

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Zvládání životních situací
zaměřeno na seniory

Bakalářská práce

Autor: Andrea Koubová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Hradec Králové

2014

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	Andrea Koubová
Osobní číslo:	P11819
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název tématu:	Zvládání životních situací
Zadávací katedra:	Katedra sociální patologie a sociologie

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í:

Práce se zaměřuje na problematiku náročných životních situací u seniorů. Teoretická část práce popisuje vývojové zvláštnosti ve stáří, změny zdravotního stavu ve stáří, vybrané rizikové a protektivní faktory zvládání stáří s akcentem na náročné životní situace, sociální oporu, subjektivní pohodu a kvalitu života, smysluplnost života ve stáří. Empirická část práce mapuje faktory ovlivňující zvládání životních situací a adaptaci na stáří.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování bakalářské práce:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D. Katedra sociální patologie a sociologie
Oponent bakalářské práce:	PhDr. Josef Kasal, Ph.D.
Datum zadání bakalářské práce:	12.2.2013
Termín odevzdání bakalářské práce:	24.4.2015

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

PhDr. Václav Bělík, Ph.D.
vedoucí katedry

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Andrea Koubová

Poděkování

Zde bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi Ph.D., za cenné rady a připomínky poskytované během tvorby bakalářské práce.

Anotace

KOUBOVÁ, Andrea. *Zvládání životních situací*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta univerzity Hradec Králové 2014. s. 72. Bakalářská práce

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku stárnutí a stáří, změnu involučních a kognitivních procesů, sociálního statutu, kvalitu života a strategie zvládání životních situací, které období seniorského věku provází. Práce čerpá informace z odborné literatury, která se danou tematikou zabývá. Bakalářská práce je orientována především z pohledu psychologie stárnutí, vývojové a pozitivní psychologie, které se snaží nahlížet na stáří, jako na nezvratný fakt, který je součástí života a ukazuje možnosti prožití následného smysluplného života s ohledem na odlišnosti a potřeby stárnoucích lidí.

V první kapitole je definován pojem stárnutí a stáří a jeho involuční změny v organismu, následující kapitoly, se věnují periodizaci stáří, vymezení pojmu senior a starší člověk. V práci jsou zmíněny klasické teorie stárnutí i současný pohled, získaný z výzkumných prací v celosvětovém měřítku. Dále jsou uvedeny vědní disciplíny, které se zaměřují na stárnutí a senium a jeho aspekty. Je zmíněna kvalita života, která může být různá s ohledem na integritu a zralost osobnosti stárnoucího člověka. Zvládání životní situací se neobejde bez strategií zvládání, ani nezdolnosti, která je pro každého jedince individuální, proto jsou v této práci zmíněny, stejně tak sociální opora, která zvyšuje pozitivní kvalitu života. V závěrečné části práce jsou vyjmenovány některé z etických problémů, se kterými se senioři potýkají, jako je ageismus nebo předsudky o intimním životě.

V rámci praktické části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum formou interview, zaměřený na míru spokojenosti v životě seniorů tří chronologicky odlišných věkových skupin. Cílem praktické části práce je provést šetření individuální spokojenosti s životem vybraných osob a ukázat rozdíl ve vnímání spokojenosti a subjektivní pohody v rozdílném pojetí žen a mužů.

Klíčová slova: Stárnutí, stáří, involuční změny, plasticita mozku, senior, periodizace stáří, kvalita života, strategie zvládnání, resilience, sociální opora, ageizmus.

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 DEFINICE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	9
1.1 PŘÍČINY PROCESU STÁRNUTÍ.....	11
1.2 PROJEVY STÁRNUTÍ	14
2 KLASICKÉ TEORIE STÁRNUTÍ	19
3 VYMEZENÍ POJMŮ: SENIOR, STÁRNOUCÍ ČLOVĚK A LIDÉ VYŠŠÍHO VĚKU	20
4 VYMEZENÍ STÁŘÍ NA SOCIÁLNÍ, CHRONOLOGICKÉ, BIOLOGICKÉ.....	21
4.1 ČLENĚNÍ CHRONOLOGICKÉHO (KALENDÁŘNÍHO) VĚKU Z POHLEDU RŮZNÝCH AUTORŮ	22
5 VĚDNÍ DISCIPLÍNY ZABÝVAJÍCÍ SE STÁRNUTÍM	24
6 KVALITA ŽIVOTA V SENIORSKÉM VĚKU.....	25
6.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA A KVALITA ŽIVOTA.....	25
6.2 POCIT SPOKOJENOSTI A SMYSLUPLNOSTI ŽIVOTA	29
7 INTEGRACE OSOBNOSTI STÁRNOUCÍHO ČLOVĚKA Z POHLEDU POZITIVNÍ PSYCHOLOGIE.....	33
8 RESILIENCE – NEZDOLNOST, STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH SITUACÍ.....	37
8.1 STYLY ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH ZÁTĚŽÍ	42
8.2 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH SITUACÍ.....	43
8.3 CÍLE ZVLÁDNUTÍ ŽIVOTNÍCH SITUACÍ.....	44
8.4 TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍCH SITUACÍ SE ZAMĚŘENÍM NA SENIORY.....	44
9 SOCIÁLNÍ OPORA.....	46
9.1 DRUHY SOCIÁLNÍ OPORY.....	48
9.2 TEORIE SOCIÁLNÍ OPORY.....	49
9.3 NEVHODNĚ POSKYTOVANÁ SOCIÁLNÍ OPORA	50
10 VYBRANÉ ETICKÉ PROBLÉMY SENIORŮ A LIDÍ STARŠÍHO VĚKU	50
10.1 AGEISMUS.....	50
10.2 INTIMNÍ SOUŽITÍ	52
PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	54

11	CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ ROZDÍLNÉHO VNÍMÁNÍ SUBJEKTIVNÍ ŽIVOTNÍ KVALITY MUŽŮ A ŽEN V OBDOBÍ SENIORSKÉHO VĚKU	55
11.1	VÝBĚR ZKOUMANÝCH RESPONDENTŮ	55
11.2	POPIS METODY VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	55
11.3	INTERPRETACE RESPONDENTŮ NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	56
12	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	65
	CELKOVÉ SHRNUÍ PRÁCE.....	66

Úvod

V bakalářské práci se zabývám aspekty, které tvoří změny vývoje člověka v průběhu stárnutí a především ve stáří, tak jak postupují na základě přirozeného vývoje ve fyziologii těla a psychologického zrání člověka, změně společenského statusu, což se následně odráží v kvalitě prožívaného života. Problematika kvality života seniorského věku a zvládání nově vzniklých zátěžových situací, změn zdravotního stavu v podobě častých výskytů chronických onemocnění, která jsou v podstatě neléčitelná a dlouhodobá, zvyšování požadavků na vyšší zdravotní péči a sociální služby i déle prožívanou kvalitu života, protože se prodlužuje celkový věk lidí, je stále aktuálnější téma pro celou společnost. Jak tzv. **šednoucí společnost přibývá**, mění se na ni náhled z pohledu sociokulturního, ale především ekonomického a politického. V době preference kult mládeže, je stárnutí a stáří, vnímáno spíše jako zatěžující jev, o kterém se sice ví, ale moc často nemluví, a když tak s určitým despektem.

Snížením kojenecké úmrtnosti, zvyšující se lékařskou péčí, zmírňujícími se nároky životního prostředí, prodloužením doby produktivního věku, se život seniorů posouvá do nových rovin a zároveň sebou přináší i více zátěžových situací, kterými člověk prochází, ale i zároveň nové možnosti, jak žít relativně dobře v době seniorského věku a pozdního stáří.

V důsledku poklesu populačního růstu obyvatelstva západní části Evropy, ale i v ČR, prodlužováním života se mění i skladba obyvatelstva, což bude mít za následek jiné nároky a potřeby, očekávání budoucí společnosti. Zvýšení podílu stárnoucích lidí v populaci bude mít důsledky hlavně v ekonomické, sociální a zdravotní sféře, což představuje závažný problém v globálním měřítku. Podle předběžných prognóz ČSÚ bude např. v ČR v roce 2050 v seniorském věku, každá třetí osoba. Bude kladen apel i na samotné seniory, aby se snažili svůj život vést nadále produktivněji a aktivně, dostatečně včas si vytvořili finanční rezervy, které lépe pokryjí poklidné stárnutí.

Senioři mají před sebou možnost se podílet na kvalitě svého života, učit se novým dovednostem (kam patří i způsoby zvládnání životních situací) tak, aby měli pocit, že jsou aktivní, plnohodnotní lidé, kteří si svůj život určují a nesou za něj odpovědnost a nedostávají se do pasivní role toho, kdo čeká, že bude o něj pouze postaráno. Senioři ač už jejich životní tempo, odolnost, zdraví, sociální zázemí i způsoby chování jsou do určité míry poznamenány odžitými léty a způsobem předchozího života, mají stále co nabídnout. Jsou to jejich zkušenosti a moudrost, životní nadhled, jako protipól progresivnosti a dravosti mladších generací, které by se měly na oplátku postarat o své blízké, protože i oni jednou dospějí do této životní etapy.

Teoretická část

Cílem mé práce je nastínit, jak moderní psychologie pohlíží na fenomén stáří a popisuje další duševní vývoj a naopak vysvětluje omezení, které sebou stáří přináší. Dále se práce zabývá určováním chronologického, psychologického a sociálního stáří. Vymezením pojmu stárnutí a stáří z pohledu moderních i klasických teorií, pojmu senior a člověk vyššího věku, co jsou to zátěžové životní situace a jaká může v člověku být odezva na jejich prožívání, překonávání, adaptaci, protože s přibývajícím věkem se schopnost adaptability na nové situace a podněty snižuje. Teoretická část práce též popisuje, jak je důležitá sociální opora, etické problémy, jež často prožívají senioři a lidé vyššího věku, kteří jsou ohrožení určitou sociální selekcí a předsudky a jak je obtížné udržet si smysluplnost svého života a cítit se být stále pro společnost, členy rodiny, prospěšný a důležitý.

1 Definice stárnutí a stáří

Velice výstižně je definováno stárnutí a stáří, osobním přístupem každého z nás, ve výňatku MPSV a zní následovně:

„To, jak budeme stárnout, záleží do určité míry na nás. Právě nyní začínáme tvořit podobu svého stáří. Stále větší část svého života budeme prožívat ve stáří. Měli bychom si položit otázku, jak využijeme získané přírůstky v délce života a jaké chceme stáří pro sebe a pro své rodiče.“ **Výňatkem z usnesení Ministerstva práce a sociálních věcí (2008, s. 7, 8, 21).**

Stárnutí je nezadržitelný biologický proces, který se odráží v postupných fyziologických, psychických a sociálních změnách působících na lidský organismus. Je nevyhnutelnou součástí života každého organismu a začíná prakticky již v prvních fázích života. Rychlost stárnutí je individuální pro každého člověka a demonstruje způsob životního stylu (např. špatná životospráva, nedostatečná hygiena, náročnost povolání, abúzus návykových látek, pozitivního postoj a spokojenost v životě, optimizmus apod.). Dále v procesu stárnutí působí míra a četnost zátěžových situací (psychických i fyzických) a genetický vklad, zděděný po předchozích generacích (chromozomální mutace, dědičná onemocnění). Nedílnou součástí v rychlosti a intenzitě stárnutí, je působení životního a sociálního prostředí, které tvoří každodenní realitu daného člověka. Stárnutí vyústí ve stáří a následně v smrt.

Stárnutí je zkoumáno z mnoha hledisek a stojí ve středu zájmu nejen biologů, neurologů, sociologů, psychologů, pedagogů, ale i politologů, protože tvoří interdisciplinární problém, dotýká se všech aspektů života. Podle Křivohlavého (2011) se stárnutí dá přirovnat k plynutí vody: „Potůček, který vytéká od pramene, vypadá jinak než říčka, která se stéká s jinou říčkou, či mohutným veletokem, s nímž se setkáváme u ústí do moře.“

Stárnutí je poslední fází vývoje, nevyhnutelně postihující, každého včetně zdravých jedinců. Dá se též nazvat post vývojovou fází, v níž „již byly realizovány

všechny latentní schopnosti vývoje a zůstávají pouze nově působící možnosti poškození (Bromley, 1988)“.

Prof. J. Švajcar ve svých odborných pracích shrnuje pojem stáří: „Stáří je sestupnou periodou vývoje a začíná v dřívějších vývojových stádiích“.

Stárnutí z pohledu např. sociologického, je zaměřena na seniory, kteří dál zastávají své místo ve společnosti. Sociologie stáří dle Pacovského (1990) v rámci obecných zákonitostí lidské společnosti, se zabývá specifiky staré populace a motivuje k řešení jednotlivých fenoménů daného životního údobí. Společenské vztahy se promítají do všech struktur společnosti a hodnotí jednotlivé věkové skupiny obyvatel.

Stáří (*senium*) Existuje mnoho definic stáří a sami autoři poukazují na nejednoznačnost tohoto vymezení.

Stáří (*senium*) je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které jsou již daleko markantnější než v prvopočátku stárnutí. Změny podmiňují zvýšenou zranitelnost, pokles schopností, výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti (Langmeiner, Krejčová, 1990).

P. B. Baltes (2009) vyjadřuje stáří jako tělesný, psychický, sociální a duchovní jev. Staří lidé nejsou homogenní skupinou. Vyznačují se plasticitou (tvárností), variabilitou mezi funkcemi a osobami a vysokou mírou biografické individuality. Patologie, jako např. stařecká demence, stanovuje plasticitě hranici a to především v oblasti dalšího vývoje.

Haškovcová (1990) se domnívá, že: „Stáří je jaké je samo o sobě“, ale interpretace, co znamená být starý, je různá a může být protichůdná aktuálně i historicky. Každý jedinec se na stáří dívá různým pohledem, stejně tak společnost si vytváří vlastní sebepojetí stáří, což se promítá v následném hodnocení starých lidí.

Křivohlavý (2002) definuje stáří jako: „proces, který je včleněn do celkového životního děje člověka. Není ničím neočekávaným, jako například nehoda. Je to plynulý přechod v rámci celého života člověka.“

1.1 Příčiny procesu stárnutí

Procesy stárnutí studuje obor gerontologie. Závěry z výzkumů zaměřených na změny lidského organismu ve stáří, dále na zdravotní, psychologické a sociální aspekty tohoto životního úseku, jsou využívány při léčbě a preventivní péči o seniory. Stárnoucí populace je mapována demograficky. Aktuálně se zaznamenávají statistické údaje o rozložení, počtu a pohybu obyvatelstva v různých zemích světa.

Příčiny stárnutí můžeme sledovat z několika hledisek, ale význam je kladen především na biologické, genetické, neurologické a psychologické determinanty.

Biologické příčiny

Biologické změny v seniu probíhají především ve fyziologické úrovni a jsou výrazně ovlivněny životosprávou a geny jedince.

MUDr. J. Šafránek na svých webových stránkách *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* (cit. 11. 2. 2010) uvádí, že biologické studie, jsou zaměřené na fenotypové stárnutí buněk, tzv. **teorie volných radikálů**. Reaktivní metabolismy reagují s makromolekulami membrán, struktur buněk i nukleových kyselin, které postupně negativně ovlivňují jejich funkci.

Mülpacher (2005) uvádí, že biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (pokles funkční zdatnosti, atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů), propojených se změnami způsobenými chorobami, které se vyskytují především ve vyšším věku.

Všeobecně lze říci, že biologické znaky stárnutí, jsou patrné ve všech tkáních a jejich buňkách, nezávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných i duševních pochodů.

Vznikají i degenerativní změny a pokles základního metabolismu. Přibývá vaziva na místo funkčních tkání. Stejně tak se snižuje odolnost vůči infekcím, nádorovým onemocněním, zpomaluje se hojení ran, vazivo není již tak pružné, je vyšší výskyt aterosklerózy apod. (Langmeiner, Krejčová, 1990).

Biologické příčiny jsou nezvratné a jsou podmíněny druhově, v některých případech se ztráty či degenerativní změny dají kompenzovat na základě vhodných (kompenzačních) pomůcek a zásahem moderní lékařské vědy.

Genetické příčiny

Způsobuje je akumulace somatických mutací. Funkční důsledky genových i chromozomálních mutací závisí na jejich lokaci, četnosti a typu postižených buněk. Neletální mutace porušují syntézu proteinů důležitých pro metabolismus a obnovu buněk. Mutace mohou snižovat adaptační schopnosti buňky a posléze způsobit zánik (Štefánek, 2010).

Neurologické a psychologické příčiny

Nervová soustava je dělena do dvou systémů. Centrálního nervového systému (CNS) a periferního nervového systému (PNS). Centrální nervový systém se skládá z mozku a míchy. Periferní nervový systém tvoří neurony, propojující CNS s ostatními částmi těla. Neuron je základní stavební jednotkou buněk nervového systému. Neurony CNS nelze nahradit, na rozdíl od neuronů PNS, které kompenzačně jsou schopné vytvořit nová spojení. Ve stáří dochází k nezvratnému úbytku neuronů. Jsou též postiženy i synapse, které mezi jednotlivými neurony nepřenášejí potřebný počet vzruchů a vzniká tak pomalé reakční tempo a přenášené vzruchy se nedostávají k požadovaným (mozkovým) centrům nebo konečným nervovým zakončením. Podle starších studií, lidský mozek při průměrném stárnutí ztrácí 15 – 20 procent své váhy (Bromley, 1988). To má potenciálně vážný dopad na činnost psychiky člověka a jeho následné fungování v dalším životě.

Novější studie ovšem na tuto problematiku pohlíží pozitivněji.

Výzkum PSYCHO-BIO-NEUROLOGIE, na základě psychologického studia stárnutí, dospěl k poznatku, že aktivita lidského mozku je i ve stáří **plastická** (Křivohlavý 2011).

„Koncept **plasticity mozku** umožňuje chápat mechanismus, který je základem funkce mozku v průběhu celého života. Funkčně plastický mozek má větší vývojové a kompenzační možnosti. Do naší strnulé představy stárnoucího mozku vnáší něco nejasně osvobozujícího. Pokud porozumíme biologii plasticity, naučíme se mnoho o stárnutí a pravděpodobně budeme mít nové nápady a podněty, jak lépe zacházet s obtížemi stáří. Plasticita se týká nejen buněčných vláken, ale i neuronových sítí, rovněž samotných mozkových buněk“ (Kempermann, 2009, s. 38).

Ve stáří jsou též patrné změny v inteligenci. Stáří přináší nárůst obecných vědomostí, ale za cenu delší doby, po kterou je starší člověk schopen daný problém (úkol, věc) promyslet. Jednodušší vyjádření je, že **stáří s sebou přináší moudrost, ale nižší důvtip či bystrost**. Inteligenci je možno dělit z více hledisek např. na obecnou, sociální apod., ale u seniorů je důležitá změna především ve fluidní a krystalické inteligenci. Zatímco krystalická inteligence (tj. získané znalosti formálním vzděláním nebo v průběhu života), ve stáří neklesá, pro změnu fluidní inteligence, založená na schopnosti řešit problémy, k jejichž řešení, není možno dojít na základě formálního vzdělání nebo zkušeností, s přibývajícím věkem značně klesá (Stuart-Hamilton, 1999). Fluidní inteligence se dá obecně nazvat „pragmatikou života“.

Jinou soudobou teorií měl ve čtyřicátých letech 20. století kanadský psycholog Donald O. Hebb, který ve své teorii „**synaptická plasticita**“ byl přesvědčen, že **mozek na základně cvičení je možno udržovat** v pozdním věku. Základem je stálé fungování neuronů i ve starším věku a především spoju (synapsí) mezi nimi, které ovlivňují především látky (trasmitery), které synapse obklopují. Tento koncept je dodnes nazván Hebbův princip.

Stavy neuronové sítě reprezentují zároveň i paměť, její funkce, které jsou závislé na strukturách neuronové sítě (buněčné shluky, vzrušivé a tlumivé nervové buňky, synapse, vlákna nervových buněk). Plasticita je proměnnost ve všech jmenovaných strukturách. Nejnovější výzkumy poukazují na to, že plasticita se netýká jen buněčných vláken, neuronových sítí, ale také samotných mozkových buněk mezi nimi. V tzv. dospělé neurogenezi je regulována závislost na aktivitě. Především kognitivní aktivita posiluje vytváření nových nervových buněk (Gruss, 2007).

To co se děje v synapsích určuje, zda půjde či nepůjde vzruch nervovou sítí dál (Křivohlavý, 2011). Řada současných výzkumů potvrzuje, že fungování a kognitivní schopnosti ve stáří se **výrazně nemění**, pokud lze na možných negativních změnách preventivně a **aktivně pracovat**.

Psychologické aspekty stárnutí jsou především patrné v ukládání, vybavování a používání informací (krátkodobá paměť je horší, než dlouhodobá). Dochází k celkovému zpomalení kognitivních funkcí mozku a pomalosti tzv. reakčních časů. Z předešlého odstavce lze odvodit, že tento stav je možné zpomalit či změnit, což je velmi pozitivní. Tuto problematiku podrobně mapuje především gerontopsychologie.

1.2 Projevy stárnutí

Odlišnost starých lidí od mladých, na základě tělesných projevů a změn ve stáří se označuje jako *fenotyp stáří*.

Stárnutí se projevuje úbytkem funkce jednotlivých orgánových systémů. Klesá bazální metabolismus, plicní ventilace, průtok krve jednotlivými orgány, je snižena výkonnost a schopnost organismu zajistit homeostázu vnitřního prostředí, snižuje se výkonnost imunitního systému (Štefánek 2010).

Všeobecný pokles jednotlivých funkcí těla se u seniorů projevuje ve zhoršení smyslového vnímání – sluchu (akustický defekt intenzity a výšky tónů), zraku (pomalá akomodace čoček), hmatu, motorické pružnosti a funkčnosti pojivové

tkáně, atrofií orgánů a svalové hmoty. Dochází k osteoporóze především dlouhých dutých kostí, frakturám tzv. krčků femurů, luxacím a k degenerativním změnám kloubních pouzder, opotřebením chrupavek (tj. artróza). V pozdním věku je frekventován výskyt deformace meziobratlových plotének a fraktur na obratlích páteře nebo výrůstky ohrožující nervy míšního kanálu. Z vizuálního hlediska je patrný pokles pružnosti pokožky (kůže) a tvorba vrásek, pigmentových skvrn, úbytek a šedivění vlasové části a změna hustoty ochlupení. Je patrnější sklon k nadváze a mění se morfologický tvar těla např. u žen po době klimaktéria je patrná změna proporcí pasu a boků (pas přestává být útlejším než boky – což bylo z pohledu biologického známkou plodnosti.). Podkožní tuk se ukládá v oblasti abdomenu. Mění se původní hormonální hladiny a činnost endokrinních žláz. Dochází k poklesu sexuální činnosti – u žen ke klimaktériu, u mužů se snižuje potence. Negativní vliv stárnutí se projevuje i v krevním řečišti (kardiovaskulární degenerace) na základě aterosklerózy, vysokou hladinou cholesterolu a častým výskytem diabetu, dny (zvýšení kyseliny močové v krvi), vysokého krevního tlaku. Snižuje se prokrvování periférií lidského těla, je nízká pružnost žilních a cévních stěn (zvýšená tvorba varixů, trombů, výdutí apod.), ohrožení ischemií. Se stářím se pochopitelně stává defektní i chrup, který je uzpůsoben vydržet relativně ve zdravém stavu do věku zhruba 30. let. Trávicí systém snižuje množství šťáv a dochází tak k pomalému štěpení a vstřebávání živin do krve, je pokles střevní mobility. V močovém systému dochází k zpomalení činnosti ledvin, klesá pevnost močových svalových svěračů a nastává neovladatelná inkontinence. Přenos nervových vzruchů do periférií (např. z mozkových center ke svalům) je pomalejší či defektní, proto se snižuje přesnost a rychlost motoriky a dochází k častějším úrazům. Imunitní systém zaznamenává také velké změny, je oslabenější, spíše náchylnější k častým infekcím.

Mění se pružnost kognitivních schopností. Zhoršuje se orientace (hlavně v čase, prostoru) a paměť. U psychických změn, především jde o zpomalení psychomotorického tempa, dostavuje se vyšší míra psychické unavitelnosti, poruchy myšlení, omezení fantazie, sklony k úzkostným a depresivním projevům, emoční labilitě. Nastávají změny v osobnosti člověka, které se projevují

specifickým chováním vůči sociálnímu prostředí, ve kterém se daný člověk pohybuje nebo tráví život. Staří lidé se stávají více introvertními. Snižuje se soběstačnost, výkonnost, průbojnost, entuziasmus a vzniká větší závislost na okolí, je patrnější egocentrismus. U některých seniorů v období stáří nastává ovšem i **pozitivní změna** v dozrání a integraci osobnosti a získání životní moudrosti a nadhledu, smířením se s životem. Zvyšuje se duševní rozvaha a stálost názorů i vztahů.

Starší člověk mívá problémy s percepcí v důsledku zhoršování zrakových a sluchových vjemů, musí se více soustředit, což ho zatěžuje. Kompenzací bývá selekce pozornosti, jen na některé podněty. Člověk ve vyšším věku není schopen vnímat rychle celek, pouze jeho části a postupně si je skládat do souvislostí a celků, proto potřebuje dostatek času a podpory.

Pacovský (1990) rozlišuje funkční změny ve stáří do tří typů:

- úbytek funkcí na molekulární, orgánové, tkáňové, systémové úrovni
- vyčerpání buněčných rezerv, projevujících se při reakci na zátěžovou situaci
- zpomalení většiny funkcí

Další rozlišení pojmu stáří na dva okruhy je dle Mülpachera (2005):

Epidemiologický přístup:

- Stárnutí a umírání jsou děje především nahodilé, vykazují variabilitu a jsou podmíněné vnějšími a chorobnými vlivy.
- Přirozená smrt stářím zřejmě neexistuje, pouze smrt jako nehoda.
- V optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.

Gerontologický přístup:

- Stárnutí a umírání jsou procesy svou povahou zákonité.
- Vykazují druhovou specifičnost a blízkost u dvojčat.
- Jsou kódovány genetickou informací.

- Přirozená smrt stářím existuje.
- Ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici, k níž se již blížíme, nedojde – li k ovlivnění genetické informace.

Proces stárnutí nelze zastavit, ale za jistých podmínek lze zpomalit. Např. podle Spirduse (in Štilec, 2004), existují tři rozhodující faktory:

- Zlepšení kvality výživy a snížení celkového objemu konzumovaných potravin.
- Přiměřený rozsah aktivit (pracovních i duševních).
- Odpovídající objem tělesných a relaxačních cvičení.

Mezi faktory mající vliv na stárnutí, se mohou řadit takové, které proces urychlují nebo zpomalují. Tyto faktory lze ovlivnit způsobem prožitého života.

Faktory zpomalující stárnutí:

- Klidný spánek.
- Častá fyzická aktivita.
- Zdravá výživa.
- Společenská a pracovní angažovanost.

Faktory urychlující stárnutí:

- Stres.
- Nadměrný příjem potravy.
- Obezita.
- Vysoký krevní tlak.
- Abúzus omamných látek.
- Fyzická neaktivita, sedavý způsob života.
- Osamocení a nízká společenská, pracovní neangažovanost.

(J. Vigué in Kubešová, 2006)

Pochod stárnutí je u každého druhu geneticky zakódován a pro každý druh existuje hranice délky života. U člověka je to nejčastěji předpokládaný věk 125 let (Langmeiner, Krejčová, 1990).

Na závěr tématu k projevům stárnutí, je podstatné zmínit slova profesora Švajcara (1983): „Stárnutí není chorobnou změnou, ale normálním biologickým pochodem, který probíhá v nezadržitelném toku vývoje“.

2 Klasické teorie stárnutí

Evoluční teorie

Evoluční teorie stárnutí je známá téměř 150 let od badatelů jako např. Williams, Medawar, Hamilton, Kirkwood. První komplexní hypotézu evoluce stárnutí definoval nositel Nobelovy ceny **P. B. Medawar** takto: „Nárůst rizika úmrtí v průběhu života je způsoben škodlivými mutacemi, které v průběhu generací se nasrádaly v genomu. Evoluční mechanismy selekce jsou natolik účinné, aby zabránily stárnutí“. Dále Medawar předpokládá, že existují věkově specificky účinné geny. V určitém věku se uložená dědičná informace projeví, škodlivou mutací v genu, sníží evoluční zdatnost jedince. Název této teorie je „**teorie akumulace mutací**“ (Baudisch, 2009).

Evoluční biolog **G. C. Williams** vytvořil teorii „**antagonistické pleiotropie**“. Logika teorie vychází ze dvou slov: **Pleioropie** (tzn. mnoho účinků) a **antagonistické** (tzn. protichůdné). Williams předpokládá, že různé varianty genů spouští více účinků. Pokud účinky jsou protichůdné vzhledem k evoluční zdatnosti, efektivita příznivých účinků převáží nad nevýhodami. Dle Williamse geny, které v mládí pozitivně ovlivňují reprodukci a přežití, v pozdějších letech toto znesnadňují. Williamsova teorie se částečně zakládá na předpokladu, že s věkem se snižuje selektivní tlak (Baudisch, 2009).

Teorie **T. B. L. Kirkwooda** (1977) je založena, že k zajištění existence živých forem, musí být zachován jejich genetický kód. Kirkwood je také autorem „**teorie jediné funkce těla**“ z roku 1988, která je založená na tom, že tělo rozmisťuje energii tak, aby si zachovalo schopnost reprodukce, ač je to na úkor orgánů, které nejsou k rozmnožování potřeba.

Veškeré výše popsané teorie evoluce stárnutí předpokládají, že s věkem se snižuje selektivní tlak (Baudisch, 2009).

V moderním přístupu ke stárnutí a péči o seniory se preferuje dynamická teorie stárnutí, která vidí proces stárnutí lidí jako komplexní dynamický proces, schopný určité míry regenerace. „Činností se funkce lidského těla posilují, udržují a rozvíjejí. Nečinností se ztrácejí. Samotné stárí není nemocí“ (Rheinwaldová, 1999).

3 Vymezení pojmů: senior, stárnoucí člověk a lidé vyššího věku

Seniorem je označována osoba, která dosáhla již určitého vyššího věku. Oficiálně je za tento věk považován chronologický věk od šedesáti let výše (tzn. 60 – 65 let). Dalším důležitým kritériem, které zahrnuje pojem senior, je přechod z aktivního (produktivního) věku do důchodového věku, který se ovšem v jednotlivých zemích EU značně liší.

V roce 2006 byl přijat návrh zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s platností od 1. 1. 2007, kde je pojem senior poprvé uveden. Zákon vymezuje dvě skupiny seniorů a to:

- Mladší seniory ve věkovém rozmezí 65 – 80 let.
- Starší seniory ve věkovém rozmezí nad 80 let.

Starší právní předpisy uváděly pojem *starý občan*, ale nebyl nikde vysvětlen. Za seniory v současných právních podmínkách ČR můžeme považovat osoby, které dosáhly věku nad 60 let, bez ohledu na jejich zdravotní stav, míru soběstačnosti (autonomie) nebo pobírání starobního důchodu. V kontextu demografických zkoumání a na základě zvyšování funkčnosti ve stárí, se tato věková hranice neustále posouvá výše.

ABC.cz – slovník cizích slov (Senior 2005 – 2006) – definuje třemi významy pojem senior. Pro nejjednodušší názvosloví lze použít druhý výraz „příslušník starší věkové kategorie“ (<http://www.senio.cz/>: on-line ke dni 6. 11. 2014).

V Křivohlavého publikaci *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie* z roku 2011, se můžeme setkat s názorem, že používat výrazy jako „senior, starý člověk“ je vágní a je lepší používat označení „**starší lidé**“. Tímto termínem se rozumí lidé vyššího chronologického věku. Křivohlavý (2011) upozorňuje ještě na další pojem, který se v psychologii stáří používá, a to „**stárnoucí člověk**“. U takového člověka se odlišují tři různé formy:

- *Stárnoucí člověk* v relativně **normálním** stavu – kdy u něj není možné zjistit žádnou biologickou nebo patologickou charakteristiku. Jedinci zdraví, se kterými se setkáváme v běžném životě.
- *Stárnoucí člověk* v **optimálním** stavu – představuje ideál, k němuž může dojít za nejlepších podmínek jeho životního prostředí v průběhu celého života (od narození do momentální chvíle, kdy je posuzován).
- *Stárnoucí člověk* v **patologickém** (nemocném) stavu – na základě lékařské etiologie je charakterizován přítomností nemoci (např. Alzheimerův syndrom, demence, rakovina).

4 Vymezení stáří na sociální, chronologické, biologické

Sociální stáří představuje kombinaci několika sociálních změn a splnění kritéria penzionování. Stáří je bráno jako sociální událost, mění se sociální role (Mülpacher, 2005). U sociálního stáří, se také předpokládá určitý způsob chování člověka, který dospěl do seniorského věku, tak jak to vnímá většinová společnost. Bohužel, často jde především o zbytečné předsudky (např. ageismus), které pak výrazně mohou bránit v kvalitě života stárnoucího jedince. Změnou sociální role může dojít k maladaptivnímu jednání v důsledku pensionování, ztrátě životní náplně, společenské prestiže a ekonomické nestability – snížením finančních prostředků. Sociální periodizace bývá vymežována od tzv. třetího věku, označovaného také jako postproduktivní stáří, na něj navazuje čtvrtý věk – období závislosti.

Chronologické (kalendářní) stáří se vymezuje jednoznačně a bývá nejčastěji uváděné jako orientační bod v určování obecného pojetí stáří z ontologického hlediska od data narození, podle počtu odžitých let. Vyznačuje se nápadnými involučními změnami. V průměru se za počátek chronologického stáří považuje věk 65 let. Kritickou periodou, od kdy se hovoří o skutečném stáří, je věk 75 let.

Dlouhověkost – představuje pokročilý věk nad 85 – 90 let a výše. Dlouhověkosti se dožívá nepatrný zlomek populace, ale s přibývajícimi roky, bude počet stoupat na základě zvyšování životní úrovně, lékařské péče, snižování nároků životního prostředí (Mülpacher, 2005). Dlouhověkost demonstruje časovou škálu (rozmezí), na které se určitý organismus pohybuje, ale např. stárnutí, oproti dlouhověkosti, popisuje měnící se mortalitu a fertilitu (plodnost). Stárnutí a dlouhověkost jsou sice dva fenomény, ale nelze je studovat odděleně (Baudisch, 2009).

Biologické stáří určuje míru involučních změn u konkrétního jedince, které se velmi často projevují v souvislosti s onemocněními ve vyšším věku. Ukazateli biologického stáří jsou, podle nejčastějších studií, především reakce na akustické a vizuální podněty, pevnost sevření pěsti, hodnota krevního tlaku a cholesterolu, ostrost zraku, sluchu apod.). Nejpatrnějším markantem stárnutí, dle výzkumů Harvardovy univerzity, je změna pružnosti pokožky (patrná již po 40. roku života) a reakce na akustické podněty různé intenzity a výšky.

4.1 Členění chronologického (kalendářního) věku z pohledu různých autorů

Kalvach a kol.(1997):

- „65 – 75 let **Mladí senioři** (orientují se na problematiku penzionování, volnočasových aktivit, seberealizace)
- 75 – 84 let **Starší senioři** (nastává změna kognitivních schopností, funkční zdatnosti, specifické zdravotní problémy)

- 85 a více **Velmi staří senioři** (značný pokles soběstačnosti a velká potřeba pocitu zabezpečení, pomoci).“

Příhoda (1974) dělí stáří následovně:

- 60 –74 let **Senescence** – počátek, časná stáří
- 75 - 89 let **Kmetství** – vlastní stáří, senium
- 90 a více let **Patriarchium** – dlouhověkost.

Marie Vágnerová (2007) člení období stáří do dvou fází:

- Období raného stáří (60 – 75 let)
- Období pravého stáří (nad 75 let).

Dále Vágnerová ještě pojmenovává rané stáří **třetím věkem (65 – 85 let)**. Tématice stáří třetího věku se věnuje i J. Křivohlavý, ve své publikaci **Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie** z roku 2011.

Např. s pojmem **čtvrtý věk** označující fázi závislosti, se můžeme setkat v odborné práci u Kalvacha a kol. (1997) a Kozákové (2006).

Při určování, kdy u konkrétního člověka začíná stáří, je možné použít mnoho měřítek. Například P. P. Baltes (1993) v přehledu uvádí:

- Chronologická délka života (počet let).
- Biologický stav organismu.
- Mentální (psychické) zdraví.
- Kognitivní myšlenková výkonnost.
- Sociální kompenzace a produktivita.
- Kvalita sebeovládání.
- Spokojenost se životem.

Podobné vymezení stáří lze nalézt ve Všeobecné encyklopedii v osmi svazcích (1999, s. 269) a usnesení Světové zdravotnické organizace WHO (Kozáková a Müller, 2006).

5 Vědní disciplíny zabývající se stárnutím

Stářím a stárnutím se zabývá mnoho vědních oborů. Jak bylo již výše zmiňováno, fenomén stárnutí a stáří je multidisciplinární problém.

Gerontologie – věda čerpající z mezioborových poznatků o stárnutí, stáří. Základ slova pochází z řeckého gerontos – starý člověk a logos – nauka, slovo. Termín gerontologie poprvé použil nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství, Ilja Iljič Mečnikov (1845 -1916).

Gerontologie se člení do tří okruhů:

- **Gerontologie experimentální** – zdůvodňuje a zabývá se tím, proč a které živé organismy stárnou. V současnosti především ve vědeckém pojetí molekulární úrovně.
- **Gerontologie sociální** – zabývá se interakcemi starých lidí a společnosti. Zkoumá, co lidé potřebují a jak stárnutí ovlivňuje rozvoj společnosti s aspekty demografickými, politickými, ekonomickými, právními apod.
- **Gerontologie klinická** – neboli **Geriatric**, lékařský obor, který zkoumá zvláštnosti zdravotního stavu, diagnostikou, průběh onemocnění a léčení chorob ve stáří a následnou rehabilitační péči o seniory (Mülpacher, 2005).

Geragogika – pedagogická disciplína zabývající se edukací (vzděláváním, výchovou) seniorů a lidí vyššího věku.

Gerontopedagogika je pedagogická disciplína, která je z pohledu autorů Kalvacha (2009) a Klevetové, Dlabalové (2008) sestavena do dvou hledisek:

- **gerontopedagogika v užším smyslu** – jedná se o výchovné působení na seniory a starší lidi v podobě sebevzdělávání, sebevýchovu, celoživotní vzdělávání. Snaží se připravit člověka na jeho poslední etapu vývoje, vymezit důstojnost a úlohu ve stáří.

- **Gerontopedagogika v širším smyslu** – multioborová disciplína, zaměřená na pomoc, podporu a komplexní péči seniorům, vyplývající nejen z potřeb jejich vzdělávání, ale souběžně aplikující poznatky ze společenských věd, andragogiky, medicíny. „Její důležitým posláním je pomoci najít úctu k vlastnímu bytí a zodpovědnosti za svůj život a vymezit novou roli stáří v postmoderní době.“ (Kleťková, Dlabalová, 2008).

Dalšími obory zabývající se stárnutím jsou např: **Gerontopsychologie, Gerontopsychiatrie, gerontoergonomie** a jiné.

6 Kvalita života v seniorském věku

6.1 Vymezení pojmu kvalita a kvalita života

S prodlužující se délkou života nabývá na významu kvalita života nejen v produktivním věku, ale především ve stáří. Vyjádřit obsah definice pojmu kvality života není snadné a opět se mnozí autoři v tomto názoru liší.

Pojem „kvalita“ je odvozen od latinského slova „qualis“, který značí jakost. Vyjadřuje charakteristický rys toho, o čem se mluví, čím daný předmět odlišujeme od jiného předmětu. Ve spojení s životem jde o to, jak se vyznačuje život konkrétního jedince v porovnání s životem jiných, z pohledu historického nebo přítomného okamžiku (Křivohlavý, 2001).

Termín kvality života se nejprve objevil po 2. světové válce v USA, kde se stal politickým motem tehdejšího amerického prezidenta, který si stanovil zvyšování kvality života Američanů, jako cíl své domácí politiky. „Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebního zboží, ale to, jak se lidem za určitých podmínek žije.“ (Hnilicová, 2005).

Kvalitou života jako odborný pojem můžeme vyjádřit jako kvalitativní stránky životních procesů a kritérií jejich hodnocení (zdraví, nemoc, úroveň

a interakce sociálních vztahů, životní zátěž, bydlení, izolace apod.). Definování kvality života je problematické z hlediska celku (Pacovský, 1986).

Kvalita života se promítá do všech oblastí činnosti člověka a je předmětem zkoumání mnoha vědeckých disciplín jako např. kulturní antropologie, psychologie, sociologie, lékařské vědy, ale i ekonomie. Pozitivní faktory ovlivňující kvalitu života můžeme rozdělit do tří základních hledisek:

Ze **sociologického pohledu** se odborníci zabývají srovnáváním života jednotlivých sociálních skupin obyvatel či kultur, porovnávají odlišnosti mezi nimi z hlediska např. finančního zabezpečení, vzdělání, rodinného a pracovního statusu (tedy společenského), politického smýšlení až po vlastní (individuální) pocit z vlastního života.

Ovšem pojem „kvalitu života“, můžeme vidět také jako programové politické heslo (vymezující úkoly společnosti), sociální hnutí za kvalitu života (protirasistické hnutí, boj za lidská práva), jako reklamní slogan (volnočasové aktivity, dovolená).

Z **psychologického pohledu** je v popředí zájmu zkoumání emoční ladění konkrétního člověka, zaměřené na prožívání subjektivní pohody a spokojenosti vyplývající z kvality prožívaného života. Je to také stupeň seberealizace, duševní harmonie, míra životní spokojenosti.

Z **medicínského hlediska** se hodnotí úroveň poskytované lékařské péče nebo utváření a realizace zdravotních programů podporujících kvalitu života. Tato kvalita je zaměřená na pacienty trpícími různými onemocněními, a jaký má dopad terapie na jejich konkrétní život.

S kvalitou života jsou spojovány především pojmy:

- Sociální pohoda (social well –being).
- Lidský rozvoj (human development).

- Sociální blahobyt (social welfare) .

Definice kvality života podle WHO

Definice je vyjádřena poměrně obšírně, ale pro účely této práce postačí vyjádření: „kvalita života je to, jak člověk vnímá svoje postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. S pojmem kvality života, velice úzce souvisí definice zdraví. Ústava Světové zdravotnické organizace **definiuje zdraví**, jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“ (In: www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/Index.htm). Z uvedené definice vyplývá, že nástrojem měření zdraví nemusí být změna ve vážnosti a frekvenci nemoci, ale odráží se v celkové spokojenosti v životě. Tento konstrukt může být hodnocen měřením změn v kvalitě života v souvislosti se zdravím a zdravotní péčí (Vařurová, Mülpacher, 2005).

V souhrnu lze říci, že kvalita života je vnímána jako důsledek vzájemného působení mnoha proměnných faktorů, které na sebe různým způsobem reagují a ovlivňují lidský rozvoj v úrovni jedince nebo celé společnosti (Hnilicová, 2005).

Prožívání skutečné kvality života ať je subjektivní či objektivní souvisí se způsobem života v posuzovaném období. **Způsob života** je vzájemný vztah různých forem a druhů lidské činnosti (pracovní, profesionální, kulturní, politické, ideové, rodinné, volnočasové), vyjadřující podíl ve tvorbě vztahů mezi nimi (skupinové, etické, individuální atd.) (Tokárová, 2002).

J. Křivohlavý (2003) vymezuje kvalitu života:

- **V makro-rovině** – kvalita života velkých společenských celků, založenou na politických úvahách o problému kvality života.
- **Mezo-rovině** – kvalita malých sociálních skupin, respektujících se v morálních, hodnotových rovinách a vzájemných vztazích. Patří sem otázka uspokojování základních potřeb.

- ***V osobní rovině*** – život jedince, každého člověka. Jde o subjektivní spokojenost v životě.
- ***V rovině fyzické existence*** – spokojenost je porovnávána na základě objektivních měření a porovnávání chování lidí.

Za podstatný ukazatel kvality života ve stáří v rámci soc. gerontologie je: „celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost“. (Dragomirecká, Preisová, 2009). V preferenci vnímané kvality života u seniorů je dle výzkumů na prvním místě v hierarchii hodnot – zdraví (Sýkorová, 2007).

Kvalita života je nejvíce patrná při zásadní změně životní situace jedince. Zásadní změnou u seniorů je odchod do důchodu, kdy se mění jeho dosavadní sociální pozice. S touto změnou jsou dotčeny hodnoty života, kterým byl zvyklý daný člověk žít. To co tvořilo jeho smysl života, včetně hodnot (pracovní vztahy, zaměstnání, postavení, soběstačnost, finanční standard) přestávají platit a nové ještě nejsou vytvořené, existují jen v představách (Mülpacher, 2005). Změna životní události představuje podle Bašteckého a Berana (2003) pro jedince navyklého způsobu života změnu a vyžaduje nové, neobvyklé aktivity nebo přizpůsobování se nové situaci.

Při evaluaci kvality života se především jedná o subjektivní posouzení vlastní situace. „Zdraví a kvalita života ve vyšším věku jsou do značné míry podmíněny životními podmínkami, událostmi a rozhodnutími v dětství a dospělosti, včetně životního prostředí a životního stylu. Ke zvýšení kvality života ve stáří a podpoře prosperity ve stárnoucí společnosti je nezbytné dát v průběhu života příležitost pro uplatnění, učení, vzdělání a aktivní život všem lidem“ (Kvalita, 2008, s. 10 a13).

Kvalita života je spojena také s uspokojováním potřeb, jak základních, tak duchovních (spirituálních). V průběhu životní cesty člověk hledá, touží, snaží se uspokojit, co mu chybí nebo nezbytně potřebuje. Americký psycholog A. H. Maslow (1970) tyto odlišnosti v lidských potřebách v průběhu zrání osobnosti vyjádřil schématicky v podobě „pyramidy uspokojování potřeb“ následovně:

1. Základní biologické a fyziologické potřeby.
2. Potřeby zajistit bezpečí.
3. Potřeba blízkého sociálního kontaktu (lásky).
4. Potřeba kladného sebehodnocení a úcty prokazované druhými lidmi.
5. Potřeba sebeprojevení, seberealizace či sebeaktualizace.
6. Spirituální potřeby.

Potřeby jsou řazeny od nejzákladnějších, nezbytných pro přežití, po vyšší morální, duchovní hodnoty. Nevyšší lidskou potřebou, podle A. H. Maslowa, je potřeba spirituální. Je to transcendence (překračování) „našeho já“ v obklopující kosmické realitě (tzn. překročení ega ve vztahu k druhým lidem, přírodě, kultuře apod.).

Faktory, které negativně ovlivňují a způsobují pokles kvality života, představují:

- Nezabezpečnost (strádání základních potřeb – hlad, žízeň, chlad apod.).
- Bolest.
- Ztrátu soběstačnosti.
- Osamělost, sociální deprivaci.
- Ztrátu soukromí, vlastní autonomie, životních stereotypů.
- Úzkost a strach.
- Beznaděj.
- Ztráta smysluplnosti a životní perspektivy.
- Absence víry, pospolitosti, ideálů.
- Deprese nebo jiné formy psychopatologie.
- Ztráta životního programu, strukturalizace času.

(Kalvach, 1995)

6.2 Pocit spokojenosti a smysluplnosti života

S kvalitou života souvisí nedílně pocit spokojenosti a štěstí. Pocity spokojenosti, štěstí, radosti souvisí s emocemi, ostatně jako vše, v psychickém životě člověka. Emoce, nálady a city nám organizují život, ač se snažíme racionálně

vymanit z této závislosti. Změnit tento chod nemůžeme, pouze regulovat průchod emocí, na základě cvičení a uvědomování si, co a proč, se v nás právě odehrává.

Jaro Křivohlavý (2011) přirovnává emoce k teploměru, který nám ukazuje stupnici, kde základním předělem je nula. To co je nad nulou, představuje pozitivní emoce (např. radost, odhodlanost, sílu, energičnost...), co je pod nulou značí opak (např. únavu, úzkost, depresi, beznaděj...).

O zážitcích radosti a štěstí se hovoří především tam, kde člověk realisticky hodnotí svůj stav a stav svého prostředí pozitivně. Prožitek radosti a štěstí je subjektivní (pocit'uje ho jedinec vnitřně sám v sobě), zároveň i objektivní, na základě toho, že je vizuálně nebo empiricky na druhém člověku pozorovatelný.

Vymezením, co znamená štěstí, se zabývali filozofové již v dávnověku. V rámci této práce, uvedu především řecké filozofy a jejich odlišné pohledy. Pojetí štěstí Aristotelem bylo založené na soustředění se na jedince – měl vést život vážné práce, nikoliv zahálky a život smysluplný, život ctnostný (eudaimonia) – to vyvolá následně blaženost a štěstí. Takový život je spojen s poznáváním a zažíváním pravdy, kdy pravda je považována za nejvyšší dobro. Platón se, pro změnu domníval, že je třeba tento pohled rozšířit z jedince na druhé lidi v důsledku změn v sociálním a politickém životě. Hédonisté, svůj pojem štěstí, vnímali v uspokojování potřeb a přání ve slasti, které bylo branou k veškeré motivaci lidského chování a ke skutečnému štěstí pocit'ovaném člověkem.

V roce 2009 publikovali na univerzitě v Cambridgi, F. Huppert a Thimity So, v Anglii, výzkumnou práci týkající se měření výše štěstí u lidí ve 23 evropských státech. Respondentů (dospělých) bylo více než dva tisíce. Na základě tohoto výzkumu bylo zjištěno, že štěstí, ač je pro každého individuální, v sobě nese společný prvek, na základě kterého je možné hodnotit míru štěstí a tím pádem i životní spokojenosti. Charakteristiku zralé osobnosti, která je schopna skutečně prožívat štěstí, vymezili na základě výzkumu následně:

- Pozitivní emoce – jak se člověk cítí být šťastný.

- Angažovanost – učení se novým věcem.
- Smysluplnost – vědět, že co v životě dělám, má svou cenu a hodnotu.
- Optimismus – vidění budoucnosti v pozitivním světle.
- Nezdolnost – když se v životě objeví negativní věci, brzy pominou a život se dostává zas do normálu.

M. Seligman (2011) to doplnil ještě o:

- Dobré vztahy s druhými lidmi.
- Snahu uspět.

Tento celek definuje štěstí, které Seligman označuje jako **Well-Being**. Toto spojení dvou anglických slov, se do českého jazyka překládá jako „cítit se dobře“ (Křivohlavý, 2013). Někteří autoři např. Kebza a Šolcová (2003) terminologii „well – being“ překládají do českého jazyka, jako synonymum ke slovu **osobní pohoda**.

V seniorském věku, zdroje radosti rodící se v osobnosti člověka, jsou především z pocitu smysluplnosti života, angažovanosti a působení radosti druhým lidem (udržovat stabilní, dobré vztahy) a uspokojivého zdravotního stavu. Při hodnocení kvality života seniorů či prožívání individuálního štěstí, je důležité hlouběji poznat hodnotovou orientaci, životní úroveň, momentální zdravotní a duševní stav, sociální status, postoje a návyky, historii života daného člověka.

Smysluplné prožívání života

Pojem smyslu života, je spojen se jménem vídeňského neurologa a psychiatra Viktora E. Frankla, který pokládal „vůli ke smyslu“ za hlavní motivační sílu směřování a snažení se v životě člověka. Vlastní teoretický a terapeutický přístup k lidským problémům se promítl do jeho logoterapie a existencionální analýzy. Nezbytnou podmínkou pro prožívání smysluplnosti je „mít pro co žít“. To něco či někdo, co (nebo kdo), dává konkrétnímu jedinci pocit smysluplnosti, musí, dle Frankla, přesahovat daného člověka, nemůže spočívat jen v něm samotném, ale dotýká se života, světa ve kterém žije.

Křivohlavý (2004) v pozitivní psychologii popisuje *smysl* (s ohledem na naplnění života) jako neměnnost a stabilitu, uprostřed všech změn a rozděluje ho na čtyři druhy potřeb:

- **Potřebu smysluplných cílů** – obecně řečeno „mít pro co žít“ a vědět proč.
- **Potřeba nosných hodnot** - tuto potřebu můžeme přirovnat k měřítku, které umožňuje smysluplně zvažovat zamýšlené a prováděné hodnoty, které člověk uznává (přijímá za své).
- **Potřeba vědomé účinnosti** – potřeba upevnění cílů a hodnot sama o sobě nestačí, je nutné vnitřní přesvědčení, že působení člověk v životě je účinné. Hodnocení toho, co člověk vykonal, přináší pocit smysluplnosti.
- **Potřeba kladného sebepojetí** – postoj měřený subjektivním pohledem, hodnocení cesty, kterou člověk dosáhl svého cíle.

V. E. Frankl prohlašoval, že: „Radost a štěstí jsou vedlejším produktem nadějně cesty k cíli, když se podaří přivést člověka ke smysluplnému životu, rychleji a snadno se zabaví pak neuróz.“ Ze své klinické praxe i osobního života znal skutečně význam svých tvrzení a teorií. Míra, ve které má člověk pro co žít a svým život naplňuje smysluplností s pocitem svobody a odpovědnosti za to, jej činí šťastným a morálně silným. Přesto i Frankl tvrdil, že v utrpení a strádání můžeme nalézat smysl a záleží jen na postoji člověka, který zaujme, pokud se daná situace nedá změnit. Jde o vnitřní svobodu, která je individuální a nikdo ji druhému nemůže vzít. Svůj duševní vzdor, je možné brát jako výzvu k dosažení vyšších duchovních a morálních hodnot (Balcar, 1995 in Payne a kol., 2005).

Smysluplnost je pro každého zcela individuální záležitostí a nelze ji hodnotit kvantitativně. Především v adaptaci na penzionování a stáří, je u seniorů důležité, aby našli nový smysl života, pokud nelze mít stejný z produktivního věku (např. smysluplnost spatřovali v pracovním a společenském životě, výchově dětí apod.) a smažili se o aktivní prožívání nového období života.

7 Integrace osobnosti stárnoucího člověka z pohledu pozitivní psychologie

„Dobře integrovaný člověk se s životními těžkostmi může lépe vyrovnat nežli člověk osobnostně dezintegrovaný (rozklížený)“ Ian Start-Hamilton (1999).

Pojem slova „integrita“ vychází z cizího původu a vyjadřuje celistvost, sloučení, úplnost, splynutí v jeden celek. V přeneseném slova smyslu, se s tímto slovem můžeme setkat tam, kde se hovoří o mravní bezúhonnosti, potivosti, čestnosti apod.

Touhy, přání, motivační záměry a cíle, myšlenkové pochody, postoje, hodnotové řebříčky, smysluplnost života, interakce s druhými lidmi, emoce, zvládání těžkostí, adaptace – to vše může být v nesouladu, a přesto tvoří celkový obraz člověka, v jeden celek (Křivohlavý, 2011).

Pojetí zrání člověka je celoživotní děj. Příkladem velkoplošného pojetí života je teorie psychosociálního vývoje E. Eriksona (1968). Zaměřil se na to, co se děje v průběhu života dítěte, dospělého až stárnoucího (starého) člověka v jeho osobnosti. Těžištěm zájmu si zvolil změnu sebepojetí (ego člověka) a jeho totožnost (identita).

Osm stupňů, kterými člověk prochází od svého narození ke smrti (ontogeneze), odstupňoval E. Erikson podle toho, v jaké fázi života se člověk dostává do vnitřního konfliktu s vnitřními i vnějšími silami, které na něj působí, a to přirozeným postupným zráním, sociálními požadavky, normami, které jsou na konkrétního jedince kladeny v průběhu života v určitých věkových obdobích. Vycházel rovněž z představy, že člověk v sobě konflikt zvládne, díky vyššímu zrání osobnosti a posune se dál z nižších stupňů mentálního vývoje – vyzraje v integrovanou osobnost.

Postup zrání dle Eriksona (1970) probíhá od shora dolů takto:

1. Konflikt mezi důvěrou a nedůvěrou.

2. Konflikt mezi naprostou svobodou (autonomií) a pochybnostmi.
3. Konflikt mezi iniciativou a zahanbením.
4. Konflikt mezi pilností a pocitý méněcennosti.
5. Konflikt mezi vytvářením vlastní totožnosti a identitou plnou zmatku.
6. Konflikt mezi intimitou a izolací.
7. Konflikt mezi předáváním a stagnací.
8. Konflikt mezi integritou a zoufalstvím.

(Říčan, 2007)

Seniorského věku se dotýká poslední stupeň Eriksonova zrání osobnosti. To znamená vnitřní konflikt, být mezi lidmi v plné sociální angažovanosti nebo se spíš stáhnout do ústraní a žít vlastním životem. Konflikt mezi tím dávat druhým, co mám: „znalosti, zkušenosti, čas, naslouchání, finanční podporu“ nebo ve vývoji ustrnout, **děsit se představy smrti** nebo se **vyrovnat** s odžitým životem (Křivohlavý, 2011). Cílem poslední fáze výše zmíněného „konfliktu“ je **integrace** – uvědomění si, že dřívější cíle jedince byly již naplněny nebo uzavřeny a neexistují otevřené konce. Člověk, který má pocit, že nedosáhl nebo nestihl dosáhnout všeho, co chtěl, může propadat zoufalství, protože čas smrti se blíží, je si vědom své pomíjivosti a čas na nápravu není. Takový člověk snadno podléhá ztrátě smyslu života a následné depresi. Končí svůj život úzkostně, bez smíření se s nevyhnutelností životního cyklu – smrtí. Erikson svou teorii (obzvláště posledních tří stupňů konfliktu) nevytvořil na základě popisu pasivního přijímání smrti, ale dle jeho vlastních slov, jako závěrečnou fázi života člověka v procesu neustálého učení se: „a v takovéto konečné atmosféře usmíření pozbývá smrt své palčivosti“ (Erikson, 1963 in Start-Hamilton, 1999).

P. Říčan (2008) duchovní vývoj dle Eriksona, popisuje v dosažení celistvosti ve stáří:

- Poznání pravdy životního příběhu jako celku.
- Smířením se s tím co bylo a jak bylo – připraveností odejít v míru, odpuštěním.

- Domov – pochopením, kde mám své kořeny, kam patřím, čeho jsem součástí.
- Moudrostí, kterou lze najít ve filozofii a víře.

Osobnost člověka, jak bylo již výše zmíněno, prochází nelehkou cestou zrání a ne každému je dáno, se skutečně transformovat do požadovaného stupně mentální zralosti a úrovně, aby mohl ve svém vývoji pokračovat v pozitivním slova smyslu, neustrnul v negaci, stagnaci či regresi, a prožil smysluplný život. Podle Mikšíka (2003) se osobnost člověka vytváří a rozvíjí, projevuje konfrontací nároků konkrétního vnějšího prostředí a situačních kontextů.

Krom jiného, svou podstatnou roli, v integraci osobnosti a pocitu celkové životní spokojenosti, hraje charakter a jeho silné a slabé stránky. To, co dává člověku určitý charakterový rys a v těžkých životních situacích, se projeví duševní silou, se dříve nazývalo „ctnostmi“ dnes „silnými stránkami charakteru“.

Silné stránky charakteru dle monografie Petrona, Seligmana (2004):

1. Moudrost a znalosti

- Tvořivost, originalita, nápaditost.
- Zvědavost, zájem, hledání nových věcí a řešení, otevřenost k novým zkušenostem.
- Otevřenost mysli, kritické myšlení a usuzování.
- Lásky k učení.

2. Odvaha, statečnost, udatnost, zmužilost

- Chrabrost, hrdinství.
- Vytrvalost, pilnost, houževnatost.
- Autenticita, poctivost, integrita.
 - Nadšení, vitalita, energičnost, ráznost.

3. Lidskost

- Lásky.
- Laskavost, péče, altruismus, velkomyslnost a šlechtnost, soucit.

- Inteligentní pochopení pro věci sociální a emocionální.

4. **Spravedlnost**

- Sociální odpovědnost, loajalita, občanské vystupování, týmová spolupráce.
- Slušnost a férovost.
- Schopnost vést skupinu lidí – vůdcovství.

5. **Umírněnost a sebeovládání**

- Opuštění a slitování.
- Pokora, skromnost, nenáročnost.
- Rozvážnost a prozíravost.
- Sebe-ovládání, sebe-řízení.

6. **Transcedence – sebepřesah, spiritualita, naděje**

- Schopnost údivu, povznesení mysli, hodnocení krásy a dokonalosti.
- Vděčnost.
- Naděje, myšlení orientované na budoucnost, optimizmus.
- Hravost a humor.
- Spiritualita, náboženská víra, smysluplné směřování k cíli, účelné jednání.
(Peterson, Seligman, 2004 in Křivohlavý, 2011).

Silné charakterové stránky nejsou vrozené – nerodíme se s nimi. Získáváme je v průběhu života, za různých podmínek sociálního, kulturního prostředí a sebezdokonalováním, vyzríváním. Ve starším věku nám dávají větší sílu, naději a udržují nás ve správném směru života.

Jiný názor, na charakter člověka, můžeme nalézt v *Psychologii stárnutí* (Start-Hamilnotn, 1999), kde je zmíněno, že určení charakteru člověka probíhá již dávno před obdobím stáří, takže určité typy osobnosti člověka, nejsou důsledkem procesu stárnutí.

Výzkum Richarda a spol. (1972) vychází z předpokladu, že projevy různých typů osobností lidí, jsou totožné v adolescenci nebo na počátku střední dospělosti.

Byla identifikována celá řada typů osobností a dají se charakterizovat jako: Stabilní a klidná osobnost, neklidná osobnost atd. Tyto výzkumy probíhaly sice longitudinálně, ale mohou být již překonány novými teoriemi.

Zrání osobnosti se týká stability a hloubky charakteru, moudrosti, víry, naděje, vnitřní jistoty a integrity. Zralou osobnost i určitý náhled na stabilitu, smysluplnost života, utužování nezdolnosti, morální základ pro vedení správného život, můžeme nalézt ve verších básně R. Kiplinga *Když*, v překladu O. Fišera z roku 1935.

8 Resilience – nezdolnost, strategie zvládnání životních situací

Těžké životní situace se v průběhu života nevyhýbají nikomu bez rozdílu věku, pohlaví, náboženskému vyznání apod. Pokaždé mají na člověka nepříznivý vliv, přesto existují lidé, kteří dokáží navzdory těžkostem (např. chudoba, smrt partnera, těžká nemoc, válka aj.) čelit a žít dál plnohodnotný život. Současná psychologie o překonání a zvládnutí životních problémů, hovoří jako o resilienci.

Psychologický slovník (Hartl a Hartlová, 2000) definuje resilienci coby „houževnatost, nezdolnost a souhrn faktorů, které člověku napomáhají přežít v nepříznivých podmínkách“.

Resilience v pojetí **koherence**:

Pojem koherence vychází z hebrejštiny a značí pospolitost soudržnost skupiny lidí, vnitřní skloubenost osobnosti člověka nebo také poeticky „nerozdvojené“ srdce. Autorem charakteristiky nazvané koherence, je Aron Antonovsky (1979, 1987), který se zaměřil na studium Židů, kteří přežili holocaust. Člověk vykazující se pevnou vnitřní jednotou (koherencí), žijící v pevné soudržnosti ve společenské skupině, lépe vzdoruje těžkým životním událostem či situacím. Antonovsky definoval tři základní charakteristiky koherence a to **srozumitelnost situace**,

smysluplnost boje, zvládnutelnost úkolu. Opakem koherence je nesoudržnost (skupiny) nebo nejednotnost osobnosti.

Resilience v pojetí ***hardiness***:

Pojem použila S. Kobasová (1979), která *hardiness* chápala jako proměnnou mezi stresory (stresogenní události) a nemocí. „*Hardiness* je konstalace osobnostních rysů, které jsou charakterizovány třemi základními komponenty. V prvním případě jsou to osoby, které jsou přesvědčeny, že mohou ***řídít a kontrolovat*** dění. Druhý typ osob má charakteristiku ***oddanosti*** (člověk se do určité míry ztotožňuje s tím, co dělá). Třetí charakteristikou, bylo chápání obtížných životních situací jako ***výzvy*** k boji. Všechny tři charakteristiky dle Kobasové, tvoří tzv. *hardiness* - ***osobní tvrdost*** (Křivohlavý, 2001). Ze studií vyplynulo, že osoby s vysokou úrovní *hardiness*, zvládají např. zdravotní problémy a rekonvalescence daleko statečněji, vykazují menší riziko vážných onemocnění (např. infarktů myokardu), vyznačují se i optimistickým náhledem na náročnou životní situaci, transformují se spíše do méně stresogenních forem.

Longitudinálním výzkumem se prokázalo, že menší úmrtnost, míra nemocí se prokázala především u lidí, kteří svůj zdravotní stav měli přímo úměrný míře svobody a odpovědnosti. „Negativní důsledky stárnutí mohou být zmírněny i změněny. Dá se jim předcházet, když se starším lidem dá možnost (příležitost) svobodně se rozhodovat a cítit se kompetentními“ (in Křivohlavý, 2001; Rodin a Langer, 1977)

Psychologie zdraví, pozitivní psychologie i sociální opora se přiklání ke klasické ***definici zvládnání*** životních situací podle R. S. Lazaruse: „Zvládnáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jdou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“ (Lazarus, 1966). Technika zvládnání nebo čelení např. stresu je v psychologické literatuře označována anglickým slovem „coping“. Aby se mohla životní těžkost projevit, musí ji vyvolat tzv. stresory, což jsou negativní činitelé, které vyvolávají v organismu stres. Ten se dále dělí

na mírný (mikrostresor např. kritika), destruktivní (makrostesor končící např. suiciem) a ničivý (např. hladovění). Další možnost dělení stresu je na fyzikální (nedostatek kyslíku) a emocionální stresory (např. zármutek) (Seyle in Křivohlavý, 1994). Stres může být i časový, chronický, jednorázový, mediální apod.. Opakem stresorů jsou salutory – pozitivní životní faktory, které v těžkých životních situacích člověka posilují a dávají sílu bojovat se stresem (Křivohlavý, 2009). Salutory mohou vycházet ze sociální opory, zvládnutí úkolu, smysluplné činnosti, humoru, spirituality a lásky, entuziasmu atd.

Na základě životních událostí je pozorován i výskyt psychosomatických onemocnění. Tročková (1990) uvádí, že životní události jsou vše, čeho se obáváme a potencionálně nás ohrožují. Psychotraumatický ráz životních situací navozuje a nedají se ovlivnit, jsou subjektivně velice špatně prožívány. „Co je skutečně důležité pro důsledky životní krize je subjektivní vnímání významu dané situace, spíše než její objektivní charakteristiky“ (Antonovsky, 1974, s. 246 in Pelcák, 2013). Řada studií dokazuje, že životní události, jako úmrtí partnera, dítěte, insolventnost, rozvod, náhlá změna sociální role (u seniorů např. penzionování) atd., mají negativní dopad na zdraví (Murphy a Brown, 1980).

Řada studií dokazuje, že životní události, jako úmrtí partnera, dítěte, insolventnost, rozvod, náhlá změna sociální role (u seniorů např. penzionování) atd., mají negativní dopad na zdraví (Murphy a Brown, 1980).

Škála hodnocení sociální readjustace (seznam náročných životních situací obodovaných podle závažnosti, pro možný rozvoj onemocnění byl sestaven následně:

Životní události:		HS
1.	Smrt partnera	100
2.	Rozvod	73
3.	Rozvrat manželství (dočasný rozchod)	65
4.	Výkon trestu, uvěznění	63
5.	Úmrtí blízkého člena rodiny	63

6.	Úraz vážné onemocnění	53
7.	Sňatek	50
8.	Ztráta zaměstnání	47
9.	Usmíření nebo přebudování manželství	45
10.	odchod do důchodu	45
11.	Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
12.	Těhotenství	40
13.	Sexuální potíže	39
14.	Přírůstek nového člena rodiny	39
15.	Změna zaměstnání	39
16.	Změna finančního stavu	38
17.	Úmrtí blízkého přítele	37
18.	Přeřazení na jinou práci	36
19.	Závažné neshody s partnerem	35
20.	Půjčka vyšší než průměrný roční plat	31
21.	Termín splatnosti půjčky nebo hypotéky	30
22.	Změny odpovědnosti v zaměstnání	29
23.	Syn nebo dcera opouští domov	29
24.	Konflikt s tchánem, tchýní, zetěm nebo snachou	29
25.	Výjimečný osobní čin nebo výkon	28
26.	Partner nastupuje či končí zaměstnání	26
27.	Začátek školy nebo její ukončení	26
28.	Změna životních podmínek	25
29.	Revize vlastních životních návyků	24
30.	Problémy a konflikty s nadřízenými	23
31.	Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
32.	Změna bydliště	20
33.	Změna školy	20
34.	Změna rekreačních aktivit	19
35.	Změna církve nebo politické strany	19
36.	Změna sociálních aktivit	18

37.	Půjčka menší než celoroční plat	17
38.	Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
39.	Změna v širší rodině (úmrtí, sňatky, odchody)	15
40.	Změna stravovacích zvyklostí	15
41.	Dovolená	13
42.	Vánoce	12
43.	Přestupek (např. dopravní) a jeho projednávání	11

(zdroj: Kurzová, Honák 2003; Chromý, Honák 2005, in Pelcák, 2013)

Na předchozí tabulce je patrná posloupnost, jak hodnotí zátěžové situace běžná populace, včetně seniorů. Těch se týká především: Odchod do penze, smrt partnera, rozvod nebo rozvrat manželství, smrt blízké osoby, změna zdravotního stavu a vážného onemocnění, úraz, změna dostupnosti a výše finančních prostředků, smrt přátel, sexuální obtíže, závažné neshody s partnerem, změna bydliště, změna sociálních aktivit a rekreačních činností, změna stravovacích zvyklostí apod.

Závažné životní situace sice ovlivňují dlouhodobou kvalitu života, náplň životních cílů, uspokojování potřeb rozvoje a růstu a mohou vést ke stagnaci, úpadku, ale přes svůj negativní dopad mohou vyvolat změny v dosavadním vnímání a prožívání krizové situace jedince, a mohou mu pomoci nastolit pozitivní změny a adaptační mechanismy.

Z dlouhodobého hlediska Janečková (2005) uvádí důsledky náročné životní situace měnící se v pozitivní působení:

- Změna perspektivy (jiný úhle pohledu, přehodnocování).
- Změna hodnot.
- Změna smyslu života (Hledání nové životní náplně, priorit).
- Zabrzdění rozvoje a stagnace (adaptační proces zvládnání).
- Vážné ohrožení zdraví.

Podle Mareše a Slezáčkové (2012) pomáhá v pozitivních psychologických změnách (posttraumatického rozvoje) při zátěžových situacích, působících

na jedince nebo sociální skupinu, jiný úhel pohledu na problematiku zátěže. Pozitivní aspekty uplatňuje tzv. **psychologie ztrát**, zabývající se traumatem, Thanatologií (nauka o umírání, smrti), také zvládáním zátěže:

- Velké životní ztráty, jsou relativní k prožitku ztrát jiných lidí nebo již prožitých životních událostí. Vnímání ztrát umožňuje pochopit jejich smysl a vidět je jako součást lidské zkušenosti.
- Ztráty mají efekt nahromaděných emocí z předchozího prožívání ztrát (vybavení si minulosti) a pochopení, že existují situace, které nemůžeme ovlivnit a adaptujeme se na změnu.
- Strategie se zvládáním a vyrovnáváním se se ztrátou nás učí, jak se vrátit i k jiným ztrátám a ponaučit se z nich (Harvey, 2001 in Pelcák, 2013).

Obranné psychické mechanismy, jsou strategie, jimiž lidé řeší vnitřní rozpory a vyrovnávají se se zkušenostmi, které nejsou slučitelné se sebepojetím. Chrání jedince před negativním sebepojetím, vznikem sociálně komunikačního reaktivního podílu inkongruence (neshody). Souvisejí s pocity úzkosti a její regulace, identitou a sebeúctou (Praško a kol., 2006 in Pelcák, 2013).

8.1 Styly zvládání životních zátěží

Styl zvládání životních zátěží je definován jako „obecná tendence jednat se stresující situací zcela určitým způsobem“ (Tailor. 1995). Způsob zvládání, charakterizuje daného člověka. Pokud se dostane do stresové situace, bude se chovat určitým způsobem, který nebude odpovídat jeho běžnému chování.

- Vyhýbání se stresu – co nejméně se dostávat se zátěžovou situací nebo stresem do kontaktu - únik.
- Konfrontace, stavění se na odpor – aktivní postavení proti tomu co člověka ohrožuje.

Ukazuje se, že každý styl má své ideální použití v jiné situaci. Vyhnout se je vhodný v momentě, kdy se očekává, že zátěž nebude příliš velká a nebude trvat dlouho. Konfrontační boj se zátěží (stresem) je vhodná tam, kde stresová situace

trvá delší dobu nebo by se mohla opakovat (Holan a Moos, 1987). Volba vyhýbání se stresu je patrnější především u starších lidí, kteří nemají zdroje pro dlouhodobější boj (zdravotní obtíže, nižší příjem apod.)

Sebeznehodnocující styl – uskutečňován v těžké situaci, před kterou člověk stojí a je pravděpodobnost, že neobstojí. Výčtem negativních věcí (výmluv) se snaží zabezpečit v případě prohry a zachovat si tak image (Křivohlavý, 2001).

Mareš (2001) poukazuje na posloupnost aktivit, které jedinec volí ke zvládnutí zátěžových situací, následně: Dílčí **zvládací** akce -> **zvládací taktika** -> **zvládací strategie** -> **zvládací styl**.

Prystav (1981 in Pelcák, 2013) vymezil čtyři struktury zvládnutí takto:

- Zvládací procesy (transakce jedince a prostředí v zátěžové situaci). Vznikají na základě pocitu ohrožení, jsou variabilní a končí eliminací nebo adaptací na stresory.
- Zvládací schopnost (osobnostní předpoklady) ovlivňující zvládnutí na základě vnitřních a vnějších stresorů na úrovni emocionální, kognitivní a behaviorální.
- Zvládací vzorce (styly, strategie), které používá jedinec při střetu s vnějšími a vnitřními stresory.
- Zvládací zdroje (předpoklady pro efektivní zvládací procesy) jako např. sociální opora, schopnost řešit problém, dobrý zdravotní stav.

8.2 Strategie zvládnutí životních situací

O strategiích je možné uvést, že jsou specifitějšími způsoby zvládnutí zátěže. Nejzákladnější druhy strategií jsou zaměřené přímo **na řešení problému**, který nastal a na **vyrovnávání se** s emocionálním stavem, spojeným s existencí dalšího stresu (problému). Rozsáhlejší možnosti zvládnutí stresu pochází z autorské práce (Folkman, Lazarus, Dukel-Shetter, DeLongis, Gruen, 1968):

- Konfrontační způsob zvládnání stresu.
- Hledání sociální opory.
- Plánované hledání řešení problému.
- Sebeovládání (uklidnění emocionálního vzruchu).
- Distančování se od dění.
- Hledání pozitivních stránek dění.
- Přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace.
- Snaha vyhnout se stresové situaci.

Zvládací strategie, které jedinec volí, v zátěžových situacích, se obecně člení do dvou skupin zaměřených na zvládnutí **problému** (tj. ovlivnění situace mezi jedincem a prostředím) nebo zvládnutí **emočního** ladění (tj. regulace emocí).

8.3 Cíle zvládnutí životních situací

Zvládnání je zaměřené k jasně danému cíli. Cohen a Lazarus (1979) podrobněji definovali cíle zvládnání těžkostí takto:

- Snížit úroveň toho, co člověka ve stresu ohrožuje.
- Zachovat si tvář a pozitivní obraz sebe sama.
- Zachovat emocionální klid (duševní rovnováhu).
- Zlepšit podmínky regenerace po stresovém zážitku.
- Pokračovat v sociální interakci s druhými lidmi.

8.4 Techniky zvládnání životních situací se zaměřením na seniory

Technikou se rozumí způsob, vyrovnávání se surčitým problémem. Při zvládnání životních těžkostí, se jedná o zvládnání napjatého emocionálního stavu a opětovného nastolení duševního klidu, formami: Relaxace, imaginace, meditace, biofeedbackem, pomocí náboženské víry (Křivohlavý, 2001).

Bromley (in Pacovský, 1990) popsal strategie přípravy na stáří do pěti modelů. Stejně tak Langmaier (in Klevetová, Dlabalová, 2008) zmiňuje pět strategií zvládnání vlastního stáří, které vznikly z výzkumu S. Raicherové (1962):

- **Konstruktivnost** – člověk, který je soběstačný, tolerantní, přijal fakt, že je starý a penziování bere rozumně. Navazuje kontakt s druhými lidmi, poskytuje, ale zároveň očekává přiměřenou oporu druhých lidí. Předpokladem této strategie bývá spokojeně prožité dětství a dospělost.
- **Závislost** – člověk s touto strategií je sice vyrovnaný, ale svou zodpovědnost přesouvá na druhé. Je pasivní bez ctižádosti, ve vztahu k druhým je tolerantní, ale nerad navazuje nové styky, očekává poskytování podpory. Nevadí mu přechod do penze.
- **Obranný postoj** – lidé s touto strategií se nemohou srovnat s nástupem do penze, v předchozím životě byli na společenské, pracovní výši, pocítují to jako ztrátu spol. statusu. Chtějí svou autonomii, jsou aktivní a bude jim dělat problém požádat o pomoc druhých.
- **Nepřátelství** – člověk vyloženě hostilní, který vinu svaluje na druhého. Bývá agresivní, projevuje nenávisť ke stáří jako takovému a přechod do penzionování zvládá velice špatně. Jeho vztahy s druhými nejsou v souladu, což má za následek izolaci. Je nutná konzultace s odborníkem.
- **Sebenávist** – takový člověk obrací agresi vůči sobě, nevěří, že by mohl sám zvládnout přechod do penzionování, zvyká si pomalu na změnu statusu, prožitým životem pohrdá. Člověk s touto strategií může snadno upadnout do deprese. Nutná konzultace s odborníkem.

Strategií zaměřenou na úspěšné zvládnání stárnutí popsal český specialista v psychologii stárnutí, Doc. J. Srnec, takto:

„**R** – racionální postoj, tj. rozumět svému stárnutí, být informován o nevyhnutelných změnách, akceptovat je, připravit se na ně.

O – orientace na budoucnost, tzn. plánovat, i v krátkodobé perspektivě, posilovat radostná očekávání, umět se na něco těšit.

S – sociální kontakty. Pěstovat přátelské vztahy, přijímat a dávat lásku, zajímat se o dění kolem, dosahovat společenského uznání.

A – aktivita, činnost duševní i tělesná, záliby, pozitivní přístup k životu“.

Konkrétní životní situace, nároky, kontexty v závislosti na osobních zvláštěnostech mohou stimulovat psychický rozvoj osobnosti, ale také mohou způsobit v důsledku situačního tlaku psychické selhání a desintegraci osobnosti člověka. Posttraumatický rozvoj je významná pozitivní změna v emočním a kognitivním vnímání života jedincem, která se odráží ve vnějších projevech chování. Rozvojem je myšlena změna, při které se jedinec dostává nad svou adaptační úroveň dosavadního psychologického fungování a chápání života (Mareš, 2012 in Pelcák, 2013).

Aby stárnoucí člověk přijal svou novou životní roli, měl by mít vlastní motivaci a touhu mít vlastní cíle a dosahovat jich, důvěru v sebe sama a vlastní představu dosažené změny – která vede k soběstačnosti (Klevetová, Dlabalová, 2008).

9 Sociální opora

„Systém sociální opory je chápán jako určitý, nárazníkový či tlumící systém, který chrání lidi proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí. Ti, kteří disponují takovýmto silným systémem sociální opory, se proto jeví lépe vybaveni ke zvládnutí závažných životních změn i každodenních běžných mrzutostí.“

S. Cohen a T. H. Wills

V prvopočátku byla psychologie zaměřená na jedince (individuum) a jeho duševní život (myšlení, vnímání, cítění apod.), ale již koncem 19. stol. se začalo přicházet na to, že člověk není sám, ale žije ve společenství a potřebuje kontakt s druhými lidmi k normálnímu vývoji. V psychologickém slovníku se můžeme dočíst výstižnou větu: „Je jen velice málo psychických jevů, které nejsou sociální

povahy“ (English and English, 1969, s. 506 in Křivohlavý, 2001). Někdy je sociální opora označována jako altruismus nebo prosociální chování. Sociální opora je průlomem v procesu řešení zvládnání životních situací, např. tam kde se člověk dostane do sociální izolace, nemoci, nebo pozbyl smysluplnost života, také pokud stojí před závažným rozhodnutím.

Definice sociální opory:

V širším slova smyslu jde o pomoc, která je poskytována druhými lidmi, člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně můžeme říci, že se jedná o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.

Rozsah sociální opory dle Křivohlavého (2001)

Sociální opora je nečastější tam, kde jde o pomoc lidem, kteří jsou konkrétnímu člověku v tísní nejbližší. Jedná se o podpůrný vztah.

Mikroúroveň sociální opory – jde o celospolečenskou formu pomoci. To znamená existenci soc. opory, ekonomické či sociální pomoci v celostátním nebo mezinárodním měřítku. Např. pomoc v oblastech postižených živelnou katastrofou (zemětřesení, záplavy, hladomor). Zde se uplatňuje pomoc mezinárodních organizací jako např. ADRA.

Mezoúroveň sociální opory – probíhá v sociální skupině, která se snaží pomoci jednomu ze svých členů nebo lidem, kteří nejsou součástí skupiny, ale nachází se v určité nepříznivé životní situaci (nouzi). Mezoúroveň zahrnuje např. pomoc náboženských sdružení starým a chronicky nemocným lidem (Charita, Diakonie), může být poskytována mezi lidmi zájmových sdružení svému členu, zaměstnanci (SDH).

Mikroúroveň sociální opory – pomoc poskytována danému člověku, osobou pro něj blízkou, tzv. dyjáda (tj. dvojice lidí). Např. matka pomáhá potomku a opačně, manžel manželce, pomoc nejbližších přátel apod.

9.1 Druhy sociální opory

V psychologii zdraví se setkáváme s členěním soc. opory do čtyř druhů:

Instrumentální opora - konkrétní forma pomoci např. poskytnutím finančních prostředků, materiálního zabezpečení (např. oblečení, jídlo), zařízením neodkladných záležitostí, které si postižený člověk nemůže provést sám. Je to iniciativní činnost, která vychází od druhého člověka z jeho vlastní vůle. Instrumentální pomoc je konkrétní, věcná.

Emocionální opora - to znamená empatii vysílanou formou sdělení nebo gest, sounáležitostí vůči druhému člověku. Projevuje se chápavým, laskavým jednáním, povzbuzováním, sdílením těžkostí postiženého člověka. Udržováním člověka v naději, což je protipól deprese.

Informační opora – postiženému se poskytují informace, které mu pomáhají orientovat se v nepříznivé situaci. Mezi tuto oporu patří např. naslouchání trpícímu a nabídnutí možného řešení, poskytnutí rad lidí, kteří se nacházeli v obdobné situaci nebo jsou profesionálně vyškoleni.

Hodnotící opora – tato podpora se zaměřila na autoregulaci a povzbuzování naděje, kladného sebehodnocení a společné řešení těžkých úkolů, aby jedinec získal pocit, že na to není sám.

Významnou roli v poskytování soc. opory určují dva faktory:

- Vliv situačních podmínek (míra vynaložených nákladů, zřetelnost potřeby, množství lidí, pojetí odpovědnosti, morální hledisko situace).
- Osobnostní charakteristika (míra empatie, vnímaná osobní zdatnost, LOC).

Velice důležité je zmínit se o **empatii**, protože je základem sociální opory a veškerých dobře fungujících mezilidských vztahů. Empatii definuje Psychologický slovník (Hartl a Harlová, 2000) jako „schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby, umění vcuťování se do situace druhé osoby, emocionální vyladění s viděním, cítěním, chápáním atp.“. Schopnost empatického vnímání má v pozadí s největší pravděpodobností neurologické mechanismy. Dokladem tohoto tvrzení se prokázal při poruše v nozku. Postižení nejsou schopní pojmenovat či popsat vlastní emoce a ani emoce druhých. Empatie je schopnost, která je člověku přirozeně dána, ale jako každou schopnost je potřeba ji rozvíjet (Křivohlavý in Mareš a kol., 2003). Jiný pohled na empatii má Stevenson (1999). Podle něj je empatie možná na základě toho, že empatizující osoba má osobní zkušenost s obdobou zkušeností. C. Rodgers empatii učinil středobodem své psychoterapie zaměřené na klienta.

9.2 Teorie sociální opory

- Teorie připoutání – je prokázána především u dětí (dyáda matka – dítě, sourozenec - sourozenec), u dospělých je termín připoutání vnímán s ohledem na sociální vazbu jednoho člověka k druhému (J. Bowlby, 1977).
- Teorie podpůrných vztahů – vychází z modelu vzájemných mezilidských vztahů v rodině tzv. rodinné sociální atmosféry. Pirce, Sarson a Sarson (1991) vymezují vztah třemi rysy: Mírou pomoci, hloubkou vzájemných vztahů, interpersonálních konfliktů.

Dále je na sociální oporu možné pohlížet jako na rámec opěrné sociální sítě, spokojování sociálních potřeb, pojetí soc. opory jako nárazníku atd. (Křivohlavý, 2001).

Účel sociální opory tví v tom, že poskytuje lidem možnost se sociálně integrovat, vytvářet identitu, budovat si sebedůvěru, regulovat city, umožňuje soc. kontrolu, ale každá taková funkce má svou pozitivní i negativní stránku (Thoitsová, 1985; Hamilton, Eckenrode, 2000, in Mareš a kol., 2003).

9.3 Nevhodně poskytovaná sociální opora

Dosud byla sociální opora popisována především v pozitivním slova smyslu, ale má i svá úskalí. Důležitá je míra adekvátnosti a přiměřenosti, aby soc. opora skutečně korespondovala s potřebami člověka v tísní. Stává se, že jedinec v době tísně dostává sociální oporu, o kterou nestojí a nevyžádal si ji. To je specifikum tzv. vnímané opory. Dostává ji v takové míře nebo způsobem, který je nadměrný a ohrožuje pocit autonomie, vlastní zdatnosti jedince, jež má pak větší pocit závislosti na ostatních. Opora může být poskytována od lidí, od kterých si postižený oporu nevyžádal. Většinou poskytovatelé nemají v úmyslu poskytnutého poškodit a po čase se projeví, zda opora je opravdu přijímána nebo zda se stala obtěžující. Může být zdrojem konfliktu (Mareš a kol., 2003).

Křivohalvý (2001) upozornil také na sociální oporu, která znamená zátěž též pro poskytovatele, např. syndrom vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Nadměrná sociální opora může naopak zbrzdit vyrovnávání se se zátěžovou situací a zpomalit sebereflexi a zapojování se do běžného života. To bývá často patrné u starších lidí, o které je nadměru pečováno, aby nemuseli dělat nic sami. Dle Křivohlavého je „postarat se sám os sebe“ jedním z podstatných faktorů kvality života.

10 Vybrané etické problémy seniorů a lidí staršího věku

10.1 Ageismus

Pojem ageismus je odvozen z anglického slova *age* – věk. Poprvé terminologii použil R. N. Butler, první ředitel Národního institutu pro stárnutí v USA v roce 1968.

Ageismu je nejčastěji definován, jako diskriminace starých lidí, nebo-li: „Stereotypizování a diskriminace starých lidí pro jejich stáří“ (Butler, 1975).

Problematika ageismu, se stala jedním z nejkomplexnějších konceptů současné sociální a politické vědy i sociálně-psychologické praxe (Vidovičová, 2005; Tošnerová 2005).

Palmore vymezuje ageismus, že je to „jakýkoliv předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch věkové skupiny. Předsudky vůči věkové skupině jsou negativními stereotypy vůči této skupině nebo negativní postoje založené na stereotypu. Diskriminace vůči věkové skupině je nepatřičné, nemístné, negativní zacházení s členy dané věkové skupiny“ (Palmore, 1999, s. 4 in Vidovičová, 2005, s. 5).

První sociologická definice ageismu v České republice zní:

„Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologicky založená na sdíleném přesvědčení kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrz proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“ (Vidovičová, 2005).

Vágnerová (2007, s. 308) hodnotí ageismus jako „postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompletnosti stáří. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života“.

Haškovcová (2010) k tématu ageismu uvádí: „Zásadní deklarovanou strategií je vytvářet společnost, která nediskriminuje občany na základě věku a odmítá všechny formy ageismu, ochraňuje staré lidi v rizikových situacích a důsledně respektuje lidská práva.“

Diskriminace na základě věku může být skrytá nebo zjevná. V současnosti je preferován kult mládí a krásy, upřednostňování mladých lidí, protože panuje předsudek, že mají společnosti co nabídnout a jsou pro ni prospěšnější na rozdíl od seniorů, kteří potřebují péči a mají vyšší nároky na zdravotní, ekonomickou a sociální sféru. Sociální pozice – status v takové společnosti je pro seniory nízký, jsou podceňováni a odmítáni jako přítěž společnosti. Není ojedinelý i hostilní

odpor ke starším lidem. Ageismus je vážná problematika s ohledem na celkové stárnutí populace. Médii je často nevhodně zveličováno zveřejňování statistických dat a výzkumů, které lidi v produktivním věku uvádí do mylných představ a předsudků tvoří tzv. „deomografickou paniku“. Název je odvozen od pojmu S. Cohena „morální panika“, který popisuje vybrané skupiny jako hrozbu pro společenské hodnoty a zájmy. Panika je zde myšlena v smyslu negativního zveličování, proroctvími o katastrofě, melodramatickým slovníkem v médiích, senzačními titulky apod. (Vidovičová, 2008 s. 26).

Mezinárodní iniciativy se snaží proti předsudkům a diskriminaci seniorů bojovat různými projekty. Např. program Senioři vítání v roce 2007 organizovala Nadace Open Society Fund Praha za finanční podpory Nadace České spořitelny.

Dalším projektem, který se v současnosti staví proti tradičnímu penzionování a snaží se tak zamezit rozvoji ageismu, je koncept celoživotního osobnostního rozvoje. Celoživotní vzdělávání, seberealizace, různé formy výdělečné činnosti a podpora společenské participace seniorů, jsou důležitými ukazateli budoucího vývoje stárnoucí populace (Young a Schüller, 1991 in Kalvach, 2004).

Aktivní přístup, odpovědnost za své zdraví, kvalitu života, mezigenerační vztahy, předávání tradic, hodnot a zkušeností vedou k důstojnému postavení lidí ve stáří v rámci společnosti ([http://www.mpsv.cz/cs 5045](http://www.mpsv.cz/cs/5045)).

10.2 Intimní soužití

Často v době seniorského věku panují mezi lidmi předsudky, že sexuální život je neetický s ohledem na morfologické změny těla, způsob dosahování uspokojování, a že sex, jako takový patří k mladším generacím. Na intimní soužití ve stáří, naše společnost pohlíží s jistým opovržením a nepochopením, přitom se jedná o přirozenou věc, která je pokračováním předchozího života. Sexuální život je zdravý, má pozitivní vliv na pocit celkové životní pohody, utváří pouto sounáležitosti partnerů, a pokud nejsou např. zdravotní překážky u některého z partnerů, nezáleží na věku, nebo podřizování se předsudkům společnosti. Ve vyšším věku si lidé daleko lépe svou sexualitu uvědomují a prožívají ji v jiné

dimenzi, než jako pouhé uspokojování sexuálního pudu. Dávají své sexualitě daleko podstatnější a hodnotnější rozměr, což vede k pozitivnímu vnímání fáze seniorského života. Tak jako v každém vztahu intimně žijících párů, je velice důležitá komunikace a soulad mezi nimi. V sexuálním životě hrají velmi výraznou roli fantazie, vzpomínky, sny a proto sexualita nikdy nekončí, snad jen smrtí jedince. Nemusí se jednat pouze o sexuální aktivitu provozovanou tělesně mezi dvěma (i více) lidmi, spadá sem i autoerotika, doteky apod.

Dle Vágnerové (2007) je i v pokročilém věku sexualita přirozenou součástí života. Sexualitu ovlivňuje více faktorů, nejen samotné projevy stárnutí a určitá somatická specifika tohoto období. Selhávání či výkyvy sexuální výkonnosti, prožívání jsou důsledkem psychického stresu, přehnaných očekávání či očekávání negativního nebo jsou známkou nejistoty. Muže nejčastěji trápí to, že nejsou tak sexuálně výkonní jako dřív, ženy mají zas problém s vnímáním své klesající atraktivity.

Sexualita u seniorů je závislá na úrovni aktivity v období rané dospělosti (18 – 29 let), ale síla sexuálního pudu se u jednotlivců liší individuálně. Neexistuje „správná“ úroveň sexuality, aby člověk dosáhl spokojeného stáří (Stuart-Hamilton, 1999).

Maslars a Johansová ve své práci o lidské sexualitě z roku 1970, došli k závěru na základě pozorování fyziologických reakcí mužů starších 50 let a žen po menopauze, že se s věkem nemusí snižovat zájem o sexuální aktivity nebo uspokojování. Na základě věku však přibývá fyziologických poruch, dále hrají roli i psychické, sociální a kulturní faktory, které ovlivňují sexuální život seniorů. Další z možných překážek v sexuálním soužití je, že ženy odmítají méně obvyklé formy sexuálních aktivit, které muži potřebují k dosažení plného orgasmu. Tím může být ohrožena sebedůvěra, maskulina mužů a dochází k narušení intimního vztahu. U žen po menopauze se neprokázalo omezení frekvence sexuálních aktivit, nebo aby došlo k oslabení sexuálního pudu. Klinicky bylo zjištěno, že psychický stav má na sexuální život žen po menopauze významnější vliv než hormonální labilita.

Člověk ve starším věku potřebuje ke svému sexuálnímu vzrušení více času i stimulů, tělesnou a především psychickou pohodu související s tím, že je svým protějškem přijímán. Erotický (sexuální) kontakt zvyšuje sebeúctu, duševní i tělesnou svěžest, uvolňuje úzkostné napětí a celkově pozitivně působí na reálné sebepojetí člověka (Vágnerová, 2007).

U seniorů nedochází k tak časté promiskuitě jako např. u mladších jedinců, proto i vyhledávání sexuálních partnerů bývá komplikovanější. Ženy se v průměru dožívají vyššího věku, a proto je jejich výběr ve srovnatelné kohortě omezen. V dnešní době je možné k navázání kontaktů použít internet (hlavně využít sociálních sítí), kde je možné žít virtuální intimní život.

Intimní sblížení u seniorů např. dlouhodobých manželů, podle Poledníčka (1989), by se mělo stát rituálem „sváteční chvíle“, kdy se před samotným aktem navodí příjemná a vyrovnaná atmosféra a citový kontakt. U každé dvojice je individuální navození vzpomínky, která by jim měla připomenout jejich první sexuální sblížení.

Podle odborníků zabývajících se sexuální problematikou s přibývajícím „šednoucí společností“ se celkové vnímání sexuality u starších lidí, stane více tolerantním. Předsudky, které brání plnohodnotnému prožívání intimního života, v jedné v posledních vývojových fázích člověka, nezmizí nikdy, ale při informovanosti, akceptovatelnosti a lidském přístupu se zmírní jejich negativní vliv na většinovou společnost a nebude nadále tabuizovaným tématem.

Praktická část bakalářské práce

Praktická část této práce má především ukázat individuální rozdíly vnímání kvality života seniorů, nejen na základě rozdílného chronologického věku, ale i z pohledu genderového. Zakládá se na formě rozhovorů s třemi ženami a třemi muži, kteří dospěli do období tzv. třetího a čtvrtého věku, neboli - mladých seniorů, což je kategorie 65 – 75 let, starších seniorů ve věku 75 – 85 let a velmi

starých seniorů ve věku nad 85 let (členění dle Kalvacha a kol., 1997). Výzkum je kvalitativní z důvodu individuálního prožívání života každého jedince a nedá se hodnotit z hlediska celku, tak jako je tomu u studií velkého rozsahu.

11 Cíl výzkumného šetření rozdílného vnímání subjektivní životní kvality mužů a žen v období seniorského věku

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaká odlišná specifika prožívají lidé v seniorském věku s přibývajícími léty ač patří do stejné kohorty, nejen z pohledu vnímání změn v jejich psychické a fyzické funkční zdatnosti, změny sociální role, hledání nové smysluplnosti a vedení specifického způsobu života v jedné z posledních fází vývoje člověka, omezovaného zdravotními a sociálními důsledky stáří, ale odlišného genderového přístupu ke stárnutí a stáří. Dále je šetření zaměřeno na to, co je činní starší lidi šťastnými, motivuje je v pozitivním slova smyslu a jak a reagují, na problematické životní situace, které je seniorském věku provází.

11.1 Výběr zkoumaných respondentů

Osoby byly vybírány s ohledem na jejich chronologický věk s nejnižší věkovou hranicí 65 let a nejvyšší hranicí 95 let. Jednalo se o tři ženy a muže, žijících v domácím prostředí (rodinný dům, panelový byt), domově s pečovatelskou službou (garsoniéra) a domově seniorů (pokoj s dvěma lůžky). Respondenti měli rozdílné vzdělání a rodinný, zdravotní stav, náboženské vyznání. Všichni respondenti žijí trvale v Benešově u Prahy, což je obec s více než 16 tisíci obyvateli.

11.2 Popis metody výzkumu a výzkumné otázky

Metoda výzkumu, která byla v kvalitativním šetření použita, bylo polostrukturované interview, které probíhalo na dyadické úrovni v domácím prostředí dotazovaných. Respondentům, kteří byli již dříve kontaktováni, takže se nejednalo o nahodilý vzorek, byla vysvětlena problematika dané bakalářské práce,

souhlasili s rozhovorem. Dotazovaným bylo také sděleno, proč byli právě oni vybráni. U odpovědí respondentů byla zachována jejich autentičnost, včetně nespisovných výrazů, tak aby nejlépe popsala jejich emoční stav.

Výzkumné otázky byly zvoleny s ohledem na témata v teoretické části této práce a týkaly se prožívání přechodu do penze, vnímání celkové funkční zdatnosti a zdraví s ohledem na pokračující stárnutí, subjektivní pocit štěstí a radosti ze života, co respondenti ve svém současném životě považují za smysluplné, jak se vyrovnávají s nepříznivými životními situacemi, co si myslí o svém intimním životě nebo diskriminaci s ohledem na jejich věk nebo jak pocítují svou finanční zabezpečení.

Výzkumné otázky:

- 1) Co pro vás znamenal nástup do penze?
- 2) Zaznamenal/a jste na sobě změny ve zdravotním nebo psychickém stavu?
- 3) Co ve vás vyvolává pocit štěstí a radosti?
- 4) Jaký vidíte ve svém životě smysl?
- 5) Která situace, ve vašem současném životě, na vás špatně působí?
- 6) Cítíte se být diskriminován/a vzhledem k vašemu věku?
- 7) Máte erotické představy?
- 8) Pocítujete svou finanční situaci dobře?

11.3 Interpretace respondentů na výzkumné otázky

Kategorie „Mladí senioři“

Osobní anamnéza paní „D“:

Věk: 65 let

Původní povolání: Vychovatelka mládeže

Nejvyšší dosažené vzdělání: Středoškolské, ukončené maturitní zkouškou

Rodinný stav: Vdaná, matka dvou dětí

Zdravotní stav: Dobrý, po úrazu má plastiku pravé ruky.

Bydlení: Rodinný dům

Náboženské vyznání: Ateistka

Osobní anamnéza pana „K“:

Věk: 66 let

Původní povolání: Voják z povolání, v současnosti drobný podnikatel

Nejvyšší dosažené vzdělání: Středoškolské, ukončené maturitní zkouškou

Rodinný stav: Ženatý, otec dvou dětí

Zdravotní stav: Vysoký krevní tlak, endoprotéza levého kolenního kloubu

Bydlení: Panelový byt

Náboženské vyznání: Ateista

1) Co pro vás znamenal nástup do penze?

Odpověď paní „D“: „Do důchodu jsem nastoupila teprve před čtyřmi měsíci, zaskakovala jsem v práci za kolegyni na mateřské, takže až nyní jsem důchodkyně... a opravdu si to užívám, ten klid, že nemusím nikam vstávat, stýkám se s lidmi, kterými chci. Je mi příjemný ten klid kolem mne.“

Odpověď pana „K“: „Do penze? To nikdy nepůjdu, raději umřu v práci, než jako *uslintaný důchodce!*“

2) Zaznamenal/a jste na sobě změny ve zdravotním nebo psychickém stavu?

Odpověď paní „D“: „Stárnu, mám více vrásek a taky se mi nedaří udržet si váhu jako dříve, cítím větší únavu, ale jinak se cítím dobře.“

Odpověď pana „K“: „Cítím se pořád dobře, vůbec mi nepřipadá, že bych měl být starý. Když se člověk udržuje pravidelným cvičením, hraji tenis a golf, tak mi nepřipadá, že mi ubývají síly. Nevpadám snad dobře?“

3) Co ve vás vyvolává pocit štěstí a radosti?

Odpověď paní „D“: Narození mé první vnučky a to, že se s dcerou mohu podělit o péčování o ní. Je kouzelné pozorovat, jak se vyvíjí a co všechno dělá, když třeba týden ji nevidím. Miluji děti!“

Odpověď pana „K“: „Ženské! Pohled na mladé holky, když se v létě svléknou, to mám hned radost ze života.“

4) Jaký vidíte ve svém životě smysl?

Odpověď paní „D“: „Nejspíš v rodině a práci na zahrádce, když je hezky upravená, v tom abych ještě byla něco platná a mohla pomoci dětem“.

Odpověď pana „K“: „Ve své práci. V tom, že se mi v podnikání vede, a mohu si dovolit svůj standart, na který jsem zvyklý.“

5) Která situace, ve vašem současném životě na vás působí špatně?

Odpověď paní „D“: „Rozvod mé dcery a to, že je na dům sama a na dítě a ze strany manžela nemá žádnou podporu. Odešel od ní a vůbec se nechce o nic starat.“

Odpověď pana „K“: „Politika ve státu. To že jsou všude samí byrokrati, kteří mi říkají, co smím a nesmím, omezují nás všechny a sami si žijí jak čuňata v žitě.“

6) Cítíte se být diskriminován/a vzhledem k vašemu věku?

Odpověď paní „D“: „Ani ne. Zatím jsem se s tím nesetkala.“

Odpověď pana „K“: „To by si mohl někdo zkusit mi říci, že už jsem starý a diskriminovat mě! Hned by pochopil, že se spletl! Nikdo mě nediskriminuje.“

7) Máte erotické představy?

Odpověď paní „D“: „To snad ani ne.... Mám manžela a to mi stačí.“

Odpověď pana „K“: „No jasně, každé ráno a nezůstává jen u toho. Mám mladší manželku....“

8) Pociťujete svou finanční situaci dobře?

Odpověď paní „D“: „Jsme s manželem finančně zabezpečeni a máme dobré důchody. Takže ano.“

Odpověď pana „K“: „Stále pracuji, takže příjem mám i nějaké finanční rezervy. Finance jsou v pohodě“.

Kategorie „Straší senioři“

Osobní anamnéza paní „J“:

Věk: 76 let

Původní povolání: Učitelka

Nejvyšší dosažené vzdělání: Vysokoškolské

Rodinný stav: Vdova, matka dvou dětí

Zdravotní stav: Ischemická choroba srdce, dna, jinak zdravotní stav odpovídá věku

Bydlení: Dům s pečovatelskou službou

Náboženské vyznání: Křesťanské

Osobní anamnéza pana „Jen“:

Věk: 80 let

Původní povolání: Vědecký pracovník

Nejvyšší dosažené vzdělání: Vysokoškolské

Rodinný stav: Vdovec, má v současnosti partnerku, otec tří dětí

Zdravotní stav: Diabetes meliitus, prodělání infarkt myokardu

Bydlení: Dům s pečovatelskou službou

Náboženské vyznání: Ateista

1) Co pro vás znamenal nástup do penze?

Odpověď paní „J“: „V penzi jsem skutečně pět let. Doučovala jsem český jazyk i po nástupu do penze, takže jsem odchod ze školy nepociťovala jako velkou změnu. To až nyní si uvědomuji, že jsem důchodkyně a nikdo mě už nepotřebuje.“

Odpověď pana „Jen“: „Jsem v penzi, to ano, ale stále dojíždím do Prahy na Univerzitu Karlovu. Penze patří k věku, to se nezmění, ale pokud ještě mohu, ač jsem měl zdravotní problémy, budu nadále pracovat... Bude to pro mne asi těžké zůstat nečinně v penzi.“

2) Zaznamenal/a jste na sobě změny ve zdravotním nebo psychickém stavu?

Odpověď paní „J“: „To už dávno! Více zapomínám a pro všechno se musím vracet, vše mi padá z rukou a rychle se unavím. V noci se mi špatně spí, budím se brzy,

zato odpoledne usínám. Jsem více morousovitá než v době, kdy jsem doučovala malé žáčky a straním se více lidem.“

Odpověď pana „Jen“: „Cítím už na sobě, že mi některé věci nejdou tak rychle jako dříve. Třeba když mám něco udělat, potřebuji na to víc času a jsem pohodlnější. Musím se více šetřit kvůli nemoci, ale myslí mi to stále dobře.“

3) Co ve vás vyvolává pocit štěstí a radosti?

Odpověď paní „J“: „Těch momentů, kdy jsem šťastná, je nějak čím dál tím méně. Možná, když poslouchám hudbu, která mne naplňuje a přečtu si nějakou pěknou nebo zajímavou knížku. Děti i vnoučata jsou už odrostlé, tak mne tak nepotřebují, ale potěší mě, když za mnou přijdou.“

Odpověď pana „Jen“: „ Radost a štěstí? To, že člověk ještě žije a může vnímat „šum“ kolem sebe a být jeho součástí, že mohu do něj ještě přispět, to je pro mne štěstí.“

4) Jaký vidíte ve svém životě smysl?

Odpověď paní „J“: „Věřím v Boha a ten je smyslem života. Proč by nás jinak stvořil, kdybychom v něm smysl neviděli a neukázal nám skrze Ježíše tu pravou cestu života?“

Odpověď pana „Jen“: „Věda, to je smyslem mého života a angažovat se na poli své odbornosti. Exaktnost.....no, prostě jsem matematik, takže mám dost reálnou představu, co je můj smysl, ale pro mnoho lidí je to nepochopitelné.“

5) Která situace, ve vašem současném životě na vás působí špatně?

Odpověď paní „J“: „Nedávná smrt mého manžela. Byl sice dlouhodobě nemocný a tak, když zemřel, ulevilo se mu, ale často na něj myslím a nebýt výry, nejspíš bych se s tím nikdy nevyrovnala. To že jsem se přestěhovala do *pečovateláku* a nechala dům dětem, mi pomohlo v tom, že ho stále nevidím před sebou, jako kdybych zůstala v domě, který jsme spolu postavili.“

Odpověď pana „Jen“: „Dozvěděl jsem se, že mi hrozí možná amputace končetiny z důvodu Diabetu, tak mne to znepokojuje. Na necitlivost nohy a neustálé komplikace jsem si už zvykl, ale přijít o nohu, pochopitelně nechci.“

6) Cítíte se být diskriminován/a vzhledem k vašemu věku?

Odpověď paní „J“: „ Ještě, když jsem učila, tak poslední rok mi přišlo, že na mně mladší kolegyně koukají skrz prsty, že tam zabírám místo a stále měly nějaké připomínky k tomu, že nezvládám zadávat údaje do počítače, protože jsem se s ním nenaučila pracovat. Přitom mě kolikrát zaráželo, co všechno si dovolí *odfláknout* a nedělají svou práci, jak by se mělo.“

Odpověď pana „Jen“: „Necítil jsem, že by mi někdo naznačil, že jsem už geront a abych se stáhl. Naopak, pohybuji se mezi mladými perspektivními lidmi, kteří si mne váží, a za to jsem rád.“

7) Máte erotické představy?

Odpověď paní „J“: „To bych vám snad ani říkat neměla.... Občas si vybavím svého manžela, když jsme se poprvé sblížovali, ale lepší je si nic takového nepředstavovat, to patří k mladým lidem.“

Odpověď pana „Jen“: „Muž, který řekne, že si už v našem věku nevybaví nahé ženské tělo, lže. Sny a představy máme pořád, jen jim už nepřikládáme takovou váhu jako ve třiceti, čtyřiceti... A podobné je to i se mnou.“

8) Pociťujete svou finanční situaci dobře?

Odpověď paní „J“: „ Špatně! Mám důchod poměrně malý. Ještě za komunistů, jako kantoři, jsme na tom byli špatně ve srovnání s jinými profesemi. Přeci jen, když spočtu nájem a obědy, které si zde hradím, léky, moc mi toho nezbude. S penězi vycházím špatně, protože pomáhám mladým splácet hypotéku na byt.“

Odpověď pana „Jen“: „Zatím mám finanční prostředky dobré, ale to je díky tomu, že pracuji a žiji v pečovatelském domě, kde nemám tak velké náklady. Rezervy

peněz velké nemám, o to se starala vždy má žena a nyní přítelkyně, moc se v tom nevyznám.“

Kategorie „Velmi staří seniři“

Osobní anamnéza paní „Z“:

Věk: 89 let

Původní povolání: Úřednice

Nejvyšší dosažené vzdělání: Vyučená

Rodinný stav: Vdova, matka dvou dětí

Zdravotní stav: Endoprotéza pravého kyčelního kloubu, degenerativní onemocnění kloubů a páteře, jinak zdravotní stav odpovídající věku

Bydlení: Domov pro seniory

Náboženské vyznání: Křesťanské

Osobní anamnéza pana „F“:

Věk: 95 let

Původní povolání: Strojvedoucí u ČD, vystřídal několik dělnických prací na železnici

Nejvyšší dosažené vzdělání: Vyučen

Rodinný stav: Vdovec, bezdětný

Zdravotní stav: Po amputaci obou dolních končetin, Diabetes mellitus, prodělal dva infarkty myokardu, po operaci srdce (bypass), počínající stařecká demence, v současnosti diagnostikována MRSA, celkový zdravotní stav špatný

Bydlení: Domov pro seniory

Náboženské vyznání: Křesťanské

1) Co pro vás znamenal nástup do penze?

Odpoověď paní „Z“: „To už je dlouho, co jsem v důchodu víc než třicet let. Když jsem tehdy šla do důchodu a loučily se se mnou v práci, přišlo mi to jako něco neskutečného a nevěděla jsem, co si počnu. Byla jsem zvyklá pracovat, byl kolem mne ruch a najednou to mělo všechno zmizet? Brala jsem to špatně.“

Odpověď pana „F“: „Do důchodu jsem se těšil, protože jsem vystřídal několik zaměstnání a ve všech jsem dřel jak mezek, tak jsem si říkal, že budu mít konečně klid. Podívejte na ty ruce, jak je mám udřené, ale poctivou prací!“

2) Zaznamenal/a jste na sobě změny ve zdravotním nebo psychickém stavu?

Odpověď paní „Z“: „Všechno mne bolí a nemůžu chodit, blbnu a nemohu si vzpomenout na slova. Stáří je prostě *blbec*! Ať nikdo neříká nic, že je hezké. Není! Podívejte, jak se mi kroutí prsty na rukou a to mi manžel vždy říkával: „Tyhle ručičky se něco nadělaly“. Nyní mi z ruky všechno upadne...“

Odpověď pana „F“: „Je mi stále něco, prostě jsem už *starý dědek*! Co vám mám povídat, podívejte se na mě.... Už abych chcípnul a měl klid. Nepamatuji si, co bylo včera, ale když se mě zeptáte, jaká byla má první lokomotiva, to bych vám mohl vyprávět do detailů.“

3) Co ve vás vyvolává pocit štěstí a radosti?

Odpověď paní „Z“: „Když člověka všechno bolí, moc radosti nemá. Když za mnou přijdou děti a vnoučata, tak bych zlíbala ty jejich pusinky a tiskla je k sobě.... Asi má rodina, nemohla bych žít bez dětí. Jinak když mne občas sestry pomohu vyjít na sluníčko na terásku, nebo se vykoupu, to je pak štěstí.“

Odpověď pana „F“: „Když si dám něco dobrého k jídlu a nepálí mne po jídle žába, nebo když dávají nějaký válečný dokument v televizi, něco o železnicích, tak to pookřeji a vzpomínám, jaké to bylo tehdy v mládí.“

4) Jaký vidíte ve svém životě smysl?

Odpověď paní „Z“: „Žádný smysl už nevidím, nevím proč to Bůh nebo život zařídil tak, abych tu byla do takového věku.“

Odpověď pana „F“: „To se mě ptáte moc! Musí mít život nějaký smysl? Prožil jsem ho a vůbec o nějakém smyslu nepřemýšlel. Když člověk dělá poctivou práci, nemusí se zabývat nějakým smyslem života.“

5) Která situace, ve vašem současném životě na vás působí špatně?

Odpověď paní „Z“: „To, že mě děti šouply sem do domova důchodců. Zbavili se mě jako nepotřebného kusu harampádí. S tím se těžko smíruji, ale co jiného mi zbude? Člověk si v tomhle věku nemůže sám diktovat, co chce.“

Odpověď pana „F“: „Hrozí mi, že půdu do nemocnice prý zas na nějaké vyšetření. Nechci tam. Už jsem si zvyknul tady. Nechci být někde jinde, kde na mě budou doktoři dělat *cukrbliky* a sestřičky mi budou říkat: *dědo*. Copak jsem nějaký jejich děda?“

6) Cítíte se být diskriminován/a vzhledem k vašemu věku?

Odpověď paní „Z“: „To vůbec ne.“

Odpověď pana „F“: „Co to je diskriminace? To neznám. Vůbec nevím, o čem mluvíte?“

7) Máte erotické představy?

Odpověď paní „Z“: „To jsem snad nikdy neměla. Manžela jsem milovala a nemohla bych si něco tak hrozného ani představit!“

Odpověď pana „F“: „Prosím vás! V mém věku a erotika? Když občas v noci nemohu spát a pustím si televizi a vidím ty nahotiny, a jak tam u toho vyvádí, musím to vypnout! Jak se může takhle někdo předvádět?“

8) Pociťujete svou finanční situaci dobře?

Odpověď paní „Z“: „Důchod mi dříve stačil. Tady ho odevzdávám sestřičce a ta mi z toho, co zbyde, dává peníze, například dětem na něco dobrého nebo, když mají narozeniny. O peníze se nestarám, v podstatě je nepotřebuji, protože se o mě tady starají a nikam nechodím.“

Odpověď pana „F“: „O peníze se nestarám. Tady mi dají všechno.“

12 Vyhodnocení výsledků kvalitativního výzkumu

Kategorie „Mladých seniorů“

Na odpovědích pana „K“ i paní „D“ je patrné, že determinaci seniorského věku ještě nevnímají s plnými důsledky. Tím, že jsou relativně v dobrém zdravotním stavu, finančně zabezpečení, žijí s partnery, proto necítí osamělost nebo sociální izolovanost a mají stále smysl života, prožívají kvalitu i subjektivní pohodu svého života dobře. Jsou nezávislí a soběstační. U pana „K“ na rozdíl od paní „D“ bude adaptace na stáří daleko horší, s ohledem na jeho charakterové vlastnosti a postoje k životu. Stále zde je patrná vitalita a sexualita na základě uspokojivého intimního soužití.

V genderovém pojetí rozdílnosti, je zde dobře znát, že ženy jsou více fixovány na rodinu a domov, který je pro ně jedním z hlavních smyslů života, na rozdíl od mužů, kteří daleko výše hodnotí své společenské nebo pracovní postavení a aktivní finanční zabezpečení.

Kategorie „Starší senioři“

Odpovědi této věkové kategorie seniorů, jsou již poznamenány přibývajícimi zdravotními komplikacemi, zhoršením finanční situace a větší sociální izolovaností (což je patrnější u paní „J“). Přesto i v tomto věku, když si lidé udrží smysl svého života, spiritualitu, pohybovou aktivitu, lépe zvládají následné roky bez výraznějších obtíží, které by znehodnocovali kvalitu jejich života. Stále zde je patrná jejich soběstačnost a vitalita. V intimní oblasti nastává zněna, začíná se projevovat vyšší úmrtnost mužů, proto větší osamocenost žen, které žijí relativně déle, nenavazují vztahy s opačným pohlavím tak snadno a tvoří spíše spojení (krom rodiny) se svými vrstevnicemi, které jim kompenzují sociální kontakt.

Genderový rozdíl je zde patrný v tom, že ženy v toto věkovém období zůstávají nadále samy po úmrtí životního partnera, kdežto muži navazují nové vztahy, protože nechtějí žít osamoceně.

Kategorie „Velmi staří senioři“

Interpretace této věkové skupiny, jasně vypovídá o vyhasínání optimizmu, kdy není přiměřená pohybová aktivita, vyrovnaná s duševní činností, proto dochází k jejímu poklesu. Ztrácí se smysl života a staří lidé se soustředí především na svůj, stále se zhoršující, zdravotní stav a pociťují výraznou sociální izolovanost. Dochází zde k značné dekadenci předchozích hodnot života a je velice těžké motivovat lidi, tohoto tzv. čtvrtého věku, k pozitivnímu vnímání vlastního života. V tomto věkovém období je nevyhnutelná přítomnost sociální opory, protože nastává naprostá závislost na druhých. Přesto záleží na charakterových vlastnostech a způsobu předchozího života, každého z jedinců, v kontextu toho jak nadále budou své stáří prožívat.

Z hlediska genderového, se zde potírají výraznější rozdíly ve vnímání kvality a subjektivní pohody v životě, protože obě pohlaví se soustředí na optimální zvládnutí běžných každodenních činností a především vnímají změny svého zdravotního stavu.

Celkové shrnutí práce

Jak již bylo výše uvedeno, stárnutí a stáří je nezadržitelný jev, v životě každého člověka. Každá vývojová fáze života je důležitá a měla by se jí věnovat pozornost. Stejně tak je tomu i se stářím. S přibývajícím stárnoucí společností, nejen v současnosti, ale především v následujících letech, se bude zvyšovat nárok na zdravotní a sociální péči, což sebou bude přinášet mnohé ekonomické důsledky. Proto je nutné současnou populaci vést k tomu, aby na své budoucí stáří myslela, přizpůsobovala tomuto faktu, svůj životní styl již v produktivním období života. To jak budeme stárnout, záleží ve velké míře na nás samotných, ale také na životních, sociálních, ekonomických a politických podmínkách, které tvoří multifunkční faktory, působící na život každého. Neméně výrazný je i náš genetický vklad, psychologické zrání osobnosti, včetně charakterových vlastností, které jsou nám trvale vtisknuty.

Pohled na stáří a stárnutí, je dnes často negován ve smyslu, že se jedná o něco degradujícího, o čem je lepší nemluvit. Je to umocňováno preferencí kultu mládí, úspěšnosti a síly. Přitom stárnutí, stáří a následná smrt patří do přirozeného vývoje člověka a je součástí každodennosti života neboli životní reality. Stáří sebou přináší krom nadhledu a životních zkušeností a moudrosti i nemoci, nemohoucnost a závislost na pomoci druhých. Častokrát si mladší lidé, hlavně v produktivním věku, nechtějí připustit, že i oni jednou dospějí do této fáze a proto by měli na staré lidi pohlížet z jiného hlediska. Dokud je člověk výdělečně činný, zdravý, plný entuziasmu a obklopen přáteli, nejbližší rodinou, která na něj hledí jako na angažovaného plnohodnotného člena, neuvědomuje si, že změna sociální statutu, odchod přátel, nejbližších příbuzných sebou nese i přehodnocení životních hodnot. A proto by měl být přístup ke starším lidem především vnímavý, ohleduplný a chápavý s ohledem na to, co prožili.

Cílem této práce, bylo nastínit specifika tohoto životního období, včetně samotných strategií zvládnání životních situací podporujících lepší adaptaci na změnu dosavadního stylu i smyslu života. Plynulý přechod do nového a konečné životní etapy, nemusí být nutně poznamenán snížením kvality života nebo úbytkem sil a stagnací, očekáváním konce – může každého jedince povznést do nových rovin bytí a pomoci mu, aby se uměl vyrovnat se ztrátami, nezůstal na ně sám a dál pokud jen může, se snažil být soběstačný a pocíťoval osobní autonomii. V práci jsem se snažila nastínit poznatky o stárnutí a stáří z pohledu humanitních a zdravotních věd, které se snaží popsat nezadržitelné involuční změny a objasnit je a zároveň nalézt možné řešení jejich zpomalení, nebo utlumení bolesti a utrpení, které sebou konečná fáze života nese.

S ohledem na rostoucí populaci stárnoucích lidí, je důležité tuto problematiku vnímat jako závažnou a stavit ji do popředí zájmu široké veřejnosti.

Použitá literatura

BALCAR, Karel. Životní smysl a kvalita života. In PAYNE, Jan et al. Spokojenost pacientů. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 253-261. ISBN 80-7254-657-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

FRANKL, Viktor, Emanuel. Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii. 1. vyd. Praha: Cesta, 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.

KALVACH, Zdeněk et al. Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů I.díl. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992. 244 s. ISBN 80-7066-702-8.

KALVACH, Zdeněk. Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů. II. díl. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1995. 214 s. ISBN 80-7184-001-7.

KALVACH, Zdeněk et al. Úvod do gerontologie a geriatric. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193s. ISBN 80-7184-366-0.

ŘÍČAN, Pavel. Psychologie. Příručka pro studenty. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 296 s. ISBN 978-80-7367-406-9.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. 1. vyd. Praha: Masarykova univerzita, 2008. 233s. ISBN 978-80-210-4627-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie pocitů štěstí. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 136 s. ISBN 987-80-247-4436-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Pozitivní psychologie. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-8.

STUART-HAMILTON, I. Psychologie stárnutí. 1. Vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

GRUSS, P. Perspektivy stárnutí: Z pohledu psychologie celoživotního vývoje. 1. vyd. Praha: Portál, 2009 224 s. ISBN 978-80-7367-65-6.

GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši. 1. vyd. Praha: Portál, 200. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

PELCÁK, S. Personal resilience and health. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 206 s. ISBN 978-80-7435-342-0.

Ostatní použité zdroje

<http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf>.

(<http://www.mpsv.cz/cs/5045>).

(<http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm>).

Štěpánek, Jiří. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK (online).

