

**Fakulta tělesné výchovy a sportu
Univerzity Karlovy v Praze
Katedra fyzioterapie**



Osobnost aktivních seniorů starších 70 let

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

Vypracovala:

Monika Dvořáková

duben 2008

Souhrn

Název práce: Osobnost aktivních seniorů starších 70 let

Title: Personality of Active Seniors over 70years old

Cíle práce: 1. Cílem mé diplomové práce bude zjistit, zda je vhodné vybraný pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI) využít k hodnocení pěti obecných dimenzí osobnosti vybrané skupiny respondentů. Ve své práci se budu snažit porovnat a statisticky zhodnotit výsledky jednotlivých škál výše uvedeného dotazníku mezi pohlavími. 2. Dalším cílem pak bude porovnání s hodnotami uváděnými pro populaci ve věku 22-75 let.

Metodika: V diplomové práci bylo hodnoceno pět obecných dimenzí osobnosti vybrané skupiny respondentů. Z metod výzkumu byla použita varianta komparace a dotazníková metoda. Ke sběru dat byla použita dotazníková metoda. Využit byl mezinárodní standardizovaný dotazník NEO-FFI. Předmětem komparace bylo porovnání výsledků průměrů jednotlivých škál mezi skupinou mužů-seniorů a žen-seniorek, a dále srovnání s výsledky populace ve věku 22-75 let.

Výsledky: Dle našich zpracování výsledků a statistického zhodnocení jednotlivých škál pětifaktorového osobnostního inventáře NEO-FFI lze konstatovat, že muži ve věku 22-75 let jsou více neurotičtější a otevřenější vůči zkušenosti než muži-senioři; muži-senioři jsou naopak více přívětivější a svědomitější než muži ve věku 22-75 let; škála extravertovanosti je pro obě skupiny hodnocena téměř stejně. Ženy-seniorky jsou více neurotičtější než ženy ve věku 22-75 let; ženy ve věku 22-75 let jsou více extravertovanější, otevřenější vůči zkušenosti, svědomitější a o něco málo i přívětivější než ženy-seniorky. Muži-senioři jsou oproti ženám-seniorkám více extravertovanější, otevřenější vůči zkušenosti a svědomitější; ženy-seniorky jsou oproti mužům-seniorům více neurotičtější; škála přívětivosti je pro obě pohlaví hodnocena téměř stejně.

Klíčová slova: stárnutí, osobnost seniorů, aktivita, pětifaktorový model popisu osobnosti, dimenze osobnosti

Děkuji Doc. PhDr. Běle Hátlové, Ph.D. za odborné rady, konzultace a vedení v průběhu celé práce.

Děkuji Mgr. Janě Šmídové za sběr dat.

Děkuji Ing. Mgr. Elišce Špetlíkové za pomoc při statistickém vyhodnocování dat.

Číslo:

Číslo:

1. číslo

2. číslo

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedené literatury a informací, na něž odkazuji.

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům s tím, že veškeré (i přejeté) informace budou řádně citovány.

Dvořáková

Obsah

| | |
|---|-----------|
| OBSAH | 1 |
| 1 ÚVOD | 3 |
| 2 TEORETICKÁ ČÁST | 4 |
| 2.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ | 4 |
| 2.2 PROJEVY PŘIROZENÉHO STÁRNUTÍ A STÁŘÍ | 4 |
| 2.2.1 Biologické stárnutí | 5 |
| 2.2.2 Psychické stárnutí | 6 |
| 2.2.3 Sociální stárnutí | 7 |
| 2.3 DLOUHOVĚKOST | 8 |
| 2.4 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ | 8 |
| 2.5 STAV ORGANISMU VE STÁŘÍ A KONCEPT ÚSPĚŠNÉHO STÁRNUTÍ | 9 |
| 2.5.1 Epidemiologicky nejvýznamnější chorobné procesy ovlivňující funkční stav ve stáří | 10 |
| 2.5.2 Životní způsob | 11 |
| 2.5.3 Životní podmínky | 11 |
| 2.6 ZDRAVÍ A NEMOC VE STÁŘÍ | 12 |
| 2.6.1 Zdraví ve stáří | 12 |
| 2.6.2 Nemoc ve stáří | 12 |
| 2.6.2.1 Demence | 14 |
| 2.7 UDRŽENÍ KVALITY ŽIVOTA VE STÁŘÍ | 18 |
| 2.8 STRESOVÉ REAKCE VE STÁŘÍ | 21 |
| 2.9 STÁŘÍ A PSYCHIKA | 23 |
| 2.9.1 Psychické projevy stáří | 23 |
| 2.9.2 Adaptace na stáří a ve stáří | 25 |
| 2.9.3 Modely adjustace | 26 |
| 2.10 AKTIVNÍ STÁRNUTÍ | 28 |
| 2.10.1 Stáří a prevence | 29 |
| 2.10.2 Motivace starších občanů k pohybu | 29 |
| 2.10.3 Možnosti aktivního sebeutváření | 30 |
| 2.10.4 Pohyb jako harmonizující prvek | 31 |
| 2.10.5 Pohyb jako součást kvality života ve stáří | 32 |
| 2.11 KINEZIOTERAPIE | 33 |
| 2.11.1 Pojem kinezioterapie | 33 |
| 2.11.2 Podstata kinezioterapie | 33 |
| 2.11.3 Působení kinezioterapie | 34 |
| 2.11.4 Specifika kinezioterapie u demencí | 35 |
| 3 PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |
| 3.1 CÍL PRÁCE | 38 |
| 3.2 ÚKOLY PRÁCE | 38 |
| 3.3 HYPOTÉZY | 38 |
| 3.4 METODIKA | 38 |
| 3.4.1 Metodika výzkumu | 38 |
| 3.4.2 Charakteristika vybraného souboru | 39 |
| 3.4.3 Zajištění podmínek pro vyplňování dotazníků | 39 |
| 3.4.4 Pětifaktorová struktura osobnosti | 39 |
| 3.4.5 NEO dotazníky | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.4.6 | Validita pětifaktorového modelu osobnosti..... | 41 |
| 3.4.7 | Lexikální výzkumy pětifaktorové struktury popisu osobnosti..... | 41 |
| 3.4.8 | Obsah jednotlivých škál NEO-FFI dotazníku..... | 42 |
| 3.4.9 | Statistické zpracování dat..... | 45 |
| 3.5 | VÝSLEDKY..... | 46 |
| 3.5.1 | Výsledky skupiny ve věku 22-75 let podle Hřebíčkové..... | 46 |
| 3.5.2 | Výsledky skupiny seniorů..... | 47 |
| 3.5.3 | Porovnání výsledků skupin seniorů a respondentů ve věku 22-75let..... | 48 |
| 3.5.4 | Porovnání výsledků skupiny seniorů podle pohlaví..... | 51 |
| 3.5.5 | Statistické zpracování dat..... | 52 |
| 4 | DISKUSE..... | 55 |
| 5 | ZÁVĚR..... | 58 |
| 6 | LITERATURA..... | 59 |
| 7 | PŘÍLOHY..... | 64 |

1 Úvod

Stáří je přirozenou, ale poslední etapou ontogenetického vývoje. Stejně jako jiná vývojová stádia, má i stáří specifické (biologické) znaky, které je odlišují od předcházejících biologických etap. Stárnutí v úzkém slova smyslu je přechodnou vývojovou periodou mezi dospělostí a stářím. Stárnutí a stáří jsou geneticky nakódovány, řídí se druhově specifickým časovým zákonem. Podléhají formativním vlivům prostředí. Strukturální i funkční změny vzniklé při fyziologickém stárnutí a stáří mají převážně regresivní charakter, jsou nevratné, neopakují se (Pacovský, 1990).

Pod široký pojem normální (fyziologické, nechorobné) psychické stárnutí se obvykle zahrnují duševní změny, které se často objevují s přibývajícím věkem (Pacovský, 1997).

Vlastnosti, které v souhrnu tvoří individuální osobnost, jsou sice poměrně ustálené už na začátku dospělosti, ale jejich vývoj pokračuje dokud je člověk živ. Utváření osobnosti člověka závisí na podmínkách (vnitřních i vnějších), v nichž další život probíhá. I nepříznivé podmínky mohou podporovat rozvoj žádoucích rysů osobnosti, např. mohou upevňovat charakterové vlastnosti. Normální stárnutí se všemi jeho nevídanými důsledky nemusí vůbec narušit osobnost člověka, který má dobré konstituční předpoklady, dobrý základ k harmonické osobnosti vytvářený od dětství, jemuž se podařilo v dospělém věku uskutečnit hlavní životní záměry (Wolf a kol., 1982).

Většina studií prokázala, že rysové deskriptory se shlukují do pěti faktorů : 1. Extraverze, 2. Přívětivost, 3. Svědomitost, 4. Emocionální stabilita, 5. Kultura, Intelekt nebo Otevřenost vůči zkušenosti, pro jejichž souhrnné pojmenování se vžil název Big Five. Nejznámějšími dotazníky zkonstruovanými pro měření jednotlivých dimenzí Big Five jsou *NEO Personality Inventory* – NEO-PI (Costa, McCrae in Hřebíčková, Čermák, 1996), *Revised NEO Personality Inventory* – NEO PI-R a *NEO Five Factor Inventory* – NEO-FFI (Costa, McCrae in Hřebíčková, Čermák, 1996).

Cílem mé diplomové práce bude zjistit, zda je vhodné vybraný pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI) využít k hodnocení pěti obecných dimenzí osobnosti vybrané skupiny respondentů. Hodnocená skupina respondentů bude tvořena seniory ve věku vyšším než 70 let. Ve své práci se budu snažit porovnat a statisticky zhodnotit výsledky jednotlivých škál výše uvedeného dotazníku mezi pohlavími. Dalším cílem pak bude porovnání s hodnotami uváděnými pro populaci ve věku 22-75 let.

2 Teoretická část

2.1 Stárnutí a stáří

Stáří je posledním *ontogenetickým vývojovým obdobím* v životě člověka, které v sobě nese pečeť období předcházejících, tj. odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to *biologický proces*, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince.

Stáří, tj. od kdy je jedinec pokládán za starého, je často obtížné jednoznačně vymezit. Dnes se nejčastěji vychází z *kalendářního věku*, který je daný datem narození. Chronologické neboli kalendářní stáří je vymezeno dosažením určitého věku.

Podle návrhu WHO z r. 1980 se za stáří označuje věk od 60 let výše.

Období od 60-74 let se označuje jako rané stáří - senescence

75-89 let se označuje jako vlastní stáří - senium

90 let a výše se označuje jako dlouhověkost

Stárnutí je posledním přechodným obdobím v životě člověka a tedy také poslední možností, kdy lze aktivně ovlivnit kvalitu stáří. Tomuto období je nyní věnována velká pozornost v tzv. preventivní geriatrici, na bázi vědeckých poznatků se vypracovávají celé systémy přípravy na stáří (Gruberová, 1998).

2.2 Projevy přirozeného stárnutí a stáří

Přirozené (fyziologické, normální) stárnutí a stáří je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na jedince působí v průběhu celého jeho života. Vyznačuje se určitými postižitelnými jevy, fenomény (*fenomenologie stárnutí a stáří*). Někdy se pro činitele, ovlivňující proces stárnutí, používá název *gerontogeneze*.

Poznatky o projevech přirozeného stárnutí a stáří jsou pro klinickou praxi důležité proto,

- abychom mohli rozlišit normální od patologického,
- abychom si uvědomili, že se zvyšuje možnost přechodu normální, tj. na věku závislé situace, do klinicky významné patologie („nízký práh patologie“). Involučními změnami lze vysvětlit častý výskyt chorob v séniu i jejich etiologii a patogenezi.

Stárnutí se týká samozřejmě sféry biologické (somatické), psychologické i sociální. Fenomény ze všech těchto oblastí se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka (Pacovský, 1994).

Pacovský a Heřmanová (1981) uvádí, že stárnutí má určité společně postižitelné **fenomény** – charakteristické znaky procesu stárnutí :

- Stárnutí a stáří má svou anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá paralelita. Změna struktury má za následek změnu funkce.

- Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.

- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak. Kalendářní věk se nemusí krýt s věkem funkčním.

- Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn (funkční involuce, regrese), které jsou primární (na úrovni buněk, tkání, orgánů) a sekundární (na základě již proběhlých patologických procesů).

- Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností – genetických informací a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.

- Z důvodů labilnějších homeostatických mechanismů se ve stáří snižují adaptační schopnosti organismu v biologickém i psychosociálním smyslu. Stárnoucí organismus si však dokáže vytvořit nové, kvalitativně odlišné mechanismy, které mu umožňují udržovat homeostázu i v měnících se podmínkách.

2.2.1 Biologické stárnutí

Poznatky o biologickém stárnutí, které mají praktický význam, lze shrnout tímto způsobem (Pacovský, 1994) :

- Zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí. Omezení rezerv. Snížení adaptační schopnosti a odolnosti k zátěžím.
- Změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity (včetně imunity protinádorové) a zvýšená tvorba autoprotilátek.
- Snížená tvorba nebo působení různých humorálních regulačních působců, včetně hormonů. Změněná citlivost receptorů.

- Zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů. Alterace v tvorbě a působení neurotransmiterů. Úbytek motoneuronů.
- Zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, sluch, chuť, čich, hmat).
- Úbytek tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly. Pokles celkové tělesné vody (ve stáří se člověk „vysušuje“), zmnožení tuku.
- Úbytek kostní hmoty.
- Involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů. Změna struktury obvykle předchází změně funkce.
- Snížený průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny) a omezená schopnost jeho regulace.
- Omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů.

Mnoho uvedených fenoménů přirozeného biologického stárnutí a stáří lze prokázat pomocí vhodně zvolených a v praxi dostupných ukazatelů (markrů). Nelze však jednoznačně říci, které zjištěné změny jsou příčinou a které následkem stárnutí (Pacovský, 1994).

2.2.2 Psychické stárnutí

Názory odborníků na psychické změny s přibývajícím věkem nejsou jednotné. K jejich poznání u nás přispěli zvláště psychologové Příhoda, Říčan, Srnec, Švancara, z psychiatrů Dobiáš a Vondráček. Všichni shodně upozorňují na velké inter- a intraindividuální rozdíly (Pacovský, 1994).

Důležitá je především osobnost člověka. Osobnost každého člověka je nutné posuzovat jako psychologický celek. Integrita osobnosti zůstává zachována, obvykle se mění jen dílčí funkční osobnosti, např. poznávací schopnosti (vnímání, paměť, představy, myšlení). Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě („člověk ve stáří karikuje svou vlastní povahu“). Ve struktuře osobnosti se může přesouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů. Změny motivace (vnitřních pohnutek) mohou vysvětlit, proč starý člověk to či ono nedělá očekávaným způsobem, proč některé potřeby a věci jsou v popředí jeho zájmu, proč se vrací k některým dřívějším zájmům a jiné opouští.

Citové prožívání ztrácí a intenzitě, geronta události již tolik nevzrušují, v některých případech zůstává netečný.

Převládá touha po soukromí a pohodlí.

V průběhu stárnutí se často objevují změny poznávacích (kognitivních) schopností. Klesají tzv. výkonové křivky. Zpomaluje se psychomotorické tempo. Geronta lze někdy přirovnat ke zpomalenému filmu. Projevuje se to zvláště v zátěžových situacích, např. při složitějším jednání. Bývá ochuzena fantazie a je nechuť řešit aktuální problémy, proto starý člověk působí často dojmem bezradnosti. Postupné oslabování psychických funkcí lze však do určité míry kompenzovat (zvýšená opatrnost, racionalizace činnosti, zpomalení tempa, větší volní úsilí, využití bohatých životních zkušeností).

Bývají změny paměti a učení. Obtížně se vybavují některé názvy (jména), hůře se udrží v paměti nové poznatky, ožívují se však staré vzpomínky. Je nižší koncentrace pozornosti.

Všechny psychické změny nesměřují však k horšímu, naopak. Často se např. zvyšuje vytrvalost v monotónní tělesné a duševní činnosti. Většinou se také stupňuje trpělivost a pochopení pro motivy jednání vrstevníků. U normálního stáří nechybí soudnost a zlepšuje se rozvaha („moudré stáří“). Je větší stálost v názorech a vztazích (Pacovský, 1994).

2.2.3 Sociální stárnutí

Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná vlastně problém jeho reakce a adaptace na stáří. Průběh reakcí nelze dobře odhadnout ani složitým testováním. Rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je *průběh celé životní dráhy*. Jedinci, kteří dovedou „držet krok“, mají zpravidla schopnost vytěžit ze zkušeností svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládat situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali (např. změnám pracovních postupů, společenských vztahů a rodinného života) trpí špatnou adaptací i na vlastní stáří (Pacovský, 1994).

Základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé. Odborníci se v podstatě shodují, že pokud nemá starý člověk zabraňující zdravotní potíže, má zůstat aktivním a mít svůj perspektivní program („skutečné stáří je ztráta programu“). Současně je však rozumné stahovat se včas z některých společenských („disengagement“). „Odchod“ z aktivního života se má však dít pouze na základě dobrovolného rozhodnutí a podle principu postoupnosti. Ani penzionování nemá být pouze výsledkem vnějšího sociálního tlaku („musíte do penze“), ale výsledkem přirozeného vývoje vlastní osobnosti a reálného sebehodnocení.

Každý stárnoucí a starý člověk je členem společenství. Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást. Cílem je *nikoliv segregace, ale integrace!* (Pacovský, 1994).

2.3 Dlouhověkost

Dlouhověkost je označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let). Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá (zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, medicínský pokrok) (Kalvach a kol., 1997).

Jako **index dlouhověkosti** je označován poměr dlouhověkých ke všem osobám ve věku 60 a více let v dané populaci (90+/60+) (Kalvach a kol., 1997).

2.4 Příprava na stáří

Příprava na stáří je neprávem podceňovaným programem ovlivňování občanů k úspěšnému stárnutí a aktivnímu stáří. Měla by být chápána jako přirozená součást široce koncipované andragogiky, rentované na osobnostní rozvoj. Předpokladem k ní je vytvoření reálné představy o povaze života ve stáří, jeho délce a ovlivnitelnosti (Kalvach a kol., 1997).

Ústředním motivem přípravy na stáří je snaha přesvědčit jedince již ve středním věku o nutnosti promyšleného, plánovitého přístupu, který zahrnuje všechny oblasti nezbytné k racionálnímu způsobu života ve stáří. Koncepce se netýká pouze pohybu, ale preferuje celostní přístup. Jde v zásadě o psychosociální orientaci lidí, kteří stojí před odchodem z pravidelné pracovní aktivity.

Příprava zahrnuje zdravý životní styl, podporu zdraví (salutogenezi) ve středním věku s eliminací rizikových faktorů epidemiologicky nejvýznamnějších příčin disability (nezpůsobilosti) ve stáří.

Dále podporu aktivit tělesných a duševních s přiměřenou psychohygienou a relaxací. A výběr vhodných „náhradních aktivit“ v rámci substituční teorie požadující zaplnění prostoru uvolněného penzionováním. Tedy zachovávání zájmových aktivit ve středním věku a jejich racionální upřesnění pro další období ve věku předdůchodovém. Významná je prevence maladaptace na penzionování se ztrátou smyslu života a s projevy degradace.

Významné je vytváření přiměřených materiálních předpokladů pro aktivní život ve stáří a včasné řešení bytové situace.

Posilování dobrých mezilidských vztahů a sounáležitostí, stejně jako pozitivní vztah k sobě i k životu a aktivní, cílevědomě pozitivní ovlivňování svého životního pole (Kalvach a kol., 1997).

Psychosociální faktory, kultivace osobnosti i komunikace jsou neméně důležité než faktory materiální. Příprava na stáří bývá rozlišována jako (Kalvach a kol., 1997):

- dlouhodobá (celoživotní)
- střednědobá (asi od 45 let)
- krátkodobá (2-3 roky před penzionováním).

2.5 Stav organismu ve stáří a koncept úspěšného stárnutí

Jednou ze základních gerontologických otázek je, zda je zdravotní a funkční stav ve stáří pozitivně ovlivnitelný. Pokud by ovlivnitelný nebyl, musí zákonitě s prodlužováním střední délky života a obecným dožíváním vysokého věku ve společnosti dramaticky přibývat závislých osob, musí se šířit obraz senectus molesta (bolestného stáří) s nízkou kvalitou života a s vysokou potřebou zdravotněsociální péče. Jde o variantu „expanze nemocnosti“ v souvislosti s prodlužováním life expectancy o období závislého, nemocného života.

Proti této představě stojí varianta „oddálení nemocnosti“ či dokonce „komprese nemocnosti“, která předpokládá nejen prodlužování, ale především zkvalitňování života ve stáří, de facto „prodlužování středního věku“ (Kalvach a kol., 1997).

Vznikl tak především v USA **koncept úspěšného stárnutí** (k jeho tvůrcům patří např. J. Rowe, J. Kahn, J. Fries), který zdůrazňuje, že dominantní pozornost nemá být věnována zvyšování kapacit pro zvládání dramaticky přibývajících nesoběstačných osob, nýbrž zlepšování zdravotního a funkčního stavu osob stárnoucích s maximální prevencí vzniku závislosti.

Stárnutí podle těchto představ může být (Kalvach a kol., 1997):

1. *Obvyklé, normální* – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům a současné normě v dané společnosti.
2. *Úspěšné* – zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu zhruba do 9. decenia.
3. *Neúspěšné, patologické* – zdravotní a funkční stav je horší než u vrstevníků, než odpovídá současné normě. Rozvíjí se závislost, choroby vyššího věku, jejich projevy a

důsledky jsou neobvykle výrazně vyjádřeny a/nebo nastupují neobvykle brzy, „předčasně“, jejich průběh je urychlen. Dominuje závislost či dojem (neumíme kvantifikovat) vyššího biologického než kalendářního věku, tedy **progerie** (předčasné stárnutí).

Základním postulátem konceptu úspěšného stárnutí je skutečnost, že stav organismu ve stáří (zdravotní a funkční) je dán několika okruhy faktorů, z nichž některé jsou významně ovlivnitelné. Hlavní faktory jsou (Kalvach a kol., 1997):

- zákonitá biologická involuce
- chorobné procesy
- životní způsob (především aktivita či pasivita)
- životní podmínky
- subjektivní hodnocení a prožívání

2.5.1 Epidemiologicky nejvýznamnější chorobné procesy ovlivňující funkční stav ve stáří

Funkční stav organismu a celkový dojem z každého člověka je významně ovlivněn zdravotním stavem. Geriatrii zvláště zajímají onemocnění, která vedou k dlouhodobým poruchám soběstačnosti. Je důležité tyto procesy identifikovat a zaměřit se nejen na zvládnutí jejich důsledků, ale především na jejich odvrácení či oddálení, což předpokládá zásahy především ve středním a mladém věku (Kalvach a kol., 1997).

Lze identifikovat zhruba 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů (Kalvach a kol., 1997):

1. Ateroskleróza (kornatění tepen) a její orgánové projevy -

- ischemická choroba srdeční
- postižení mozkových tepen
- postižení tepen dolních končetin

Kromě samotného věku jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků, poruchy metabolismu cukrů, vysoký krevní tlak, kouření, obezita, ev. nedostatek pohybu.

2. Obstrukční choroba bronchopulmonální
3. Osteoartróza
4. Osteoporóza
5. Alzheimerova nemoc
6. Poruchy zraku vedoucí až ke slepotě (amaurosa)
7. Poruchy sluchu

2.5.2 Životní způsob

Životní způsob je zvláště ve smyslu aktivity a pasivity podceňovaným faktorem ovlivňujícím zdatnost organismu ve stáří. Nečinnost podporuje atrofii (*atrophia ex inactivitate* – atrofie z nečinnosti), nečinností slábnou funkce a schopnosti, každá funkce se snáze udržuje než obnovuje. Aktivita je důležitá v oblasti tělesné, psychické i sociální (Kalvach a kol., 1997).

Hypokineze je jedním z průvodních jevů současnosti. Důsledkem je snížená výkonnost fyzická, duševní a velmi často i zhoršený zdravotní stav s vyšším výskytem civilizačních onemocnění. Pravidelné pohybové aktivity mohou tvořit nejlacinější komplexní zásah. Pohyb je jedním z rozhodujících faktorů, který může na člověka působit jako prostředek prevence před možným selháním v oblasti zdravotní i prožitkové, což má vysoce efektivní motivační působnost na životní postoj starších, často osaměle žijících lidí (Štílec, 2003).

2.5.3 Životní podmínky

Životní podmínky ovlivňují stav organismu ve stáří dvojím způsobem (Kalvach a kol., 1997):

1. Životní podmínky mají přímý vliv na průběh stárnutí, na zdravotní a funkční stav i na roli, kterou senior zastává, kterou pro něho společnost považuje za přiměřenou, a na aktivity, kterým se věnuje. Jde o podmínky ekologické, geografické i sociální, historické a sociálně ekonomické.
2. Životní podmínky dodávají ve značném rozsahu významnost funkčním změnám organismu

2.6 Zdraví a nemoc ve stáří

2.6.1 Zdraví ve stáří

Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku a ve stáří. Spoluurčuje kvalitu života, postavení starých lidí v rodině i ve společenském životě. Zdraví ve stáří má však jiné dimenze než v dřívějších decenních.

Kdy považujeme geronta za zdravého?

- Není-li přítomna zjevná choroba nebo obtěžující symptom
- Považuje-li se sám za zdravého a je spokojen s kvalitou svého života
- Je soběstačný
- Vyvíjí-li přiměřené fyzické a psychické aktivity a sociální kontakty

Neplatí obecně ono klasické „senectus ipsa est morbus“ (již samo stáří je nemoc). S přibývajícím věkem se však snižuje počet lidí, kteří jsou zdraví ve smyslu uvedené charakteristiky. V šedesáti je jich kolem 60%, v 70 kolem 40%, v 80 asi 20% (Pacovský, 1994).

Pozitivní zdraví („superzdraví“) se vyznačuje zvýšenou odolností, adaptabilitou, dobrými vyhlídkami na dlouhý aktivní život. Modelem pozitivního zdraví jsou dlouhověci (Pacovský, 1994).

2.6.2 Nemoc ve stáří

S postupujícím věkem se množí počty nemocných, protože člověk v průběhu svého života prodělává řadu nemocí, které na něm zanechávají stopy a eventuálně přetrvávají ve formě chronicity. Proto i pojem zdraví je ve stáří formulován rozdílně. Obecně se uvádí tato formulace:

zdravý je takový člověk, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen se svým stavem, je sociálně adaptabilní a má neporušenou sociální homeostázu (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994).

Choroby vyššího věku můžeme rozdělit do tří skupin :

1. Choroby s přímým vztahem ke stáří (předčasné stárnutí anebo choroby vyskytující se výhradně ve vysokém věku : senilní demence, verrucae senilis, keratoma senile, apod. Dále choroby se speciálním průběhem ve stáří, například tzv. stařecký diabetes, senilní emfyzém a choroby vystupňované stářím – např. stařecká osteoporóza).

2. Choroby s částečným vztahem ke stáří, např. ateroskleróza, hypertrofie prostaty

3. Choroby bez přímého vztahu ke stáří, např. nemoc přecházející do vyššího věku z věku středního

Základními znaky chorob ve stáří jsou *multimorbidita*, *zvláštnosti klinického obrazu a průběhu* (např. fenomén ledovce : starý člověk popisuje pouze část svých chorobných příznaků, ostatní bagatelizuje), *protrahovaný průběh, netypické a vzdálené příznaky*. Dále je závažný tzv. *akcelerační fenomén*, kdy jakákoliv choroba může výrazně urychlit proces stárnutí (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994).

Podle Špatenkové a Sýkorové (2004) základním znakem nemocnosti ve stáří je **multimorbidita**. Důsledkem multimorbidity je **polypragmazie**. Nemoci se vyznačují sklonem k **chronicitě**, vzájemně se podmiňují (řetězovitý vznik dalších chorob) a mají **specifický klinický obraz**. Mívají negativní vliv na autonomii seniora.

Mnoho **zvláštností je v klinickém obraze** chorob ve stáří. Charakteristická je především *mikrosymptomatologie*, nevýrazná znamení choroby, „orgány jsou nemocné, aniž si naříkají“. Časté jsou *netypické příznaky* ve srovnání s tím, co lékař ve svém myšlenkovém schématu a v diagnostickém algoritmu považuje za typické (Pacovský, 1994).

Velmi časté jsou **komplikace chorob ve stáří**. Setkáváme se s komplikacemi trojího typu:

1. *Komplikace kauzálně spojené řetězovým způsobem*, tzv. *patogenetické kaskády*. Příkladem je tato kaskáda : osteoporóza – fraktura krčku stehenní kosti – imobilizační syndrom – ztráta soběstačnosti

2. *Komplikace nesespecifické, kauzálně nesouvisející se základní chorobou*. Jsou velmi časté! Mohou provázet jakýkoliv patologický stav, především akutní. Komplikace tohoto typu

mívají tak nápadnou symptomatologii, že ta vytlačí původní klinický obraz, vymaže jej, zaujme dominantní postavení.

3. *Nespecifické zhoršení celkového stavu.* Je charakterizováno omezením obvyklých fyzických a psychických aktivit, apatií, poruchami koncentrace a paměti, dekompenzací různých orgánových funkcí (Pacovský, 1994).

U některých skupin starých lidí, kteří se nedokáží účelně adaptovat na náhlé změny svého zdravotního stavu nebo životních podmínek, lze předpokládat, že budou potřebovat pomoc společnosti. Pacovský (1994) a stejně tak i Haškovcová (1990) v této souvislosti upozorňují na fenomén tzv. **rizikových gerontů**. Za rizikového geronta považují starého člověka, který je vystaven působení některých nepříznivých psychosociálních a zdravotních faktorů a není schopen se rychle a účelně přizpůsobit aktuálním změnám ve svém životě. Patří zde především osoby starší 80 let, osamělé žijící osoby vyššího věku, staré osamělé nebo ovdovělé ženy a starší lidé v dlouhodobé ústavní péči.

2.6.2.1 Demence

Jedním z nejzávažnějších problémů klinické gerontologie je **demence**, dementní syndrom. V gerontopsychiatrii jednoznačně dominuje. Bylo zjištěno, že přibližně 3-5% lidí starších 65 let trpí závažným dementním syndromem a ve skupině lidí starších 80 let pak toto procento dosahuje již výše 10 procent (Kumpel in Pacovský, 1990).

Výraz **demence** označuje celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému (CNS)(Stuart-Hamilton, 1994).

Demence je syndrom, který vznikl na základě onemocnění mozku a vyznačuje se zhoršením vyšších kortikálních funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, řeči a úsudku. Vědomí není porušené (Pacovský, 1994).

Podle M. Rotha má být termín demence užíván pouze pro popis osobnostních změn tam, kde je přítomna intelektová deteriorace nebo kde je tato předpokládána v pozdějších stádiích choroby (Mayer-Gross, Slater a Roth, 1969).

Demence může vyplývat z jakékoli organické duševní poruchy. Běžná je dvojitá diagnóza deliria nasedajícího na demenci (Jiráček in Zvolský, 1998). Zhoršení paměti a myšlení narušuje každodenní život. Zhoršení je typické u přijímání, uchování a vybavování nových

informací. Nemocný není schopen vnímat více stimulů současně, má potíže s přesunováním pozornosti z jednoho objektu na druhý. Různou měrou jsou postiženy i ostatní psychické funkce. Velmi trpí osobnost pacienta, postupně dochází k degradaci, celkovému úpadku až neschopnosti základní péče o sebe sama. Narušena je integrace jednotlivých funkcí.

Celkové zhoršení funkcí se projevuje ve změnách chování. Postiženy jsou běžné činnosti denního života (IADL – Instrumental Activities of Daily Living) (Hátlová, 2003).

Diagnóza demence

Pro diagnózu demence je rozhodující úbytek kognitivních funkcí. Při diagnostice je posuzováno kritérium změny výkonnosti v sociálních rolích a to jak v rodině tak na pracovišti. Stav nemocného je ovlivněn duševními funkcemi jako je paměť, pozornost, emotivita, které mají bezprostřední vliv na omezení až ztrátu schopnosti provádět činnosti způsobem a rozsahem obvyklým pro lidskou existenci.

Míra poškození může být v rozsahu poškození (impairment), neschopnost (disability), hendikep (handicap). Příklady neschopnosti představují narušení běžné a obvykle nezbytné každodenní činnosti včetně osobní péče, nezbytných úkonů při mytí, oblékání, jídle a vyměšování. Narušení těchto činností je často následkem psychických poruch a je ovlivněno z části nebo zcela kulturními zvyky (Hátlová, 2003).

Dělení demencí (Hátlová, 2003) (Pacovský, 1994):

- 1. demence atroficko-degenerativní** (demence Alzheimerova typu, Pickova choroba, demence u Parkinsonovy choroby, Huntingtonova chorea) (50-70% všech demencí ve stáří),
- 2. demence vaskulárního typu** (10-15%),
- 3. demence symptomatické** (sekundární) (intoxikace, alkohol, některé léky, trauma hlavy, infekce CNS atd.)

• Demence při Alzheimerově chorobě (F 00)

V roce 1907 Alois Alzheimer, psychiatr a neuropatolog, popsal Alzheimerovu demenci, která je nejčastěji se vyskytující formou demence a je jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Celosvětově představuje velký zdravotní, sociální i ekonomický problém (Jiráček in Zvolenský, 1998).

Alzheimerova choroba má typické morfologické postižení šedé kůry mozkové. Demence Alzheimerova typu se vyvíjí většinou pomalu, plíživě, postižení má globální charakter, průběh bývá plynule progredientní. Brzy dochází k nápadnému postižení pacientů (Hátlová, 2003).

Alzheimerova choroba je primární degenerační onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými rysy.

Začátek choroby je nenápadný a jelikož samo stárnutí a stáří přináší obdobné poruchy paměťových funkcí, obvykle vlastní začátek nemoci nebývá okolím poznán.

Objevuje se zapomnětlivost, zhoršení schopnosti se učit. Výraznější změnou jsou již paměťové omyly, porucha soudnosti, nepřesnosti v hodnocení okolní reality (nemocný má pocit životní nejistoty, proto se v této fázi často diagnostikuje anxiózně-depresivní forma deprese). Postupně se rozvíjejí poruchy orientace (bloudění, ztrácení se), je časová dezorientace (chybí odhad časové náročnosti konání), nakonec není postižený jedinec schopen zachovávat běžný denní rytmus a pohybovat se ve svém okolí.

Významným projevem choroby jsou porucha řeči – obsahová chudost, obtížné hledání vhodného vyjádření, později neschopnost pojmenovat předměty. Jsou fatické poruchy (deformace slov, nesrozumitelná řeč). Bývá apraxie v drobných výkonech a pohybová stereotypie.

Typickým příznakem podle Kumpela je porucha plánovitého jednání, která se např. při oblékání projeví tím, že nemocný neví, zda si má nejdříve obléci košili nebo kabát.

Bývá „atavismus“, návrat projevů z raných vývojových etap, např. v osobní hygieně (způsobu kálení a močení, v příjmu jídla). Méně časté jsou afektivní poruchy. Oplošťují se citové vazby, hrubne forma chování a vyjadřování. V dalším průběhu choroby se může objevit hostilita (obrana agresí při ošetřování nebo mytí a koupání, neboť nemocný nechápe jeho potřebu). Výjimkou není paranoidní chování, zvláště v začátku choroby.

Za důležitý diferenciálně diagnostický znak se považuje nepřítomnost neurologických příznaků u Alzheimerovy demence (Pacovský, 1994).

Alzheimerova choroba může být členěna do 5ti stádií (Dunitz in Hátlová, 2003):

1. prodromální fáze - zapomnětlivost
2. časná fáze – zapomínání pojmů, porucha plynulosti řeči
3. intermediální fáze – narušení osobnosti, úbytek schopnosti orientace v prostoru a v čase, chudost řeči, konfabulace
4. pozdní fáze – výrazná porucha paměti, nekomunikace s okolím, zapomínání jmen

kromě vlastního, neschopnost počítat, echolálie (opakování slov, která slyší), verbigerace (opakování jednoho slova), neologismy

5. terminální fáze – nerozeznávání nejbližších, inkontinence

Terapie vychází z patogenetických článků nemoci, kauzální terapie zatím neexistuje. Kromě farmakoterapie je důležitá neustálá stimulace pacientů, kognitivní terapie a socioterapie.

Procvičování toho, co je prozatím uloženo v paměti, nácvik běžných denních aktivit. Rehabilitace a sanace somatických onemocnění (Hátlová, 2003).

• **Vaskulární demence**

Vaskulární demence zahrnuje multiinfarktovou demenci. Pro diagnózu jsou charakteristické ischemické ataky přechodného rázu s krátce narušeným vědomím, přechodnými parézami, nebo ztrátou vidění (Hátlová, 2003).

Klinický obraz závisí na počtu mozkových infarktů. Typický je náhlý začátek a vývoj ve formě skoků s akutními zhoršeními. Na rozdíl od jiných demencí je nerovnoměrné postižení kognitivních funkcí a zůstává kritický náhled pacienta na jeho intelektové poruchy.

Je zachován úsudek a logické myšlení oproti úbytku paměťových funkcí. Osobnost zůstává dlouho nepostižena. Jsou poruchy emotivity. Velmi časté jsou neurologické příznaky, zvláště porušené extrapyramidové funkce.

Bývají klinické projevy aterosklerózy jiných orgánů.

Prognóza závisí na rozsahu poškození mozkové tkáně. Bezprostřední příčinou smrti bývají vaskulární komplikace (Pacovský, 1994).

Nefarmakologické terapie jsou zaměřeny na stimulaci psychických funkcí, zejména na posílení kognitivních funkcí a samostatnost v běžných denních úkonech. Nečinnost urychluje úpadek osobnosti nemocného (Hátlová, 2003).

• **Pickova choroba**

Atroficko-degenerativní demence s výraznou korovou atrofií. Vyskytuje se nejčastěji v preseniu (Hátlová, 2003).

• **Demence u Parkinsonovy choroby, Huntingtonova chorea**

Specifické terapie nejsou popsány. Užívají se terapie stejné jako u demence Alzheimerova typu (Hátlová, 2003).

2.7 Udržení kvality života ve stáří

I u křehkých a závislých starých lidí včetně pacientů se syndromem demence je třeba usilovat o kvalitu života nad rámec zabezpečení ve smyslu základních biologických potřeb.

Zvláště je třeba (Kalvach, 2001):

- prolomit osamělost
- zajistit „jistotu kontaktu“ v případech náhlé nouze (např. pádu)
- zajistit vstřícnou komunikaci včetně citlivého, empatického naslouchání
- usilovat o animaci, „oživení“ života
- akceptovat nemocného starého člověka takového, jaký je – s jeho pohybovými, smyslovými i kognitivními deficity a osobnostními rysy
- napomáhat validaci, pozitivnímu hodnocení prožitého a možná brzy končícího života
- napomáhat kontinuitě životního příběhu
- cílevědomě chránit důstojnost a osobnost (individualitu)
- ponechat přiměřenou kontrolu dění a spolurozhodování o formách ošetřování

Zvláštní pozornost a zvláštní podpůrné metody vyžadují lidé trpící syndromem demence. Nejdůležitější je však pochopení bizarnosti jejich světa – osamělosti, úzkosti, nechápání příčinných souvislostí, fatických poruch (poruch symbolických funkcí se ztrátou schopnosti rozumět mluvené řeči či řeč produkovat, schopnosti číst, psát, pracovat s čísly). Nemocní mohou trpět poruchami prostorové orientace, neschopností vykonávat činnosti o několika navazujících krocích, neschopností rozlišovat a poznávat tváře. Zapomínají jména, souvislosti, osudy i postupy prostých činností. Přesto neztrácejí schopnost prožívat a trpět a mají svůj svět vzpomínek a očekávání, byť často deformovaných.

Na závěr této rozsáhlé kapitoly uvádím „**Desatero o stáří**“ (Kalvach, 2001):

1. Stáří může být velmi dlouhé. Stáří je období, jehož délka bývá mnohdy zpochybňována. Věty typu „mně už je 70, 80, 90 let, já už tady dlouho nebudu, to už pro mne nemá cenu“, jsou velmi časté, i když vzhledem k dramatickému přibývání lidí dlouhověkých, sto a víceletých, by měl být i starý senior stále více připraven nejen na smrt, ale také na další život. Ani v pokročilém stáří by se život neměl změnit v improvizované čekání na smrt, která nějak stále nepřichází. Je třeba budovat, pěstovat a chránit i perspektivu života ve stáří.

2. Starý člověk má různé potřeby. Zpochybňovat nelze ani lidské potřeby starého člověka. Často se předpokládá, že s postupujícím věkem ubývá psychosociálních potřeb a nárůstá význam základních potřeb biologických. Velmi často tomu tak není ani při závažné

nemoci, natož alespoň v relativním zdraví. To jen mnoho starých lidí, zvláště osamělých a žijících v ústavní péči, rezignuje a bývá zatlačeno do světa biologických potřeb a základní zabezpečení. Zúžení zájmu na stravu, vyměšování, spánek a chronické zdravotní obtíže bývá často projevem maladaptace a deprivace. I velmi starý a závažně nemocný člověk má zachovánu potřebu smysluplnosti, participace na dění, sounáležitosti (někam patřit, někým být pozitivně přijímán), důstojnosti, autonomie, smyslové a komunikační stimulace.

3. Stáří nemění osobnost člověka. Některé rysy starého člověka se mohou vyhrocovat až karikovat, ale osobnost zůstává a měla by být respektována. A u mnohých starých lidí také posilována – mělo by se jim dostávat nikoli pouhého opečovávání, ale tělesné, psychické i sociální podpory, aby mohli a dokázali i ve stáří a v nemoci „zůstat sami sebou“.

4. Existují funkční kategorie starých lidí. Staří lidé tvoří velmi heterogenní populaci zvláště z hlediska zdravotně-sociálních a komunitních služeb či nabídky aktivit je třeba si ujasňovat, do jaké funkční kategorie lze konkrétního seniora zařadit. Existují tzv. *elitní a fit senioři*, kteří jsou v 80 i více letech schopni maratónského běhu a které můžeme ponížít necitlivým ověřováním jejich soběstačnosti, vnučováním základních služeb či omezováním autonomie. Existují senioři v běžných podmínkách našeho života a bydlení zdánlivě zdatní a nezávislí, kteří však mohou funkčně selhat a ztratit plnou soběstačnost v zátěžových situacích (banální onemocnění, operace, výkyvy počasí, porucha výtahu) – ani jim však neprospěje vnučování ústavního pobytu, nýbrž podpora autonomního chráněného bydlení s rychlou včasnou reakcí služeb a dočasné podpory v době kalamity, se zajištěním „jistoty kontaktu v případě nouze“. Další kategorií jsou *senioři křehcí*, u nichž i v běžných podmínkách hrozí náhlá dekompenzace zdravotního či funkčního stavu, náhlý stav nouze (závrativost s pády, omezená pohyblivost, kognitivní či smyslový deficit) – tito lidé vyžadují průběžnou rodinnou či sousedskou podporu, bývají klienty pečovatelské služby a systémů tísňové signalizace, často využívají domy s pečovatelskou službou. Senioři závislí či zcela závislí jsou obvykle ve svém pohybu omezení na prostor kolem lůžka či jsou na lůžku trvale upoutáni a nebo trpí pokročilou fází syndromu demence. Mnohdy nezvládají ani základní sebeobsluhu a bývají klienty domácí ošetrovatelské péče či dlouhodobé péče ústavní. Je třeba pomoci starému člověku, aby si svou funkční úroveň udržoval nebo aby ji vylepšil.

5. Funkční stav starého člověka není nezlepšitelný. Existuje mnoho opatření, jimiž lze zdatnost a soběstačnost i v pokročilém věku vylepšit – jde o rekondiční a rehabilitační aktivity, o úpravu domácího prostředí, o využití kompenzačních pomůcek apod. K závažným chybám služeb pro seniory patří jejich zatlačení na nižší úroveň funkční zdatnosti než je

nezbytné (např. upoutání na lůžko s krmením místo vysazování do křesla, nácviku chůze a sebeobsluhy).

6. Mnozí staří lidé a kvalita jejich života jsou podceňováni. Podceňovány jsou jejich schopnosti, míra soběstačnosti, zlepšitelnost stavu, úroveň prožívání i význam a dosažitelnost pohody, libých pocitů a drobných radostí. Mnozí staří lidé jsou dokonce diskriminováni – existuje věková diskriminace, ageismus. K jeho projevům patří také náchylnost považovat každého nemocného a akutně dekompenzovaného starého člověka za nezlepšitelného a řešit situaci dlouhodobou ústavní péčí, v níž však člověku hrozí ztráta autonomie a důstojnosti a také řada závažných komplikací (hospitalismus starých lidí, maladaptivní syndrom).

7. Demence není projev přirozeného stárnutí a většina ani velmi starých lidí není demenčních. Demence je složité postižení mozkových schopností, které sice postihuje nejčastěji osoby vyššího věku, ale není projevem přirozeného stárnutí. Je projevem nemoci. Prožívání člověka se syndromem demence (např. v rámci Alzheimerovy choroby či poruch mozkového prokrvení) bývá bizarní a často mu není věnována patřičná pozornost, což závažně zhoršuje kvalitu jeho života. Podceňují se prožitky úzkosti, osamělosti, bolesti i jiného utrpení, ale také možnosti udělat i nemocnému s pokročilým syndromem demence radost a vzbudit u něho libý pocit, příjemné vzpomínky (např. kosmetickou péčí o pokožku, která kombinuje doteky, vůně, zvláčnění pokožky). Vážným pochybením je falešně pozitivní diagnóza demence - chybné označení touto diagnózou velmi zpochybňuje a ponižuje starého člověka.

8. Starý člověk se hůře adaptuje - má sklon k horší orientaci v novém prostředí, k poruchám termoregulace či k dehydrataci. K závažným ohrožením starého člověka patří snížená adaptabilita – horší zvládání změn prostředí, odloučení od blízkých osob, narušení stereotypů, včetně pohybových omezení (upoutání na lůžko). Proto u křehkých starých lidí vzrůstá nebezpečnost nemocničních a ústavních pobytů a přednost má domácí ošetřování. Zvláště u křehkých a závislých seniorů je třeba dbát na režimová opatření s udržováním hydratace (pitný režim) a pohyblivosti.

9. Nadbytek péče může škodit. Nebezpečný může být nejen nedostatek péče, ale také její nadbytek – hyperprotektivní péče starého člověka omezuje a zatlačuje jej do pasivní role. Extrémním projevem je infantilizace, zdětinšťování seniorů, totiž tendence okolí nebrat je vážně, nerespektovat je jako dospělé lidi. Vhodnější než pasivní opečovávání (včetně mytí a krmení závažně nesoběstačných osob) je vytváření aktivizujících podmínek pro sebeobsluhu a

soběstačnost (vyloučení časového stresu, nácvik činností, kompenzační pomůcky, bezbariérové úpravy prostředí).

10. Nedostatek komunikace je závažná chyba. K vážným chybám s těžkými následky patří v ošetrovatelské péči i v běžném kontaktu osamělost a nedostatečná komunikace. U závažně nemocných starých lidí, zvláště u umírajících či těžce demenčních pacientů, hrozí až fenomén „zvěcnění“. Jeho podstatou je, že schopnosti starého člověka komunikovat a vnímat jsou chybně minimalizovány a je s ním zacházeno jako s věcí, s nevědomým objektem péče. Tím základním, co můžeme ošetrovaným lidem poskytnout, je náš zájem, lidský kontakt, vstřícné naslouchání a komunikování.

2.8 Stresové reakce ve stáří

V běžném životě se setkáváme s celou řadou všedních událostí, které vyžadují změnu navykého způsobu života, zvýšenou nebo nezvyklou aktivitu či přízpůsobení. Mladších věkových kategoriích existuje poměrně velká skupina lidí, kteří tyto události zvládají bez jakýchkoliv následků, ať již tělesných nebo duševních. Pro jiné jedince znamenají stres se všemi jeho důsledky z něho vyplývajícími.

U každého staršího člověka však tyto události vyvolávají téměř vždy stresovou situaci, vyžadující velkou zátěž adaptačních mechanismů a nebezpečím jejich přechodného nebo trvalého zhroucení.

Skupina „rizikových gerontů“ je ohrožena více než ostatní reprezentanti této věkové kategorie vznikem dekompenzace fyzických i duševních funkcí. Průběh těchto poruch bývá individuálně variabilní a velmi často dramatický. Obvykle se setkáváme s jednou z následujících možností :

1. stresové faktory jsou přímou příčinou onemocnění,
2. stres může manifestovat do té doby latentní nebo subklinicky probíhající chorobu,
3. stres patoplasticky modifikuje již přítomné onemocnění
4. stres pouze oslabuje adaptační mechanismy organismu a vytváří tak předpoklady

k manifestaci nemoci při další následující traumatizaci (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994)

Ke **stresujícím faktorům**, vyskytujícím se u starší generace, můžeme zařadit některé ze životních událostí, které se objevují buď bezprostředně nebo v kratším časovém období před vznikem vlastní změny zdravotního stavu. Protože vyžadují zvýšený nárok na adaptaci a aktivitu jedince, mohou vyvolávat zvláště u predisponovaných osob různé duševní poruchy. Ze

životních událostí, se kterými se můžeme u starších osob setkat, jsou to především (Škoda, 1985):

- sociální změny v rodině a nejbližším okolí – např. odchod nebo úmrtí některého z členů rodiny či sousedů,
- ukončení pracovního poměru a následující neschopnost navázat nové sociální kontakty,
- změna finanční situace, která dosti často doprovází předchozí dva typy životních událostí: změny zdravotního stavu predisponovaného jedince nebo jeho partnera, popřípadě náhlá onemocnění nebo úmrtí v nejbližším okolí starého člověka,
- změny bydliště způsobené např. výměnou bytu, přestěhováním se k dětem nebo umístěním v jakémkoliv typu ústavu zdravotní či sociální péče. V posledním případě může dojít až k úplnému zhroucení adaptačních mechanismů, které Blenknerová in Škoda (1985) nazývá „transplantačním šokem“.
- změny majetkoprávní, jakými může být např. prodej nemovitostí nebo jejich výkup z nejrůznějších veřejných důvodů (např. asanace).

Škoda (1985) upozorňuje, že od výše uvedených událostí je třeba odlišit :

1. životní změny proběhlé ve vzdálenějších životních obdobích,
2. životní krize, které se obvykle považují za subjektivní prožívání již vzniklé duševní poruchy.

Obtížné je rovněž **rozpoznání duševních poruch**, které *nemají* psychotický charakter. Jejich intenzita nemusí být výrazná a jejich průběhu se setkáváme i s přechodnými stavy zlepšení. Projevy nemocného nebývají často takového rázu, aby vzbuzovaly pozornost okolí.

Tyto nepsychotické duševní poruchy ve stáří můžeme rozdělit na :

1. *neurózy*, které obvykle vznikají již v předchozích životních obdobích a jsou stářím patoplasticky modifikovány,
2. *pseudoneurastenický syndrom*, se kterým se často setkáváme poprvé až ve stáří (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994).

2.9 Stáří a psychika

2.9.1 Psychické projevy stáří

Vystihnout podstatné povahové rysy starého člověka je značně komplikované, protože každý jedinec se utvářel v odlišných společensko-sociálních podmínkách. Intraindividuální rozdíly ukazují, že normální fyziologické stárnutí probíhá v různých psychických složkách různě : nastupuje v nestejném věku, postupuje nestálou rychlostí a může být kompenzováno nestejnými prostředky s rozdílnou úspěšností. Zvlášť nápadné jsou rozdíly ve stárnutí schopností. Některé schopnosti více podléhají biologickému stárnutí, jiné jsou odolnější. K chybě v diagnostice by došlo, kdybychom ze zjištění nedostatku v dílčí schopnosti např. pamatovat si nové poznatky, usuzovali na všeobecné zhoršení paměti nebo dokonce na celkové snížení inteligence (Říčan, 1990).

Vondráček (1975) rozděluje duševní projevy ve stáří do čtyř skupin :

1. bez jakýchkoliv psychických změn,
2. psychické změny, které jsou typické pro vyšší věk, ale které nalzáme již v preseniu,
3. psychické nemoci stáří,
4. psychické změny, které provázejí fyziologické stáří.

Psychické změny ve fyziologickém stáří jsou způsobeny mnoha faktory. Může s jednat o (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994):

1. postižení lokálního charakteru – např. mírný stupeň mozkové atrofie, způsobené oběhovými či metabolickými poruchami,
2. změny celkového charakteru.

Jejich společným působením dochází ke snížení odolnosti rgansmu i jeho schopnosti adaptovat se na nové podněty. Psychické změny, ke kterým pak dochází, mohou postihnout buď celou duševní činnost starého člověka, nebo poze některé její části (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994).

Za nejobecnější charakteristiku stárnutí se považuje *zpomalení psychické činnosti*. Čím komplikovanější je podnětová situace, tím výrazněji se projevují rozdíly mezi mladšími a staršími co do rychlosti reakce. Je prokázáno, že největší podíl na snížení rychlosti reakce mají centrální procesy, spojené se zpracováním situace a s rozhodováním o způsobu reakce. Právě

tento faktor je nejvíce odpovědný za úbytek reakce, kognitivní pokles, což způsobuje rozdíl mezi mladšími a staršími v řešení časově limitovaných úkolů. Proto starším lidem nevyhovuje činnost vyžadující rychlé rozhodování, činnost pod tlakem. Stoupajícím životním tempem nabývá snížená pohotovost významu a má často negativní důsledky pro duševní zdraví starých lidí (Baštecký, Vojtěchovský a kol. in Štílec, 2003).

Deficit ve smyslovém vnímání může vyvolávat *emoční problémy*, hlavně deprese, ale i úzkost a výbušnost seniora. Je tím myšlen zejména úbytek sluchu, zraku a z toho vyplývající komplikace (Štílec, 2003).

Negativní vliv na denní rutinu života mají i *změny v motorice*. Jedná se o úbytek síly, pružnosti svalů, periferního vnímání, centrální kontroly obstarávané motorickými centry v kůře mozkové (Štílec, 2003).

Změny pozorujeme i ve *vštipivosti paměti*. U staršího člověka vážně schopnost přijímat nové informace, ukládat je do paměti a dále je zpracovávat. Následkem tohoto procesu dochází ke zhoršování novopaměti, které je částečně kompenzováno zvýrazněním staropaměti (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994).

Soudnost zůstává v tomto období obvykle nedotčena. Pokud však pozorujeme její úbytek, dochází již k přechodu fyziologických změn ve stáří ve změny patologické.

Zpomalení psychomotorického tempa a snadná psychická unavitelnost se mimo jiné odrážejí i v *poruchách myšlení*. Starý člověk již nedosahuje svého cíle přímočaře, je rozvláčný a neustále zabíhá od hlavního směru myšlení k vedlejším, často nepodstatným podrobnostem.

I *povaha* bývá v tomto životním období dosti typicky změněna. Zužování zájmů starého člověka a koncentrace na svoji osobu jsou spojeny mnohdy s projevy zvýšené potřeby stát v centru pozornosti okolí. Nilsson in Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský (1994) popisuje u starších mužů vzájemnou souvislost mezi snížením této potřeby a zvýšenou úmrtností. Povahové změny ve stáří mohou vést na jedné straně k šetrnosti hraničící až s lakotou, na druhé straně k požitkářství spojeným s nadměrným utrácením peněz. V některých případech dochází právě v tomto období k rozvoji abusu alkoholu. Vzácností nejsou ani projevy nedůvěřivosti vůči okolí a svéhlavost (Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský, 1994).

Výčet psychosociálních i psychomotorických nedokonalostí se zdá dosti rozsáhlý. Proto je správné na druhé straně vyzvednout i **pozitiva**, která lze ve stáří spatřovat. Vlivem dlouhodobé zkušenosti a vyzrálosti jedince dochází velmi často ke zklidnění a zmoudření obecně. Markantněji je to patrné u bouřlivějších a radikálnějších povah. Zvyšuje se trpělivost a přesnost při provádění přiměřených činností.

Nesporným kladem je větší pochopení pro problémy druhých, obdobně i stálost v názorech a vztazích ke svému okolí. Zvětšuje se rozvaha jednání a vystupování, včetně osobního projevu. Obezřetnější se zdá i přístup k zadaným úkolům a schopnost odlišit podstatné od nepodstatného (Říčan, 1990).

2.9.2 Adaptace na stáří a ve stáří

Základní východiska můžeme heslovitě formulovat takto :

Procesy sociální adaptace je třeba zkoumat ze dvou hledisek (Kalvach a kol., 1997):

- z hlediska věkových změn schopnosti vyrovnat se s měnlivými životními situacemi,
- z hlediska modifikace způsobu života vzhledem ke změnám vlastního organismu.

První hledisko směřuje k charakteristice zvláštností sociální adaptace ve stáří, druhé hledisko vyúsťuje v zachycení změn, které přináší zejména odchod do důchodu. V tomto druhém případě jde tedy o přípravu na stáří.

Adaptace na ztráty, které vyšší věk přináší (funkcí, osob, schopností), není jen otázkou aktivit, ale změn v integraci celé osobnosti.

To je řečeno všeobecně. Ch. Buhlerová in Kalvach a kol. (1997) sleduje hledisko diferenční. Interindividuálních rozdílů s věkem přibývá. V její typologii figurují jedinci :

- aktivní,
- pasivní,
- rezignovaní,
- frustrovaní (provinilí, vyčítaví).

Každý takový **vyhraněný jedinec vyžaduje jiný přístup**, jiný program každodenního života a jiné „záchytné body“ pro osobní budoucnost. Je to rovněž důsledek osobnostního přístupu, že respektujeme také odmítnutí starého člověka (právo starého člověka, aby odmítnul) přizpůsobovat se různým podmínkám, které jsou v rozporu s jeho „osobní rovnicí“, které nedovede asimilovat, včlenit do svého vnitřního způsobu usuzování a prožívání. V každém případě respektujeme, že starý člověk potřebuje více času, aby se vyrovnal s jakoukoli závažnou změnou ve způsobu svého života.

Prostředkem k dosažení optimální adaptace je **duševní životospráva**. V našem zpracování zásad duševní životosprávy vyššího věku podle Švancary in Kalvach a kol. (1997) jsou základní předpoklady optimální adaptace vyjádřeny pomocí pěti „pé“: *perspektiva, pružnost, prozíravost, pochopení pro druhé, potěšení*. Tyto předpoklady by bylo možné vyjádřit i jinými slovy. Důležité je, co zahrnují :

- posilování orientace na budoucnost osobní i nadosobní,

- pohotovost provádět změny v životě, přijímat nové poznatky, nedat se spoutat návyky, udržovat schopnost sebekritiky – podmínky pro pohyb v oblasti motorické i psychické, při omezení aktivní mobility alespoň přemísťování,
- prozíravost jako nástroj kompenzace dílčích deficitů, ale také složka moudrosti, která se od stáří očekává,
- porozumění druhým vyžaduje „předporozumění“, vytváření kladných postojů,
- potěšení jako důležitá složka citového nasycení (starý člověk by si měl podržet zdroje radosti a potěšení) (Kalvach a kol., 1997).

2.9.3 Modely adjustace

Existuje v podstatě pět způsobů, jak lidé reagují na stáří, **pět strategických modelů adjustace na stáří** (volně podle Bromleye) (Pacovský, 1990) :

1. *Konstruktivnost* : Člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří, je soběstačný, realizuje přiměřené cíle a plány. Konstruktivně přistupuje k problémům stáří, bere život tak, „jak jde“ (takový, jaký je). Má vysokou schopnost přizpůsobivosti a tolerance. Navazuje srdečné osobní vztahy s ostatními lidmi, může počítat s podporou lidí kolem sebe. Dívá se spokojeně na prožitý život, nemá čeho litovat, se zájmem hledí do budoucnosti, neztratil „program“ (Pacovský, 1990).

Protože takový člověk má většinou smysl pro humor, vyzařuje z něj spokojenost, absentuje sebelítost, je přijímán okolím jako milý starší člověk (Haškovcová, 1990).

2. *Závislost* : Tato strategie směřuje více k pasivitě a závislosti než k aktivitě a soběstačnosti. Krédem takového člověka je „nechť se ostatní postarají“. Takový člověk je poměrně vyrovnaný, není však ctižádnostivý, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu. V psychických a fyzických aktivitách nenachází radost a uspokojení. Rád „odpočívá“ v soukromí svého domova. Jeho vztah k ostatním lidem je směsí pasivní tolerance, oportunistu, podezření vůči novým známým a neochoty navazovat styky, které hrozí narušit jeho pohodlí (Pacovský, 1990).

Tento jedinec preferuje klidné rodinné zázemí, bezpečí, pohodlí všeho druhu a možnost odpočinku v ústraní v podstatě vítá (Haškovcová, 1990).

3. *Obranný postoj* : Zaujímají jej lidé, kteří byli profesionálně i společensky úspěšní a byli dobře „adjustováni“ na práci. Aktivně se zapojovali do činnosti ve společenských organizacích. Jsou soběstační, jsou na to hrdí. Často odmítají pomoc, jen aby dokázali, že

nejdou závislí na druhých, že pomoc nepotřebují, že vlastně nejsou staří. „Brání“ svůj předcházející život. Nechtějí myslet na fakt stáří. K akceptaci stáří jsou většinou donuceni teprve objektivními okolnostmi (Pacovský, 1990).

Nechtějí být v penzi, bojí se závislosti. Bojují o udržení svých pozic a do penze odcházejí až poté, co je k tomu okolnosti přinutí (Haškovcová, 1990).

4. *Nepřátelství* : Do této kategorie patří „rozhněvaní muži“. Již v předcházejícím životě měli sklon svalovat vinu za své neúspěchy na jiné, v jednání s lidmi byli agresivní a podezřívaví. Jsou otroky svých zvyků, neústupní v postojích a hodnocení. Žijí v ústraní a hrozí jim izolace. Dávají najevo svůj silný odpor k představě stáří, odkládali „černý den odchodu do důchodu“, pokud jen mohli. Mnohým z nich chybí schopnost realisticky a konstruktivně reagovat na problémy stáří. Nevyznají se dobře ve svých vlastních motivech jednání a postojích a hledají různé výmluvy a zdůvodnění, aby ospravedlnili své nesprávné chování. Reagují na všechno svou nevlou mrzutostí. Závidí mladým lidem a jsou vůči nim nepřátelští (Pacovský, 1990).

Bývají primárně podezřívaví a současně agresivní. Stáří přijímají jako další nepřízeň osudu. Mrzutí, závistiví a nepříjemní se odebírají vypít svůj kalich hořkosti do ústraní; rozčilení a rozhněvaní na celý svět a všechny lidi ve své ulitě neštěstí zůstávají (Haškovcová, 1990).

5. *Sebenávist* : Reprezentanti této skupiny se liší od předcházející v podstatě jen tím, že nepřátelství obracejí vůči sobě samým. Na svůj přecházející život hledí kriticky a pohrdavě. Vůbec netouží po tom, aby mohli svůj život znovu prožít. Jejich společensko-ekonomický standard se vyznačoval stálým sestupem, byli a jsou pasivní, někdy depresivní. Smiřují se sice s faktem stáří, ale nedovedou k němu zaujmout konstruktivní postoj. Jen zřídka mají koníčky, jsou nepraktičtí a rádi přehánějí svou tělesnou nebo duševní neschopnost. Ve svém pesimismu nevěří, že by jednotlivec mohl uplatňovat svůj vliv na průběh vlastního života, považují se za oběť okolností. Zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční. Mají pocit, že už dost užili života, a nezávidí mladým lidem (Pacovský, 1990).

Život byl pro ně „neštěstím“, oni hříčkou všech náhod, které je nakonec přivedly do stáří. Pro svůj nepraktický postoj k životu to opravdu většinou daleko nedotáhli. Nepochopil, že život je šance, kterou je možné také individuálně kormidlovat, ovlivňovat, být za respektování jistých omezujících daností (Haškovcová, 1990).

Samozřejmě, že se v životě vyskytují různé variace a kombinace uvedených strategií. Podstatné je, že o „volbě“ strategie rozhoduje nejen předchozí životní zkušenost, ale především samotná povaha člověka. Charakteristické rysy povahy, jakkoli jsou dané, jsou také zároveň ovlivnitelné. Hodné, kladné povahové vlastnosti lze násobit a kultivovat, a tím vědomě a účinně potlačovat ty nežádoucí a negativní.

Samozřejmě záleží na vnějších okolnostech, ale zejména na člověku samotném. Doslova platí, že také o stáří, jeho přijetí a kvalitě rozhoduje z velké míry především člověk sám. Na prahu stáří buď stojí zralá osobnost, nebo „třtina větrem se klátící“. Předchozí etapy života byly prostorem, možností, šancí onou osobností se stát (Haškovcová, 1990).

2.10 Aktivní stárnutí

Sledování zrodu a průběhu dnes nejběžnějších nemocí ukazuje, že v jejich počátcích hraje rozhodující úlohu stres; často je spatřován i v roli „spouštěče“ zdravotního problému. Tak se otevřelo pole pro další model, jež lze nazvat **biopsychosociální**.

Zatímco v biomedicínkém modelu jde hlavně o stanovení původu a příčiny nemocí, je biopsychosociální přístup orientován k prevenci neboli k hledání a rozvíjení faktorů, které udržují člověka v dobrém zdravotním stavu, tento stav dále zlepšují a pozitivně ovlivňují (Křivohlavý, 1999).

Biopsychosociální model zdraví

Charakteristika tohoto modelu (Křivohlavý, 1999) :

- Považuje tělo a psychiku za dva neoddělitelné aspekty, které bere v úvahu současně všude tam, kde jde o otázky zdraví a nemoci.
- Považuje jak biologické, tak psychické i sociální faktory za významné při zjišťování, co kladně nebo záporně ovlivňuje zdravotní stav člověka.
- Základní přístup tohoto modelu zdraví je interdisciplinární; týká se diagnostiky, terapie, rehabilitace a především prevence
- Prvořadou pozornost věnuje udržení zdraví. Nepovažuje ho za něco automaticky daného, ale jako skutečnost, kterou člověk dosahuje, když věnuje patřičnou pozornost biologickým, psychickým a sociálním faktorům.

- V zaměření na zdraví model podporuje preventivní formu udržování a posilování zdraví s důrazem na aktivní přístup k životu.

Biopsychosociální model je z hlediska preventivní péče o seniory rozhodující. Jsme přesvědčeni, že posílením aktivního přístupu k životu lze v budoucnu zlepšit zdravotní a zdraví celé populace (Štílec, 2004).

2.10.1 Stáří a prevence

Prevence vychází z přesvědčení, že na zdraví je možno mít kladný vliv. Usilujeme především o zachování zdraví, prostřednictvím primární prevence.

Nejdůležitějším prvkem přípravy na stáří je poskytnout stárnoucím lidem včas nejdůležitější informace o sociální a biologické problematice stáří a připravit je na řešení typických nesnází a naučit je stáří spokojeně prožívat (Pacovský, 1981).

Cassel a kol., Singer a kol., Zaremba a kol. in Štílec (2003) uvádí, že jádrem prevence, tedy úvah o úspěšném stárnutí a zdravém stáří, není ani sociální zabezpečení ani extrémní prodloužení života, ale zdravotní stav a funkční zdatnost s omezováním chronické disability. Snaží se oponovat představám o neovlivnitelné biologické involuci, nebo-li, že prodloužení střední délky života musí být zákonitě spojeno s expanzí nemocnosti a ztráty fyzické a duševní zdatnosti. Zdůrazňují, že úspěšné stárnutí je významně ovlivněno :

- prevencí léčitelných chorob,
- tělesnou a psychickou kondicí s negativní rolí dekonidice až atrofie z nečinnosti,
- vlivem životního prostředí, zvláště vymezením sociální role a přiměřených aktivit,
- psychickým stavem včetně individuální aspirace a expektance – očekávání (Štílec, 2003).

Ústředním motivem přípravy na stáří je snaha přesvědčit zájemce o nutnosti promyšleného, plánovitého přístupu, který zahrnuje všechny oblasti nezbytné k racionálnímu způsobu života ve stáří. Koncepce se netýká pouze pohybu, ale preferuje celostní přístup. Jde v zásadě o psychosociální orientaci lidí, kteří stojí před odchodem z pravidelné pracovní aktivity (Štílec, 2004).

2.10.2 Motivace starších občanů k pohybu

Klíčovým problémem je chápání kvality života, která ve své podstatě určuje i vlastní představu zkvalitňování života. Závisí především na hodnotové orientaci člověka, na jeho chápání smyslu života a ochotně volit k jeho dosažení odpovídající nástroje. Má to svou stránku vnější, normativní stránku vnitřní, prožitkovou a psychologickou, kdy je kritériem kvality životní spokojenost (Štílec, 2003).

Lze říci, že se nabízejí dvě základní strategie zlepšování kvality života. První je založena na snaze měnit vnější okolnosti vlastního života podle svých životních cílů, druhá spočívá ve změně prožívání, aby existující vnější podmínky člověk přijímal v lepší shodě se svými cíli. Ani jedna ze zmíněných strategií nebývá zcela efektivní, pokud je použita izolovaně. Pro kvalitní život se obvykle musí kombinovat obě strategie (Hošek in Štílec, 2004).

Zdraví je vysokou hodnotou a nemoc vždy znamená zhoršení kvality života. Psychologickým problémem je neochota lidí preventivně se zabývat pohybovým programem pro udržení kvality života nebo oddálení nepříjemných involučních změn. Lidé spíše začnou s určitým druhem pohybu až na začátku zdravotních obtíží.

Prožitky radosti a štěstí nesporně zkvalitňují život. Psychologická analýza prožitků radosti naznačuje, že vznikají především v činnostech, kde se uplatňuje dovednost člověka, reaguje se na určité nároky a člověk je povahou této činnosti zaujat, je do ní pohroužen.

Ve stáří lze říci, že prožitky optimální zkušenosti probíhají pod kontrolou, mají zpětné vazby, mohou být vázány na práci, umění, tvořivé činnosti, procítěný pohyb, meditaci apod. Až příliš se v této oblasti zdůrazňuje biologická a zdravotní účinnost pohybu. Nezbytné je si uvědomit, že nedílnou součástí zdraví je psychosociální pohoda, která je výsledkem kladných emočních prožitků (Hošek in Štílec, 2003).

Dishman in Štílec (2003) uvádí, že k věrnosti setrvání – adherenci k pravidelnému cvičení nestačí pouhé vědomí zdraví a dlouhého života, čili racionální motivace. Lidé chtějí, a právem, i emocionální prožitkovost z pohybu, radost z atmosféry a družnosti, která k pohybu patří.

2.10.3 Možnosti aktivního sebeutváření

Jak začít s cestou ke zdravému životu a tím i k aktivnímu sebeutváření? Především pozvolnou a dobrovolnou proměnou svých životních preferencí, to znamená obrátit pozornost především na sebe samé. Zaměřit se na sebe sama neznamená pěstovat egoismus, stát se hypochondry či narcisty.

Převezmeme-li odpovědnost za vlastní život včetně zdraví, probudíme tím současně úctu k životu svému i všech tvorů, bytostí a veškeré přírodě. Péče o lidský život je proto všelidským mravním úkolem této doby (Štílec, 2003).

Jeden z významných faktorů, který aktivnímu přístupu k životu pomáhá, bez ohledu na věk, je přiměřený tělesný pohyb. Člověk žije a je zdravý, když se dostatečně pohybuje, plně dýchá, žije v rytmu s přírodou, rozumně se vyživuje, má svěží a pozitivní mysl a udržuje dobré vztahy se světem (Kubíčková, 1995).

nesoustředěnost, pocity strachu a beznaděje. Pohyb lze proto považovat jako jeden z tvořivých činitelů sebevýchovy a posilování důvěry v sebe sama (Hošek in Štílec, 2003).

Vědomě jsme zdůraznili tyto dnes méně frekventované hodnoty pohybu. Tím jsme však nechtěli naznačit, že by starší člověk nepotřeboval pohybové zatížení vyšších intenzit k udržení fyzické zdatnosti, která je dnes všeobecně propagována a je nezbytná pro plnohodnotný život (Štílec, 2003).

2.10.5 Pohyb jako součást kvality života ve stáří

Pohyb je jednou ze základních vlastností života, má nesmírný význam pro život lidí. Holmerová, Rokosová, Suchá a Veleta (2002) rozčleňují pohyb člověka na :

- pohyb všedního dne
- pracovní pohyb
- sportovní pohyb
- tanec

Pohyb všedního dne – jsou to veškeré pohyby, které vykonáváme, aniž bychom jim věnovali jakoukoli pozornost : chůze, přenášení věcí, běh, manipulování s předměty, péče o domácnost, koníčky, drobné a jemné činnosti rukou při různých činnostech

Pracovní pohyb – postupně s vývojem lidské společnosti došlo k dělbě práce, v posledních dvou stoletích potom k vytvoření specializovaných pracovních postupů, které vyžadují čím dál tím méně fyzické námahy. Mnohokrát se zvýšila efektivnost práce, ale mnohokrát se snížila potřeba se v práci pohybovat. Pracovní pohyb se tak stal výrazně jednostranným, někdy téměř deformujícím faktorem.

Sport – je považován za prostředek zlepšení zdraví a kompenzace nezdravého a jednostranného pracovního pohybu. Dnes se bohužel sport stává výsadou špičkově trénovaných profesionálů, stává se záležitostí superspecializace, raného tréninku.

Tanec – provázel člověka od pradávna a nikdy nebyl chápán jako pouhý pohyb. Měl vždy významnou složku emotivní, kultovní, náboženskou, erotickou, komunikační, později estetickou a uměleckou.

Pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího světa. Podílí se na něm tělo i duše ve vzájemné harmonii. O důležitosti pohybu v průběhu stárnutí a stáří nelze pochybovat.

Podle Šipra (1997) pomáhá dostatečná pohybová aktivita staršímu člověku nejméně ve třech směrech, a to :

→ je předpokladem udržení nezávislosti na cizí pomoci. Můžeme považovat za prokázané, že pravidelné tělesné cvičení zpomaluje proces stárnutí. Zlepšuje adaptační schopnost organismu na zátěž a předchází svalovým atrofiím.

→ předchází vzniku chorob ve stáří. Obecně se ví o příznivém vlivu tělesného cvičení na předcházení a léčení hypertenze a ischemické choroby srdeční. Tělesnou činností ovšem nejvíce prospíváme především prevenci onemocnění pohybového ústrojí. Snížení pohybové činnosti totiž patří mezi bezprostřední příčiny odvápnění kostí a vzniku osteoporózy, které je jednou z nejčastějších chorob ve stáří. Kostní buňky jsou při cvičení podněcovány k větší tvorbě kostní hmoty. Kostní trámečky se současně přestavují ve směru největšího zatížení a zpevňují se.

→ přispívá k uchování pocitu dobré pohody a duševní svěžesti. Sedavý způsob života vede nejenom k úbytku svalové síly a k řadě tělesných neduhů, ale také k jednotvárnosti života a duševní únavě. Radost z pohybu zlepšuje psychickou kondici. Soustavné cvičení podporuje pocit sebejistoty a napomáhá k vědomí, že pro své zdraví a pro svou budoucí soběstačnost děláme vše, co je v našich silách.

2.11 Kinezioterapie

2.11.1 Pojem kinezioterapie

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Je oborem interdisciplinárním. Pomáhá člověku dosáhnout pocitu somatopsychické normality. Během terapeutického procesu terapeut napomáhá pacientovi k úplnějšímu sebepoznání a poznání vlastních možností tak, aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života (Hátlová, 2002).

2.11.2 Podstata kinezioterapie

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje

nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Pohybem v nejširším slova smyslu se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace (Hátlová, 2003).

Kinezioterapie podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepce stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím, má euforizační účinky, zlepšuje mentální funkce, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace. Má aktuální i déletrvající účinek na psychický stav. Má široké využití i v oblasti prevence (Hátlová, 2002).

2.11.3 Působení kinezioterapie

Kinezioterapie – psychosomatická aktivita, která pomáhá pacientům znovu nalézat (Hátlová, 2003):

→ *Vědomí pohyblivosti*

Jde o uvědomění si vlastního těla, jeho možností a následně možnosti ovládnutí vlastního těla. Pozitivní prožitek pomáhá rozvíjet a upevňovat tělesné schéma.

→ *Psychosomatickou jednotu (jednotu tělesna a duševna)*

Pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího těla. Záměrný, aktivně prováděný pohyb je současně aktivitou fyzickou a psychickou. Je prostředkem, kterým se současně vyjadřuje tělo a psychika.

→ *Obnovu pozitivního sebepřijetí*

Objektivní tělesné schéma se velmi často liší od subjektivního obrazu svého těla. Ten je vytvářen na podkladě vlastní zkušenosti s vnitřním a vnějším prostředím, včetně meziosobních vazeb, které nemusí být u psychických poruch reálné. Aby došlo k restrukturalizaci sebeobrazu ve smyslu pozitivnějšího přijetí je nutno volit cvičení s adekvátní obtížností nutnou k provedení tak, aby nemocný byl schopen vnímat a kontrolovat svůj pohyb. Nadměrně obtížná cvičení by mohla aktivovat obranné mechanismy.

→ *Sebepřijetí a integritu*

Nemocný je v průběhu provádění tělesných cvičení naváděn k uvědomování si vlastního těla, jeho poloh, průběhu pohybu, působení vlastního pohybového projevu a jeho významové stránky. Zároveň si uvědomuje pohyby druhých a to jak je sám vnímá. Vnímání vlastních

pohybů a pohybů druhých, umožňuje nejen konfrontaci, ale podněcuje k záměrné seberegulaci vlastních pohybů. (Proces vytváření autonomie je obzvlášť důležitý u psychotických pacientů).

→ *Tělesnou symboliku*

Pohyb a tělesné polohy mají symbolický význam. Proto je možné vyjadřovat se prostřednictvím pohybu (využíváno především v taneční terapii).

→ *Emoční spontaneitu*

Nemocný je podmínkami svého života často nucen potlačovat projevy svých emocí spojených s potřebou vyjádření svých potřeb a přání. V průběhu pohybu není omezován a u řady programů je iniciován emoční projev, chápaný jako adekvátní součást sebevyjádření.

→ *Tvořivost*

Pohybové činnosti ve svém průběhu programově iniciují spontaneitu a tvořivost. Cílem některých programů je přímo rozvoj tvořivosti.

2.11.4 Specifika kinezioterapie u demencí

Kinezioterapie u pacientů s demencí má oproti kinezioterapii u pacientů s jinými diagnózami některé zvláštnosti. V první řadě je třeba vzít v úvahu desintegrovanost cvičících a jejich omezenou schopnost vnímat signály z těla (tzn. i pocit vyčerpání a bolesti svalů a kloubů). Důsledkem toho např. není příliš možné docílit toho, aby cvičící „prožívali“ pohyb, lokalizovali dýchání, uvědomili si rozdíl mezi kontrahovaným a relaxovaným svalem, prováděli izometrické kontrakce atd.

Je nutno volit spíše dynamická cvičení, která jsou dobře napodobitelná, pro osoby s demencí je totiž zraková kontrola klíčová, i když jsou cviky doprovázeny jednoduchými slovními pokyny.

Také je nutné vzít v potaz apraxii, která je častá v určitém stupni demence a z toho plynoucí zhoršení hrubé i jemné motoriky, rigiditu a problémy s prostorovým vnímáním.

Kinezioterapeut by měl opravovat provedení cviků pouze minimálně, raději jen v případě, že by si cvičící mohl špatným pohybem ublížit, nebo pokud by se jednalo o příliš jednostrannou zátěž. Při častém opravování by mohli účastníci ztratit chuť do dalšího cvičení. Naším cílem je oprostít dementního člověka od negativních zážitků, pocitů neúspěchu a selhání. Také by se opravováním mohla narušit plynulost cvičební jednotky, ostatní zpravidla ztrácejí koncentraci na cvičení. Terapeut by spíše měl co nejvíce chválit.

Dále je nutno brát v úvahu, že většina osob s demencí má porušenou pravolevou orientaci, takže se označení „pravá“ a „levá“ spíše vyhýbáme a končetiny označujeme slovy „jedna“ a „druhá“. Pokud to lze, je užitečné využívat k popsání provedení cviků různých symbolických představ. U cvičících dohlížíme na to, aby končetiny opravdu střídali a necvičili několikanásobné opakování pouze na jednu stranu. Dále by se měl kinezioterapeut vyhnout cvikům, které vyžadují současnou koordinaci více tělních segmentů, zejména horních a dolních končetin. To je pro osoby s demencí a vůbec pro staré lidi příliš náročné.

Zejména první část, celkové rozcvičení, by měla mít stabilní formu, postupovat od hlavy přes trup a horní končetiny, nakonec dolní končetiny. U procvičování končetin je dobré začít se současným bilaterálním pohybem, který je na pochopení jednodušší, pak teprve zkoušet unilaterální nebo bilaterální střídavý pohyb.

U starých lidí obecně je kontraindikován záklon hlavy z důvodu možného omezení krevního oběhu v a. vertebralis. Pokud se ve skupině vyskytují kardiaci, je nutno vyvarovat se izometrických cvičení (zejména déletrvající výdrže proti silnému odporu) a vydržet ve vzpažení obou HK, sledovat, jak tito kardiaci vystačí s dechem. Pokud jsou tito kardiaci orientováni do té míry, že sami poznají, kdy jsou již unaveni, měl by se terapeut s nimi domluvit, ať cvičí jen to, co zvládnou. Také je užitečné posadit si kardiaky vedle sebe a sledovat případné vegetativní projevy přetížení. Terapeut by měl také příp. brát ohled na pacienty, kteří mají např. TEP kyčle (u starých lidí časté), kde jsou kontraindikovány některé pohyby (zevní rotace, addukce přes střední čáru, velká opatrnost u flexe větší než 90° v kyčelním kloubu).

Je důležité vést cvičení s humorem, ne ale na úkor nedostatků jednotlivých cvičenců. Čím více se cvičící zasmějí, tím bude pro ně setkání příjemnější, dojde k aktivaci limbického systému a naučené pohybové stereotypy se lépe zafixují. Nelze než souhlasit s E. Rheinwaldovou, která říká : „Každý program by měl obsahovat trochu zábavy a trochu terapeutického účinku. Jedině takové aktivity, které uspokojují plně potřeby obyvatel, jsou účinné a vyhledávané“ (Suchá, 2003).

Hlavní zásady provádění kinezioterapie u postižených demencí podle Hátlové (2002) :

→ Respektována je osobnost nemocného. Podporována je sebeúcta, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti.

→ Musí být brány v úvahu všechny složky osobnosti nemocného. Cvičební program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a musí být přizpůsoben možnosti úspěšného splnění.

- Jednotlivá cvičení musí mít stabilní formy, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány. Změny je důležité provádět postupně a v malém rozsahu.
- Činnost musí mít variabilní formy, tak aby byla pro každého pacienta přístupná a zaujala ho.
- Činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen.
- Primární je navázání vztahu důvěry mezi nemocným a terapeutem. Nemocný nesmí vnímat terapeutovu blízkost jako možnost ohrožení.
- Kinezioterapie musí probíhat v prostředí, které pacienta neohrožuje.
- Pohybová činnost musí být prováděna pravidelně v rámci denního a týdenního režimu.

3 Praktická část

3.1 Cíl práce

Cílem mé diplomové práce bude zjistit, zda je vhodné vybraný pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI) využít k hodnocení pěti obecných dimenzí osobnosti vybrané skupiny respondentů. Hodnocená skupina respondentů bude tvořena seniory věku vyššího než 70 let. Ve své práci se budu snažit porovnat a statisticky zhodnotit výsledky jednotlivých škál výše uvedeného dotazníku mezi pohlavími. Dalším cílem pak bude porovnání s hodnotami uváděnými pro populaci ve věku 22 – 75 let.

3.2 Úkoly práce

1. Studium literatury k dané problematice
2. Zpracování a analýza dat
3. Vyhodnocení výsledků, diskuse nad výsledky

3.3 Hypotézy

Na základě studia literatury týkající se problematiky osob vyššího věku a konzultací s odborníky v oboru gerontologie byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Ženy–seniorčky se vyznačují vyšší mírou Neuroticismu (N), Přívětivosti (P), Svědomitosti (S) v porovnání s muži–seniory.

H2: Muži–senioři se vyznačují vyšší mírou Extraverze (E) a Otevřenosti vůči zkušenosti (O) v porovnání s ženami–seniorkami.

H3: Senioři jsou méně otevření vůči zkušenostem než osoby mladšího věku.

H4: Senioři jsou svědomitější než osoby mladšího věku.

3.4 Metodika

3.4.1 Metodika výzkumu

V diplomové práci bylo hodnoceno pět obecných dimenzí osobnosti vybrané skupiny respondentů. Z metod výzkumu byla použita varianta komparace a dotazníková metoda. Ke sběru dat byla použita dotazníková metoda. Využit byl mezinárodní standardizovaný dotazník, jehož česká verze je součástí diplomové práce, jako Příloha C. Předmětem komparace bylo porovnání výsledků průměrů jednotlivých škál mezi skupinou mužů–seniorů a žen–seniorek, a dále srovnání s výsledky populace ve věku 22 – 75 let.

3.4.2 Charakteristika vybraného souboru

Zkoumaný soubor tvořilo 40 respondentů-seniorů, z toho bylo 20 mužů a 20 žen. Probandi byli vybráni jako cvičenci TJ Sokol Praha, Tyršův dům. Jednalo se o skupinu cvičenců, kteří cvičí aktivně v Sokole již od mládí.

Kritériem pro vstup do studie byl věk seniorů nad 70 let, účast seniorů na Sokolem vedených cvičeních a to vždy pravidelně 1-2x týdně. Všichni probandi byli aktivními cvičenci Sokola, kteří cvičili i doma a byli fyzicky aktivní (turistika, zahrádka, pes apod.). Věk respondentů se pohyboval od 70 do 79 let u mužů, od 70 do 79 let u žen.

Ve srovnávací skupině se věk respondentů pohyboval od 22 do 75 let. V této věkové kategorii nebyly nalezeny významné rozdíly. Proto je věková kategorie uvedena v takové šíři.

3.4.3 Zajištění podmínek pro vyplňování dotazníků

Při zadávání dotazníků byla snaha dodržet u všech respondentů stejné podmínky. Každý účastník také před vstupem do projektu podepsal informovaný souhlas, který se stal spolu s ostatní dokumentací součástí jeho karty.

Vyplňování dotazníků bylo provedeno zaškoleným psychologem.

3.4.4 Pětifaktorová struktura osobnosti

Pětifaktorová struktura je v poslední době předmětem teoretického i aplikovaného výzkumu v mnoha zemích. Její zastánci se snaží dokázat, že pět faktorů objasňuje strukturu osobnosti lépe, než např. Eysenckův třífaktorový model.

Pětifaktorová struktura se objevuje při analýze údajů pocházejících z různých zdrojů výpovědí o osobnosti – ze škál tvořených slovy popisujícími osobnost, z osobnostních dotazníků, z volných výpovědí o osobách. Většina studií prokázala, že rysové deskriptory se shlukují do pěti faktorů : 1. Extraverze, 2. Přívětivost, 3. Svědomitost, 4. Emocionální stabilita, 5. Kultura, Intelkt nebo Otevřenost vůči zkušenosti, pro jejichž souhrnné pojmenování se vžil název Big Five (Hřebíčková, Čermák, 1996).

Strukturální modely rysů osobnosti jsou reprezentovány v první řadě pětifaktorovým modelem osobnosti (tzv. Big Five), který popisuje celou osobnost (Výrost, Ruisel, 2000).

Existence pěti obecných dimenzí popisu osobnosti (Extraverze, Přívětivost, Svědomitost, Emocionální stabilita, Intelkt nebo Otevřenost vůči zkušenosti) již byla ověřena v českém osobnostně relevantním lexiku (Hřebíčková, 1995, 1997) a souběžně byly vyvíjeny nebo adaptovány metody identifikující pět obecných dimenzí osobnosti (Hřebíčková, Čermák, 1996; Hřebíčková, Urbánek, Čermák, 2000; Hřebíčková, Urbánek, 2001). Jedná se jednak o posuzovací škály tvořené adjektivy reprezentujícími pětifaktorovou strukturu osobnosti

v daném jazyce a sestavené na základě výsledků reprezentativních taxonomií osobnostně relevantních slov v jednotlivých jazycích (Hřebíčková, Urbánek, Čermák, 2000).

Pro měření pěti dimenzí osobnosti jsou k dispozici také inventáře a dotazníky, jejichž položky jsou naformulovány jako výroky popisující různé způsoby chování a prožívání relevantní pěti obecným charakteristikám osobnosti.

Dosavadní vývoj uvažování v intencích přístupu Big Five a samotné výzkumy směřují k obecnějším závěrům : a) vytvářejí společný jazyk nezátížený vztahem k dílčí psychologické škole, b) pomáhají integrovat poznatky o osobnosti (McCrae, Costa, 1987). Integrativní momenty jsou obsaženy i v metaanalýzách osobnostních prediktorů úspěšnosti v zaměstnání, kde se model Big Five při srovnání s jinými hodnotícími kritérii jeví jako velmi kvalitní nástroj zjišťování obecných osobnostních předpokladů pro výkon profese (Barrick, Mount, 1991).

3.4.5 NEO dotazníky

Nejnámějšími dotazníky zkonstruovanými pro měření jednotlivých dimenzí Big Five jsou NEO Personality Inventory – NEO-PI (Costa, McCrae in Hřebíčková, Čermák, 1996), Revised NEO Personality Inventory – NEO PI-R a NEO Five-Factor Inventory – NEO-FFI (Costa, McCrae in Hřebíčková, Čermák, 1996).

P. Costa a R. McCrae, autoři americké originální verze dotazníku NEO-FFI, vytvořili nejprve model zahrnující Neurotismus, Extraverzi a Otevřenost vůči zkušenosti (Costa, McCrae, 1980). Odtud se odvozuje první část názvů dotazníků – N(euroticism), E(xtraversion), O(penness). Později do osobnostního modelu zahrnuli další dvě dimenze – Přívětivost a Svědomitost. Dosud byly vytvořeny tři verze NEO dotazníku – NEO Personality Inventory – NEO-PI (Costa, McCrae in Hřebíčková, Čermák, 1996), revidovaná verze Revised NEO Personality Inventory – NEO PI-R (Costa, McCrae in Hřebíčková, Čermák, 1996) a NEO Five Factor Inventory – NEO-FFI (Costa, McCrae in Hřebíčková, Čermák, 1996).

V dotazníku NEO-PI každou z dimenzí – Neuroticismus, Extraverze a Otevřenost vůči zkušenosti – měří 48 položek, škála měřící Přívětivost je zastoupena 18 položkami a stejný počet položek má i škála měřící Svědomitost. Každá z prvních tří škál je dále rozdělena do šesti subškál, zatímco škály měřící Přívětivost a Svědomitost nejsou do subškál členěny. Revidovaná verze NEO PI-R obsahuje 240 položek, 48 položek pro každou škálu, jež se dále dělí do 6 subškál (Hřebíčková, Čermák, 1996)

V této diplomové práci byla použita zkrácená verze revidované formy NEO, dotazník NEO-FFI. Položky dotazníku se dále nediferencují do jednotlivých subškál. Každá z pěti škál je tvořena 12 položkami, které nejlépe vystihovali jednotlivé dimenze v analýze dotazníku

NEO PI-R, což znamená, že všechny položky dotazníku NEO-FFI jsou rovněž obsaženy v dotazníku NEO PI-R.

NEO-Five Factor Inventory měří : 1. Neuroticismus reflektující anxieta, hostilitu, depresi, vědomí sebe, impulzivitu a zranitelnost; 2. Extraverzi zahrnující vřelost, družnost, asertivitu, aktivitu, vyhledávání vzrušení a pozitivní emoce; 3. Otevřenost vůči zkušenosti odkazující k fantazii, estetickému prožívání, orientaci na ideje a hodnoty; 4. Přívětivost obsahující altruismus, empatii, důvěru, péči o jiné a 5. Svědomitost vyjadřující systematicklost, přesnost, cílevědomost a čestnost (Hřebíčková, Čermák, 1996).

3.4.6 Validita pětifaktorového modelu osobnosti

Validita pětifaktorového modelu osobnosti je opakovaně potvrzována výzkumy probíhajícími jak v Evropě, tak severní Americe, v nichž se používají škály zakotvené adjektivitami mající podklad v lexikálních studiích a klasické osobnostní testy. Velká pětka (Big Five) je důsledek koincidence sofistikovaných statistických procedur a bazální podobnosti jazyků. Vychází z poznatku, že v jazyce je zkoncentrovaná zkušenost člověka zachycující to, co označujeme jako osobnost (Čermák in Hřebíčková, Urbánek, 2001).

V České republice byly studie na ověření validity předpokladů Big Five v češtině prováděny Akademií věd České republiky a započaty byly v roce 1992 (Hřebíčková, 1997).

3.4.7 Lexikální výzkumy pětifaktorové struktury popisu osobnosti

Už od antiky se datují snahy o vytvoření „mapy“ vlastností, kterými lze charakterizovat člověka, avšak ani ve 20. století se tento problém jednoznačně nevyřešil. Je to způsobeno pravděpodobně dvěma problémy. První spočívá ve vytvoření postupu, podle něhož by se lidské vlastnosti vybírali. Druhý souvisí s tím, jakou zvolit metodu, aby bylo možné všechny vlastnosti nějakým způsobem uspořádat. Ve 20. století badatelé získali nástroje k řešení obou problémů v podobě formulace „lexikální hypotézy“ a statistické techniky – faktorové analýzy (Hřebíčková, 2008).

Obecná lexikální hypotéza (Galon, 1884; Klages, 1926; Goldberg, 1993) vychází z předpokladu, že nejpodstatnější individuální rozdíly jsou uchovány v jazyce. Čím jsou jednotlivé rozdíly významnější, tím častěji se uplatňují v každodenní komunikaci a jsou zachyceny jako jednotlivá slova. Podstatou lexikálních studií je nejdříve ze slovníků vybrat slova používaná pro popis osobnosti, redukovat je a pomocí faktorové analýzy vlastnosti uspořádat (Hřebíčková, 1995).

Nejdůležitější dimenze, které byly takto odvozeny, tvoří pětifaktorovou strukturu popisu osobnosti. Goldberg zavedl pro označení těchto pěti faktorů pojmenování „Big Five“ –

„velká pětka“ (Hřebíčková, 2008). Navázal na studie, které se historicky tímto problémem zabývaly: Galon (1884), Baumgartenová (1933), Cattell (1943; 1947), Norman (1963), Digman (1981; 1986), Goldberg (1990).

3.4.8 Obsah jednotlivých škál NEO-FFI dotazníku

Neuroticismus (N)

Škála zjišťuje individuální rozdíly v emocionální stabilitě a labilitě. Škála zjišťuje, jak je prožívána zvýšená intenzita emocí.

Lidé dosahující vysoký skóre v této škále jsou psychicky nestabilní a jejich psychická vyrovnanost je snadno narušitelná (Hátlová, 2008)

Změny v Neuroticismu (N) nejsou tak nápadné. K poklesu neuroticismu dochází u obou pohlaví, avšak ve všech věkových skupinách jsou ženské skóre v N škále znatelně vyšší než u mužů (Eysenck, 1987).

Eysenck (1987) uvádí, že tato zjištění predikují menší sklon starších lidí k výkyvům nálady, a logicky tedy jejich větší klid. Netvrdí ale v žádném případě, že lidé jsou ve stáří šťastnější. Starší lidé jsou, pokud se dá o změně vůbec hovořit, spíše poněkud lhostejnější k okolnímu světu, a jejich nálada doznává jen nepatrných výkyvů k oběma pólům. V ideálním případě se tato lhostejnost rozvine v klid a vyrovnanost, může se však naopak proměnit v nežádoucí apatii a strnulost. Eysenck je přesvědčen o tom, že proměny osobnosti v průběhu lidského života jsou primárně důsledkem fyziologických změn ovlivňujících úroveň excitace centrálního nervového systému.

Starší lidé, pokud jsou zdraví, bývají klidnější, vyrovnanější, stabilnější a poněkud lhostejnější k okolnímu světu. V pozdním stáří většinou nervová labilita znovu narůstá především z důvodu všeobecného úbytku fyzických a psychických sil, snížené odolnosti vůči změnám a sociálně snížené možnosti kontaktů s druhými lidmi. Při oslabení narůstá strach, úzkost, časté jsou deprese (Hátlová, 2008).

Extraverze (E)

Společenskost, družnost a otevřenost sociální stimulaci. Tito lidé bývají více sebejistí, aktivní, energičtí a pozitivněji naladěni. Vyhledávají situace, které jim přinášejí vzrušení.

Introverze je míněna jako opak extraverze. Introverti jsou spíše zdrženliví, nezávislí a samostatní. Jejich zdrženlivost je ovlivněna přáním zůstat o samotě (Hátlová, 2008).

Jak muži, tak ženy jsou v průběhu života stále introvertnější. Muži jsou však během dospívání mnohem extrovertnější než ženy, ale poté dochází k rychlejšímu poklesu jejich

extraverze, takže v 60 letech jsou muži introvertnější než ženy (k okamžiku, v němž jsou obě pohlaví zhruba stejně extrovertní, dochází ve čtvrté dekádě života) (Eysenck, 1987).

Otevřenost (O) vůči zkušenostem

Lidé popisovaní jako „otevření“ mají živou představivost, jsou citliví na estetické podněty, vnímají k vnitřním pocitům, upřednostňují rozmanitost, jsou zvědaví, mají nezávislý úsudek, často se chovají nekonvenčně. Mají zájem o nové poznatky, prožitky. Starší lidé však bývají konvenčnější a konzervativnější, dávají přednost známému, osvědčenému (Hátlová, 2008).

Přátelskost – Přívětivost (P)

Jde o dimenzi osobnosti mezi egocentrismem a tendencí pomáhat druhým. Různé formy altruismu, soucitnost a ochota pomáhat až obětovat se pro druhé, má své pozitivní i negativní stránky. Je závislá nejen na osobnostních předpokladech, ale výrazně na výchově, pozitivně hodnocených hodnotách společnosti. Nemění se jednoznačným způsobem. Je také závislá na sebehodnocení a hodnocení své situace.

U starších lidí s celkovým oslabením obvykle narůstá egocentrismus, popudlivost a leckdy i podezřívavost, ale zároveň se udržuje vysoká míra soucitnosti a důvěřivosti (Hátlová, 2008).

Svědomitost (S)

Tendence k sebekontrolě, kontrole vnějších podnětů. Tato dimenze má své pozitivní i negativní stránky. Zjišťuje vztah k práci, k plnění povinností.

Vztah svědomitosti s věkem mírně stoupá. Starší lidé mohou být např. dostatečně pečliví a zodpovědní, někdy až akcentovaně, z důvodu snižovaného sebevědomí, ale na druhé straně mohou mít větší problémy v oblasti sebeovládání (Hátlová, 2008).

Inventář přídavných jmen reprezentujících pětifaktorovou strukturu popisu osobnosti v češtině

Přídavná jména vystihující pětifaktorovou strukturu byla vybírána ze dvou zdrojů. Většina pochází z reprezentativní taxonomie českých přídavných jmen popisujících osobnost. Některá byla doplněna na základě výsledků analýz přídavných jmen přeložených do češtiny z americké angličtiny.

Seznamy 20 přídavných jmen s nejvyššími faktorovými náboji pro jednotlivé faktory „Velké pětky“ z obou výše uvedených studií obdrželi tři experti, jejichž úkolem bylo vybrat 60 dvojic přídavných jmen reprezentujících jednotlivé dimenze (12 pro každou dimenzi).

Na základě výsledků faktorové analýzy škál byla některá přídavná jména přeformulována a vznikl revidovaný inventář přídavných jmen reprezentujících pětifaktorovou strukturu (IPJ-R). Podrobněji o této metodě Hřebíčková, Urbánek, Čermák (2000). V tabulce č.1 jsou uvedena přídavná jména obsažená v IPJ-R. Použití tohoto sebesuzovacieho inventáře společně s NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem by mohlo zvýšit spolehlivost diagnostických závěrů.

Tabulka č. 1:

Inventář přídavných jmen reprezentujících pětifaktorovou strukturu (IPJ-R)

| Přídavná jména obsažená v Inventáři přídavných jmen |
|---|
| Extraverze: 1. družný-samotářský, 6. otevřený-uzavřený, 11. společenský-nespolečenský, 16. temperamentní-netemperamentní, 21. průbojný-nepřůbojný, 26. smělý-nesmělý, 31. povídavý-málomluvný, 36. řečný-tichý, 41. sdílný-mlčenlivý, 46. hovorný-nemluvný, 51. prosazující se-zdržlivý, 56. energický-bez energie |
| Přívětivost: 2. dobrosrdečný-necitelný, 7. přívětivý-nepřívětivý, 12. snášenlivý-nesnášenlivý, 17. zdvořilý-nezdvořilý, 22. laskavý-nelaskavý, 27. soucitný-nemilosrdný, 32. skromný-domýšlivý, 37. charakterní-bezcharakterní, 42. tolerantní-netolerantní, 47. neagresivní-agresivní, 52. upřímný-neupřímný, 57. smílivý-útočný |
| Svědomitost: 3. pečlivý-nepečlivý, 8. svědomitý-nesvědomitý, 13. pilný-lenivý, 18. vytrvalý-nevytrvalý, 23. důkladný-chaotický, 28. spolehlivý-nespolehlivý, 33. systematický-nesystematický, 38. cílevědomý-bezcílný, 43. pracovitý-lenošný, 48. důsledný-nedůsledný, 53. pořádný-nepořádný, 58. zodpovědný-nezodpovědný |
| Emocionální stabilita: 4. psychicky vyrovnaný-psychicky nevyrovnaný, 9. klidný-neklidný, 14. uvolněný-napjatý, 19. stabilní-labilní, 24. klidný-nervózní, 29. vyrovnaný-náladový, 34. neúzkostný-úzkostný, 39. odolný vůči stresu-neodolný vůči stresu, 44. nerozrušitelný-rozrušitelný, 49. se sebou spokojený-se sebou nespokojený, 54. klidný-vznětlivý, 59. plný obav-bezstarostný |

Intelekt - Otevřenost vůči zkušenosti: 5. inteligentní-neinteligentní, 10. chytrý-hloupý, 15. vzdělaný-nevzdělaný, 20. bystrý-omezený, 25. nadaný-nenadaný, 30. tvořivý-netvořivý, 35. originální-konvenční, 50. obrazotvorný-neobrazotvorný, 45. zvědavý-nezvědavý, 50. vnímavý-nevnímavý, 55. přemýšlivý-nepřemýšlivý, 60. zajímaví se o umění-nezajímaví se o umění.

Poznámky : Číslo před každou dvojicí přídavných jmen označuje její pořadí v IPJ-R.

3.4.9 Statistické zpracování dat

Statistická vyhodnocení dat byla prováděna s využitím programů NCSS 2001 a Microsoft Excel 2007.

Pro vyhodnocení rozdílů mezi hodnotami dotazníků respondentů-seniorů mužů a žen, byl použit dvouvýběrový t-test (Two sample T-Test). Soubory dat měly normální rozdělení, byl na ně tedy aplikován dvouvýběrový t-test. Testování bylo prováděno na hladině významnosti testu $\alpha = 0,1$.

3.5 Výsledky

Kapitola zahrnuje seznámení s výsledky jednotlivých skupin probandů a poté srovnání výsledků průměrů jednotlivých škál NEO-FFI dotazníku a to ve vztazích muži-senioři – muži ve věku 22-75 let, ženy-seniorky – ženy ve věku 22-75 let a muži-senioři – ženy-seniorky.

3.5.1 Výsledky skupiny ve věku 22-75 let podle Hřebíčkové

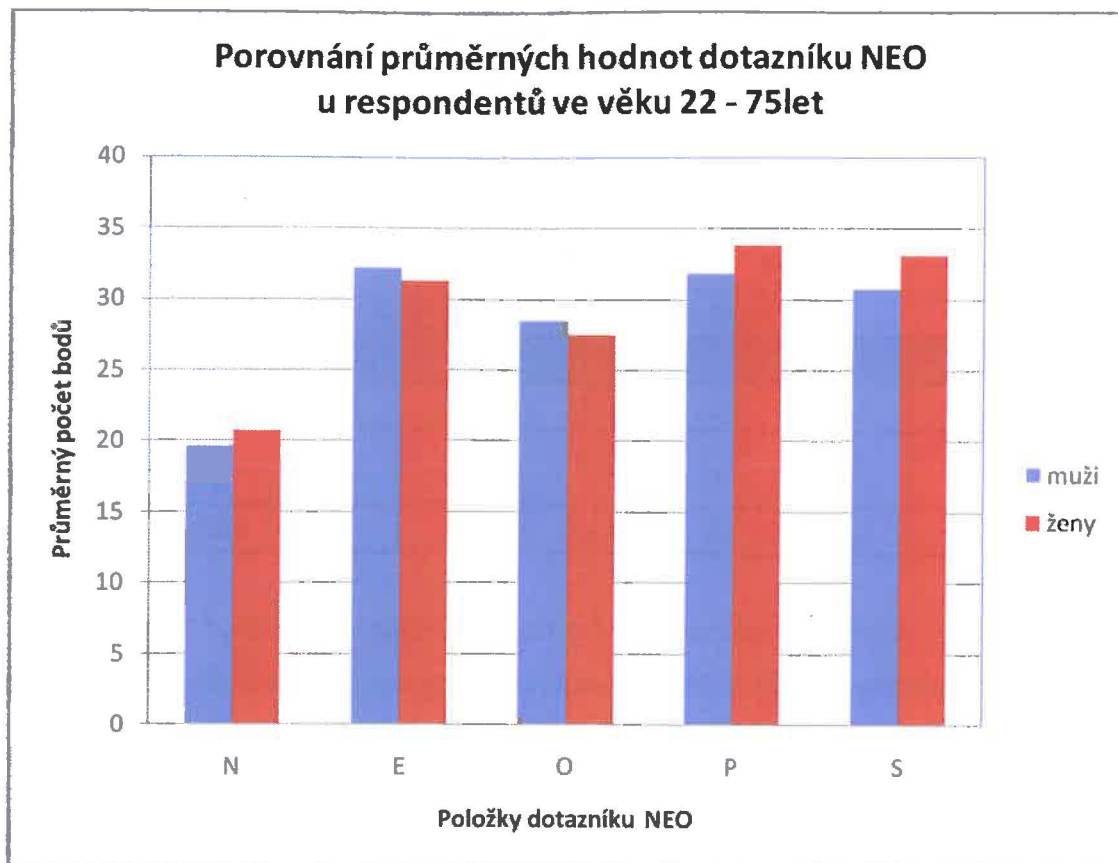
Ve věkových kategoriích 22-75 let nebyly nalezeny významné rozdíly. Proto je věková kategorie uvedena v takové šíři (Hřebíčková, Urbánek, 2001). Dosud nejsou známé výsledky samostatného šetření pro skupinu seniorů. V ČR nebylo takové šetření provedeno a proto jsou výsledky seniorů v dalších kapitolách vztahovány k průměrům škál zjištěných pro věkovou skupinu 22-75 let.

V celém souboru probandů podle Hřebíčkové jsou nalézány statisticky významné vztahy mezi pohlavím. Průměry škál pro skupiny 22-75 let jsou uvedeny v tabulce č. 2. V dospělosti, kategorie 22-75 let, se ženy hodnotí ve škálách Přívětivost (P) a Svědomitost (S) výše než muži – lze pozorovat u těchto dvou škál významný statistický rozdíl. Stejně tak ve škále Neuroticismus (N) lze ženy hodnotit výše než muže. Naopak ve škálách Extraverze (E) a Otevřenost vůči zkušenosti (O) lze pozorovat nižší hodnocení pro ženy (Hřebíčková, Urbánek, 2001). Ve věkových kategoriích 22-75 let podle Hřebíčkové, Urbánka (2001) nebyly nalezeny významné rozdíly, proto je věková kategorie uvedena v takové šíři.

Tabulka č. 2 Průměry škál pro skupiny 22-75 let (dle Hřebíčková, Urbánek, 2001)

| Průměry škál pro skupiny 22-75 let (dle Hřebíčková, Urbánek, 2001) | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Věk | N | E | O | P | S |
| Muži | 22-75 | 19,68 | 32,2 | 28,44 | 31,8 | 30,68 |
| Ženy | 22-75 | 20,76 | 31,29 | 27,46 | 33,82 | 33,04 |

Graf č. 1 Porovnání průměrných hodnot dotazníku NEO-FFI u respondentů ve věku 22-75 let (dle Hřebíčková, Urbánek, 2001)



3.5.2 Výsledky skupiny seniorů

Celkem bylo do hodnocení zahrnuto 40 respondentů. Všichni respondenti byli ve věku vyšším než 70 let včetně. Z celkového počtu 40 hodnocených dotazníků jich bylo 20 vyplněno respondenty mužského pohlaví a 20 respondenty ženského pohlaví. Průměrné hodnoty jednotlivých škál, věku i směrodatné odchylky jsou uvedeny v tabulkách č. 3 a 4.

Tabulka č. 3 Průměry škál pro skupinu seniorů-mužů

| Průměry škál pro skupinu seniorů - mužů | | | | | | | |
|---|-----------|------|------|------|------|------|------|
| | | Věk | N | E | O | P | S |
| Muži-senioři | průměr | 74,2 | 17,8 | 32,6 | 26,3 | 33,3 | 35,1 |
| | sm. odch. | 3,0 | 5,9 | 6,3 | 5,6 | 3,3 | 5,7 |
| | medián | 73,0 | 18,5 | 33,0 | 25,0 | 33,0 | 33,5 |

Z uvedeného vyplývá, že průměrná hodnota věku u sledované skupiny seniorů byla $74,2 \pm 3,0$. Průměrné hodnoty jednotlivých škál pětifaktorové struktury popisu osobnosti můžeme vyhodnotit jako $17,8 \pm 5,9$ pro škálu Neurotismus (N), pro škálu Extraverze (E) pak $32,6 \pm 6,3$, pro škálu Otevřenost vůči zkušenosti (O) $26,3 \pm 5,6$, pro škálu Přívětivost (P) $33,3 \pm 3,3$ a pro škálu Svědomitost (S) pak $35,1 \pm 5,7$.

Tabulka č. 4 Průměry škál pro skupinu seniorů-žen

| Průměry škál pro skupinu seniorů-žen | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|------|------|------|------|------|------|
| | | Věk | N | E | O | P | S |
| Ženy-seniorky | průměr | 74,1 | 23,9 | 23,5 | 22,9 | 32,9 | 31,1 |
| | sm. odch. | 3,5 | 5,4 | 7,5 | 5,3 | 3,8 | 8 |
| | medián | 73 | 23 | 26,5 | 22 | 33,5 | 30 |

Z výsledků hodnocení vyplývá, že průměrná hodnota věku byla $74,1 \pm 3,5$. Průměrné hodnoty jednotlivých škál pak jsou pro Neuroticismus (N) $23,9 \pm 5,4$, pro škálu Extraverze (E) $23,5 \pm 7,5$, pro škálu Otevřenost vůči zkušenosti (O) $22,9 \pm 5,3$, pro škálu Přívětivost (P) $32,9 \pm 3,8$ a pro škálu Svědomitost (S) $31,1 \pm 8,0$.

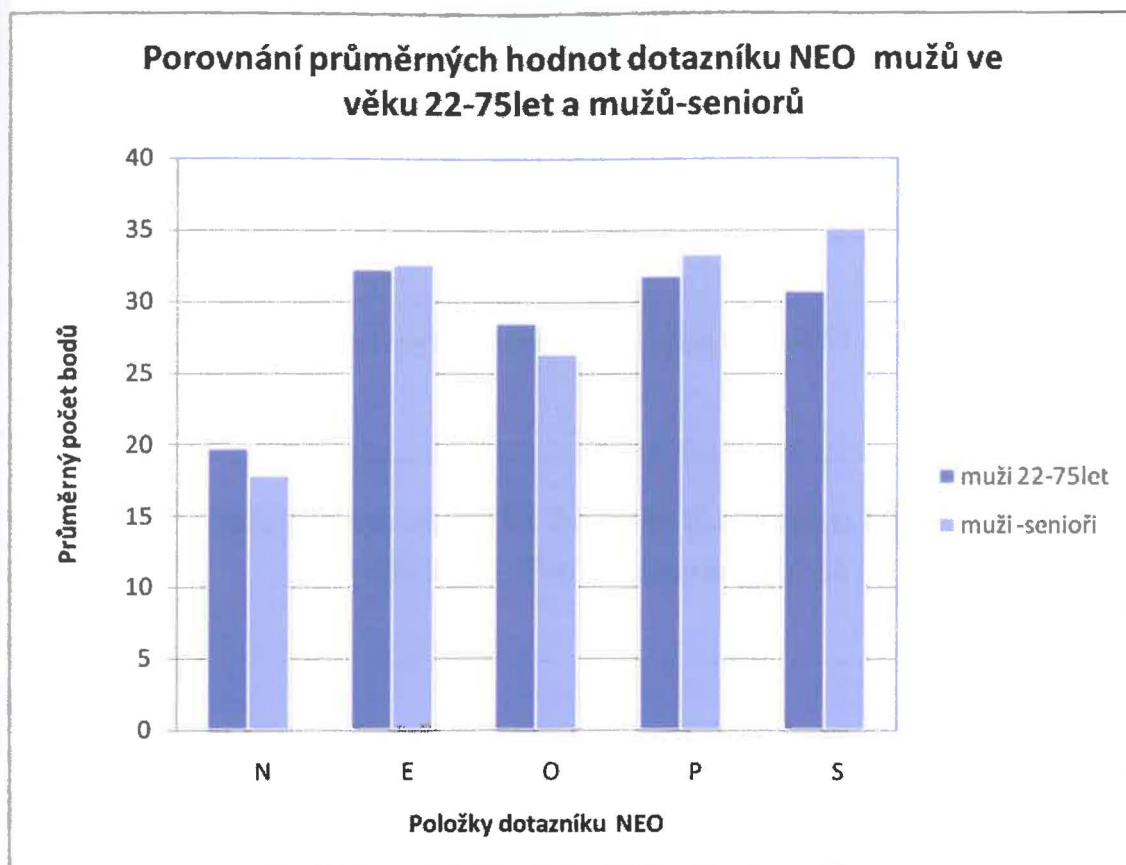
3.5.3 Porovnání výsledků skupin seniorů a respondentů ve věku 22-75let

Níže budou porovnány výsledky skupin mužů- seniorů a mužů ve věku 22 – 75 let dle Hřebíčkové, Urbánka (2001). Stejně porovnání bude provedeno i u žen.

Tabulka č. 5 Porovnání škál skupin mužů-seniorů a mužů ve věku 22-75 let

| Porovnání škál skupin mužů - seniorů a mužů ve věku 22-75 let | | | | | | |
|---|-------|-------|------|-------|------|-------|
| skupina | Věk | N | E | O | P | S |
| muži ve věku 22-75 let | 22-75 | 19,68 | 32,2 | 28,44 | 31,8 | 30,68 |
| muži-senioři | 74,2 | 17,8 | 32,6 | 26,3 | 33,3 | 35,1 |

Graf č. 2 Porovnání průměrných hodnot dotazníku NEO-FFI mužů ve věku 22-75 let a mužů-seniorů

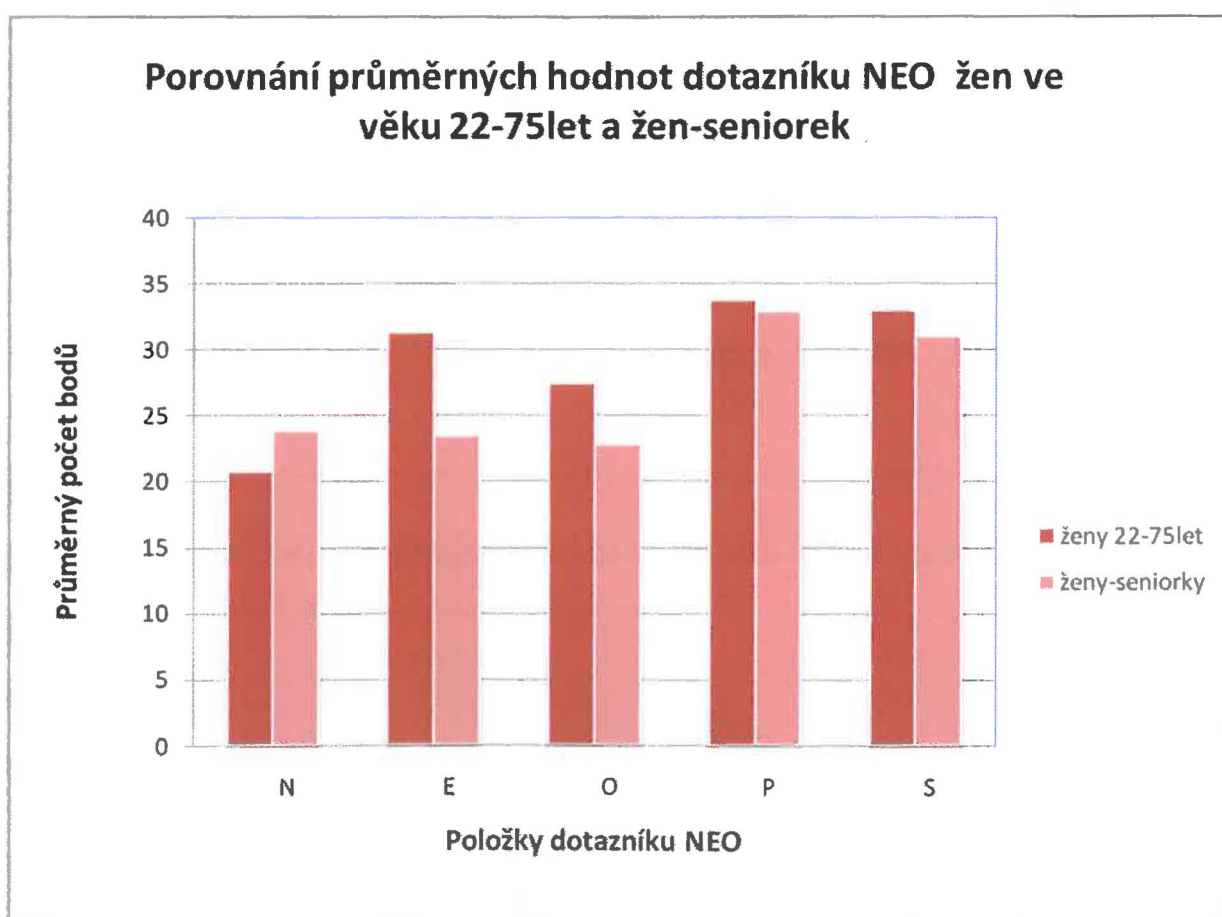


Z uvedeného porovnání lze pozorovat, že ve škále Neuroticismus (N) je hodnocena skupina mužů-seniorů níže oproti skupině mužů ve věku 22-75 let. Ve škále Extraverze (E) jsou obě skupiny hodnoceny téměř stejně. Ve škále Otevřenost vůči zkušenosti (O) lze pozorovat nižší hodnoty pro skupinu mužů-seniorů oproti skupině mužů ve věku 22-75 let – lze v tomto případě potvrdit hypotézu H3. Dimenze Přívětivost (P) je oproti tomu hodnocena pro skupinu mužů-seniorů výše než pro skupinu mužů ve věku 22-75 let. V dimenzi Svědomitost (S) lze pozorovat největší rozdílové hodnoty – oproti skupině mužů ve věku 22-75 let je skupina mužů-seniorů hodnocena mnohem výše a je možné v tomto případě potvrdit hypotézu H4.

Tabulka č. 6 Porovnání škál skupin žen-seniorek a žen ve věku 22-75let

| Porovnání škál skupin žen – seniorek a žen ve věku 22-75 let | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| skupina | Věk | N | E | O | P | S |
| ženy ve věku 22-75 let | 22-75 | 20,76 | 31,29 | 27,46 | 33,82 | 33,04 |
| ženy-seniorky | 74,1 | 23,9 | 23,5 | 22,9 | 32,9 | 31,1 |

Graf č. 3 Porovnání průměrných hodnot dotazníku NEO-FFI žen ve věku 22-75 let a žen-seniorek



Z porovnání škál lze sledovat ve škále Neuroticismus (N) vyšší hodnocení pro skupinu žen-seniorek oproti skupině žen ve věku 22-75 let. Ve škále Extraverze (E) lze v tomto souboru pozorovat nejvyšší rozdílové hodnoty a skupina žen-seniorek je hodnocena mnohem níže než skupina žen ve věku 22-75 let. V dimenzi Otevřenost vůči zkušenosti (O) lze vidět opět značný pokles hodnot v případě skupiny žen-seniorek oproti skupině žen ve věku 22-75 let – v tomto souboru lze souhlasit s porovnáním skupin mužů-seniorů a mužů ve věku 22-75 let a také

potvrdit hypotézu H3. Ve škále Přívětivost (P) lze pozorovat nejmenší rozdílové průměrné hodnoty skupin žen-seniorek a žen ve věku 22-75 let – nicméně i přesto je vidět nižší hodnocení pro skupinu žen-seniorek oproti skupině žen ve věku 22-75 let. V dimenzi Svědomitost (S) je skupina žen-seniorek hodnocena níže než skupina žen ve věku 22-75 let – v tomto případě nelze potvrdit hypotézu H4.

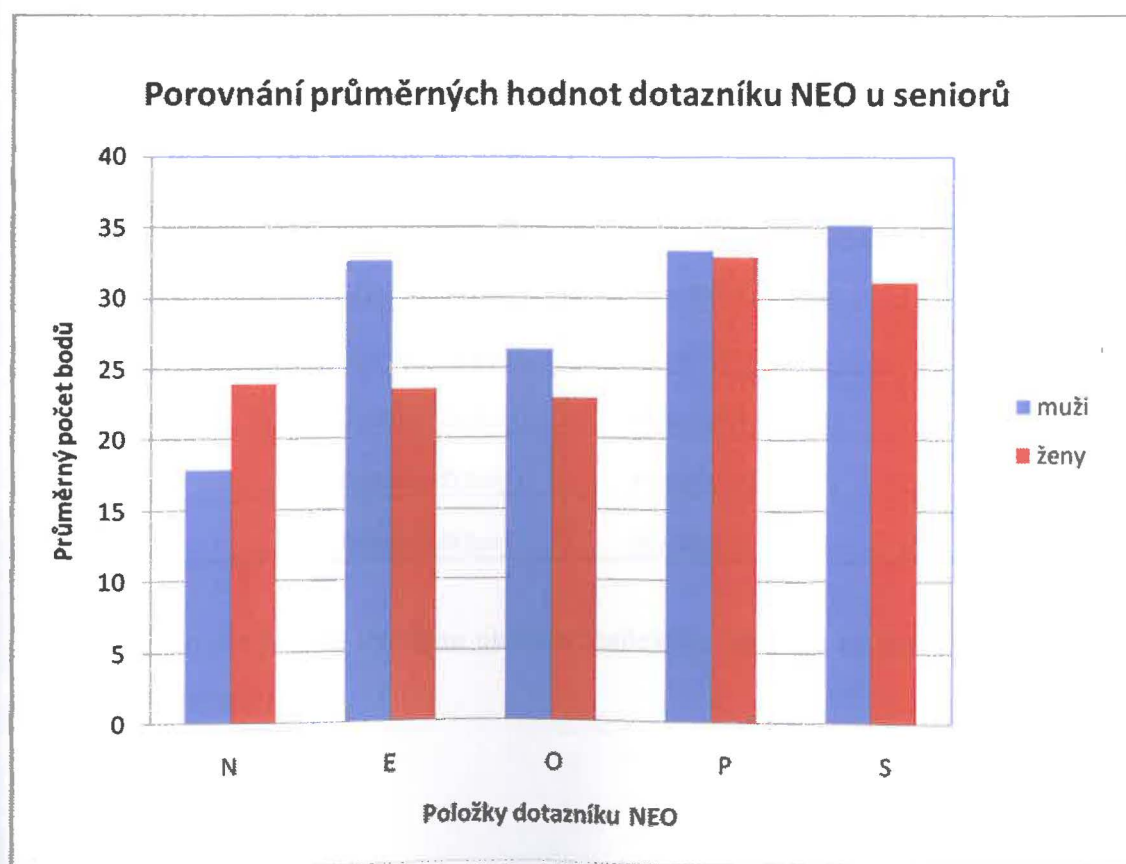
3.5.4 Porovnání výsledků skupiny seniorů podle pohlaví

Pro všechny je společný aktivní životní styl a aktivní fyzický pohyb 1-2x týdně v TJ Sokol Praha. Porovnávat se bude 20 mužů-seniorů s 20 ženami-seniorkami. Průměrné hodnoty věku a jednotlivých škál jsou uvedeny v tabulce č. 7.

Tabulka č.7 Porovnání škál skupin mužů-seniorů a žen-seniorek

| Porovnání škál skupin mužů-seniorů a žen-seniorek | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|
| skupina | Věk | N | E | O | P | S |
| muži-senioři | 74,2 | 17,8 | 32,6 | 26,3 | 33,3 | 35,1 |
| ženy-seniorky | 74,1 | 23,9 | 23,5 | 22,9 | 32,9 | 31,1 |

Graf č.4 Porovnání průměrných hodnot dotazníku NEO-FFI mužů-seniorů a žen-seniorek



Při porovnání škál lze sledovat ve škále Neuroticismus (N) vyšší hodnoty pro skupinu žen-seniorek oproti skupině mužů-seniorů – v tomto případě se potvrdila hypotéza H1 pro škálu Neuroticismus (N). Ve škále Extraverze (E) lze sledovat vysokou míru extraverze u skupiny mužů-seniorů oproti skupině žen-seniorek – v tomto případě se potvrdila hypotéza H2 pro škálu Extraverze (E). V dimenzi Otevřenost vůči zkušenostem (O) lze vidět vyšší hodnoty u skupiny mužů-seniorů oproti skupině žen-seniorek – lze proto říci, že se potvrdila hypotéza H2 v tomto případě i pro škálu Otevřenost vůči zkušenosti (O). Ve škále Přívětivost (P) jsou obě skupiny hodnoceny téměř stejně – nicméně nižší hodnoty lze pozorovat u skupiny žen-seniorek oproti skupině mužů-seniorů a v tomto případě nebyla potvrzena hypotéza H1 pro škálu Přívětivost (P). Ve škále Svědomitost (S) lze sledovat nižší hodnoty u skupiny žen-seniorek oproti skupině mužů-seniorů a nebyla tedy potvrzena hypotéza H1 pro škálu Svědomitost (S).

3.5.5 Statistické zpracování dat

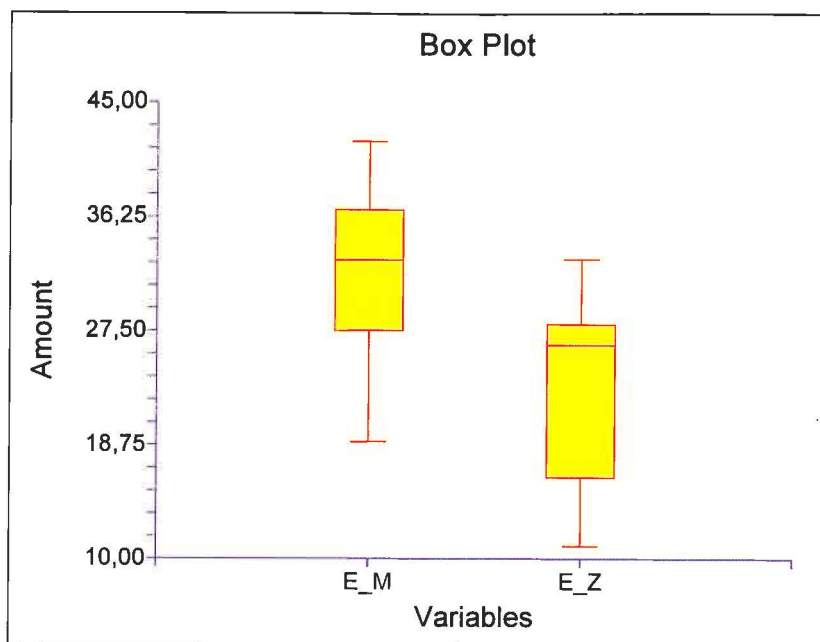
V případě položek N, E, O a S byla zjištěna kritická hodnota $p > 0,1$; tedy větší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,1$. V případě těchto položek byla tedy zamítnuta nulová hypotéza. Lze tedy s 90% pravděpodobností říci, že v případě položek N, E, O a S existuje statisticky významný rozdíl v hodnotách zjištěných u mužů-seniorů a žen-seniorek. V případě položky P byla zjištěna kritická hodnota $p < 0,1$ a byla tedy potvrzena nulová hypotéza, že mezi hodnotami P(muži) a P(ženy) není statisticky významný rozdíl. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8 Výsledky statistické analýzy

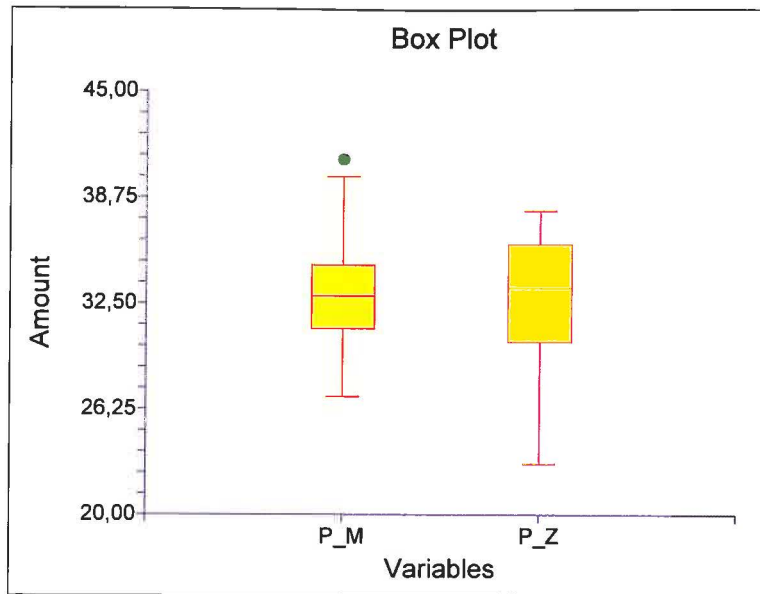
| Položka notazníku NEO | Nulová hypotéza | Alternativní hypotéza | Použitý test | p-hodnota |
|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------|
| N | $N(\text{muži}) = N(\text{ženy})$ | $N(\text{muži}) < N(\text{ženy})$ | Dvouvýběrový t-test | 0,912148 |
| E | $E(\text{muži}) = E(\text{ženy})$ | $E(\text{muži}) < E(\text{ženy})$ | Dvouvýběrový t-test | 0,981343 |
| O | $O(\text{muži}) = O(\text{ženy})$ | $O(\text{muži}) < O(\text{ženy})$ | Dvouvýběrový t-test | 0,495122 |
| P | $P(\text{muži}) = P(\text{ženy})$ | $P(\text{muži}) < P(\text{ženy})$ | Dvouvýběrový t-test | 0,060504 |
| S | $S(\text{muži}) = S(\text{ženy})$ | $S(\text{muži}) < S(\text{ženy})$ | Dvouvýběrový t-test | 0,42701 |

Pro názornost je níže uvedena ukázka grafického výstupu ze statistického zpracování dat pomocí programu NCSS.

Graf č.5 Grafický výstup statistického zpracování dat pro položku E dotazníku NEO u mužů-seniorů a žen-seniorek (V krabicovém diagramu je vyznačen medián, mezikvartilové rozpětí a odlehlá pozorování.)



Graf č. 6 Grafický výstup statistického zpracování dat pro položku P dotazníku NEO u mužů-seniorů a žen-seniorek (V krabicovém diagramu je vyznačen medián, mezikvartilové rozpětí a odlehlá pozorování.)



4 Diskuse

Pojem psychická vlastnost osobnosti není v rámci různých přístupů k jejich zkoumání jednotně nahlížen. *Vlastnosti osobnosti, osobnostní charakteristiky* (personality characteristics) mohou vyjadřovat zobecnění pozorovaných projevů člověka (např. za agresivního je označen člověk, jenž se v různých situacích chová útočně). Jedná se tedy o popisné, deskriptivní charakteristiky osobnosti pozorovaného jedince (Hřebíčková, 2008).

Vlastnosti osobnosti se v psychologii zkoumají v rámci popisu osobnosti, odvozuje se z nich struktura osobnosti, uplatňují se v lexikálním a dispozičním přístupu ke zkoumání pětifaktorového modelu osobnosti. Pětifaktorový model osobnosti byl identifikován v adjektivním posuzování i v osobnostních dotaznících. Analýza řady známých dotazníků ukazuje, že v nich lze identifikovat buď celý pětifaktorový model, nebo jeho část. Lexikální analýza byla dále rozšířena na slovesa a podstatná jména. V současnosti by měl výzkum struktury osobnosti integrovat poznatky sociální psychologie, zejména percepce osob, a kognitivní psychologie, zejména vytváření mentálních modelů a strukturu přirozených pojmů a kategorií (Výrost, Ruisel, 2000). Lexikální přístup k odhalení struktury osobnosti byl kritizován např. J. Blockem (1995): rysové termíny, obsažené v jazyce, jsou pouze laické deskriptory osobnosti, a jejich analýzou proto nelze odhalit dimenze osobnosti, ale pouze strukturu laických teorií. Podle Sauciera a Goldberga (1994) však současná kritika lexikálního přístupu reflektuje neadekvátní pochopení lexikálních přístupů. Lexikální přístup analyzuje vnější, pozorovatelné, povrchové (fenotypické) charakteristiky osobnosti, nikoliv vnitřní, příčinné charakteristiky (genotyp). Proto analýza jazyka poskytuje rámec pro popis osobnosti, ale nikoliv nutně pro explanaci (Výrost, Ruisel, 2000).

Pokud jde o počet základních dimenzí osobnosti, neexistuje také souhlas. Podle H. J. Eysencka (1987) stačí pro popis osobnosti 3 faktory, podle jiných 5 až 8 faktorů či 12 až 18 faktorů. Bylo však empiricky prokázáno, že větší počet extrahovaných faktorů zlepšuje predikci: přizvučení počtu faktorů z 6 na 16 se procento vysvětlovaného rozptylu zdvojnásobilo (Výrost, Ruisel, 2000). Goldbergovým záměrem nebylo poukázat na to, že všechny individuální rozdíly mohou být redukovány pouze na pět dimenzí, ale chtěl spíše důraznit, že pět dimenzí popisuje osobnost na nejvyšší úrovni abstrakce a že každá dimenze obsahuje množství dalších specifických charakteristik (Hřebíčková, 2008). McCrae a John (1992) zase navrhují pojmenování pěti faktorů podle prvních písmen jejich anglických názvů (Openness to Experience, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness, Neuroticism – první a poslední název je alternativním pojmenováním faktorů odvozených z dotazníkových

výzkumů). Slovo OCEAN sice slouží také jako mnemotechnická pomůcka pro snadnější zapamatování názvů jednotlivých faktorů, ale návrh vyvolává dojem, že si jsou jednotlivé faktory velké pětky rovnocenné a stejně důležité, což lexikální výzkumy nepotvrzují.

Costa a McCrae realizovali za použití NEO inventářů u amerických respondentů řadu longitudinálních a průřezových zkoumání pěti obecných dimenzí osobnosti (McCrae, Costa, 1990; Costa, McCrae, 1994). Opakovaně zjistili, že mladší respondenti si přisuzovali vyšší míru *neuroticismu*, *extraverze* a *otevřenosti vůči zkušenosti* a nižší míru *přívětivosti* a *svědomitosti* ve srovnání se staršími. Vývojové trendy pěti obecných charakteristik osobnosti byly zaznamenány u respondentů různého věku na základě zkrácené verze NEO osobnostního inventáře (Hřebíčková, Čermák, Osecká, 2000) a částečně se potvrzují také v různých jazycích a kulturách (McCrae a kol., 2000). S věkem ubývá míry *neuroticismu*, *extraverze* a *otevřenosti vůči zkušenosti* a přibývá *přívětivosti* a *svědomitosti*.

V jiné studii byla porovnávána struktura vlastností osobnosti zjišťovaná NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem (NEO-FFI) respondentů různého věku v Německu, Anglii, Španělsku, České republice a Turecku (McCrae a kol., 2000). U respondentů pocházejících ze všech zúčastněných zemí bylo zjištěno, že s věkem ubývá míra *neuroticismu* a *extraverze* a narůstá míra *svědomitosti*. Již několikrát zmíněný trend spočívající ve vyšší míře *přívětivosti* u starších ve srovnání s mladšími se potvrdil v německém, českém a tureckém vzorku, ale nebyl zaznamenán u anglických a španělských respondentů. Ubývání *otevřenosti vůči zkušenosti* v závislosti na věku se potvrdilo u španělských, českých a tureckých respondentů, nebylo potvrzeno v německém a britském souboru, kde se nejmladší skupina respondentů posuzuje jako méně otevřená novým zkušenostem ve srovnání s 18-21letými. Takový výsledek je však pravděpodobně podmíněn převahou vysokoškolákův této skupině. U respondentů staršího věku se opět potvrdilo ubývání míry *otevřenosti vůči zkušenosti* v závislosti na věku (teze práce). V naší práci lze, v případě porovnání skupin mužů-seniorů a mužů ve věku 22-75 let, pozorovat vyšší míru Neuroticismu (N) u skupiny mužů ve věku 22-75 let, vyšší míru Otevřenosti vůči zkušenosti (O) u skupiny mužů ve věku 22-75 let, vyšší míru Přívětivosti (P) u skupiny mužů-seniorů, vyšší míru Svědomitosti (S) u skupiny mužů-seniorů a téměř stejnou míru Extraverze (E) u obou skupin. V případě porovnání skupin žen-seniorek a žen ve věku 22-75 let lze vidět vyšší míru Neuroticismu (N) u skupiny žen-seniorek, vyšší míru Extraverze (E) u skupiny žen ve věku 22-75 let, vyšší míru Otevřenosti vůči zkušenosti (O) u skupiny žen ve věku 22-75 let, vyšší míru Přívětivosti (P) u skupiny žen ve věku 22-75 let a vyšší míru Svědomitosti (S) u skupiny žen ve věku 22-75 let. Frenkel (1953)

vyzdvihuje přednosti starších osob proti mladším, zejména větší pečlivost, přesnost, důkladnost, disciplinovanost, racionální způsob práce, vyrovnanost výkonu, lepší postoj k práci a podobně.

Rozdíly mezi muži a ženami ve skupinách adolescentů a dospělých na základě sebeuposouzení a posouzení druhými zjišťovali Hřebíčková, Urbánek, Čermák (2002). Ženy ve srovnání s muži udávají statisticky významně častěji vyšší míru *neuroticismu*, *otevřenosti vůči zkušenosti a přívětivosti*. Costa, Terraciano a McCrae (2001) srovnávali sebeuposouzení mužů a žen podle NEO PI-R ve 26 různých kulturách. Zaznamenali, že ženy skórují výše v *neuroticismu*, *přívětivosti*, *vřelosti* (subškála *extraverze*) a *prožívání* (subškála *otevřenosti vůči zkušenosti*). V rámci mezinárodního výzkumného projektu Personality Profes across Cultures za účasti 48 zemí byly zaznamenány na základě sebeuposouzení i posouzení druhými opět totožné rodové odlišnosti (McCrae a kol., 2005). Muži se posuzovali a byli posuzováni jako více asertivnější, více vyhledávající vzrušující zážitky a otevřenější idejím ve srovnání s ženami. Ženy dosahovaly vyšší míry v dílčích vlastnostech obsažených v *přívětivosti* (s výjimkou *poddajnosti*) a *neuroticismu* (s výjimkou *hněvivosti-hostility* a *impulsivnosti*). U žen byla rovněž zaznamenána vyšší míra *otevřenosti estetickému prožívání* a *prožívání emocí*. Výsledky srovnání míry rodových odlišností v 50 kulturách poukázaly na další zajímavou skutečnost. Ve vyspělých zemích jsou odlišnosti mezi muži a ženami výraznější než v zemích třetího světa. Česká republika patří mezi země, v nichž jsou rodové odlišnosti nejvýraznější (větší odlišnosti mezi muži a ženami byly zaznamenány pouze ve Velké Británii).

V naší práci lze pozorovat, v případě porovnání skupin mužů-seniorů a žen-seniorek, vyšší míru Neuroticismu (N) u žen-seniorek, mnohem vyšší míru Extraverze (E) u mužů-seniorů, vyšší míru Otevřenosti vůči zkušenosti (O) u skupiny mužů-seniorů, téměř stejnou míru Přívětivosti (P) u obou skupin a vyšší míru Svědomitosti (S) u skupiny mužů-seniorů.

McCrae se spolupracovníky zjistili napříč různými kulturami, že se ženy posuzují a jsou druhými posuzovány jako psychicky méně vyrovnané ve srovnání s muži (McCrae a kol., 2005).

5 Závěr

Stejně jako dochází ve stáří k tělesným změnám, dochází také ke změnám v psychické oblasti. Tyto dvě stránky člověka spolu úzce souvisejí a vzájemně se ovlivňují. Do psychologického stárnutí tedy zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují individuální rozdíly podmíněné probíhající biologickou involucí (Wolf a kol., 1982).

Dle našich zpracování výsledků a statistického zhodnocení jednotlivých škál pětifaktorového osobnostního inventáře NEO-FFI lze konstatovat:

- muži ve věku 22-75 let jsou více neurotičtější a otevřenější vůči zkušenosti než muži-senioři
- muži-senioři jsou více přívětivější a svědomitější než muži ve věku 22-75 let
- ženy-seniorčky jsou více neurotičtější než ženy ve věku 22-75 let
- ženy ve věku 22-75 let jsou více extravertovanější, otevřenější vůči zkušenosti, svědomitější a o něco málo i přívětivější než ženy-seniorčky
- muži-senioři jsou oproti ženám-seniorčkám více extravertovanější, otevřenější vůči zkušenosti a svědomitější
- ženy-seniorčky jsou oproti mužům-seniorům více neurotičtější

V této diplomové práci bylo pětifaktorovým osobnostním inventářem NEO-FFI zhodnoceno pět obecných dimenzí osobnosti respondentů – přesto navrhuji, k definitivnímu zjištění vhodnosti dotazníku NEO-FFI jako metody popisu pěti dimenzí osobnosti, použít tento dotazník u početnější skupiny respondentů, což by mohlo být dobrým námětem na další studii či práci.

6 Literatura

1. BARRICK, M.R., MOUNT, M. K. The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 1991, vol. 44, s. 1-26
2. BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8
3. BAUMGARTEN, F. *Die Charaktereigenschaften: Beitrage zur Charakter und Personlichkeitsforschung*. Bern: A. Francke, 1933
4. BLOCK, J. A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 1995, vol. 117, s. 187-215
5. CATTELL, R. B. The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1943, vol. 38, s. 426-06
6. CATTELL, R. B. Confirmation and classification of primary personality factors. *Psychometrika*, 1947, vol. 12, s. 197-220
7. COSTA, P. T., McCRAE, R. R. Still stable after all these years: Personality as key to some issues in adulthood and old age. In Baltes, P. B., Brim, O. G. (Eds.), *Life-span Development and Behavior*. New York: Academic Press, 1980
8. COSTA, P. T., McCRAE, R. R. Stability and change in personality from adolescence through adulthood. In Ch. F. Halverson, G. A. Kohnstamm, R. O. Martin (Eds.), *The Developing Structure of Temperament and Personality from Infancy to Adulthood*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1994, s. 139-150
9. COSTA, P. T., TERRACIANO, A., McCRAE, R. R. Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2001, vol. 81, s. 322-331
10. DIGMAN, J. M., TAKEMOTO-CHOCK, N. K. Factors in the natural language of personality: Reanalysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, 1981, vol. 16, 149-170
11. DIGMAN, J. M., INOUYE, J. Further specification of five robust factors of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, vol. 50, s. 116-123

12. EYSENCK, H. J. Personality and Ageing: an Exploratory Analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1987, vol. 3, s. 11-21
13. FRENKEL, Z. G. *Prodloužení života a činné stáří*. 1. vyd. Praha: Zdravotnické nakladatelství, 1953. 338 s.
14. GALTON, D. F. Measurement of character. *Fortnightly Review*, 1884, vol. 42
15. GOLDBERG, L. R. The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 1993. s. 26-34
16. GOLDBERG, L. R. An alternative „Description of Personality“: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, vol. 59, s. 1216-1229
17. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Edice Pyramida, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
19. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 120 s. ISBN 80-246-0420-5
20. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie – pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0
21. HÁTLOVÁ, B. – Ústní sdělení (2008)
22. HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., SUCHÁ, J., VELETA, P., Pohybový program v managementu pacientů s demencí. In Vindušková, J., Chrudimský, J. *Pohybové aktivity jako prostředek ovlivňování člověka* Praha 20. 11. 2003: sborník příspěvků. Praha: FTVS UK, 2003
23. HŘEBÍČKOVÁ, M. *Osobnostní deskripty: Přídavná jména pro popis osobnosti*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 1995
24. HŘEBÍČKOVÁ, M., ČERMÁK, I. Vnitřní konzistence české verze dotazníku NEO-FFI. *Československá psychologie*, březen 1996, roč. 40, č. 3, s. 208-216

25. HŘEBÍČKOVÁ, M. *Jazyk a osobnost: Pětifaktorová struktura popisu osobnosti*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity a Psychologický ústav AV ČR, 1997. 172 s. ISBN 80-210-1522-5
26. HŘEBÍČKOVÁ, M., ČERMÁK, I., OSECKÁ, L. Development of personality structure from adolescence through old age. *Studia Psychologica*, 2000, roč. 42, s. 163-166
27. HŘEBÍČKOVÁ, M., URBÁNEK, T., ČERMÁK, I. Inventář přídavných jmen pro posouzení pěti obecných dimenzí osobnosti. *Československá psychologie*, duben 2000, roč. 44, č. 4, s. 317-329
28. HŘEBÍČKOVÁ, M., URBÁNEK, T. *NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. 1. české vyd. Praha: Testcentrum, 2001. 52 s. ISBN 80-86471-06-3
29. KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie: I. díl gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha : Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0
30. KLAGES, L. *Die Grundlagen der Charakterkunde*. Leipzig: J. A. Barth, 1926. 233 s.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. Nový pohled na zdraví a nemoc. *Psychologie dnes*, 1999, č. 1
32. KUBÍČKOVÁ, M. *Stáří jako životní šance*. Praha: Onyx, 1995, 52 s. ISBN 80-85228-07-6
33. KUBÍČKOVÁ, M. *Vůle ke zdravému životu*. Praha: Onyx, 1996, 174 s. ISBN 80-85-228-37-8
34. MAYER-GROSS, W., SLATER, E., ROTH, M. *Clinical Psychiatry*. 3rd ed. London: Tindall and Cassell, 1969. 904 s.
35. McCRAE, R. R., COSTA, P. T. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol. 52, s. 81-90
36. McCRAE, R. R., COSTA, P. T. *Personality in adulthood*. 1 ed. New York: The Guilford Press, 1990. 198 s. ISBN 0-89862-528-8
37. McCRAE, R. R., JOHN, O. P. An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 1992, vol. 60, s. 175-215

38. McCRAE, R. R., COSTA, P. T., OSTENDORF, F., ANGLEITNER, A., AVIA, M., HŘEBÍČKOVÁ, M., SANZ, J. Nature over nurture: Temperament, personality, and lifespan development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, vol. 78, s. 173-186
39. McCRAE, R. R. et al. Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2005, vol. 88, no. 3, s. 547-561
40. NORMAN, W. T. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, vol. 66, s. 574-583
41. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8
42. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 304 s. ISBN 08-044-81
43. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8
44. PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku?* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 124 s. ISBN 80-7184-486-1
45. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 435 s. ISBN 80-7038-078-0
46. SAUCIER, G., GOLDBERG, L. R. The language of personality: Lexical perspectives on the five-factor model. In Wiggins, J. S. (Eds.) *Theoretical perspectives for the five-factor model*. New York, 1995
47. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-293-9
48. SUCHÁ, J. Kinezioterapie jako jedna z metod nefarmakologické léčby demencí. *Gerontologické aktuality*. březen 2003, s. 5-18
49. ŠIPR, K. *Jak zdravě stárnout*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria, 1997. 118 s. ISBN 80-901834-1-7

50. ŠKODA, C. *Životní událost a nemoc*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1985. 112 s.
51. ŠPATENKOVÁ, N., SÝKOROVÁ, D. Seniors an Their State of Health. In Sýkorová, D., Chytil, O., Littlechild, B. (Eds.) *Strategie for the Maintenance of Autonomy in Old Age*. 1st ed. Einstatt: ISIS, 2004. 132 s. ISBN 0-8763-064-6
52. ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 94 s. ISBN 80-246-0788-3
53. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 134 s. ISBN 80-7178-920-8.
54. VISKUPOVÁ, B. *Hudba a pohyb: hudebně pohybová výchova*. 2. vyd. Praha: Supraphon, 1987. 164 s.
55. VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1975. 246 s.
56. VÝROST, J., RUISEL, I. *Kapitoly z psychologie osobnosti*. 1. vyd. Bratislava: VEDA, 2000. 282 s. ISBN 80-224-0622-8
57. WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1982. 368 s.
58. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 206 s. ISBN 80-7184-666-1

Internetové zdroje:

1. KALVACH, Z. *Demence a další křehkosti na konci života* [online]. c2001, poslední revize 20.1.2003 [cit. 2004-12-05] Dostupné z www: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/008/001076.doc>>
2. HŘEBÍČKOVÁ, M. *Lexikální a dispoziční přístup k pětifaktorovému modelu osobnosti* [online]. c2008, [cit. 2008-18-01] Dostupné z www: <<http://www.psu.cas.cz/~martina>>

7 Přílohy

PŘÍLOHA A Tabulka č. 9 Výsledky dotazníku NEO-FFI u mužů-seniorů

| Hodnoty škál dotazníku NEO-FFI u mužů - seniorů | | | | | | | |
|--|-----------------|-------------|------|------|------|------|------|
| číslo seniora | pohlaví seniora | věk seniora | N | E | O | P | S |
| 1. | M | 70 | 18 | 42 | 29 | 40 | 45 |
| 2. | M | 76 | 24 | 36 | 41 | 35 | 27 |
| 3. | M | 73 | 3 | 33 | 25 | 33 | 37 |
| 4. | M | 71 | 19 | 26 | 24 | 27 | 35 |
| 5. | M | 76 | 22 | 33 | 23 | 33 | 33 |
| 6. | M | 72 | 21 | 27 | 24 | 34 | 27 |
| 7. | M | 72 | 17 | 33 | 26 | 31 | 40 |
| 8. | M | 73 | 18 | 39 | 30 | 30 | 42 |
| 9. | M | 73 | 23 | 29 | 38 | 30 | 37 |
| 10. | M | 75 | 16 | 36 | 23 | 33 | 33 |
| 11. | M | 71 | 16 | 26 | 17 | 32 | 27 |
| 12. | M | 79 | 15 | 37 | 20 | 31 | 34 |
| 13. | M | 73 | 28 | 42 | 22 | 34 | 37 |
| 14. | M | 79 | 8 | 41 | 24 | 34 | 33 |
| 15. | M | 75 | 20 | 19 | 26 | 30 | 32 |
| 16. | M | 71 | 19 | 29 | 23 | 36 | 29 |
| 17. | M | 71 | 11 | 24 | 31 | 41 | 45 |
| 18. | M | 77 | 12 | 36 | 27 | 36 | 43 |
| 19. | M | 77 | 21 | 31 | 25 | 33 | 33 |
| 20. | M | 79 | 24 | 33 | 28 | 32 | 32 |
| Průměr | | 74,2 | 17,8 | 32,6 | 26,3 | 33,3 | 35,1 |
| Směrodatná odchylka | | 3,0 | 5,9 | 6,3 | 5,6 | 3,3 | 5,7 |
| Medián | | 73,0 | 18,5 | 33,0 | 25,0 | 33,0 | 33,5 |

PŘÍLOHA B Tabulka č. 10 Výsledky dotazníku NEO-FFI u žen-seniorek

| Hodnoty škál dotazníku NEO-FFI u žen - seniorek | | | | | | | |
|--|-----------------|-------------|------|------|------|------|------|
| číslo seniora | pohlaví seniora | věk seniora | N | E | O | P | S |
| 1. | F | 77 | 32 | 28 | 20 | 30 | 38 |
| 2. | F | 72 | 16 | 33 | 37 | 36 | 26 |
| 3. | F | 83 | 19 | 33 | 19 | 37 | 47 |
| 4. | F | 78 | 19 | 33 | 19 | 38 | 47 |
| 5. | F | 75 | 20 | 28 | 18 | 36 | 33 |
| 6. | F | 79 | 17 | 30 | 28 | 35 | 29 |
| 7. | F | 71 | 23 | 12 | 27 | 37 | 26 |
| 8. | F | 70 | 31 | 22 | 23 | 34 | 34 |
| 9. | F | 71 | 35 | 16 | 27 | 32 | 34 |
| 10. | F | 73 | 25 | 11 | 23 | 26 | 19 |
| 11. | F | 71 | 23 | 13 | 14 | 34 | 23 |
| 12. | F | 77 | 32 | 28 | 20 | 30 | 38 |
| 13. | F | 76 | 22 | 12 | 20 | 35 | 23 |
| 14. | F | 73 | 22 | 17 | 28 | 32 | 26 |
| 15. | F | 70 | 27 | 20 | 21 | 31 | 22 |
| 16. | F | 75 | 27 | 28 | 26 | 33 | 30 |
| 17. | F | 71 | 18 | 27 | 25 | 30 | 37 |
| 18. | F | 76 | 20 | 26 | 21 | 33 | 30 |
| 19. | F | 71 | 25 | 25 | 26 | 36 | 37 |
| 20. | F | 72 | 24 | 28 | 15 | 23 | 22 |
| Průměr | | 74,1 | 23,9 | 23,5 | 22,9 | 32,9 | 31,1 |
| Směrodatná odchylka | | 3,5 | 5,4 | 7,5 | 5,3 | 3,8 | 8,0 |
| Medián | | 73,0 | 23,0 | 26,5 | 22,0 | 33,5 | 30,0 |

PŘÍLOHA C NEO pětifaktorový osobnostní inventář

INVENTÁŘ

NEO pětifaktorový osobnostní inventář

M. Hřebíčková, T. Urbánek (podle NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCrae)

Jméno:

Věk:

Pohlaví: muž žena

Datum:

Inventář obsahuje 60 výpovědí, kterými byste mohli popsat sami sebe. Přečtěte si pozorně každou výpověď a posuďte, do jaké míry Vás vystihuje. Svoji odpověď označte křížkem X na připojené škále čísel:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| vůbec nevystihuje | spíše nevystihuje | neutrální | spíše vystihuje | úplně vystihuje |
| výpověď Vás vůbec nevystihuje | výpověď Vás spíše nevystihuje | ani výstižná ani nevýstižná výpověď | výpověď Vás spíše vystihuje | výpověď Vás úplně vystihuje |

Jednotlivé výpovědi nelze posuzovat ani jako správné ani jako nesprávné, a proto není možné dosáhnout dobrých nebo špatných výsledků.

Pracujte prosím pozorně a po vyplnění zkontrolujte, zda jste posoudili každou výpověď.

Pokud se rozhodnete změnit svou odpověď, označte nově zvolené číslo opět křížkem a navíc je i výrazně podtrhněte.

Před tím, než začnete odpovídat, vyplňte prosím údaje v záhlaví této strany.

N
E
O
P
S

Objednací číslo: 106-2
© Testcentrum, Praha 2001

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① | ① | ② | ③ | ④ |
| vůbec nevystihuje výpověď Vás vůbec nevystihuje | spíše nevystihuje výpověď Vás spíše nevystihuje | neutrální ani výstižná ani nevýstižná výpověď | spíše vystihuje výpověď Vás spíše vystihuje | úplně vystihuje výpověď Vás úplně vystihuje |

| | Nakolik mě vystihuje tato výpověď? | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|---|--------------------|
| | vůbec nevystihuje | | | | úplně vystihuje |
| 1. Obvykle si nedělám starosti. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Mám rád(a) kolem sebe mnoho lidí. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Nerad(a) ztrácím čas denním sněním. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. Snažím se být zdvořilý(á) ke každému, s kým se setkám. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Svě věci udržuji v pořádku a čistotě. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. Často se cítím horší než ostatní. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. Snadno se rozesměji. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8. Neměním vyzkoušené způsoby, jak něčeho dosáhnout. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9. Často se dostanu do sporu se svou rodinou nebo spolupracovníky. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10. Svůj čas si dovedu dobře zorganizovat tak, abych vyřídil(a) všechny nutné záležitosti. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11. Pokud jsem vystaven(a) velkému stresu, mám občas pocit, že se zhroutím. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12. Nepovažuji sám (sama) sebe za příliš veselého (veselou). | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13. Jsem fascinován(a) motivy, které nalézám v umění a v přírodě. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14. Někteří lidé si o mně myslí, že jsem sobecký(a) a egoistický(a). | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 15. Nejsem příliš systematickým člověkem. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 16. Málokdy se cítím osamělý(á) nebo smutný(á). | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 17. Velmi rád(a) se bavím s jinými lidmi. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

| | Nakolik mě vystihuje tato výpověď? | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|---|-----------------|
| | vůbec nevystihuje | | | | úplně vystihuje |
| 18. Je zbytečné, aby člověk naslouchal rozdílným názorům, protože si z nich stejně nedovede žádný vybrat. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Raději bych s ostatními spolupracoval(a), než soupeřil(a). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Často se cítím napjatý(á) a nervózní. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Jsem rád(a) tam, kde se něco děje. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Poezie na mě má malý nebo žádný účinek. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Vůči záměrům druhých jsem nedůvěřivý(á) a rezervovaný(á). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Mám přesně vymezené cíle a pracuji systematicky na jejich dosažení. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Někdy se cítím zcela bezcenný(á). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Raději bývám sám (sama) než ve společnosti. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Mám-li možnost, rád(a) si dávám nová nebo cizokrajná jídla. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Když to člověk dovolí, tak ho ostatní lidé zneužijí pro své cíle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Promarním mnoho času, než se pustím do práce. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Málokdy pocítím strach nebo úzkost. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Často mám pocit, že překypuji energií. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Málokdy si u sebe povšimnu nálad nebo pocitů vyvolaných okolními vlivy. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Většina lidí, které znám, mě má ráda. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Pracuji tvrdě na dosažení svých cílů. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Často mě rozčílí, jak se mnou lidé jednají. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Jsem radostný, dobře naladěný člověk. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Při řešení závažných životních situací se řídím názory autorit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Někteří lidé mne považují za chladného (chladnou) a vypočítavého (vypočítavou). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|-------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| | vůbec nevystihuje | spíše nevystihuje | neutrální | spíše vystihuje | úplně vystihuje |
| | <i>Nakolik mě vystihuje tato výpověď?</i> | | | | |
| | vůbec nevystihuje | | | | úplně vystihuje |
| 40. Pokud něco slíbím, vždy to dodržím | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Pokud se něco nedaří, až příliš často se tím nechávám odradit a mám pocit, že to vzdám. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Nejsem příliš optimistický(á). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Při čtení poezie či pohledu na umělecké dílo mi někdy naskakuje husí kůže a cítím mráz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Ve svých postojích jsem tvrdší(á) a neústupný(á). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Někdy na mne není takové spolehnutí, jaké by mělo být. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Málokdy jsem smutný(á) a depresivní. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Často žiji v rychlém tempu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Nemám zájem hloubat o podstatě světa nebo smyslu existence člověka. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Obvykle se snažím být ohleduplný(á) a citlivý(á). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Jsem výkonný(á) a svou práci vždy zvládnou. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Často se cítím bezmocný(á) a potřebuji někoho, kdo by mi pomohl vyřešit mé problémy. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Jsem velmi aktivní. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Toužím po poznání a vědomostech. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Pokud někoho nemám rád(a), dám to dotyčnému najevo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Snad nikdy nebudu schopen (schopna) uspořádat si své záležitosti. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Někdy se tak stydím, že bych se nejraději neviděl(a). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Nebaví mě vést druhé lidi. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Často si rád(a) pohrávám s teoriemi nebo abstraktními myšlenkami. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Je-li to nutné, neváhám manipulovat lidmi, abych dosáhl(a) toho, čeho chci. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Usiluji o dokonalost ve všem, co dělám. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |