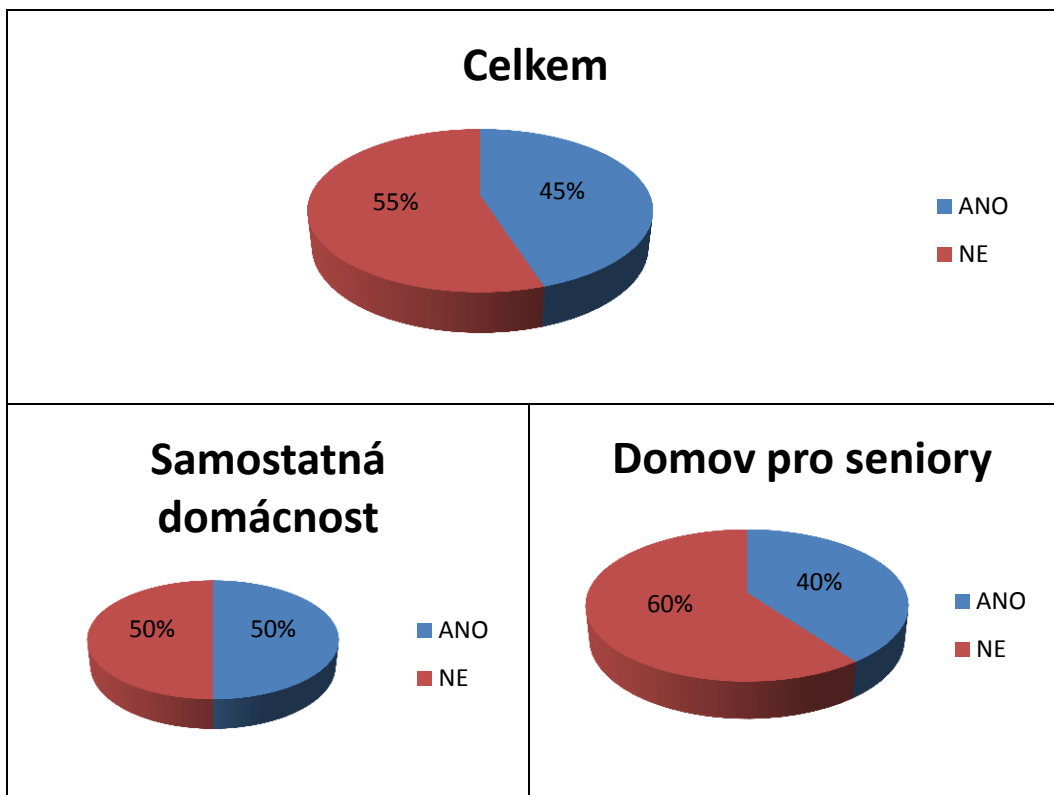
Graf 7



Výzkum ukázal, že většina oslovených respondentů má převážně dobrou náladu. Tento výsledek je velmi pozitivní, jelikož se senioři dokáží, i přes své četné individuální starosti, se stresem nějak vyrovnat a nepoddávají se mu. Život přijímají takový, jaký je, se všemi radostmi i strastmi.

8. Máte obavy z používání informačních technologií (mobilní telefon, tablet...)?

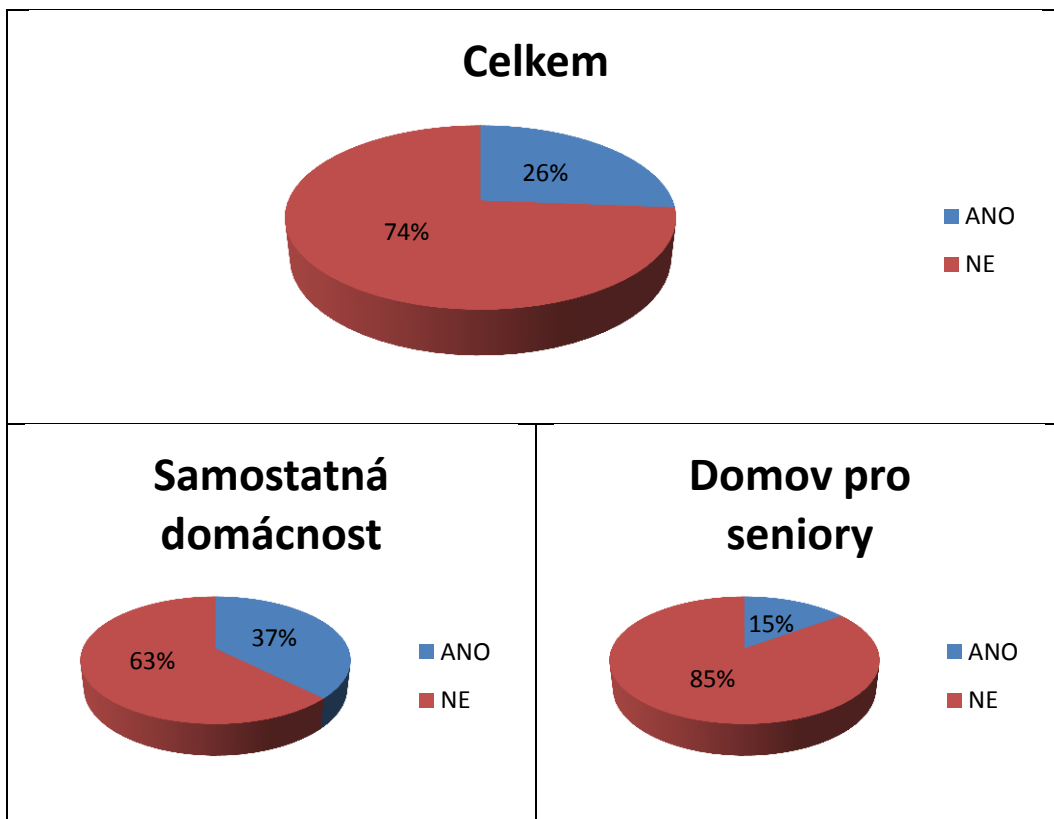
Graf 8



Z výsledků je patrné, že téměř polovina seniorů má obavy z užívání informačních technologií. Můžeme se domnívat, že čím je člověk starší, tím víc se brání novým věcem a má z nich strach. Přitom si myslím, že hlavně pro velmi staré seniory, kteří převážnou část dne tráví zavření doma, by využití počítače a hlavně internetu bylo zdrojem zábavy, dalšího poznání a v neposlední řadě komunikace s druhými.

9. Domníváte se, že málo spíte?

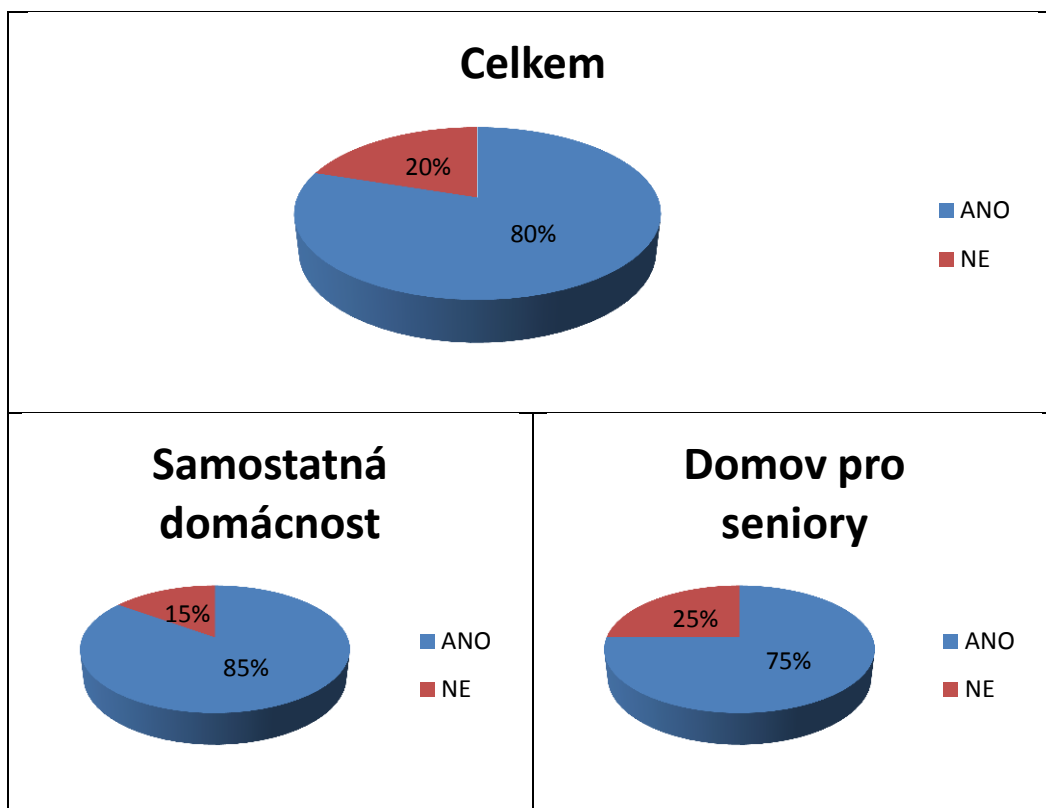
Graf 9



Poruchami spánku trpí podle výzkumů přibližně 30 procent starých lidí. S přibývajícím věkem narůstá počet lidí, kteří trpí nespavostí, avšak častěji se objevuje krátké usínání přes den. Senioři žijící v samostatné domácnosti se v 37 procent domnívají, že mají málo spánku. Oproti tomu senioři žijící v institucionálním zařízení mají většinou spánku více. Může to být způsobeno tím, že v institucionálním zařízení tráví lidé většinu část dne na pokoji a nemusejí se účastnit různých aktivit, které pro ně personál připravuje. Někteří z nich říkali, že se často prospí i během dne. Oslovení respondenti žijící v samostatné domácnosti bydlí často na vesnici, kde se starají například o zahrádku a někdy i různá zvířata, proto nemají mnoho času zdřímnout si během dne. Nedostatek spánku bývá velkým stresorem nejen pro staré lidi a také může mít vliv na některá onemocnění.

10. Vyhovují Vám Vaše bytové podmínky?

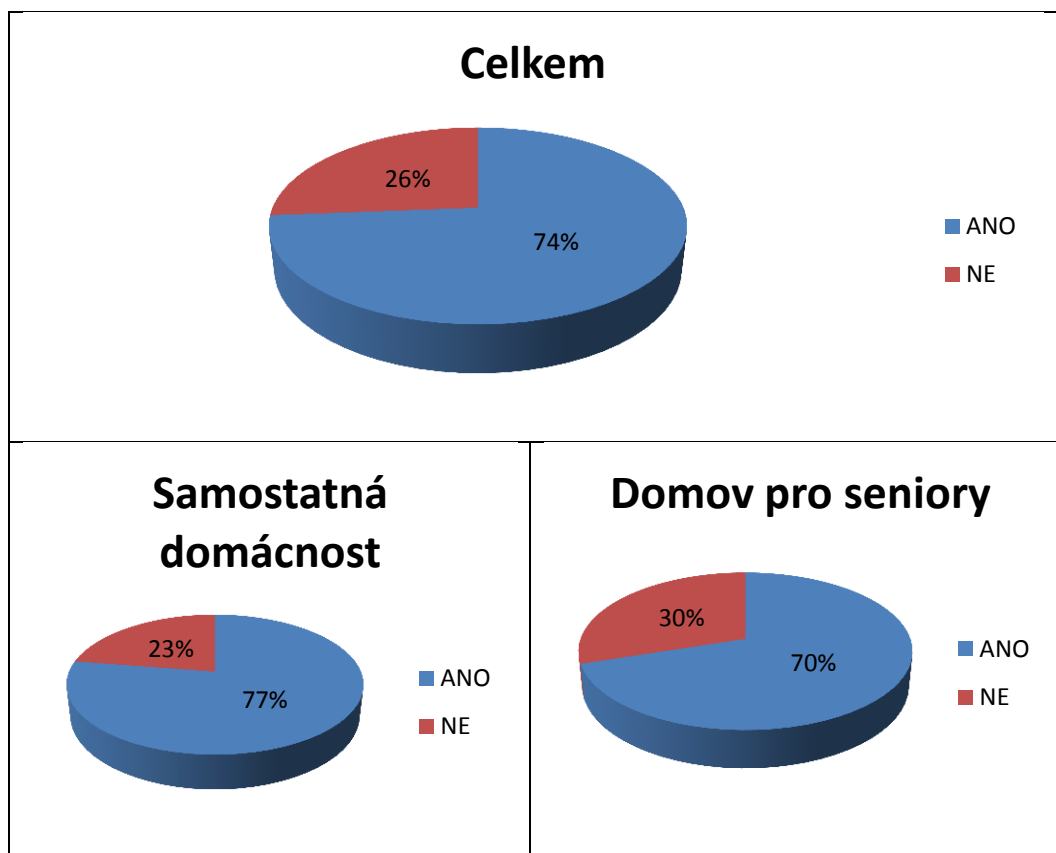
Graf 10



Jak je z grafu patrné, až 80 procent všech dotázaných seniorů je spokojeno se svými bytovými podmínkami. O něco více jsou nespokojeni senioři žijící v institucionálním zařízení. Ti odpovídali, že jim chybí jejich domácí prostředí, že se v domově stále necítí tak dobře jako doma. Pro mnoho starých lidí je těžké zapouštět již jinde své „kořeny“ a pocit, že najednou musí žít v cizím prostředí, velmi těžce snáší. Naštěstí můžeme dle výsledků říci, že těchto seniorů není mnoho.

11. Jste často v kontaktu se svojí rodinou?

Graf 11

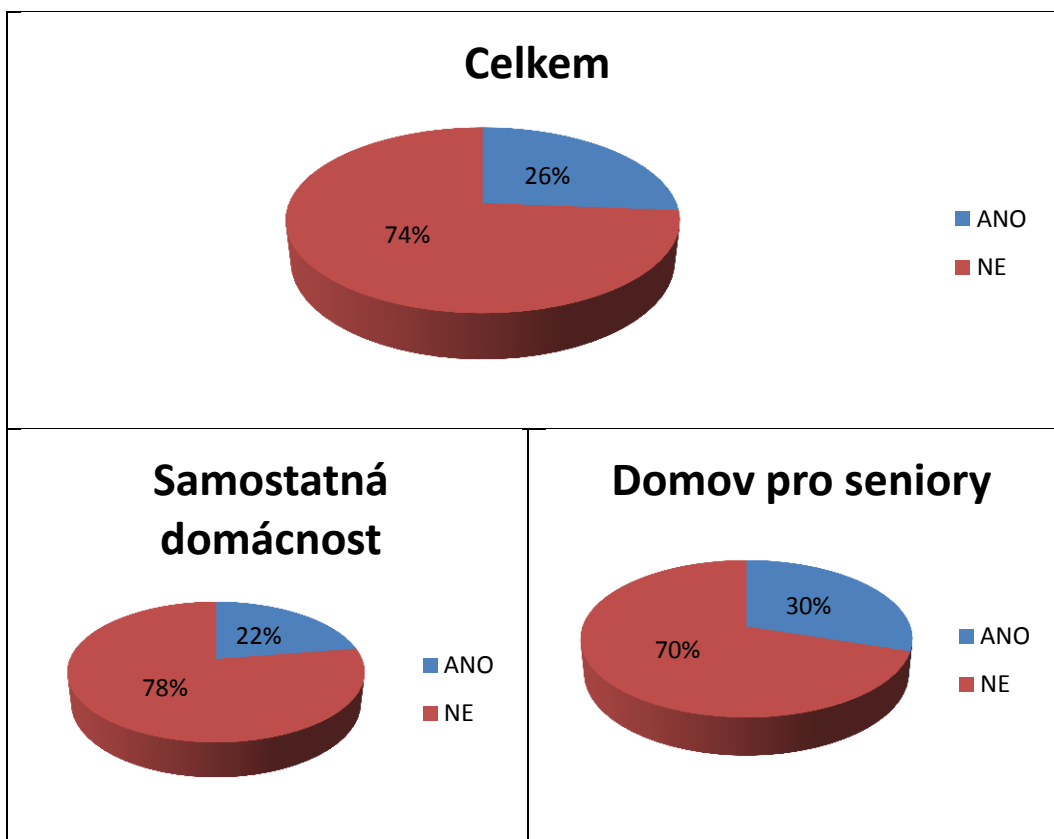


Výsledky ukazují, že není výrazný rozdíl v odpovědích mezi lidmi žijícími v institucionálním zařízení a mezi těmi, kteří žijí v samostatné domácnosti. Během dotazování v domově pro seniory někteří respondenti odpovídali, že rodina na ně nemá čas či na ně zcela zanevřela. Bylo na nich vidět, že je jim to velice líto a trápí je to. Jestliže se pak ani neúčastní v institucionálním zařízení žádných programů, čas tráví jen ve svém pokoji a nad vším přemýšlejí, může to mít špatný vliv na jejich psychický, ale také zdravotní stav.

Kontakt s rodinou je pro staré lidi bezesporu velmi důležitý. Často právě rodinní příslušníci dávají seniorovi smysl života. Pokud starému člověku kontakt s rodinou chybí, je mu smutno a tento pocit se může negativně odrazit v psychice starého člověka.

12. Cítíte se často sklíčený/á a smutný/á?

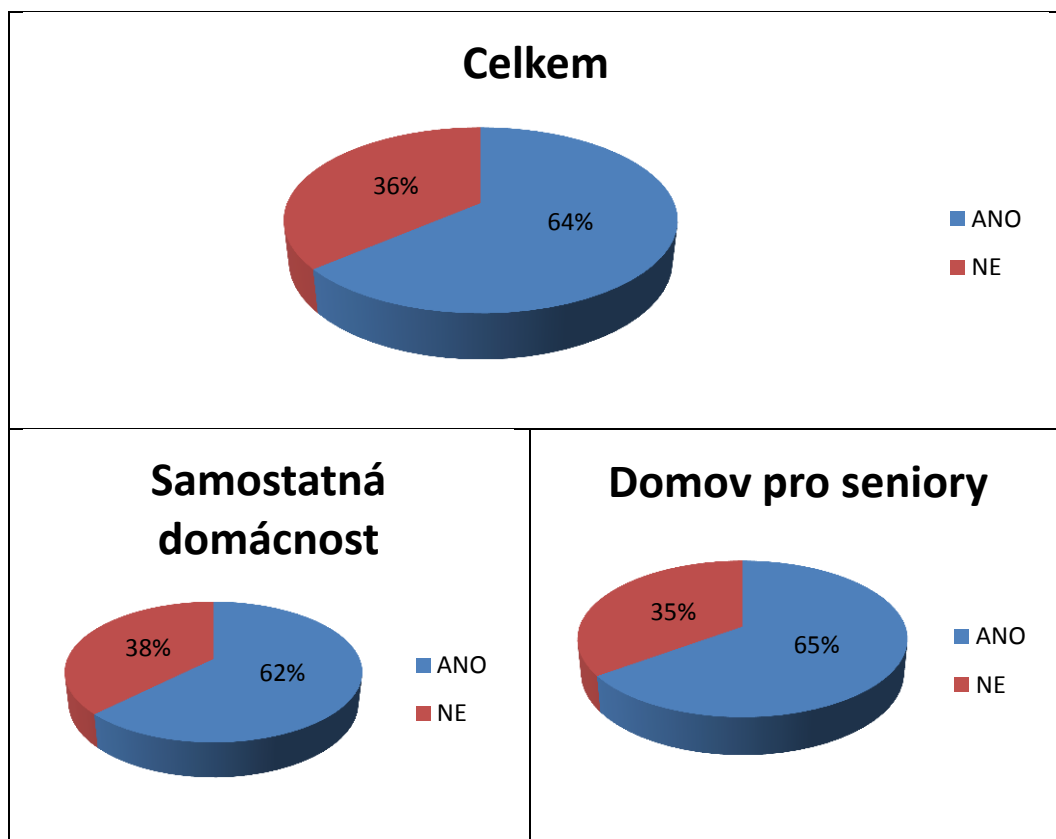
Graf 12



Jak je z výsledků patrné, čtvrtina seniorů pociťuje často smutek a sklíčenost. Opět nevidíme výrazný rozdíl v odpovědích mezi seniory žijícími v institucionálním zařízení a těmi, kteří žijí v samostatné domácnosti. Prožívání smutku může mít různé individuální příčiny. Někoho může trápit odchod z domova do institucionálního zařízení, jiného sklíčuje pocit, že o něj rodina nejeví zájem nebo že mu zemřel partner apod. Pocity smutku vedou k depresím a někdy se mohou objevovat až sebevražedné tendence.

13. Máte závažné zdravotní problémy?

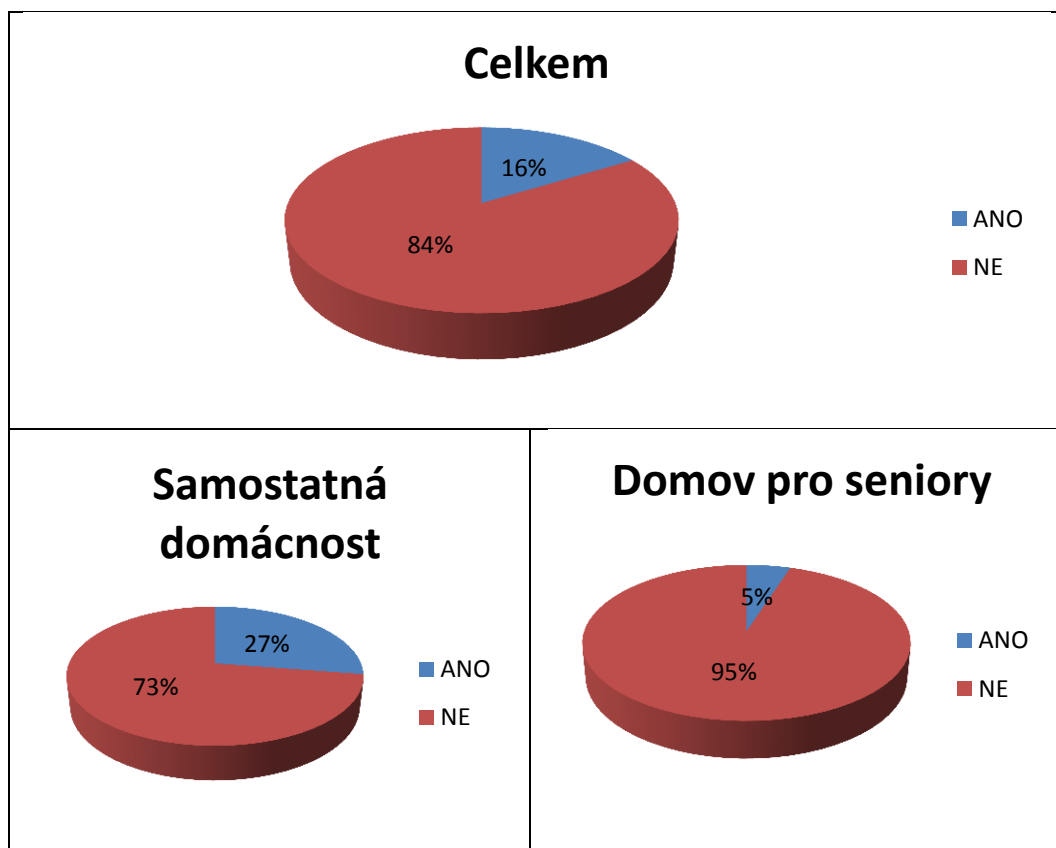
Graf 13



Až 64 procent oslovených respondentů trápí závažné zdravotní obtíže, které bývají pro člověka velkým stresem. Avšak je třeba si uvědomit, že určitý zdravotní problém u jednoho člověka nemusí být velkým problémem u druhého. Někteří silní jedinci si nemusí své zdravotní problémy připouštět, nebo je berou jako součást stáří. Během zodpovídání této otázky jsem většinou respondentům říkala, že to záleží na jejich pocitu, zda si oni sami myslí, že jsou jejich zdravotní problémy závažné.

14. Dostáváte se častěji do konfliktu?

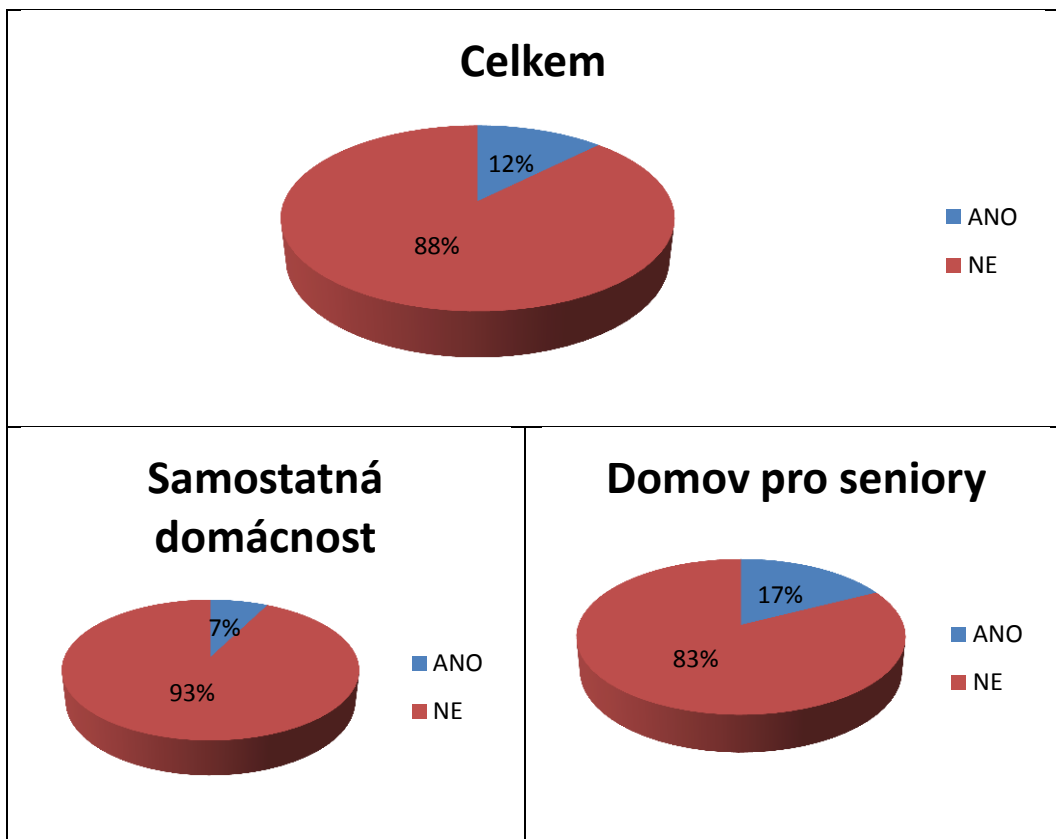
Graf 14



Z grafu lze vyčíst, že senioři žijící v institucionálním zařízení se podle svého vyjádření téměř do konfliktu nedostávají. Respondenti, kteří odpověděli kladně, se nejčastěji nepohodnou s ošetřujícím personálem. Oproti tomu oslovení senioři žijící v samostatné domácnosti se do konfliktu dostávají v 27 procentech. Převážně mají spory s rodinnými příslušníky, ale také se svými sousedy. Konfliktní situace nemusí však být pro některé jedince příliš stresující. Někdo konflikty dokonce vyhledává. Ovšem opakující se konflikty mohou být nakonec také zdrojem úzkostí a samozřejmě i stresu.

15. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?

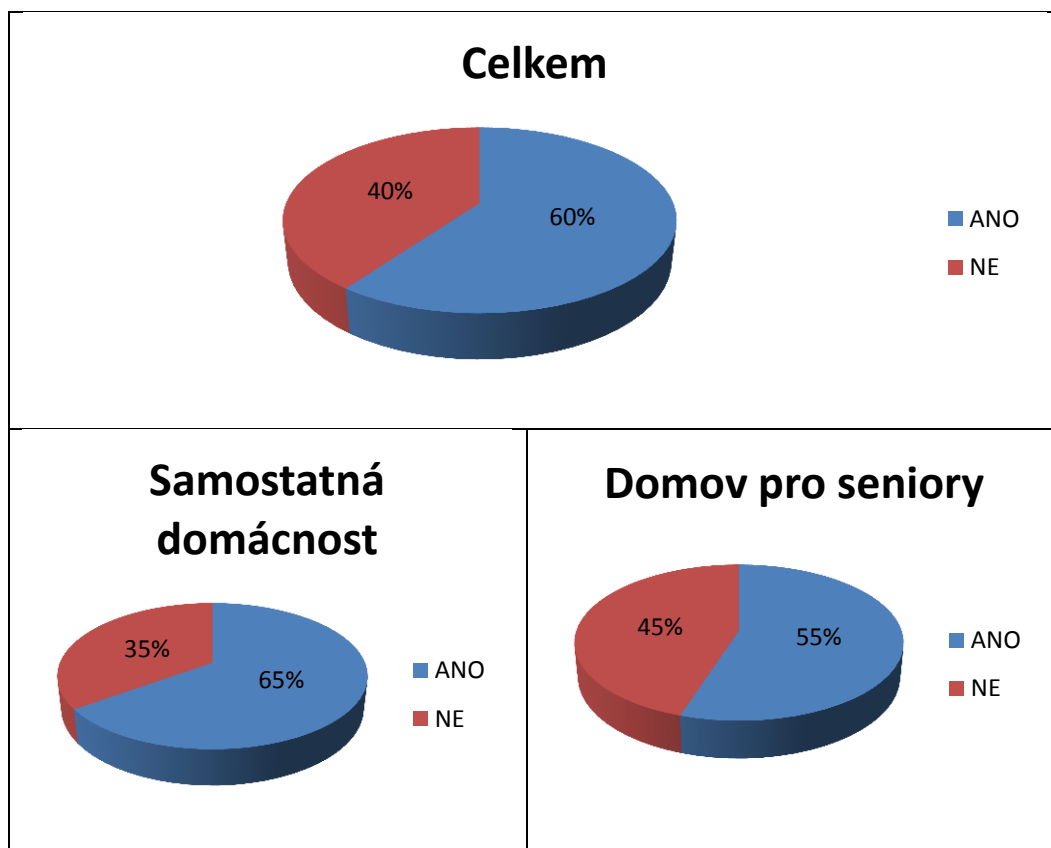
Graf 15



Paměť se ve stáří zhoršuje. Touto otázkou jsem se inspirovala u Boženy Gruberové z jejího dotazníku „Škála deprese pro geriatrické pacienty“. Pokud by respondenti odpovídali kladně, bylo by možné se domnívat, že si své zhoršení paměti uvědomují a trápí je to. Kladně na tuto otázku odpovědělo pouze 12 procent dotázaných.

16. Je pro Vás čas, který strávíte se svojí rodinou, dostačující?

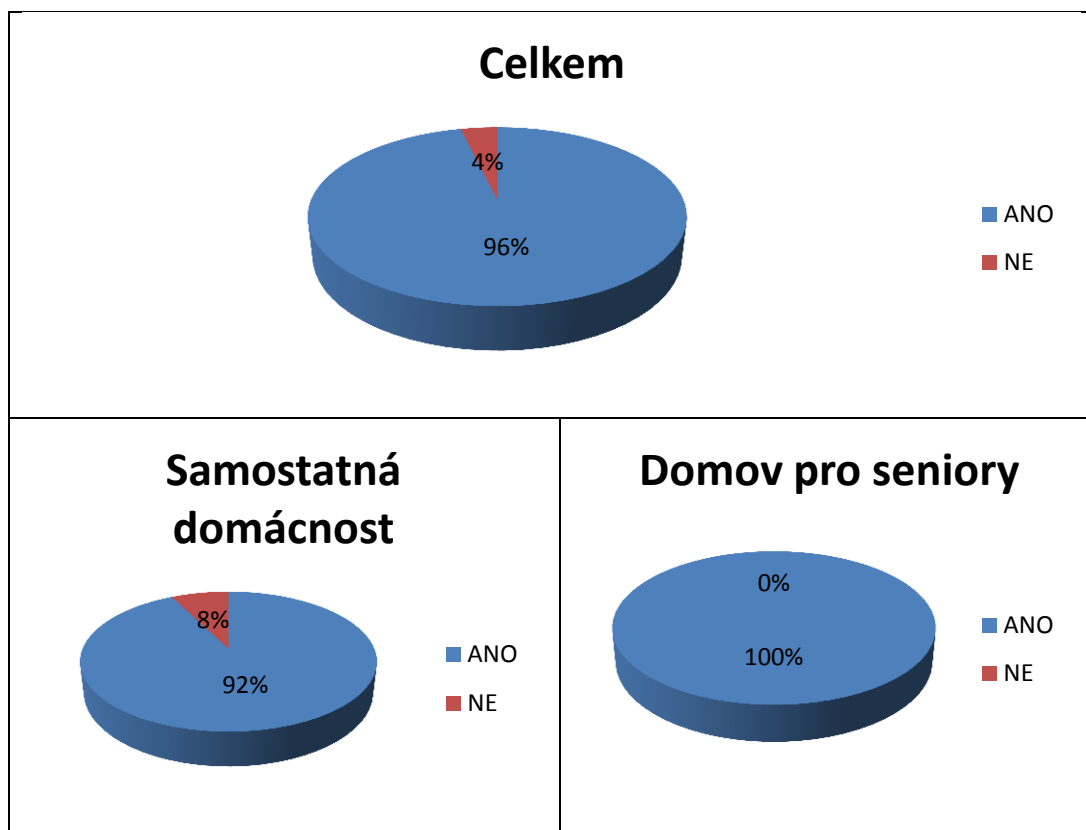
Graf 16



Až 60 procent seniorů odpovědělo, že je pro ně čas, který stráví s rodinou, dostačující. Na otázku, jestli jsou se svou rodinou často v kontaktu, odpovědělo kladně 74 procent respondentů. Opět nenajdeme výrazné rozdíly mezi odpověďmi seniorů žijících v samostatné domácnosti a seniorů žijících v institucionálním zařízení. Dotazovaní někdy odpovídali, že jejich rodina nežije blízko, a proto se nemohou vidět tak často, jak by si přáli. Na lidech, se kterými jsem dotazník sama vyplňovala, bylo při dotazování vidět, že se nesmírně těší, až je jejich rodina navštíví. V domovech pro seniory, které jsem navštívila, měli většinou ve svých pokojích vystaveny fotografie svých nejbližších. Můžeme se domnívat, že pro velkou část starých lidí je čas strávený s jejich rodinou to nejcennější, co ve svém životě mají.

17. Cítíte se ve svém nejbližším okolí v bezpečí?

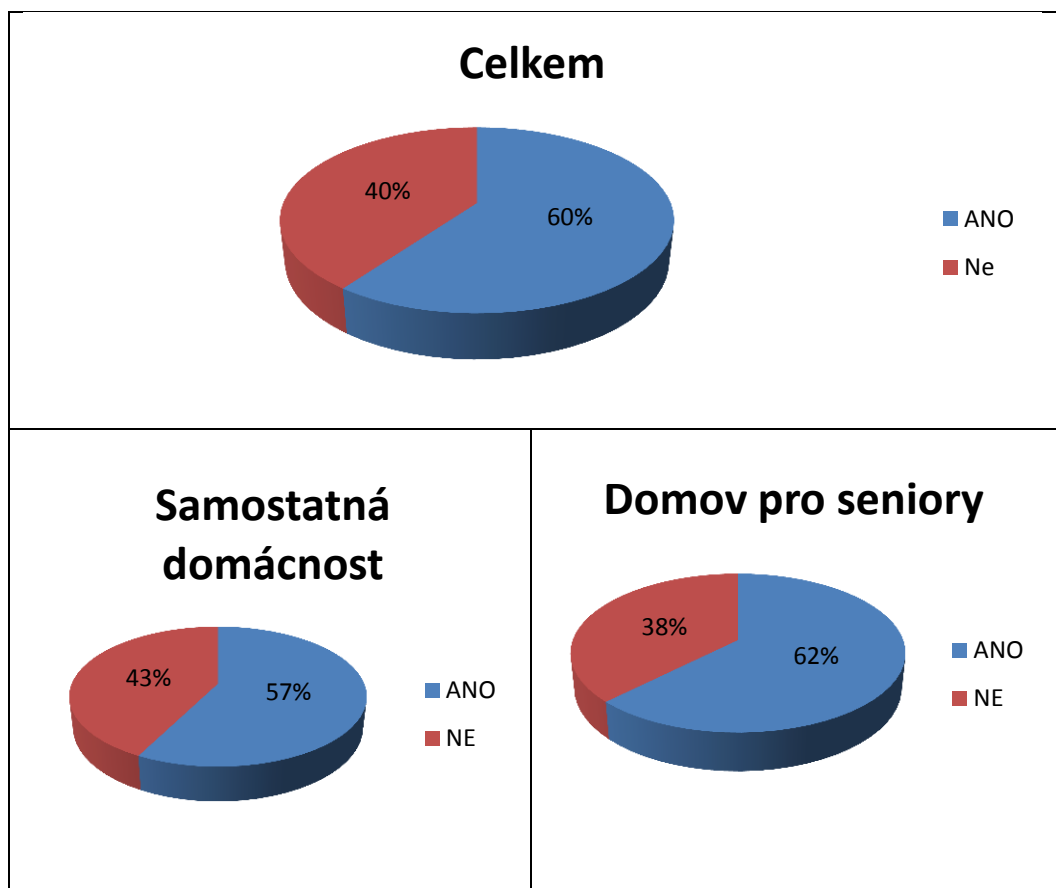
Graf 17



Téměř všichni oslovení respondenti se cítí ve svém okolí bezpečně. To je do určité míry znepokojující vzhledem k velkému výskytu různých podvodníků, kteří se často snaží naivní seniory podvést či okrást. Nebezpečí hrozí hlavně těm lidem, kteří žijí v samostatných domácnostech. Často se stává, že se jim někdo pod záminkou vnutí do bytu a ve vhodné chvíli odcizí peníze či jiné cennosti.

18. Trpíte častými tělesnými bolestmi?

Graf 18

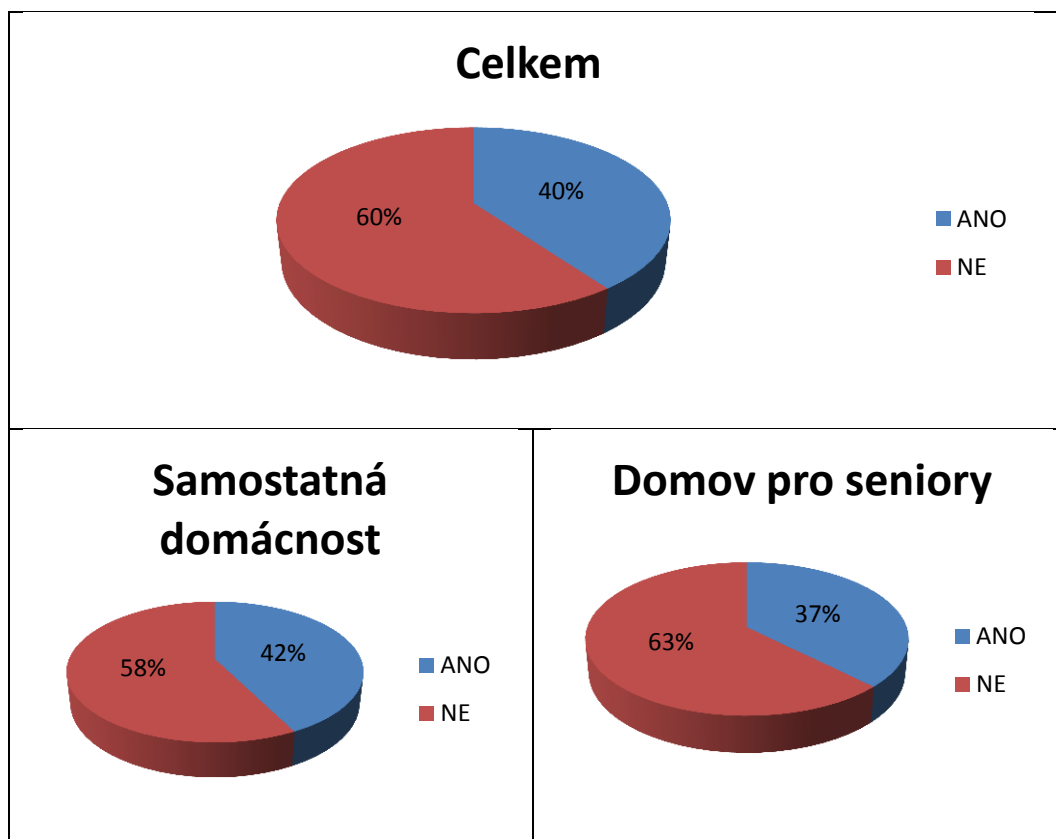


Až 60 procent dotázaných odpovědělo, že trpí častými tělesnými bolestmi. Mezi seniory žijícími v samostatné domácnosti a těmi, kteří žijí v domově pro seniory, nenajdeme téměř žádný rozdíl v odpovědích. Pokud bychom oslovili spíše mladé seniory, lze předpokládat, že by procento kladné odpovědi na tuto otázku nebylo tak vysoké.

Když člověka dlouhodobě něco bolí, nemůže prožívat plnohodnotný život. To bývá nesmírně stresující a v těch nejtěžších případech mají někteří jedinci suicidální tendence.

19. Cítíte se plný/á elánu a energie?

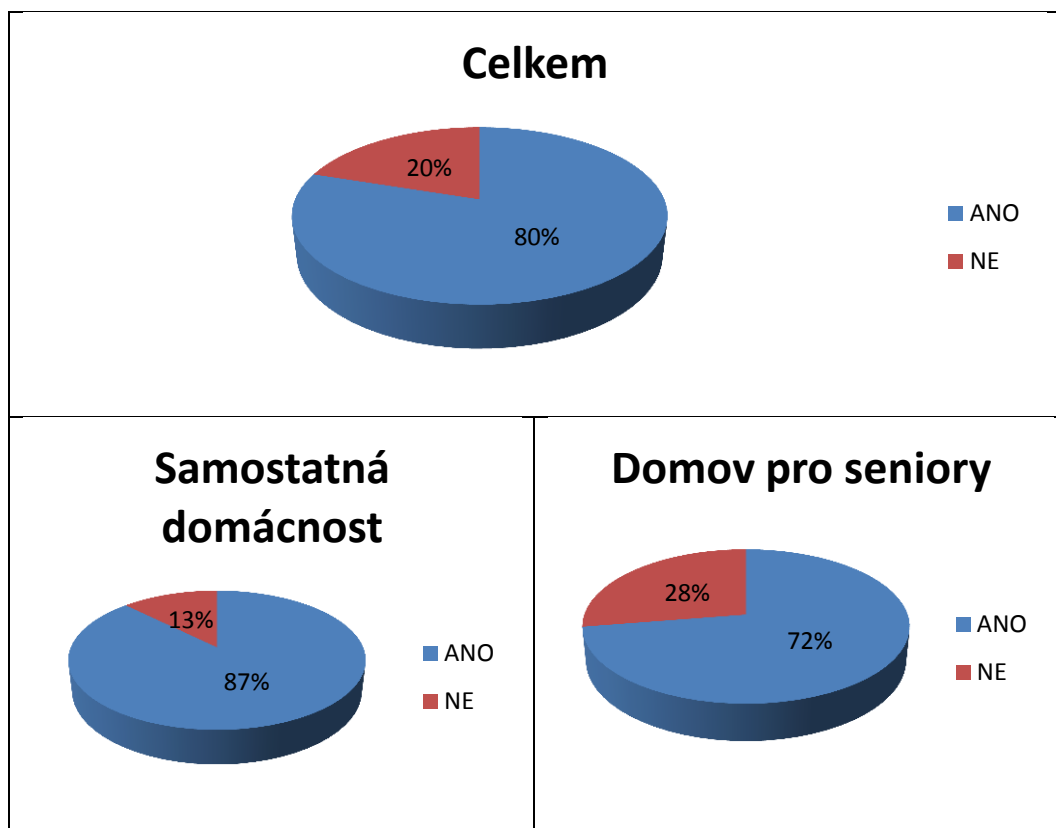
Graf 19



Jestliže starý jedinec netrpí příliš často bolestmi, má kolem sebe milující rodinu, přátele, může se věnovat svému oblíbenému koníčku, zpravidla prožívá své stáří pozitivně a těší se ze života. To mu dodává psychickou pohodu a energii. Bohužel ne všichni senioři mohou takhle své stáří vnímat a prožívat. Dle našeho výzkumu odpovědělo na tuto otázku negativně 60 procent respondentů. Je zřejmé, že s přibývajícím věkem energie člověku ubývá, ovšem je nutné nepodléhat smutku, snažit se myslet pozitivně a radovat se z každodenních maličkostí.

20. Máte dobré přátelské vztahy, které Vás naplňují?

Graf 20

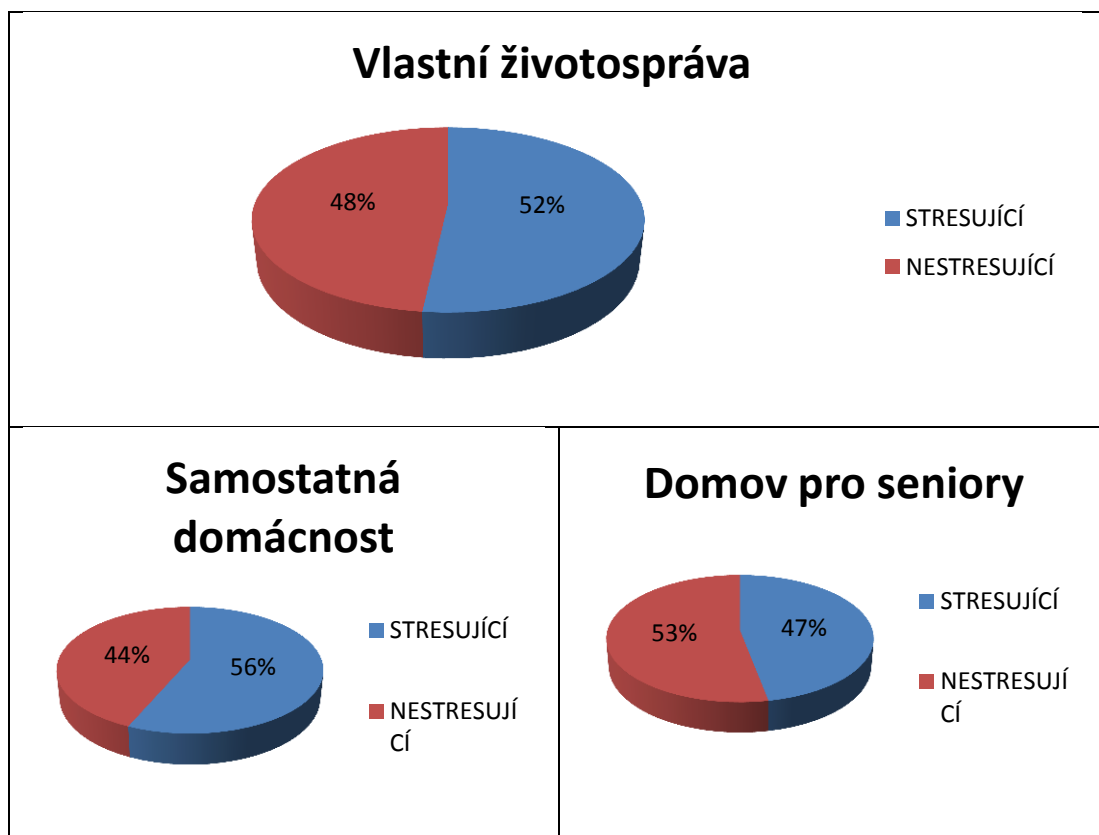


Z grafu vyplývá, že 80 procent dotázaných respondentů se domnívá, že mají dobré přátelské vztahy, které je naplňují. Přátelé jsou pro člověka nesmírně důležití v každém věku, často se na ně člověk může spolehnout více než na členy rodiny. Pokud člověk nemá žádného přítele, na kterého se může v případě nouze obrátit a ani v rodině nemá dostatečnou oporu, může propadat skličujícím depresím.

Mohli bychom se domnívat, že v domovech pro seniory mají lidé kolem sebe spoustu dalších starých lidí, se kterými by se mohli přátelit. Je známo, že ve stáří převládá u jedince spíše introverze, proto se lidé druhým ani příliš neotvírají a nová přátelství navazují jen zřídka. V domovech pro seniory nežijí lidé spolu, ale spíše jen vedle sebe. Je možné, že někteří respondenti zodpovídali tuto otázku kladně právě proto, že by si dobré přátelské vztahy přáli mít.

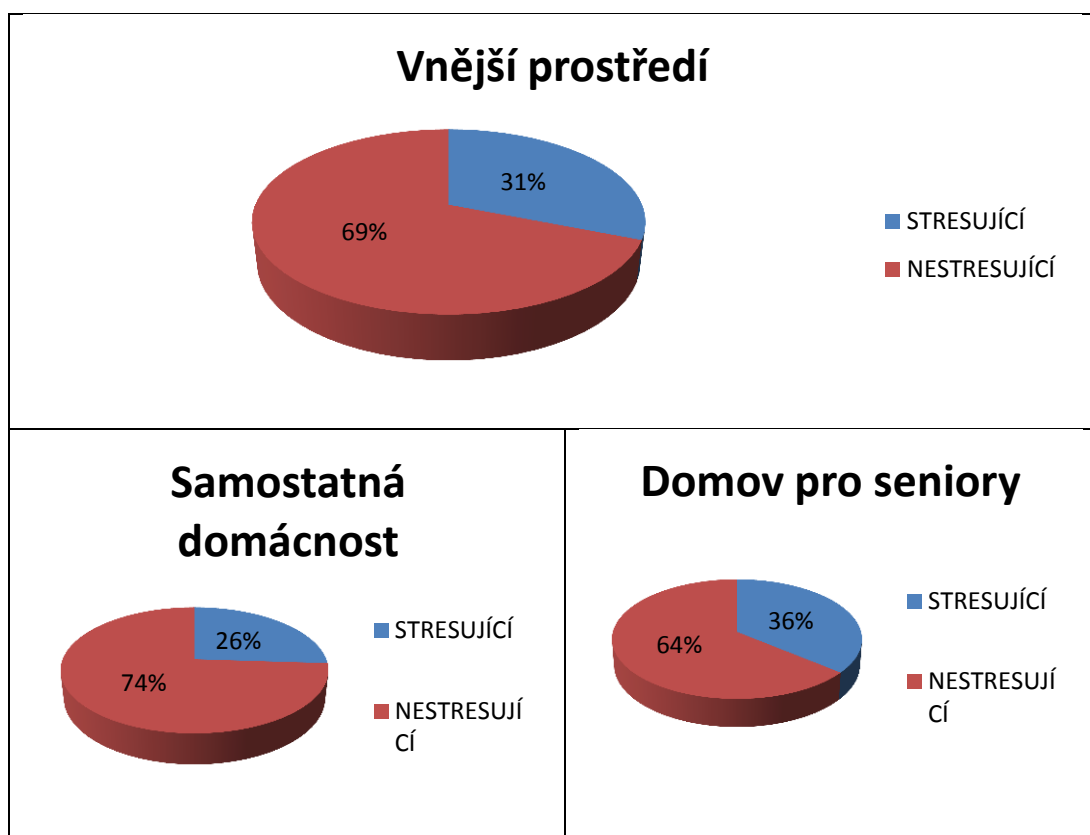
Následující grafy ukazují vyhodnocení stresorů podle jednotlivých oblastí:

Graf 21



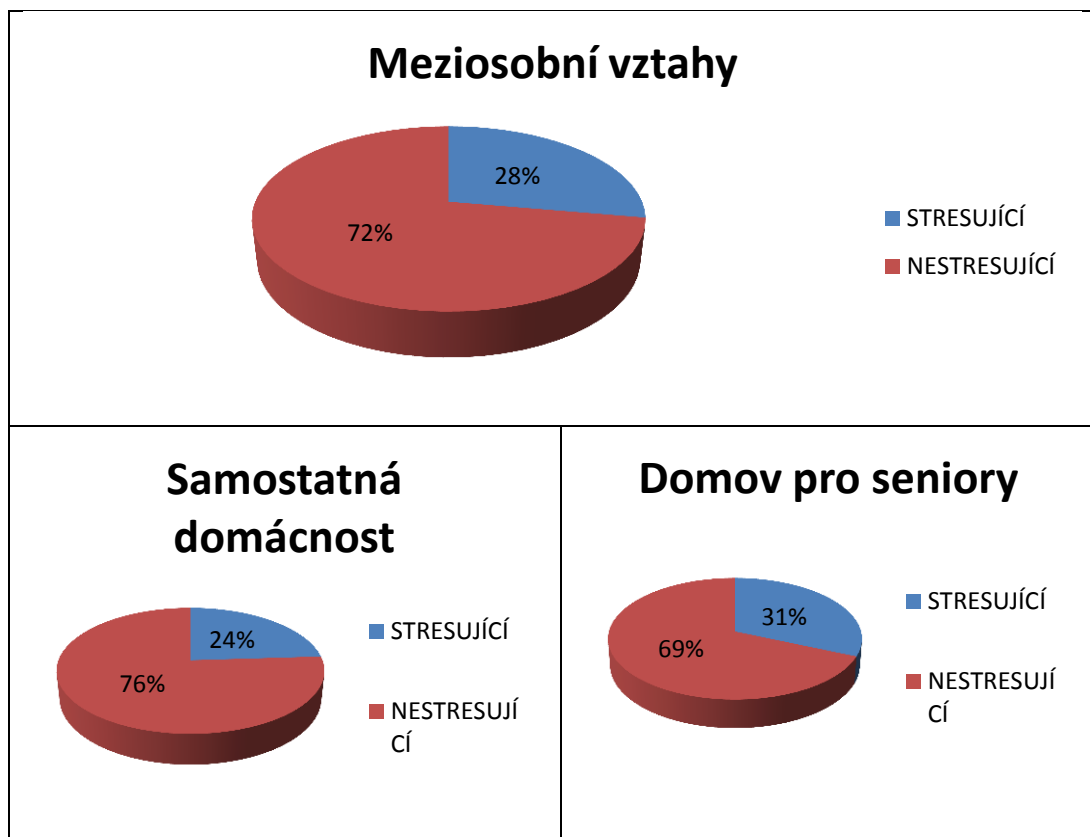
Podle výsledků výzkumu jsou senioři nejvíce stresováni v oblasti vlastní životosprávy. Rozdíly mezi odpověďmi seniorů žijících v samostatné domácnosti a seniorů žijících v institucionálním zařízení jsou zde výraznější. Jednotlivé otázky byly zaměřeny na starosti o zdraví - fyzické bolesti, zdravotní problémy, problémy se spánkem, a na zdravé stravování.

Graf 22



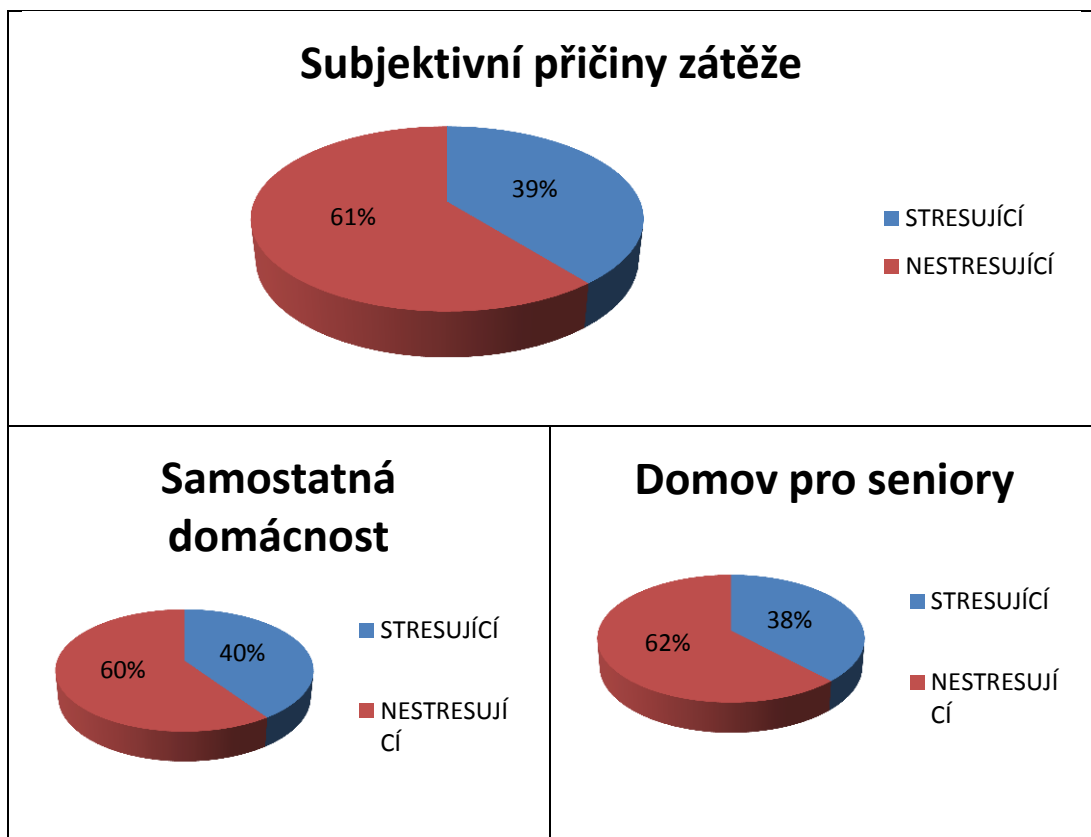
Stresory vnějšího prostředí zahrnují například bytové podmínky, pocit osobní bezpečnosti, finanční situaci, soběstačnost, používání informačních technologií. Jak je z grafu patrné, některé z těchto stresorů o trochu více trápí seniory žijící v institucionálním zařízení (především nesoběstačnost – závislost na své okolí), jiné zase naopak více zatěžují seniory ze samostatných domácností (pocit bezpečí).

Graf 23



Stresory v oblasti meziosobních vztahů (kontakty s rodinou či přáteli, případná osamělost, konflikty s okolím) stresují seniory nejméně. O trochu více se v této oblasti stresují senioři žijící v institucionálním zařízení, častěji odpovídali, že se cítí osamělí.

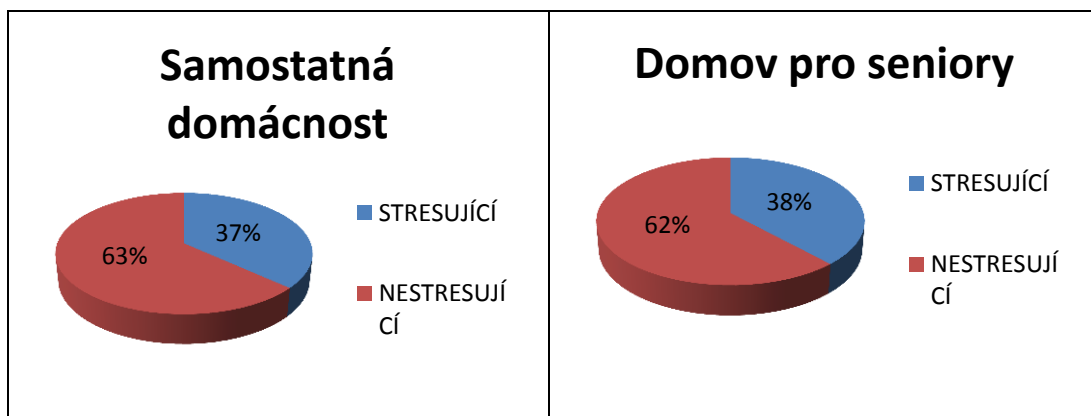
Graf 24



Jak je z grafů patrné, v oblasti subjektivních příčin zátěže (osobnostní rozpoložení, subjektivní prožívání emocí apod.) není výraznější rozdíl mezi seniory žijícími v samostatné domácnosti a v domově pro seniory. Lidé obecně často odpovídali, že se cítí unaveni, bez elánu a energie.

Následující graf ukazuje rozdíl míry stresu mezi seniory žijícími v samostatné domácnosti a seniory v institucionálním zařízení celkově bez ohledu na jednotlivé tematické oblasti.

Graf 25

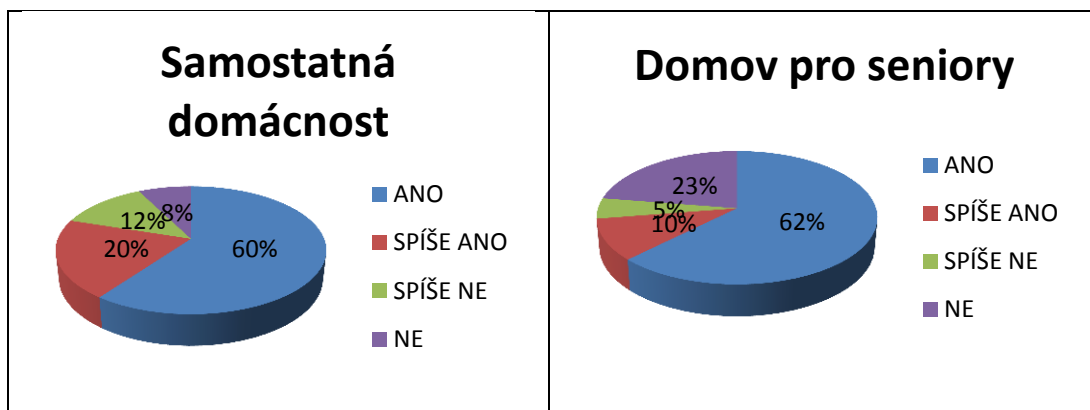


Jak z grafu můžeme vyčíst, rozdíl v míře stresu mezi seniory v obou skupinách je nepatrný. Z této skutečnosti můžeme usuzovat, že staří lidé žijící v institucionální péči se nestresují více, jak bylo původně předpokládáno v jedné z hypotéz.

Druhý dotazník, který jsem ve svém výzkumu použila, byl zaměřen na zjišťování sociální opory u seniorů.

1. Můžete se vždy, když máte nějaký problém, obrátit na někoho ve své rodině?

Graf 26

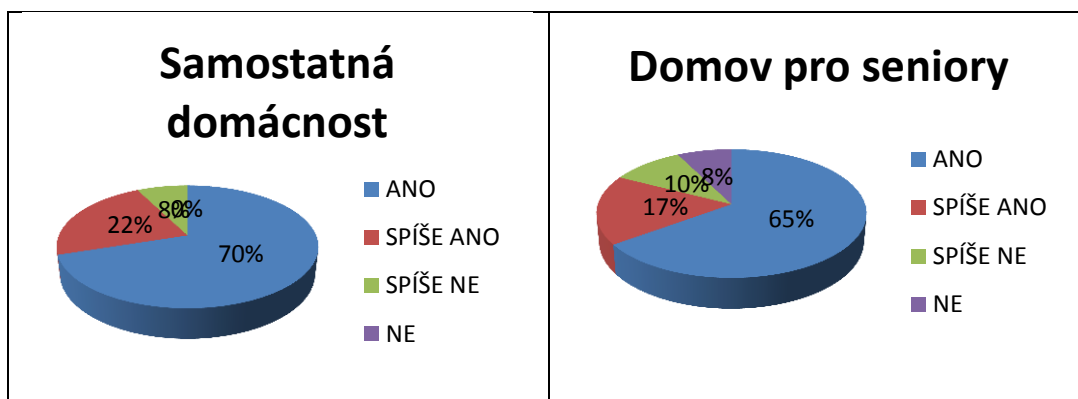


Vědomí člověka, že se může se svými problémy někomu blízkému svěřit nebo ho požádat o pomoc, je velice důležité pro jeho psychické zdraví. Zvláště pro starého jedince by měla být jeho rodina oporou a měla by se snažit, aby neměl pocit, že je na své starosti sám.

Jak je z grafu patrné, výraznější rozdíl je v negativní odpovědi u seniorů žijících v institucionálním zařízení – 23 procent jedinců se domnívá, že se s problémy nemůže (popřípadě nemá možnost) obrátit na své příbuzné.

2. Důvěřujete svým nejbližším, že Vám v případě potřeby skutečně pomohou?

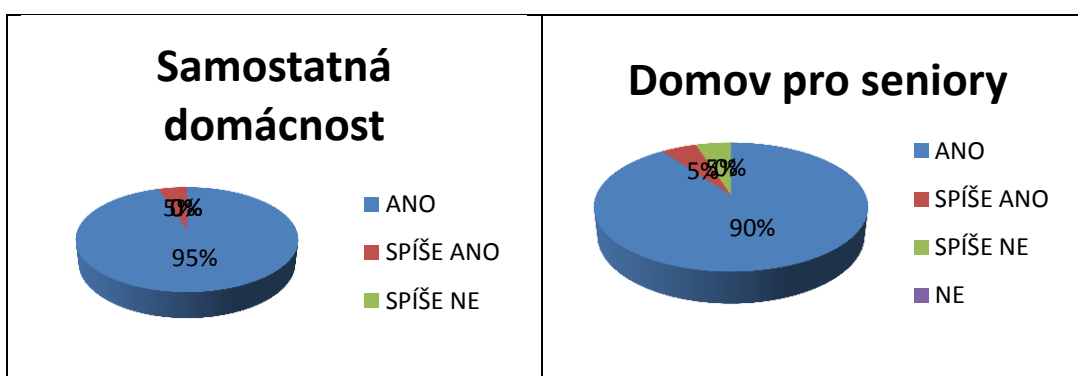
Graf 27



Důležitá je také důvěra v pomoc od blízkého člověka. Zcela negativně na tuto otázku odpovědělo pouze 8 procent jedinců žijících v domově pro seniory. Vesměs to byli lidé, kteří nejsou se svou rodinou vůbec v kontaktu, proto se musejí spolehnout na pomoc od cizích lidí – například od ošetřujících pracovníků či sociálních pracovníků.

3. Jsou pro Vás rodinné vztahy důležité?

Graf 28

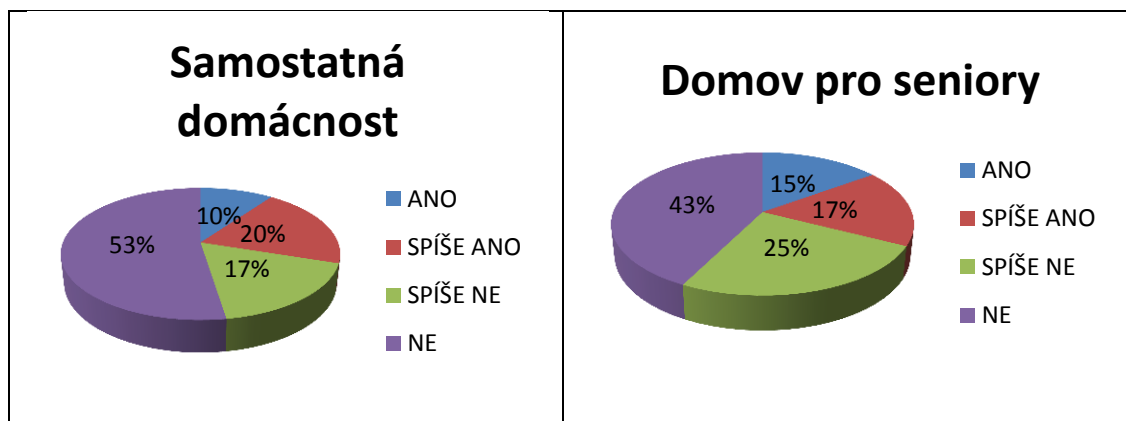


Jak již bylo zmíněno v teoretické části, přerušení či absence přátelských styků se svou rodinou škodí organismu stejně jako například sedavý způsob života. Potřeba afiliace

je pro život člověka nezbytná, přičemž rodina je pro něj tou nejpřirozenější sociální skupinou.

4. Máte pocit, že jste na své problémy sám/sama?

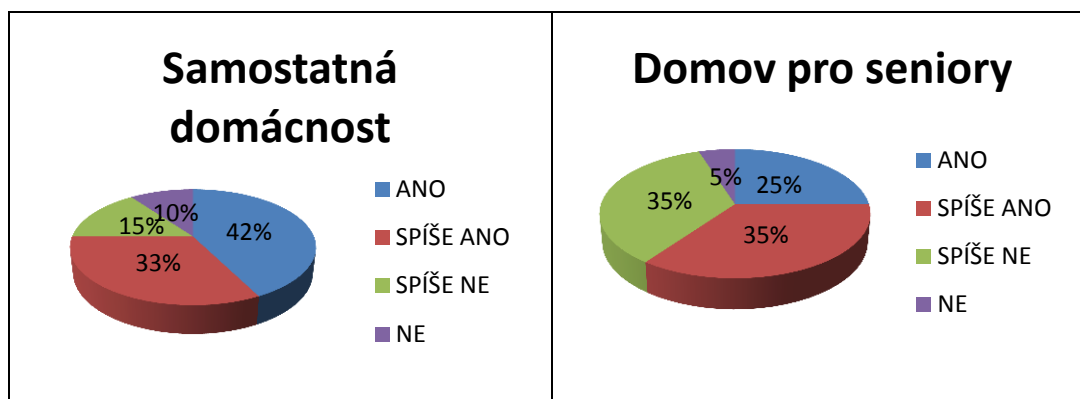
Graf 29



Jak můžeme z grafu vyčíst, rozdíl v odpovědích seniorů žijících v samostatné domácnosti a v domově pro seniory je nepatrný, výrazně větší část obou těchto skupin se necítí být osamocena se svými problémy. Jestliže starý člověk žije sám doma, nemá vždy možnost se hned na někoho obrátit a je tudíž zvyklý zvládat běžné každodenní problémy samostatně. Seniori žijící v institucionální péči se zase nemusí potýkat s řadou běžných problémů, kterou za ně právě tato péče řeší.

5. Máte alespoň jednoho přítele, na kterého se můžete spolehnout?

Graf 30



V teoretické části se hovořilo nejen o významu sociální podpory ze strany rodiny, ale také ze strany přátel. Jestliže starý člověk nemá oporu ve své rodině, měl by ji mít alespoň u přítele. Grafy ukazují na výraznější rozdíly v odpovědích seniorů žijících v samostatné domácnosti a těch v domově pro seniory, kteří podle svého mínění častěji nemají vedle sebe blízkého člověka, na kterého se mohou s důvěrou obrátit.

2.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Z výsledků **prvního** dotazníkového šetření je patrné, že senioři se nejvíce stresují v oblasti **vlastní životosprávy** – až v 52 procentech. Na tuto oblast byly zaměřeny otázky č. 1, 5, 9, 13, 18. Převážná část si dělá starosti o své zdraví, trápí ji časté tělesné bolesti. Více než polovina respondentů má závažné zdravotní problémy. Musíme ovšem brát v úvahu skutečnost, že senioři odpovídali podle svých subjektivních pocitů. Stejně onemocnění může být vnímáno jedním člověkem jako vážné a druhým nikoliv. Co se týče naplňování potřeby spánku, více si stěžovali senioři žijící v samostatné domácnosti. V otázce stravování se všichni respondenti v institucionální péči domnívají, že jejich strava plně odpovídá zásadám zdravé výživy (zřejmě díky normám, které jsou nuceny tyto instituce dodržovat). Oproti tomu téměř 40 procent starých lidí žijících samostatně připouští, že jejich stravování má jisté rezervy.

Na druhém místě je oblast **subjektivních příčin zátěže**, která seniory stresuje až ve 39 procentech. Na tuto oblast byly zaměřeny otázky č. 3, 7, 12, 15, 19. Nepatrný rozdíl v odpovědích se ukázal v otázce pocitů sklíčenosti a smutku, lehce v neprospěch seniorů v institucionální péči. Výraznější rozdíl jsme zaznamenali ohledně problémů s pamětí, hůře na tom jsou podle svého mínění lidé žijící v domovech důchodců. Větší část starých lidí se cítí často unavena, bez elánu a energie. Přesto bezmála tři čtvrtiny respondentů odpověděly, že mají převážně dobrou náladu, což poukazuje na optimistické ladění těchto seniorů.

Stresory **vnějšího prostředí** způsobují seniorům problémy v 31 procentech. Tuto oblast zjišťovaly otázky č. 2, 6, 8, 10, 17. Bytové podmínky respondentům většinou vyhovují a až na tři jedince se všichni cítí ve svém nejbližším okolí v bezpečí. Větší část oslovených seniorů již není soběstačná, což jim mnohdy způsobuje nemalé problémy a starosti. Bytové podmínky starým lidem převážně vyhovují. Téměř polovina z nich však má problémy s užíváním informačních technologií.

Oblast **mezosobních vztahů** seniory stresuje z 28 procent. Na tuto oblast byly zaměřeny otázky č. 4, 11, 14, 16, 20. Staří lidé často bývají v kontaktu se svou rodinou a mívají dobré přátelské vztahy. Ani do konfliktu se většinou nedostávají. Na druhou stranu až 40 procentům dotazovaných nestačí čas, který tráví se svou rodinou. Polovina respondentů v institucionálním zařízení se cítí osaměle, což může být způsobeno tím, že mají hodně volného času, který nedokáží smysluplně naplnit a často přemýšlejí nad svým životem.

Výzkum potvrdil první stanovenou hypotézu – „Senioři se stresují nejvíce kvůli svému tělesnému zdraví“. Druhá hypotéza – „Senioři žijící v institucionálním zařízení jsou více stresováni než senioři žijící v domácím prostředí“ se však nepotvrdila.

Druhý dotazník byl zaměřen na sociální oporu u seniorů. Stanovená hypotéza – „*Senioři žijící v institucionálním zařízení stresuje nedostatečná sociální opora více než senioři žijící v domácím prostředí*“ se zcela nepotvrdila. Kvůli malému vzorku respondentů nelze dělat výrazné závěry. Můžeme se pouze domnívat z uvedených odpovědí, že ti jedinci, kteří žijí v institucionálním zařízení, jsou o trochu více stresováni nedostatečnou sociální oporou.

ZÁVĚR

V dnešní době, kdy lidé neustále někam pospíchají, za něčím se ženou a nabírají si na sebe mnoho úkolů, je stres velmi aktuálním pojmem. Nevyhýbá se žádné věkové kategorii. Samozřejmě je míra stresu individuální u každého jedince. Každý má jinou míru frustrační tolerance a tudíž i různý sklon ke stresu. Někdo si může myslet, že seniorům se stres vyhýbá. Nemusejí chodit do práce, mohou pěstovat jen své zájmy a koníčky a radovat se z vnoučat. To ovšem není pravda. Seniori jsou stejně ohroženou skupinou, jako všichni ostatní.

Ve své diplomové práci jsem se zabývala analýzou stresorů u seniorů. Teorie byla zaměřena na stárnutí a stáří a také na stres, jeho příznaky a na význam sociální opory. Hlavním cílem výzkumné části práce bylo zjistit, která ze čtyř zkoumaných oblastí stresuje staré lidi nejvíce. Zaměřila jsem se na stresory v oblasti vlastní životosprávy, v meziosobních vztazích, dále na subjektivní příčiny zátěže a stresory vnějšího prostředí. Následně jsem se pokusila ověřit stanovené hypotézy. Užila jsem dotazníkovou metodu – první dotazník byl zaměřen na výše zmíněné čtyři oblasti a druhý dotazník se zabýval zjišťováním sociální opory u seniorů. Osloveno bylo celkem osmdesát respondentů, čtyřicet seniorů žijících v samostatné domácnosti, dalších čtyřicet v domově pro seniory. Velkým problémem bylo zajistit stejný věk u všech seniorů, proto výzkum probíhal v několika různých domovech. Velkou roli hrálo i to, aby staří lidé vůbec byli schopni dané otázky zodpovědět, jelikož někteří vůbec otázkám nerozuměli. Otázky probíhaly spíše formou rozhovoru, abych se ujistila, že seniori daný dotaz chápou.

Z výsledků vyplynulo, že oslovení seniori se ve vysoké míře nestresují. Toto zjištění pro mě bylo velmi překvapující, jelikož jsem takto pozitivní výsledky nečekala. Samozřejmě, že nelze stanovit významné závěry, jelikož bychom museli mít k dispozici mnohem větší vzorek respondentů. Výsledky jsou tedy spíše orientační. Nejvíce staré lidi stresuje jejich tělesné zdraví. Mladí lidé si neuvědomují, pokud jsou zdraví, jaké velké štěstí mají. Staří jedinci většinou nějakými zdravotními obtížemi již trpí a proto má pro ně zdraví vysokou hodnotu. Tělesné zdraví má vliv také na psychiku a naopak. Pokud člověk není duševně zdravý, postupem času onemocní i tělesně.

Výzkum ukázal, že není větších rozdílů v míře stresu u seniorů žijících v domácím prostředí oproti těm, kteří žijí v domovech pro seniory. Je zřejmé, že institucionální péče má své rezervy - například v trávení volného času seniorů či v kvalitě jejich života. V budoucnu však předpokládáme, že by mohla být na vyšší úrovni než dnes (vyšší úroveň soukromí, více pracovníků zajišťujících potřeby klientů domova apod.). Je důležité, aby dětem již od útlého dětství byla vštěpována úcta a respekt ke stáří, aby stáří nebylo chápáno jako něco negativního. Nejlepší je jít svému okolí vlastním příkladem, klást důraz na to, že morální povinností dětí je starat o své staré či nemohoucí rodiče. Měli bychom stáří brát se vším, co obnáší, jako plnohodnotnou součást svého života a radovat se z každodenních maličkostí.

RESUMÉ

Tato diplomová práce se zabývá analýzou stresorů u seniorů. Je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část tvoří devět kapitol. První kapitola se věnuje stárnutí a stáří, druhá teorii stárnutí, dalšími kapitolami jsou etapy stáří, změny ve stáří, stáří a nemoci, psychické poruchy ve stáří, příprava na stáří, předposlední kapitola je věnována adaptaci na stáří a poslední kapitola se zabývá stresem.

Praktická část se zaměřuje na analýzu stresorů u seniorů v oblastech vlastní životosprávy, meziosobních vztahů, subjektivních příčin zátěže a vnějšího prostředí. Cílem výzkumu je zjistit, která oblast je pro seniory nejvíce stresující a jestli jsou stresováni více senioři žijící v institucionálním zařízení nebo senioři žijící v samostatné domácnosti. Ve výzkumném šetření byla použita dotazníková metoda.

SUMMARY

This Master thesis deals with stressors analysis by seniors. It is divided into theoretical and practical part. Theoretical part consists of nine chapters. The first chapter discusses the old age and process of ageing, the second chapter discusses theory of ageing and the other ones deal with stages of an old age, changes in an old age, old age and illnesses, psychical disorders in an old age and preparation for an old age. Penultimate chapter considers adaptability on an old age and the last chapter deals with stress.

Practical part is focused on stressors analysis by seniors in fields as regimen, personal relationships, subjective cases of strain and the last one is how environment influences retirees. The aim of the study is to find out, which is the most stressful field for seniors and to compare, who is more under stress, if it is seniors living in a home for elderly or seniors living in their own houses and flats. In the study there was used a questionnaires method.

SEZNAM LITERATURY

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.

ČEVELA, Rostislav., KALVACH, Zdeněk., ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. IS: 978-80-247-4138-3.

ĎOUBAL, Stanislav a kol. *Teoretická gerontologie*. Praha: Karolinum, 1997. 103 s. ISBN 80-7184-481-0.

EGER, Ludvík. *Stres, prevence a management stresu*. Plzeň: Západočeská univerzita, 1997. 75 s. ISBN 80-7082-366-6.

GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.

HOLEČEK, Václav., MIŇHOVÁ, Jana., PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. Dobrá Voda: Aleš Čeněk, 2003. 311 s. ISBN 80-86473-50-3.

JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatry a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KURIC, Jozef a kol. *Ontogenetická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, 264 s. ISBN 14-409-86.

NOVOTNÁ, Lenka., HŘÍCHOVÁ, Miloslava., MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3. Plzeň: Západočeská univerzita, 2004. 82 s. ISBN 80-7043-281-0.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997. 124 s. ISBN 80-7184-486-1.

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

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

TVAROH, František. *Všichni stárneme*. Vyd. 2. Praha: Avicenum, 1983. 252 s. ISBN 08-010-83.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1982. 365 s. ISBN 25-124-82.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka I – Pohlaví respondentů – str. 39

Tabulka II – Věk respondentů – str. 40

Tabulka III – Rodinný stav respondentů – str. 40

Tabulka IV – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů – str. 41

Graf 1 – str. 42

Graf 2 – str. 43

Graf 3 – str. 44

Graf 4 – str. 45

Graf 5 – str. 46

Graf 6 – str. 47

Graf 7 – str. 48

Graf 8 – str. 49

Graf 9 – str. 50

Graf 10 – str. 51

Graf 11 – str. 52

Graf 12 – str. 53

Graf 13 – str. 54

Graf 14 – str. 55

Graf 15 – str. 56

Graf 16 – str. 57

Graf 17 – str. 58

Graf 18 – str. 59

Graf 19 – str. 60

Graf 20 – str. 61

Graf 21 – str. 62

Graf 22 – str. 63

Graf 23 – str. 64

Graf 24 – str. 65

Graf 25 – str. 66

Graf 26 – str. 67

Graf 27 – str. 68

Graf 28 – str. 68

Graf 29 – str. 69

Graf 30 – str. 70

PŘÍLOHY

DOTAZNÍK

Dobrý den,
jmenuji se Karolína Šilhanová, studuji obor český jazyk a psychologii na Fakultě pedagogické ZČU v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci, jejímž tématem je analýza stresorů u seniorů. Dotazník je anonymní. Prosím Vás o pravdivé zodpovězení všech otázek.

Pohlaví: muž – žena

Věk:

Rodinný stav: svobodný/á – ženatý/vdaná – rozvedený/á – ovdovělý/á

Dosažené vzdělání: základní – střední odborné (výuční list) – střední s maturitou – vysokoškolské

Současné trvalé bydliště: domov pro seniory – samostatná domácnost

U následujících otázek odpovězte **ano/ne**, pokud si nebudete jisti, přikloňte se k pravděpodobnější variantě.

1. Děláte si starosti o své zdraví? Ano – ne
2. Jste soběstačný/á? (sami jste schopni si zajistit životní potřeby – nákupy, úřady ...)? Ano – ne
3. Cítíte se často unavený/a? Ano – ne
4. Cítíte se osaměle? Ano – ne
5. Stravujete se zdravě (pitný režim, pravidelná strava, dostatek vitamínů...)? Ano – ne
6. Jste spokojen/a s Vaší finanční situací? Ano – ne
7. Máte převážně dobrou náladu? Ano – ne
8. Máte obavy z používání informačních technologií (mobil, tablet...)? Ano – ne
9. Domníváte se, že málo spíte? Ano – ne
10. Vyhovují Vám Vaše bytové podmínky? Ano – ne
11. Jste často v kontaktu se svojí rodinou? Ano – ne
12. Cítíte se často sklíčený/á a smutný/á? Ano – ne
13. Máte závažné zdravotní problémy? Ano – ne
14. Dostáváte se častěji do konfliktu? Ano – ne
Pokud ano, označte prosím s kým: a) ošetřující personál, b) rodina,
c) spolupracovníci, d) spolubydlíci
15. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci? Ano – ne
16. Je pro Vás čas strávený s rodinou dostačující? Ano – ne
17. Cítíte se ve svém nejbližším okolí v bezpečí? Ano – ne
18. Trpíte častými tělesnými bolestmi? Ano – ne
19. Cítíte se plný elánu a energie? Ano – ne
20. Máte dobré přátelské vztahy, které Vás naplňují? Ano – ne

U následujících otázek vyberte podle stupnice, která odpověď Vás nejvíce vystihuje:
1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – spíše ne, 4 – ne.

1. Můžete se vždy, když máte nějaký problém, obrátit na někoho ve své rodině? 1 – 2 – 3 - 4
2. Důvěřujete svým nejbližším, že v případě potřeby Vám skutečně pomohou? 1 – 2 – 3 - 4
3. Jsou pro Vás rodinné vztahy důležité? 1 – 2 – 3 - 4
4. Máte pocit, že jste na své problémy sám/sama? 1 – 2 – 3 - 4
5. Máte alespoň jednoho přítele, na kterého se můžete spolehnout? 1 – 2 – 3 - 4