

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

ANALÝZA
ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ
U POPULACE SENIORŮ

Bakalářská práce

Nikola Urbanová

Psychologie se zaměřením na vzdělávání (2010-2013)

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Novotná

Plzeň, červen 2013

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

V Plzni dne 30. června 2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Novotné, za odborné vedení, ochotu a užitečné rady. Také děkuji zaměstnancům z domova pro seniory, kde probíhal průzkum a samozřejmě všem respondentům, kteří se ho zúčastnili a poskytli mi potřebné informace.

Obsah

Úvod	6
1 Stárnutí a stáří.....	7
1.1 Periodizace stáří.....	7
1.2 Teorie stárnutí.....	9
1.2.1 Stochastické teorie	9
1.2.2 Nestochastické teorie.....	10
1.3 Změny ve stáří.....	11
1.3.1 Reakce na stáří	12
1.3.2 Tělesné změny	12
1.3.3 Psychické aspekty stárnutí.....	16
1.3.4 Sociální aspekty stárnutí.....	20
1.3.5 Demence	22
2 Stres	25
2.1 Fáze stresu	25
2.2 Příčiny stresu	26
Událost.....	27
Počet bodů.....	27
2.3 Druhy stresu	29
2.4 Vyrovnávání se stresem	31
2.5 Stres a senioři	31
2.5.1 Nejvýznamnější stresové situace	32
2.5.2 Duševní hygiena ve stáří	33
3 Analýza zátěžových situací	34
3.1 Hypotézy výzkumné části	34
3.2 Výzkumné metody.....	34
3.3 Respondenti.....	35

3.3.1	Kritérium věku	35
3.3.2	Kritérium rodinného stavu:	37
3.3.3	Kritérium nejvyššího dosaženého vzdělání	38
3.4	Vyhodnocení dotazníku	39
Závěr	.....	54
Resumé	.....	56
Seznam použitých zdrojů	.....	58
Seznam použitých knižních zdrojů	.....	58
Seznam použitých internetových zdrojů	.....	59
Seznam příloh	.....	60

Úvod

Stárnutí a samotné stáří se dnes stává velmi diskutovaným tématem, hlavně vzhledem ke stárnutí celé populace, kterým se zabývají nejen gerontologové, ale také například ekonomové, psychologové, sociologové a jiní. Společnost se snaží starší lidi zapojit do všech procesů, ať už vzdělávání či volnočasových aktivit, ale i přesto zde převládají zažitá stereotypy, negativistické názory a kritika.

Dalším diskutovaným tématem je stres. Téměř všichni se někdy cítí být ve stresu, nazvali jsme si jej chorobou století. Víme, kdy se cítíme ve stresu, ale někteří už si neuvědomují, že i stáří přináší řadu změn a stresových situací. Mým úkolem bude pokusit se přijít na to, které faktory seniory nejvíce stresují, zda jsou vůbec ve stresu a jakým způsobem se s negativními situacemi vypořádávají.

V teoretické části své práce se budu zabývat stářím, jeho biologickými i psychologickými aspekty, zda a případně jaký má vliv osobnost a životní styl na stárnutí a oddálení stáří. Také zmíním vybrané nemoci ve stáří, především demence.

Abychom mohli analyzovat zátěžové situace u seniorů, musíme nejprve pochopit, co stres a zátěž znamená. Kromě definování stresu se budu zabývat jeho fázemi, charakteristikami jednotlivých fází a v neposlední řadě technikami vyrovnávání se stresem.

V praktické části se pokusím zjistit difference odpovědí seniorů žijících v domově důchodců oproti seniorům žijícím v samostatné domácnosti.

1 Stárnutí a stáří

Proces stárnutí je velmi individuální, ale stárne každý. Jak mnozí lidé říkají, je to jedna ze dvou jistot – stáří a smrt.

1.1 Periodizace stáří

Dodnes neexistuje jednoznačná odpověď na otázku, kdy stáří začíná a jak přesně probíhá. Je to individuální proces, který je závislý na mnoha aspektech, ale i přesto se najde mnoho periodizací stáří.

Podle kalendářního věku stárneme všichni stejně. Mühlpachr uvádí, že „*kalendářní stáří je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny.*“¹ Z tohoto chronologického věku potom vychází nejčastější periodizace lidského života. Za výhody tohoto vymezení se dají považovat jednoznačnost, jednoduchost a snadnost srovnávání.

Dalším možným členěním je rozdělení po patnáctiletých cyklech, které doporučila světová zdravotnická organizace (WHO):²

1. 60–74 let: vyšší (starší věk), rané stáří, předpolí stáří, senescence
2. 75–89 let: pokročilý tedy stařecký věk, vlastní stáří, sénium, kmetství
3. 90 a více let: dlouhověkost, patriarchum.

Dnes se také uvádí členění stáří dle Mühlpachra:³

1. 65–74 let: mladí senioři (adaptace na penzi, volný čas, aktivity, seberealizace)
2. 75–84 let: staří senioři (změna funkčnosti organismu, zdravotnická problematika, choroby)
3. 85 – 90 let: velmi staří senioři (sledování soběstačnosti a zabezpečení).
4. 90 a více let: dlouhověkost (těchto lidí v populaci moc není, ale přesto se jejich počet v poslední době zvyšuje a to díky lepší životní úrovni, sníženým nárokům na fyzickou námahu a také díky medicínskému pokroku).

Etapy stáří podle V. Příhody:⁴

¹ MÜHLPACHR, Pavel a STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita 2001, s. 10.

² MALÍKOVÁ, Eva: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha, Grada 2011. s. 14.

³ MÜHLPACHR, Pavel a STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita 2001, s. 11.

⁴ HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana a NOVOTNÁ, Lenka. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita. Pedagogická fakulta, 2000. s. 67.

1. Senescence (60 – 74 let)
2. Kmetství (75 – 89 let)
3. Patriarchum (od 90 let až po smrt)

Etapy stáří podle V. Pacovského:⁵

1. Rané stáří (60 – 74 let)
2. Vlastní stáří (75 – 89 let)
3. Vysoký věk (od 90 let)

Nevýhodou tohoto členění podle kalendářního věku je, že nezohledňuje individuální rozdíly mezi jednotlivými seniory a tak je nepřesné. Proto se můžeme v literatuře setkat například s pojmy biologický věk nebo sociální stáří, které se snaží zohlednit při periodizaci specifické situace a změny v životě seniora. Sociální stáří zohledňuje především sociální změny, kterými jsou například odchod do penze. Ten sebou přináší mnoho dalších změn, jako třeba více volného času, méně finančních prostředků, změna sociální role aj.

V literatuře se můžeme nejčastěji v souvislosti se sociálním stářím setkat s členěním do tzv. věků, kdy je stáří označováno jako třetí věk. Tento věk, jinak také postproduktivní, obvykle začíná odchodem do penze. Někteří autoři rozlišují také čtvrtý věk. Vágnerová jej popisuje následovně: „*V době, kdy člověk dosáhne čtvrtého věku, je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných především tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci.*“⁶

Poslední periodizací, o které bych se chtěla zmínit, je biologické stáří neboli biologický věk. Jde o biologicky zakotvené teorie, ale dodnes nejsou uspokojivě vysvětleny – jedná se tedy spíše o hypotézy, které se snaží vysvětlit důvody, proč stárneme. Rozlišujeme především tyto dva okruhy:

1. Epidemiologický přístup: Tento přístup říká, že záleží na podmínkách a pokud jsou tyto podmínky optimální, může být náš život velice dlouhý. Vyvrací tedy teorii o přirozené smrti stářím a smrt udává jako následek nějaké nemoci nebo úrazu. Stárnutí a umírání jsou děje spíše nahodilé a jsou podmíněny vnějšími a chorobnými vlivy, z čehož vyplývá, že záleží právě na nemocech a úrazech, ale také na prostředí člověka.

2. Gerontologický přístup: Gerontologický přístup je téměř opakem epidemiologického. Podle něj ani optimální podmínky neprodlouží život, pokud se neovlivní genetická informace.

⁵ HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana a NOVOTNÁ, Lenka. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita. Pedagogická fakulta, 2000. s. 68.

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. II., Dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. S. 398.

Stárnutí a umírání jsou zákonitými procesy života a je geneticky zakódováno, takže jsou závislé na druhu.⁷

1.2 Teorie stárnutí

Teorie stárnutí by nám měla odpovědět na otázku „proč stárneme“ a dnes jich existuje celá řada. Dosud ale nikdo nepřišel s jedinou, která by byla definitivně platná. Dle Webera (2000) můžeme tyto teorie rozdělit do dvou hlavních skupin a to na teorie stochastické a nestochastické (vývojově-genetické).

1.2.1 Stochastické teorie

Tyto teorie předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a postupně s věkem přibývá poruch, které se mohou hromadit a jejichž následkem je pokles fyziologických funkcí. Patří mezi ně Teorie omylů a katastrof, Teorie překřížení, Teorie opotřebení a Teorie volných radikálů. (Malíková, 2011)

Teorie omylů a katastrof

Vychází z představy, že stárání je náhodným nahromaděním metabolických omylů, které se objevují v buněčném metabolickém cyklu. Stárnutí je výsledkem chyb v procesech transkripce a translace.

Náhodné chyby v proteinech se obvykle odstraňují a dochází k náhradě bezchybnou molekulou. Pokud se tyto chyby (omyly) nahromadí, může dojít k pohromě (ke katastrofě), která se neslučuje s běžnými funkcemi organismu a se samotným životem. S věkem narůstá počet proteinů s chybou, protože organismus postupně ztrácí schopnost odstraňovat tyto proteiny.

Teorie překřížení

Jinak se této teorii říká Teorie příčných vazeb. Ke stárnutí dochází díky přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání, např. tvorbou katarakty aj. Uplatňuje se především u extracelulárního kolagenu.

V organismu dochází k chemickým změnám makromolekul (pojivové bílkoviny, nukleové kyseliny), kterými je vytváření příčných vazeb a to mezi řetězci makromolekul i

⁷ MÜHLPACHR, Pavel a STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita 2001, s. 9.

uvnitř těchto řetězců. Postupně s věkem se mění složení proteinů stejně jako jejich struktura, a poté mají pozměněnou funkci, což může vést k poškození funkce buňky i orgánů.

Teorie opotřebení

Tato teorie předpokládá, že během života se poškodí životně nenahraditelné části orgánu, které při zániku buněk vedou k poškození tkáně, poté orgánů a nakonec organismu jako celku. Znamená to tedy nakumulované poškození nenahraditelných částí organismu. (Malíková, 2011)

Teorie volných radikálů

Tuto teorii vytvořil a rozvinul Denham Herman. Jako hlavní příčinu stárnutí udává volné radikály. „*Primárně působí volné radikály na biologicky důležité makromolekuly, zejména na bílkoviny, tuky a nukleové kyseliny. Reakce volných radikálů jsou doprovázeny vznikem nových vazeb uvnitř makromolekul, mezi jednotlivými řetězci makromolekul i mezi makromolekulami a sousedícími (makro)molekulami. Důsledkem může být ztráta enzymatické aktivity bílkovin, to znamená, že bílkoviny neplní svoje funkce, dále ztráta informací u DNA, z čehož vyplývá nebezpečí poškození a zániku buňky a vznik rakovinných buněk. Dalším důsledkem pak bývají změny vlastností buněčných membrán, které mohou vést k poškození a zániku buněk a k poškození tkání a orgánů.*“⁸ Volné radikály jsou tedy příčinou stárnutí, ale i řady chorob, mezi které patří například rakovina.

Fyzikálním zdrojem volných radikálů je radioaktivní záření, rentgenové záření a ultrafialové světlo. Volné radikály, které vznikly ultrafialovým zářením, se ovšem nepodílí na přirozeném stárnutí, protože záření neproniká do velké hloubky a tak se nedostane k důležitým orgánům a tkáním. Na druhé straně nejdůležitějším organickým zdrojem volných radikálů je jejich produkce uvnitř buněk při buněčném dýchání. (Ďoubal, 2000)

1.2.2 Nestochastické teorie

Tyto teorie se domnívají, že stárnutí je geneticky předurčeno. Patří mezi ně Pacemakerová teorie, Genetická teorie.

Pacemakerova teorie

Tato teorii je také nazývána teorií genetických hodin. Předpokládá, že celý proces stárnutí je jen a pouze geneticky zakódován. „... jsou určité orgány nebo orgánové systémy

⁸ Současné teorie stárnutí. ĎOUBAL, Stanislav. Web Gerontologie [online]. 2000 [cit. 2013-03-29]. Dostupné z: http://apps.faf.cuni.cz/Gerontology/mechanisms/theory/theory_contemporary.asp

(imunitní a neuroendokrinní systém, především hypotalamus) považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života. Autoři poukazují na některé změny, k nimž v lidském organismu dochází již v období adolescence: involuce thymu (zmenšení brzlíku přirozenými změnami organismu, při stárnutí), pokles funkce B- a hlavně T-lymfocytů aj.“⁹ Tento geneticky daný program je ovlivněn faktory zevního prostředí.

Genetická teorie

Teorie předpokládá, že délka života je specifická pro každý živočišný druh a je řízena geneticky. Také byla provedena studie, která měla toto tvrzení potvrdit. Zjistili, že délka života u jednovaječných dvojčat si je velice podobná, což ovšem neplatí u dvouvaječných dvojčat, ani mezi sourozenci, kde se délka života může výrazně lišit. (Malíková, 2011)

1.3 Změny ve stáří

Dnes je stáří chápáno jako cosi negativního, kdy dochází pouze k chátrání organismu i mysli. Převládá myšlenka, že staří lidé nám již nemají co nabídnout, jsou tedy ve společnosti zbyteční a na okraji, mají nízký sociální status a většina se na seniory kouká jako na negativisty. „*Co jiného můžete od starého člověka čekat*“ ... Říkají vlastně, že staří lidé se s velkou pravděpodobností chovají určitým způsobem. Nahradte si ve výše uvedeném výrazu „*starého člověka*“ za slovo „*černocha*“ a ihned pochopíte, o jak nemístné generalizování se v tomto případě jedná.“¹⁰ Díky tomuto vznikla věda zabývající se stářím, gerontologie. V roce 1945 založil Vladimír Korenčevský Gerontologický ústav s fyziologickou laboratoří v Oxfordu a je považován za zakladatele gerontologie. (Příhoda, 1974) Psychologie stáří studuje vnímání, učení, řešení problémů, pocitů, emocí, dovedností a sociálního chování.¹¹

Je však pravda, že ve stáří dochází ke spoustě změn a to jak biologických, tak psychických a sociálních. Člověk je bytost bio-psycho-sociální a všechny tyto změny spolu souvisí a jsou na sobě závislé. Téměř každá změna fyzického stavu ovlivňuje náš stav psychický a může mít i vážné důsledky.

Je na každém jedinci, jak bude na stárnutí reagovat. Ovlivňuje to hlavně samotná osobnost člověka, jeho životní zkušenosti, výchova, vzdělání, prostředí, ve kterém žije, reakce okolí a jeho možnosti. (Malíková, 2011) V knize Perspektivy stárnutí citoval Paul B. Baltes

⁹ MALÍKOVÁ, Eva: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha, Grada 2011. s. 17

¹⁰ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha, Portál 1999. s. 226

¹¹ Aging: International Encyclopedia of the Social Sciences. [online]. 2013 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: <http://www.encyclopedia.com/topic/aging.aspx#1-1G2:3045000034-full>

Goetheho: „*Teprve ve svých limitech se ukáže opravdový mistr.*“¹² Reakce tedy mohou být negativní až nepřátelské, ale oni mistři si dovedou poradit a vzhledem ke svým možnostem úspěšně a se ctí zvládnou toto období.

1.3.1 Reakce na stáří

Známe pět způsobů, jak lidé reagují na stáří, ze kterých vyplývá pět typů osobnosti.

Konstruktivní osobnost – člověk je smířený se svým osudem, se stárnutím a stářím, je soběstačný a snaží se komunikovat se svým okolím.

Závislá osobnost – tento typ osobnosti je v podstatě spokojený se situací, ale chová se více pasivně a spoléhá na pomoc a péči ostatních, jelikož stáří chápe jako období odpočinku a relaxace. Proto se mu také říká osobnost na houpacím křesle.

Defenzivní (obrněná) osobnost – snaží se sobě i svému okolí dokázat, že jsou nezávislí a nepotřebují cizí pomoc. V podstatě odmítají vlastní stáří, nepřipouští si ho. Snaží se provozovat co možná nejvíce aktivit a často pokračují v práci.

Hostilní osobnost – obviňují své okolí z vlastního neštěstí. Bývají nepřátelští, hlavně k mladým lidem, protože jim závidí jejich věk, jsou agresivní a podezřívaví. Reagují rozmrzele a nevrle.

Nenávist k vlastní osobě – tito lidé mají podobné vlastnosti jako lidé s hostilní osobností, ale svou zlobu obrací sami proti sobě. Nemají koníčky, přehánějí svou vlastní neschopnost a jsou velmi kritičtí a pohrdaví.¹³

1.3.2 Tělesné změny

Existuje mnoho definic, které se snaží vysvětlit pojem stárnutí. „*Weber a kol. (200, s. 13) uvádí, že stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí hodnotí jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento proces hodnotí jako disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.*“¹⁴ Jiná definice říká: „*Stárnutí představuje proces, který se*

¹² GRUSS, Peter (ed.): *Perspektivy stárnutí*. Praha, Portál 2009. s. 25

¹³ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha, Portál 1999. s. 156

¹⁴ MALÍKOVÁ, Eva: *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha, Grada 2011. s. 15

projevuje chýtráním tělesné schránky a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu, hromaděním se různých defektů v organismu a jeho klesající schopnosti tyto defekty opravovat a nahrazovat vadné či odumřelé buňky. Dochází k vyšší náchylnosti k různým nemocem a může skončit smrtí, pokud daný jedinec nezemře z jiných důvodů již dříve.“¹⁵

Ve stáří jsou patrné hlavně tělesné změny, ať už ve tváři, na celé postavě nebo některé jiné. Proces stárnutí je velice individuální a změny mohou nastat v různém věku.

Tělo

Mění se celková výška postavy, i přes to, že délka kostí se nemění. Příhoda uvádí, že po 60. roce se postava sníží o 3 – 5 centimetrů, jiní autoři říkají, že od 60. do 85. roku se výška zmenší o 3 – 13 centimetrů. Na pohled nám to ovšem může připadat více a to díky ochablosti svalů nebo tzv. chůzi s podlomenými koleny. Příčinou zmenšení postavy je také atrofie meziobratlových plotének. Celková změna postavy je způsobena změnou tělesných proporcí a to šířky ramen (zúžení), pasu a pánve (rozšíření, hlavně u žen), vyčnělostí břicha, poměru trupu k dolním končetinám a typickými tukovými polštáři.

Také se mění váha, starší osoby mají pokles tělesné váhy. To způsobuje snižování všech vnitřních orgánů, které Schreiner zkoumal, kromě srdce. Těmi orgány jsou: mozek, mícha, žaludek, játra, plíce, slinivka břišní, slezina, ledviny, nadledvinky a děloha. Ovšem váha vnitřních orgánů je poměrně malé procento celkové váhy. Na úbytek má vliv snížení váhy kostry, ke kterému dochází díky odvápnění kostí a osteoporóze. Byl také zjištěn pokles váhy svalstva.

Změna výšky a váhy nemá na psychický stav takový vliv jako změny v obličeji. Po celém těle ztrácí kůže elasticitu, je sušší, vrásčitá a tvoří se pigmentové skvrny. Jenže obličej se obvykle nezakrývá na rozdíl od jiných částí těla. Dochází k prodloužení ušních boltců, nos se prodlužuje a díky zmenšení dolní části obličeje se zdá být větší. Zmenšení dolní části obličeje způsobuje především ztráta zubů, která může mít za následek šišláni či zažívací potíže a ztenčení horního rtu. Tváře jsou svislé a vrásčité, oční víčka zduřelá, horní víčka překrývají dolní a „kapsy“ pod očima se prohlubují. Také dochází k řídnutí vlasů a změna jejich pigmentace – vlasy šednou nebo se stávají bílé. Všechny tyto změny u žen nastávají průměrně o pět let dříve než u mužů. (Příhoda, 1974)

Kromě pro okolí na pohled viditelných změn dochází ke změnám smyslového vnímání.

¹⁵ <http://cs.wikipedia.org>

Zrak

Ke změně dochází díky zhoršení akomodaci čočky, což je schopnost přizpůsobení, zaostření na různé předměty v různé vzdálenosti. Degenerativní změny také působí zmenšení ostrosti zraku a starší lidé hůře rozpoznávají barvy (vidí v nažloutlejších barvách). Problém s rozpoznáváním barev se obvykle objevuje až po osmdesátém roce. Zvyšuje se vizuální práh, kdy lidé vidí jen intenzivnější světlo a snižuje se rychlost přizpůsobení horším světelným podmínkám (vidění v šeru). Také se zmenšuje zorné pole a horší periferní vidění. Uvádí se, že u lidí starších 65 let je mnohem více evidovaných jako slepých nebo hluchých než u mladých dospělých a to desetkrát až padesátkrát.¹⁶

Sluch

„Stephens (1982) odhaduje, že 1,6 procenta lidí ve věku 20 – 30 let má vážné vady sluchu; ve skupině 70 – 80 let je to 32 procent. Tato hodnota se zvyšuje přibližně na 50 procent u lidí starších osmdesáti let (Herbst, 1982). Jiní badatelé, užívající poněkud volnější vymezení vad sluchu, udávají ještě vyšší počty postižených, přičemž hodnoty jako 75 procent u lidí starších sedmdesáti let nejsou ničím neobvyklým.“¹⁷ Oslabení sluchu, na rozdíl od zraku, je výraznější u mužů než u žen. Svůj podíl na tom může mít prostředí, kdy se u mužů předpokládá práce v těžkém průmyslu, tedy v hlučnějším prostředí.

Ve stáří dochází ke změnám ve středním uchu. Jeho kosti (kladívko, kovádlíka a třmínek) tvrdnou, což má vliv především na zvuk o vysokých frekvencích. Z vnitřního ucha vede do mozku sluchový nerv a ten se s přibývajícím věkem postupně ztenčuje. Kromě špatného vnímání zvuku o vysokých frekvencích se přidává i hučení, pískání, syčení a tinitus („zvonění v uších“).

Na přibývající problémy se sluchem mohou lidé reagovat různě. Většina si tento problém nechce přiznat, a tudíž včas nevyhledá odbornou pomoc. Někteří se svůj handicap snaží zakrýt vlastní aktivitou a tak se zdají být ve společnosti hovornější a nechtějí ostatní pustit ke slovu. Další reakcí je pravý opak. Při hovorech převážně mlčí a okolí to chápe jako projev nespolečenského chování, někdy dokonce nástup demence. Senior tyto myšlenky obvykle vycítí a poté se ještě více strání, objevují se depresivní stavy, podrážděnost a nervozita.

¹⁶ Aging: International Encyclopedia of the Social Sciences. [online]. 2013 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: <http://www.encyclopedia.com/topic/aging.aspx#1-1G2:3045000034-full>

¹⁷ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha, Portál 1999. s. 30

Ostatní smysly

Také se zhoršuje hmat a vnímání tlaku. Postupně s věkem je vyšší práh citlivosti, takže k zaznamenání určitého tlaku je třeba větší stimulace, než dříve. Klesá i citlivost k teplotě, při vyšších teplotách se senescenci méně potí, produkují méně tepla a tím pádem je snížena termoregulace. „*Citlivost na tlak souvisí zřejmě s hustotou Meissnerových tělísek. Na mm² jich podle zjištění H. Rongeho připadá v dětství 60, v mecitma 20, v adultiu 16 až 13 a v interese 11, ale od 60 do 69 let 8 a v dalším desetiletí jen 6, a zhruba v témže poměru se zmenšuje i dotyková citlivost. Ronge zjistil, že v druhé životní dekádě je v každém cm² zápěstí 53 dotykových bodl, ale po šedesátém roce jen už 17.*“¹⁸ Degenerací míšních tělísek, jejichž počet je nižší zhruba o 20% než v produktivním věku života, se snižuje i citlivost na bolest.

Co se týče chuťových receptorů, dosud není jednotný názor, ale byly provedeny výzkumy, které dokazují, že starší lidé jsou slabší při identifikaci kořeněných jídel. Někteří autoři říkají, že ve stáří o dvě třetiny klesá počet chuťových buněk a tím pádem klesá do té doby typické labužnictví a snižuje se citlivost vůči všem druhům chutí (sladké, slané, kyselé, hořké aj.). V důsledku atrofie buněk a zhoršené inervaci se zvedá podnětový práh a to jak u chuťových, tak u čichových receptorů.

S věkem postupně roste pohybová nejistota, takže chůze seniorů je pomalejší a opatrná, dělají kratší kroky, které jsou ovšem značně vratké. Díky tomu a odvápnování kostí často dochází k různým zlomeninám, nejčastěji kyčelního krčku.

Stárnutí mozku

Mozek sice stárne pomaleji než ostatní orgány, avšak i v něm dochází k určitým změnám. S rostoucím věkem mozek vykazuje redukci objemu a hmotnosti, což způsobuje ztráta nervových buněk, která se projevuje pouze v určitých oblastech. Vytváří se neurofibrilární klubka („*proteinová vlákna, která pod mikroskopem vypadají jako provázky s uzlíky*“¹⁹) a senilní plaky („*shluky rozpadlých neuronů a proteinu*“²⁰), které jsou typické pro Alzheimerovu chorobu, ale u tohoto onemocnění jsou více rozšířené než u běžného staršího člověka. Při zmenšování objemu mozku se zvětšují komory a také prostory, ve kterých se nachází mozkomíšní mok. Ztráta nervových buněk však není až tak velká a projevuje se zejména v čelních a spánkových lalocích, které souvisejí s pamětí a psychickými funkcemi. Na rozdíl od čelních a spánkových laloků je například hypotalamus stárnutím téměř nedotčen.

¹⁸ PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV: Vývoj člověka v druhé polovině života*. 1. vyd. Praha: SPN, 1974. S. 259

¹⁹ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha, Portál 1999. s. 41

²⁰ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha, Portál 1999. s. 41

„Změna funkce mozku není tolik ovlivněna úbytkem mozkových buněk, jako spíše zmenšováním a řídnutím spojů a synapsí.“²¹ Výzkumy dokázaly, že pokles intelektového a paměťového výkonu souvisí s úbytkem mozkové tkáně a zpomalením metabolických pochodů. Se zánikem buněk souvisí snížení nervové dráždivosti, fyzikálně – chemické změny na synapsích, které omezují přenosovou rychlost a sníženou excitaci v důsledku změn v podkorových centrech.²²

S těmito změnami souvisí snížená rychlost, i psychomotorická. Starší člověk pomaleji reaguje na podněty či signály, které jsou nižší intenzity, také na podněty neznámé, nejasné a neočekávané. To potvrzují důkazy z experimentálních studií, které říkají, že pomalost vnímání a motorických procesů je základní korelátou stárnutí nervového systému.²³

Oběhová soustava

Také srdce po 60. roce věku mění svou váhu a objem. Dochází k usazování vápníku, zmenšování pružnosti chlopní, tuhne niterní tkáň a tepny kornatí. Postupně se s věkem snižuje diastolický tlak („nejnižší tlak krve, kterého je dosaženo během srdeční diastoly“, fáze plnění komor²⁴) a zvyšuje se tlak systolický („nejvyšší tlak krve, kterého je dosaženo během srdeční systoly“, vypuzovací fáze²⁵).

1.3.3 Psychické aspekty stárnutí

Ve stáří dochází jednak k tělesným změnám, které jsou viditelné na pohled, ale také ke změnám psychickým, které jsou od tělesných neoddělitelné a díky tomu se také vzájemně ovlivňují. Například se často hovoří o tom, že senior vnímá svou vnější změnu vzhledu a ta ho negativně ovlivňuje a projeví se psychickými změnami.

Pacovský ve své knize upozorňuje, že změny ve stáří nejsou pouze regresivní, ale také některé funkce zůstávají nezměněny a některé se mohou dokonce zlepšit. Mezi regresivní změny patří například omezení tvůrčích schopností, nižší sebehodnocení, větší nejistota a úzkost, pokles vitality aj. Mezi funkce, které zůstávají v přibližně stejném stavu, patří například jazykové dovednosti a intelekt a mezi ty, které vykazují zlepšení, trpělivost,

²¹ HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana a NOVOTNÁ, Lenka. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita. Pedagogická fakulta, 2000. s. 69

²² Aging: International Encyclopedia of the Social Sciences. [online]. 2013 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: <http://www.encyclopedia.com/topic/aging.aspx#1-1G2:3045000034-full>

²³ Aging: International Encyclopedia of the Social Sciences. [online]. 2013 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: <http://www.encyclopedia.com/topic/aging.aspx#1-1G2:3045000034-full>

²⁴ http://www.wikiskripta.eu/index.php/Diastolick%C3%BD_krevn%C3%AD_tlak

²⁵ http://www.wikiskripta.eu/index.php/Systolick%C3%BD_krevn%C3%AD_tlak

schopnost úsudku, vytrvalost a jiné. Pacovský zároveň říká, že většina českých autorů se shoduje v intraindividuálních a intraindividuálních rozdílech stárnutí.²⁶ Toto v podstatě potvrzuje i Annette Baudisch: „*Jakým směrem se proces stárnutí bude vyvíjet, popisují 3 základní vzorce: degenerace odpovídá dílčímu aspektu stárnutí souvisejícímu se zhoršováním stavu – tedy s úpadkem. Stárnutí může být rovněž manifestováno udržováním, které je charakterizováno zachováním současného stavu. Třetí možností je růst a vývoj, které se vyznačují zlepšením stavu individua. Degenerace, udržování stejného stavu a růst jsou tedy třemi možnými základními vzorci stárnutí.*“²⁷

Paměť

Snížení fungování paměti může výrazně ovlivnit kvalitu života. Přicházející nedostatky paměťových funkcí snižují také schopnost učení se a to hlavně nedostatky ve zpracovávání a ukládání nových informací, ale také vybavování si starších informací. Je známou věcí, že nejdříve je postižena krátkodobá paměť a až později paměť dlouhodobá. Díky tomu se často stává, že si senior pamatuje příběhy ze svého dětství a mládí, ale nedokáže si vybavit, co měl minulý týden k jídlu. U paměti ovšem platí, že pokud je posilována a trénována, její funkce může zůstat na relativně dobré úrovni. Na paměť mají také vliv geneticky zakódované předpoklady, zdraví jedince, zkušenosti a postoje.

Byly provedeny výzkumy na krátkodobou paměť, ve kterých si starší lidé zapamatovali menší počet položek na konci seznamu. Není to ovšem způsobeno tím, že by měli menší kapacitu paměti, ale hůře ovládají paměťové procesy. Dalším problémem je shlukování při větším množství informací. U dlouhých číselných řad si mladší lidé vytvářejí shluky např. po třech číslech, ale starší lidé toto nenapadne a snaží se si čísla zapamatovat jako jeden dlouhý výčet. Kódování ovšem není jediným problémem. Ten představuje také vybavování a ukládání informací. Senioři jsou lepší v úlohách na znovupoznání, ale úlohy na vybavování jim dělají větší potíže.²⁸

Sémantická paměť zůstává téměř nezměněna do vysokého věku a často i kompenzuje nedostatky aktuální paměti, což vyjadřuje Ribotův zákon regrese. M. Vágnerová uvádí, že úbytek paměti nezávisí jen na biologických faktorech, ale také na vzdělání, kdy se u lidí

²⁶ PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 23-24

²⁷ GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 71.

²⁸ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha, Portál 1999. s. 93 - 98

s nižším vzděláním předpokládá tendence k rezignaci, nezájmu o cokoli a životním stereotypům.²⁹

Emoční prožívání a vůle

Ve stáří můžeme pozorovat zvýšenou emoční nestabilitu až labilitu, která se projevuje výkyvy nálad, proměnlivostí rozhodnutí a postojů, ale také citovou oploštěností. Objevuje se větší sklon k depresím a úzkostem, snižuje se intenzita emocí a člověk se stává méně bezprostřední. Obecně dochází ke dvěma protichůdným reakcím; na jedné straně jde o zklidnění a zpomalení, na straně druhé se zvyšuje citlivost na určité podněty, což může mít za následek sníženou odolnost vůči zátěži. Takový člověk je citově zranitelnější, má větší potřebu náklonnosti a očekává ohledy a porozumění od svého okolí. Změny nálad ovlivňují ostatní psychické funkce. Zhoršuje se pozornost a paměť, omezuje se motivace, ale také dochází k nižšímu sebehodnocení a díky tomu k osobní nepohodě.

Co se týče vůle, senioři bývají často tvrdohlaví, ulpívavý, hůře se rozhodují a často se ani rozhodovat nechtějí. Oproti tomu jsou stálejší, vytrvalejší a trpělivější. Postupně může dojít až k rezignaci a apatii, kdy vůle úplně selže.³⁰

Potřeby

V období stáří se mění potřeby, jejich zaměření i význam. Mnohé potřeby jsou sníženy a mezi ně patří potřeba stimulace. Dříve bylo třeba více různých podnětů, které mohly být i větší intenzity. Ve stáří toto přináší únavu až frustraci. Snížena je také potřeba učení a to i díky výše popsaným změnám v paměti. Senioři dávají přednost stereotypu a nepotřebují tolik nových informací, protože změna jim přijde ohrožující a nepříjemná, mohou mít pocit dezorientace. Naopak se zvyšuje potřeba citové jistoty a bezpečí, protože si přestávají důvěřovat a začínají si uvědomovat, že se stávají závislejšími na ostatních. Potřebují tedy vědět, že nejsou na obtíž a snaží se projevovat soucit, což očekávají i od svého okolí směrem k sobě. S potřebou seberealizace je to složitější. S odchodem do penze přichází spousta změn a člověk může mít pocit, že ztratil svůj smysl života a už není nic platný. Někteří se tomuto pocitu brání různými aktivitami, jiní upozorní na to, co všechno udělali a čeho dosáhli dříve a tak je potřeba seberealizace uspokojena alespoň prostřednictvím vzpomínek. Někteří svůj boj vzdají a rezignují, připadají si méněcenní, jiní zase svou potřebu uspokojují prostřednictvím nějaké blízké osoby, například vnoučete a to tak, že se s ním identifikují. Další potřebou je potřeba otevřené budoucnosti a naděje. Ta se většinou přesouvá na blízké osoby, protože

²⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. s. 453

³⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. s. 457

starší lidé si uvědomují, že jejich vlastní smrt je nevyhnutelná a tak se musí těšit z jiných hodnot. Někteří se snaží zachovat si svou sebeúctu, jiní sází na hodnotu potomstva a někteří najdou naději v duchovním zaměření.³¹

Intelekt

Změny intelektových funkcí závisí na mnoha faktorech, kterými jsou dědičné dispozice, vzdělání, způsob života a vlastnosti osobnosti. Stejně jako u paměti, i zde záleží na tom, zda se lidé zabývají intelektuálními aktivitami nebo ne. Všeobecně vyšší vzdělání k tomu obvykle podněcuje, kdežto méně vzdělání většinou hledají jiné aktivity než intelektuální. Senioři neztrácejí schopnost používat znalosti, které znají z dřívějšího. Větší úbytek postihuje fluidní inteligenci.

„Fluidní inteligence, která zajišťuje základní mechanismy přijímání a zpracovávání informací, vykazuje známky stárnutí již velmi brzy; naopak krystalická inteligence, zahrnující získané poznatky a zkušenosti, zůstává dlouho funkční a do jisté míry se stále rozvíjí. U fluidní inteligence se jedná o rychlost a přesnost přijímání a pracování informací a o kvalitu krátkodobé paměti: jak rychle lidé reagují v úlohách volby, jak rychle rozliší pravoúhelník a kruh. Jelikož tyto mechanické úkony velmi úzce souvisejí s neurobiologickými kvalitami mozku, vývoj fluidní inteligence zcela odpovídá „normálnímu“ biologickému vývoji. Fluidní inteligence výrazně narůstá v dětství, ale již v rané dospělosti, pravděpodobně průměrně někdy mezi třicátým a čtyřicátým rokem věku, jí začne ubývat. Fluidní inteligence je důležitá zejména při učení, a právě proto je pro starší dospělé tak obtížné rychle se naučit něčemu novému. Trvá jim to výrazně déle a dělají v naučeném také více chyb.

Zcela jinak to vypadá s krystalickou inteligencí, s inteligencí jako systémem vědomostí. Jedná se o kulturně vázané dovednosti a schopnosti, jako jsou řeč, profesní vědomosti a sociální inteligence. V popředí tedy stojí životní a každodenní zkušenost. Tyto vědomosti a dovednosti mohou dobře fungovat až do pozdního věku. V berlínské studii o stárnutí byly dobré řečové schopnosti pravidlem i u těch nejstarších, osmdesátiletých. Mohou starší lidé dosahovat lepších výsledků než ti mladí, a to v kategoriích, jako jsou emocionální inteligence a moudrost, kde se projevuje jejich výhoda životní a historické zkušenosti. Podobně je tomu v určitých oblastech umění a vysoce odborných profesních znalostí. Starší skladatelé, dirigenti a spisovatelé například často patří k těm nejlepším.“³²

³¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. s. 457-458

³² GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 12-13.

„Ve výsledcích inteligenčních testů se u starších lidí objevují poměrně dobré výkony v oblasti verbálních testů (jde o takové úkoly jako definice pojmů, vysvětlení významu přísloví nebo aritmetické problémy), huře si však staří lidé ve svém průměru vedou v testech zrakově pohybových (např. v uspořádání barevných kostek do určitého vzorku, složení několika částí předmětů atd.).“³³

Osobnost

Většinou se nestává, že by člověk úplně změnil svou osobnost, ale dochází ke zvýraznění některých vlastností a v důsledku toho se teprve mění celkové složení osobnosti a projevy chování. Zdůrazňuje se především introverze / extroverze, opatrnost, puntičkářství, nerozhodnost, bázlivost, úzkostnost, sklon k nespokojenosti, egocentrismus až sobectví, podezíravost, vztahovačnost, nesnášenlivost a lakota.³⁴

1.3.4 Sociální aspekty stárnutí

S odchodem do penze přichází změna v tom, s kým se člověk stýká. Orientuje se více na sebe a dává přednost vrstevníkům před „mladými“, kromě rodiny, protože ti mají stejné problémy jako oni a díky tomu se s nimi cítí více spjatí. Proto jsou izolovanější a mají méně příležitostí k sociálnímu kontaktu. Toto posiluje např. horší zrak a sluch a horší přizpůsobivost, často na změnu reagují uzavřením se do svého vlastního světa a soukromí. Bohužel je to také způsobeno tím, že společnost se příliš nevěnuje možným aktivitám seniorů a nenabízí dostatek vyžití a zvládnutelných rolí.

Role se mění a hlavně ubývají. S odchodem do důchodu se ztrácí profesní role, díky které se mohl cítit výjimečný a hlavně potřebný, zvyšuje se riziko ztráty partnera a tak hrozí ztráta role manžela / manželky, pokud se stane nějaká nehoda nebo přijde vážná nemoc, přestává být soběstačný a je prohlášen za nemocného, někdy bezmocného.

Za prvé se v seniui mění potřeba sociálního kontaktu. Je pro ně důležitý, ale již je třeba dávkovat ho s mírou a určitou kvalitou. Senescenti potřebují své soukromí a zároveň upřednostňují kontakt se známými lidmi. Postupem času se můžou cítit osamělý, protože jejich vrstevníci umírají a najít nové známé a přátele je pro ně obtížnější, když mají problém téměř se všemi novotami. Okolní svět se různě mění a tak si mnohdy připadají jako cizinci. „Riziko samoty a izolace starých lidí mohou ovlivňovat různé faktory: 1. Sociální situace – ve

³³ MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena: vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult oboru psychologie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, s. 115.

³⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. s. 459

stáří se zvyšuje pravděpodobnost ztráty partnera... 2. Fyzický stav – možnosti sociálního kontaktu limituje snížená hybnost, smyslové postižení (zraku a sluchu), ale i jakákoliv závažnější nemoc. 3. Psychický stav – úbytek kompetencí, deprese, změny osobnosti, event. demence ztěžují nebo zcela eliminují jakýkoliv přijatelný sociální kontakt.“³⁵ Proti samotě mohou bojovat různě. Udržují kontakt se sousedy (proto je stresuje změna bydliště), používají telefon, který umožňuje komunikaci a na větší vzdálenost, tedy i přes horší pohyblivost nebo se mohou upnout na zvíře či televizi. Když jdou na procházku se psem, mohou potkat jiné lidi, kteří také venčí svého psa a tím mají společné téma, mohou se dát do řeči. Televize zase vysílá seriály, které prožívají a mnohdy se s hrdiny ztotožňují a mají tak svůj imaginární život, který je mnohem bohatší než jejich vlastní, reálný.

Starší lidé mívají problémy se sluchem a díky tomu je komunikace ztížena. Ztěžuje ji také seniorská pomalost, protože potřebují více času na zpracování informací a vymyšlení odpovědi. Tento problém nevádí při komunikaci s vrstevníky, ale s mladšími osobami, které obvykle nemají dostatek trpělivosti a nedokážou najít pochopení. Vymyšlení odpovědí je náročné také díky tomu, že si nemohou vzpomenout na ta pravá slova, kterými by vyjádřili, co chtějí říci. „*Starší lidé mají tendenci svoje sdělení opakovat. ...Nutkání opakovat může vyplývat ze způsobu koncentrace pozornosti, tj. z jejího ulpívání, ale může být i projevem zvýšené nejistoty a úzkostnosti.*“³⁶ Senioři mají také tendence komunikovat prostřednictvím svých tělesných potíží. Mají potřebu opoutat na sebe pozornost a dočkat se nějaké komunikace a když nic jiného nezabírá, začnou si stěžovat na své problémy, hlavně zdravotní.

Jak již bylo mnohokrát napsáno, starší lidé nemají rádi změny a tak je pro ně typické odmítání změn v oblasti hodnot a norem a s tím spojená rigidita a ulpívání na důsledném dodržování řádu, čímž se svět stává předvídatelnější a jistější. Při dodržování pravidel se cítí bezpečněji, protože ostatní považují za předvídatelnější a nehrozí žádná neočekávaná změna.

Shrňme-li sociální problémy starších lidí, byl by to nedostatek financí, bydlení, zdravotnické služby, sociální mobilita a příležitost mezilidských vztahů. Díky tomu upadá životní úroveň a tak se musí upravit nakupování potravin i oblečení, a když se k tomu všemu přidají zdravotní problémy a smyslové vady, dochází k dalšímu snižování životní úrovně.

³⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. s. 460-461.

³⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. s. 462

1.3.5 Demence

Jedním ze závažných problémů ve stáří je demence, která bývá častým důvodem k odchodu do různých typů zařízení s rezidenční péčí. Jde o typickou psychickou poruchu ve stáří, která je definována jako celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrální nervové soustavy a to ve větším množství, než odpovídá věku. Demence není normálním projevem stárnutí, ale jak se zvyšuje počet starých lidí, tak úměrně tomu stoupá i procento lidí postižených demencí. Gruss ve své knize uvádí, jak velký je zhruba nárůst demencí. U populace sedmdesátiletých je to 5 %, v populaci osmdesátiletých již téměř 10 – 15 % a u devadesátiletých polovina.³⁷

Demence má mnoho příčin, dosud bylo identifikováno 50 různých faktorů. I když se považuje za problém stáří, opak je pravdou. Může se totiž objevit kdykoliv během života, ale s věkem se zvyšuje její pravděpodobnost.

Problémem je zanedbávání a podceňování včasné diagnostiky, hlavně proto, že v prvním stádiu této nemoci jsou její příznaky těžko rozpoznatelné a bývají přičítány normálnímu stárnutí. Při diagnostice se má nejprve stanovit velikost postižení, která se provádí pomocí testů paměti a dotazníkem na chování pacienta. Ale paměť a chování není jediným vodítkem. Záleží také na úbytku schopností intelektu, změnám např. v abstraktním myšlení, soudnosti a osobnosti.³⁸ Při demencích se můžou také objevit afekty, depresivní stavy, halucinace, iluze i bludy. Následkem je trvalá degradace osobnosti, která se projevuje neschopností se o sebe postarat. Podle Pichaud a Thereauové jsou příznaky demence: poruchy paměti, potíže s orientací v čase a prostoru, poruchy rozumových schopností, motorické potíže, poruchy při poznávání předmětů a lidí, poruchy řeči, a poruchy chování.³⁹ Ale stále je za nejvýznamnější příznak považována porucha paměti. Člověk má potíže s vybavováním si událostí a jmen, má problémy s orientací a to v prostoru i čase, nerozpozná běžné předměty a neví, jak je má používat, zapomíná slova a jejich význam, proto si i často vymýšlí slova nová.

³⁷ GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 8.

³⁸ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál 1999. s. 179 - 182

³⁹ PICHAUD, Clément a THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. s. 90 – 92.

Stádia demence

Nejčastější dělení stádií je do těchto tří: mírná demence, středně těžká demence a těžká demence.

Ve stádiu mírné demence je složitá diagnostika. Nastává patrný pokles paměti, ale často je považován za normální projev stárnutí. Je možný samostatný život, projevuje se především zapomínáním, ztrácením věcí a horším zapamatováním nových obsahů, což se odráží v běžných denních činnostech. U středně těžké demence je již paměť porušena ve všech složkách, což můžeme poznat především v otázkách soběstačnosti. U těžké demence je člověk odkázán na péči okolí, není totiž soběstačný a schopný si poradit s každodenními činnostmi, paměť je u tohoto stádia demence těžce poškozena.

Dalším možným členěním je Hughesova pětistupňová stupnice, která rozšiřuje první uvedenou stupnici.⁴⁰ Uvádí tedy pět stupňů a to stupeň 0, stupeň 0,5, stupeň 1, stupeň 2 a stupeň 3.

Stupeň 0 se nazývá stupněm zdraví. Paměť zde není porušena, objevují se jen drobné výpadky, ale člověk se plně orientuje a řeší každodenní problémy, je sociálně nezávislý, je schopen o sebe pečovat a jeho osobní život je beze změn.

Stupeň 0,5 je stupněm podezření na demenci. Zde se objevuje trvalá lehká zapomnětlivost, kdy se člověk dobře orientuje, ale má někdy problémy s rozhodnutím o rozdílech a podobnostech. Pacient o sebe plně pečuje a jeho osobní život je dotčen jen lehce.

Stupeň 1 nese název lehká demence. Postižený zapomíná nově vzniklé a prožité události, objevují se poruchy orientace především v čase, projevují se obtíže s řešením složitějších problémů, i péče o sebe sama je oslabená, ale sociální úsudek je stále zachovalý. Pacient v tomto stupni vyžaduje povzbuzení.

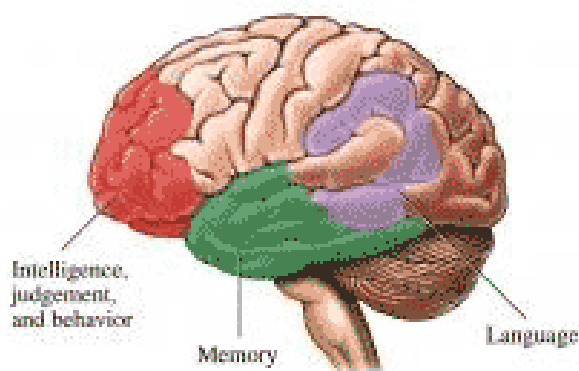
Stupeň 2 – střední demence. Nové informace zapomíná postižený velmi rychle, je dezorientován v čase i v místě, není schopen samostatné činnosti mimo domov, zachovává si jednoduché zájmy, potřebuje pomoc s oblékáním a hygienou.

Stupeň 3 – těžká demence. Z paměti zůstávají jen zlomky, nemocný není schopen řešit žádné problémy, usuzovat ani pobývat mimo domov. Potřebuje pomáhat s oblékáním, kontrolovat osobní hygienu, častá je inkontinence.

⁴⁰ MÜHLPACHR, Pavel a STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogii*. Brno: Masarykova univerzita 2001, s. 52 – 53.

Alzheimerova choroba

Nejčastější ze všech demencí je Alzheimerova choroba. Její výskyt je asi 50 – 60 % všech demencí a nejčastěji postihuje osoby starší 65 let. Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se projevuje syndromem demence, které je definováno patologickými nálezy. Tyto nálezy jsou společné pro všechny postižené. Individuální je doba vzniku nemoci, rychlost progresu a další odchylky.



Areas of the Brain Affected by Alzheimer's Disease

Obr. 1: Oblasti mozku, které jsou nejvíce zasaženy při Alzheimerově chorobě. Červená část jsou inteligence, rozhodování a chování, zelená část je paměť a fialová řeč. (Zdroj: <http://www.symbinator.com/Alzheimerova-choroba-clanek-112.html>)

Mezi nejčastější symptomy této choroby patří zmatenost, výkyvy nálad, ztráta dlouhodobé paměti, útlum, hněv a problémy s řečí. U většiny osob s touto chorobou lze zjistit zobrazovacími metodami kortiko – subkortikální atrofie na mozku. Při Alzheimerově chorobě dochází nejen k úbytku některých neuronů, ale i k úbytku synapsí, snížení plasticity neuronů a tvorbě patologických proteinů.

Jiné typy demencí

Druhým nejčastějším typem demence je demence vaskulárního typu, která je zapříčiněna narušením cévního zásobení mozku, a to při vysokém krevním tlaku nebo při postižení mozkovou mrtvicí. Dalšími příčinami demence mohou být Parkinsonova a Huntingtonova nemoc, roztroušená skleróza mozkomíšni, ale také infekční choroby, srdeční či jaterní selhání, dýchací onemocnění nebo pokročilá nádorová onemocnění apod. Tyto typy však nejsou tak časté a postihují jen malé procento populace.

2 Stres

„Problematiku stresu začal poprvé systematicky sledovat americký fyziolog Walter B. Cannon a reakci na ohrožení nazvanou „útok nebo útek“ popsal v roce 1915. ...Pojem stresu převedl z technické literatury do lékařského slovníku původem maďarský, posléze kanadský fyziolog Hans Selye v poněkud jiných souvislostech a odlišném významu. ...Tehdy řekl, že se jedná o celkovou snahu organismu adaptovat se na nově vzniklou situaci, srovnatelnou například s procesem zánětu nebo imunitní reakcí, a označil tento syndrom jako GAS – všeobecný adaptační syndrom. ...V psychologické, resp. psychosociální oblasti se stal stres oficiálně užívaným pojmem již v roce 1942.“⁴¹

Stres je automatická reakce na pociťované nebezpečí, kterou nemůžeme docela vůlí ovlivnit. Jeho hlavním cílem je mobilizovat síly jedince a dosáhnout tak jeho přežití. Podle Křivohlavého může stres zahrnovat nejen bezprostřední ohrožení člověka, ale i předjímání takového ohrožení a stres tedy můžeme shrnout jako *„vnitřní stav člověka, který je buď něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.“⁴²*

2.1 Fáze stresu

Hans Selye, popsal tzv. obecný adaptační syndrom. (GAS – General adaptation syndrom), který rozdělil na 3 fáze:

1. Fáze aktivizace (poplachová reakce): Je to fáze setkání se stresorem, kdy dochází ke zmobilizování sil a připravení se buď k úniku, nebo k útoku. Z nadledvinek se vyplavuje více hormonů a díky tomu dá mozek signál k produkci adrenalinu a noradrenalinu, což jsou stresové hormony. Většina orgánů má v této fázi větší výkonnost, sympatický nervový systém vyvolává zvýšené srdeční frekvence, dochází ke zvýšení krevního tlaku, rozšíření zornic a odbourání zásoby cukru z jater. Organismus je tím připraven k akci a přichází určité očekávání, se kterým se může spojit například tráma.

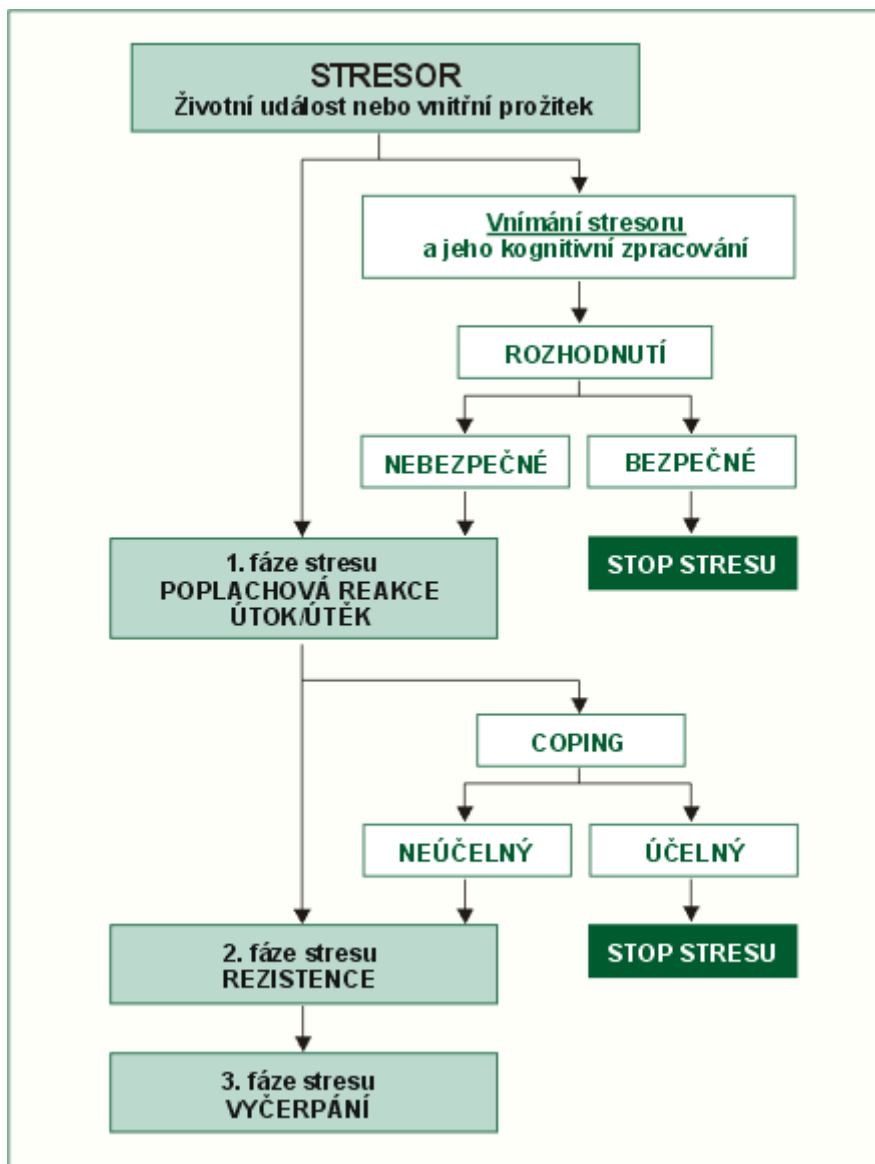
2. Fáze zvládnání psychické zátěže (fáze rezistence): Ve fázi rezistence se původní poplachová reakce zklidňuje, organismus si na stresující faktor zvyká, adaptuje se na zátěž a snaží se jí odolávat. Organismus se oproti minulé fázi začíná zpomalovat, je více pasivní a

⁴¹ <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

⁴² KRIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum, 1994. s. 10

objevuje se útlum, někdy i deprese. Tělo využívá lépe energii, ale musí ji brát ze zásobních látek.

3. Fáze důsledková (fáze vyčerpání): Pokud nedochází k vyřešení problému, přichází třetí fáze, fáze vyčerpání. Organismus již nemá žádné další rezervy a dochází k celkovému vyčerpání, které může vyústit v ohrožení organismu, zažívací potíže, bolesti hlavy, nespavost a někdy až ke smrti, ale to jen zřídka.



Obr. 2: Schéma stresové reakce. (Zdroj: http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=18)

2.2 Příčiny stresu

V dnešní době jsou na lidi kladeny obrovské nároky, vše se neustále mění a je na nás vyvíjen tlak k přizpůsobení se. Podněty, které vyvolávají stresovou reakci, se nazývají

stresory. Holeček dělí stresory na vnitřní a vnější podle toho, zda pocházejí z vnějšího okolí nebo přímo zevnitř člověka samotného.⁴³ Vnější můžeme dále dělit na fyzikální (teplo, chlad, hluk, znečištění ovzduší, viry, bakterie, změny ročních období, ...) a sociální (nehody, zranění, úmrtí, svatby, ztráta zaměstnání, ...) a vnitřní na tělesné (fyzická frustrace a deprivace, únava, bolesti hlavy, neuspokojené základní lidské potřeby, ...) a psychické (úzkost, obavy, strach, nenávist, nevyspělost, přeceňování či podceňování sebe sama, příliš vysoké cíle, ...). Další možné dělení stresorů je podle délky trvání na krátkodobě a dlouhodobě působící. Do krátkodobých spadá bolest (ne chronická), chlad, horko, vyrušení z činnosti, ... a do dlouhodobých například dlouhodobé úkoly, zátěžové situace, dlouhodobější fyzická zátěž aj.

Odolnost vůči stresorům je velice individuální a proto co je pro jednoho člověka již stresující, může být pro druhého příjemně vzrušující. Odolnost vůči stresu ovlivňuje také celkový postoj k životu, naše myšlení a pravidla. Obvyklé a hlavně drobné stresory by zdravého člověka neměli ničit, naopak zvyšují jeho odolnost a někdy i pomáhají k vyššímu výkonu.⁴⁴

V 60. letech Holmes a Rahe vypracovali teorii životních událostí, kdy každé zásadní životní události přidělili určitý počet bodů. Zde je tabulka stresujících životních událostí:

<i>Událost</i>	<i>Počet bodů</i>
Smrt partnera	100
Rozvod	73
Rozchod s partnerem	65
Pobyt ve vězení	63
Smrt příslušníka rodiny	63
Osobní úraz nebo nemoc	53
Svatba	50

⁴³ HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana a PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. Dobrá Voda: Aleš Čeněk, 2003. s. 183.

⁴⁴ HOLEČEK, Václav, MIŇHOVÁ, Jana a PRUNNER, Pavel. *Psychologie pro právníky*. Dobrá Voda: Aleš Čeněk, 2003. s. 183.

Propuštění z práce	47
Manželské usmiřování	45
Odchod do důchodu	45
Zdravotní změny příslušníka rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální problémy	39
Příchod nového člena rodiny	39
Změny ve finančním postavení	38
Smrt blízkého přítele	37
Přechod na nový způsob práce	36
Přibývání manželských hádek	35
Větší zadlužení	31
Ztráta velkého obnosu peněz	30
Změny odpovědnosti v práci	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Potíže s příbuzenstvem s partnerovy strany	29
Mimořádný osobní úspěch	28
Partner/ka začíná nebo končí s prací	26
Začátek nebo konec školy	26
Změny životních podmínek	25

Změny v osobních návycích	24
Potíže se šéfem	23
Změny v pracovních hodinách nebo podmínkách	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna v rekreování	19
Změny v náboženských aktivitách	19
Změny ve společenských aktivitách	18
Zadlužení	17
Změny ve spánkových návycích	16
Velké změny v počtu rodinných příslušníků	15
Změny v návycích v jídle	15
Prázdniny, dovolená	13
Vánoce	12
Drobná porušení zákona	11

Skóre se počítá za posledních dvanáct měsíců a vyhodnocení je následující: více než 300 bodů = 80 % šance nemoci, 150 – 299 bodů = 50 % šance nemoci a méně než 150 bodů = 30 % šance vývoje nemoci ze stresu.

2.3 Druhy stresu

Člověk, jako každý živý tvor, potřebuje neustále určité množství podnětů, které zpracovává a na něž reaguje. Nedostatek podnětů vede naopak k nudě až k deprivaci, která je paradoxně velice silným stresorem (odchod do penze může tedy vyvolat významný distres).

„Jak uvádějí oficiální americká doporučení týkající se řešení problematiky stresu jednotlivce i globálních stresových situací: „Všeobecně přijímaný názor je, že optimální hladina stresu působí jako tvůrčí a motivační síla, která vede lidi k dosahování neuvěřitelných výkonů a cílů (eustres). Naproti tomu chronický traumatický stres (distres) je potenciálně neobyčejně destruktivní a poškozuje psychické a tělesné zdraví a může ohrozit samotný život. Rozumná hladina eustresu zvyšuje výkonnost, zatímco vliv psychosociálního distresu na výkon je zhoubný.“⁴⁵

Pozitivnímu stresu tedy říkáme eustres a je považován za jakýsi „dobrý“ stres. Spadá sem příjemné očekávání, radost a nadšení, například očekávání milované osoby a působí na nás pozitivně. Pokud se lidé baví o stresu, většinou tím myslí opak eustresu, tedy distres. To je ten „pravý“, negativní, špatný stres, který jedinec vnímá jako ohrožující. Jestliže eustres působí na člověka povzbudivě a napomáhá zvládnání náročných situací, distres naopak utlumuje. Náročná situace není člověk schopen pod vlivem distresu řešit, protože jsou pro něj příliš velkou zátěží. Distres působí negativně na organismus a může ho i výrazně poškodit. Ale výzkumy ukazují, že i eustres může být škodlivý a to tehdy, když je ho přemíra.

Stres můžeme také dělit podle druhu stresoru a to na fyziologický, psychologický a sociální nebo podle míry stresu na hypostres (slabší, můžeme se na něj adaptovat) a hyperstres (způsobuje selhání a zhroucení).

Dále máme stres akutní, chronický, posttraumatický a anticipační. Akutní stres je nepředvídatelný a vztahuje se k náhlé, krátkodobé události. Chronický stres je naopak dlouhodobý a může kolísat, případně se objevovat v intervalech, např. šikana, špatný režim práce, časový tlak. Posttraumatický stres je opožděná reakce na zátěžovou situaci, která je většinou velice intenzivní např. hromadná havárie, smrt někoho blízkého, povodně. Důsledkem posttraumatického stresu může být neustálé přehrávání si té dané situace nebo generalizovaná úzkost. Anticipační stres se nevztahuje k něčemu, co právě prožíváme nebo co jsme dříve prožili, ale je to stres z očekávané situace. Jde o představování si určité situace, která má nastat. Příkladem je přijímací pohovor, nástup do nového zaměstnání, návštěva lékaře aj.

⁴⁵ <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

2.4 Vyrovnávání se stresem

Stejně jako každého člověka stresují jiné věci, i techniky vyrovnávání se stresem jsou rozdílné. „*Strategie řešení stresu tak mají svou biologickou, fyziologickou, psychologickou a také naučenou komponentu, která může být stejně účelná jako neúčelná, neboť při všem bohatství možností řeší někteří jedinci stresové situace stereotypním způsobem, bez ohledu na jeho eventuální vhodnost.*“⁴⁶

První skupina technik vyrovnávání se stresem jsou ty, které jsou odvozené od agrese a patří mezi ně kompenzace, racionalizace, sublimace, zvýšený egocentrismus, negativismus a identifikace. Kompenzace může být pozitivní a negativní, přičemž mezi pozitivní spadá kompenzace prací, láskou, sportem, uměním, péčí o potomstvo aj. a mezi negativní jídlo, alkohol, drogy, kouření, gamblerství apod., ale i u pozitivní kompenzace platí, že všeho se musí dělat s mírou, protože například kompenzace prací se může přehoupnout až k workoholismu. Racionalizace spočívá v tom, že si rozumě odůvodníme a případně ospravedlníme to, co se děje a co děláme. Sublimace je přeměnění nepříjemné potlačované emoce do společensky přijatelné formy. Obsah sublimované aktivity zpravidla nese stopy původního pudového impulsu. Zvýšený egocentrismus v sobě skrývá potřebu na sebe upoutat a mluvit o stresové situaci. Negativismus je forma chování, kdy jedinec dělá pravý opak toho, co se po něm chce a identifikace znamená nadměrné ztotožnění se s něčím nebo někým, např. neúspěšní se ztotožňují se svými dětmi, kteří jsou úspěšní např. v hokeji.

Druhou skupinu tvoří techniky odvozené od úniku a mezi ně spadá izolace, únik do fantazie a patofilie. Izolace může být od celé lidské společnosti a není to zrovna vhodná forma, která by pomohla. Při úniku do fantazie se mohou objevit až autistické projevy. Patofilie je únik do nemoci, kdy člověk na určitou krizovou reakci reaguje nemocí, přičemž tato reakce je podvědomá.

2.5 Stres a senioři

Každé vývojové období má své charakteristické problémy, se kterými se musí vypořádávat.

⁴⁶ <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

2.5.1 Nejvýznamnější stresové situace

Jednou z největších změn ve stáří je zajisté odchod do penze. Mění se při něm celý dosavadní způsob života, ale i přes to většina hodnotí tuto změnu pozitivně. S odchodem do důchodu se mění sociální status, člověk pozbývá jednu ze svých sociálních rolí, je vyřazen z kolektivu, ve kterém do té doby trávil spousty času a společnost důchodce vnímá jako neproduktivní, neúčinné a nevýznamné. Lidé, kteří ukončí pracovní poměr, si musí hledat nové koníčky a zájmy a upravit denní režim, aby zaplnili čas, který byl do té doby daný.

Dalším problémem, souvisejícím s odchodem do penze, je snížení finančních zdrojů. Člověk se dostává na jinou životní úroveň a to přináší negativní emoce, až deprese. Díky ztrátě vyšších příjmů není ani tolik peněz na finančně náročnější koníčky a tak člověk musí dělat kompromisy.

Zdravotní stav. Jak již bylo mnohokrát napsáno, s postupujícím věkem se zhoršuje zdravotní stav. Příčinou negativního vlivu nemoci na psychiku je kombinace stárnoucího a unaveného těla, vědomí, že nemoc bude člověka doprovázet do smrti, a samotné nemoci. Co se týče zdravotního stavu, není to pouze problém toho, že by člověk neměl dostatek sil, ale také se stává izolovanější, upadají sociální vztahy a kontakty a jedinec se cítí být odlišný, handicapovaný.

Ztráta životního partnera. S postupem věku se zvyšuje pravděpodobnost rizika ztráty životního partnera. Existuje předpoklad, který říká, že smrt životního partnera výrazně urychluje smrt toho, který přežil. Jelikož se ženy dožívají průměrně vyššího věku než muži, častěji tato ztráta postihuje ženy. *„Starší lidé se navíc s ovdověním vyrovnávají lépe než mladí lidé, neboť jsou na smrt partnera lépe připraveni. Ve většině případů je vyrovnávání se se ztrátou hodnoceno přinejmenším jako přiměřené, přestože projevy smutku a další negativní pocity přetrvávají ještě 30 měsíců po ovdovění a značná část asi 20 % ovdovělých se není schopna se ztrátou přiměřeně vyrovnat.“*⁴⁷ Z toho vyplývá, že na vyrovnávání se s takovou situací má mimo jiné vliv i to, jestli ovdovění člověk očekával nebo ne, tedy zda smrt partnera přichází např. po dlouhodobé nemoci nebo z ničeho nic.

⁴⁷ STUART-HAMILTON, Ian: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál 1999. s. 164

2.5.2 Duševní hygiena ve stáří

Pokračující stáří přináší spoustu změn, které nejsou vnímány pozitivně, jako třeba změny některých tělesných funkcí a psychických procesů, ale stárnutí je velmi individuální proces a tak jej lze ovlivnit.

Míček uvádí, že je důležité mít správnou životosprávu a dodržovat zásady duševní hygieny. Zaprvé by měli pravidelně cvičit, jíst vhodnou stravu, mít přiměřený spánek i odpočinek a přiměřeně se zatěžovat (ne pouze tělesně, ale také duševně). Další z podmínek zdraví a dlouhověkosti je vyhýbání se spěchu, zachovávat klid a brát svůj život s nadhledem. *„Již Hufeland ve své Makrobiotice dokazoval, že jednou z podmínek zdraví i dlouhověkosti je vyhýbat se spěchu a vzrušování, zachovat za všech okolností filozofický klid i schopnost dívat se na vlastní život jako na divadlo, to znamená s velkou dávkou ironie a humoru. ... Pro udržení se v takovém postoji autor doporučoval zabývat se filozofií a uměním, zvláště hudbou. Kromě toho Hufeland doporučoval každodenní procházky, dobrý spánek, čistý vzduch, umírněnost v jídle, ale i šťastné manželství.“*⁴⁸

Dosud byl zaznamenán nejdelší život, který je možno doložit a ten trval 122 let, 5 měsíců a 14 dní. Jednalo se o ženu, které se každý ptal na recept na dlouhověkost. Žena vždy odpovídala, že jejím receptem je život v blahobytu, každodenní sklenka portského vína, velké množství čokolády a také to, že se ve věku 119 let vzdala své každodenní cigarety.⁴⁹

V současné době se pravděpodobnost vysokého věku neustále zvyšuje a to především díky lepší lékařské péči a výzkumu, lepším životním podmínkám a rostoucímu ekonomickému blahobytu. Je ovšem s podivem, že *„dlouhověcí lidé mají velmi málo společného; mají rozdílný původ, různé životní osudy, jiný způsob života, různou pracovní zátěž a velmi rozmanité stravovací návyky.“*⁵⁰

⁴⁸ MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena: vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult oboru psychologie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, s. 116.

⁴⁹ GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 40.

⁵⁰ GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 47.

3 Analýza zátěžových situací

V této části se pokusíme zjistit difference odpovědí seniorů žijících v domově důchodců oproti seniorům žijícím v samostatné domácnosti. Cílem je zjistit míru stresu u těchto dvou skupin a také techniky vypořádávání se stresem.

3.1 Hypotézy výzkumné části

Pro výše zmíněný výzkum jsem si stanovila následující hypotézy:

H. 1: Seniori s více zájmy a koníčky se cítí být méně stresováni.

H. 2: Seniori žijící v domácnosti se cítí být méně ve stresu.

H. 3: Dosažené nejvyšší vzdělání nemá výrazný vliv na stres.

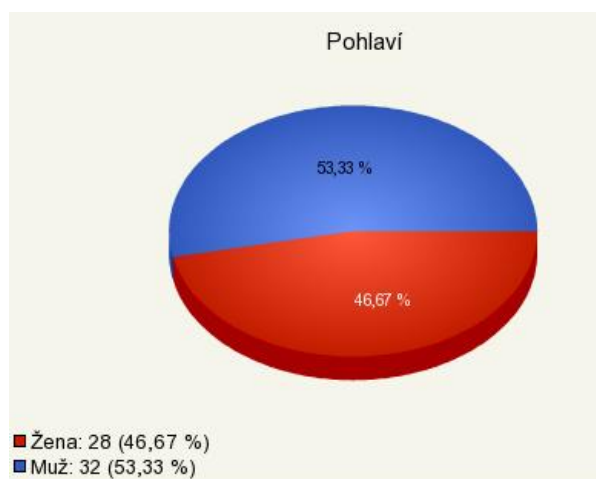
3.2 Výzkumné metody

Metodou šetření byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Takto byla získána potřebná data ke zpracování zvolené problematiky. Byl proveden pilotní výzkum, kdy byly dvě varianty a každá byla rozdána 15 různým respondentům, dohromady tedy 30 respondentů. Na základě toho byl vybrán dotazník s pravými dichotomickými otázkami a upravilo se zadání některých z nich. Respondentům byla zaručena anonymita a každý z respondentů vyplnil dotazník dobrovolně.

Dotazník se skládá z 27 otázek (viz. příloha). Prvních 5 otázek zjišťovalo kritéria pohlaví, věku, rodinného stavu, nejvyššího dosaženého vzdělání a současného trvalého bydliště. Dále bylo v dotazníku použito 17 pravých dichotomických otázek (č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 26 a 27), 1 otázka otevřená (č. 6) a 4 otázky polozavřené (č. 20, 21, 22 a 23), kdy si respondenti mohli zvolit i více variant (otázky výčtové).

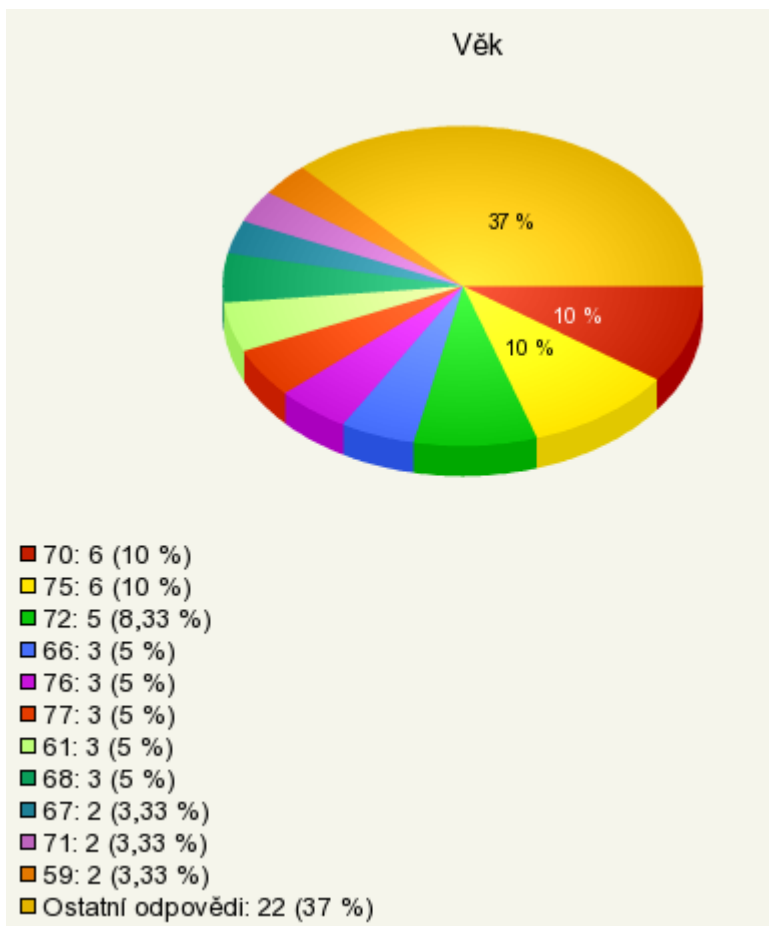
3.3 Respondenti

Kritériem pro výběr výzkumné populace byl jejich věk a zdravotní stav – tedy senioři bez významných handicapů a vad, které by znemožnili reálně vyplnit dotazník. Byli osloveni klienti z domova v Horní Bříze, kam bylo získáno povolení a kde ochotně pomáhali sociální pracovníci, senioři ve vlastní domácnosti žijící v Plzni a v okolí Plzně, převážně na Plzni severu a také bylo požádáno několik autorčinyých přátel, zda by dotazník mohli vyplnit jejich prarodiče. Dotazník byl rozdán 70 respondentů a z toho se jich vrátilo 60, přičemž 30 seniorů pobývá ve vlastní domácnosti a 30 v domově pro seniory. Byla snaha o rovnoměrné rozdělení mužů a žen, což se téměř povedlo. Dotazník vyplnilo 32 mužů a 28 žen.

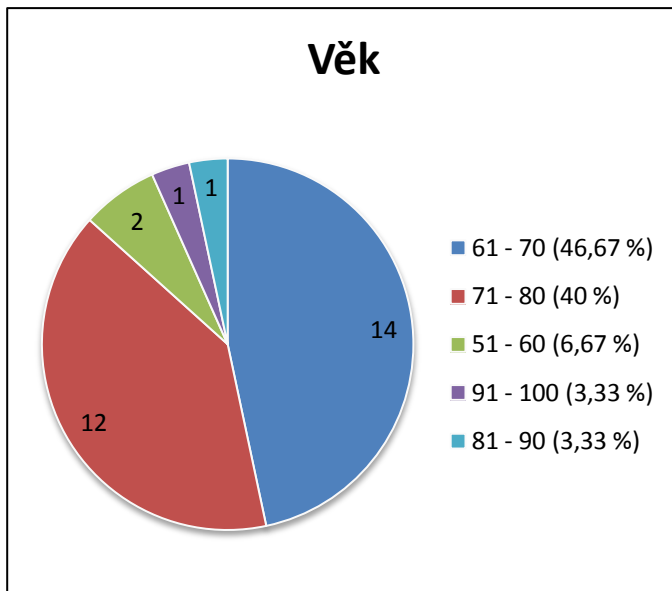


3.3.1 Kritérium věku

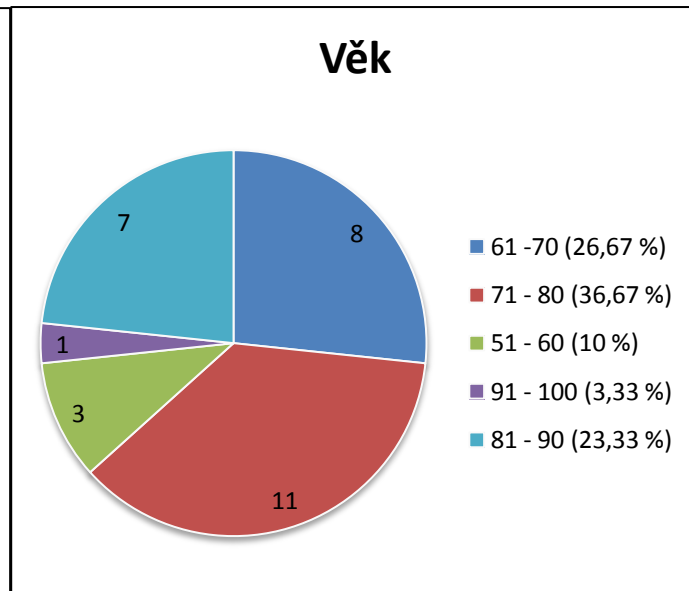
Na otázku věku byla použita otevřená otázka. Pro větší přehlednost byli respondenti rozděleni do dvou skupin: do skupiny žijících v samostatné domácnosti a do skupiny v domově pro seniory a ty byly rozděleny do pěti věkových kategorií. Průměrná hodnota všech zúčastněných je 72 let.



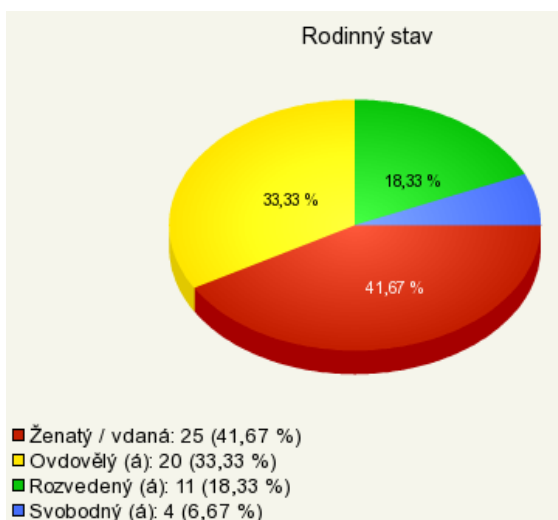
Samostatná domácnost



Domov pro seniory

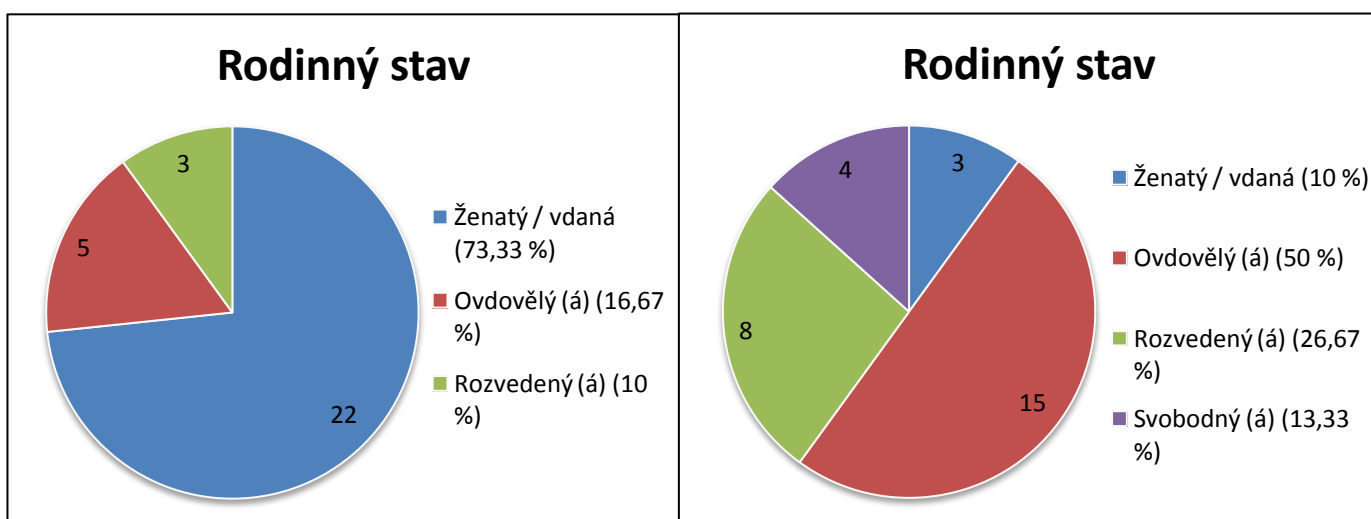


3.3.2 Kritérium rodinného stavu:



Samostatná domácnost

Domov pro seniory



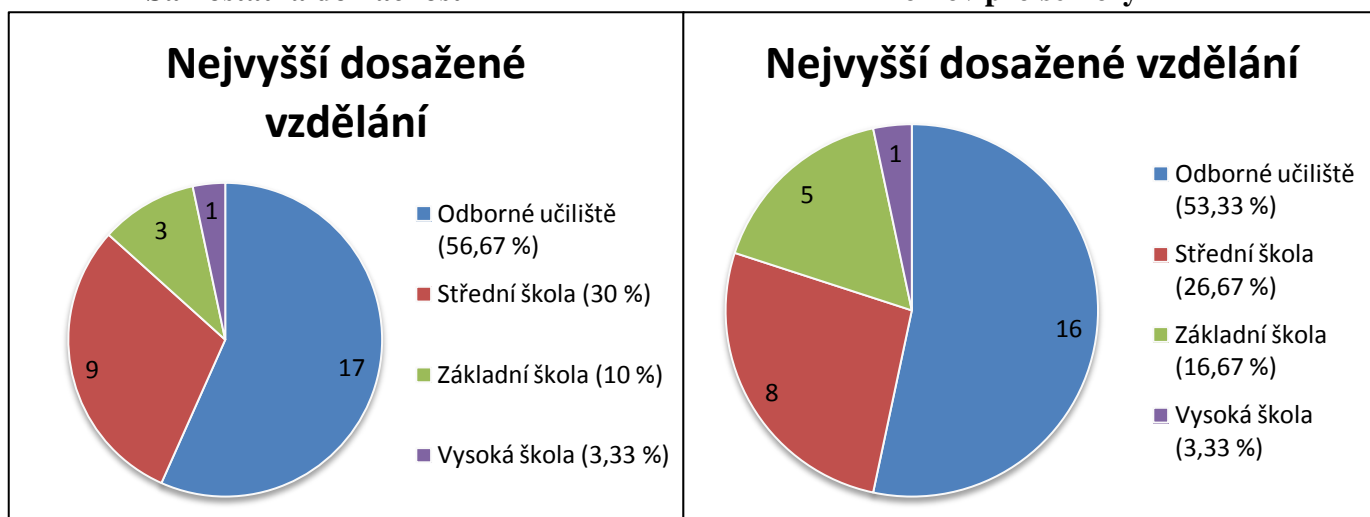
Z grafů je patrné, že v domově pro seniory žije mnohem více ovdovělých osob a o něco málo více rozvedených, kdežto v samostatné domácnosti přes 70 % osob ženatých nebo vdaných.

3.3.3 Kritérium najvyššieho dosaženého vzdelání



Samostatná domácnost

Domov pro seniory



Podle grafů rodinný stav koreluje s kritériem bydliště. V domově pro seniory žijí převážně ovdovělý nebo rozvedení lidé, kdežto v samostatné domácnosti je převážná většina ženatých / vdaných. Z celkového počtu 60 lidí jich více než polovina dostudovala odborné učiliště a pouze nepatrné množství vysokou školu. Vzdělání je u obou skupin přibližně stejně rozloženo.

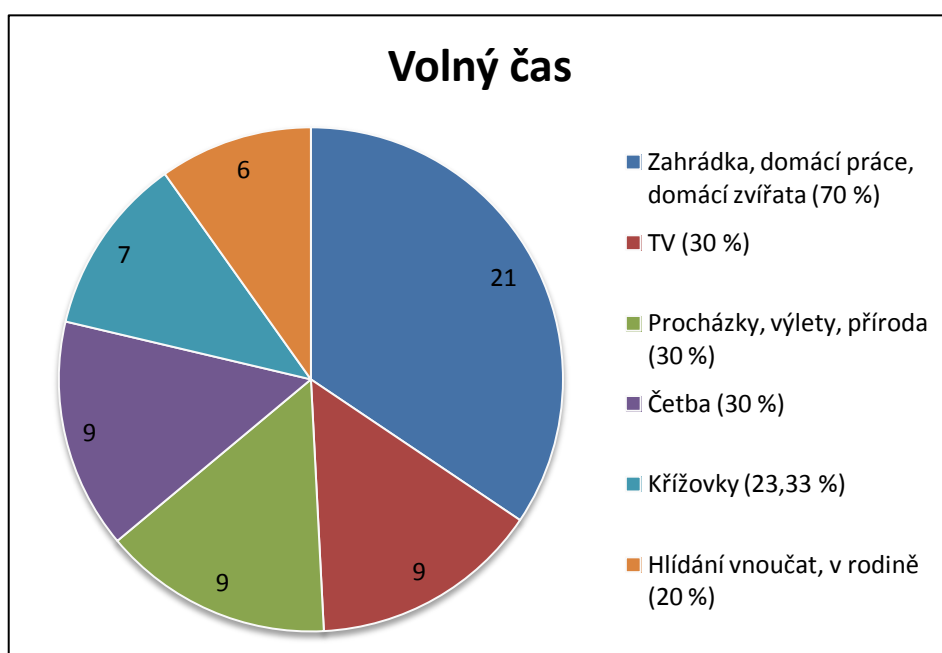
3.4 Vyhodnocení dotazníku

Vyhodnocování dotazníku bylo soustředěno na kvantitativní otázky, protože se dají graficky znázornit a statisticky posoudit. Výjimkou je otázka č. 6, která zjišťuje, jak senioři tráví volný čas a byla otevřená.

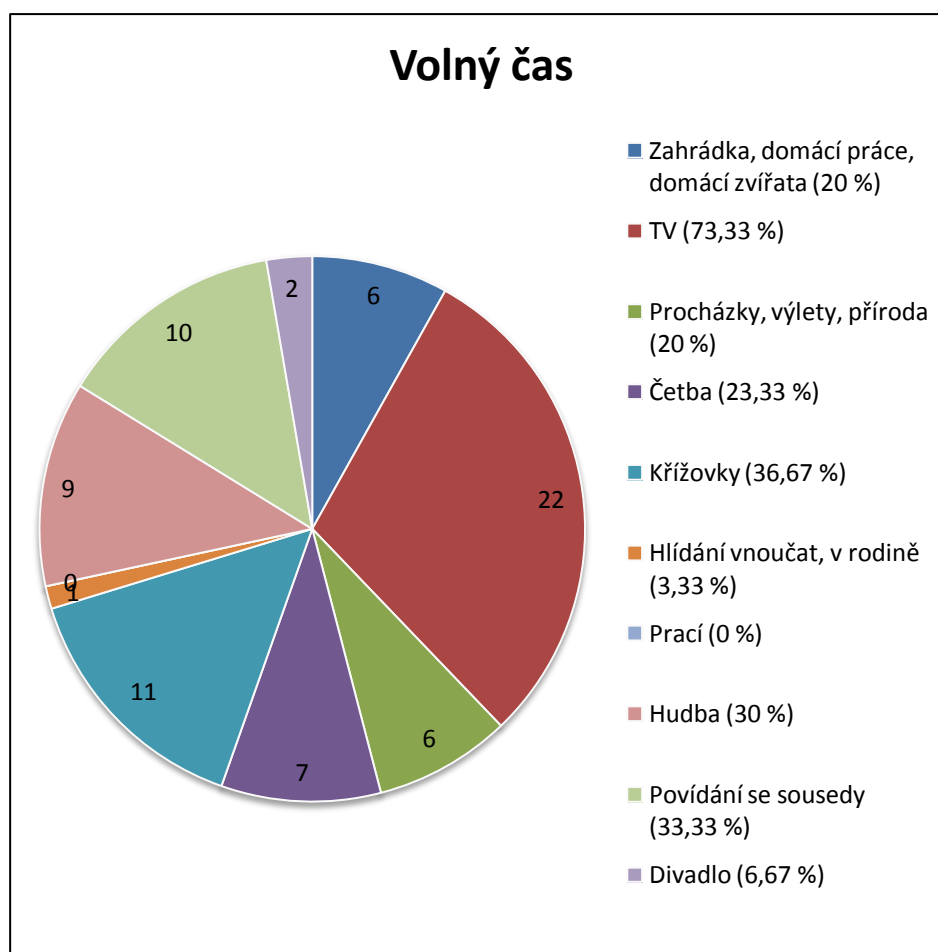
Otázka č. 6: Jak nejčastěji trávíte volný čas?

Odpovědi na tuto otázku byly různé a tak byly rozděleny do uměle vytvořených „kategorií“ a bylo sloučeno několik různých odpovědí v jednu, aby se otázka dala lépe zpracovat.

Samostatná domácnost



Domov pro seniory



Do domácích prací jsou zařazeny i ruční práce, proto se objevili i u osob žijících v domově pro seniory. Tam např. uváděli pletení, štepování, háčkování aj. Z grafů je patrné, že převážná většina osob žijících v samostatné domácnosti se stará o svou domácnost, zvířata a „pracují“. Je to ovšem dáno také tím, že dotazníky byly rozdány po vesnicích a tam se práce okolo domu najde vždy a vždy se musí udělat.

U osob žijících v samostatné domácnosti převládají práce okolo domku a domácích zvířat (70%), TV (30%), procházky, toulky v přírodě a výlety (30%), četba (30%), křížovky (23%) a hlídání vnoučat, trávení času v rodině (20%). Objevili se také odpovědi, které již nebyly tak časté a proto nejsou do grafu zahrnuty. Jako příklad můžeme uvést lyže, kolo, divadlo, chození do kostela, rybaření a houbaření, které jsou ovšem zahrnuty do položky příroda, pletení, skleník, háčkování, chov poštovních holubů – závody, koncerty, přátelé a hospoda. Překvapivé bylo, že hospoda se objevila pouze u jedné osoby, protože autorka dříve v restauračním zařízení pracovala a dotazník rozdala mezi místní „štamgasty“, kteří tam chodí každý den. Vysvětlení existuje více. Buď už tuto činnost mají tak zažitou, že jim nepřijde jako volný čas, ale jako téměř povinnost a tak do svého volného času zahrnují pouze opravdové

volno, kdy mají možnost si vybrat, co budou dělat – od 16:00 do 19:00 si vybrat nemohou, mají to zkrátka dané. Další možností je, že i když je dotazník anonymní, nechtěli v něm vypadat jako lidé, kteří mají problémy s alkoholem a v podstatě se přiznat k tomu, co je jejich každodenní náplní. Odpovědi byly tedy rozmanité, ale jak bylo napsáno výše, pro zjednodušení jsou některé originální odpovědi zahrnuty do nadřazenější kategorie.

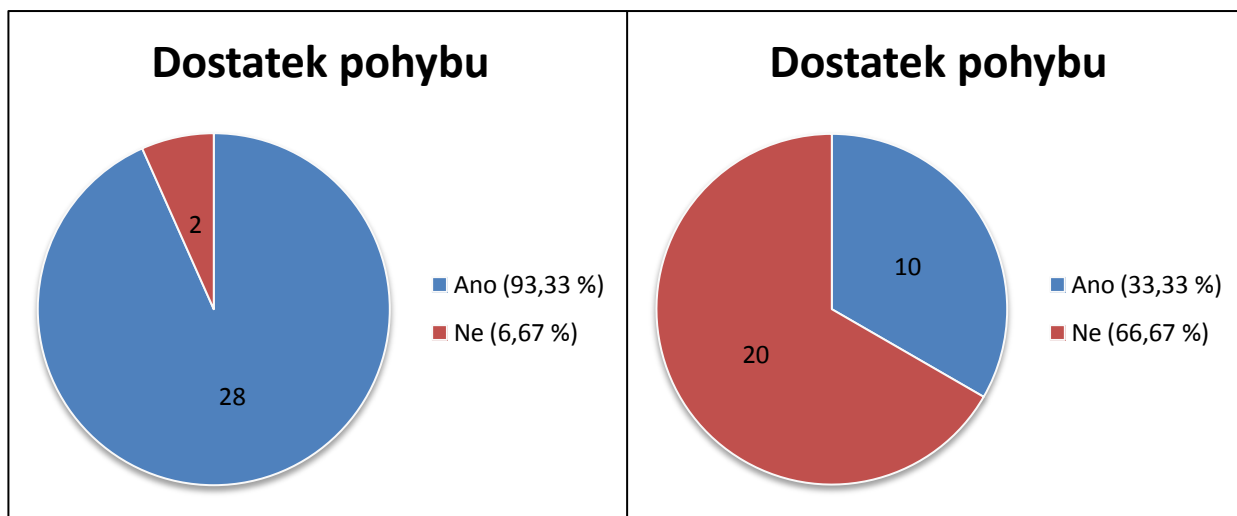
V domově pro seniory jsou většinou osob se sníženou pohyblivostí, různými nemocemi, lidé bez žijícího partnera a lidé, kteří potřebují pomoc s každodenními úkoly. Proto většina tráví volný čas buď na svém pokoji, anebo v areálu. Mezi jejich zájmy patří hlavně TV (73%), luštění křížovek (37%), povídání se „sousedy“ (33%), četba (23%), ruční práce (20%) a procházky (20%). Procházky nebývají sice moc dlouhé, ale i tak je to pozitivní. I zde se objevili některé originální odpovědi. Za všechny uvedu příklad PC. Takovouto odpověď měla paní, kterou chodí navštěvovat její vnuk a učí ji s počítačem pracovat. Podle stanovené hypotézy H. 1 předpokládám, že senioři s více zájmy a koníčky se cítí být méně ve stresu, přičemž tato paní je toho důkazem. Jelikož se na PC chce ještě naučit, má do budoucna díky tomu plány do budoucna a celkově její odpovědi byly pozitivnější než u ostatních osob z domova pro seniory. Je to ovšem také dáno tím, že je na jednolůžkovém pokoji a nemá takové zdravotní problémy jako ostatní v tomto domově a může chodit na delší procházky. Další výjimečnou odpovědí bylo hraní karet, ale to je také dáno tím, že za seniorem dochází jeho příbuzní a rádi si s ním zahrají. Kvízy jsem zařadila pod kolonky TV, protože se zajímá o kvízy v televizním vysílání jako např. AZ – kvíz, Taxík apod. Další výjimečné odpovědi: vaření, chodím na dechovky, pečuji o sousedku, kreslení a výtvarné práce, vyšívání a trávení času s manželkou.

U trávení volného času vyšla 2 x větší pravděpodobnost odpovědi *zahrádka, domácí práce, domácí zvířata* při trvalém bydlišti v *samostatné domácnosti* a naopak při bydlení v *domově pro seniory* 1,8 x větší pravděpodobnost odpovědi *hudba*.

Otázka č. 7: Máte dostatek pohybu?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

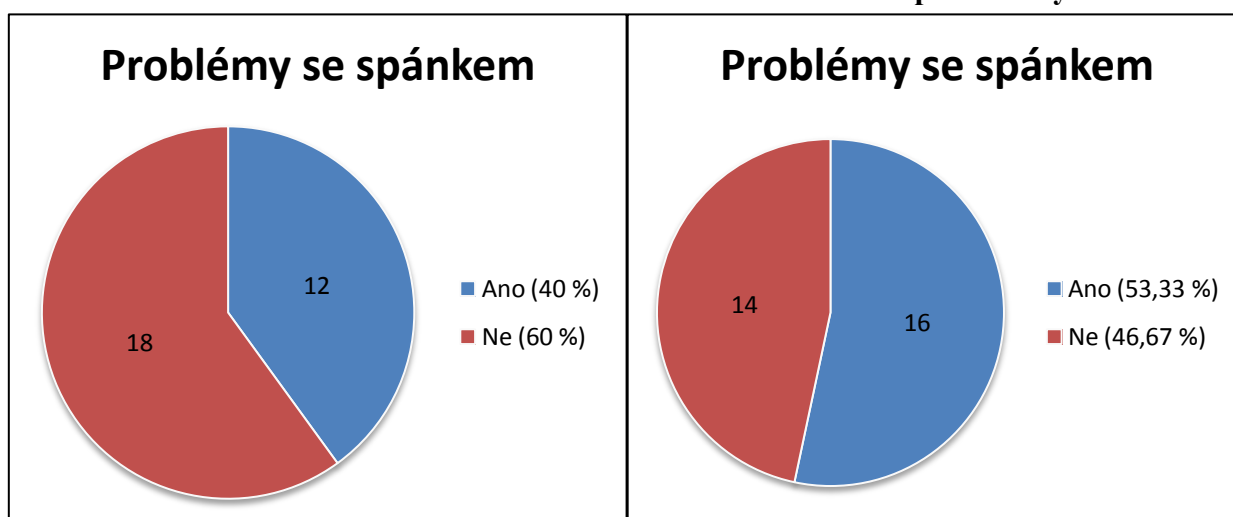


Jak je z grafů patrné, rozdíl je zde markantní. Zatímco u samostatné domácnosti téměř všichni odpověděli, že mají dostatek pohybu, u osob v domově pro seniory si převážná většina myslí, že nemají dostatek pohybu. Navíc se zde zkoumal pouze osobní pocit a tak dostatek pohybu u lidí v samostatné domácnosti není totéž jako u lidí v domově pro seniory. Je zajímavé, že u lidí *ženatých / vdaných* byla 1,6 x větší pravděpodobnost odpovědi *ano* na dostatek pohybu a stejně velká pravděpodobnost, pokud u koníčků odpověděli *zahrádka, domácí práce, domácí zvířata*. Pravděpodobnost odpovědi *ne*, byla 1,8 x větší u osob žijících v domově pro seniory.

Otázka č. 8: Máte problémy se spánkem?

Samostatná domácnost

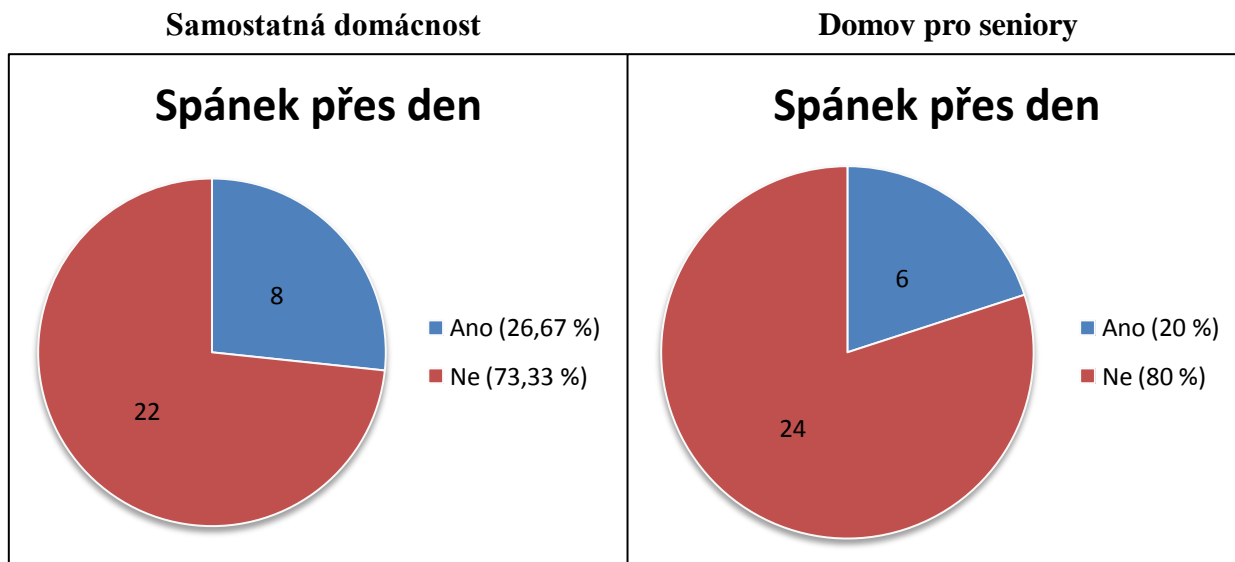
Domov pro seniory



Na grafech je patrné, že v této otázce nejsou až tak velké odlišnosti jako u dostatku pohybu. Může to být také tím, že senioři nedokážou definovat problémy se spánkem a myslí tím něco jiného, než co jsem měla na mysli já. Opět se jedná o subjektivní pocit, takže i když

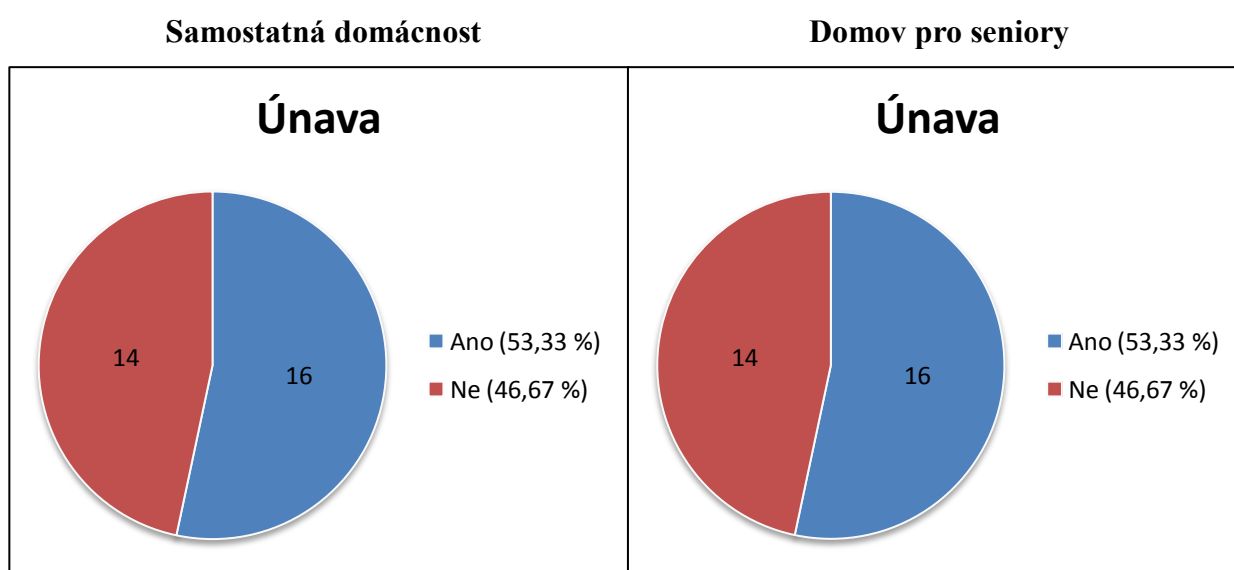
se budí např. pětkrát za noc, nemusí jim připadat, že by měli problém. Ale i přes to je tento počet téměř půl na půl, což znamená, že téměř polovina seniorů má problémy se spánkem. Nespavost je považována za jeden ze symptomů stresu jako takového.

Otázka č. 9: Spíte často přes den?



Tato otázka byla překvapující, jelikož byly předpoklady, že v domově pro seniory se najde více osob, které přes den spí. Předpoklad se ukázal jako mylný a jedna paní to vysvětlila tím, že mají daný určitý režim. Hodinu snídaně, oběda, večere. Mezitím rozdělené, kdy se na ně přijde podívat sociální pracovníce, kdy zdravotnický personál a jiný program. U některých bylo zase zjištěno, že si přes den třeba na 10 minut zdřímnou, ale nepovažují to za spánek přes den.

Otázka č.10: Býváte často unavení?

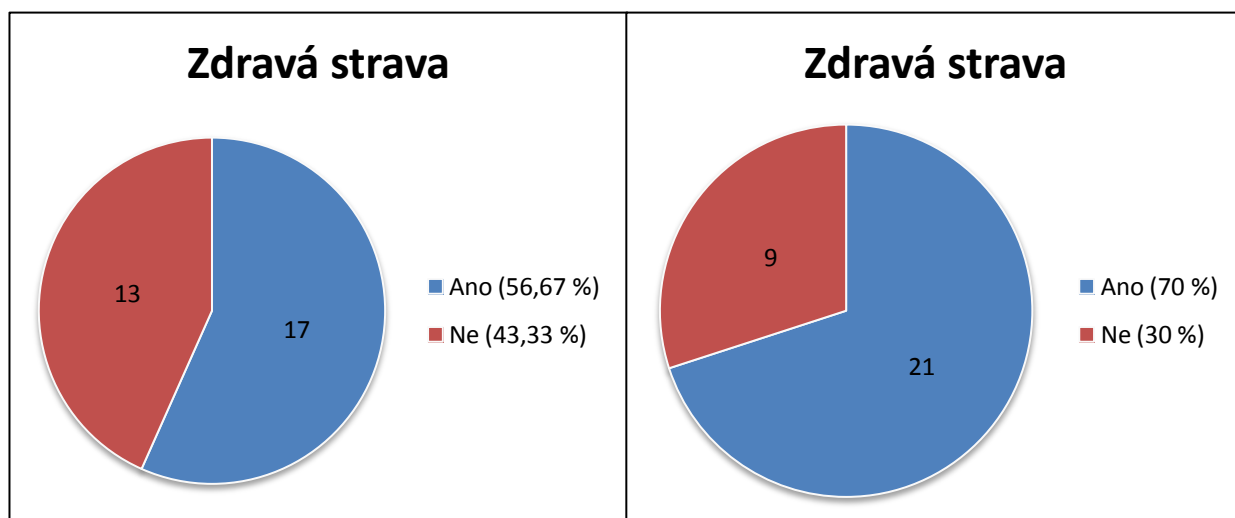


Starší lidé jsou všeobecně více unavitelní než lidé mladší a proto tyto výsledky nejsou příliš překvapivé.

Otázka č. 11: Stravujete se zdravě?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

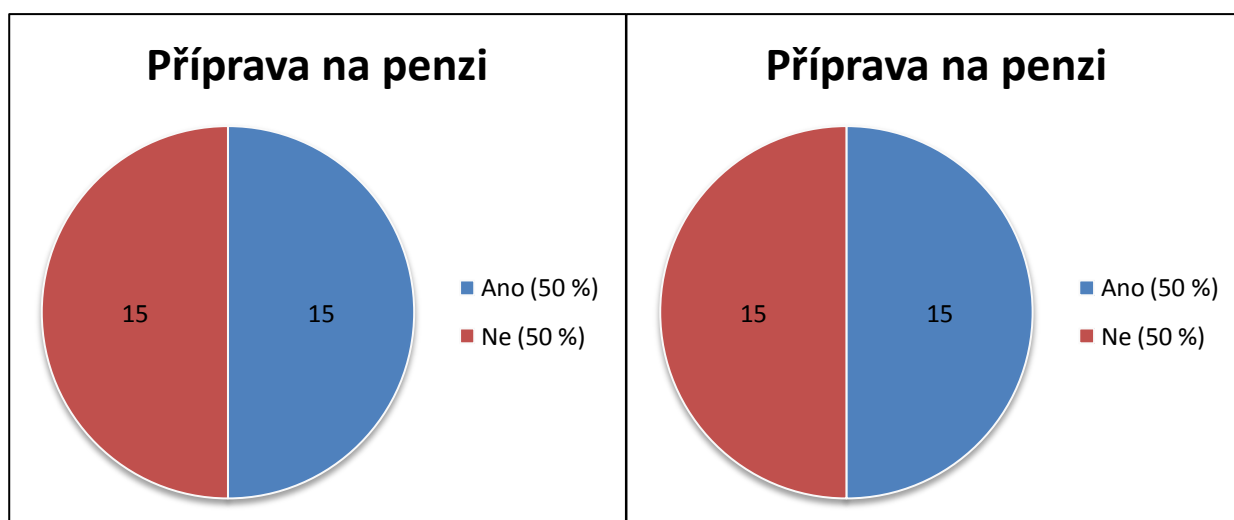


V této otázce byl očekáván větší rozdíl, jelikož v domově pro seniory si nevaří sami a tak nemohou moc ovlivnit, co budou jíst (mají na výběr ze dvou jídel) a kuchařky dávají pozor na to, co vaří a co je nebo není zdravé.

Otázka č. 12: Přípravovali jste se na svůj odchod do penze (plánovali, co budete dělat)?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

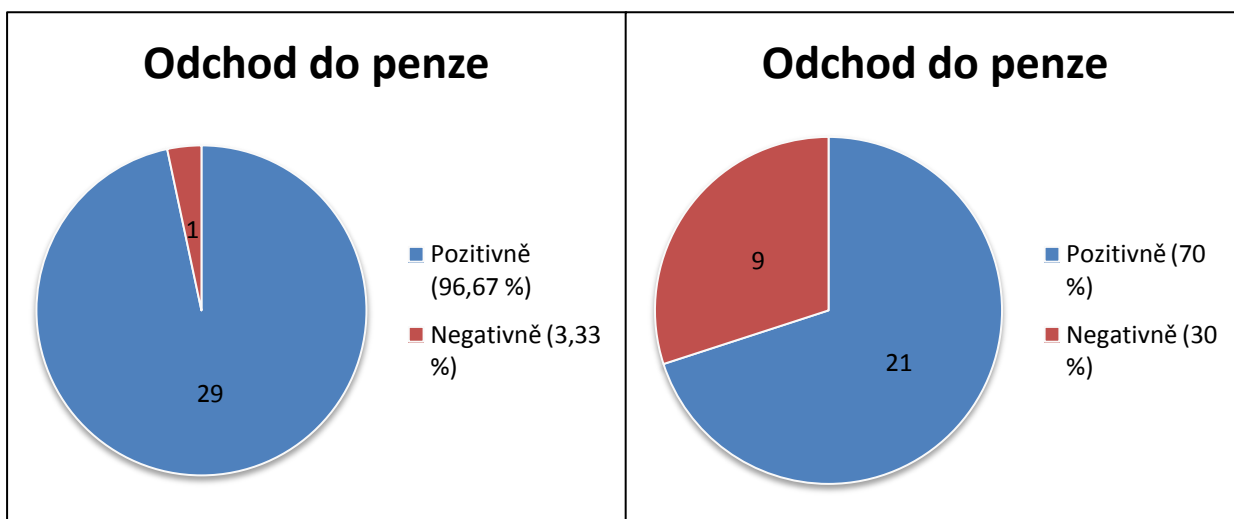


Zda se lidé připravovali na penzi nebo ne místo bydliště nijak neovlivnilo. Je to také tím, že se otázka ptá na minulost, kdy i lidé z domova pro seniory bydleli v samostatné domácnosti a tak záleželo spíše na dosavadním životním stylu a zaměstnání.

Otázka č. 13: Byl pro Vás odchod do penze vnímáný spíše pozitivně nebo negativně?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

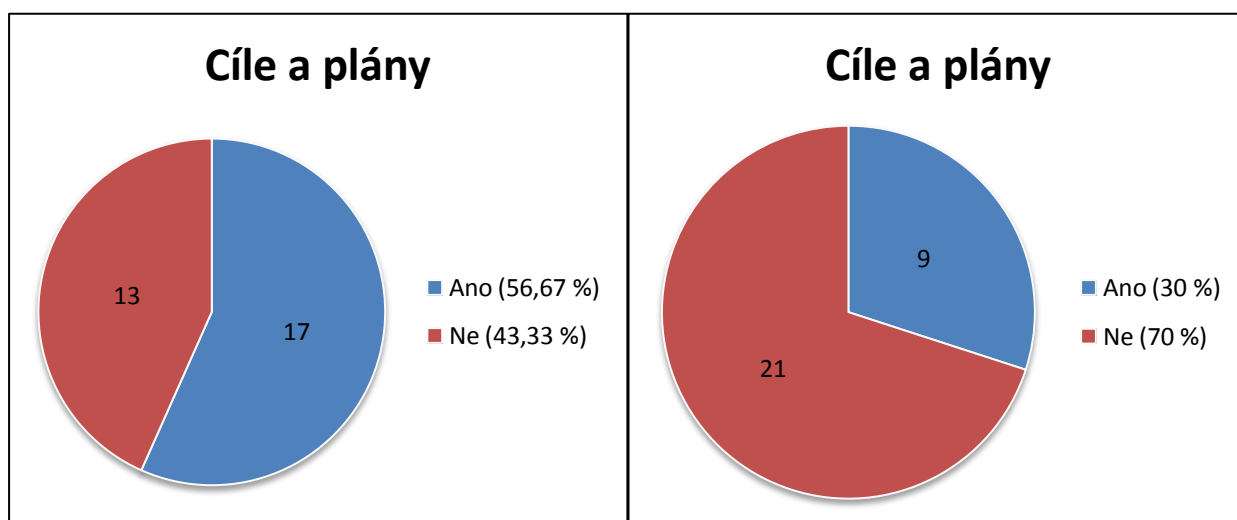


Odchod do penze je převážně vnímáný pozitivně a to jak ve skupině osob žijících v samostatně domácnosti, tak u osob v domově pro seniory. Je zajímavé, že jen jeden člověk, který odchod vnímal *negativně*, je *ženatý*, jen 1 odpověděl *ano* u otázky, zda má dostatek pohybu, 8 z těchto 10 lidí má problémy se spánkem, 7 jich bývá často unavených, 9 nemá žádné plány do budoucna, 7 často cítí strach, úzkost, napětí a 9 má problémy s klouby.

Otázka č. 14: Máte nyní nějaké cíle a plány?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory



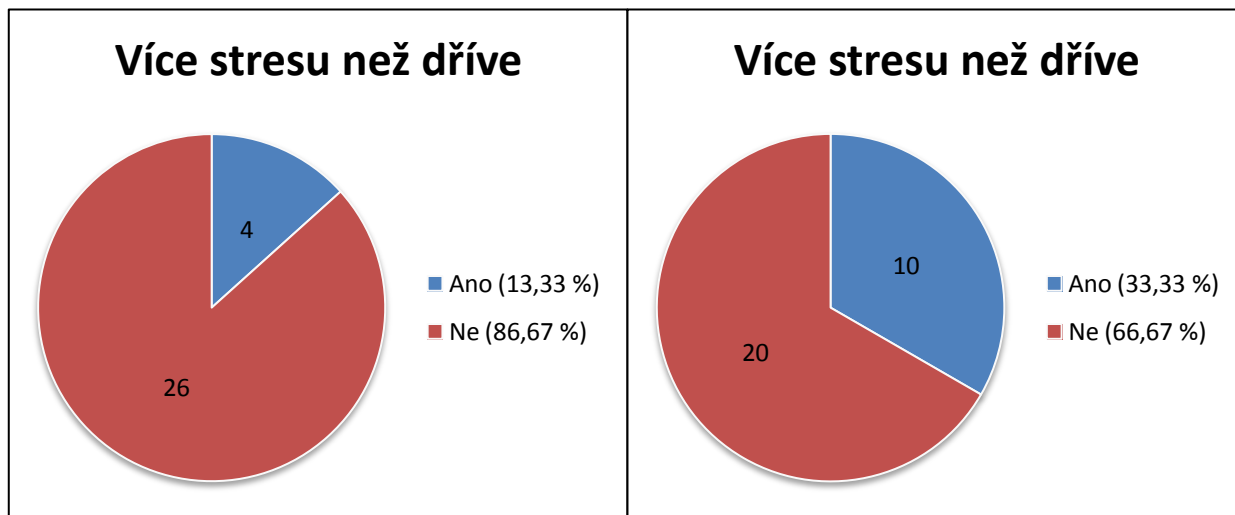
Lidé v domově pro seniory často berou svůj pobyt jako závěrečnou fázi, že je nic dalšího nečeká a tak neplánují, co by ještě mohli udělat, vyzkoušet a zažít. Zkrátka jen přežívají a čekají na svůj konec. U lidí, kteří žijí ve vlastní domácnosti je více těch, kteří plánují svoji budoucnost a mají nějaké cíle. Toto kritérium odpovídá také zdravotnímu stavu respondentů. Ti, kteří jsou aktivnější a mohou být aktivní, častěji odpověděli ano na tuto

otázku. U lidí, kteří odpověděli na tuto otázku (cíle, plány) *ano* je 1,5 x větší pravděpodobnost, že odpověděli *ano* u otázky č. 7 – dostatek pohybu.

Otázka č. 15: Přijdete si více ve stresu než dříve?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

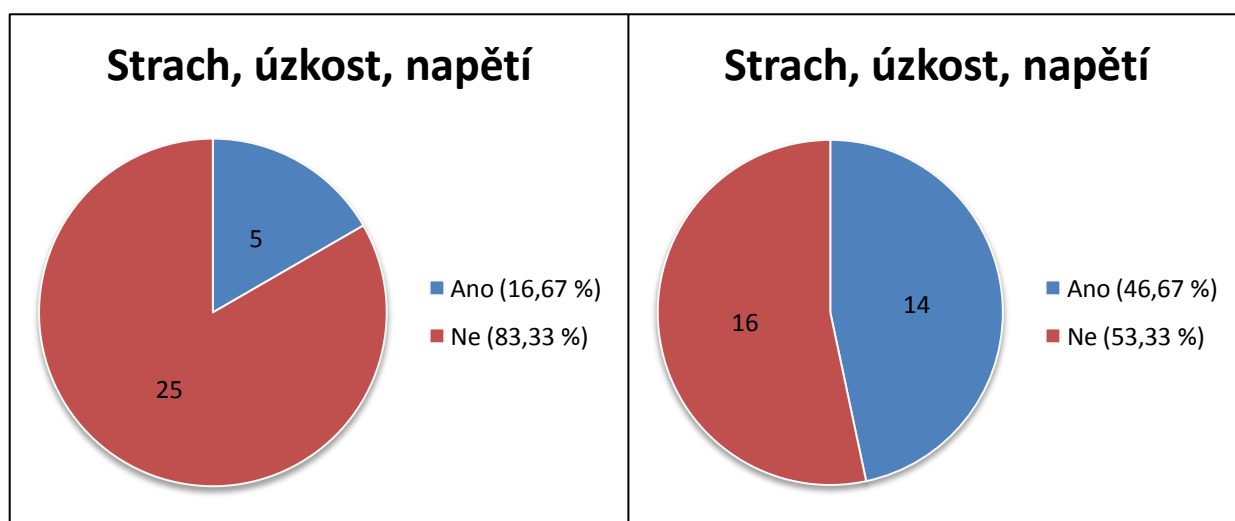


U této otázky (více stresu než dříve) byla 1,7 x větší pravděpodobnost odpovědi *ano*, pokud byla odpověď *ano* u otázky č. 24 – trpíte často bolestí, takže je vidět, že zdravotní stav a stres spolu úzce souvisí. Ti, kteří mají zdravotní problémy a pociťují bolest, se cítí více ve stresu než dříve, protože tyto problémy dříve neměli. I díky tomu v domově pro seniory více lidí odpovědělo *ano*.

Otázka č. 16: Cítíte často strach, úzkost, napětí?

Samostatná domácnost

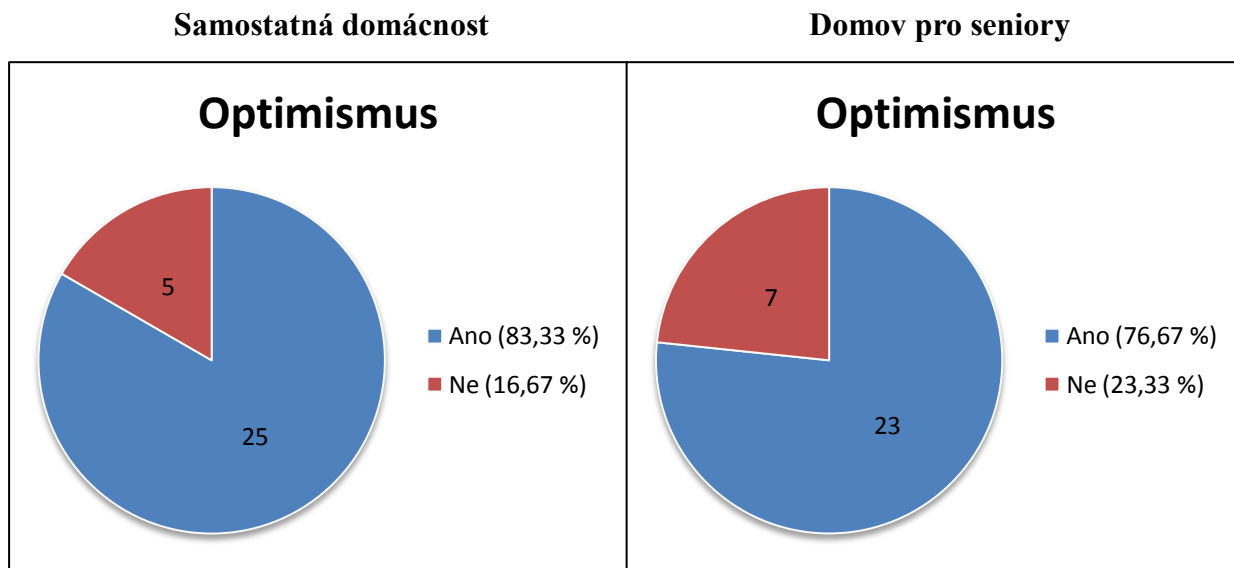
Domov pro seniory



Obecně lze z grafu vyčíst, že senioři v domácnosti pociťují strach, úzkost a napětí méně než obyvatelé domova seniorů a to o poměrně velký počet (30 % - 9 osob). Může to být také tím, že lidé v domově pro seniory mají více času přemýšlet, nejsou až tolik zaměstnaní

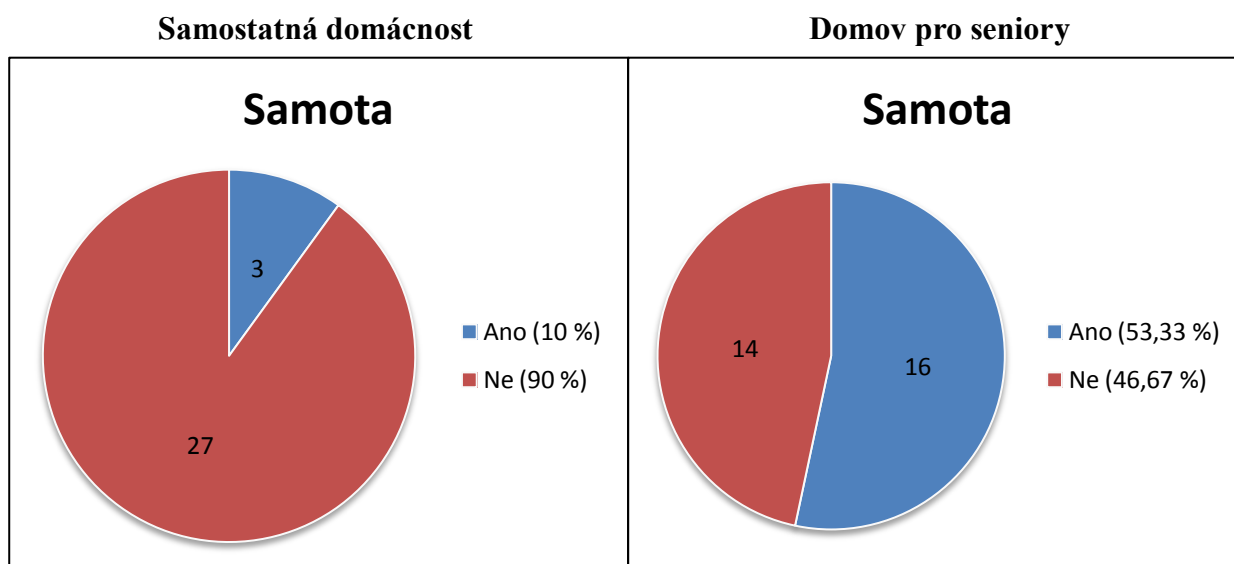
různými činnostmi a většinou jsou jen sami se svou vlastní hlavou. Je zde 1,7 x větší pravděpodobnost odpovědi *ne* u otázky č. 14 – máte nyní nějaké cíle a plány, pokud na tuto otázku (strach, úzkost, napětí) odpověděli *ano*.

Otázka č. 17: Jste optimističtí?



Jak je z grafů patrné, odpovědi u obou skupin se liší jen málo. Bylo očekáváno více negativního pohledu na svět, ale převážná většina osob se za optimistu považuje. Je ovšem otázkou, jaký názor by na to mělo nejbližší okolí každého ze seniorů.

Otázka č. 18: Cítíte se často osamocení?

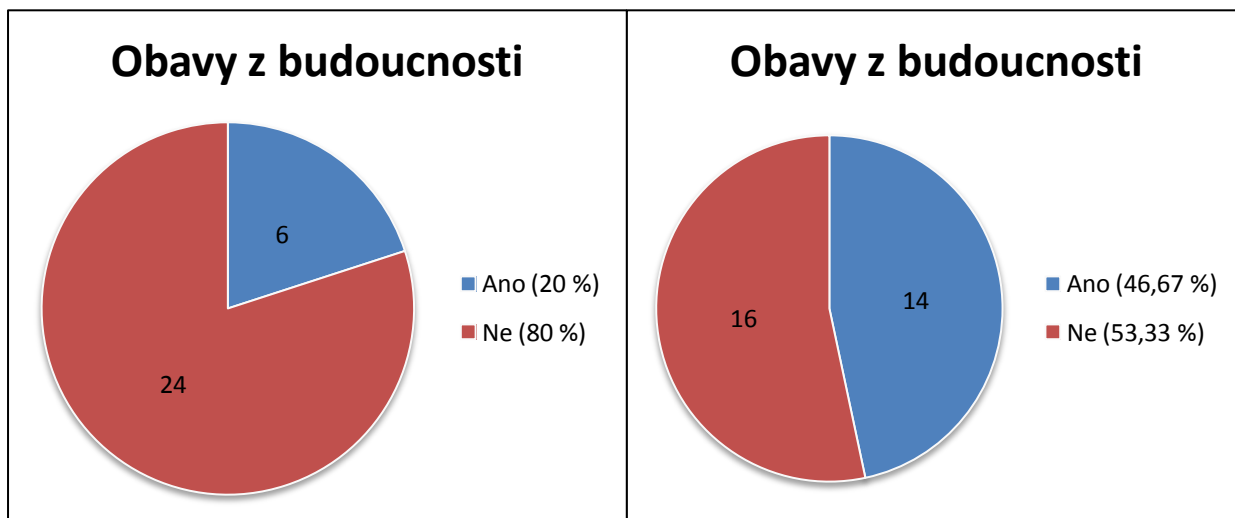


Více než 50 % obyvatel domova pro seniory se cítí osaměle, což považují za hlavní příčinu jejich stresu. Naopak 90 % seniorů pobývajících ve své domácnosti se osaměle necítí. U osob, které odpověděli na tuto otázku (samota) *ano*, byla 3,2 x větší pravděpodobnost odpovědi *samota* u otázky č. 20 – co Vás v současnosti nejvíce trápí.

Otázka č. 19: Máte obavy z budoucnosti?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

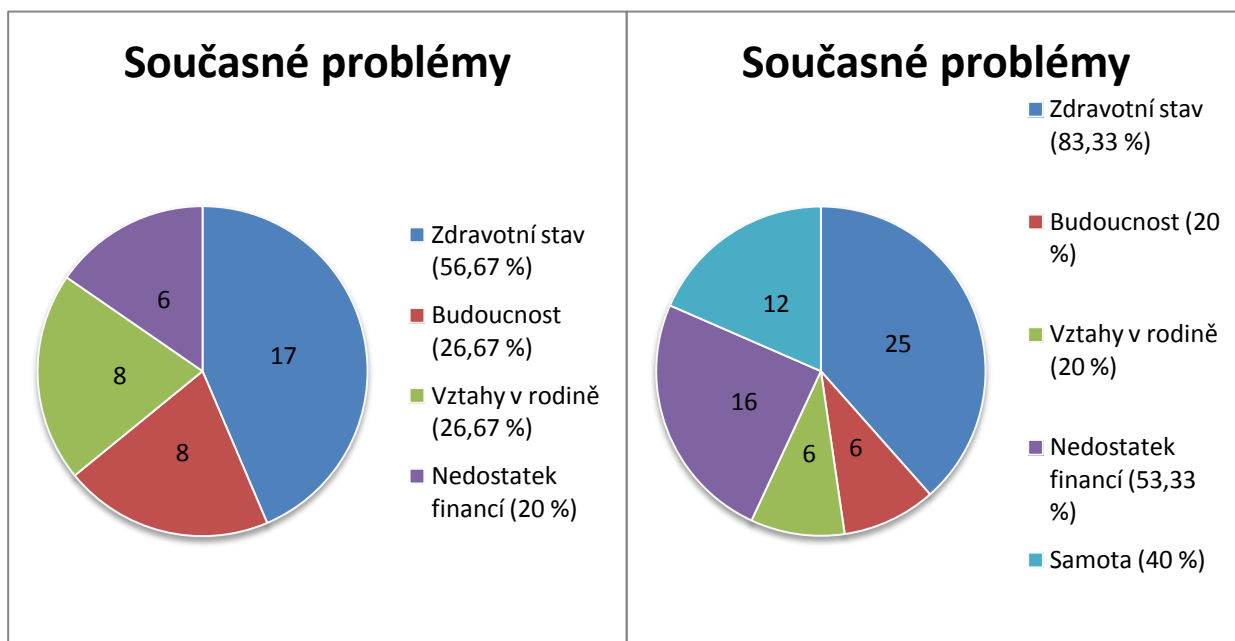


Celkově 1/3 lidí má obavy z budoucnosti a 2/3 nemá. Co se týče rozdělení samostatná domácnost a domov pro seniory, obavy z budoucnosti má více lidí z domova pro seniory než lidé ze samostatné domácnosti a to o cca 26 % (7 lidí). Bylo zarážející, že někteří lidé, kteří na tuto otázku odpověděli *ne*, v následující otázce uvedli, že je v současnosti nejvíce trápí budoucnost. Nebo možná měli jen pocit, že něco zkrátka musí vybrat a tak zvolili pro ně nejmenší zlo.

Otázka č. 20: Co Vás v současnosti nejvíce trápí?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory



Zdravotní stav trápí v obou skupinách nejvíce lidí, přičemž ve skupině osob žijících v domově pro seniory je to o téměř 30 % více (8 lidí). Na druhém místě se u seniorů

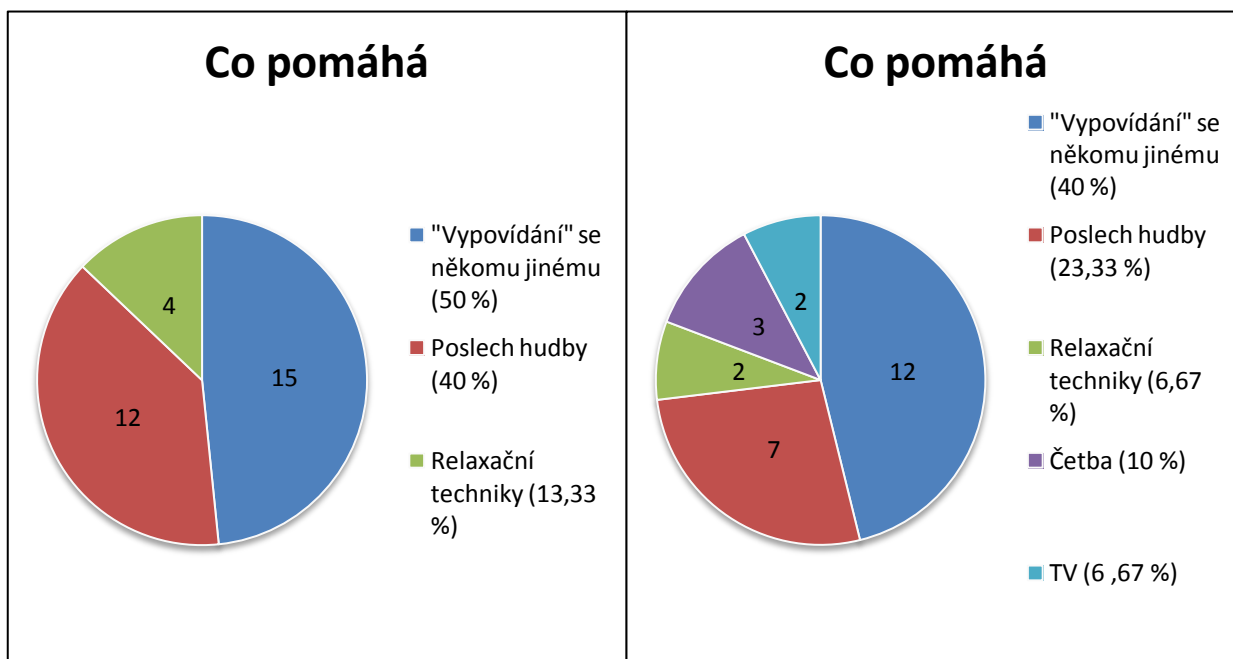
v domovech pro seniory umístil nedostatek financí, což je dáno tím, že většinu svých peněz musejí dát tam, kde jsou ubytovaní. Sice jim moc peněz nezbyvá, ale v ceně mají již všechny služby včetně například jídla, ubytování, úklidu aj. Na třetím místě je samota, čemuž odpovídá i otázka č. 18, zda se cítí osamocení. Byla zde 2 x větší pravděpodobnost odpovědi *samota*, při bydlení v *domově pro seniory*. Čtvrté a páté místo má budoucnost a vztahy v rodině. Do grafu nejsou zahrnuty odpovědi, které byly ojedinělé a to konkrétně politika a nic.

Lidé v samostatné domácnosti na první místo umístili zdravotní stav, poté budoucnost a vztahy v rodině a jako poslední nedostatek financí. Z výjimečných odpovědí to byly: nic, nestačím vybudovat to, co plánuji a abych nebyla na obtíž.

Otázka č. 21: Co Vám pomáhá dostat se ze špatné nálady / trápení?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory



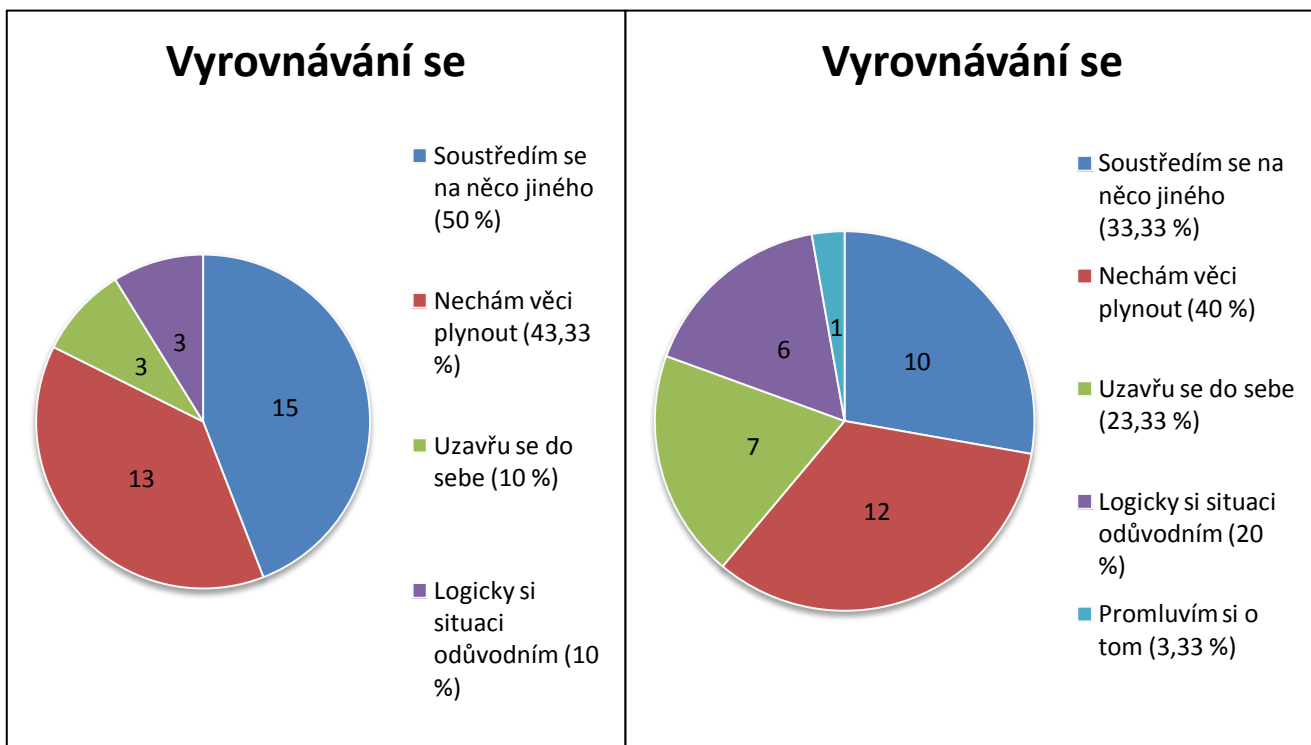
Jiné odpovědi u lidí v samostatné domácnosti: Hospoda, mariáš nebo fotbal s kamarády, věnuji se své zálibě, přítomnost pravnoučete, pivo, příroda, TV, neřeším to, vnoučata a pravnoučata.

Jiné odpovědi u seniorů žijících v domově pro seniory: Křížovky, nic, dělám jiné věci pro odvedení pozornosti, povídání s vrstevníky, dobré jídlo a pití, procházka v přírodě, spánek.

Otázka č. 22: Jak se nejčastěji vyrovnáváte s negativní událostí?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

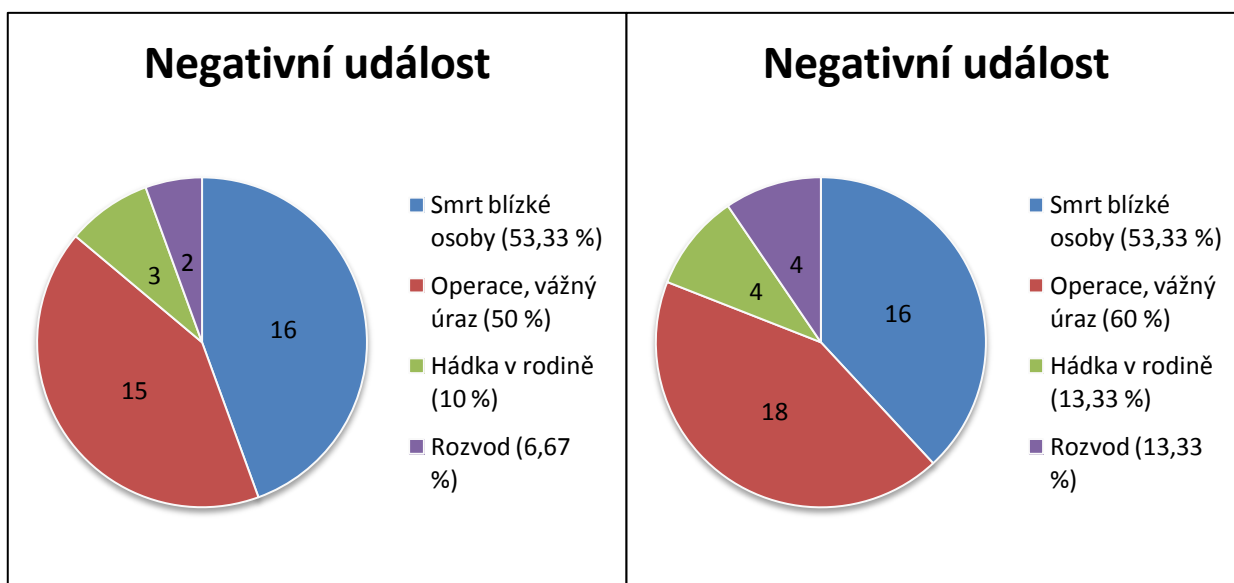


U lidí v samostatné domácnosti se na první místo dostala odpověď soustředím se na něco jiného (50 %), na druhé nechám věci plynout (43,33 %) a na třetí a čtvrté místo zároveň uzavřu se do sebe a logicky si situaci odůvodním (každé 10 %). Obyvatelé domova pro seniory mají na prvním místě nechám věci plynout, na druhém soustředím se na něco jiného, na třetím uzavřu se do sebe a na čtvrtém logicky si situaci odůvodním. Jen jediný člověk využil možnosti dopsat vlastní odpověď a tou bylo promluví si o tom. Celkově obyvatelé domova pro seniory se více rozprostřeli do všech možností, kdežto u lidí ze samostatné domácnosti většina odpověděla buď soustředím se na něco jiného nebo nechám věci plynout.

Otázka č. 23: Jakou výraznou negativní životní událost jste zažil/a?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

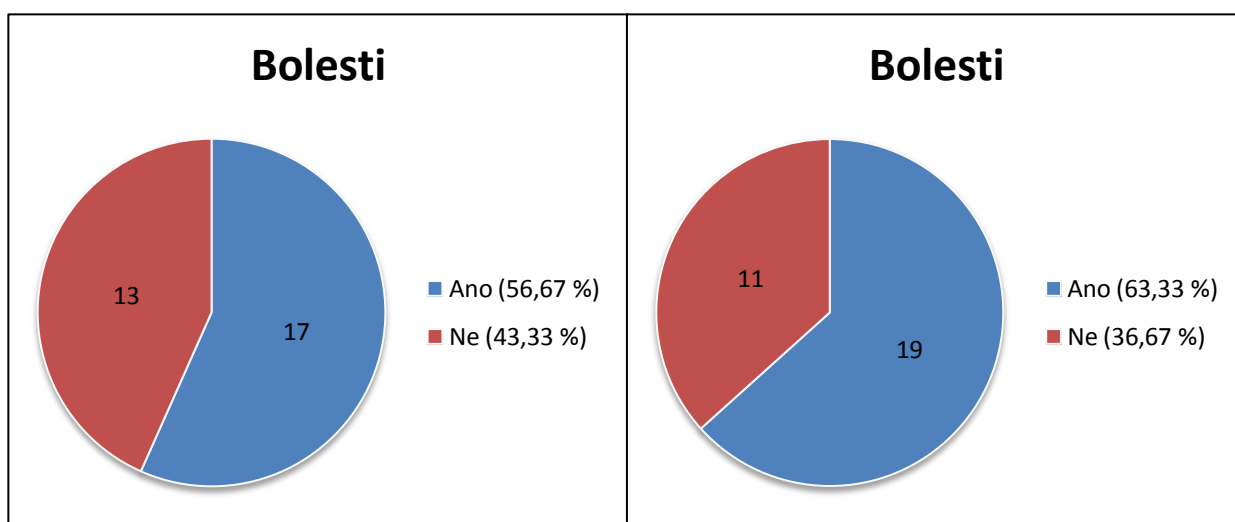


U obou skupin je stejný počet osob, kteří zažili smrt někoho blízkého, ale nepatrně se liší v počtu těch, kteří mají za sebou nějakou operaci, vážný úraz nebo nemoc. Těchto osob je více v domově pro seniory, což odpovídá, protože v domově pro seniory by měli být především lidé, kteří již mají nějaké potíže. Také se objevila jedna jiná odpověď a to u muže ze samostatné domácnosti, který napsal: Propuštění z armády.

Otázka č. 24: Máte často bolesti?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

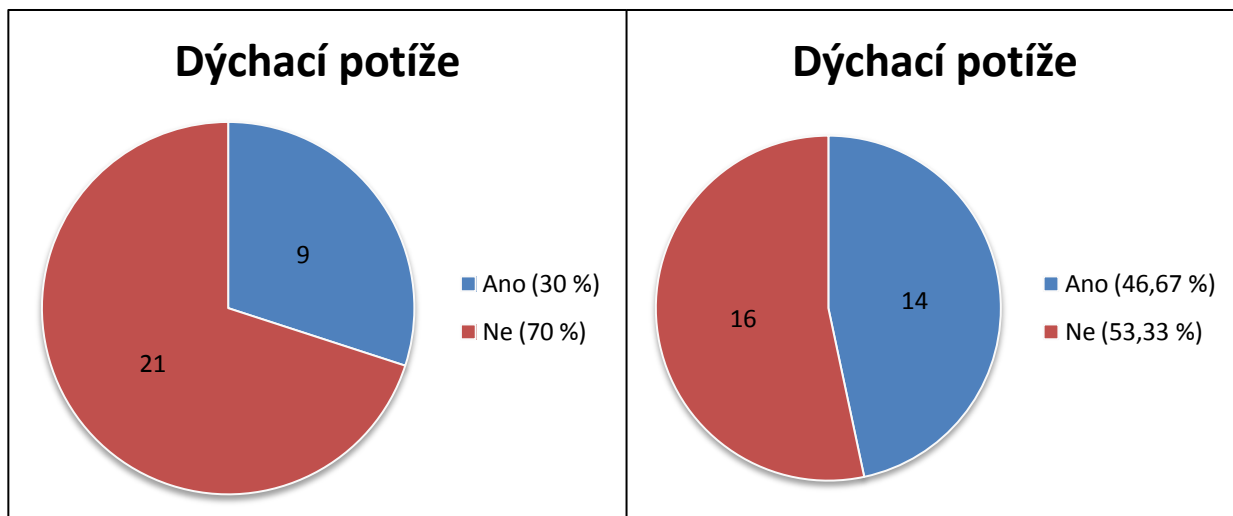


V tomto grafu vidíme, že bolestí trpí více obyvatelé domova pro seniory.

Otázka č. 25: Máte často dýchací potíže?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

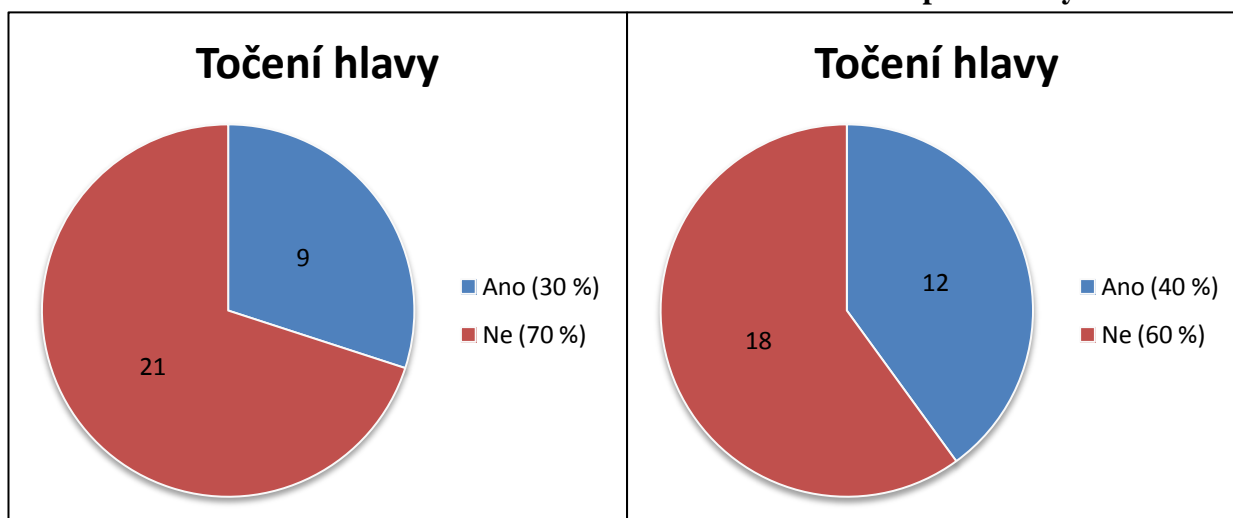


Z grafů je patrné, že dýchacími potížemi trpí více lidí v domově pro seniory.

Otázka č. 26: Často se Vám bezdůvodně zatočí hlava?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory

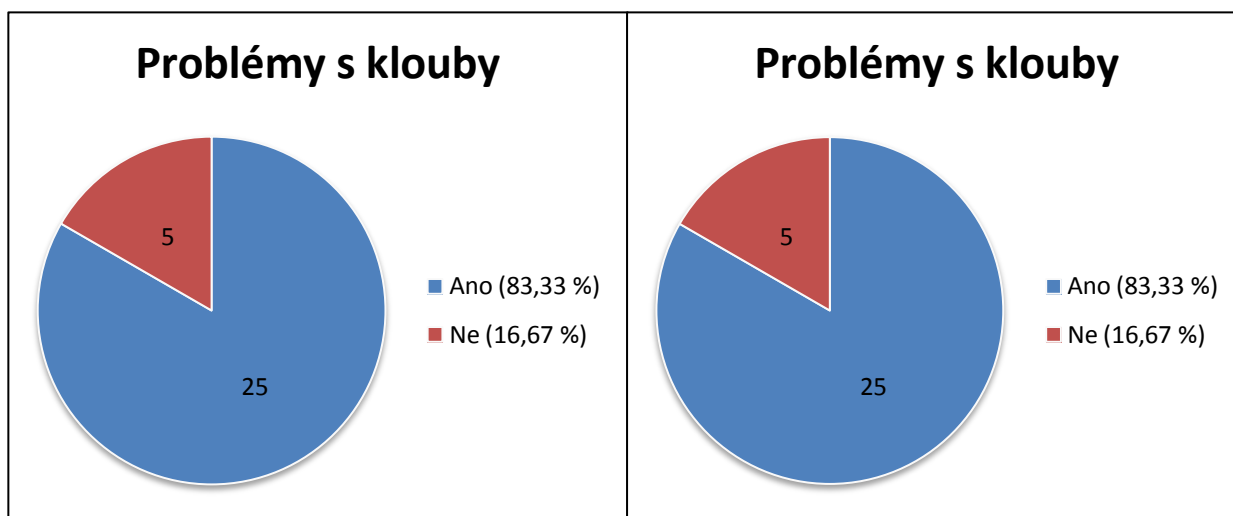


Podle grafu bezdůvodným zatočením hlavy více trpí lidé v domově pro seniory.

Otázka č. 27: Máte problémy s klouby?

Samostatná domácnost

Domov pro seniory



Pokud byla odpověď na tuto otázku *ne*, byla i 2 x větší pravděpodobnost odpovědi *ne* u otázky č. 10 – býváte často unavení. U této otázky je patrné, že problémy s klouby mají jak senioři v samostatné domácnosti, tak senioři v domově pro důchodce a to přes 80 % z obou skupin.

Dotazník v podstatě potvrdil všechny hypotézy. První hypotéza předpokládala, že senioři s více zájmy a koníčky se cítí být méně stresovaní. Ti, kteří uvedli více koníčků a hlavně těch aktivnějších jako například procházky, práce na zahrádce a okolo domku aj., jsou méně stresovaní, mají menší tělesné obtíže a dívají se s důvěrou do své budoucnosti.

Další hypotéza pravila, že senioři žijící v domácnosti se cítí být méně ve stresu než v domově pro seniory. Senioři nežijící v samostatné domácnosti jsou více úzkostní, častěji si připadají osamocení, mají méně pohybu a obavy z budoucnosti.

Poslední hypotéza předpokládala, že nejvyšší dosažené vzdělání nemá výrazný vliv na stres, což se nedalo zcela dokázat, protože rozložení nebylo ideální. Z obou skupin byl pouze jeden vysokoškolsky vzdělaný člověk a převažovali osoby s odborným vzděláním bez maturity.

Závěr

S pojmem stres se dnes setkáváme téměř na každém kroku a stáří je také velice diskutovaným tématem, jelikož se střední věk neustále prodlužuje a tím pádem přibývá procento seniorů. Avšak ani v dnešní době nemají senioři dostatek vyžití a hlavně pochopení pro své problémy a chování od ostatních obyvatel. Je to hlavně tím, že laici se o problémy seniorů nezajímají a ani je pochopit nechtějí.

Cílem této bakalářské práce bylo popsat stáří a s ním spojené procesy, dále popsat stres, jak probíhá stresová reakce a jaké jsou možné techniky vyrovnávání se stresem. Také měla práce zjistit, které faktory jsou pro seniory nejvíce stresující, zda jsou ve stresu a jakým způsobem se s negativními situacemi vypořádávají.

V rámci teoretické části jsme nejprve zpracovali literaturu, která se týkala stárnutí a jeho aspektů a poté udělali totéž s tématem stresu. Za nejvýznamnější kapitolu považují příčiny stresu, ve kterých je uvedena tabulka Holmese a Rahea k jejich teorii životních událostí. Co se týče stáří, snažili jsme se především popsat veškeré změny, které v těle, psychice i životě seniora probíhají. Nakonec jsme tato dvě témata, stárnutí a stres, spojili a popsali podle literatury nejvýznamnější stresové situace seniorů a duševní hygienu ve stáří, která by měla seniorům pomoci se lépe vyrovnat se stresem.

Praktická část byla založena na cílech práce a jejím základem byl dotazník obsahující 27 otázek, převážně pravých dichotomických. Pomocí těchto dotazníků jsem se snažila zjistit, zda jsou senioři ve stresu, jaké stresory subjektivně považují za nejzávažnější a jaký je způsob vyrovnávání se stresem. Stanovili jsme si tři hypotézy, které jsou ovšem trochu rozdílné oproti cílům praktické části. Výsledky dotazníku v podstatě potvrdily to, co jsme se dočetli v literatuře, a sice že senioři, kteří pěstují své zájmy a koníčky, se cítí být méně ve stresu než lidé bez zájmů, případně s menším počtem zájmů a také jen s pasivními zájmy, jimiž je například sledování seriálů v TV. Dále se nám potvrdilo, že senioři žijící v samostatné domácnosti se cítí být méně ve stresu, což také koreluje s literaturou. Lidé v domově pro seniory častěji postrádají svého partnera, nežijí s rodinou, mají větší zdravotní potíže, častěji je trápí samota a nedostatek financí. Překvapující bylo, že se u seniorů v samostatné domácnosti více lidí než v domově pro seniory vyjádřilo, že je v současnosti nejvíce trápí budoucnost, jelikož předchozí otázka, která se ptala výhradně na obavy z budoucnosti, vyšla jednoznačně ve prospěch domova pro seniory, čili obyvatelé domova pro seniory trápí budoucnost o téměř 30 % více než senioři žijící v samostatné domácnosti. U obou skupin se na prvním místě stresorů umístil zdravotní stav, ale i tento výsledek měl své odlišnosti. U lidí

v samostatné domácnosti takto odpovědělo 17, kdežto u lidí v domově pro seniory to bylo 25 lidí, takže opět o hodně vede domov pro seniory, kde jsme to ovšem předpokládali.

Výsledky praktické části jsou pro přehlednost zpracovány do grafů. Dotazník byl sestaven na základě zjištěných informací z odborné literatury a jeho výsledky nakonec odpovídaly tomu, co jsme se dočetli.

Resumé

Tato bakalářská práce se jmenuje „Analýza zátěžových situací u populace seniorů“. Skládá se z teoretické a praktické části.

Teoretická část se zabývá stářím a jeho periodizací, teoriemi stárnutí, změnami ve stáří a to jak tělesnými, tak psychickými i sociálními. Dále reakcemi na stáří a nejběžnějšími demencemi ve stáří. V druhé části se věnuje tématu stresu, konkrétněji jeho fázemi, příčinami, druhy a technik vyrovnávání se stresem. Poslední část je věnována kombinaci těchto dvou témat, tedy stresem u seniorů, nejčastějšími stresovými situacemi u seniorů a duševní hygienou v tomto vývojovém období.

Praktická část práce se opírá o dotazník, který byl rozdán vzorku seniorů žijících v samostatné domácnosti a seniorů, kteří žijí v domově pro seniory. Obsahuje hypotézy, výzkumné metody, charakteristiku respondentů a vyhodnocení dotazníku.

Resume

This bachelor thesis is called "Analysis of stressful situations in the elderly population." It consists of theoretical and practical parts.

The theoretical part deals with old age and its periodization, theories of senescence, changes in age and both physical and mental and social. Further reactions of the age and the most common dementias in old age. The second part is devoted to the topic of stress, particularly its phases, causes, types and techniques of coping with stress. The last section is devoted to a combination of these two topics, namely stress in the elderly, the most common stressful situations in the elderly and mental hygiene in this developmental period.

The practical part is based on a questionnaire that was distributed to a sample of elderly people living in separate households and seniors who live in a home for the elderly. Contains hypotheses, research methods, characterization and evaluation of the questionnaire respondents.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých knižních zdrojů

GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

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

HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana a NOVOTNÁ, Lenka. *Vývojová psychologie pro učitele*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita. Pedagogická fakulta, 2000. 82 s. ISBN 80-7082-626-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 204 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1370-5.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3

MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena: vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult oboru psychologie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1986, 208 s.

MÜHLPACHR, Pavel a STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

PICHAUD, Clément a THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV: Vývoj člověka v druhé polovině života*. 1. vyd. Praha: SPN, 1974, 496 s.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. II., Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Seznam použitých internetových zdrojů

Aging: International Encyclopedia of the Social Sciences. [online]. 2013 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: <http://www.encyclopedia.com/topic/aging.aspx#1-1G2:3045000034-full>

Současné teorie stárnutí. ĎOUBAL, Stanislav. Web Gerontologie [online]. 2000 [cit. 2013-03-29]. Dostupné z:

http://apps.faf.cuni.cz/Gerontology/mechanisms/theory/theory_contemporary.asp

<http://cs.wikipedia.org>

<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

<http://www.symbinatur.com/Alzheimerova-choroba-clanek-112.html>

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Diastolick%C3%BD_krevn%C3%AD_tlak

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Systolick%C3%BD_krevn%C3%AD_tlak

http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=18

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Nikola Malá a jsem studentkou Psychologie na Pedagogické fakultě v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který se týká analýzy stresových zátěží u populace seniorů. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit jako podklad pro výzkum v mé bakalářské práci. Odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte vlastní odpověď.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Pohlaví:
 - a) Muž
 - b) Žena
2. Věk:
3. Rodinný stav:
 - a) Svobodný (á)
 - b) Ženatý / vdaná
 - c) Rozvedený (á)
 - d) Ovdovělý (á)
4. Nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) Základní škola
 - b) Odborné učiliště
 - c) Střední škola
 - d) Vysoká škola
5. Současné trvalé bydliště:
 - a) Domov pro seniory / dům s pečovatelskou službou
 - b) Samostatná domácnost
6. Jak nejčastěji trávíte volný čas?.....
.....
.....
.....
7. Máte dostatek pohybu?
 - a) Ano
 - b) Ne
8. Máte problémy se spánkem?
 - a) Ano
 - b) Ne
9. Spíte často přes den?
 - a) Ano
 - b) Ne
10. Býváte často unavení?
 - a) Ano
 - b) Ne
11. Stravujete se zdravě?
 - a) Ano
 - b) Ne

12. Přípravovali jste se na svůj odchod do penze (plánovali, co budete dělat)?
- Ano
 - Ne
13. Byl pro Vás odchod do penze vnímaný spíše pozitivně nebo negativně?
- Pozitivně
 - Negativně
14. Máte nyní nějaké cíle a plány?
- Ano
 - Ne
15. Přijdete si více ve stresu než dříve?
- Ano
 - Ne
16. Cítíte často strach, úzkost, napětí?
- Ano
 - Ne
17. Jste optimističtí?
- Ano
 - Ne
18. Cítíte se často osamocení?
- Ano
 - Ne
19. Máte obavy z budoucnosti?
- Ano
 - Ne
20. Co Vás v současnosti nejvíce trápí? (můžete zaškrtnout více možností)
- Zdravotní stav
 - Nedostatek financí
 - Samota
 - Budoucnost
 - Vztahy v rodině
 - Jiné:.....
-
21. Co Vám pomáhá dostat se ze špatné nálady/ trápení? (můžete zaškrtnout více možností)
- Poslech hudby
 - „Vypovídání“ se někomu jinému
 - Relaxační techniky
 - Jiné:.....
-
22. Jak se nejčastěji vyrovnáváte s negativní událostí?
- Uzavřu se do sebe
 - Nechám věci plynout
 - Logicky si situaci odůvodním
 - Soustředím se na něco jiného

e) Jiné:.....
.....

23. Jakou výraznou negativní životní událost jste zažil/a?

- a) Operace, vážný úraz
- b) Smrt blízké osoby
- c) Hádka v rodině
- d) Rozvod
- e) Jiné:.....
.....

24. Máte často bolesti?

- a) Ano
- b) Ne

25. Máte často dýchací potíže?

- a) Ano
- b) Ne

26. Často se Vám bezdůvodně zatočí hlava?

- a) Ano
- b) Ne

27. Máte problémy s klouby?

- a) Ano
- b) Ne