

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Martina Mičúnková

Vychovatelství

Charakteristika vývojového období stáří a stárnutí

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 10. 4. 2015

.....

Martina Mičúnková

Poděkování

Mnohokrát děkuji doc. PhDr. Ireně Plevové, Ph.D., za odborné vedení práce a také za podnětné a cenné rady, které mi pomohly práci napsat.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	6
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	6
1.2 KLASIFIKACE LIDSKÉHO ŽIVOTA	6
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ	8
1.3.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	9
1.3.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY	11
1.3.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY	14
2 STÁŘÍ Z POHLEDU POZITIVNÍ PSYCHOLOGIE.....	18
2.1 VYMEZENÍ POJMU POZITIVNÍ PSYCHOLOGIE	18
2.2 ŽIVOTNÍ SMYSL A KVALITA ŽIVOTA	18
2.3 ADAPTACE NA STÁŘÍ.....	21
2.4 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ	23
2.5 ZDRAVÉ STÁRNUTÍ	24
2.5.1 STRAVOVÁNÍ.....	25
2.5.2 POHYBOVÁ AKTIVITA.....	26
2.5.3 SEXUALITA	28
3 PÉČE O SENIORY	30
3.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE	30
3.2 SOCIÁLNÍ PÉČE	31
3.3 DOMÁCÍ PÉČE	33
4 AKTIVNÍ STÁRNUTÍ	36
4.1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	37
4.1.1 UNIVERZITA TŘETÍHO VĚKU.....	39
4.1.2 AKADEMIE TŘETÍHO VĚKU.....	41
4.1.3 UNIVERZITA VOLNÉHO ČASU.....	42
4.1.4 KLUBY AKTIVNÍHO STÁŘÍ A SENIORCENTRA	42
ZÁVĚR	43
SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ.....	44
SEZNAM ZKRATEK	49
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	50
ANOTACE.....	51

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem zvolila kvůli velmi pozitivnímu vztahu k seniorské populaci. Velkou inspirací jsou pro mne prarodiče, kteří díky svému optimismu nevidí ve svém životě překážky. Osobně na ně nepohlížím jako na své prarodiče, nýbrž jako na své druhé rodiče. Ovšem jak se zmiňuji výše, kladný vztah k seniorům platí obecně. Ráda pomáhám starším lidem, poslouchám příběhy, které zažily, kam chtějí cestovat nebo co ještě touží dělat, což mě duševně uspokojuje.

Bakalářská práce je rozčleněna do čtyř kapitol. Cílem práce je charakterizovat základní známky stáří a stárnutí, popsat jednotlivé změny, faktory a fáze, které s tímto obdobím souvisí a přiblížit tak proces stáří a stárnutí.

Jedná se o období, které bývá mnohdy opovrhováno, zejména mladou generací, která nahlíží na seniory jako na méněcenné, nezvladatelné a nechápající. Díky této práci chci poukázat na fakt, že stáří a stárnutí je zcela přirozený proces, který se týká každého z nás.

V první kapitole definuji pojmy stáří a stárnutí, klasifikuji fáze lidského života dle jednotlivých autorů, specifikuji faktory, které proces stárnutí ovlivňují a následně popisují změny, které s sebou období stáří a stárnutí přináší. V druhé kapitole se věnuji pozitivní psychologii, životnímu smyslu a kvalitě života. Následně jsou v kapitole popsány fáze adaptace a přípravy na stáří, které jsou neméně důležité pro znalost tohoto tématu. Kapitola uzavírá zdravé stárnutí, které je nejen nezbytné pro fungování organismu, ale ukazuje možnosti, jak si zdraví udržet, ne-li zlepšit. Třetí kapitola je zaměřena na seniory v systému zdravotní, sociální a domácí péče, kde jsou rozebrány jednotlivé služby péče, které mají za úkol poskytnout člověku zapojení se do běžného života se zajištěním určitých potřeb. V poslední čtvrté kapitole se věnuji aktivnímu stárnutí, konkrétně celoživotnímu vzdělávání. Důraz přikládám na univerzity třetího věku, které neustále nabírají na své intenzitě a oblíbenosti. Práce je také doplněna výzkumy a grafy k náležitým tématům. Jsem si vědoma toho, že uvedené téma je příliš obsáhlé, proto jsem se dle mého názoru, zaměřila na základní a též aktuální témata.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Dílním cílem první kapitoly je vymezit pojmy stáří a stárnutí, klasifikovat jednotlivé fáze lidského života, specifikovat faktory, které ovlivňují proces stárnutí a popsat změny, které s sebou toto období přináší.

1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je vzhledem k intraindividuální variabilitě svého významu velice těžko vymezitelné. Existuje řada způsobů a definic, jak na stáří pohlížet (Dvořáčková, 2012). Stáří je podle Mülpachra (2004) jednou z posledních fází ontogeneze a je rovněž spjata s řadou sociálních změn. Podle Pacovského (1990) lze stárnutí považovat za přechodné vývojové období mezi dospělostí a stářím. V této fázi se projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním involucí organismu (Kalvach, Onderková, 2006). Stárnutí je taktéž procesem individuálním a asynchronním, při němž jednotlivé funkce a systémy organismu stárnou nerovnoměrně (Mülpachr, 2004). Stárnutí nepředstavuje chorobnou změnu, nýbrž se jedná o plynulý přechod v rámci celého života člověka (Švancara In Křivohlavý, 2002).

1.2 KLASIFIKACE LIDSKÉHO ŽIVOTA

Na otázku: „Kdy začíná člověk stárnout?“ byla vyslovena již řada odpovědí. Poukazovala se na to, že člověk stárne od chvíle, kdy se objeví na světě, tj. od narození. Z biologického hlediska definuje Balasz (In Křivohlavý, 2002) stárnutí jako období, která začíná ukončením procesu tělesného zdraví a diferenciací. Avšak z hlediska vývojové psychologie formuloval Švancara (In Křivohlavý, 2002) stáří jako sestupnou periodu vývoje, která začíná v dřívějších vývojových stádiích. Dnes je v běžném životě za starého člověka považován každý, kdo dosáhl penzijního věku. Stojí za zmínku uvést, že každý člověk stárne jinak. V důsledku toho, že se navyšuje věková hranice odchodu do penze, posunuje se i věkové pásmo, které nazýváme obdobím stáří (Haškovcová, 2010).

Doposud se však nevytvořila jednotná periodizace, i když se v odborné literatuře sekáme s řadou dělení.

Podle **Nakonečného** (In Holásková, 2003) se vývojové období dělí do dvou etap:

- počáteční stáří 60-75 let
- pokročilé stáří od 75 let

Dle **Švancary** (In Holásková, 2003) se proces stárnutí ustanovuje před dovršením padesátky:

- stárnutí (presenium) 46/48-65 let
- stáří (senium) od 65 let
- vysoký věk od 75 let

Světová zdravotnická organizace (**WHO**) zvolila věkové členění (In Hátlová, 2010):

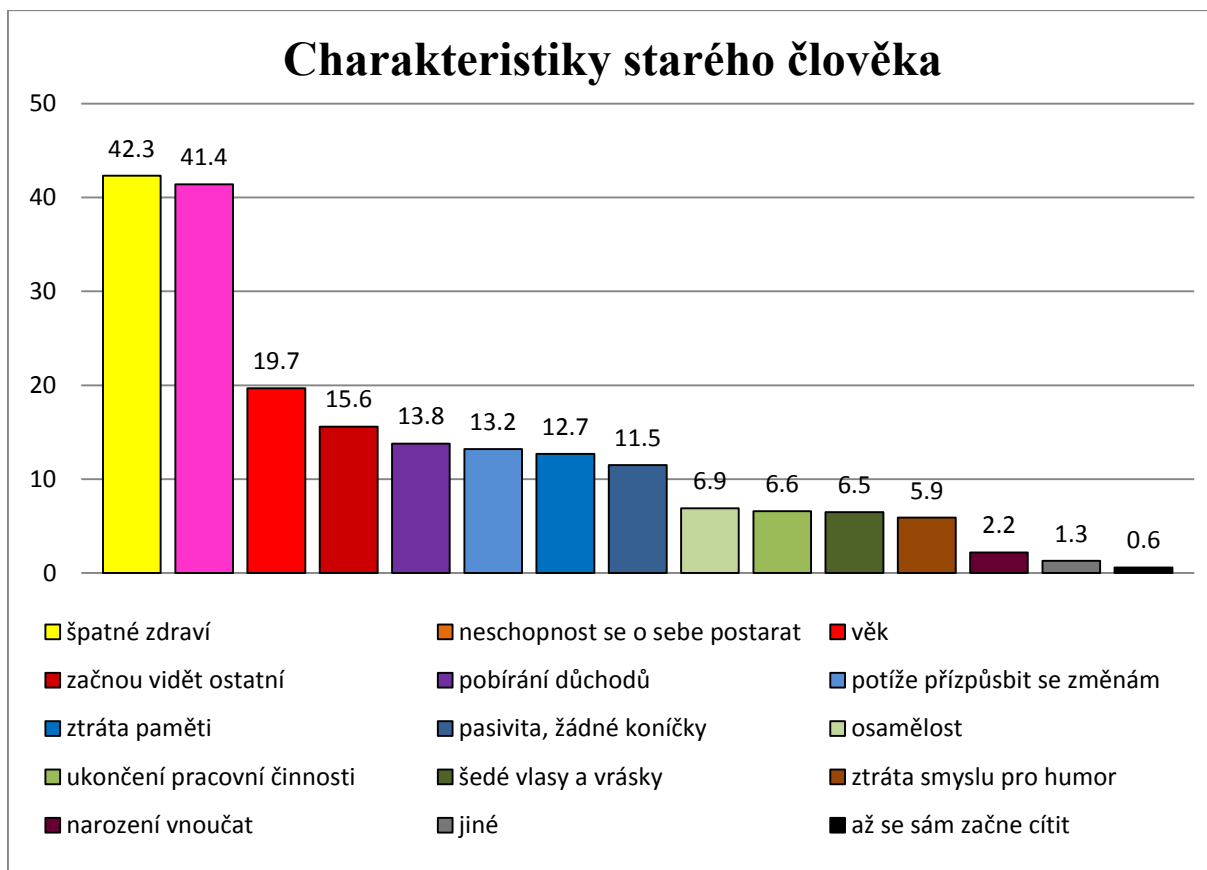
- střední, zralý věk: 45-59 let
- vyšší (starší) věk, rané stáří 60-74 let
- pokročilý (stařecký) věk, senium 75-89 let
- dlouhověkost 90 a více let

Bromley (In Křivohlavý, 2002) rozděluje fáze vyššího věku:

- předdůchodový věk 56-65 let
- věk uvolňování aktivit 65-70 let
- stáří 70-75 let
- věk senility 75 a výše

Věk dělí **Vigué** (2006) na chronologický a biologický. Chronologický věk vyjadřuje čas, který uplynul od narození jako věk v letech. Kdežto biologický věk koresponduje s funkčním stavem orgánů v porovnání se standardním stavem v určitém věku. Jedná se tedy o pojetí fyziologické. Biologický věk udává lepší informaci o skutečném stavu stárnutí.

V několika výzkumech byla respondentům opakovaně pokládána otázka, zde je možné definovat stáří věkem. Výzkumy následně potvrdily, že zhruba čtvrtina až třetina české populace s tím výrokiem souhlasí (Vidovičová, 2008).



Graf č. 1 Součet první a druhé nejdůležitější charakteristiky starého člověka (v %)(Vidovičová, 2008).

Věk je tedy velmi důležitou charakteristikou starého člověka, avšak v uvedené tabulce je možné vidět, že se **věk** umístil až na třetím místě, a to za **špatným zdravotním stavem** a **neschopností se o sebe postarat**. Hodnotový odstup, který si věk získal od prvních dvou pozic, jej více přibližuje k variantě čtvrté – **až jej tak začnou vidět ostatní** a páté variantě – **důchodu**, které v sobě faktor věku obsahuje. Ovšem podobné charakteristiky provedené v roce 2001 dle Vidovičové a Rabušice ukázaly, že se na prvních třech pozicích umístily tyto znaky stáří: fyzický stav (75%), věk (56%) a ztráta duševní svěžesti (54%)(Vidovičová, 2008).

1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ

Stejně jako naše tělo, tak i naše myšlení prochází během života třemi známými etapami: růstem, dospělostí a stářím. Během procesu stárnutí dochází jak ke změnám morfologickým, které se týkají struktury tkání a orgánů, tak ke změnám funkčním (Vigué, 2006).

1.3.1 BIOLOGICKÉ ZMĚNY

Obecně je známo, že s narůstajícím věkem se snižuje činnost orgánů. Ty jsou na vrcholu své efektivity okolo 30. věku jedince. Následně začíná postupný, avšak trvalý pokles. I nadále zůstává většina funkcí zachována a je postačující do konce života díky funkční kapacitě orgánů, která přesahuje délku života organismu, tzv. **funkční rezerva**. Pomocí této funkční rezervy se kvalita života během stárnutí nemění (Vigué, 2006).

Změny pohybového aparátu: období stárnutí je definované atrofii¹ svalových vláken. Dochází ke snížení počtu červených svalových vláken a ubývání svalové síly. Dochází k obtížím při tzv. cílených pohybech (strefit se do ucha jehly, hraní šipek – pohyb mířený šípem do terče atp.). Tyto změny se netýkají všech pohybových činností stejně. Některé motorické stereotypy (hraní na klavír, housle, psaní všemi deseti) zůstávají v dobrém funkčním stavu a to i ve vysokém stáří (Křivohlavý, 2002).

Změny celkového vzhledu: typickým jevem u stárnoucí populace je pokles tělesné hmotnosti, výšky a změna tělesných proporcí. Kůže ztrácí svou pružnost, zpomaluje se růst nehtů a navyšuje se vypadávání a šedivění vlasů (zvláště u mužů má tato změna výrazný dopad na jejich sebehodnocení). V obličeji se objevují výraznější a hlubší vrásky. U hubenějších lidí můžeme pozorovat stále ostřejší rysy, zatímco u tlustších osob přichází se stářím tzv. druhá brada. U žen se mohou objevit chloupky pod nosem, případně i na bradě, což může mít rovněž dopad na jejich sebehodnocení (Křivohlavý In Holásková, 2003).

Změny ve vylučovacím a zaživacím systému: vylučovací soustava zpomaluje svou činnost a ztrácí výkonnost. Taktéž méně efektivní je trávicí trakt při absorpci živin (Holásková, 2003).

Změny v dýchání: dýchací soustava zajišťuje menší přívod kyslíku, snižuje rychlost dýchání i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Hrudník klesá a zvýšená funkce dýchacího aparátu vede k hypoxii – k nedostatku kyslíku (Křivohlavý, 2002).

Změny kardiovaskulárního systému: srdce v rámci oběhové soustavy ztrácí na své síle. V důsledku zužování a snížení pružnosti cév je k rozvádění krve po celém těle potřeba daleko více energie. V reálném obraze má pětasedmdesátiletý muž srdeční výkon zhruba

¹ Atrofie – zmenšení orgánu svraščením nebo zánikem buněk (Malý encyklopedický slovník A-Ž, 1972, s. 69).

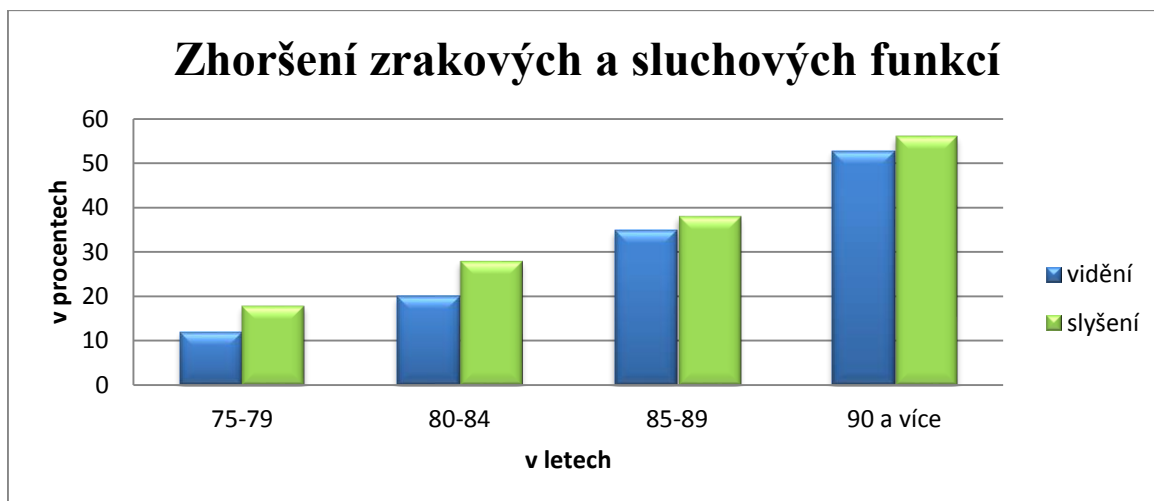
70 % výkonu průměrného třicetiletého muže. Tyto změny mají neblahý vliv na funkci mozku a tudíž i na činnost psychiky (Stuart-Hamilton, 1999).

Regulace teploty: starší lidé se nedokáží přizpůsobit výraznější teplotním podmínkám, jelikož udržení tělesné teploty se stává obtížnější. Nemohou se snadněji zahřát a trpí tak zimomřivostí (Křivohlavý, 2002).

Změny chrupu: změny chrupu jsou velice výrazné, zejména v řeči, obzvláště při výslovnosti sykavek i při jídle, kdy běžné žvýkání začíná být obtížné (Křivohlavý, 2002).

Během procesu stárnutí dochází též ke změnám **smyslových orgánů**.

- **Zrak** – podle Hátlové (2010) se snižuje ostrost vidění, lidé mají nedokonalý odhad vzdálenosti, ztěžuje plynulost a koordinovat pohybů a dochází ke zmenšení oční čočky a její elasticity. Křivohlavý (2002) uvádí změnu ve vnímání barev. Zejména dochází k prodloužení reakce a snížení schopnosti vnímat modrou a červenou barvu. Naopak velice dobře ve stáří vnímáme barvu žlutou. Zajímavé je, že se během období stáří nezmenšuje zorné pole. Naopak Hátlová (2010) tvrdí, že u řad měření zrakového vnímání pilotů od 25 do 54 let nedochází k závažnějším negativním změnám v odhadu hloubky, nočního vidění atp. Studie zrakového vnímání u řidičů aut prokázaly, že trénování této činnosti posiluje výkonnost zrakového vnímání (např. prostorového vidění) i do vyššího stáří.
- **Sluch** – dochází ke snižování vnímatelnosti zvukových signálů, řeči a hudby (Hátlová, 2010). Taktéž dochází ke zhoršení schopnosti určovat výšku zvuku a udávat polohu zdroje zvuku. Až 10 % starých lidí trpí tzv. „zvoněním v uších“, což představuje jisté trápení a rovněž důvod, který způsobuje potlačení zvukových signálů (Stuart-Hamilton, 2002). Ovšem hudebníci, letečtí mechanici a lékaři mají velice malý úbytek percepce vysokých tónů vlivem celoživotní praxe a trénování (Křivohlavý, 2002).



Graf č. 2 Zhoršení vidění a slyšení má v závislosti na věku progresivní charakter (Margrain a Boulton, 2005 In Vágnerová, 2008).

- **Čich** – podle Hátlové (2010) je modifikován kvantitativně i kvalitativně a celkově se zhoršuje prožívání a kvalita života jedince. Naopak dle Pacovského (In Holásková, 2003) se u 80 % gerontů projevuje snížená čichová diferenciace, avšak čichový práh není změněn a v kvalitativním a kvantitativních změnách čichu a chuti existují výrazné individuální rozdíly.
- **Chuť** – poměrně stále vnímáme chuť do 70 let života. Následně dochází ke snižování prahu percepce chuti pro slané a sladké podněty (Křivohlavý, 2002). Díky nedostatku zpětných chuťových vazeb se tak zhoršuje kvalita a konzumace pokrmů (Hátlová, 2010). I zde má určitý vliv celoživotní praxe např. kuchařů či vinařů (Křivohlavý, 2002).
- **Hmat** – ke změnám citlivosti hmatu přispívá ztenčování a vrásnění kůže gerontů. Taktéž starší lidé mají vyšší práh citlivosti, je tedy zapotřebí větší stimulace kůže, aby byl dotyk zaregistrován. Podobně také klesá citlivost k teplotě podnětů, ovšem tyto změny nemusejí být výrazné (Stuart-Hamilton, 2002).

1.3.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY

V období stáří se mění i mnohé psychické funkce, které jsou podmíněny biologickými změnami. Doba, kdy se začnou jednotlivé změny projevovat, jsou však individuálně rozdílné (Vágnerová, 2007). Jedinec vykazuje určitý pokles v přijímání nových psychických obsahů, je více oslabena schopnost tvořit nové spoje, které slouží k udržení těchto nových informací.

Člověk si i nadále může osvojit jakýkoli nový materiál, avšak tento proces bude daleko obtížnější a méně efektivnější, než tomu bylo v mladistvém věku (Švancara, 1979).

Podle Vigué (2006) dochází ke změnám ve snížení **intelektuálních schopností** (menší schopnost řešení problémů, menší spontánnost v myšlení, horší schopnost vyjadřování) a ke změnám v **charakteru osobnosti** (strach z nových lidí, výskyt demence, zhoršování přizpůsobivosti). Pokles performačních schopností je zjevný již okolo třicátého věku člověka a kolem čtyřicátého věku je velmi zřetelný. Slovně logické funkce jsou naopak u věkové kategorie čtyřicet až čtyřicet pět na nejvyšší úrovni. Funkce v oblasti řeč-myšlení vyznačují svůj pokles mnohem později (Švancara, 1979).

V průběhu procesu stárnutí dochází ke **změnám kognitivních schopností**. „*Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností i celkové struktury poznávacích procesů.*“ (Vágnerová, 2007, s. 317). Změny se projevují zejména ve funkcích, které zaznamenávají, ukládají a využívají informace. Pokles účinnosti a přesnosti kognitivních kompetencí může mít významný dopad na kvalitu života člověka. Významnou změnou je zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů. Lidé bývají pomalejší a nestačí dostatečně zpracovat potřebné informace. Výsledkem je až dvojnásobný časový limit ke zvládnutí daného úkolu, přičemž se starší lidé více soustředí na zpracování informace, než na její uchování. Taktéž jsou oslabeny reakce, jelikož pro seniory je obtížné se rozhodovat sám za sebe, což představuje jistou zátěž. Dalším limitujícím faktorem je pozornost. Schopnost soustředit se na potřebné situace, eliminovat situace nepodstatné, rozdělovat pozornost dle potřeb situace a zvládat příjem nových informací se v průběhu stárnutí postupně zhoršuje. Je nutné poukázat na fakt, že efektivita pozornosti závisí na situaci a typu úkolu. Kognitivní kapacita u seniorů je omezená, proto se nedokáží soustředit na větší množství podnětů a následné zpracování více informací najednou. Ve stáří se začínají objevovat nedostatky paměťových funkcí, což je považováno za zjevný a běžný projev stárnutí. Za příčiny paměťových problémů mohou být změny v odlišných oblastech mozku. Rovněž genetické předpoklady, aktuální zdravotní stav a postoj k duševní činnosti může ovlivňovat paměť. Důležitá je i úroveň vzdělání. Ukázalo se, že u lidí s nižším vzděláním je funkce paměti horší. Také je dobré dbát na trénování paměti, funkce se následně uchovávají po delší dobu v optimální úrovni. Na proměnách rozumových schopností se podílí dědičné dispozice, sociální faktory (dosažené vzdělání, způsob života) i osobní vlastnosti (introvert, extrovert). Na výrazném úpadku rozumových schopností se mohou podílet různé choroby či onemocnění (demence, kardiovaskulární choroby, dysfunkce dýchacího systému apod.). Změny v procesu

stárnutí nenarušují ve stejné míře všechny složky inteligence. Jejich úbytek se může projevat individuálně. Může se změnit jak celková úroveň rozumových schopností, tak i jejich struktura (Vágnerová, 2007).

Nesmíme opomíjet také **změny emocionální**. V mládí a dospělosti vykazovala emocionální činnost daleko větší intenzitu, než v období stárnutí. Starší člověk prožívá mnohé životní děje méně bezprostředně, což je zejména pro mladou generaci často nepochopitelné (Křivohlavý, 2002). Obecným rysem pro seniory je špatné snášení změn. Je daleko obtížnější se vyrovnávat s novými situacemi vlivem zhoršených kognitivních schopností. Z tohoto důvodu si tak vytvářejí užší vazby k blízkým osobám, na kterých se stávají závislí, a to jak po stránce prožitkové, tak fyzické (Hátlová, 2010). Podle Vágnerové (2007) nemusí být proměny emočního prožívání příliš nápadné. Dominantní je si udržet pocit bezpečnosti a pohody, což napomáhá eliminovat negativní pocity. Na druhé straně klesá tendence analyzovat vlastní emoční prožitky a tolerance k emoční ambivalenci². Strategie zvládání zjednodušením a vyhýbáním je velice oblíbená, protože lze snadno dosáhnout žádoucího cíle. Jedná se tak o obranu na udržení přijatelných pocitů. Je nutné zdůraznit, že změnami v citových složkách, kterými starší člověk prochází, jsou u každého jedince individuální (Holásková, 2003).

Každý člověk potřebuje v životě uspokojovat všechny své **potřeby**. Senioři jsou v tomto ohledu často odkázáni na pomoc druhých. Pojem „potřeba“ vysvětluje Nakonečný (In Dvořáčková, 2012) jako základní formu motivu, a to ve smyslu nedostatku v biologické či sociální dimenzi bytí. V průběhu života se potřeby člověka mění, a to jak z hlediska kvality tak kvantity. Vzhledem k potřebám seniorů bychom měli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V souvislosti se potřebou bezpečí se snažíme seniorům pomáhat, což může vést k přílišnému ochraňování a následně k rozvoji závislosti seniora na okolí. Kaufmanová (In Dvořáčková, 2012) ve svém výzkumu zjistila, že pro seniory jsou nejdůležitější hodnoty zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. V rámci důležitosti potřeb jsou pro seniory nejvíce důležité potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a sociální potřeby. Vágnerová (2007) se domnívá, že jsou senioři více ohroženi onemocněním či ovdověním a tím tak podporují závislost na okolí. Do popředí se následně dostává potřeba bezpečí. Jedině sám člověk může posoudit, zda je kvalita poskytované péče pro něj prospěšná

² Ambivalence - současně se vyskytující láska a nenávist k téže osobě nebo předmětu (Malý encyklopedický slovník A-Ž, 1972, s. 35).

a uspokojující či nikoliv. Buď si jednotlivé potřeby zajistí sám, nebo je odkázán na pomoc druhých (Dvořáčková, 2012).

1.3.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY

Německý psycholog Hans Thomaev uvádí, že stárnutí je „...*především funkcí sociálních podmínek, reakcí člověka na soubor ekonomických, pracovních, sociologických a sociálně psychologických daností.*“ (In Švancara, 1979, s. 26). Rozvíjí tak nový přístup ke zkoumání stárnutí, který zdůrazňuje formování způsobů řešení každodenních situací, např. měnící se rodinné podmínky, uvědomění si nedostatku vlastního života, monotonie života atp. Thomaev zdůrazňuje také to, že stárnutí je výsledkem individuálního běhu života v jeho sociálních souvislostech a vytváří se v průběhu naší životní dráhy (In Švancara, 1979).

Během procesu stárnutí se některé vlastnosti, kterými jedinec disponoval již dříve, zesilují (starostlivost se mění v úzkostnost, spořivost v lakotu). „*Jedinec je mnohem méně adaptabilní a v důsledku toho trvá na svých návycích a stereotypech, bývá přecitlivělý a málo empatický.*“ (Vigué, 2006, s. 19). Nelze opomínat fakt, že většina seniorů žije osamoceně. Tito jedinci si zejména v období svátku uvědomují tíživost své situace, díky níž se navyšuje počet sebevražd. Častější jsou i problémy vyplývající ze společného soužití starší generace s generací mladší, mezi jejíž projevy můžeme začlenit nespokojenost, napětí a vzájemnou neurotizaci. K prevenci těchto nesnází slouží dnes už řada psychologických center, zdravotních středisek, případně i středisek sociální péče (Švancara, 1979).

Jednou z charakteristik zralé osobnosti je nejen vyrovnání se s minulostí a žití v přítomnosti, ale také realistický výhled do budoucnosti. Ukazuje se, že spousta lidí není na stáří připravena. Dle Křivohlavého (2002) mají více plánů do budoucnosti ti lidé, kteří žijí doma v rodině. Naopak stárnoucí populace žijící v domovech pro seniory upadají do nezájmu, letargie a sociální izolace. Podle Eriksona (In Dvořáčková, 2012) chybí naší společnosti tzv. „životaschopný ideál“, následkem je nevědomost, jak začlenit seniory do struktur společnosti, co očekávat, co nabízet.

V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci života. Ta je rozčleněna do tří, eventuálně čtyř období, tzv. věků (Mülpachr, 2004).

- **První věk** – označován též jako věk předproduktivní, je období dětství a mládí charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.

- **Druhý věk** – označován jako produktivní, je období dospělosti, biologické, sociální a pracovní produktivity.
- **Třetí věk** – je postproduktivní, což představuje stáří jako období poklesu zdatnosti a odpočinku a také jako období diskriminace, minimalizace potřeb a pauperizace³. Takové pojetí potlačuje osobní rozvoj jedince v celoživotním procesu.
- **Čtvrtý věk** – označován jako fáze závislosti. Z tohoto nevhodného označení jasně vyplývá nesoběstačnost, odporuje tak konceptu úspěšného stárnutí a představě, že stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samotné.

Do rámce sociálních změn spadá i **odchod do důchodu**, s nímž přichází i řada změn, na které je vhodné se připravit. Jedná se o úbytek sociálních vazeb, pokles ekonomických příjmů a zejména o ztrátu profesní role a s ní získaný horší sociální status. Důchod představuje jasný přechod ze středního věku do stáří, kdy se člověk stává seniorem (Vágnerová, 2007). Bylo zjištěno, že lidé s blížícím se odchodem do důchodu začínají mít obavy a jsou více sebekritičtí. Objevují se pocity nejistoty, nedůvěry a podezíravosti (Švancara, 1979). Často žijí ve vzpomínkách, hodnotí svůj život a vyrovnává se s faktem blížící se smrti (Vigué, 2006). Naopak pro jiné představuje odchodu do důchodu nepatrnou změnu v jejich životní spokojenosti (Stuart-Hamilton, 1999). Ovšem i člověk v důchodu může přispět svými znalosti a dovednostmi v oblastech jako jsou politické strany, náboženské skupiny, různá společenství a organizace (Vigué, 2006).

Najdou se také senioři, kteří pokračují v pracovní činnosti i po odchodu do důchodu, a to na plný nebo částečný úvazek. Dle údajů ze sčítání lidu se počet ekonomicky aktivních osob ve věku 65 a více let mezi roky 2001 a 2011 zvýšil o 63%, konkrétně z 60,4 tisíc na 98,5 tisíc. To znamená, že zhruba 87,5% tvoří pracující důchodci a zbylých 12,5% připadá na osoby samostatně výdělečně činné. Na délce pracovního života se podílí vliv dosaženého vzdělání. Bylo prokázáno, že téměř čtvrtina ekonomicky aktivních osob ve věku 60 a více let měla vysokoškolské vzdělání (Holmerová, Wija, 2013).

Celkově proces adaptace na odchod do důchodu trvá určitou dobu a probíhá v několika fázích (Vágnerová, 2007).

³Pauperizace (z lat. *pauper*, ubohý) je proces, v jehož průběhu dochází k absolutnímu či relativnímu chudnutí části obyvatel určité společnosti (Linhart, 1996, s. 760).

- **Fáze přípravy na důchod** – lidé chystající se na důchod, jsou často ovlivněni názorem, že období důchodu je považováno za méně uspokojujivé. Proto stárnoucí populace začíná s předstihem uvažovat o změnách, které jsou s odchodem do důchodu spojeny a zároveň nevyhnutelné. Tato fáze je důležitá, jelikož lidé, kteří se na důchod připravovali nejméně dva roky, zvládli přechod lépe a byli spokojenější.
- **Fáze bezprostřední reakce na změnu** – jedná se o fázi přechodu, kdy člověk opustil svůj dosavadní styl života a neosvojil si styl nový. Osvobození od pracovního života může přinášet jak pozitivní pocity a nálady, tak pocity nejistoty a strach z budoucnosti. To, jaký postoj člověk zaujímá k profesní roli a jak významnou hodnotu pro člověka má, vytváří zmíněné reakce.
- **Fáze deziluze a postupného přizpůsobování** nové životní situaci – může se projevit pocitem prázdna, nudy, protože člověku chybí pravidelnost pracovního života. Taktéž se může objevit přesycenost odpočinku a koníčků a přicházet tak pocity zklamání. Důležité je, aby si senioři vytvořili program, který bude zajišťovat osobní pohodu a zároveň i povinnosti.
- **Fáze adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu** – dochází ke stabilizaci rolí a postupně dochází i k zafixování nového životního programu. Životní styl je ovlivněn zdravotním i ekonomickým omezením a jistou sociální izolací v rámci rodiny a sousedství. Senioři si mohou zvolit i dlouhodobější cíl, jehož charakter je povětšinou soukromý (přebudovat chatu, procestovat určitou oblast).

V uvedené tabulce lze vidět, co z přechodu z druhé do třetí fáze života končí a co začíná. Vidíme zde změny týkající se našeho chování, vztahů k druhým lidem, naší sociální komunikace a společenského postavení (Křivohlavý, 2011).

Před důchodem	Po odchodu do důchodu
stálý nedostatek času	dostatek, ba nadbytek volného času
náplň času mi stanoví někdo jiný (nadřízený)	to, co budu dělat, si stanovuji sám
nemám čas pro sebe	mám dost času pro sebe
umění fungovat (jako kolečko ve stroji)	umění žít
spěch	uvolnění
stres a distres	eustres (příjemné vnitřní napětí)
zážitky	klid
úspěch	osobností dozrávání
horizontála života	vertikála života
absolutní sebe-vydávání	jít do sebe
připoutání k zaměstnání	odpoutání od práce
ponoření se do práce	ponoření se do sebe
seberealizace	sebepoznávání
zájem získat a mít	zájem někým být
duševní strádání	duševní naplňování
vnitřní chudoba	vnitřní obohacování
vnější bohatství	vnitřní bohatství
hektické události	klidnější plynutí času
vnitřní nepokoj	ustálování vnitřního pokoje
stály běh a shon	uvolnění
úzkost a strach, jak to dopadne	klidné očekávání
hyperaktivita	klid

Tab. č. 1 Změny způsobené odchodem do důchodů (Křivohlavý, 2011, s. 23, 24).

2 STÁŘÍ Z POHLEDU POZITIVNÍ PSYCHOLOGIE

Dílčím cílem této kapitoly je vymezit pojem pozitivní psychologie a vyjádřit její postavení v současnosti, zdůraznit kvalitu života člověka a vysvětlit důležitost vztahu mezi kvalitou a smyslem života. Následně jsou definovány fáze procesu adaptace a přípravy na stáří. Závěr kapitoly je věnován zdravému stárnutí, ve které jsou popsány oblasti týkající se stravování, pohybové aktivity a sexuality.

2.1 VYMEZENÍ POJMU POZITIVNÍ PSYCHOLOGIE

Pozitivní psychologie je v současné světové psychologii aktuálním a rychle se rozvíjejícím směrem. Vedoucí osobností tohoto směru je americký psycholog Martin Seligman, který ji označuje jako vědu o pozitivních emocích, o kladných životních zážitcích a zkušenostech, o pozitivních individuálních vlastech a rysech osobnosti a o pozitivně fungujících společenstvích a institucích. Směr vznikl na přelomu 20. a 21. století, jejímž hlavním cílem je budování „nejlepších kvalit života“. Snaží se porozumět kladným stránkám osobnosti a podpořit rozvoj vnitřních sil člověka. V centru jejich zájmu je také výzkum a podpora pozitivních potenciálů a tendencí lidské osobnosti, jako jsou empatie, altruismus, tolerance, vděčnost, pokora a lidské ctnosti (Slezáčková, 2015).

Aktuálně se vědci zabývají výzkumy, které se týkají výše uvedených oblastí. Pozornost je věnována nejen výzkumu kvality života, životní spokojenosti a podpoře pozitivního prožívání, ale také zmíněných silných stránek osobnosti člověka (Slezáčková, 2015).

2.2 ŽIVOTNÍ SMYSL A KVALITA ŽIVOTA

Kvalitu života a životní spokojenost ve stáří ovlivňuje jak osobnost, tak životní postoje, které si člověk během svého života utváří. Zároveň ke kvalitnímu životu přispívá i pohybová aktivita, která předchází negativním jevům spojené se stářím a rovněž podporuje kondici starších lidí (Hátlová, 2010). Definování kvality života je spjato s ohledem na spokojenost člověka a s dosažením cílů, které určují směr jeho života. Tyto cíle jsou následně hodnoceny podle hierarchie duchovních hodnot. Ta se týká cílů, k nimž je životní úsilí daného člověka zaměřeno (Křivohlavý, 2001).

Pro kvalitu života ve stáří je dle Dvořáčkové (2012) vhodné si vytvořit program pro volný čas. Udržování a navazování nových kontaktů, společná setkávání s vrstevníky

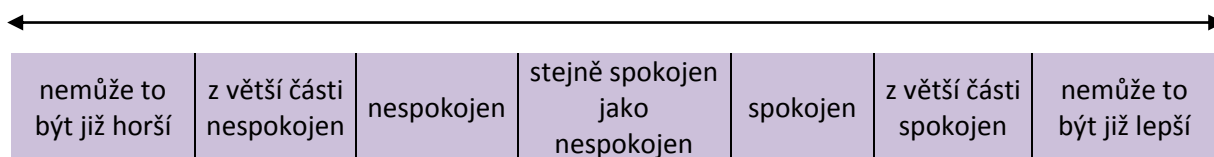
a prohlubování mezigeneračních vazeb mají velký význam pro prožití aktivního stáří. Znamená to, aby se člověk udržoval jak ve fyzické, tak duševní rovnováze. Je důležité pomoci člověku nalézt motivaci pro utváření krátkodobých i delších cílů, posilovat jeho sebeúctu a umožnit mu zážitky úspěchu. Protože jakákoliv aktivita dává životu ve stáří smysl a pocit naplnění.

V makro-rovině jsou otázky vztahující se ke kvalitě života zaměřeny např. na dané země, kontinentu atp. Podle Bergsmy jde o zamyšlení nad problematikou kvality života jako o absolutní smysl života. Život je zde chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici respektovat. **V mezo-rovině** jde podle Bergsmy a Engela o otázky v tzv. malých sociálních skupinách, jako jsou školy, nemocnice, domovy důchodců, pečovatelské domy aj. Jedná se zde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale také o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů, sdílených hodnot, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb člena každé skupiny. **Osobní (personální) rovina** se týká každého z nás jednotlivě. Je jí život jednotlivce, ať už se jedná o kohokoliv. Vzhledem ke kvalitě života se jedná o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, nadějí apod. V této dimenzi hodnotí každý svou vlastní kvalitu života (In Křivohlavý, 2002).

Existuje velké množství metod měření kvality života. Řadíme mezi ně metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba, metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba a metody smíšené, které vznikly kombinací metod předešlých (Křivohlavý, 2002).

Kvalitu života lze též definovat podle Ehtelda jako „... *prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektů.*“ (In Křivohlavý, 2002, s. 170). Je-li tomu tak, žije člověk v životní pohodě. Tato pohoda má blízko tomu, co se rozumí psychologickou kvalitou života. Příkladem tohoto přístupu je metoda tzv. **stupnice spokojenosti se životem** neboli SWL (The Satisfaction with Life Scale). Jedná se o metodu dotazníku s pěti otázkami. Pokládají se otázky, do jaké míry lidé souhlasí s tvrzením: „Můj život je blízký mému ideálu života?“ Stupeň souhlasu je následně vyjádřen v sedmibodové škále. V porovnání s jinými dotazníkovými testy je výsledkem to, že lidé, kteří dosahují vysokých hodnot v SWL jsou celkem dobře přizpůsobeni životu a nemají psychopatologické charakteristiky (Křivohlavý, 2002). Další metodou zjišťování kvality života je metoda **MANSA** (Manchester Short Assesmet of Quality of Life). Jedná se o způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru, jejímž cílem je „... *vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak ten se mu jeví v dané chvíli.*“ (Křivohlavý, 2002,

s. 176). Způsob, kterým MANSA měří dimenze života daného člověka, je metoda **LSS** (Life Satisfaction Scale) – stupnice spokojenosti.



Tab. č. 2 LSS - stupnice spokojenosti podle MANSA (Křivohlavý, 2002).

Jestliže se člověku daří realizovat jeho osobní plány, je spokojen. Tím je rovněž naplněn **smysl jeho života**. U většiny osob se smysl života projevuje tím, že si člověk stanoví plány a cíle a snaží se těchto cílů dosáhnout. Ať už si stanovíme všemu nadřazený cíl, stane se měřítkem smysluplnosti našeho života. Bude nám ukazovat, co má nebo nemá v životě smysl. Svědomí nás povede k odpovědnosti (co dělat máme, co naopak ne) a bude hodnotit vše, co uděláme, i to, co jsme udělat měli, ale neudělali. Míra spokojenosti má velice úzký vztah k osobnímu pojetí kvality života. Jel-li tento vztah narušen (konfliktem, krizí, onemocněním apod.), je spokojenost s kvalitou života otřesena (Křivohlavý, 2002). Kováč (In Dvořáčková, 2012) tvrdí, že Maslow považoval za smysl života vnitřní vlastnost člověka, která se projevuje jako motivační síla a to tehdy, pokud jsou uspokojeny nižší životní potřeby. Podle Kováče je smysl života vytvářen integrací kognitivních, emočních a motivačních potenciálů člověka. Je možné zde zařadit schopnost poznávat sama sebe, hledání optimálních řešení, sebekontrolu, pohodu, porozumění druhých apod. Podle Vymětala (In Dvořáčková, 2012) je stáří časem, kdy se život uzavírá v jeden celek. V tomto období jde o uvědomování si smyslu vlastního života a jeho naplňování. Pochopení vlastního života pak vede k subjektivnímu vyrovnání a uklidnění.

Jak vnímají kvalitu života senioři a co si pod tímto pojmem vlastně představují?

Podle studie z roku 2005 provedená Edbergovou, Borglinovou a Halibergem, které se účastnilo 6 žen a 5 mužů ve věku nad 80 let, žijících ve vlastním domě, se zjistilo, že kvalita života v seniorském věku znamená zachování si vlastního „já“ a smyslu života. Zachování si vlastního sebeobrazu znamená, že starší lidé přežili koherentní život s neporušeným smyslem. Posouzení kvality života záviselo také od toho, jakou důležitost připisovali senioři zkoumané oblasti a jak ji subjektivně interpretovali. Názory na život, význam domova (bydlení), myšlenky o smrti a umírání a vyprávění vlastního životního příběhu se prokázaly jako oblasti důležité pro posouzení jejich kvality života (Kačmárová, 2013).

Bowlingová (2011) poukazuje na závěry z předešlých výzkumů, ve kterých senioři nad 65 let v souvislosti s kvalitou života poukazují na důležitost bydlení v laskavém a bezpečném prostředí s dobrým vybavením a také přítomnost přátelských a pomáhajících lidí, včetně sousedů. Blíže tyto skutečnosti popisují jako: „mít někoho, kdo jim bude dělat společnost“, „kdo je vezme ven“ a „kdo jim pomůže udělat život snesitelným“. Mezi další významnost patří kontakt, buď přímý, nebo například přes telefon, který je pro seniory velmi cenný. Dodává jim pocit radosti, pomoci a bezpečí. Taktéž kontakt s vnoučaty a možnost hrát si s nimi a chodit na procházky, je rovněž častokrát zmíněný, jelikož se senioři chtějí cítit užiteční a hodnotní. Spousta respondentů také poukazovalo na důležitost společenských či dobrovolnických aktivit ve významu „být zaneprázdněný“ za účelem redukce jejich trápení, pocitů osamělosti či samoty (Kačmárová, 2013).

Podle mnohých autorů (Gabriel, Bowling, 2004, Tsang, Liamputong, Pierson, 2004, Wilhelmson, 2005) definují senioři kvalitu života jako: „mít ve svém životě dobré lidi“, „být schopný si zabezpečit každodenní potřeby“, „udržet si zdraví“, vidět budoucnost a ztotožňovat se s věkem, ve kterém se momentálně nachází. Farquhar (1995) zjistil, že kvalita života je pro seniory představuje jak pozitivní, tak negativní zážitek. Téměř dvě třetiny respondentů popisují kvalitu života pozitivně anebo velmi pozitivně. Negativní hodnocení souviselo s funkčními omezeními, neštěstím a redukcí sociálních kontaktů kvůli smrti přátel a členů rodiny. Lidé, kteří hodnotí svůj život negativně, měli dle výzkumu Xaviera (2003) více zdravotních problémů, trpěli depresemi a byli nespokojeni s ekonomickou a politickou situací v porovnání s pozitivně hodnotícími. K determinantům, které přispěly k lepší kvalitě života seniorů, patřilo na prvním místě zdraví, následně rodina, finanční zabezpečení, práce a přátelé. Taktéž u osob, které hodnotili kvalitu života negativně, bylo rozhodujícím determinantem zdraví, resp. špatný zdravotní stav (Kačmárová, 2013).

Pohled starších osob na kvalitu života je komplexnější a zahrnuje řadu aspektů, které na ni působí jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Týkají se nejen současných zážitků, ale také minulých zkušeností a představách o dalším životě. Chápání a definování kvality života seniorů má podstatný význam sociální zázemí a vztahy s nejbližšími (Kačmárová, 2013).

2.3 ADAPTACE NA STÁŘÍ

Adaptaci definuje psychologický slovník The Concise Dictionary of Psychology jako: termín používaný v biologii pro popsání psychických změn nebo změn chování, které zdokonalují

změny organismu pro přežití. V psychologii se používá pro popis odezvy na změnu prostředí a také tam, kde se mění sociální podmínky, mění se i chování člověka (Statt, 1998).

Pokud nahlédneme do historie, zjistíme, že se věk jedince neustále prodlužuje. Napomáhají nám k tomu různé lékařské prostředky, které zvládnou biologické změny organismu. Problémy současné seniorské populace se týkají oblasti duševního života. Změny společenského života a prodlužování lidského věku přináší otázky okolo role gerontů ve společnosti. Ne každý geront půjde cestou „moudrého“ a „vyrovnaného“ stárnutí, protože je ovlivněn životní cestou, kterou prošel. Někdo dokáže svou dospělost ve stáří prodloužit, jiný se stářím zápolí. Adaptace člověka na stáří závisí na mnoha faktorech. Bromley (In Holásková, 2013) rozlišil **pět prototypů adaptace na stáří** charakterizované těmi rysy:

- **Konstruktivnost** – jedná se o jedince, který je spokojený, těží ze života, navazuje kontakty s ostatními lidmi, je tolerantní, uvědomuje si své kladné i záporné stránky. Zaujímá optimistický postoj k životu. Je soběstačný, dovede přiměřeně vyjádřit své city. Smířil se s faktem stárnutí, na minulost nahlíží bez hořkosti a na budoucnost hledí s perspektivou (Holásková, 2003).
- **Závislost** – poměrně vyrovnaný geront, který spoléhá na to, že se o jeho materiální a citové potřeby postarají ostatní. Je pasivní, nesoběstačný, snadno se unaví a odpočívá. Obvykle se snadno vzdává práce a do důchodu odchází s uspokojením. Ve vztahu k druhým lidem je opatrný, jelikož nové vztahy by moly narušit jeho klid a pohodu (Švancara, 1979).
- **Obranný postoj** – stárnoucí jedinec, který kontroluje své citové projevy a rád se pohybuje v mezích pevných konvencí a zvyků. Vyznačuje se soběstačností a nevyhledává pomoc od jiných. Často bývá až přehnaně aktivní a snaží se svou nezávislost dokázat na druhých. Osobně se nemůže vyrovnat se svým stárnutím a ignoruje perspektivu stáří (Švancara, 1979).
- **Nepřátelství** – lidé, kteří patří do této kategorie, měli již dříve meziosobní konflikty. Často bývají agresivní, podezíraví a mají tendenci svalovat vinu na druhé. Stáří vnímají z hlediska negativních důsledků, proto se snaží zůstat v zaměstnání co nejdéle. Nedokáží vycházet s lidmi, zejména mladými, vůči kterým se chovají nepřátelsky, protože jim závidí. „Vyžívají se“ v psaní různých stížností, udaní

a anonymů. Nikdy nebyli schopni tolerance a lásky. Z toho důvodů žijí často osaměle. Rodina i přátelé se jim spíše vyhýbají (Holásková, 2003).

- **Sebenenávist** – jedinci charakterizují svůj život jako tíživý. Sami se cítí jako oběť okolností a vinu za neúspěch dávají sami sobě. Převažují u nich pocity deprese a sebeobviňování. Nemají žádné koníčky, pouze se vymlouvají na nemožnost. Nevyhledávají společnost, v komunikaci jsou pasivní a lítostiví. Na svůj život pohlížejí velice kriticky a jako východisko z neuspokojivé situace vidí smrt (Švancara, 1979).

Peck (In Švancara, 1979) odvodil z analýzy forem adaptace v průběhu věku závěry pro způsob života v průběhu stárnutí. První závěr zní, že člověk má více cenit hodnoty duševní než fyzickou výkonnost, jelikož ke konfliktům, které vznikají v průběhu stárnutí, dochází, pokud se jedinec vázal na svou tělesnou výkonnost. Naopak úspěšněji probíhá adaptace u jedinců, kteří si navykli opírat své sebevědomí více o psychické kvality. Druhý závěr vybízí rozvíjet více sociální vztahy místo eroticko-sexuálních vztahů. Může tak dojít ke konfliktu dřívější dominance sexuálních momentů a žádoucí dominanci sociálních aspektů při hodnocení sebe i druhých.

Proč je třeba přijmout fakt stárnutí? Výstižnou odpověď podává Křivohlavý (2002), který označuje stárnutí jako přirozeným fakt života, podobně jako narození. Stárnutí je tedy zcela přirozený jev, a to jak lidského, tak i našeho života. Tento fakt vystihuje i výrok anglického filozofa Francise Bacona: „*Člověk nemůže jinak ovládnout přírodu nežli tím, že je jí poslušen*.“ (In Křivohlavý, 2002, s. 149).

2.4 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ

Každý z nás si dříve či později uvědomuje, že jednou bude starý, avšak málokdo se na toto období připravuje předem. Dle Gruberové (In Dvořáčková, 2012) by se příprava na stáří měla stát celoživotním programem a každý z nás by si měl uvědomit, že je sám odpovědný za své stáří.

Průběh stáří a jeho kvalitu ovlivňuje několik faktorů, mezi které je možné řadit životní styl, zdravotní stav, úspěchy v práci i osobním životě, které jedinec prožívá v produktivním věku. Příprava na stáří v sociální oblasti znamená brát stáří jako součást života, akceptovat podmínky, které připravuje společnost občanům v postproduktivním věku a taktéž se je svou vlastní aktivitou snažit i ovlivňovat. Je rovněž důležité, aby byl jedinec připraven i po stránce

ekonomické např. počítat s možností připojištění v různých penzijních fondech, udržovat a rozvíjet přátelské vztahy a již ve středním věku si najít hobby, které může naplnit volné dny v důchodu (Dvořáčková, 2012).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo dokument: **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2013 až 2017** (MPSV ČR, [online]). Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života, životní úrovně a zlepšování zdravotního stavu ve stáří, je nezbytné se soustředit na následující oblasti a priority. Mezi dvě základní oblasti tohoto programu patří – zdraví a celoživotní učení. Od nich se odvíjí zajištění účasti na trhu práce, možnost stárnout aktivně a být aktivní na základě uspokojení životních potřeb a zajištění kvalitního prostředí. Dále se mezi priority programu řadí celoživotní učení, zaměstnávání starších osob a seniorů, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí a péče o seniory.

Pacovský (1990) rozděluje přípravu na stáří na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou. V **dlouhodobé** (celoživotní) přípravě je zapotřebí působit na ty stránky života, které později ovlivňují stáří. Můžeme zde zařadit výchovu k harmonickému životu, rozvoj vzdělání, rozvoj osobních zájmů, celoživotní usilování o stabilní rodinné vztahy, dbát na správnou životosprávu a odstraňovat negativní návyky. Důležité je vést děti a mládež k úctě ke starším osobám, zejména prokazováním drobných služeb, díky nimž se mládež naučí jednat se starými lidmi a rozumět jejich potřebám. To, jaké bude stáří člověk prožívat, se rozhoduje již ve středním věku. **Střednědobá** příprava na stáří (asi od 45 let) se soustřeďuje na tři základní problémové okruhy. Biologická rovina zdůrazňuje osvojení zásad správného životního stylu (strava, pohyb, odpočinek), psychologická rovina poukazuje na akceptaci role seniora a na aplikaci duševní hygieny a sociální rovina se soustřeďuje na vytváření a udržování vztahů, rozvíjení zájmů, koníčků, které nesouvisí pouze s výkonem profese. V **krátkodobé** přípravě na stáří (2-3 roky před penzionováním) potřebuje člověk dostatek informací o dalších možnostech aktivního způsobu života. Stárnoucí člověk by měl stabilizovat své zdraví a do reálného stavu uvést své představy a plány do budoucna.

2.5 ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Pro mnohé z nás se stává zdraví něčím „automatickým“ a často ani nepřemýšlíme nad tím, co zdraví vlastně je a jakou má hodnotu, pokud jej neztratíme.

Lidé pohlíží na zdraví z mnoha úhlů. Seedhouse (In Křivohlavý, 2001) dokonce rozlišuje čtyři teorie, jak pohlížet na zdraví (zdraví jako wellness, zdraví jako fitness, zdraví jako zboží nebo zdraví jako druh síly). Jedno máme ale všichni společné. Člověk si v životě stanovuje různé touhy, cíle a záměry. Pokud tedy chce něco dělat, dělat to úspěšně a svého cíle i dosáhnout, potřebuje být zdravý.

S ohledem na vztah zdraví a kvalitu zdraví se pokusil Křivohlavý (2001, s. 40) vymezit vlastní definici: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou odbornému snažení druhých lidí.*“

2.5.1 STRAVOVÁNÍ

Vyrovnaná strava je se zdravím velice úzce spjata ve všech etapách života člověka. Důležité je, aby si člověk již v prvních letech života osvojil stravovací návyky. Nemoci jako diabetes, zvýšený krevní tlak, chudokrevnost aj., jsou způsobeny špatnými stravovacími návyky a správnou výživou lze těmto problémům předcházet a to i po 60. roce života. Dnes již existuje řada informací týkající se zdravého stravování, avšak ne všechny vycházejí z odborných zdrojů podloženými vědeckými či nutričními kritérii. Člověk navíc musí čelit komerčním nástrahám např. ve formě reklam, které lákají ke spotřebě nezdravých produktů (Vigué, 2006).

Existují však i jisté faktory, které mohou ohrozit zdravé stravování ve stáří. Řadíme mezi ně špatný stav chrupu, fyzickou slabost, zrakový deficit, poškození chuti a čichu, těžkosti při zažívání, zácpu, snížený metabolismus, vzájemné působení léků a menší fyzickou aktivitu. Také psychické jevy jako samota, deprese a chudoba může přispívat k nevhodnému stravování (Vigué, 2006).

Je nutné podotknout, že potrava je důležitá nejen pro smyslové a společenské potěšení, nýbrž také jako zdroj energie pro aktivitu a dobrý tělesný stav člověka. Jak tedy sestavit vhodný jídelníček? Lze těžce určit přesné parametry, poněvadž každý člověk má individuální potřebu stravování a existuje i jistá variabilita potřeb mezi různými lidmi. Lékaři a specialisté se však shodují na jednom. Příjem potravy se s věkem snižuje, což je následkem zpomalení metabolismu a menší fyzické aktivity. Příjem bílkovin by měl být stejný jako u mladého člověka (0,8g/kg/den). Z 60% by měla strava skládat z živočišného původu a zbylých 40% z rostlinného. Tuk by měl tvořit 35% z celkového energetického příjmu a cukry by měly tvořit

55-60% spotřebované energie. Vitamínové doplňky není potřeba kupovat, pokud nejsou nezbytně nutné. Dokonce při překročení jejich dávky se mohou stát pro tělo toxickými (vitamín C má za následek průjem a větší riziko ledvinových kamenů). Denní příjem potravy by měl obsahovat vyvážené množství sacharidu (cukru), tuku, bílkovin, vitamínů a minerálů. To vše s individuálním stavem jedince. Mezi hlavní složky zdravé stravy členíme maso, ryby, vajíčka, mléčné výrobky, luštěniny, cereálie, zeleninu, ovoce a oleje. Velmi výjimečná je naopak konzumace sladkých jídel a alkoholických nápojů (Vigué, 2006).

Mezi nejčastější nemoc postihující starší populaci se řadí diabetes, konkrétně druhého typu. Často bývá spojen s obezitou, vysokým cholesterolem a vysokým krevním tlakem (Vigué, 2006). Studie v posledních 20 letech prokázaly, že starší populace se častěji stravuje v restauracích a fast foodech, než u sebe doma (Nielsen In Kalvach, 2004). Na rozvoji této nemoci se podílejí dva mechanismy. Jedná se o nedostatečnou produkci inzulínu buňkami slinivky břišní a snížení působení tohoto inzulínu v tukových a svalových tkáních organismu. Dalším mechanismem je životospráva, která určuje kvalitu kontroly hladiny cukru v krvi. Pro diabetiky je vhodná tzv. nutriční terapie, která napomáhá dosáhnout určité hladiny cukru v krvi pomocí změnám ve stravě a fyzické aktivitě, a tím oddálit možné komplikace a zlepšit zdravotní stav člověka.

2.5.2 POHYBOVÁ AKTIVITA

Vést neaktivní život a přesto prožívat zdravé stárnutí je téměř nepravděpodobné. Udržování tělesné aktivity v průběhu života a úspěšné stárnutí jdou ruku v ruce. Dnešní moderní svět nám však „dopřává“ to, abychom většinu svých dnů proseděli doma nebo se vozili v autě (Weil, 2007). Nesmíme opomíjet fakt, že fyzická aktivita je velice důležitá, a to po celou dobu našeho života. Udržuje hmotnost, ohebnost kloubů, posiluje svaly, bojuje se stresem a přispívá ke správnému fungování kardiovaskulárního systému (Vigué, 2006). Pohyb má tedy nejen pozitivní účinky na fyzický stav člověka, ale také na jeho psychický stav (Křivohlavý, 2001).

Náplň každého cvičení by měla obsahovat zejména dynamicko-silové a vytrvalostní cvičení aerobního charakteru. (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Mezi nepřírozenější a celkově nejlepší cvičení, které může uspokojit potřebu těla je **chůze**. Jedná se o účinný způsob k provádění fyzické aerobní aktivity (Weil, 2007). Pro lepší získání kondice uvádí Vigué (2006) chodit pěšky pravidelně, nejlépe třikrát až čtyřikrát týdně po dobu alespoň 20 minut. Následně doporučuje zvyšovat rychlost a vzdálenost, při čemž nesmíme opomíjet kvalitní

obuv. **Plavání** je rovněž sport, který napomáhá zbavit se pocitu napětí, dýchat vědomě a účinně a je zvláště prospěšný pro klouby, svaly a kardiovaskulární systém. Pouze při problémech s pohyblivostí, by měl být člověk opatrný. Pokud má jedinec strach, doporučuje se jako první kontakt s vodou splývání, procvičování ponoření a potopení, aby si navykl na přítomnost hloubky. Poté, je-li člověk sebevědomější, se postupuje s dalšími vhodnými cviky (Vigué, 2006). Poslední složkou pohybové aktivity, o které se chci zmínit, je **cvičení pružnosti a rovnováhy**. Cílem je nejen omezit nepříjemnosti spojené se stářím, ale také chránit lidi před pády. K tomuto dopomáhá cvičení jógy. Dnes, díky rozšířené nabídce skupinových kursů, lze nalézt mnoho odlišných stylů tohoto cvičení, od mírných, po energické až náročné (Weil, 2007). Jóga se vyvíjela zároveň s problémy, jež se objevovaly ve společnosti. Jóga se považuje za aktivitu, která dovoluje jedinci zlepšit kvalitu života člověka, napomáhá mírnit a ulevit napětí, neklid, úzkost, konflikty nebo nemoci. (Vigué, 2006).

Dalšími oblíbenými aktivitami jsou:

- **Tanec** – zajišťuje rozehrání organismu, ale rovněž zapojují jedince do kolektivu. Praktikovat se dá taktéž tanec ve dvojicích či skupinkách. Tyto aktivity přinášejí nejen radost, ale také podporují funkce paměťové, koordinační a prostorově orientační (Holczerová, Dvořáčková, 2013).
- **Tai Chi Chuan** – přispívá k lepší ohebnosti kloubů, obnovení toku energie a napomáhá zbavit se chronických bloků. V kombinaci s dietou, masážemi a akupunkturou tvoří celek nabízených technik čínské medicíny (Vigué, 2006).
- **Cyklistika** – druh aerobního cvičení. Poskytuje cvičení pro svaly na nohou, pro srdce a plíce (Weil, 2007). V dobrém stavu uchovává také svalstvo ramen, zad a paží (Hátlová, 2010).
- **Posilování (fitness)**
- **Skupinová cvičení**
- **A jiné**

Štílec a Bunc (In Hátlová, 2010) popisují 3,5 letý experiment se skupinou třiceti seniorů (z toho 24 žen a 6 mužů, věkové rozmezí 62-82 let), kteří se zúčastnili pohybově

prožitkového programu, jehož záměrem bylo vytvářet takové podmínky aktivního přístupu k životu, které budou posilovat sebedůvěru, soběstačnosti a zodpovědnosti seniorů za své zdraví. Pozitivní psychické změny a posílení sebedůvěry, které autoři považují u stárnoucího organismu jako rozhodující, byly v závěrečném hodnocení potvrzeny.

Hátlová (2010) dále uvádí faktory, které ovlivňují aktivitu seniorů:

Faktory, které omezují aktivitu seniorů

- fyzické – nemoc, snížená odolnost, neschopnost překonávat bariéry,
- psychické – nenaplněná očekávání, nesplněná přání,
- sociální – čekání na blízké osoby, nepochopení od blízkých osob, setrvávání na pokraji zájmu společenství a vnímané postupné vyřazování ze společnosti.

Faktory, které posilují aktivitu seniorů

- přátelé, kteří mají sami vztah k pohybu,
- doporučení lékaře, zdravotní důvody,
- životní styl (často návyk od dětství).

Je prokázáno, že pravidelné a mírné cvičení je vhodné pro každého jednotlivce a dodává všeobecný prospěch organismu. Přispívá nejen k odolnosti při běžných denních aktivitách, ale také při stresových situacích a pomáhá předcházet vzniku různým nemocem (Vigué, 2006). Pohybová aktivita současně umožňuje příjemné trávení volného času a napomáhá formovat jedince i po stránce sociální (Holzcerová, Dvořáčková, 2013). Ať už člověk začne s aktivitou v kterémkoliv věku, nikdy není pozdě. Pozitivní účinky se vždy objeví. Fyzická aktivita je jedna z nejdůležitějších investic, které může člověk pro své zdraví a zdravé stárnutí udělat (Weil, 2007).

2.5.3 SEXUALITA

Sexualita seniorů byla a je vnímána jako společenské tabu. Nadále přetrvává názor, že sexualita se týká pouze lidí v produktivním věku. Většina lidí je zastáncem toho, že sexualita končí v určitém věku. Fyzické změny spojené s procesem stárnutí mohou ovlivňovat náruživost mužů a žen, avšak pro mnoho seniorů zůstává sexualita důležitým a naplňujícím aspektem života. Stáří je často spjato s mentální zaostalostí, slabostí a sníženou tělesnou kondicí, z čehož se tvoří jisté představy o tom, že senioři nemají potřeby intimity, potažmo sexuality (Dvořáčková, 2012). Odborníci uvádějí, že spoluzestárlé i nově vzniklé páry si

zachovávají sexuální aktivity až do vysokého věku, a to i přes to, že láska ve stáří má jinou formu a jiný obsah (Haškovcová, 1990). Ačkoliv existují důkazy pro kvalitní a živý intimní život, nesmíme opomíjet to, že ne všichni senioři jsou na tom stejně. Často se objevuje ztráta sexuální apetence z důvodů hormonálního poklesu, prožíváním nudy v partnerství, obavy ze selhání apod. I přes silnou apetenci není možné intimní chování realizovat (Moody In Dvořáčková, 2012). Podle Haškovcové (1990) může být dalším faktorem ovlivňující sexualitu i odchod do důchodu, kdy člověk ztrácí postavení ve společnosti, je postaven do pasivní role, s čímž přicházejí i deprese, které ovlivňují fungování člověka a s tím spojené změny v sexuálním životě. Mezi další změny, které ovlivňují sexualitu, patří i „syndrom prázdného hnízda“. Děti odcházejí z domu, takže partneři mají mnohem více času na sebe a své potřeby. Nachází se tak možnost zlepšení kvality jejich sexuálního života (Venglářová In Dvořáčková, 2012). Kinseyho výzkum potvrdil, že šedesátiletí muži vyhledávají pohlavní styk jedenkrát týdně a 70% sedmdesátníků žije aktivní sexuální život. Pondělíček (In Holásková, 2003) uvádí, že sexuálně aktivně žijí dva z pěti mužů nad osmdesát let a polovina mužů nad pětasedmdesát let.

Sexualita se však neomezuje jen na pohlavní styk. Senioři dokáží svůj sexuální život prožívat i jinými způsoby, jako je hlazení, mazlení a vzájemná blízkost. Sexuální projev není jen fyzický akt, nýbrž zahrnuje láskyplné pocity, teplo a společný prožitek, ve kterém jsou šedé vlasy a vrásky zcela nepodstatné (Tošnerová In Dvořáčková, 2012).

Není lehké změnit pohledy na sexualitu seniorů a prožívání jejich aktivního života, pokud je sex považován ve společnosti za tabu a společenské mýty ovlivňují nejen postoj k sexu seniorů, ale výrazně se projevují v přístupu k péči o seniory v sociálních zařízeních. Poněvadž každý senior, ať už žije v domácí péči, v ústavním či zdravotnickém zařízení, má právo na intimitu a plnohodnotný život (Truhlářová, Marková In Dvořáčková, 2012).

3 PÉČE O SENIORY

Dílčím cílem třetí kapitoly je definovat zdravotní, sociální a domácí péči, popsat jednotlivé služby péče a specifikovat, pro koho je poskytována péče určena.

3.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE

Základem zdravotní péče je primární péče, která je poskytována praktickým lékařem pro dospělé. V péči o seniory by měl lékař spolupracovat nejen s rodinou, ale také s ostatními složkami např. s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a jinými neziskovými organizacemi (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Kalvach (In Jarošová, 2006) rozděluje zdravotnické služby následovně:

1. **Geriatrická ambulance**, která je ambulancí nemocničního geriatrického oddělení, jejímž cílem je diagnostika, psychosociální hodnocení, komplexní přístup k léčbě forem stárnutí a stáří, vyhodnocení zdravotního stavu, spolupráce s orgány státní správy a místní samosprávy při řešení problematiky zajištění péče o seniory, poradenská činnost a další.
2. **Geriatrické oddělení**, které pečuje o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu. Jedná se zejména o stavy, jež ohrožují seniora, ovšem nejsou určené k hospitalizaci na jiném oddělení (např. pády, nutriční poruchy). Může se však jednat i o stavy, které hospitalizaci vyžadují (zejména u lidí vyššího věku). Zde je zapotřebí navrhnout optimální postup a další péči. Základní metodou geriatrického oddělení je rehabilitační přístup s cílem zlepšit zdravotní stav, soběstačnost starších lidí a navrhovat další postup péče.
3. **Ošetrovatelské oddělení** je zapotřebí tam, kde stav seniora je stabilizovaný. Potřeba základní ošetrovatelské péče překračuje kapacitu domácí péče, čili více než tři hodiny ošetrovatelské péče s maximem tří ošetrovatelských návštěv denně. Péče může být krátkodobá, dlouhodobá a trvalá. Obsahem této péče je hygienický režim, zajištění základních potřeb a důstojnosti nemocného včetně výživy, rehabilitace, převazy, odběry, podávání léků a také spolupráce s rodinou, sociálními službami, domácí péčí a ošetrovatelské poradenství.

4. **Hospice.** Jedná se o formy ošetrovatelského ústavu, které existují samostatně nebo jako součást center.
5. **Geriatrické denní centrum.** Pobyt je určen po dobu šesti až dvanácti hodin s možností denních či nočních pobytů (dle zaměření). Náplní těchto center jsou léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, kognitivní trénink, psychická aktivace a ergoterapie.
6. **Domácí péče** zajišťuje oddálení hospitalizace na lůžkové oddělení. Podmínkou této péče je dostupnost po nejméně čtrnáct hodin denně, spolupráce s rodinou a sociálními službami. Péči provádí kvalifikovaná sestra v domácím prostředí.

3.2 SOCIÁLNÍ PÉČE

Obecně jsou sociální služby poskytovány osobám společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je s veškerým úsilím začlenit do společnosti. Cílem sociálních služeb je rovněž zachovat stávající schopnost uživatele, podporovat jeho rozvoj a návrat do jeho domácího prostředí. Nesmíme opomíjet lidskou důstojnost, která se musí se vší počestností zachovávat. Pomoc, která je jedincům poskytována musí vycházet z individuálních potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat jejich samostatnost a posilovat jejich sociální začleňování (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). V České republice je poskytovatelem sociálních služeb stát a jeho instituce. Mohou je však poskytovat také dobrovolné organizace či jednotlivci (Pacovský, 1990).

Mezi formy sociálních služeb lze zařadit **ambulantní, terénní** nebo **pobytové** služby. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými jedinec dochází, je doprovázen či dopravován do zařízení sociálních služeb, avšak ubytování není součástí této služby. Terénní služby jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí. Mezi jednu z nejrozšířenějších sociálních služeb se řadí **pečovatelská služba**, která napomáhá těžce zdravotně postiženým osobám, kteří díky zdravotnímu stavu, vysokému věku nebo ztrátě soběstačnosti nejsou schopni obstarat práce v domácnosti a další důležité životní potřeby (Dvořáčková, 2012). Dále zde může zařadit **stacionáře** – denní pobyty (domovinky), které jsou určeny pro osoby s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi. Domovinka zajišťuje hygienickou péči, stravu, doprovod při vycházkách, praní osobního prádla, organizovanou aktivitu a další (Jarošová, 2006). Pobytové služby jsou spojeny s ubytováním. Typickým příkladem jsou **domovy pro seniory**, které jsou poskytovány osobám, které mají

sníženou soběstačnost a pro vysoký věk potřebují pravidelnou pomoc. Nejdelší doba pobytu v domově je jeden rok. Spojením pečovatelské služby a pobytového zařízení, je zajišťován **v domově s pečovatelskou službou**, která řeší nevyhovující bydlení seniorů či těžce zdravotně postižených osob. Dalším příkladem pobytového zařízení je **domov se zvláštním režimem**. Domovy poskytují pobyt osobám, jejíž snížená soběstačnost je způsobena chronickým onemocněním, závislostí na návykových látkách, Alzheimerovou demencí aj. Mezi další služby, které jsou zaměřeny na seniory, jsou služby poskytované **ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**, kde osoby nevyžadují lůžkovou péči, ovšem nejsou schopny se bez cizí pomoci o sebe postarat (Dvořáčková, 2012). **Domovy důchodců, domovy – penzióny pro důchodce a domovy pro seniory** řadíme do **ústavní péče**. Ta je zaměřena na uspokojování specifických potřeb seniorů a dává přednost menším zařízením tohoto typu, aby umožnily seniorům setrvat v komunitě (obci, městě), na které je zvyklý. Nejlépe je otevřít ústavní zařízení vnějšímu světu a to např. zřizováním jiných služeb (kadeřnictví, pedikúra, manikúra, vodoléčba), podporovat činnost klubu seniorů nebo aktivity, které mohou navštěvovat i lidé z komunity či podpora dobrovolnictví a studentských stáží (Jarošová, 2006).

Matoušek (In Hrozenková, Dvořáčková, 2013) uvádí, že v systému sociálních služeb chybí tzv. depistáž, tj. vyhledávání seniorů, kterým hrozí sociální vyloučení. Chybí rovněž terénní služby zaměřeny na problematiku týrání, zanedbávání a všeobecně špatného zacházení se seniory.

Specifické postavení v systému sociálních služeb má sociální poradenství. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni zajistit sociální poradenství při poskytování všech druhů sociálních služeb. Jedná se o bezplatné informace jak řešit nepříznivé sociální situace či jak těmto situacím předcházet. Odborné sociální poradenství je poskytováno podle zaměření jednotlivých okruhů sociálních skupin, např. v občanských poradnách, poradnách pro seniory, obětem domácího násilí, osobám zdravotně postiženým aj. (Dvořáčková, 2012). Povinnosti státu, jednotlivce, obce či kraje spojené se systémem sociálních služeb nalezneme v Bílé knize sociálních služeb (Malíková In Dvořáčková, 2012).

Vybraná pobytová zařízení sociálních služeb k 31. 12. 2013

Ukazatel	Zařízení	Lůžka	Klienti
Týdenní stacionáře	65	897	773
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	212	13 423	12 956
Domovy pro seniory	491	38 091	36 598
Domovy se zvláštním režimem	228	12 048	11 564

Tab. č. 3 Vybraná pobytová zařízení sociálních služeb k 31. 12. 2013 (Statistická ročenka ČR, 2014).

3.3 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče se ve vyspělých zemích představuje jako jeden z nejlépe rozvíjejících se oblastí zdravotnictví. V současné době, díky pokroku medicíny a ošetřovatelství, poskytuje domácí péče pacientům kvalitní péči v jejich přirozeném domácím prostředí, což přispívá i k psychické pohodě a dopomáhá k uzdravení (Topinková In Jarošová, 2006). Světová zdravotnická organizace definovala domácí péči jako jakoukoliv formu péče, která je poskytována lidem v jejich domově, ke které patří zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2006).

Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu se sociálním prostředím. Umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí, zároveň dodržovat léčebný režim a snižovat negativní vliv nemoci na zdravotní a duševní stav pacienta i rodiny.

Domácí péči vykonává multidisciplinární tým pracovníků, kteří poskytují odbornou péči a laickou pomoc, dle aktuálního stavu pacienta a sociálního prostředí. Součástí péče jsou také rehabilitační, speciální ošetřovatelské, psychoterapeutické, medicínské péče a péče poskytované dalšími zdravotnickými pracovníky (Jarošová, 2006).

V České republice je domácí péče poskytována v pěti základních formách (Jarošová, 2006):

1. Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Akutní domácí péče je poskytována osobám s akutním krátkodobým onemocněním, které však nevyžaduje hospitalizaci. Mezi taková onemocnění patří choroby kardiovaskulární, neurologické, urologické aj. Péče zahrnuje i specializovanou domácí péči, hlavně osobám v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato péče je poskytována po dobu dnů nebo týdnů.

2. Dlouhodobá domácí péče

Jedná se o nejrozšířenější formu domácí péče, která je určena chronicky nemocným lidem, jejichž stav (zdravotní i duševní) vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči. Jedná se o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, duševním onemocněním atp. Tato forma domácí péče je doprovázena aktivitami zdravotního i sociálního charakteru. Péče bývá poskytována po dobu měsíců až několik let.

3. Preventivní domácí péče

Tato forma péče je poskytována klientům v pravidelných intervalech na základě lékařské správy, při čemž je zdravotní a duševní stav klienta monitorován. Preventivní domácí péči provádějí pracovníci, kteří monitorují celkový stav pacienta, provádí měření fyziologických funkcí a veškeré změny hlásí ošetřujícímu lékaři. Ošetřující lékař taktéž stanovuje, v jaké frekvenci bude klientovi péče poskytována a to na základě jeho zdravotního stavu. Obvykle se jedná o frekvenci týdně nebo měsíčně.

4. Domácí hospicová péče

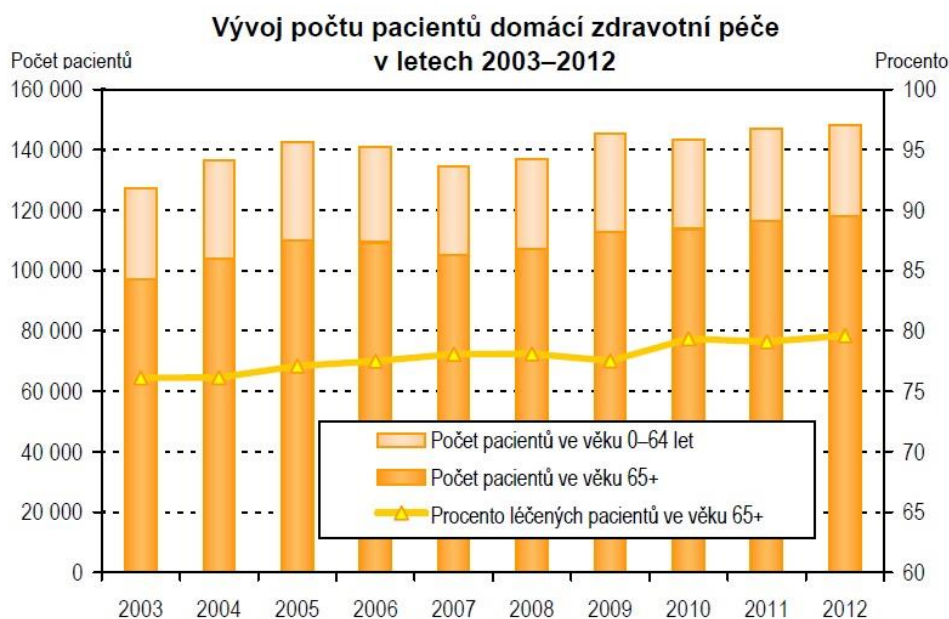
Domácí hospicová péče je určena osobám, jejichž stav je přibližně ukončen do následujících šesti měsíců. Osobám je zajišťována odborná péče, která zahrnuje management bolesti a emocionální podporu. Mírní tak utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání.

5. Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)

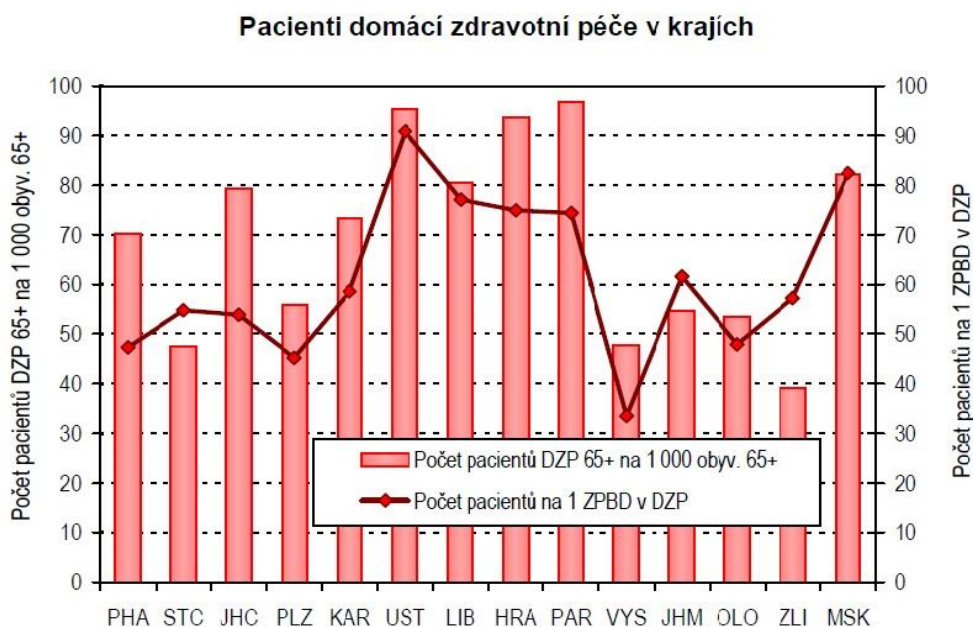
Jedná se o domácí péči pro provedení jednorázových výkonů, a to sestrami z ordinací praktických nebo ošetřujících lékařů. Zpravidla se jedná o aplikace injekcí, odběr bez biologického materiálu „ad hoc“ bez zavedení domácí péče. Tato forma péče se poskytuje tam, kde z provozních důvodů nelze zajistit odbornou péči a pomoc.

Mezinárodní spolupráce v oblasti domácí péče je zprostředkována Asociací domácí péče České republiky (ADP ČR), která je rovněž jednou ze zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (World Home Care and Hospice Organization) se sídlem ve Washingtonu. Komunikuje se všemi organizace poskytující domácí péče a s organizací

NIVEL (organizace určená pro studium primární péče v rámci EU). Společně se snaží zlepšit podmínky domácí péče v rámci EU.



Graf č. 3 Vývoj počtu pacientů DPZ v letech 2003- 2012 (ÚZIS ČR, 2012, s. 62).



Graf č. 4 Pacienti domácí zdravotní péče v krajích (ÚZIS ČR, 2012, s. 62).

ZPBD – zdravotničtí pracovníci (nelékaři) způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, např. - sestra se specializovanou způsobilostí pro péči o pacienty ve vybraných zdravotnických oborech

4 AKTIVNÍ STÁRNUTÍ

Dílním cílem této kapitoly je vysvětlit význam aktivity ve stáří a poukázat na důležitost vzdělávání seniorské populace v oblasti celoživotního vzdělávání.

Aktivita je pro člověka velice důležitá a to nejen v pokročilém věku. Zpomaluje procesy stárnutí, předchází vzniku depresí, odbourává pocity osamění. Ať už se senior zaměření na fyzický, či psychický druh činnosti, bude na něj aktivita působit velice příznivě. Pozitiva můžeme hledat v utváření nových vztahů, získání vyšší sociální role, posílení sociálního statusu a celkové zapojení do společnosti. Aktivita navíc dodává pocit užitečnosti a uznání, jejíž hodnota je významná pro smysluplnost života seniora (Holásková, 2003).

Koncept aktivního stárnutí je produktem řadou změn a uvažování nad tím, co znamená stárnout. „*Představuje seniorský věk jako období, jež má být naplněné aktivitou, ať již ve formě prodlužujícího se pohybu na trhu práce, celoživotního vzdělávání nebo sportu či dalších nově se rozvíjejících zájmů.*“ (Hasmanová Marhánková, 2012, s. 12). Pojem aktivní stárnutí vychází ze zásad Organizace spojených národů, které lze shrnout pod následujícími názvy: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. V pojmu aktivní stárnutí je též zahrnuto respektování práv starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunálního života. Koncept aktivního stárnutí nadále respektuje i to, že starší lidé nejsou homogenní skupinou a že tato rozmanitost s věkem stoupá. Proto je nezbytné vytvořit seniorům takové prostředí, které jim umožní co nejsamostatnější život. Světová zdravotnická organizace uvádí následující opatření ve veřejném životě, které by mělo umožnit snazší život seniorům, zejména seniorům s disabilitou: vytvoření bezbariérových pracovních míst, flexibilní pracovní doba pro seniory, částečné úvazky, lepší bezpečnost na ulicích, dobré dopravní značení, pohybové programy aj. (Dvořáčková, 2012).

Do obsahu aktivního stárnutí spadá řada volnočasových center, které se zaměřují na vzdělávací kurzy (např. výuka jazyků, práce na počítači), společenské kluby, které nabízejí především výtvarné, pohybové aktivity pro seniory a v neposlední řadě se zde řadí univerzity třetího věku a akademie třetího věku, které vybízejí starší populaci k celoživotnímu vzdělávání a sebenaplnění (Hasmanová Marhánková, 2012). Není vždy nutné, aby se člověk ve vyšším věku vzdával aktivit, kterým se věnoval v mladším věku, pokud mu v tom však nebrání nemoc či snížená soběstačnost. Důležité je, aby člověk i ve vyšším věku nacházel smysluplnost života a byla mu co nejdéle zachována jeho autonomie (Dvořáčková,

2012). Nesmíme opomenout kvalitu života seniorů, pro niž je nezbytná potřeba být nadále aktivní a zažívat pocit užitečnosti. Jednou z forem podpory kvality života člověka je vzdělávání (Bednařiková, 2006). Dle Mülpachra (2004) nabízí vzdělávání lidem životní pomoc, rozvoj a osobní růst především tam, kde sami dříve pociťovali jisté nedostatky.

4.1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Celoživotní vzdělávání se vyznačuje tím, že se člověk může v kterémkoli úseku své životní dráhy zapojit do vzdělávacího procesu, a odstranit tak mezery, které sám pociťoval. Celoživotní tedy vymezuje dobu, která začíná narozením a končí smrtí (Bočková, 2002).

Koncepci celoživotního učení a vzdělávání nalezneme v dílech Jana Ámose Komenského. Požadavkem Komenského bylo, aby se člověk vzdělával ve všech etapách života. Vizí celoživotního učení v České republice je poskytnout všem skupinám v průběhu života příležitosti získávat kvalifikace použitelné na trhu práce a osvojovat si klíčové kompetence, které jsou potřebné pro uplatnění v osobním, pracovním i občanském životě (Kryštof, 2010).

Mezi nejčastější formy celoživotního vzdělávání patří vzdělávání:

- Formální
- Neformální
- Informální

Formální vzdělávání se uskutečňuje ve vzdělávacích institucích, resp. na školách, jejichž funkce, cíle, prostředky a způsob hodnocení jsou legislativně vymezeny. Těmito institucemi jsou základní, střední, odborné a vysoké školy, jejich absolventi obdrží určitý stupeň vzdělání, které je doloženo výučním listem, maturitním vysvědčením nebo vysokoškolským diplomem (Bednařiková, 2006).

Neformální vzdělávání je další forma vzdělávání, které se realizuje mimo formální systém. Jedná se o soubor zájmových, klubových, firemních a jiných aktivit, které jsou zaměřovány na jistou skupinu populace. Kurzy neformálního vzdělávání mohou být poskytovány v zařízeních zaměstnavatelů, vzdělávacích institucích, neziskových organizacích i ve školních zařízeních. Kurzy mohou být orientované do různých oblastí (kurzy cizích jazyků, počítačové kurzy, rekvalifikační kurzy apod). Nutnou podmínkou pro realizaci tohoto vzdělávání je účast odborného lektora či učitele (Kryštof, 2010).

Informální vzdělávání je forma tzv. sebeučení, kterou člověk získává z každodenního kontaktu s lidmi, či z činnosti, jíž se zabývá i v rámci volného času. Na rozdíl od předchozích forem vzdělávání je neorganizované, nesystematické a institucionálně nekoordinované (Bednaříková, 2006).

Existují i jisté **bariéry**, které brání v rozvoji a realizaci celoživotního vzdělávání. Jsou to zejména tradiční postoje, které jsou povětšinou spojovány se školním vzděláváním mládeže, kdežto vzdělávání dospělých je považováno za něco výjimečného. Další problém představují organizace vzdělávání, které jsou soustředěny zpravidla do větších měst, s čímž je spojena i horší dostupnost pro starší generaci. Důležitá je i schopnost motivovat starší populaci ke vzdělávání a uvědomovat si tak potřebu se celoživotně vzdělávat. Vzhledem k českým podmínkám neexistuje potřeba celoživotního vzdělávání, jelikož zde stále existuje možnost nalézt zaměstnání bez další potřeby vzdělávání. Proto, aby lidé ocenili význam vzdělání pro svůj život a práci, je nezbytné zkvalitňovat vzdělání a respektovat vzdělávací potřeby lidí (Bočková, 2002). Seniors jako cílovou skupinu ve vzdělávání ovlivňují podle Čornaničové (In Bočková, 2002) následující faktory: zájmy a záliby, motivace ke vzdělání, dosažené vzdělání, sociální prostředí, společenská angažovanost, zdravotní stav, zvládání přechodu do důchodu, hledání nového životního programu, vyrovnávání se s krizemi a omezeními stáří.

Přínosem vzdělávání pro seniory se řadí možnost uspokojovat vzdělávací a zájmové potřeby, navazovat a udržovat vývojový potenciál seniora, obohacování života seniora, přínos životního optimismu. Taktéž může vzdělávání usnadnit chápání vývojových etap v průběhu života, a posílit tak přechod a adaptaci na pozměněný způsob života. Rovněž může vzdělávání zdokonalit orientaci v životních situacích a omezeních, které s sebou proces stárnutí přináší. V důsledku tak dochází k oddálení stárnutí, získání nadhledu a možnosti samostatného rozhodování při řešení výzev v životě seniora (Bočková, 2002).

DĚTI A MLÁDEŽ	DOSPĚLÍ
Vzdělávání jako příprava na život	Vzdělávání jako nutný doprovodný jev života
Zaměření na vzdělávací normativy	Zaměření na potřeby účastníka
Učení potencionálního	Učení potřebného
Nápodoba a kontrola chování	Pomoc při řešení profesních a životních problémů

Tab. č. 4 Rozdíl mezi vzděláváním dětí, mládeže a dospělých dle Mužíka (In Kryštof, 2010).

4.1.1 UNIVERZITA TŘETÍHO VĚKU

Konec 20. století se v rozvinutých zemích vyznačoval zvýšeným počtem seniorů, kteří vedou kvalitní život i v tomto věku. Z toho vyplývá, že i seniorská populace má zájem i nadále podporovat kulturní a sociální rozvoj. První univerzita třetího věku byla založena v Toulous ve Francii v roce 1973. V českých zemích vznikla první U3V v roce 1986 v Olomouci, avšak v současné době existuje již několik těchto institucí (Dvořáčková, 2012).

Přibližně od 80. let 20. století bylo na území České republiky realizováno vzdělávání seniorů v rámci Klubu aktivního stáří a Československého červeného kříže, který zakládal akademie třetího věku. Z akademií třetího věku začaly následně vznikat univerzity třetího věku, které byly samostatně organizovány na veřejných vysokých školách, bez asistence Československého červeného kříže. Jelikož univerzity třetího věku vznikaly samostatně, neexistovala pro ně žádná organizace nebo sdružení, v jejímž rámci by mohla probíhat diskuse týkající se seniorského vzdělávání na vysokých školách. To byl také důvod, proč vznikla Asociace univerzit třetího věku České republiky. AU3V ČR si kladla za cíl iniciovat a podporovat zakládání univerzit třetího věku na vysokých školách v České republice, organizovat setkání a pracovní semináře zainteresovaných škol a fakult za účelem výměny poznatků a zkušeností, koordinování U3V v rámci jednotlivých vysokoškolských středisek a vzájemné výměny informací o této činnosti, dále jejich propagace v hromadných sdělovacích prostředcích a navazování kontaktů s organizacemi na mezinárodní úrovni (Adamec, Kryštof, Šolc, 2011).

Základní charakteristikou U3V je, že poskytují seniorům vzdělávání na nejvyšší (vysokoškolské) úrovni. Vzdělávání má výhradně charakter osobního rozvoje, nikoliv profesní přípravy. To znamená, že nevzniká nárok na vysokoškolský titul (Špatenková, 2010).

Rok 2002 přinesl zlom v systému vzdělávání seniorů, kdy technicky zaměřené české vysoké školy otevřely kurzy z oblasti moderní technologie. Z toho vyplývá, že kdo chce vést plnohodnotný život, musí být spojen se současnou společností a naučit se tak ovládat současné technologie. Vzdělávání seniorů tedy není jen o rozšiřování vědomostí, znalostí a dovedností, ale o celkové zlepšení kvality života (Dvořáčková, 2012).

Univerzita třetího věku patří k nejznámější vzdělávací instituci pro seniory. Jsou především zaměřeny na zájmové vzdělávání seniorů. U nás působí při univerzitách a vysokých školách. Samotné studium na univerzitách třetího věku probíhá ve dvouletých až tříletých cyklech, přičemž v každém semestru se koná určitý druh přednášek, seminářů, cvičení a exkurzí, jejichž obsah se shoduje se zaměřením školy. Účastník nemusí, ale může vypracovávat písemné úkoly, vykonávat zkoušky či kolokvia. Požadavky na přijetí si každá škola volí individuálně. Někdy postačí ochota a tendence se vzdělat, jindy univerzity požadují střední vzdělání ukončené maturitou. Je třeba zdůraznit, že U3V neposkytují kvalifikaci určitého oboru. I když absolventi po ukončení studia obdrží diplom univerzity třetího věku, nemohou se jím prokazovat v situaci ucházení se o zaměstnání (Bočková, 2002). Studium na U3V napomáhá seniorům zpomalit nástup fyzických i psychických obtíží, orientovat se ve změnách ve společnosti a přizpůsobit se současným životním podmínkám (Dvořáčková, 2012).

V současné době je možné nabídnout seniorům specializované kurzy na 23 veřejných vysokých školách (z celkového počtu 27). Z kapacitních důvodů je většina kurzů vyprodána, proto existují pořadníky pro zájemce na příští rok. Počet posluchačů U3V se v dnešní době pohybuje okolo 40 tisíc. Poplatky jsou u většiny kurzů ve výši 200-600 Kč na semestrální kurz, dle nákladů na výuku. Zatímco v loňském roce poskytly univerzity 698 tisíc studentohodin, v letošním roce se jedná o 712 tisíc. Popularita univerzit tak nabírá na svém vzestupu a oblíbenosti (Vavřín, 2013).

Mnoho organizátorů U3V tvrdí, že pro seniorskou skupinu není návštěva vysoké školy totéž co pro dnešní mládež. Pro seniory je studium něčím, čeho si velmi váží. Studium pro něj představuje svátek, kdy si realizují své nesplněné sny z mládí, kdy nemohli (např. z politických důvodů) studovat (Adamec, Kryštof, 2011).

Cíle U3V:

- Poskytovat nové poznatky z nejrůznějších oblastí života
- Podněcovat samotnou vzdělávací aktivitu zpřístupněním studoven a knihoven
- Oddalovat předčasné a rychlé oslabování poznávacích psychických funkcí
- Podporovat pozitivní sebehodnocení a sebeúctu seniorů prostřednictvím vzdělávací aktivity a prožívání úspěchu
- Přispívat k tomu, aby senioři přijímali svůj život i sebe pozitivně
- Vytvářet takové podmínky, aby senioři neztráceli kontakt s mladou generací a novými společenskými podmínkami života

Velmi důležité jsou také mezinárodní kontakty jak jednotlivých U3V, tak AU3V. Významné organizace, které působí na území EU a kde má i Česká republika své zástupce jsou AIUTA (Mezinárodní asociace univerzit třetího věku), jejímž členem se AU3V ČR stala v roce 1993, v roce 1994 se stala AU3V ČR členem EFOS (Evropská federace studentů seniorů) a následně členem EUCEN (Vavřín, 2013).

4.1.2 AKADEMIE TŘETÍHO VĚKU

Akademie třetího věku má u nás delší tradici, než univerzity třetího věku. A3V jsou organizovány různými institucemi, jako je Červený kříž, Akademie J. A. Komenského, či různá kulturní střediska. Představují středně náročnou formu vzdělávání, jejíž forma je realizována jednorázovými nebo krátkodobými akcemi. Typické pro A3V jsou jedno nebo více semestrální cykly nebo krátké studijní programy. Uplatňují se však i další formy, jako jsou exkurze, tematické vycházky, pohybově turistické programy aj. Ke studiu na akademii třetího věku není potřeba dosáhnout určité úrovně vzdělání, nýbrž je nutné dosáhnout stanového věku, při kterém má senior nárok na starobní důchod nebo se tomuto věku přiblížit. Účastníci zde neskládají žádné zkoušky a potvrzení o absolvování se vydává na základě prezenze (Bednaříková, 2006).

Obsahové zaměření studijních programů (Bočková, 2002):

- Medicínsko-gerontologická orientace (zdravá životospráva, předcházení nemocem)
- Občansko-sociální vzdělání (porozumění důchodců sociální změnám v současnosti)
- Zájmové aktivity
- Příprava na stáří
- Cyklus zaměřený na pohyb (jóga, rekondiční cvičení apod.)

4.1.3 UNIVERZITA VOLNÉHO ČASU

Univerzita volného času je věkově neomezené forma zájmového vzdělávání, kde mohou studovat všichni, kteří mají nadbytek volného času a nedostatek peněz. Na univerzitě volného času platí pouze zápisné v hodnotě 100 Kč, což dává příležitost studovat matkám na mateřské dovolené, starobním důchodcům a nezaměstnaným v produktivním věku (Bočková, 2002).

Univerzita volného času v Praze rozdělila studium do pěti oborů:

- Zdravý životní styl
- Psychologie
- Dějiny umění
- Světové a české dějiny
- Dějiny hudby

4.1.4 KLUBY AKTIVNÍHO STÁŘÍ A SENIORCENTRA

V Klubech se dobrovolně schází skupina seniorů, kteří společně a dobrovolně tráví svůj volný čas. Dochází zde k rozvíjení osobních zájmů a uspokojování potřeby vzájemného kontaktu. Kluby se od U3V a A3V odlišují neformálními vztahy, které jsou zároveň trvalejšího rázu. Zaměření klubů je však různorodé a mezi časté aktivity se řadí jednorázové akce (Bednaříková, 2006). Seniorcentra jsou místa, kde se senioři společně scházejí. Mohou fungovat pod hlavičkou občanského sdružení. Spektrum programů, které seniorcentra nabízejí, je obvykle velmi bohaté. Jsou zde organizovány různé přednášky, odborné semináře a je zde umožňována a organizována klubová činnost (Špatenková, 2011).

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem podala základní přehled charakterizující období stáří a stárnutí. Jednotlivé kapitoly jsem volila dle aktuálnosti a předložila jsem tak základní znalost procesu stáří a stárnutí. V práci jsem vystihla důležité procesy, změny, fáze, formy, a stupně charakterizující toto období. Avšak pro obsáhlost tématu nebylo možné práci zpracovat detailněji v rozsahu bakalářské práce.

Na začátku práce objasňuji čtenáře se základními pojmy, klasifikací života a změnami biologickými, psychickými a sociálními, které stáří doprovází a jsou tak jeho součástí. Rovněž se zmiňuji i o odchodu do důchodu, se kterým přichází i řada socioekonomických změn, na které je vhodné se připravit. Následně se zaměřuji na pozitivní psychologii, zejména na životní smysl a kvalitu života, které se navzájem doprovází a jsou důležité pro osobní spokojenost a také pro naplnění života člověka. Procesy adaptace a příprava na stáří se týkají zejména duševní oblasti života a závisí na mnoha faktorech. Velmi záleží na individualitě jedince a rovněž na jeho přístupu k těmto procesům. Opomenuto není ani zdravé stárnutí, které je potřebné pro fungování organismu a pro vitalitu člověka. Uvedla jsem tři oblasti zdravého stárnutí: stravování, pohybovou aktivitu a sexualitu, které jsou dle mého názoru základními a zároveň přirozenými oblastmi, které jsou významné pro udržení zdraví jedince. Dále jsem se v práci věnovala péči o seniory, konkrétně zdravotní, sociální a domácí péči, kde jsem vymezila poskytované služby péče, komu je péče určena a co je obsahem péče. Důležité je, aby při jakékoliv poskytované péči byla člověku zachována lidská důstojnost, vycházelo se z individuálních potřeb člověka, podporovala se jeho samostatnost a zapojení do společnosti. V závěru práce se zmiňuji o aktivním stárnutí. Poukazuji na důležitost aktivity ve stáří, která působí na jedince velice příznivě a odbourává řadu negativních vlivů. Svůj zájem jsem soustředila na koncept celoživotní vzdělávání, jeho formy, bariéry, ale také přínosy. Větší pozornost jsem věnovala univerzitám třetího věku, jejichž popularita stále stoupá a patří k nejvýznamnějším institucím pro seniory.

Osobně na starší osoby pohlížím s velkou úctou a respektem. Zkušenostmi, kterými si během svých let prošli a z kterých se poučili, u mě vyvolávají jistý obdiv a z mnohých se učím. Stáří a stárnutí pro mě nepředstavuje bariéru a nevyvolává ve mně negativní pocity. Jedná se o přirozenou etapu života, které se nedá vyhnout. Proto by většina lidí měla přestat se stářím bojovat a naopak si užívat život takový, jaký skutečně je. A stáří se dá prožít krásně.

SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ

1. ADAMEC, Petr, ed. a KRYŠTOF, David, ed. *Univerzity třetího věku na vysokých školách*. 1. vyd. Brno: Asociace univerzit třetího věku České republiky, 2011. 135 s. ISBN 978-80-210-5640-4.
2. ADAMEC, Petr, KRYŠTOF, David, ŠOLC Martin. Asociace univerzit třetího věku České republiky. In: ADAMEC, Petr, ed. a KRYŠTOF, David, ed. *Univerzity třetího věku na vysokých školách*. 1. vyd. Brno: Asociace univerzit třetího věku České republiky, 2011. s. 21–27. ISBN 978-80-210-5640-4.
3. BOČKOVÁ, Věra. *Vzdělávání - průvodní jev života*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 49 s. Texty k otevřenému a distančnímu vzdělávání. Andragogika. ISBN 80-244-0441-9.
4. BEDNAŘÍKOVÁ, Iveta. *Kapitoly z andragogiky* 1. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 77 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1355-8.
5. ČSÚ. *Statistická ročenka České republiky 2014 – 25. Sociální zabezpečení*. [25-13. Vybraná pobytová zařízení sociálních služeb k 31. 12. 2013]. [online]. Aktualizováno 28. 11. 2014 [cit. 14. 3. 2015]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/kapitola/320198-14-r_2014-2500>.
6. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
7. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Současná zdravotní a sociální péče o seniory v ČR. In: HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. s. 60–64. ISBN 978-80-247-4139-0.
8. HÁTLOVÁ, Běla. *Psychologie seniorského věku*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2010. 80 s. Skripta. ISBN 978-80-7414-318-2.
9. HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. *Aktivita jako projekt: diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. 1. vyd. Praha:

- Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. 170 s. Studie; sv. 94. ISBN 978-80-7419-152-7.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
 11. HOLÁSKOVÁ, Kamila. Dospělost. In: ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezměn. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 118–127. ISBN 80-244-0629-2.
 12. HOLÁSKOVÁ, Kamila. Gerontopsychologie. In: ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezměn. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 128–152. ISBN 80-244-0629-2.
 13. HOLCZEROVÁ, Vladimíra. Pohybové aktivity a taneční terapie. In: HOLCZEROVÁ, Vladimíra, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1 vyd. Praha: Grada, 2013. s. 44–50., 4 s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4697-5.
 14. HOLMEROVÁ Iva, WIJA Petr. Dlouhověkost, aktivní stárnutí a uplatnění na trhu práce: perspektivy, podmínky a příležitosti. In: KOCIANOVÁ, Renata, ed. a DVOŘÁKOVÁ, Miroslava, ed. *Vzdělávání a rozvoj seniorů*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2013. s. 7–15. ISBN 978-80-7308-469-1.
 15. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.
 16. KAČMÁROVÁ, Monika. Subjektivne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zjišťovania. In: *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. č. 1. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2013. s. 43–45. ISSN 1804-6436.
 17. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

18. KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
19. KRYŠTOF, David. Celoživotní učení a vzdělávání. In: ŠPATENKOVÁ, Naděžda, ed. a KRYŠTOF, David, ed. *Univerzita třetího věku při Univerzitě Palackého v Olomouci*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 37–46. ISBN 978-80-244-2568-9.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
23. LINHART, Jiří, ed. *Velký sociologický slovník. Sv. 2, P-Ž*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. s. 749-1627. ISBN 80-7184-310-5.
24. *Malý encyklopedický slovník A-Ž*. 1. vyd. Praha, 1972. 1455 s.
25. MPSV ČR. *Národní program příprav na stárnutí na období let 2013 až 2017* [online]. [cit. 25. 2. 2015]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf>.
26. MŮLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 198 s. ISBN 80-210-3345-2.
27. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
28. PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. Díl 4., Vývoj člověka v druhé polovině života. 1. vyd. Praha: SPN, 1974. 495 s.

29. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Co je pozitivní psychologie* [online]. c2015 [cit. 10. 3. 2015]. Dostupné z <<http://www.pozitivni-psychologie.cz/clanky/co-je-pozitivni-psychologie.html>>.
30. STATT A., David. *The Concise Dictionary of Psychology*. 3rd ed. New York: Routledge, 1998. 140 s. ISBN 0-203-75876-5.
31. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
32. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Filozofie univerzit třetího věku. In: ŠPATENKOVÁ, Naděžda, ed. a KRYŠTOF, David, ed. *Univerzita třetího věku při Univerzitě Palackého v Olomouci*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 27. ISBN 978-80-244-2568-9.
33. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Gerontagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 84 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-2893-2.
34. ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 1. vyd. PRAHA, 1979. 82 s.
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
36. VAVŘÍN, Petr. Historie a současný stav Univerzit třetího věku v České republice. In: KOCIANOVÁ, Renata, ed. a DVOŘÁKOVÁ, Miroslava, ed. *Vzdělávání a rozvoj seniorů*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2013. s. 28–30. ISBN 978-80-7308-469-1.
37. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. 233 s. EDIS: ediční řada disertačních prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity; sv. 2. ISBN 978-80-210-4627-6.
38. VIGUÉ, Jordi. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006. 270 s. Přeložila Kubešová, Lucie. ISBN 80-7234-536-2.

39. WEIL, Andrew. *Zdravé stárnutí: celoživotní průvodce pro vaši tělesnou a duševní pohodu*. Hodkovičky [Praha]: Pragma, [2007]. 280 s. ISBN 978-80-7349-030-0.
40. ÚZIS ČR. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012* [online] Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. 156 s. ISBN 978-80-7472-063-5. [cit. 12. 3. 2015]. Dostupné z <<http://www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2012.pdf>>.

SEZNAM ZKRATEK

ADP ČR – Asociace domácí péče České republiky

AIUTA – Association International of Universities Third Age

A3V ČR – Akademie třetího věku České republiky

EFOS – European Federation of Older Students

EU – Evropská unie

EUCEN – European Universities Continuing Education Network

U3V – Univerzita třetího věku

WHO – World Health Organization

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 – Změny způsobené odchodem do důchodů, s. 17.

Tabulka č. 2 – LSS - stupnice spokojenosti podle MANSA, s. 20.

Tabulka č. 3 – Vybraná pobytová zařízení sociálních služeb k 31. 12. 2013, s. 33.

Tabulka č. 4 – Rozdíl mezi vzděláváním dětí, mládeže a dospělých dle Mužíka, s. 39.

Graf č. 1 – Součet první a druhé nejdůležitější charakteristiky starého člověka (v %), s. 8.

Graf č. 2 – Zhoršení vidění a slyšení má v závislosti na věku progresivní charakter, s. 11.

Graf č. 3 – Vývoj počtu pacientů DPZ v letech 2003- 2012, s. 35.

Graf č. 4 – Pacienti domácí zdravotní péče v krajích, s. 35.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Martina Mičůnková
Katedra nebo ústav:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Irena Plevová, PhD.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Charakteristika vývojového období stáří a stárnutí
Název v angličtině:	Characteristics of the developmental period of old age and aging
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zaměřuje na definování základních pojmů, změn, fází a faktorů spojených se stárnutím. Seznamuje čtenáře se základními jevy jako je zdravé stárnutí, kvalita a smysl života. Neopomenuta je rovněž péče o seniory a aktivnímu stárnutí, které jsou stále důležitými a aktuálními tématy.
Klíčová slova:	Stáří, stárnutí, třetí věk, kvalita života, péče o seniory, aktivní stárnutí, vzdělávání seniorů
Anotace v angličtině:	This thesis focuses on defining the basic concepts, changes phases and factors associated with aging. Introduces the basic phenomena such as healthy aging, quality and meaning of life. There is the also care for the elderly and active aging, which are increasingly important and topical themes.
Klíčová slova v angličtině:	Old age, aging, third age, quality of life, care for the elderly, active aging, education of seniors
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	43 stran
Jazyk práce:	Čeština

