

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství



NAVAZUJÍCÍ MAGISTERSKÉ STUDIUM
obor učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy



Diplomová práce

Kvalita života – osamělost ve stáří

2006/2007

Bc. Zuzana Kašpárková

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Heleně Chloubové za pomoc a veškerý čas, který mi věnovala při konzultacích. Děkuji jí rovněž za poskytování cenných rad, informací a materiálních podkladů k práci. Za její ochotu a porozumění.

Mé poděkování patří i všem seniorům, s kterými jsem dělala rozhovory, za jejich čas a ochotu pomoci mi při mé diplomové práci.

Obhajoba diplomové práce dne:

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Jméno oponenta:

Hodnocení:

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu zdrojů.

V Praze dne 27.4. 2007

podpis

.....

Obsah

Obsah	5
Anotace	7
Annotation	8
Úvod	9
1. Co je stáří?	11
1.1. Definice stáří	11
1.1.1. Teorie Stárnutí.....	12
1.1.2. Periodizace stáří	14
1.1.3. Demografický vývoj.....	16
1.2. Změny ve stáří.....	18
1.2.1. Tělesné – fyziologické změny ve stáří	18
1.2.2. Psychické – psychosociální změny ve stáří.....	19
2. Potřeby ve stáří	22
2.1. Charakteristika a klasifikace potřeb	22
2.2. Vyšší psychosociální potřeby.....	27
2.2.1. Potřeby lásky a sounáležitosti (vztahové, afiliační, sociální).....	28
2.2.1.1. Charakteristika potřeb	28
2.2.2. Potřeby sebepojetí a sebeúcty – self („Já“) potřeby.....	29
2.2.2.1. Charakteristika potřeb	29
2.3. Frustrace vyšších psychosociálních potřeb ve stáří	31
3. Obtíže seniorů při vyrovnávání se s projevy stárnutí	34
3.1. Reakce a adaptace na stáří.....	34
3.2. Šok z uzavírajících se dveří	36
3.3. Přijmout, nebo nepřijmout?.....	36
3.4. Sociální izolace ve stáří.....	37
3.4.1. Klinické formy a projevy sociální izolace.....	38
3.4.2. Vývoj ztrát sociálních vazeb	40
3.4.3. Rizikové faktory sociální izolace	42
4. Osamělost v životě seniora	44
4.1. Osamělost a samota.....	45
4.2. Příčiny osamělosti	47
4.3. Možné důsledky osamělosti	51
5. Kvalita života ve stáří	54
5.1. Pojetí kvality života	55
5.2. Kvalita života stárnoucího člověka	56
5.2.1. Faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří.....	57
5.3. Přístupy k měření kvality života	58
5.3.1. Prohloubený pohled na kvalitu života.....	62

6. Empirický výzkum	64
6.1. Cíle a hypotézy výzkumu	64
6.1.1. Cíle empirického výzkumu	64
6.1.2. Hypotézy	65
6.2. Metody výzkumu	67
6.2.2. Strukturovaný rozhovor.....	67
6.2.3. Pozorování respondentů při rozhovoru	68
6.2.4. Subjektivní hodnocení psychosociálního stavu respondentů při.....	68
rozhovoru	68
6.3. Zpracování získaných informací ze strukturovaného rozhovoru, pozorování a subjektivního hodnocení	68
6.4. Charakteristika výzkumného vzorku.....	69
6.5. Organizace a časový plán výzkumu	74
6.5.1. Časový harmonogram výzkumu.....	74
7. Výsledky výzkumu a jejich interpretace.....	75
7.1. Získané výsledky k hypotéze č. 1	75
7.2. Získané výsledky k hypotéze č. 2	87
7.3. Získané výsledky k hypotéze č. 3	94
7.4. Získané výsledky k hypotéze č. 4	98
7.5. Získané výsledky k hypotéze č. 5	102
7.6. Získané výsledky k hypotéze č. 6	106
7.7. Získané výsledky k hypotéze č. 7	109
7.8. Získané výsledky k hypotéze č. 8	117
7.9. Získané výsledky k hypotéze č. 9	121
8. Diskuze	124
8.1. Diskuze k výsledkům	126
9. Závěr	130
10. Seznam zdrojů	131
Seznam tabulek	136
Seznam grafů	138
Seznam zkratk	140
Seznam příloh.....	141

Anotace

<i>Titul a jméno autora:</i>	Bc. Zuzana Kašpárková
<i>Instituce:</i>	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
<i>Obor:</i>	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
<i>Název práce:</i>	Kvalita života - osamělost ve stáří
<i>Vedoucí práce:</i>	PhDr. Helena Chloubová
<i>Počet stran:</i>	135 + přílohy
<i>Počet příloh:</i>	4
<i>Rok obhajoby:</i>	2007
<i>Klíčová slova:</i>	stáří, senior, osamělost, sociální izolace, kvalita života

Resumé:

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku osamělosti ve stáří. Cílem této práce bylo zjistit nejčastější příčiny osamělosti sledovaného vzorku 93 respondentů v domácím a ústavním prostředí. Dalším úkolem bylo zjistit, jak senioři svou osamělost prožívají a jak ji řeší. Ve výzkumné části se pokoušíme na základě zvolených metod (strukturovaný rozhovor, pozorování a subjektivní hodnocení) potvrdit stanovené cíle a hypotézy. Výzkum se zaměřuje na rodinné zázemí seniorů, na sociální vztahy seniorů, na postoj seniorů ke stáří a kvalitu života v prostředí, kde nyní žijí, na aktivity, zájmy seniorů atd.

Annotation

- Title and name of the author:*** Bc. Zuzana Kašpárková
- Institution:*** Charles University in Prague, 1st Faculty of
Medicine
Institute of Theory and Practice of Nursing
Studničkova 5, 121 00 Prague 2
- Field:*** Follow-up Master's Degree Program in Teaching
medical subjects for high schools
- Name of the thesis:*** Quality of life – loneliness at old age
- Supervisor:*** PhDr. Helena Chloubová
- Number of pages:*** 135 + appendix
- Number of appendixes:*** 4
- Year of defense:*** 2007
- Key words:*** old age, senior, loneliness, social isolation, quality of
life

Resume:

This thesis is focused on the problem of loneliness at old age. The target of this thesis was to find out the most common causes for loneliness of the monitored sample of 93 informants who live at home or are in asylums. Another target was to find out how do the seniors live out their loneliness and how do they handle it. In the research part of this thesis we are trying to confirm the determined targets and hypothesis on the basis of the chosen methods (structured interview, monitoring and subjective evaluation). The research is focused on the family background of the seniors, social relations of the seniors, attitude of the seniors towards old age and quality of life in the environment they are living in now, activities, interested of the seniors etc.

Úvod

*„Mladá generace má pocit,
že s ní přichází lepší svět.
Stará garda má pocit,
že s ní ten lepší svět odchází“.*
(Karel Čapek)

V této diplomové práci se chci věnovat problematice osamělosti ve stáří. Když jsem přemýšlela, jaké téma budu zpracovávat a pročítala si stanovená zadání od jednotlivých vedoucích, zaujalo mne navrhované téma PhDr. Heleny Chloubové Kvalita života - osamělost ve stáří, které jsem si později vybrala. Ke zvolení tohoto tématu přispěl fakt, že problematika stáří je dnes více než aktuální a to proto, že starých lidí neustále přibývá a prodlužuje se i věk seniorů. Medicína a geriatricie jako obor věnující se stáří, nahlíží na toto období lidského života z pohledu fyziologických a patologických změn a jde jí především o to udržet starého člověka co nejdéle zdravého a soběstačného. Pozapomíná však, že stáří je také obdobím nahromaděných ztrát, hlavně po stránce psychické a sociální, a proto je riziko osamělosti v tomto období velmi vysoké.

Protože se často pohybuji ve společnosti mladých lidí, kteří uznávají především výkonnost, ekonomickou prosperitu, úspěch a pro stáří často nemají pochopení, nezajímá je nebo na něj nahlíží jako na břemeno společnosti, musím se sama sebe ptát, jak tato společnost a nezáměr lidí v ní žijících, ovlivňuje riziko osamělosti u starých lidí. V dnešní době, kdy ze společnosti mizí vše, co je pro seniory známé, se snadno ocitají v sociální izolaci a prožívají pocity osamělosti.

Dalším důvodem, proč jsem si vybrala toto téma bylo, že jsem v prvním ročníku tohoto studia zpracovávala v ústavních zařízeních zápočtovou práci z předmětu Propedeutika vědeckovýzkumné práce. Tady jsem se setkala se seniory, kteří trpěli pocity osamělosti a tak mne zajímalo, jaké jsou příčiny těchto pocitů. Všechny výše uvedené aspekty přispěly ke zvolení tématu Kvalita života - osamělost ve stáří.

Cílem této diplomové práce je zjistit příčiny osamělosti, jak senioři tuto osamělost prožívají a jak ji řeší.

Teoretická část

***„Tragedie pokročilých let
nespočívá v tom, že stárneme,
ale v tom, že zůstáváme
mladí“.***

(Oscar Wilde)

1. Co je stáří?

Život člověka se skládá z jednotlivých vývojových stádií. Každé stádium je charakterizováno určitými strukturálními a funkčními znaky a změnami ve vztahu mezi organismem a přírodním či sociálním prostředím. Soubor takových specifických charakteristik zpravidla od sebe odlišuje jednotlivá vývojová stádia, např. období nitroděložního života, údobí kojenecké, dětské, dospělosti a také stáří. Stáří je tedy poslední ontogenetickou vývojovou etapou. Souvisí se všemi předcházejícími fázemi, každá z nich vtiskla stáří svou pečeť, zanechala tu stopy. Současně však má stáří svá biologická specifika, která je zásadně odlišují od jiných vývojových stádií. Tato skutečnost je rozhodujícím klíčem k pochopení stáří jak v teorii, tak v praxi.⁴⁶

1.1. Definice stáří

Pokusů o definování stárnutí a stáří už bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní.²² Pro přehled zde uvádím několik definic stáří a stárnutí dle různých autorů.

V encyklopedickém slovníku je stárnutí definováno jako „přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)“. Individuální involuční nevratný proces (u člověka obvykle po 30 letech života) je zřejmě v buňkách geneticky zakódován, ale je ovlivněn i životním (exogenním) prostředím. Proces stárnutí je zákonitý, je přirozeným jevem pro každého jedince, rodinu, komunitu a společnost. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemocí, ale přirozeným fyziologickým procesem.²²

⁴⁶ Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 29.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 7.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 7.

Pacovský rozlišuje fyziologický typ stárnutí, kdy stárnutí je normální součástí života, zákonitou epochou jeho ontogeneze. Říká, že stárnutí je v podstatě vždy proces disociovaný, dezintegrovaný, asynchronní. Dále pak hovoří o patologickém stárnutí, kterým může být např. stárnutí předčasné (progérie). Stáří chápe jako závěrečnou etapu ontogenetického vývoje, která má stejně jako jiná vývojová stádia své specifické znaky odlišující jí od jiných životních etap. Stárnutí je vlastně cestou do stáří, přechodným vývojovým obdobím mezi dospělosti a stářím. Tvrdí, že oba jevy jsou geneticky dány, že podléhají formativním vlivům prostředí a vzniklé změny jsou neopakovatelné a nezvratné.⁴⁶

Podle **Haškovcové** je stáří přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si však uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku.⁸

Kalvach uvádí, že stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký genotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role.²⁸

Topinková s **Neuwirthem** uvádějí, že stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. Jeho průběhu říkáme život. Délka života je geneticky determinována a pro každý živočišný druh je specifická.⁶³

1.1.1. Teorie Stárnutí

Stejně jako jsou nejednotné a různorodé definice stáří, rozmanité jsou také teorie vysvětlující a objasňující příčiny stárnutí.²²

⁴⁶ Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 30.

⁸ Haškovcová, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990, s. 59.

²⁸ Kalvach, Z., Jiráček, R., Zadák, Z., Zavazalová, H., Sucharda, P. a kolektiv Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 47. Dále v textu cit. jen: Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, č. s.

⁶³ Topinková, E., Neuwirth, J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada Publishing, 1995, s. 17.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 13.

Teorie vysvětlující stárnutí jsou nejčastěji děleny do dvou oblastí: na teorie biologické a sociální. **Biologické teorie** dále upřesňuje a třídí Pacovský na **teorie vnitřních vlivů a zevních vlivů**.

- **Teorie o působení zevních vlivů (*ekologická teorie*)** poukazuje na to, že zevní vlivy ovlivňují pozitivně nebo negativně proces stárnutí. Patří sem různé chemické látky, složení a způsob příjmu potravy, působení virů a bakterií a také četné psychosociální faktory. Obvykle se na procesu stárnutí podílí více zevních činitelů současně.
- Mezi **teorie o působení vnitřních vlivů** patří podle Pacovského několik významných teorií stárnutí:
 - ❖ Teorie **genetického programu** předpokládá, že stárnutí je projevem biochemických změn, zakódovaných v molekule DNA každé buňky a délka života každého jedince je naprogramována.
 - ❖ Teorie **metabolických změn** vycházejí ze studia změn stárnoucího organismu a probíhají na úrovni molekulární, buněčné, tkáňové i orgánové. Sem patří **teorie volných radikálů** – volné radikály rychle vstupují do různých metabolických dějů, především oxidační povahy a v organismu vyvolávají výrazné změny v buněčných membránách a v genetickém materiálu. Dále sem patří **teorie hromadění (lipofuscinu)** – při odbourávání buňky vznikají odpadové látky např. lipofuscin a s postupujícím věkem dochází k jeho nahromadění v buněčných organelách.²²
 - ❖ Teorie **porušené integrace a organizace** sem patří **teorie imunologická** – při dělení buněk nastávají chyby, které organismus s narůstajícím věkem není schopen rozpoznávat a odstraňovat. Tak dochází k hromadění imunologicky vadného materiálu a k nástupu autoimunního fenoménu.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 14.

Sociální teorie vztahující se ke stárnutí a stáří jsou ovlivňovány strukturou společnosti a sociální změnou. Mezi nejčastěji uváděné sociální teorie patří:

1. **Teorie aktivity**, která považuje pokračování aktivit za významný základ pro získání udržování uspokojení, sebepojetí a zdraví ve stáří.²²
2. **Teorie neangažovanosti**, jež je cílená v minulém období, přičemž míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů.
3. **Teorie kontinuity a diskontinuity**, která vychází z předpokladu, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynějšího životní situace se situací, v níž žil ve středních letech. Čím více je změn, tím je diskontinuita větší.²²

1.1.2. Periodizace stáří

S členěním životních cyklů na určité úseky se setkáváme již v dávné minulosti. **Hippokrates** dělí lidský život do sedmi období a každému období připisuje rovněž sedmileté trvání. **J. A. Komenský** člení lidský věk v díle *Orbis Pictus* také na sedmiletí: dítě, pachole, mládenec, jinoch, muž, starý muž, kmet.⁶

Erikson ve své koncepci psychosexuálního vývoje dospěl k rozdělení na „osm věků“ a vychází z předpokladů, že člověk na určitém stupni svého vývoje musí vyřešit určitý psychosociální konflikt. Podle tohoto pojetí musí starý člověk dosáhnout osobní integrity, která je výsledkem celého dřívějšího života. Nedostatek integrace vyvolává strach ze smrti, zoufalství a nevyrovnanost. Etapu stáří nazývá **Erikson** pozdní věk a zahrnuje do ní člověka od 65 let.⁶ **Stuart-Hamilton** rozlišuje věk chronologický (podle data narození) a věk sociální (vztahuje se ke společenskému očekávání, chování přiměřeného určitému biologickému věku). Zmiňuje se také o věku biologickém (posuzuje se podle tělesných známek stárnutí) a psychologickém (zdůrazňují se duševní stránky stárnutí).⁵⁶ Pole kritérií **Organizace spojených národů (OSN)** se obyvatelstvo dělí na tři hlavní věkové skupiny: 0-14 let, 15-64 let a 65 let a více.⁷¹

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 15.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 14.

⁶ Čížková, J., Binárová, I., Holásková, K., Petrová, A., Pléková, I., Pugnerová, M. Přehled vývojové psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000, s. 18. Dále v textu cit. jen:

Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, č. s.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 130.

⁵⁶ Stuart-Hamilton, I. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999, s. 21.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s.12.

Příhoda rozděluje lidský věk následovně: 30-44 let dospělost – **adultium**, 45-59 let střední věk – **interevium**, 60-74 let stárnutí, časná stáří – **senescence**, 75-89 let vlastní stáří, kmetství – **senium**, 90 a více let dlouhověkost – **patriarchium**.²⁸

Experti Světové zdravotnické organizace (WHO) navrhli v šedesátých letech 20. století členění lidského života, které vychází z kalendářního (chronologického) věku a opírá se o tzv. patnáctileté periody lidského života. Věkové rozpětí mezi 45-59 lety je považováno za střední (zralý) věk, období od 60-74 let je definováno jako rané stáří (vyšší) věk. Za počátek vlastního stáří se pokládá 75. rok života. Obdobím senescence (kmetství) je nazýván věk od 75 do 90 let. Senioři nad 90 let věku jsou považováni za dlouhověké.²²

Pacovský vymezuje **věk kalendářní**, matriční, chronologický (je dán datem narození, ale nevypovídá nic o skutečném funkčním potencionálu člověka) a **věk funkční**, skutečný (odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka).⁴⁴ Je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.

- **Biologický věk** (biologické stáří) je důsledkem:
 - geneticky řízeného programu biologického stárnutí, především involučních fyziologických dějů
 - celoživotním působením zevního prostředí a způsobem života
 - chorobnými situacemi.
- **Psychologický věk** (psychické stáří) je podmíněn mnoha faktory, především přirozenými funkčními změnami v průběhu stárnutí, individuálními osobnostními rysy, reakcí jedince na stáří.
- **Sociální věk** (sociální stáří) zahrnuje rozmanité stránky sociálního života člověka.⁴⁵

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie. 2004, s. 47.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 13.

⁴⁴ Pacovský, V. a Heřmanová, H. Gerontologie Praha: Avicenum, 1981, s. 15.

⁴⁵ Pacovský, V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scienta Medica, 1994., s. 13.

Kalvach rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické.

- **Kalendářní stáří** je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. I arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod. V kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří navrhla v 60 letech B.L. Neugartenová (Neugarten, 1966) pojmy „mladí senioři“ pro věk 55-74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let.²⁸ Z jejího pojetí je odvozeno současné orientační členění stáří: 65-74 let: mladí senioři, 75-84 let: staří senioři, 85 a více let: velmi staří senioři.
- **Sociální stáří** postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. Sociální periodizace často užívá označení první věk (předproduktivní, období dětství a mládí), druhý věk (produktivní, období dospělosti), třetí věk (postproduktivní, stáří), případně čtvrtý věk (období závislosti).²⁸
- **Biologické stáří** je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Nesčetná pracoviště, která se biologickým věkem dnes zabývají, obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce, kondice i patologie.²⁸

1.1.3. Demografický vývoj

Stáří obyvatelstva je výsledkem procesu demografického stárnutí. Demografie je nauka o obyvatelstvu a zkoumá jeho složení a pohyb.⁷¹ Civilizační vývoj je spojen se změnami reprodukčního chování, které se projevují ve změnách dvou základních procesů, porodnosti a úmrtnosti, i v ostatních demografických procesech, které s nimi souvisí (sňatečnost, rozvodovost, potratovost, v širším pojetí též migrace).²⁸ Z hlediska demografického můžeme rozeznávat **stárnutí absolutní a stárnutí relativní**. **Absolutní stárnutí** znamená **zvyšování počtu**

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 47.

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 47.

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 48.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 11.

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 51.

starých lidí v populaci a je výsledkem snižování úmrtnosti a prodlužování střední délky života. **Relativní stárnutí** znamená **zvyšování podílu (procenta)** starých lidí v populaci a je výsledkem jak snižování úmrtnosti, tak především snižování porodnosti. Mluví-li se obecně o demografickém stárnutí, má se tím zpravidla na mysli stárnutí relativní.⁷¹ Pro definování populace jako mladé, staré či stárnoucí je třeba znát její věkovou strukturu a vzájemné proporce věkových skupin 0-14 let, 15-59 let a 60 a více let.²⁸ Podle kritérií **WHO** se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7% osob starších 65 let.¹⁰ Vzájemný poměr různých věkových skupin populace vyjadřuje klasický strom života (věková pyramida). Na tomto základě byla vytvořena známá typologie rozlišující populace **progresivní** (mladé), **stacionární** (vyvážené) a **regresivní** (staré)²² viz. *příloha 4*.

Sledujeme-li proces demografického stárnutí v ČR v letech 1930-1990, vidíme, že nejrychleji stárlo naše populace v letech 1950-1970. viz. *příloha 4a*. Zatímco v roce **1950** žilo v tehdejší Československu **7,8%** osob starších 65 let, v roce **1970** přesáhl jejich počet **11%**. V současné době u nás počet osob starších 65 let činí **13,8%**. Zahrneme-li mezi „staré občany“ všechny, kteří dovršili 60. rok svého kalendářního věku, pak se podíl „staré populace“ zvýší dokonce na **18,1%**.¹⁰ Podle prognóz našich demografů i OSN může být naše republika v polovině 21. století spolu s Itálií a Řeckem společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě. Očekávaný absolutní nárůst počtu obyvatel v ČR ve věku 60 a více let v období 2002 až 2050 je z 1,93 milionu na 3,67 milionu seniorů. Změna věkové struktury populace ČR v období 2002-2050²⁸ viz. *příloha 4b*. Z projektového vývoje populace vyplývají následující závěry: v roce 2030 bude v naší populaci 23-25% osob starších 65 let a starších, v roce 2050 by měly osoby nad 65 let věku představovat až 33% populace.²²

Pro doplnění ještě uvádím srovnání věkové struktury v ČR s vybranými státy dle OSN viz. *příloha 4c*.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 12.

²⁸ Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 16.

¹⁰ Haškovcová, H. Manuálek sociální gerontologie. České ošetrovatelství 10. praktická příručka pro sestry. Brno: IDVPZ, 2002, s. 14. Dále v textu cit. jen: Haškovcová, H. Manuálek sociální gerontologie. 2002, č. s.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 16.

¹⁰ Haškovcová, H. Manuálek sociální gerontologie. 2002, s. 14.

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 52.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 19.

1.2. Změny ve stáří

1.2.1. Tělesné – fyziologické změny ve stáří

Tělesné projevy a změny, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich časová manifestace, rozsah i úplnost vyjádření jsou velmi individuální.²⁸

Typickým jevem ve stáří je *pokles tělesné hmotnosti a výšky*. Změny hmotnosti souvisí se změnami tělesných proporcí, snížení hmotnosti celé kostry, zmenšení váhy vnitřních orgánů a výrazný pokles váhy svalstva. Úbytek tělesné výšky je způsoben degenerativními změnami chrupavky, atrofií kostí a sesedáním meziobratlových plotének.⁶

Změny pohybového aparátu: U kosterních svalů dochází k atrofií, klesá jejich pružnost, rychlost a síla jejich kontrakcí. Současně s tímto klesá hbitost pohybů, svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu.⁶ Mění se chemická skladba kostí, ubývá vápníku, kosti mají sklon k lomivosti.²²

Změny kardiovaskulárního systému: Srdce má snížené výkonnostní maximum, tzn., že při vyšší zátěži dochází k funkční nedostatečnosti.⁶ Buňky převodního systému srdečního zanikají. Srdeční chlopně degenerují a ukládá se v nich vápník. Klesá průtok krve všemi orgány, nejvíce ledvinami. Tepny se zvětšují, prodlužují a pojmu více krve, ale jejich elasticita klesá. Tím je narušena regulace krevního tlaku a vzniká tzv. pružníková hypertenze.²²

Změny respiračního systému: Mění se poddajnost plic a vitální kapacita klesá. Snižuje se rychlost dýchání i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Snížená funkce respiračního systému vede k hypoxii.

Změny nervového systému: Postupně ubývá počet neuronů, dochází k zužování myelinizovaných nervů a k snižování rychlosti vedení nervem.⁶ Typické jsou pomalejší pohyby i chůze, flekční držení těla a zhoršená schopnost udržet rovnováhu.

Změny vylučovacího systému: Klesá očišťovací schopnost ledvin a maximální koncentrační schopnost ledvin. Snižuje se elasticita uretry, močový

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 99.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 131.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 131.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 22.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 132.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 23.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 132.

měchýř má nižší kapacitu, snižuje se síla obou svěračů, stoupá postmikční reziduum. Močová inkontinence postihuje asi 15-30% osob starších šedesáti let.

Změny trávicího systému: Dochází k opotřebenosti a ztrátě zubů, zubní sklovina hrubne a zuby žloutnou, zmenšuje se množství vylučovaných slin, snižuje se acidita žaludeční šťávy. Motilita trávicí trubice se zpomaluje, zhoršuje se vyprazdňování žaludku. Změněná peristaltika tlustého střeva vede často k k zácpám. V pankreatu se objevují atrofické změny Langerhansových ostrůvků, vzniká stařecká forma diabetes mellitus.²²

Změny smyslových orgánů: **Zrak** – degenerativní změny způsobují snížení zrakové ostrosti (ztrátou pružnosti čočky), akomodace, změny v rozpoznávání barev. Velmi závažné jsou změny sítnice, které ohrožují zrakovou percepci.⁶

Sluch – degenerativní změny sluchového receptoru způsobují nedoslýchavost (presbykuzii), která je většinou oboustranná a postihuje více muže. Involuční proces začíná už v mládí a postupně dochází ke snížení sluchové ostrosti pro vysoké tóny. Na vzniku nedoslýchavosti se dále mohou podílet i rizikové faktory např. nadměrná hlučnost, ateroskleróza, malnutrice, toxické vlivy.²²

Ve stáří dochází ke snížení prahu percepce chuti pro slané a sladké podněty.³⁶ **Chuť i čich** klesá významně u kuřáků. Mezi další změny ve stáří patří změny kůže, vznikají vrásky, kůže je suchá, tenká, svrašťelá, kožní turgor je snížen a objevují se pigmentace hlavně na nekrytých částech těla. Vlasy šediví, řídnou a vypadávají. Nehty rostou pomaleji, objevují se na nich podélné rýhy a dráhy.²²

1.2.2. Psychické – psychosociální změny ve stáří

Pro stáří je charakteristický pokles duševních funkcí, který je podmíněný biologickými změnami. Involuční procesy vyvolávají zhoršení vnímání, zhoršení motoriky, zpomalení duševních pochodů a všech složek psychické činnosti (myšlení, paměť, citové prožívání, motivace).⁶

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 24.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 134.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 24.

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemocí. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 141.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 22.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 134.

- **Změny v osobnosti**

Při fyziologickém stárnutí a stáří se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Pro kvalitu psychiky ve stáří má největší význam osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk. Integrita osobnosti zůstává zachována, obvykle se mění jen její dílčí funkční schopnosti. Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě, člověk „karikuje“ svou vlastní povahu.

Dříve nedůvěřivý člověk se např. stává sudičem nebo se může izolovat, introvert se stává samotářským, šetrnost se může stupňovat v lakotu, energičnost ve výbušnost opatrnost a ostražitost v nedůvěřivost, sobeckost se stupňuje v egocentrismus.⁴⁶ I v oblasti psychiky platí, že při stárnutí a stáří všechny změny nesměřují vždy k horšímu, naopak. Často se např. zvyšuje vytrvalost, vážnost, trpělivost, obezřetnost, rozvaha, klid. Ve struktuře osobnosti se může přesouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů.⁴⁵ **Haškovcová** konstatuje, že ve stáří dochází k obratu od materiálních hodnot k duchovním hodnotám, k introvertizaci a egocentrismus. Mění se také hierarchie osobních hodnot, postoje k sobě samému, k druhým lidem a ke společnosti.⁸

- **Změny v kognitivní oblasti**

- ❖ **Změny v intelektové oblasti – inteligenci:** Američtí psychologové

Catell a Horn rozlišují dvě komponenty inteligence: **fluidní**, kterou se rozumí schopnost poměrně rychle se učit a řešit úkoly, případně řešit úkoly blízké běžné praxi, v nichž převažuje jemná (převažuje v mladším věku) a **krystaloidní**, která je výsledkem celoživotního procesu učení a opírá se o dlouho shromažďované schopnosti a zkušenosti (vrcholí v době raného stáří).³⁶

- ❖ **Paměť:** Poruchy paměti se projevují především ve složce vstřípivosti a reprodukce. Stáří je typické zchovalou dlouhodobou pamětí a zhoršenou pamětí krátkodobou. Mechanická paměť zůstává zachována až do vysokého věku, i když se celková kapacita paměti snižuje.

- ❖ **Učení:** Schopnost učení klesá od rané dospělosti, rychleji pak kolem 70 let života. I ve vysokém věku se mohou staří lidé učit, dá jim to však víc práce a trvá jim to déle.²²

⁴⁶ Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 39.

⁴⁵ Pacovský, V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scienta Medica, 1994., s. 13.

⁸ Haškovcová, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990, s. 249.

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 142.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 27.

❖ **Myšlení:** Proces stárnutí ovlivňuje kvantitativně myšlení.

K involučním změnám dochází již dříve, senioři zaměřují více své myšlenky do minulosti než do budoucnosti. V myšlení seniorů ubývá určité nápaditosti, s čímž souvisí výraznější snížení abstraktního myšlení při zachování konkrétního.⁶

- **Změny ve vnímání**

Příčinou zhoršeného vnímání jsou změny ve smyslových orgánech, v nervovém přenosu a v centrálním mozgovém zpracování.⁶ Zhoršené vnímání spolu se sníženou pohybovou koordinací omezuje seniora v sociálním začlenění, reakce na podněty jsou zpomalené a často neadekvátní dané situaci. negativně ovlivňuje život seniora. Menší příjem zevních informací vede k postupnému odtažení od reality, omezení činností může vyvolat pocity úzkosti, nejistoty, strachu.²²

- **Změny v citovém prožívání**

Stárnutí tkání v nervové soustavě vede ke snižování odolnosti vůči zátěžovým situacím. Mladý člověk má vyšší frustrační toleranci jednak díky silnější nervové soustavě a jednak díky perspektivám, které se mu do budoucna nabízejí. Příčina citové lability seniora se vysvětluje fyziologickými změnami a ztrátou orientace na budoucnost. Změny v citových složkách duševního života, pohyblivosti nálad a v citové reaktivitě, nejsou u starých lidí jednotné.⁶ Oslabeny jsou především vyšší city a snižují se rovněž city sociální a estetické.²²

- **Změny v životní orientaci**

Stárnoucí lidé jsou na stáří poměrně nepřipraveni. Stáří k nim přichází neočekávaně, jen málo počítají se změnami, k nimž u nich v průběhu stáří nutně musí docházet. Nevytvořili si vlastní věkovou perspektivu a jsou překvapeni, bezradní a nejistí. Úkol, který stojí před stárnoucím člověkem je vyrovnat poměr mezi *tzv. retrospektivním, a prospektivním* pohledem na život. V době mládí a dospělosti dominuje pohled kupředu – prospektivní pohled na život. Ve stáří se zaměřuje pozornost člověka spíše na minulost (dominuje tzv. retrospektivní zahledění). Jde o to, aby se ve stáří neztratilo právě prospektivní hledisko, aby stárnoucí člověk neustále měl pro co žít.³⁶

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 137-138.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 137.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 25.

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, s. 138.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 27.

³⁶ Krivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 143-144.

2. Potřeby ve stáří

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. V průběhu života člověka se potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality.⁶⁶ Ve stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Zvyšuje se potřeba bezpečí, citové jistoty, senior se více fixuje na rodinu. Snižuje se potřeba podnětů a změn a do popředí vystupují potřeby základní, fyziologické.²² Věkem, nemocí, náročnou životní situací může být porušena nejen vnitřní rovnováha organismu, ale i rovnováha s vnějším prostředím projevující se frustrací – neuspokojením mnoha potřeb člověka. S vysokým věkem u starého člověka nedochází jen k porušení biologické rovnováhy organismu, ale s věkem je narušena především psychosociální rovnováha a rovnováha s prostředím.²⁰

2.1. Charakteristika a klasifikace potřeb

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá.⁴²

Potřebou se tedy nerozumí, pouze, něco co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Je to určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem bytostného přání.⁴⁹

Americký psycholog ruského původu **Abraham Harold Maslow** představitel humanistické psychologie předpokládal, že *existuje hierarchie potřeb, viz obr. č. 1.* stoupající od základních biologických potřeb ke složitějším motivům, které se stávají důležitými pouze tehdy, když jsou uspokojeny základní potřeby¹ Jeho model potřeb zahrnuje dvě základní úrovně potřeb: fyziologické a psychosociální.¹⁵

⁶⁶ Trachtová, E. a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ. 1999, s. 10.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 33.

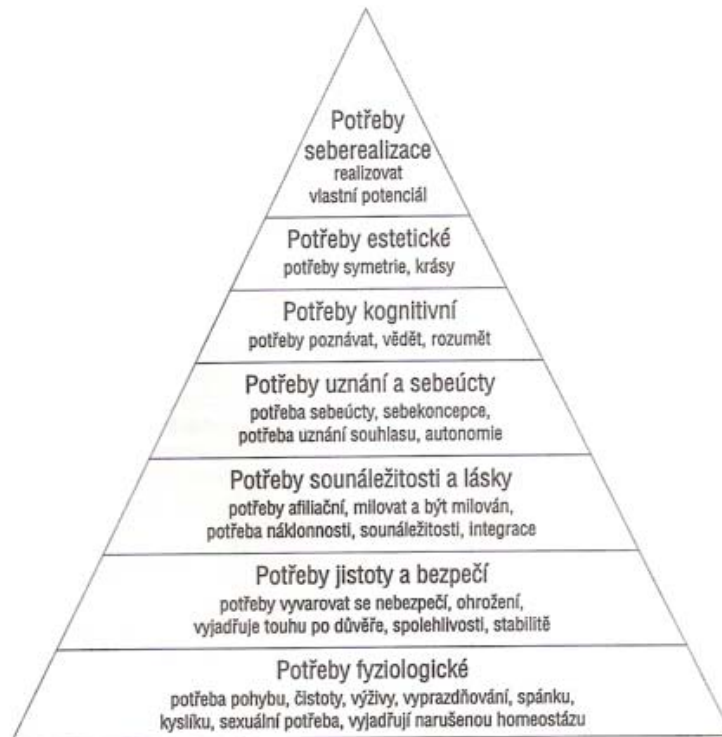
²⁰ Chloubová, H. Změny potřeb ve stáří. In: Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení. roč. 1., č.2, 2005, s. 22-23.

⁴² Nakonečný, M. Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997, s. 109.

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s. 36.

¹ Atkinson, R., Atkinson, C. Psychologie. Praha: Portál, 2003, s. 471.

¹⁵ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.1, 4/15.2.2., s. 2.



Obr. č. 1: Maslowova hierarchie potřeb⁶⁶

Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie. Maslowova filozofie člověka je součástí jeho světového názoru, který nazývá „ **názorem holisticko-dynamickým**“.⁶⁶ Východiskem hierarchického uspořádání potřeb je jejich prožívání, naléhavost a princip, že potřeby vyšší jsou uspokojovány teprve tehdy, když jsou do určité míry uspokojeny potřeby nižší.⁴³

Hierarchický organizovaný systém potřeb podle Maslowa:

1. **Potřeby fyziologické** jsou zcela základní, neuspokojení jedné z nich se může odrazit na celkovém stavu a zdraví člověka. Z tohoto důvodu jsou na nejspodnějším stupni pyramidy, jsou to: potřeba zdraví, potravy, dýchání, vylučování, spánku a odpočinku, hygieny, tišení bolesti, fyzických kontaktů atd. Pokud u někoho nejsou fyziologické potřeby alespoň částečně uspokojeny, není možné u něj postoupit k dalším stupňům potřeb.

⁶⁶ Obrázek převzat z Trachtová, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ. 1999, s. 15.

⁶⁶ Trachtová, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ. 1999, s. 13.

⁴³ Nakonečný, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, s. 209.

2. **Potřeba jistoty a bezpečí** je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochrany, ekonomického zajištění atd. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty.
3. **Potřeba sounáležitosti a lásky** je potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Objevuje se při pocitech osamělosti, opuštěnosti.
4. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty.** Jedna se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých, statutu a prestiže uvnitř sociální skupiny.
5. **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.

Pro doplnění ještě uvádím tzv. **metapotřeby**, nebo také potřeby růstu. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy, a harmonie, individuality, autonomie a další.⁶⁶

Další představitel humanistické psychologie americký psycholog **C. Rogers** předpokládal, že základní silou, která motivuje organismus člověka, je tendence k seberealizaci – tendence k uplatnění nebo realizaci všech možností organismů. Rostoucí organismus usiluje o uplatnění svého potenciálu v rámci hranic dědičnosti. Rogers nepopíral, že existují ještě další potřeby, především biologické, ale považoval je za podřízené motivaci organismu k vlastnímu zdokonalení a růstu. Rogersovo přesvědčení o nadřazenosti aktualizace tvoří základ jeho nedirektivní terapie neboli terapie zaměřené na klienta.¹

⁶⁶ Trachtová, E. a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ. 1999, s. 14.

¹ Atkinson, R., Atkinson, C. Psychologie. Praha: Portál, 2003, s. 468.

Podle **Trachtové** je potřeba projevem nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Lidské potřeby se mnění, kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí.⁶⁶

Chloubová charakterizuje potřeby člověka jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy, pohody. Potřeby jsou základní motivační silou udržení homeostázy nejen uvnitř organismu, ale i mezi organismem a prostředím. Přispívají k orientaci v prostředí a adaptaci člověka na jeho změny a zároveň pomáhají samotnému člověku díky aktualizaci a seberealizaci prostředí také měnit.¹⁴

Chloubová, která vychází ve své teorii z Maslowa, aplikuje problematiku teorii lidských potřeb v ošetrovatelství na **Domu životních potřeb viz obr. č. 2**. Hierarchické uspořádání Chloubové vychází z myšlenky, že každý člověk si během svého života staví svůj Dům životních potřeb.

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebepojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc submise	být první dobrodružství
láska	sounáležitosti	důvěra	komunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení prostředí	informace podněty	naděje víra	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdňení moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo pohodlí (být bez bolesti)	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

(Chloubová –1992)

Obr. č. 2: Dům životních potřeb¹⁵

⁶⁶ Trachtová, E. a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ. 1999, s. 10.

¹⁴ Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2003, č.4, 4/15.2.1., s. 1-3.

¹⁵ Obrázek převzat z Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.1, 4/15.2.2., s. 2.

Aby takový Dům životních potřeb mohl dobře stát, musí mít „pevné základy“, které tvoří:

Tělesné – fyziologické potřeby: dýchání s kardiovaskulárními funkcemi, hydratace, výživa, vyprazdňování moči a stolice, tělesná a duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, pohodlí – být bez bolesti, očista a hygiena, sexuální a mateřské potřeby – jsou nejzákladnějšími potřebami a tvoří přízemí domu:

- jsou dané tělesnými funkcemi organismu, bez nichž člověk funguje s velkými obtížemi, neboť jeho existence je přímo ohrožena.
- zdraví lidé jim nevěnují pozornost, nepřipisují jim velký význam a považují je za samozřejmost. Uvědomují si, že tělesné zdraví není cílem, ale prostředkem a cestou k vyšším životním hodnotám.
- v nemoci, traumatu, či vysokém věku jsou jedna či více potřeb porušeny. Čím více tělesných potřeb není saturováno, tím je zdravotní stav nemocného vážněji ohrožen.¹⁵

Psychosociální potřeby: tyto potřeby mají pro člověka velkou hodnotu (např. zdraví, spokojenost, láska, úspěch, svoboda, pochopení aj.). Proto je rovněž můžeme nazvat životními hodnotami, přáními, či přímo životními cíli. Mají daleko silnější dynamiku: zaměření pozornosti, aktivit, emocí, pevných postojů čili motivů chování člověka. Psychosociální potřeby člověka jsou mnohem složitější, protože:¹⁴

- vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací.
- jsou velmi individuální, jelikož jsou závislé nejen na individuálních osobnostních, genetických či rasových předpokladech, ale také na prostředí, do kterého člověk proniká.
- rovněž jsou závislé i na sociálním prostředí a okolnostech, které umožňují socializaci člověka (výchova, vzdělání, kultura, náboženství, politické uspořádání, materiální možnosti atd.).

¹⁵ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.1, 4/15.2.2., s. 2-3.

¹⁴ Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2003, č.4, 4/15.2.1., s. 3.

- *potřeby existenciální* (potřeby umožňující orientaci a adaptaci v novém prostředí. Pro nemocného člověka mají zcela základní význam, protože souvisí s jeho existencí.¹⁵

Vyšší psychosociální potřeby:

- *potřeby vztahové – afiliační, sociální, lásky a sounáležitosti* (jsou to potřeby, které se stávají důležité v okamžiku, jakmile jsou uspokojeny potřeby tělesné a existenciální. Člověk touží po citovém vztahu, po lásce, chce někam patřit, mít někde kořeny, někomu pomáhat, aby někdo pomáhal jemu).
- *self („Já“) potřeby – sebepojetí a sebeúcty* (tyto potřeby zahrnují všechny myšlenky, vjemy, hodnoty, které charakterizují „Já“, zahrnují vědomí „Kdo a co jsem a co dokážu?“ Toto vnímané „Já“ pak ovlivňuje, jak se člověk chová a jak vnímá svět).
- *potřeby seberealizace – sebeaktualizace* (sem patří potřeby tvůrčí, duchovní, kulturní, estetické, pracovní atd.)¹⁹

Potřeby vyjadřují vztah člověka k životu a k prostředí. Vznikají porušenou rovnováhou vnitřního či zevního prostředí, která se projeví stavem nedostatku či přebytku – frustrací potřeb, což vede k napětí, dynamické síle a aktivitám vedoucím ke znovunabytí rovnováhy a k saturaci potřeb.¹⁴

2.2. Vyšší psychosociální potřeby

Jakmile člověk uspokojí nižší potřeby (existenciální tělesné a psychosociální), zatouží po uspokojení potřeb vyšších.¹⁹ Vyšší psychosociální potřeby jsou nejen závislé na přírodních a materiálních podmínkách, ale jsou i společensky, kulturně, nábožensky a historicky podmíněné.¹⁴

¹⁵ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.1, 4/15.2.2., s. 3-5.

¹⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.5, 4/15.2.3., s. 1-2.

¹⁴ Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2003, č.4, 4/15.2.1., s. 8-9.

¹⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.5, 4/15.2.3., s. 2.

¹⁴ Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2003, č.4, 4/15.2.1., s. 7.

2.2.1. Potřeby lásky a sounáležitosti (vztahové, afiliační, sociální)

2.2.1.1. Charakteristika potřeb

Podle *Maslowa* jsou tyto potřeby charakterizovány jako: „Nutnost člověka někam a někomu patřit, být přijímán a milován, přijímat a milovat (patří sem i vztah sexuální). Dominujícím cílem je skupinové příbuzenstvo, láskyplné vztahy s druhými, potřeba mít své místo v rodině.“⁵³

Chloubová, která ve svém pojetí vychází z Maslowa je popisuje jako: „Touhu člověka po citovém vztahu, po lásce, přátelství. Člověk chce někam patřit, mít někde své kořeny, touží někomu pomáhat a naopak, aby někdo pomáhal jemu.“ Člověk je součástí různých sociálních prostředí – rodiny, partnerství, skupin, společenství atd. – charakterizovaných vztahy, komunikací, integrací, důvěrou, náklonností, láskou, sounáležitostí, přátelstvím, péčí o druhé, závislostí, dominancí.¹⁹

Láska a sounáležitost

- Je přirozeným rozměrem člověka. Všeobecně lze lásku popsat jako velmi silné emocionální pouto, napřaženost k vlastnímu bytí, a vzájemnou sounáležitost s bytostmi, které milujeme. Důležitým aspektem je důvěra, porozumění a připravenost obětovat se. Láska se opírá o vzájemnou sounáležitost, která v sobě zahrnuje něhu, dobrotu, shovívavost.
- Psychologickým základem lásky je vzájemná důvěra, porozumění připravenost přinášet oběti. Za podstatné znaky lásky se pokládají: přijetí druhého, potřeba jeho blízkosti, potřeba identity s druhým, snaha mít druhého pro sebe, poskytovat oporu, ochranu a něžnost, chápat ho atd.⁵³
- Láska je nejsilnějším emočním stavem, nezměřitelným a zcela subjektivním. Láska je citový vztah, kdy dochází k souznění. Potřeba lásky je velkou životní hodnotou, je to cesta k radosti, štěstí a zdraví – pokud je vzájemná.

⁵³ Seifertová, D. Diplomová práce – Saturace vyšších psychosociálních potřeb u hemodialyzovaných pacientů. 2004/2005, I.LF. UK. UTPO, s. 34.

¹⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.5, 4/15.2.3., s. 2.

⁵³ Seifertová, D. Diplomová práce – Saturace vyšších psychosociálních potřeb u hemodialyzovaných pacientů. 2004/2005, I.LF. UK. UTPO, s. 35-36.

Lásku dělíme podle toho, na jakém vztahu je založena:

- „*Eros*“ (erotická láska, založená na **citově – sexuálním vztahu**: láska milenecká, romantická, partnerská, manželská...; v těchto láskách, kromě sexuální vášně, hraje ve vztahu roli ještě emoční vřelost, intimita, oddanost a další).
- „*Filia*“ (láska založená na **vtazích mezi rodiči a dětmi**: láska mateřská, otcovská, bratrská, sesterská).
- „*Agape*“ (láska založená na **vztahu k bližnímu** : křesťanská, sousedská).
- „*Přátelská*“ (založená na hlubokém přátelství).¹⁹

2.2.2. Potřeby sebepojetí a sebeúcty – self („Já“) potřeby

Osobnost člověka – jeho „**Já**“ tvoří základ, centrum, jádro naší osobnosti. Uvědomění si tohoto tzv. „**Já**“ je součástí sebepojetí. Vlastní „**Já**“ je velice důležité v sociální interakci každého člověka. Co si o sobě myslíme, jak na sebe pohlížíme, jak k sobě promlouváme vnitřní řečí, jak si sebe sama ceníme, se odráží nejen v komunikaci s ostatními lidmi, ale výrazně se promítá i do našeho chování a vztahů, které s okolím navazujeme. **Sebepojetí** je naše představa o tom, kdo jsme. Je to vnímání sama sebe, našich silných a slabých stránek, našich schopností. Představu o sobě odvozujeme také z představ, které o nás mají druzí, ze srovnání sebe s druhými, z hodnocení vlastních myšlenek a chování. Informace o sobě tedy získáváme velmi podobným způsobem jako informace o druhých.³⁰

2.2.2.1. Charakteristika potřeb

Tyto vyšší psychosociální potřeby *Maslow* popisuje jako: potřebu dosahovat úspěšného výkonu a potřebu prestiže, potřebu být druhými vážen, ceněn – a sám sebou kladně hodnocen. Rozlišuje dva základní typy:

1. úctu k sobě samému (pohled na vlastní důstojnost, zahrnující přání způsobilosti, důvěry, úspěchu, nezávislosti a svobody).

2. úcta (váženost) od druhých (týkající se renomé – prestiže, uznání, reputace, postavení, ocenění a přijetí).¹

¹⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádece zdravotní sestry. Praha: 2004, č.5, 4/15.2.3., s. 5.

³⁰ Karalová, L. Diplomová práce – Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací. 2005/2006, 1.LF.UK. UTPO, s. 18.

¹ Atkinson, R., Atkinson, C. Psychologie. Praha: Portál, 2003, s. 471.

Existují ještě jiná dělení pohledu sama na sebe, které člověka během celého života významně ovlivňují:

- **Pohled druhých** (jak mne vidí osoby pro mne významné)
- **Sociální komparace** (jaký jsem ve srovnání se sobě rovným)
- **Interpretace a hodnocení vlastní osoby** (jak hodnotím své vlastní názory a chování)
- **Kulturní vlivy** (jak se řídím učením kultury, ke které patřím)³⁰

Rogers ve své teorii charakterizoval sebepojetí – self ve dvou rovinách:

- **Reálné „Já“** (odráží to, jak člověk sám sebe vnímá a hodnotí, tedy to, „co jsem“ a „co dokáži“)
- **Ideální „Já“** (vyjadřuje individuální názor a představu o tom, co je správné a žádoucí, jaký by člověk chtěl být).

Čím blíže je podle Rogerse ideální „Já“ k reálnému „Já“, tím člověk je spokojenější a šťastnější. Velký nesoulad mezi ideálním „Já“ a reálným „Já“ vede k tomu, že je člověk nešťastný a nespokojený.¹

Chloubová v Domu životních potřeb nazývá potřeby vlastního „Já“ – self: jako potřeby vnitřního obrazu vnímání sebe sama – sebepojetí. Do sebepojetí čili self zahrnuje: „všechny myšlenky, vjemy, hodnoty, které charakterizují „Já“, zahrnují vědomí – „kdo a co jsem a co dokáži?“ Toto vnímané „Já“ ovlivňuje, jak se člověk chová a jak vnímá svět. Každá zkušenost je hodnocena ve vztahu k sebepojetí. Jedinec se poté chová v souladu se svým sebeobrazem, chce mít úspěch, dosáhnout uznání druhých, neudělat ostudu, být dobrý a první, pochopit sebe i postavení sebe ve společnosti a světě, chce si zachovat autonomii – svobodu, důstojnost, uchovat si intimitu, mít svou vlastní identitu – jedinečnost.

Sebepojetí zahrnuje složky, které se dají velmi těžko oddělit:

- **kognitivní – poznávací:** sebepoznání, sebehodnocení (představy, mínění, vnímání sebe sama – v reálném já a ideálním já)
- **emocionální – prožívání:** sebeúcta, sebevědomí, svědomí (jak se cítím, jak se mám rád, jak se sobě líbím)

³⁰ Karalová, L. Diplomová práce – Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací. 2005/2006, 1.LF.UK. UTPO, s. 18.

¹ Atkinson, R., Atkinson, C. Psychologie. Praha: Portál, 2003, s. 468.

- **konativní – usilující:** sebedůvěra, sebejistota (pohotovost k jednání obsahuje motivaci a je předpokladem pro seberealizaci a sebeaktualizaci)
- **nevědomá:** (nepoznaná složka osobnosti).¹⁸

2.3. Frustrace vyšších psychosociálních potřeb ve stáří

Neuspokojení čili frustrace potřeb vzniká porušením vnitřní nebo vnější rovnováhy, tj. objektivním nedostatkem biologicky významných látek (kyslíku, vody, potravy), nebo nedostatkem základních podmínek života, jako pocitů bezpečí, jistoty, lásky, uznání apod. Neuspokojená potřeba je signalizovaná nejprve subjektivními pocity. U tělesných potřeb jsou to pocity poměrně jasné a specifické pro každou tělesnou potřebu, protože jsou fyziologicky dané a souvisí s fyziologickými pudy, reakcemi a funkcemi.

Složitější je signalizace frustrovaných **psychosociálních potřeb**, protože pocity *strachu, úzkosti, bolesti, hněvu, nejistoty, bezmoci, beznaděje, ohrožení, smutku, osamělosti atd.* nejsou specifické pro jednotlivé potřeby, ale naopak jsou to často *pocity neurčité* a týkají se několika frustrovaných potřeb. Jsou velmi individuální a závislé na mnoha faktorech daných osobností (věk, typ osobností, genetické vlivy, sociální zralost, zkušenosti, výchova atd.) či vnějšími podmínkami. Člověk je hůře vyjadřuje a někdy je i popírá, třeba proto, že se stydí nebo není schopen je rozpoznat ve vztahu k určité potřebě.¹⁴

Pro projevy frustrace v této oblasti jsou typické určité způsoby myšlení a chování, které mohou být nelogické a nepochopitelné. Chování starých lidí je přitom ochranné, nevědomé v naučené úrovni na zátěž. **Chloubová** je popisuje jako *maladaptivní či neadaptivní chování (reakce)*.¹⁵

Formy maladaptivního chování:

- **agrese** – chování projevující se aktivním bojem s odstraněním domnělého nebezpečí a nejistot.

¹⁸ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – self (já). In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.6, 4/15.2.4., s. 1-8.

¹⁴ Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2003, č.4, 4/15.2.1., s. 3-5.

¹⁵ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.1, 4/15.2.2., s. 6.

- **únik** – chování, které pomáhá rovněž se zbavit ohrožení a nejistot jinou cestou – únikem od nebezpečí, úniky do nemocí, fantazie, drog.¹⁵
- **negativismus** – chování, kdy se člověk negativně, buď sevřeně, nebo skrytě, vyjadřuje o sobě samém, nepřijímá pozitivní zpětné vazby druhých a podceňuje se.
- **racionalizace** – myšlenkovými operacemi člověk upravuje význam nepřijatelné zkušenosti tak, aby mohla být přijata v souladu s jeho sebepojetím.
- **kompence (odčinění)** – tito lidé si zpravidla uvědomili svou nedostatečnost, či nepříjemnou zkušenost a vykompenzovali ji (nahradili) nebo odčinili jinou schopností, či výkonem, aby byli v souladu se svým sebepojetím.
- **projekce** – jsou formy chování, kdy člověk projektuje (přenáší) své nedostatky, nepříjemné zkušenosti, negativní pocity na jiné lidi.
- **represe (popření, odmítnutí)** – tito lidé „zapomněli – odmítli“ velmi nepříjemnou „zraňující zkušenost“ (znásilnění, bití, zneužívání, ublížení...), chovají se, jako by ta zkušenost neexistovala, protože je nepřijatelná pro jejich sebepojetí.
- **přesunutí, přenesení** – člověk se naučil odreagovat svou agresivitu na něčem či někom jiném (zařízení, pes, dítě...), nebo ve výkonu práce (řezník...).
- **rezignace** – vzdání se dosažení cíle.¹⁸
- **regrese** – znamená návrat k vývojově primitivnějšímu chování, na nižší úroveň než odpovídá současnému věku.
- **fixace** – znamená ustrnutí na určitému způsobu chování k jiné osobě nebo na určitému způsobu uspokojování potřeby, i když se situace či osoba již změnila a bylo by potřeba chování vůči ní upravit.
- **bagatelizace** – je to chování, které zlehčuje, znevažuje nebo podceňuje situace, informace ve svém životě nebo v životě druhých.

¹⁵ Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.1, 4/15.2.2., s. 5.

¹⁸ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – self (já). In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.6, 4/15.2.4., s. 10.

- **egocentrismus** – v jednání, myšlení a chování je pozornost zaměřená na vlastní osobu, na svůj prospěch bez ohledu na to, zda takové chování poškozuje druhé.
- **sociální izolace** – vyhýbání se sociálním situacím a styku s lidmi.⁵

Ve stáří dochází nejčastěji k frustraci těchto potřeb – zdraví, soběstačnosti, dochází k vzniku sociálních a ekonomických nejistot, ke změnám a omezením příjmu a zpracování podnětů a zkreslení informací, ke změnám nároků na bydlení, bezpečí a pomoci. Starý člověk daleko více potřebuje ke svému životu klid – mír, věřit a důvěřovat svému okolí, svému „Bohu“ a znát své prostředí, a proto se těžko přizpůsobují novému prostředí. Přibývá bolesti, utrpení, vzniká pocit strachu ze smrti až ohrožení, vzniká panika a stres. Objevují se pocity strachu, nemohoucnosti, slabosti, únavy, bezmoci až závislosti na pomoci druhých lidí. Starý člověk ztrácí jistoty pracovní, ekonomické, ale i sociální, ty pak mohou vést k sociální izolaci, s pocity smutku a osamělosti. Změny v příjmu informací, podnětů a komunikace mohou vést také k sociální izolaci, vznikají dezinformace o prostředí až dezorientace v reálném prostředí, pocity nepochopení. Starý člověk se častěji fixuje na toho, u koho se cítí v bezpečí, cítí pomoc a ochranu. Má svůj řád, svůj pořádek, svá pravidla, návyky a stereotypy a dlouho mu trvá, než se adaptuje na nová pravidla a řád.¹⁶

Staří lidé potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby stejně jako každý z nás. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby (jídlo, pití, spánek...), ale také potřeby psychosociální a vyšší psychosociální (pocit bezpečí, jistoty, komunikace, láska, přátelství, nezávislost, sebepojetí, seberealizace, smysl života...). Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné.⁴⁹

⁵ Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno: IDVPZ, 1997, s. 69-71.

¹⁶ Chloubková, H. Psychosociální potřeby ve stáří. In: Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení. roč. 1., č 3. 2005.

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s. 41.

*„Cesta ti připadá dlouhá,
protože váháš na ni vkročit.
Avšak jen jeden krok by tě
vedl již vpřed.“*

(Abú Jazíd al-Bestámí)

3. Obtíže seniorů při vyrovnávání se s projevem stárnutí

Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná problém,⁴⁶ jak se nejlépe přizpůsobit změnám, které stárnoucí člověk prožívá.²⁸ **Paul Tournier** v pojednání o stárnutí (1981) říká: „Žít znamená stárnout. Všichni stárneme.“ Dodává však zároveň: „Stáří je pro mnoho lidí těžké, avšak pro některé lidi je mimořádně těžké. Je naším úkolem hledat, čím to je, že přijmout fakt stárnutí je pro tolik lidí těžkým úkolem.“³⁶

3.1. Reakce a adaptace na stáří

Prožívání stáří a stárnutí závisí na individualitě každého seniora. Osobní přístup jedince a adaptace na vlastní stáří závisí především na jeho osobnosti a povahových rysech, na jeho celém předchozím životě a na jeho životních zkušenostech.²² Jedinci, kteří „dovedou držet krok“, mají zpravidla schopnost vytěžit ze situací svého předcházejícího života co nejvíce, při řešení zátěží a krizí. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali, trpí špatnou adaptací i ve stáří. První zážitek stárnutí bývá pro ně stresovou situací, rozčarováním. Takový jedinec má pocit, že je najednou oddělen od předcházejícího života, ztratí víru v budoucnost.⁴⁶

V roce 1966 hodnotil **Bromley** prožívání stárnutí a stáří a rozdělil reakce na stáří do pěti adjustačních modelů:

1. Konstruktivnost. Je ideálním standardem adaptace na stáří. Člověk se těší ze života, má smysl pro humor, je tolerantní, přizpůsobivý,

⁴⁶ Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 40.

²⁸ Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie, 2004, s. 106.

³⁶ Křívohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 146.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 28.

⁴⁶ Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 41.

navazuje srdečné osobní vztahy s ostatními lidmi, počítá s jejich oporou a uvědomuje si své úspěchy i chyby, ale také reálnou perspektivu. Má konstruktivní optimistický postoj k životu, smířil se s nutným faktem stáří, je soběstačný. Jeho zájmy jsou cílevědomé a zjevně navazují na jeho předcházející život.

2. **Závislost.** Tato strategie směřuje více k pasivitě a závislosti než k aktivitě a soběstačnosti. Výsledkem je poměrně vyrovnaný jedinec, který očekává pomoc druhých. Není ctižádostivý, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu. Lehko se unaví, prvotní je pro něj odpočinek, pohodlí a bezpečí. Je podezřívavý a neochotný vůči kontaktům s ostatními lidmi, protože by bylo narušeno pohodlí a bezpečnost.
3. **Obranný postoj.** Tato strategie je typická pro profesně a společensky úspěšného člověka. Aktivně se zapojoval do společenských organizací. Je soběstačný, často odmítá pomoc, jen aby dokázal, že není závislý na druhých. Obává se hrozící závislosti a jeho postoje ke stáří jsou spíše pesimistické. Smíří se s ním, jen když jej přinutí okolnosti.
4. **Nepřátelský postoj.** Do této kategorie patří „rozhněvaní muži“. Již v předcházejícím životě svalovali vinu za své neúspěchy na druhé, v jednání s lidmi byli agresivní a podezřívaví. Jsou otroky svých zvyků, neústupní v postojích a hodnoceních, neschopni konstruktivně a realisticky reagovat na problémy stáří. Žijí spíše v ústraní a hrozí jim izolace, vůči stáří a odchodu do důchodu pociťuje odpor. Bývá nevrlý, mrzutý, závistivý a nepřátelský k mladým lidem.
5. **Sebenávist.** Člověk je nepřátelský vůči sobě samému, připisuje si všechnu vinu za své nezdary. Na svůj předcházející život hledí kriticky a pohrdavě, netouží ho znovu prožít. Je smířený s faktem stáří, ale nedovede k němu zaujmout optimistický, konstruktivní postoj. Tito lidé nemají koníčky, jsou nepraktičtí, zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční. Věří v osudovost života a považují se za oběť okolností.⁴⁴

⁴⁴ Pacovský, V. a Heřmanová, H. Gerontologie Praha: Avicenum, 1981, s. 83-84.

3.2. Šok z uzavírajících se dveří

Od dětství do doby dospělosti byl člověk zvyklí na to, že se mu svět neustále více a více otevíral. Rozevíraly se před ním možnosti zkoušet mnohé a v době vrcholu dospělosti byl schopen se dobře vypořádat s různými úkoly. Díky tomu se člověk stával ve vlastních očích i v očích společnosti „někdo“. Pak nastal šok v podobě odchodu do důchodu. Člověk si najednou uvědomí, že je konec výstupu po žebříčku kariéry a mnohé dveře se zavírají. Řadu věcí, které chtěl udělat, již nebude moci udělat, a že mnohé úkoly, plány a projekty už neuskuteční a zůstanou jen ve formě žádoucích přání. Není divu, že tato zjištění vedou často k sebeobviňování, pocitům viny, devalvací – snižování osobní hodnoty a zbytečnosti.

3.3. Přijmout, nebo nepřijmout?

Dojde-li stárnoucí člověk ke zjištění, že se dveře jeho života uzavírají, ocitá se před rozhodnutím „přijmout tuto skutečnost, nebo ji nepřijmout“. S těmi, kteří mají velké těžkosti s přijetím nepřijatelného, se setkáváme dost často. Nepřijetí této skutečnosti má přitom různou podobu. Jeden se chová, jako by se ho stáří snad ani netýkalo, druhý se snaží ve stáří chovat jako mladík. Třetí propadá trdomyslnosti a stranní se společnosti druhých lidí. Další se upne k horečné práci, aby stihl, vše co nebyl schopen udělat a jiný se stane závislým na alkoholu atd. Možnost rozhodnout se pro přijetí, nebo nepřijetí má každý, je dána naší svobodou.

Přijetí – akceptace

Termín „akceptace“, přijetí, kterým se obecně vyjadřuje tento kritický moment života, je latinského původu. Tam „capere“ znamená vzít to, co dostávám, a „accipere“ znamená přijmout se souhlasem to, co se nabízí. Říci tomu své „ano“ a podle toho i jednat. V životě se každý z nás již víckrát dostal do situací, kdy bylo třeba se rozhodnout: přijmout, nebo nepřijmout. Když se člověk v dospělosti rozhoduje, jestli něco přijme či ne, nemusí to být vždy rozhodnutí definitivní. Pokud něco přijme např. nabídku k zaměstnání a později zjistí, že už pro něho není adekvátní, může ho změnit a najít si nové. S přijetím stáří tomu tak není. Není možné počítat s tím, že se dá vše ještě změnit. Jde o přijetí nezměnitelného faktu.³⁶

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 146-149.

Paul Tournier (1981), který se po řadu let intenzivně věnoval problematice „akcepace nepřijatelného“ , došel k jednoznačnému závěru: *je to nevyrovnání se sama se sebou, neakceptace toho, co se semnou děje*. V jádru pak *bázeň a strach z pravdivého pohledu na sebe sama*. Na otázku, proč je třeba přijmout fakt stárnutí, si můžeme odpovědět jednou z mnoha druhů odpovědí např., že stárnutí je přirozeným faktem života, podobně jako je jím i narození, dětství, dospělost. Akceptace stárnutí je nesnadným úkolem pro většinu lidí. V řadách odborníků pracujících se stárnoucími lidmi, existuje jednotný názor, jak přemáhat strach ze stárnutí:

- ***Nepřikazovat nutnost akceptace*** – i když je to právě tento fakt, který rozhoduje, zda bude, či nebude život stárnoucího člověka šťastný a dobrý (kvalitní).
- ***Nebagatelizovat*** – cokoli nám stárnoucí člověk o svých těžkostech říká: např. frází typu „to nic není“ nebo „to není tak strašné“ atp.
- ***Pochopení*** – situace stárnoucího člověka. Porozumět, jak jim asi v jejich těžkostech je, a nikdy nepochybovat o tom, co nám říkají
- ***Naslouchat a soucítit*** – tváří v tvář stárnoucímu člověku, který má těžkosti přijmout neměnitelnou realitu. Strategie empatického naslouchání, je účinná pouze tehdy, pokud je naslouchání skutečné, pravé a upřímné.
- ***Nediskriminovat*** – stárnoucí lidi se změněnou pracovní schopností při hledání zaměstnání atd.³⁶

3.4. Sociální izolace ve stáří

Člověk je tvor společenský, a proto vyhledávání přítomnosti druhých lidí (afiliace) patří k důležitým lidským potřebám. Pro většinu lidí je přirozené navazovat těsné pozitivní vztahy s druhými lidmi, které umožňují spolupráci, přátelství, lásku, získání nových poznatků a porovnání úspěchů a neúspěchů. Ve styku s druhými lidmi si můžeme ověřit, co je správné, vhodné, žádoucí a silněji prožíváme pocit štěstí a radosti. Přítomnost přátel nám poskytne úlevu v bolesti,

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 148-151.

v zármutku, při zklamání a nezdaru. Dostáváme také zpětnou vazbu našeho chování (jsme chváleni či kritizováni).⁵²

- a) **Sociální izolace** – představuje ztrátu kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije. Také starý člověk je závislý na společnosti, ve které žije, pro svůj život potřebuje společenské kontakty. Jejich ztráta je pro něj velkým stresem a může vést až ke smrti.(Zavazalová)⁷¹
- b) **Sociální izolace** – je velkým stresem a znamená vyřazení jedince ze společenství. Může být „dobrovolná“ (spontánní izolacionismus, samotářství) nebo „nucená“ (např. možný konflikt práv jedince se společností, „vyvržení ze společnosti“).(Pacovský)⁴⁵
- c) **Sociální izolace** – a sociální umírání jsou stavy, kdy člověk sice žije, ale Zároveň je „vyvázán“ z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů, izolován od společnosti. Sociální smrt je situace, kdy tyto změny jsou trvalé a nezvratné. (Haškovcová)⁴⁵
- d) **Sociální izolace** – pro řadu lidí je stresujícím faktorem styk s druhými lidmi, ovšem pro jiné může být nejvíce stresující sociální izolace. Ta může být způsobena strachem ze sociálních situací a vyhýbáním se styku s lidmi. Důsledkem je nespokojenost, napětí, trápení se, bezmoc, deprese. (Praško, Prašková)⁵⁰

3.4.1. Klinické formy a projevy sociální izolace

- **Psychosociální deprivace.** Nastává při pasivním způsobu života, kde chybí dostatek zevních podnětů. Projevuje se deficitem nebo odmítáním běžných sociálních komunikací, bezradnosti v nečinnosti a odmítáním pomoci.

⁵² Rozsypalová, M., Čechová, V., Mellanová, A. Psychologie a pedagogika I. Praha: Informatorium, 2003, s. 134.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 45.

⁴⁵ Pacovský, V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scienta Medica, 1994, s. 113.

⁴⁵ Pacovský, V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scienta Medica, 1994, s. 118.

⁵⁰ Praško, J., Prašková, H. Asertivitou proti stresu. Praha: Grada, 1996, s. 29.

- **Syndrom osamělosti.** Osaměle žijící člověk se projevuje zvláštní formou uvažování a chování (např. snížená tolerance pro přítomnost druhých v bezprostředním okolí, zvýšená agresivita, snaha o samostatnost bez ohledu na reálnou situaci...).
- **Syndrom závislosti a podřízenosti (submissivity).** Závislost a podřízenost neodpovídají skutečným funkčním možnostem člověka. Má nízké sebehodnocení, často uniká pod autoritu a přijímá pomoc i v situacích, kdy to není nutné.
- **Ztráta pocitu bezpečí.** Člověk má pocit, že základní životní jistoty jsou ztraceny. Má strach ze sociální budoucnosti, není nikdo, kdo by v případě nutnosti pomohl. Syndrom pevně zavřených dveří (vedoucích k užitečnému světu).
- **Syndrom čtyř stěn.** Člověk je bezradný ze ztráty programu. Objevuje se často po odchodu do důchodu, kdy pomine euforická fáze a člověk udělal vše, na co neměl dříve čas.
- **Ponorková nemoc.** Izolace uvnitř vnučené malé skupiny neměnicích se jedinců. Izolace je jedním ze způsobů řešení konfliktů, jsou i jiné mechanismy řešení, např. destruktivní chování.
- **Syndrom opuštěného (prázdného) hnízda.** Mění se délka životních cyklů a velká část rodičů se stává znovu bezdětnými již ve středním věku. Prodlužuje se období, kdy spolu žijí oba manželé „osířelí“, bez dětí. Nezvládají nutnou restrukturalizaci životního stylu a novou situaci v partnerských vztazích.
- **Zanedbávání sama sebe i domácnosti.** Ztráta motivace k běžným úkonům všedního života. Není nikdo, „komu by na tom záleželo“. Diogenův syndrom – zachovaná inteligence, ale krajní zanedbání zevnějšku nebo domácnosti.⁴⁵

⁴⁵ Pacovský, V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scienta Medica, 1994., s. 114 - 118.

- **Vynucování pozornosti.** Jeden ze způsobů řešení, kdy si starý člověk svou izolaci, osamělost uvědomuje. Vynucování pozornosti se děje různým způsobem, např. častou signalizací potíží a problémů, které se objektivně mohou zdát nepatrnými, „komunikací chorobným příznakem“, dobrovolným únikem do ústavního zařízení („do azylu“).⁴⁵

3.4.2. Vývoj ztrát sociálních vazeb

V průběhu života se člověk setkává s různými zvraty a musí se vyrovnat s různými ztrátami. Pro stáří je však charakteristické, že se ztráty a životní zvraty nahromadí a staří lidé se pak stávají slabší a zranitelnější.

Odchod do důchodu je pro stárnoucího člověka prvním bodem zvratu, přechodem, zlomem a první ztráta sociálních vazeb ve stáří. Je to konec jednoho období a počátek dalšího období, které je spojeno s určitými změnami. Vyrovnat se s touto chvílí není vždycky snadné, protože je plná nejistot a nelze se upínat na minulost a zároveň nevíme, co nás čeká v budoucnosti. Důchod znamená, že člověk opouští zaměstnání, ztrácí svou profesi, která ho určitým způsobem definovala. Člověk mění svou identitu, předtím byl zemědělec, učitelka nebo profesor a nyní se stává „důchodcem či seniorem“. Odchodem do důchodu náhle ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání a se svým okolím,⁴⁹ snižuje se jeho autorita a společenská prestiž. Ztrácí pocit, že může něčeho dosáhnout, že je pro druhé lidi důležitý, často ztrácí pocit, že vůbec někdo je.³¹ „Důchodce“ bývá společností akceptován jako méněhodnotný, méněcenný a z hlediska tohoto pojetí až zbytečný.²² Člověk je donucen k novému uspořádání svého života, musí se naučit sám si organizovat svůj čas, vymýšlet si různé činnosti a nějak se zaměstnat. V důchodovém věku je však možné využít čas k realizaci plánů, ke kterým až do této doby nebylo možné přikročit, a je příležitost dál se plně rozvíjet.

⁴⁵ Pacovský, V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scienta Medica, 1994., s. 118.

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s. 26-27.

³¹ Kastová, V. Krize a tvořivý přístup k ní. Praha: Portál, 2000, s. 46.

²² Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 29.

Odchod dětí je další událost, která poznamenává rodinný život rodičů. Manželé se náhle ocitají sami jeden s druhým, Musí se znovu naučit životu ve dvou, nalézt nový způsob manželského života bez dětí, novou rovnováhu. Tato změna může partnery sblížit a upevnit jejich vztah, nebo naopak vyprovokovat či zhoršit už existující nebo skryté konflikty, nebo se v jejich vztahu usadí prázdnota a osamělost. Někteří starší lidé začnou mít pocit užitečnosti stanou-li se prarodiči, svůj čas tak vyplní péčí o vnoučata. Ztráta rodičovské role je kompenzována novou rolí prarodičů.

Sociální aspekty biologických změn přímo ovlivňují zařazení starých lidí do sociálních skupin a jsou jednou z hlavních příčin toho, že se staří lidé vyčleňují ze svého okolí. Snížené tělesné schopnosti a změněné smysly nám ukazují, že tělo člověka se mění a stárne před zraky všech! Není lehké ho přijmout, když společnost uznává přehnaný kult mládí a všeho, co s ním souvisí.

Smrt partnera a blízkých lidí je dalším těžkým bodem zvratu v životě starého člověka. Partnerova smrt je bezpochyby jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se lidé musí vyrovnávat. Osoba, která byla milována, po společně prožitých letech najednou není. Partner, jenž zůstává, pociťuje opravdové roztržení, něco se rozbíjí, mluví se dokonce o „amputaci“, jedna část jeho bytosti umírá. Úmrtí manžela nebo manželky v sobě zahrnuje mnoho dalších ztrát. U některých lidí, zejména u starších, se rána už nezahojí. Smysl spatřují pouze v minulosti, když byli ještě s partnerem. Kromě partnera umírají postupně také stejně staří přátelé, sourozenci...

Nové bydlení a institucionální péče znamenají pro některé seniory další ztrátu sociálních vazeb. Staří lidé se stěhují z různých důvodů např. mají velký dům a nemohou se už o něj starat, byt je starý vlhký a špatně vybavený, atd. Pokud se staří lidé přestěhují, dochází většinou k přerušení všech zbývajících kontaktů s přáteli, sousedy, známými... Staří lidé odcházejí také do různých zařízení sociální péče. Pro některé je to vysvobození z bezvýhodné situace, ale pro druhé to může být zdroj zátěže.⁴⁹

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s. 27-30.

Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život.⁴⁹ Dochází ke změně prostředí, ke kontaktu s novými lidmi, ke ztrátě soukromí. V ústavu má člověk méně povinností, život je mnohem snazší, ale je zde nebezpečí, že se starý člověk stane rychle více závislým, bezmocným, protože to, co dosud vykonával, již vykonávat nemusí. Odchází-li do sociálního zařízení nedobrovolně, bývá zoufalý, negativistický, stává se později apatickým.⁴

Staří lidé musí více než ostatní čelit nashromážděným ztrátám (odchod do důchodu, odchod dětí, úmrtí blízkých...) a různým psychickým otřesům. Tito lidé se musí vyrovnávat s těžkými životními situacemi. Toho nelze dosáhnout za jediný den. Jde o obtížné a bolestné období, které však pomáhá tomu, aby člověk mohl znovu naplno žít.⁴⁹

3.4.3. Rizikové faktory sociální izolace

- odchod do starobního důchodu a jeho hodnocení jako sociální ztráty a prohry,
- syndrom chorobné závislosti na práci („workaholismus“) – je to člověk, který si neumí nebo nechce najít jiné činnosti – aktivity,
- ztráta a změna společenské, sociální role, pocit zbytečnosti,
- ztráta motivace k fyzickým a psychickým aktivitám,
- nízké sebehodnocení a nepřipravenost na stáří,
- osamělé žijící lidé, osaměle žijící páry z nichž jeden je těžce nemocen,
- zhoršení zdravotního stavu, polymorbidita, chronicita nemocí, závažné nemoci vedoucí k handicapu,
- psychické poruchy – nemoci CNS, deprese, demence,
- změna prostředí, přestěhování, umístění do zdravotního a sociálního zařízení,
- bezdětní, svobodní, ovdovělí senioři,
- úmrtí partnera, přátel, dětí, sourozenců,
- špatná ekonomická situace – chudoba, nezájem a nechuť cokoli měnit
- snížení soběstačnosti, zvýšení závislosti,

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s.31.

⁴ Čechová, V., Mellanová, A., Kučerová, H. Psychologie a pedagogika II. Praha: Informatorium, 2004, s. 38.

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s.34.

- nedostatek nových podnětů, snížená aktivita,
- frustrace vyšších psychosociálních potřeb - potřeb lásky, sounáležitosti, (vztahových, afiliačních, sociálních) a potřeb sebepojetí a sebeúcty,
- snížená schopnost přizpůsobit se moderní technické společnosti (mobil, internet, mikrovlnné trouby a další elektronické spotřebiče, které se ovládají miniaturizovanými digitálními ovladači a jsou často označeny anglickými názvy) a rušení starých pro seniory známých věcí,
- emocionální labilita, konflikty se společností, s rodinou,*
- seniorská dvojice – „ponorková nemoc“, zhoršující se sociální vztah mezi mužem a ženou a zvyšující se agrese, např. vydírání ženy mužem – „*Vzala sis mě, tak se o mě musíš starat. Nikam nesmíš chodit, protože já jsem těžce nemocný. Tvoje kamarádky jsou pro tebe důležitější než já!*“, je to důsledek konfliktních vztahů v rodině, velká sociální distance v rodině, tento vztah může vyústit až k domácímu násilí a žena se ocitá v sociální izolaci.

„Nemohla jsem se od něho vzdálit po celý den, protože jsem mu musela dávat inzulínové injekce. Moje děti nechtěly být nablízku, protože je stále protivný a zahnal všechny mé přátele. Naštěstí se jeho stav zhoršil natolik, že musel odejít do ústavu. Nyní jsem opět volná a mohu se setkávat s lidmi.“ (81letá žena s 84letým manželem).⁶⁴

„Předtím než jsem odešla, jsem neměla na přátele čas. Musela jsem mu bez přestání posluhovat. Přeháněl svou bezmocnost. Spílal mi za všechno, co nepovažoval za perfektní, ať už to bylo jídlo nebo jsem se na něho podívala nesprávným způsobem. Je částečně postižený, ale mohl by pro sebe udělat dost věcí. Říká, že je dostatečně silný na to, aby strčil mou hlavu do záchodové mísy. Říká, že by bylo snadné mne zabít. Vzala jsem si věci a odešla jsem do azylové ubytovny. Teď jsem volná a s lidmi se vídám stále.“ (88letá žena hovoří o svém 88letém manželovi).⁶⁴

Příklady ukazují přenos moci, strachu a teroru na manželky. Toto „psychické domácí násilí“ zvyšovalo frustraci těchto žen a ony se vlivem manžela ocitly v sociální izolaci.

* Čerpáno z různých knih od těchto autorů: Chloubová, H., Pacovský, V., Zavazalová, H., Pichaud, C. a Thureauová, I., Haškovcová, H., Kalvach, Z.,

⁶⁴ Tošnerová, T. Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. Ústav lékařské etiky, 3. LF UK, 2002, s. 15.

⁶⁴ Tošnerová, T. Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. Ústav lékařské etiky, 3. LF UK, 2002, s. 25-26.

**„Děsivý strach - ať před čímkoli
- dělá člověka bezmocným.“**

(Aischilos)

4. Osamělost v životě seniora

„Nikdy jsem se necítila osamělejší než nyní, kdy jsme oba v důchodu. Nejdřív odešly děti. Věděli jsme, že to jednou přijde, připravovali jsme se na to. Ale jedna věc je vědět a druhá zažít to. Bylo to velmi těžké. Když jsem se podívala na stůl prostřený pro dva, bylo mi úzko. Ale dobře... Od té doby, co jsme v důchodu, žijeme stereotypním způsobem. Manžel si sedne k televizi, a když ho to nezajímá, usne. Když s ním chci mluvit, vždycky mi úsečně odpoví a tím to zhasne. Popuzuje mě to, když vidím, že je úplně lhostejný k mým nápadům. Nikdy jsem nezažila horší pocit osamění.“⁴⁹

*„Ano, jsem rozzlobený a jsem také velmi osamělý. Jsem skutečně zbytečný. Když jsem odešel do důchodu cítil jsem se úplně zbytečný, bez myšlenky. Byl jsem apatický, bez zájmu, bez energie a chuti k čemukoliv. Přitom jsem měl přece čas. Tehdy jsem sám sebe velmi zklamal. Ve firmě jsem předal všechny záležitosti synovi, protože je v nejlepších letech a mně už všechno začínalo přerůstat přes hlavu. Doufal jsem, že můj syn bude potřebovat moji radu, ale vede si velmi dobře a vlastně mě ani nepotřebuje. Já jsem byl vždycky tak statečný...Zatnul jsem zuby, i když jsem cítil bolest. Hned po mém odchodu do důchodu mi onemocněla žena. Pak zemřela. Nebyla to pěkná doba. Navíc jsem se přestěhoval z domu do bytu, daleko od svých sousedů, kteří mě znali.“ (Tento muž prožil řadu situací ztrát, rozchodů – zčásti se k nim odhodlal sám, aniž by pomyslel na to, že přežít procesy odloučení není snadné. Ocítl se ve stavu **osamění**, který si navíc přivodil sám. Odložil všechn smutek, zatvrdil se a zahořkl i vůči sobě).³¹*

„Potom, co mi umřel manžel je pro mne velmi těžké vyrovnat se s osamělostí. Mám strach ze smrti a hlavně z toho, že budu umírat sama. V noci a o víkendech nemám koho zavolat, protože sousedé, kterým jsem dala adresu na mého syna odjíždějí. Jednoho dne mě najdou někde ležet.“

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998, s.28.

³¹ Kastová, V. Krize a tvořivý přístup k ní. Praha: Portál, 2000, s. 42-48.

„Osamělost, ta je těžká nejtěžší ze všeho. Nejsem opuštěná, protože nade mnou bydlí moje neteř..., ale to se stejně nevyrovná nejbližším příbuzným. A čím jsem starší, tím je to horší, protože člověk má méně příležitostí se nějak zaměstnat.“

„Nemohu se vyrovnat s tím, že na Štědrý den budu opět sama. Kdybych jenom mohla z kalendáře vymazat všechny svátky: Vánoce, Nový rok, Svátek matek, všechno tohle...“⁴⁹

4.1. Osamělost a samota

Je velký rozdíl mezi **samotou** a **osamělostí**. Nedoceněná přítelkyně samota, která nás obohacuje a smrtící nepřítelkyně osamělost, která nás ničí.⁴⁹

Samota: I když člověk potřebuje styk s druhými, jsou okamžiky, kdy je rád sám, kdy vyhledává samotu. Samotu potřebujeme tehdy, když chceme v klidu o něčem přemýšlet, řešit problém, vyrovnat se s náročnou situací a bylo-li kontaktu s druhými lidmi v poslední době příliš mnoho.⁵² Potřeba občasné samoty je přirozená v případě ohrožení této možnosti – když nás druzí z nějakého důvodu nenechají, reagujeme buď vztekem, napětím nebo rezignací.⁵⁰

Osamělost: Může se stát, že člověk se i mezi lidmi cítí sám. Takovou situaci nazýváme osamělostí. Osamělý bývá člověk, který opustí známé prostředí a dostává se do cizího prostředí, kde nikoho nezná, nemá vytvořeny žádné blízké vazby, ještě se mu nepodařilo navázat nové kontakty. Člověk nenachází vzájemné porozumění mezi lidmi v okolí ani smysl svého života.⁵²

Člověk se ve stáří může cítit opuštěn, ztracen a bez lásky; stýská se mu – chybí mu psychická opora a podpora bližního. Potvrzují to i některá přísloví např. *„sdělená radost je dvojnásobná radost a sdělený smutek je poloviční smutek“* nebo *„ve dvou se to lépe táhne“* či *„v nouzi poznáš přítele“*. Osamělost je spojená se steskem, smutkem, nejistotou až tísní. Starý člověk může mít pocity zbytečnosti, nevděku, viny či selhání, kdy cítí jakési ochromení a je v depresi.

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s.76-79.

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s. 81.

⁵² Rozsypalová, M., Čechová, V., Mellanová, A. Psychologie a pedagogika I. Praha: Informatorium, 2003, s. 134.

⁵⁰ Praško, J., Prašková, H. Asertivitou proti stresu. Praha: Grada, 1996, s. 29.

⁵² Rozsypalová, M., Čechová, V., Mellanová, A. Psychologie a pedagogika I. Praha: Informatorium, 2003, s. 136.

Nebo naopak může mít mobilizující pocity hněvu a vzteku vedoucí k agresivnímu chování.¹⁹ Senior bývá agresivní nejen na své blízké, ale i vůči svému okolí, a proto se mu rodina i ostatní lidé začnou ještě více vyhýbat. Tento začarovaný kruh pak ještě více prohlubuje jeho osamělost.

„Příkladem může být muž, který v si v podstatě svou osamělost zavinil sám. Tento muž měl fungující rodinu, která se mu podle jeho slov málo věnovala a vůbec mu nerozuměla. A tak si připadal nedoceněný, osamělý, ukřivděný a ze všeho vinil svou ženu. V průběhu manželství ji tyranizoval a ve stáří se jeho agresivita ještě více stupňovala. Neustále svou ženu kritizoval, a ponižoval před dětmi i ve společnosti cizích lidí. Když ho opustila, velmi se v rozvodovém řízení podívoval, proč to udělala, když spolu tak hezky dlouho žili. Neměl žádné pocity viny a zanevřel i na své děti, které matčino rozhodnutí schvalovaly. Svě děti nikdy nenavštívil a nikdy neviděl vnoučata. Štědrý den i ostatní svátky trávil zcela osaměle. Den si krátil obtěžováním prodavaček a nadáváním spolucestujícím v prostředcích hromadné dopravy. Zpestřením všedního dne bylo setkání s některým ze sousedů, což mu umožnilo plně rozvinout svou slovní zásobu. Nešetřil vyhrožováním ani hrubými nadávkami. Teprve několik dnů šířící se zápach přinutil lidi, kteří žili ve stejném domě, přivolat pomoc. Zemřel na následky mozkové mrtvice, ovšem přivolaný lékař konstatoval, že smrt způsobilo podchlazení, neboť starý muž umíral několik dní na studené dlažbě koupelny.“

„Jedna stárnoucí žena se natolik bála stáří, osamělosti a zbytečnosti, že nedokázala absolutně přijmout roli babičky, věnovat se vnoučatům, přizpůsobit své aktivity věku a přiměřeně se adaptovat na stáří. I když se jí v přijetí stáří snažila pomoc její rodina. I přes překročení sedmdesáti let vyhledávala i několik zaměstnání současně. Přes den prodávala v obchodě a v noci využívala své jazykové znalosti v recepci hotelu. Rodinu téměř neviděla a pokud o ni rodina projevila zájem, tak ji většinou odbyla, že má moc práce. A když přece jen přijela na návštěvu, organizovala různé „teroristické“ akce, např. malování, stěhování, úprava zahrady. Takže si její příbuzní vždy vyčerpaně oddechli, když se vrátila do

¹⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.5, 4/15.2.3., s. 3.

některého ze svých zaměstnání. Zemřela ve věku 73 let v nemocnici po třech dnech hospitalizace, kde byla umístěna se zlomeninou nohy.⁶

4.2. Příčiny osamělosti

- ***Měníci se postoj a chování obyvatelstva, zejména mladší generace:***
Společenské vztahy se vždy promítají do hodnocení (ale i sebehodnocení) určité věkové skupiny obyvatel. Proto se vyvíjí a mění také postoj společnosti ke staří. S tím souvisí i společenská role starých, jejich sociální status, který je vždy vymezen určitými právy a požadavky. Nebezpečí degradace stáří je nejvyšší ve společnosti s vysokou produktivitou, a to přesto, že těmto lidem již nehrozí bída a nouze, nýbrž zásadní změna společenské role a statut „ztráty životního programu“.⁴⁶ Úkolem každé vyspělé společnosti je staré lidi integrovat a ne je segregovat.

V současnosti je ideálem „homo faber“, tedy **člověk úspěchu**. A protože starší a starý člověk zpravidla už nezvládá a nemůže zvládnout vysoké požadavky, které se váží k plnému (zejména ekonomickému) úspěchu, je obrazně i doslova odsunován na druhou kolej. Mladá generace většinou nahlíží na seniory jako na přítěž společnosti, která je musí živit a vynakládat nemalé peníze na jejich zdravotní péči.¹⁰

Dnešní společnost, která je zaměřena především na výkon, techniku a na mladé silné jedince, nedává už příliš mnoho prostoru pro pomalejší, méně výkonnější a s moderní technikou stále bojující seniory. Tento trend rychle se vyvíjející společnosti nechává staré lidi někde vzadu a oni, i když se snaží, nemohou dosáhnout tempa doby. Tradiční senior má v naší společnosti velký problém se zorientovat. Pomalu mizí vše, co bylo pro něho přirozené: klasické telefony nahradily mobilní telefony, telefonické automaty na peníze nahrazují automaty na kartu atd. Pro seniora je velmi obtížné manipulovat s např. s mobilním telefonem, z důvodu malého displeje, na který senior často nevidí a malých tlačítek, na které nejenže nevidí, ale dělá mu problém je i zmáčknout. Problémem se pro něj může

⁶ Čížková a kolektiv. Přehled vývojové psychologie, 2000, č. s. 144-145.

⁴⁶ Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 45-46.

¹⁰ Haškovcová, H. Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství 10. praktická příručka pro sestry. Brno: IDVPZ, 2002, s. 26.

stát i orientace v platebním systému např. placení kartou v obchodech, kdy se pomalu bude vytrácet placení penězi. Dále pak výběr hotovosti v bankomatech, kdy si musí senior zapamatovat pin a naučit se manipulaci s bankomatem, což nemusí být pro něho snadné. Technické vymoženosti dnešní doby jako jsou: mikrovlnné trouby, pračky, sušičky, DVD přehrávače, PC, internet a atd. s sebou přinášejí ulehčení práce a zábavu, ale senioři, kteří většinou mají s těchto vymožeností strach se staví do sociální izolace. A mohou si připadat nemožní, nepotřební a osamělí.

Dalšími problémy dnešní společnosti jsou: nedostatečná výchova mladých k úctě ke stáří, rozdílnost mladých a starých v žebříčku hodnot a názoru a na okolní svět, nezájem o vzájemné porozumění a tím zvyšující se neschopnost komunikace a spolupráce. Tyto a další jiné problémy často zvyšují rozdíl mezi mladou a starou generací. V rodině, která žije dohromady se svými prarodiči se mohou děti naučit, jak ke stáří přistupovat. Soužití se seniory navíc obohacuje náš život, zprostředkovává mladším generacím nezažité zkušenosti a napomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi.⁷¹

„Příkladem toho, jak je v rodině důležitá výchova k úctě ke stáří, nám může být jedno středověké vyprávění. Jeden venkovan nadále nemohl snést v chalupě přítomnost svého starého otce, který už nebyl schopen udržet čistotu. Rozhodl se tedy, že ho odloží do starobince. Požádal nejmladšího syna, aby z chléva přinesl pro dědu přikrývku. Dítě však přišlo pouze s polovinou přikrývky. Proč? zeptal se ho otec. Nechal jsem si druhou polovinu do budoucna, až dojde k tomu, kdy tě zase já vyženu z domu. Poučení zní, že venkovan prozřel a starého otce si nechal u sebe.“⁴⁹

- **Změny v charakteru rodiny:** Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné, a to i v případech nesoběstačnosti starého člověka.⁶⁹ Instrukce rodiny v dnešní době doznává

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 25-26.

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s. 15.

⁶⁹ Vohralíková, L., Rábušič, L. Čeští senioři včera, dnes a zítra. VÚPSV, Výzkumné centrum, 2004, s. 57.

podstatných změn ve svých funkcích. Mění se z vícegenerační na jednogenerační. Rodina orientační žije odděleně od rodiny prokreační. Změnil se počet členů nukleární rodiny (rodiče a děti), změnil se způsob života a životní úroveň. Došlo k uvolnění tradičních rodinných vazeb. Zvětšily se názorové rozdíly mezi generacemi (na svět, rodinu, hodnotový systém, společnost a další aspekty lidského života). Dochází někdy k citovému oslabení a v důsledku toho vážne důvěrnější komunikace mezi generacemi v rámci rodiny.⁷¹

O seniory se nejčastěji staraly ženy ve středním věku. Opustily práci a pečovaly o své stárnoucí rodiče i rodiče svého manžela. V dnešní době jsou ženy mnohem více vzdělanější a tím se samozřejmě zvyšuje jejich angažovanost a zaměstnanost. Většina těchto žen si nemůže dovolit opustit zaměstnání z důvodů příjmů, a tak pracují a současně se starají o svoji rodinu domácnost, děti a snaží se i pečovat o své rodiče. Nároky na zvládnutí těchto problémů jsou veliké a vedou často k pocitům viny, úzkosti, depresím až k úplnému vyčerpání.⁷¹ Všechny tyto změny v rodině mohou mít negativní dopad na seniory a v krajním případě mohou vést až k domácímu násilí. Pokud jejich rodina o ně nemá zájem mohou si připadat opuštění, osamělí a stávají se „břemenem „ pro své děti

„Psychiatr byl volán k nemocné po sebevražedném pokusu pomocí léků. Jednalo se o 72letou, silně nedoslýchavou ženu, velmi dobře odezírající. Přijela v doprovodu dcery, která při jejím zhoršeném zdravotním stavu vzala matku k sobě a ta u ni byla 6 týdnů. Pacientka lékařům sdělovala, že je dceři na obtíž a pokud bude vážněji nemocná, tak pro ni život nemá cenu. Dcera k matce nechtěla během vyšetření přistoupit, setrvala na chodbě. Později se spontánně rozhovořila, že matka je pro ni zátěž a rozhodně se o ni nemůže starat, navíc sama má zdravotní potíže a příští měsíc odjíždí do lázní. Nemůže zajistit ani její umístění do zařízení, kde by se o matku postarali. K sebevražednému pokusu jen doplnila, že matka hovořila, že by bylo lepší, kdyby šla za otcem, který je mrtvý.“⁶⁴

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 52.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 74.

⁶⁴ Tošnerová, T. Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. Ústav lékařské etiky, 3. LF UK, 2002, s. 37

- **Změny v charakteru ekonomické aktivity a v možnostech pracovní aktivity ve vyšším věku:** Významnou záležitostí pro staré lidi je jejich ekonomická aktivita. Velká část mužů i žen se po dosažení hranice důchodového věku nachází v takovém tělesném i duševním stavu, který jim umožňuje i nadále vyvíjet ekonomické aktivity. Pro starého člověka je ekonomická i pracovní aktivita důležitá nejen z důvodu příjmu, ale přidružují se i další důvody: jako snaha být užitečný, zachovat si své dřívější postavení co nejdéle, touha po seberealizaci, touha zabránit pocitu zbytečnosti a osamělosti.⁴⁶
- **Změny v charakteru bydlení:** (větší podíl samostatně bydlících manželských párů a samostatně žijících jednotlivců hlavně žen)⁷¹
- **Riziková situace v životě seniora:** Odchod do důchodu – riziko ze ztráty posledních kontaktů s lidmi, pokud odcházející žije osaměle, je-li bezdětný, změna vžitého stereotypu. Náhlé úmrtí životního partnera či blízkého příbuzného, se kterým byly udržovány přátelské kontakty. Také ztráta nebo úmrtí zvířete („domácího mazlíčka“), nedostatek kontaktu s lidmi. Návrat z ústavního léčení do vlastní domácnosti – osamělé, špatně vybavené apod., nebo naopak nedobrovolné přemístění do zdravotní či sociální ústavní péče. U lidí nad 60 let věku dochází k nahromadění těchto situací. Za nejzávažnější je možné označit situaci, kdy se kumuluje špatný zdravotní stav s vysokým věkem a osamělým způsobem života.⁷¹
- **Zhoršující se zdravotní stav:** Ke zhoršování zdravotního stavu dochází vlivem nemoci. Pro stáří je typická častá polymorbidita a chronicita nemocí, která většinou vede k závažnému handicapu, který brání člověku vycházet z domu, nebo se dokonce pohybovat. S přibývajícím věkem se zhoršují smyslové deficity (hluchota, slepota), zvyšuje se také počet úrazů.

⁴⁶ Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990, s. 48-49.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 24.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 36.

Tito lidé těžko udržují předchozí vztahy. Díky svému onemocnění či handicapu se špatně integrují do společnosti a může u nich docházet k pocitům osamělosti, zbytečnosti, křivdy („proč zrovna já“), beznaděje, nejistoty atd.

Nejčastěji to jsou:

- ❖ Nemocní s poruchou řeči, např. po cévní mozkové příhodě...
- ❖ Nemocní s poruchou vnímání a kognitivních funkcí, např. paměť, myšlení...
- ❖ Nemocní se smyslovými poruchami např. slepota, hluchota...
- ❖ Nemocní s omezenou pohyblivostí a sníženou soběstačností, např. artróza, úraz, Parkinsonova choroba...
- ❖ Nemocní po chirurgických zákrocích, např. po amputaci končetin, po ablaci prsu, nemocní se stomií...
- ❖ Nemocní s psychiatrickým onemocněním, např. demence či se závislostí na návykových látkách, např. některé léky – opiáty, neuroleptika, nebo alkohol.¹⁹

4.3. Možné důsledky osamělosti

Jedním z nejčastějších důsledků osamělosti je deprese. Člověk může depresi prožívat v každém věku, ale s přibývajícimi léty, vlivem životních ztrát, krizí a problémů většinou deprese narůstá. V dnešní společnosti má většinou každý člověk tu nevíтанou příležitost depresi buď sám zažít, nebo být svědkem, že jí trpí někdo blízký či známí.

„Když vás lidé začnou přehlížet a nevěnují už vám ani zlomek pozornosti, protože jste starý a bezvýznamný, když vás již nerozptyluje nic zajímavého a vaše děti se k vám chovají, jako by vás ani neznaly, když vás příliš unavuje práce a dění kolem vás, když změny vašeho zdravotního stavu jsou příliš velké, když ztrácíte smysl pro co žít a osamělost a prázdnota se vám „vžírání do kostí“ tak začíná být život velmi těžký a opravdu už ho nechcete žít.“ (87letá žena)

¹⁹ Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádece zdravotní sestry. Praha: 2004, č.5, 4/15.2.3., s. 4.

Slovo deprese je latinského původu. Slyšíme v něm sloveso *deprimo*, *deprimere*, *depressi*, *depressus* – *stlačit*. Znamená to i sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu, fyzickou – tělesnou sílu). Deprimovaný značí postižený krizí, zbídačený, propadlý něčemu. Deprese sama pak znamená: pokles, stísněnost, sklíčenost, stagnace (ustrnutí), netečnost. Pro vyjádření toho, co se depresí rozumí, se používají i některé z cizích termínů např.

- melancholie (těžkomyslnost, trdomyslnost),
- letargie (naprostá netečnost, otupělost),
- apatie (lhostejnost, netečnost),
- indolence (nevšímavost, pohodlnost, lhostejnost),
- malaise (neurčitý pocit neklidu a zneklidnění, kdy člověk není ve své kůži a neví, co mu je a co mu chybí),
- dysthymie (depresivní myšlenky a nálady).

Archibald Hart (1982) rozlišuje obecně pojetí deprese do tří pohledů (jak je možno se na depresi dívat):

I. Depresivní příznaky (symptomy) – ty mohou být například průvodním jevem něčeho jiného nežli deprese – například vážného onemocnění nebo chřipky atp.

II. Depresivní reakce – depresivní příznaky mohou být odpovědí na těžký životní zážitek – například ztrátu zaměstnání, úmrtí blízké osoby, atp.

III. Deprese jako relativně samostatné onemocnění (nemoc).³⁵

V této kapitole nechci pojednávat o depresi jako o onemocnění, ale chci se na ni dívat jako na depresi vzniklou na základě odpovědi na těžký životní zážitek, krizi atp. Lidé, kteří se vlivem osamělosti dostali do deprese, mluví často o existenční prázdnotě do níž patří pocity bezvýznamnosti vlastního úsilí, ztráta představ o nadějnosti toho, oč se snažím, existenční vakuum („nemám proč žít“).

³⁵ Křivohlavý, J. Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing, 2003, č. 22-23.

Osamělost vede často k pocitům beznaděje. Pesimismus těchto lidí v depresi dosahuje takové míry, že se stává pocitem naprosté bezmoci a ta se projevuje výroky typu: „*Nic nemá cenu.*“ „*Nemá cenu dále žít (pokračovat).*“ „*Bylo by lepší nebýt (neexistovat, umřít atp.).*“³⁵

Příčiny deprese a osamělosti jsou si velice blízké a řekla bych, že se tyto pocity, stavy prolínají nebo mají posloupný rámec. Kdy nejdříve z nějaké příčiny dochází k osamělosti a z prohlubované osamělosti se stává deprese. Mezi takovéto příčiny patří např. ztráta milovaného člověka, ztráta přítele, zaměstnání – nezaměstnanost, odchod do důchodu, špatná rodinná situace, neshody mezi partnery, těžká finanční situace, závažné onemocnění, úraz vedoucí k handicapu, chronická bolest atd. I emoce a nálady těchto lidí jsou do jisté míry shodné, jak při pocitu osamělosti tak při stavu deprese jako odpovědi na těžký životní zážitek. Mezi nejčastější pocity patří: pocity smutku, opuštěnosti, zklamání, bezmoci, beznaděje, křivdy, úzkosti, tísně, strachu, bolesti, hněvu, nejistoty, ohrožení, zbytečnosti, nevděku, méněcennosti atd.

Dlouhodobá deprese, osamělost nebo nahromadění jiných závažných krizí v životě člověka může vyústit v sebevražedný pokus nebo přímo k sebevraždě. Pro stáří je příznačná bilanční sebevražda, kdy člověk zcela střízlivě zvažuje, co mu život ještě přináší nebo by mohl přinést, a co mu všechno bere nebo už vzal. Po tomto zvážení může dojít k závěru, že příjmy a výdaje už nejsou v rovnováze, proto se rozhodne svůj život ukončit.

*„Čtyřiaosmdesátiletá žena spáchala sebevraždu. Byla, ale včas nalezena a převezena na kliniku. Když se probírala, velmi se zlobila na všechny, kdo o ni pečovali, neboť byla přesvědčena, že ve svém věku má právo rozhodnout o tom, zda bude nadále žít. Nebránila se zodpovědnosti za své jednání. Byla na světě sama, nemocná a bez prostředků, žila už dost dlouho a její poslední známí zemřeli. Před týdnem přišla o svého psa. Podle jejího názoru byla pro ni sebevražda posledním východiskem z této situace.“*³¹

³⁵ Křivohlavý, J. Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing, 2003, č. 82.

³¹ Kastová, V. Krize a tvořivý přístup k ní. Praha: Portál, 2000, č. 51.

**„Mnoho dobré práce bylo
zmařeno jen proto, že jí
nebylo vykonáno o trochu
víc.“**

(Benjamin Franklin)

5. Kvalita života ve stáří

Člověk je běžně zvyklí hovořit o *kvantitě* – délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. A co se rozumí pod *kvalitou života*? Slovo „**kvalita**“ je odvozeno od latinského základu „**qualitas**“ – kvalita či „**qualis**“ - **jaký** a to zase od kořene „**qui**“ – **kdo** (kdo to je, jakého charakteru to je). Český kořen tohoto tázacího zájmena (kdo?) – nás dovede až ke slovům „*kéz*“ či „*kýžený*“ – tj. *žádoucí, cílový stav atp.* Dá-li se kvantita života, množství dní našeho života určit poměrně jednoduše, pak totéž není možné říci o určení kvality života. Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života (A.L. Strauss, 1975) byla věnována problematice *hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí*. Hlubší pohled do života těchto lidí ukázal, že starých lidí neustále přibývá a je třeba se zabývat kvalitou jejich života.³⁶

„Jsem stará a potřebuji být v závěru života užitečná. Stává se mi, že se z různých důvodů cítím zbytečná. Pro společnost nemám význam, protože už dlouho nemohu pracovat a vykonávat nějaké zaměstnání. Mám pocit, že jsem „břemenem“ pro společnost i pro rodinu. Občas si říkám, že dětem přidávám jenom starosti a stojím je peníze! Mé handicapy a nesamostatnost mě ochromují, a nemohu se tudíž jako dříve rodině odvděčit nějakou službou. Cítím, že začínám být k ničemu. Obzvláště těžké je vidět, jak se ode mě moji nejbližší odtahují, netroufají si přiblížit se ke mně ani mě políbit, protože jsem zchátralá, vyhublá a možná někdy vydávám i nepříjemný zápach. Připadám si přebytečná i mezi svými nejbližšími. Prosím Vás, vyslechněte mě a pochopte mé trápení, pomozte mi, abych se cítila ještě před smrtí užitečná... Chtěla bych přispět svými zkušenostmi a dovednostmi, tak jako mi dělá radost, když mohu svým blízkým přispět něčím

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s.162-163.

*z toho, co vím a umím... Takto bude mít můj život daleko od zoufalství a zachová si smysl až do konce, protože budu vědět, že jsem pro ostatní lidi užitečná nejen tím, co dělám, ale i tím, že jsem.*⁴⁹

5.1. Pojetí kvality života

Engel a Bergsma (1988) „mapují problematiku kvality života ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině. V *makro-rovině* jde o otázky kvality velkých společenských celků – např. dané země, kontinentu. Zde jde podle autorů o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. V *mezo-rovině* jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách – např. nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domě. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování či neuspokojování potřeb, existence tzv. sociální opory, sdílených hodnot (existence humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii) atp. *Osobní (personální) rovina* je definována nejjednoznačněji. Je jí *život jednotlivce*, individua, ať je jím pacient, starý člověk či lékař nebo kdokoli jiný. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Důležité jsou i osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, očekávání, přesvědčení atp. Dle Bergsmy a Engela je „Kvalita soud – jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. *Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí.* Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žít.“³⁶

Člověk touží po naplnění smyslu života, po tom, aby byl jeho život celistvý, bez utrpení a nemocí, bez životních krizí. Všechny tyto negativní situace, které doprovázejí život lidí, mnohdy vedou ke změnám žebříčku hodnot, životního stylu, návyků a každodenních rituálů. Ale nemusejí to být jen krize nebo traumata, ale i samotné stárnutí připravuje člověku nemalé změny. Ve stáří dochází k mnohým změnám nejen ve fyzické, ale i psychosociální složce člověka. Tyto změny jsou většinou ve smyslu mínus. Stárnutí a stáří je samo o sobě v dnešní přetechnizované a na výkon zaměřené době, „*handicapem*“. Spolu se

⁴⁹ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998, s. 40-41.

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 163-164.

stárnutím a přibývajícím léty se začínají objevovat nemoci.²¹ Chceme-li mluvit o nemoci, musíme si připomenout definici zdraví: WHO (1986) *chápe zdraví jako procesuální děj, který zahrnuje tělesné, psychické a sociální aspekty. Zdraví umožňuje jedinci efektivní a přiměřené překonávání obtíží, z čehož vyplývá pozitivní životní pocit a přesvědčení o vlastních silách.*⁷² Z toho vyplývá, že za nemoc je považován stav, kdy je člověk omezován v některé oblasti lidské pohody. Jedno staré přísloví praví: „Zdraví člověk má tisíc přání, nemocný jen jedno.“²¹

Na kvalitu života se můžeme ptát i tak, že si neklademe otázku jaké to bylo nebo momentálně je, ale jaké by to mělo být. Ptáme se po žádoucím stavu, po cíli snažení. Jedná se nám o cíl k němuž mají být naše snahy zaměřeny.

Kvalitou života se zpravidla rozumí:

- dosažení co největšího objemu statků a služeb, které mohou lidé potřebovat
- svoboda a autonomie: možnost volného rozvoje a samostatného rozhodování pro každého člověka
- spravedlnost: zajištění stejných práv a povinností pro všechny
- jistota: zajištění sociálního zázemí, pocit bezpečnosti
- mít možnost neustálého rozvoje a pohybu vpřed.

5.2. Kvalita života stárnoucího člověka

Pojmem kvalita života starého člověka se označuje individuální postoj ke stáří. Život každého je dán plněním a splněním svých životních hodnot a cílů. Obsah tohoto pojmu je samozřejmě podmíněn společenskými normami a hodnotami.³⁷ Rámec kvality života starých lidí tvoří tedy vedle jejich materiálního zabezpečení zdravotní stav, dostupnost zdravotně sociálních a dalších veřejných i soukromých služeb, rodinný stav a situace (např. přítomnost partnera, ochota dětí a vnoučat pečovat o ně apod.), kvalita bydlení, možnost dalšího vzdělávání a rozvíjení sociálních kontaktů apod. Požadavky na kvalitu

²¹ Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, s.128.

⁷² Definice – Zdraví dle WHO: <http://www.ftvs.cuni.cz> (6.1. 2007)

²¹ Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, s.128.

³⁷ Matelová, H. *Diplomová práce – Zázemí a podpora u seniorů při náhlé změně soběstačnosti*. 2005/2006, I.LF. UK. UTPO, s. 27-28.

života se v populaci obecně stupňují, nejinak je tomu i v nastupující generaci starých lidí. Rozevírají se nůžky mezi narůstajícími subjektivními potřebami a společenskými možnostmi je uspokojit.⁷¹

Přidat život létům, nejen léta životu. Přidávat zdraví životu. Tato staronová idea nabývá dnes, kdy se značně prodloužila střední délka života, mimořádné důležitosti. Je to kvalita života, na kterou se zaměřuje moderní medicína a geriatrická péče zvláště. V ní zvláštní postavení zaujímá právě prevence. Kvalita života má četné dimenze: sociální, zdravotní, psychologické, hodnotové, seberealizační aj. Chceme-li kvalitu života optimalizovat, měli bychom ještě více zvýraznit komplexnost péče o starého člověka vůbec. V této komplexnosti nesmíme zapomenout na vlastní podíl, postoje, a jednání samotného starého člověka. Ty jsou často rozhodující.³²

Při definování kvality života psychology se často setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. A kdy je spokojen? Odpověď je jasná: když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal. „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával.“ Podle Echtelda (1999) lze definovat kvalitu života jako „ prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu.“ Je-li tomu tak, žije člověk v pohodě a tato životní pohoda má blízko k tomu, co se rozumí psychologickou kvalitou života.³⁶

5.2.1. Faktory ovlivňující kvalitu života ve stáří

- udržování **aktivit** fyzické i psychické, pracovní i mimopracovní;
- přiměřené **společenské kontakty**, zejména v rámci rodiny, jako opatření proti sociální izolaci a případné společenské desintegraci a dalším následkům osamělosti;

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 68.

³² Kopecká, P. a kolektiv. Kvalita života a zdravotně sociální péče. In: Zdravotní politika a ekonomka, č.5, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2002.

³⁶ Krívohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 169-170.

- **adekvátní hmotné zabezpečení**, zajištění potřebných finančních prostředků, minimálních příjmů a racionální hospodaření s nimi;
- dostupná a dobře fungující aktivní a **komplexní zdravotněsociální péče** včetně domácí ošetrovatelské péče s rozvinutým systémem dispenzární péče (follow-up) o rizikové geronty;
- **dostupnost sociální pomoci** včetně různých forem sociální péče a služeb;
- **vzdělávací a výchovné aktivity** s přípravou na stáří, ovlivňování postojů a chování stárnoucího a starého člověka, jeho rodiny a široké veřejnosti s vytvářením příznivého společenského klimatu pro chápání a respektování potřeb starých občanů a jejich přiměřené uspokojování;
- **další socioekonomická opatření** především umožnění přiměřeného a bezpečného bydlení a dostupnosti racionální výživy a ekonomické zabezpečení pomoci druhé osoby v případě její potřeby.⁷¹

5.3. Přístupy k měření kvality života

Metod, kterými se měří kvalita života, je veliké množství. Rozdělíme si je na tři skupiny:

- I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života *hodnotí druhá osoba*.
- II. Metody měření kvality života, kde *hodnotitelem je sama daná osoba*.
- III. Metody *smíšené*, vzniklé kombinací typu I. a II.

I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba:

Měření kvality života v průběhu 20. století je možné vystopovat nejprve tam, kde šlo o život lidí starých, chronicky nemocných. Předchůdcem metod měření kvality života byly tzv. **HS – Health State – Rejstříky zdravotního stavu daného člověka**, případně souboru jeho zdravotních zdravotních problémů.

⁷¹ Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001, s. 68-69.

Zdokonalenou formou jsou tzv. **HSP – Health State Profiles – Profily zdravotního stavu pacienta**. Další metodou je **Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém, Knaus et al., 1985)**.

Za skutečný krok vpřed ve snahách o vyjádření kvality pacientova života je možné považovat zavedení slovně formulovaných kritérií. Příkladem může být **Index kvality života pacienta 1LF (Křivohlavý, 1986)**. V tomto systému byla předem stanovena kritéria – např. sebeobslužnost, sociální opora, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest, a celkový emocionální stav atp.

Kritéria kvality pacientova života podle W.O. Spitzera: pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých lidech (cizí pomoci), finanční situace, způsob trávení volného času, bolest, nepohodlí, nálada, vědomí o následcích nemoci, komunikace s okolím, vztah s primární sociální skupinou (přáteli a rodinou).³⁶

II. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba:

Externí přístup k hodnocení kvality života – vykazoval vzdor všem dobrým snahám někdy až dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu života hodnotí ten koho se to subjektivně týká např. pacient, senior atd. **Patrick a Erikson (1993)** navrhuji zjišťovat u každého pacienta nejprve *priority dimenzí kvality života* a teprve poté brát v úvahu při měření kvality života jen *ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější* (z jeho vlastního – osobního hlediska).

Interní pohled na kvalitu života znamená radikální změnu v měření kvality života. Do popředí vystupuje *fenomenální hledisko* a tzv. *vnitřní referenční rámeček* (internal frame of reference) pacienta a i tzv. *analýza subjektivního posuzování* (JA – Judgement Analysis). Tento přístup je podkladem návrhu Patricka a Eriksona, jenž se týká měření kvality pacientova života metodou nazvanou **HRQoL – Health Related Quality of Life – Měření kvality života z hlediska zdraví**. Další metodou je relativně nejrozšířenější index kvality života nazvaného

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 165-168.

DDRS – Posuzovací škála stresu a neschopnosti (Distress and Disability Rating Scale, Rosserra, 1988). Ed Diener (1994) vyvinul metodu **SWLS – The Satisfaction with Life Scale – Stupnice spokojenosti se životem.** I v tomto případě jde o velice široké pojetí kvality života – podle autorových slov jde „o spokojenost s životem jako jednotlivým celkem.“ Všechny těchto zkušeností bylo využito při navrhování dnes nejrozšířenější metody diagnostikování kvality života. **Metoda SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života.** Jde o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která by stanovila, „co je správné, dobré a žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité.

Základní propozice (navrhované myšlenkové linie) metody SEIQoL:

- Pojetí kvality života, jak je chápe metoda SEIQoL, je *individuální*. Znamená to, že se vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena. Základními daty jsou *výpovědi* dané osoby.
- Pojetí kvality života dané osoby závisí tak na *jejím vlastním systému hodnot*. Ten je při měření kvality života plně respektován.
- *Aspekty života*, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli podstatné, jsou danou osobou určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné. Mohou se v průběhu života měnit.
- Ty *aspekty života* daného člověka, které jsou pro danou osobu kriticky závažné se daná osoba snaží poznat v rozhovoru s touto osobou.
- Relativní *důležitost* každého aspektu kvality života každého člověka v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení (judgement analysis).

Relativní četnost různých druhů oblastí, které „zdraví“ staří lidé uvádějí jako důležité pro kvalitu života je uvedena následovně:

- sociální činnost
- zdraví
- rodina

- aktivity ve volném čase
- životní podmínky
- náboženství (víra)
- vztahy mimo rodinu
- nezávislost
- finance
- práce
- štěstí³⁶

III. Smíšené metody zjišťování kvality života:

Pojetí kvality života je širší nežli klasické pojetí zdravotního stavu. Příkladem může být pojetí metod **MANSA a LSS**. Univerzita v Manchesteru se soustředila k otázkám širšího pojetí kvality života, Výsledkem této práce je návrh metody **MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life Profile – Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru**. Tato metoda má variaci zvanou LQoLP – Lancashire Quality of Life Profile. V jejím rámci je rozpracována metodika **LSS – Life Satisfaction Scale (Škála životního uspokojení, Priebe, Huxley, Stone a Knight, 1998)**. Jde o měření kvality života tím způsobem, že se *hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života*.

MANSA zjišťuje spokojenost:

- s vlastním zdravotním stavem
- sebezpojetím
- sociálními vztahy
- rodinnými vztahy
- bezpečnostní situací
- právním stavem
- životním prostředím
- finanční situací
- náboženstvím (vírou)

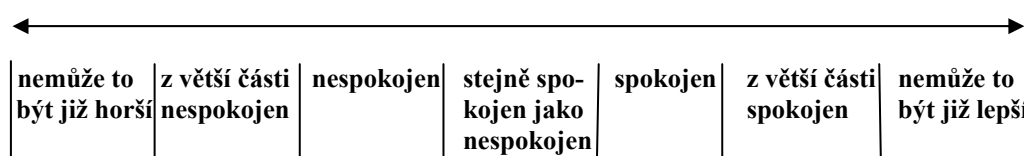
³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 168-175.

- účastí na aktivitách volného času
- zaměstnáním – prací.

Cílem této metody je „vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu v dané chvíli jeví“. Podle toho, jak vypadá celkový obraz kvality života daného člověka, je pak možné účelně zaměřit efektivní pomoc a péči o něj.

LSS – Měření spokojenosti

Charakteristickým rysem MANSA je způsob, kterým se měří každá z výše uvedených dimenzí života daného člověka (pacienta, seniora atp.). Jde o metodu zvanou **LSS – Life Satisfaction Scale – Škála (stupnice) spokojenosti**. Jde o vizuální stupnici typu VAS (Visual Analogous Scale) viz obr. č. 3.³⁶



Obr. č. 3: LSS – stupnice spokojenosti podle MANSA³⁶

5.3.1. Prohloubený pohled na kvalitu života

Ať si tak či onak stanovíme svůj vlastní, všemu nadřazený „obecný cíl života“, můžeme si být jisti, že se nám poté stane měřítkem smysluplnosti našeho života. Bude nám v našem životě ukazovat, co smysl má a co smysl nemá. Nejen to. Tento námi stanovený obecný cíl se nám do života bude prolamovat dvojitým způsobem: v první řadě jako svědomí, které nám bude říkat, co dělat máme a co dělat nemáme, a povede nás k odpovědnosti. Za druhé nám – opět v podobě svědomí – bude jako nejvyšší arbitr (soudce či rozhodčí) hodnotit vše, co uděláme, i to, co jsme udělat měli, ale neudělali. I tak je možné se blížit k pojetí kvality života v hlubším slova smyslu.³⁶

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 176.

³⁶ Obrázek převzat z Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 177.

³⁶ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 182.

Empirická část

6. Empirický výzkum

6.1. Cíle a hypotézy výzkumu

V diplomové práci se snažíme o rozšíření nejen teoretického pohledu na problematiku osamělosti ve stáří, ale rovněž se snažíme o jeho empirické potvrzení. Cílem je především více prozkoumat úskalí této závažné problematiky a tím přispět k lepší orientaci v praxi.

6.1.1. Cíle empirického výzkumu

A. Na základě teoretické části práce a praktických zkušeností stanovit metodu výzkumu:

Úkoly:

Vytvořit hlavní a doplňující metody sledování na podkladě předvýzkumu. Hlavní metodou byl strukturovaný rozhovor, který byl svým obsahem a formou zaměřený na problematiku osamělosti ve stáří a kvalitu života těchto lidí.

B. Zjistit nejčastější příčiny osamělosti ve stáří, jak senioři prožívají svou osamělost a ji řeší.

Úkoly:

Zjistit, věk seniorů, věk odchodu do důchodu, pohlaví, jejich rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání.

Zjistit, kde senioři bydlí, a kde žijí.

Zjistit, jestli se senioři těšili (chtěli) nebo se netěšili (nechtěli) odejít do důchodu a to z jakých důvodů, jestli v důchodu pracovali a kolik let.

Zjistit, kolik mají senioři dětí a jak často se s nimi vídají a telefonují s nimi, jakou pro ně představují oporu a jak daleko od nich bydlí.

Zjistit, s kým senioři žijí ve společné domácnosti, kdo je pro ně nejbližší osoba a jak často se s ní vídají.

Zjistit, s kým senioři žijí v ústavním zařízení na pokojích, a co pro ně tyto osoby znamenají.

Zjistit, o koho senioři pečují.

Zjistit, jestli současný zdravotní stav seniorů ovlivnil nějak jejich vztahy mezi lidmi.

Zjistit, jak často senioři navštěvují lékaře a jestli užívají nějaká psychofarmaka, která jim pomáhají překonávat pocity osamělosti nebo jiné nepříjemné pocity.

Zjistit, jak často se cítí senioři osamělí, z jakých důvodů, a jestli na jejich osamělost má vliv denní doba, roční období, svátky...

Zjistit, jak svou osamělost senioři prožívají, jak se u nich projevuje a jaké další nepříjemné pocity pociťují.

Zjistit, jak senioři svou osamělost řeší, jestli vůbec mají ještě chuť ji řešit.

Zjistit, jaké mají senioři aktivity a činnosti, které by jim mohli pomoci překonat pocity osamělosti, jestli si mají s kým popovídat o svých problémech.

Zjistit, jak velký vliv na osamělost u seniorů, měl dobrovolný či nedobrovolný odchod do ústavního zařízení.

Zjistit, jak senioři prožívají, hodnotí své stáří a jak hodnotí svou kvalitu života, buď v ústavním zařízení nebo v domácnosti.

Zjistit, jestli senioři věří v boha a jak jim tato víra pomáhá.

6.1.2. Hypotézy

1. Domnívám se, že nejčastější příčiny pocitu osamělosti ve stáří jsou: ztráta nejbližšího partnera a dětí; ztráta pracovních a přátelských vztahů; změna sebepojetí - nepřijetí stáří, nechtěný odchod do důchodu; ztráta soběstačnosti; ztráta zdraví; ztráta zvířete, změna prostředí (nedobrovolné umístění do ústavního zařízení).

2. Domnívám se, že senioři, kteří mají nedostatečné rodinné zázemí (nezájem dětí, vnoučat, ostatních příbuzných) budou více osamělí než ti, o které má jejich rodina zájem.

3. Domnívám se, že rizikovým obdobím pro vznik osamělosti ve stáří je desátý až patnáctý rok po odchodu do důchodu, a že nejintenzivněji a nejčastěji budou senioři prožívat svou osamělost v podzimním, zimním a Vánočním období.

4. Domnívám se, že z výše uvedených příčin dochází k frustraci vyšších psychosociálních potřeb – potřeb lásky a souměřitosti (vztahových, afiliačních, sociálních) a potřeb sebepojetí a sebeúcty, a tím dochází ke změnám

psychického stavu - k pocitu osamělosti, projevující se změnami prožívání, pocitem smutku, stesku, zbytečnosti, nejistoty, sebelítosti, nevděku, hněvu, vzteku atd.

5. Domnívám se, že senioři trpící pocitem osamělosti budou mít negativní postoj ke stáří a podle toho také budou hodnotit kvalitu svého života.

6. Domnívám se, že u lidí trpících dlouhodobým pocitem osamělosti dochází k postupným změnám chování: únikové chování - sociální izolace, únik do nemoci, únik do léků (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika), únik do alkoholu, vytváření a uzavírání se do vlastního imaginárního světa, nepřátelské až agresivní chování vůči svému okolí, maladaptivní formy chování – negativismus, represe, projekce, resignace, atd.

7. Domnívám se, že senioři řeší svou osamělost buď pasivním způsobem (nepřetržité sledování televizních programů, únik do léků (psychofarmaka), únik do alkoholu, uzavírání se do vlastního imaginárního světa, sociální izolace...), nebo aktivním způsobem (četba novin, knih, péče o zvířata, sebevzdělávání - univerzita třetího věku, telefonování, orientace na náboženství - víru v boha, sdružování se v klubech pro seniory, procházky, výlety s přáteli, dětmi, dobrovolný odchod do ústavního zařízení pro seniory...).

8. Domnívám se, že senioři odcházejí do ústavního zařízení buď, „dobrovolně“ z důvodů: špatné bytové situace, finančních, osamělosti atd. a žádost si ve většině případů podají sami nebo „nedobrovolně“ z důvodů: odsunutí dětmi, příbuznými a žádost jim podával někdo jiný, což má velký vliv na vznik a prohloubení osamělosti seniora..

9. Domnívám se, že senioři, jejichž duchovní potřeba je víra v boha, budou trpět méně pocitem osamělosti nebo tento pocit budou lépe řešit, zvládat.

6.2. Metody výzkumu

K zjištění stanovených cílů a hypotéz jsem nejdříve zvolila strukturovaný rozhovor, který se skládal z 21 otázek. Na konci měsíce prosince 2006 a na začátku ledna 2007 jsem provedla pilotní studii k ověření, zda rozsah a otázky ve strukturovaném rozhovoru vyhovují pro tento výzkum.

6.2.1. Předvýzkum

V předvýzkumu jsem náhodně oslovila osm seniorů (6 žen a 2 muže) z domácího prostředí, se kterými jsem provedla strukturovaný rozhovor, který se skládal z 21 otázek *viz. příloha 1*. Tato pilotní studie mi ukázala, které otázky je nutné předělat, upravit a co je třeba doplnit. Rozhovor se ukázal jako vyhovující, poopraveny byly otázky č. 5, č. 8, č. 9, č. 10, č. 11, č. 13, č. 15, č. 16, č. 18, č. 19, č. 20, č. 21 a do rozhovoru jsem přidala dvě otázky (otázku č. 12 a 24), takže konečná podoba rozhovoru má 24 otázek. Předvýzkum jsem vyhodnotila zvlášť (*viz. příloha 1a.*) a nezahrnovala jsem ho do celkového výzkumu, protože na základě vyhodnocení předvýzkumu jsme s PhDr. Helenou Chloubovou přidaly ještě dvě doplňující metody. Pro tento výzkum jsme použily tyto tři metody:

- strukturovaný rozhovor - hlavní metoda
- pozorování respondentů při rozhovoru - doplňující metoda
- subjektivní hodnocení psychosociálního stavu respondenta při rozhovoru - doplňující metoda

6.2.2. Strukturovaný rozhovor

Jako hlavní metodu k zjištění stanovených cílů a hypotéz jsem zvolila strukturovaný rozhovor. Rozhovoru jsem dala přednost, protože dolní věková hranice mých respondentů byla 65 let. Metodu strukturovaného rozhovoru s volnými výpověďmi jsem zvolila hlavně proto, abych dala seniorům větší prostor k vyjádření pocitů než písemnou formou, protože dotazník by dlouho a obtížně vyplňovali (vzhledem ke svému věku, zhoršenému zraku, neporozumění otázek atd.). Zároveň jsem chtěla získat co nejobektivnější informace od všech respondentů. Na počátku strukturovaného rozhovoru jsem seniory seznámila s cíly výzkumného šetření. Vysvětlila jsem jim, jak bude rozhovor probíhat, a že veškeré informace, které získám jsou anonymní a budou použity pouze ke studijním účelům.

Postupovala jsem podle předem připravených, přesně formulovaných otázek. Vlastní strukturovaný rozhovor obsahuje 24 otázek *viz. příloha 2*. Je rozdělen na dvě části: na **část zjištění identifikačních údajů** – otázky 1-7 a na **část vztahující se k cílům a hypotézám** – otázky 8 - 24. Strukturovaný rozhovor zahrnuje: *otázky otevřené* (senioři zde odpovídali dle své vůle a uvážení) – otázky č. 7, č. 10, č. 12, č. 17, č. 21, č. 23, č. 24, *otázky polozavřené* (senioři volili z nabízených alternativ, ale mohli připojit i vlastní odpovědi) – otázky č. 8, č. 9, č. 11, č. 13, č. 15, č. 16, č. 19, č. 20, č. 22, *otázky uzavřené* (vyžadující přímou odpověď) – otázky č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 14, č. 18.

6.2.3. Pozorování respondentů při rozhovoru

Další metodou, která byla důležitá pro celkové zhodnocení výzkumu bylo pozorování jednotlivých respondentů při rozhovoru. Sledovala jsem verbální i neverbální projevy seniorů při jednotlivých otázkách. Jejich mimiku, gestikulaci, postoj těla atd. Také jsem sledovala nálady, změny v chování, emocionální projevy seniorů popřípadě i maladaptivní formy chování při rozhovoru *viz. příloha 3*.

6.2.4. Subjektivní hodnocení psychosociálního stavu respondentů při rozhovoru

Poslední metodu, kterou jsem použila ve výzkumném šetření bylo subjektivní hodnocení respondentů při rozhovoru *viz. příloha 3*, kde jsem se zaměřila na to, jak se mnou senioři spolupracovali či nespolečovali, jak reagovali na mé otázky a zda byly jejich odpovědi rozporuplné. Dále hodnotím zda se snažili svoje pocity popírat či o nich mluvili otevřeně. Jaké bylo jejich celkové psychické ladění, zda byli v depresivním stavu, či jejich chování bylo více agresivní nebo únikové. Také jsem hodnotila postoj ke mně, zda byli senioři přátelští nebo negativističtí, zda měli snahu se na mě fixovat, podněcovat atd.

6.3. Zpracování získaných informací ze strukturovaného rozhovoru, pozorování a subjektivního hodnocení

Po ukončení sběru dat, jejich písemném zpracování a uložení do počítače, jsem provedla třídění a statistické zpracování dat. Ve statistickém hodnocení následně uvádím tyto znaky: **ni = absolutní četnost, fi (%) = relativní četnost.** ;

Data jsem zpracovala pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel 2003 a Microsoft Word 2003. Výsledky jsem zpracovala dle postavených hypotéz a některých identifikačních kritériích. V závěru každé hypotézy jsem provedla shrnutí a zhodnocení.

6.4. Charakteristika výzkumného vzorku

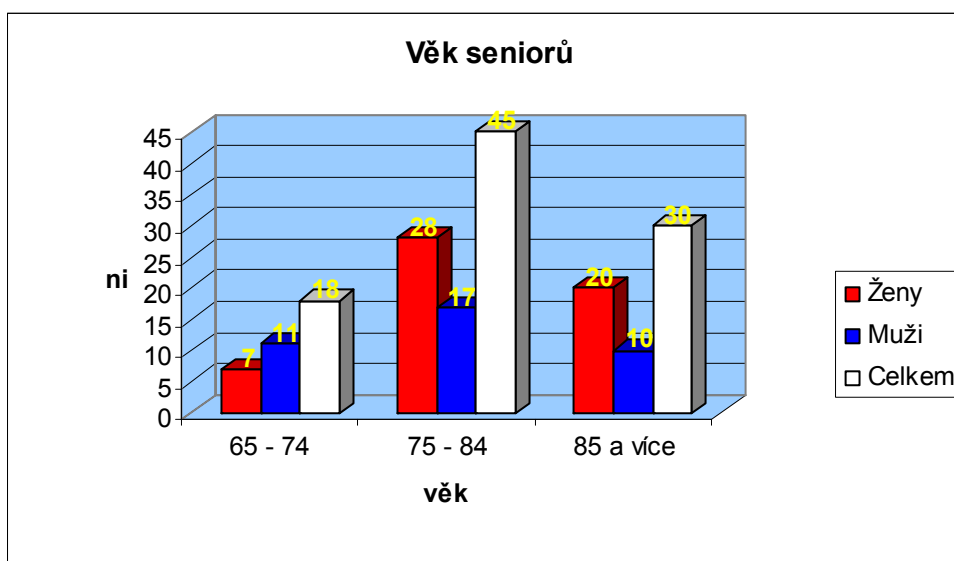
Celkem bylo osloveno **108 respondentů** z toho **8 respondentů** jsem oslovila v předvýzkumu dále pak **7 respondentů** odmítlo: **4** z domácího prostředí a **3** z institucionálního prostředí. Celkově jsem výzkum provedla u **93 respondentů**.

Prvním kritériem pro výběr respondentů byl **věk**, kdy dolní hranice byla stanovena na **65 let** a horní hranice nebyla stanovena. Průměrný věk všech respondentů činil 80 let. Z toho průměrný věk žen činil 81 let a průměrný věk mužů činil 79 let viz. *tabulka. č. 1., graf č. 1.*

Tabulka č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: věk respondentů - seniorů.

Pohlaví	Věk (roky)						Celkem	Průměrný věk
	65 - 74		75 - 84		85 a více			
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]		
Ženy	7	12,7	28	50,9	20	36,4	55	80,7
Muži	11	29	17	44,7	10	26,3	38	79,3
Celkem	18	19,4	45	48,4	30	32,3	93	80

Graf č. 1.

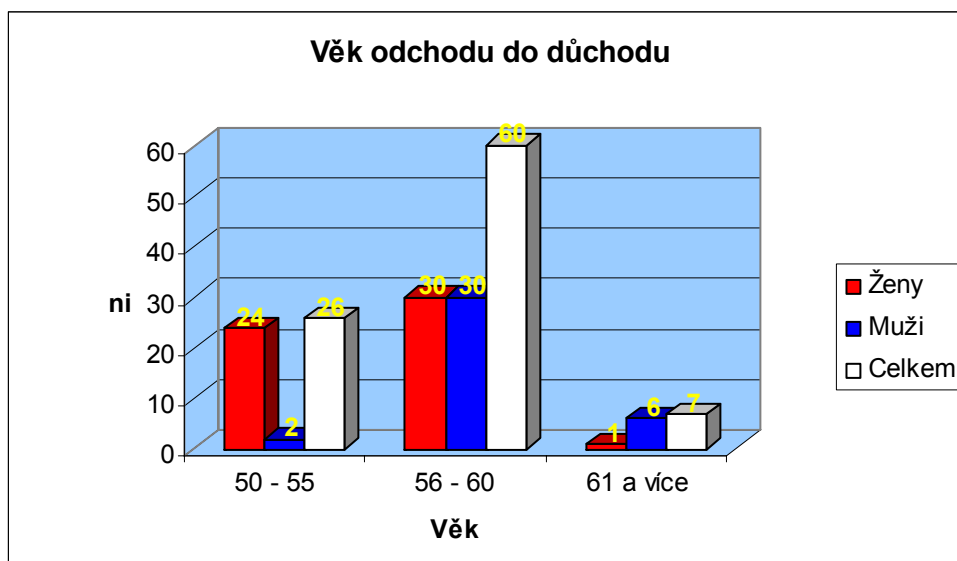


Věk odchodu do důchodu, kdy nejvíce žen i mužů odešlo do důchodu ve věkovém rozmezí 56-60 let. Nejméně mužů odešlo do důchodu ve věkovém rozmezí 50-55 let a nejméně žen odešlo do důchodu ve věkovém rozmezí 61 a více let. Z toho průměrný věk žen při odchodu do důchodu činil 56,1 let a průměrný věk mužů při odchodu do důchodu činil 59,8 let viz. tabulka č. 2, graf č. 2.

Tabulka č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: věk odchodu do důchodu respondentů - seniorů.

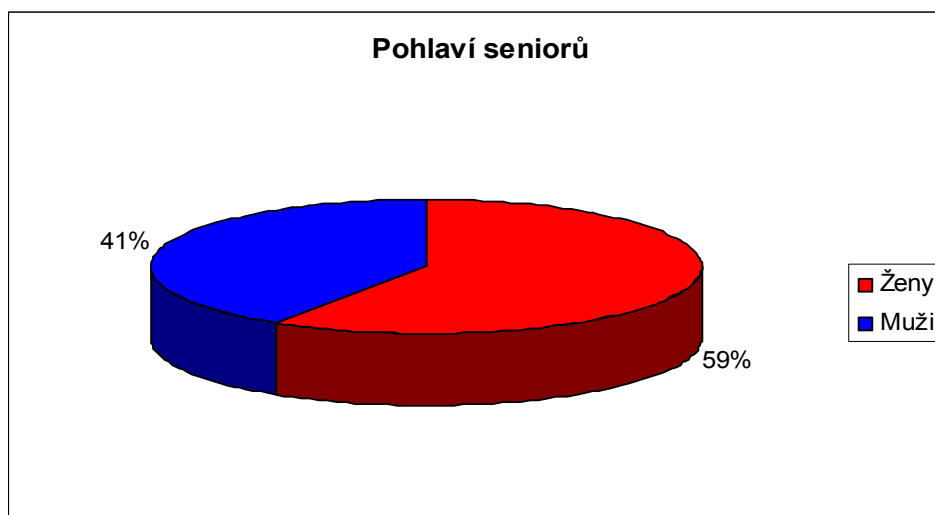
Pohlaví	Věk odchodu do důchodu (roky)						Celkem	Průměrný věk
	50 - 55		56 - 60		61 a více			
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]		
Ženy	24	43,6	30	54,5	1	1,8	55	56,1
Muži	2	5,3	30	78,9	6	15,8	38	59,8
Celkem	26	28	60	64,5	7	7,5	93	58

Graf č. 2.



Druhým kritériem bylo **pohlaví** respondentů, kdy z celkového **počtu 93 seniorů** bylo **55 žen** a **38 mužů** viz. graf č. 3.

Graf č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: pohlaví respondentů - seniorů.

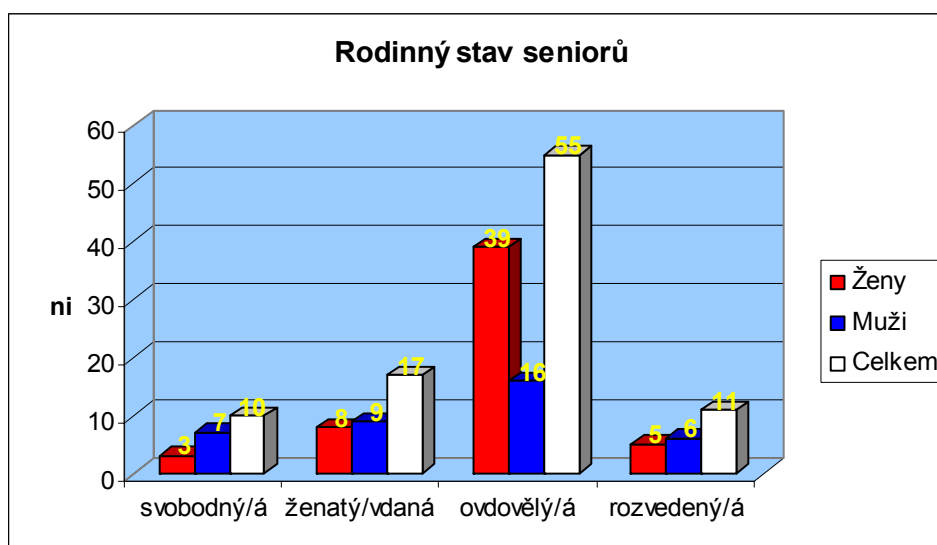


Třetím kritériem byl **rodinný stav** respondentů, kdy 5,5 % žen a 18,4 % mužů bylo svobodných, 14,5 % žen vdaných a 23,7 % mužů bylo ženatých, 70,9 % žen a 42,1 % mužů ovdovělých a 9,1 % žen a 15,8 % mužů rozvedených viz. tabulka č. 3., graf č. 4.

Tabulka č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: rodinný stav respondentů - seniorů.

Pohlaví	Rodinný stav								Celkem
	svobodný/á		ženatý/vdaná		ovdovělý/á		rozvedený/á		
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	
Ženy	3	5,5	8	14,5	39	70,9	5	9,1	55
Muži	7	18,4	9	23,7	16	42,1	6	15,8	38
Celkem	10	10,8	17	18,3	55	59,1	11	11,8	93

Graf č. 4.

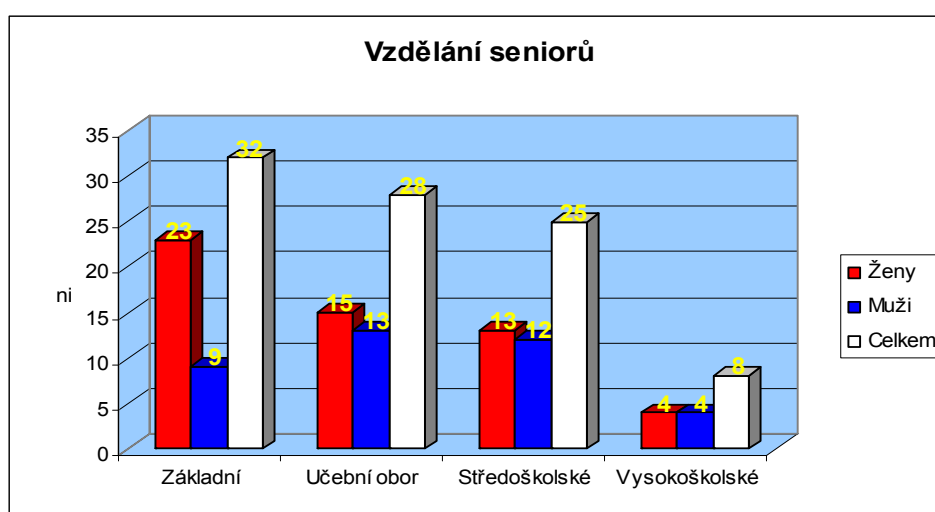


Čtvrtým identifikačním znakem bylo **vzdělání** respondentů, kdy nejvíce seniorů mělo základní vzdělání 34,4 % a nejméně seniorů mělo vysokoškolské vzdělání 8,6 % viz. *tabulka č. 4., graf č. 5.*

Tabulka č. 4. Charakteristika výzkumného vzorku: vzdělání respondentů - seniorů.

Pohlaví	Vzdělání seniorů								
	Základní		Učební obor		Středoškolské		Vysokoškolské		Celkem
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	
Ženy	23	41,8	15	27,3	13	23,6	4	7,3	55
Muži	9	23,7	13	34,2	12	31,6	4	10,5	38
Celkem	32	34,4	28	30,1	25	26,9	8	8,6	93

Graf č. 5.

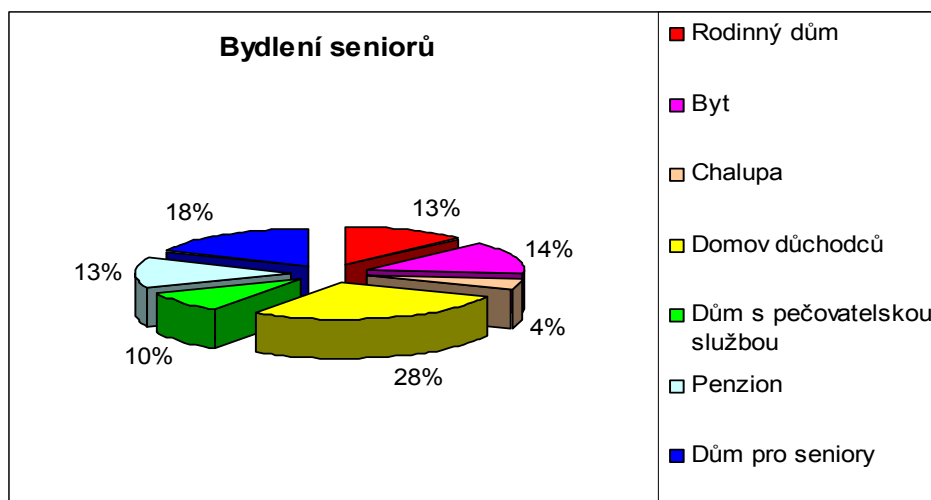


Pátým identifikačním znakem bylo **bydlení** respondentů, kdy 31,2 % seniorů bydlelo v domácím prostředí a 68,8 % bydlelo v sociálním zařízení, také jsem zjišťovala, jak senioři bydleli dlouho v ústavním zařízení viz. *tabulka č. 5., graf č. 6.*

Tabulka č. 5. Charakteristika výzkumného vzorku: bydlení respondentů - seniorů.

Bydlení seniorů				
Odpovědi	n _i		f _i [%]	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Rodinný dům	12	12,9	29	31,2
Byt	13	14		
Chalupa	4	4,3		
Domov důchodců	26	28	64	68,8
Dům s pečovatelskou službou	9	9,7		
Penzion	12	12,9		
Dům pro seniory	17	18,3		
Celkem	93	100%	93	100%

Graf č. 6.

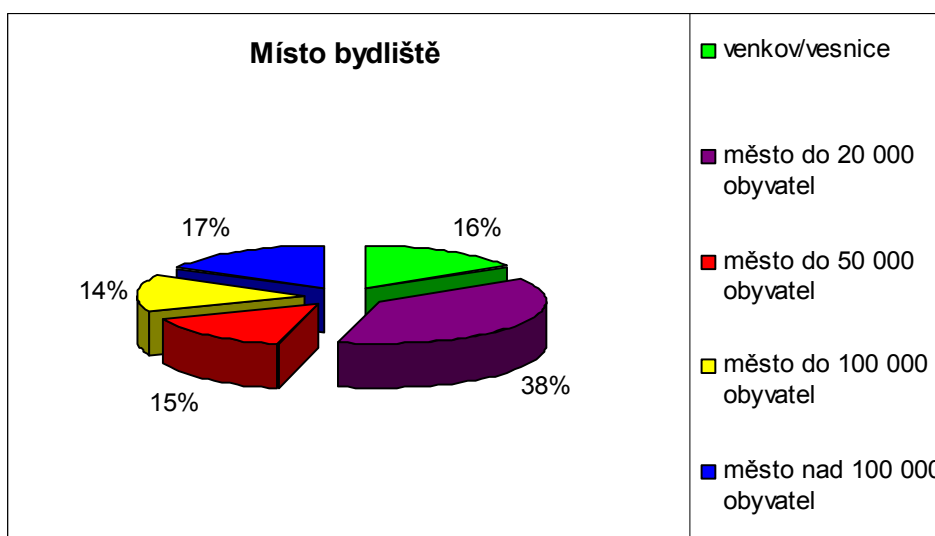


Šestým identifikačním znakem bylo **místo bydliště** respondentů, kdy nejméně 14 % seniorů bylo z města do 100 000 obyvatel a nejvíce 37,7 % seniorů z města do 20 000 obyvatel viz. *tabulka č. 6., graf č. 7.*

Tabulka č. 6. Charakteristika výzkumného vzorku: místo bydliště respondentů - seniorů.

Místo bydliště		
Velikost měst/vesnic	n_i	f_i [%]
venkov/vesnice	15	16,1
město do 20 000 obyvatel	35	37,6
město do 50 000 obyvatel	14	15,1
město do 100 000 obyvatel	13	14
město nad 100 000 obyvatel	16	17,2
Celkem	93	100 %

Graf č. 7.



6.5. Organizace a časový plán výzkumu

Výzkum proběhl v **devíti městech**: Praha, Hradec Králové, Pardubice, Trutnov, Náchod, Česká Skalice, Červený Kostelec, Nové město nad Metují, Hronov a **ve čtyřech vesnicích**: Smiřice, Velké Svatoňovice, Rtyně v Podkrkonoší, Studnice. V těchto městech a vesnicích jsem prováděla výzkum, jak v sociálních zařízeních, tak i v domácím prostředí. Výzkum jsem prováděla v období od ledna do konce února. Výzkum jsem prováděla vždy za souhlasu seniorů i jednotlivých sociálních zařízeních.

6.5.1. Časový harmonogram výzkumu

Téma diplomové práce mi bylo oficiálně zadáno v červnu 2006. Ke zvolení tohoto tématu přispěl fakt, že jsem na zápočet z předmětu Propedeutika vědeckovýzkumné práce zpracovávala zápočtovou práci v domově důchodců, kde jsem se setkala se mnoha osamělými seniory. Po stránce tělesné o ně bylo velmi dobře postaráno, ale stránka duševní velmi strádala.

Rok 2006:

- *Červen* - zadání diplomové práce
- *Červenec - Srpen* - studium pramenů
- *Září - Prosinec* - práce na teoretické části její předběžné ukončení, sestavení strukturovaného rozhovoru, počátek předvýzkumu

Rok 2007:

- *Leden - Únor* - předvýzkum, příprava vlastního výzkumu, doplnění metod, odevzdání konečné verze teoretické části diplomové práce, vlastní výzkum
- *Březen* - zpracování výsledků výzkumu a jejich interpretace, konzultace empirické části diplomové práce
- *Duben* - uzavření a odevzdání konečné verze diplomové práce

7. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

7.1. Získané výsledky k hypotéze č. 1

K hypotéze č.1 se vztahují otázky č. 15, č. 13, č. 11, č. 10, č. 9, č. 8.

Domnívám se, že nejčastější příčiny pocitu osamělosti ve stáří jsou: ztráta nejbližšího partnera a dětí; ztráta pracovních a přátelských vztahů; změna sebepojetí - nepřijetí stáří, nechtěný odchod do důchodu; ztráta soběstačnosti; ztráta zdraví; ztráta zvířete, změna prostředí (nedobrovolné umístění do ústavního zařízení).

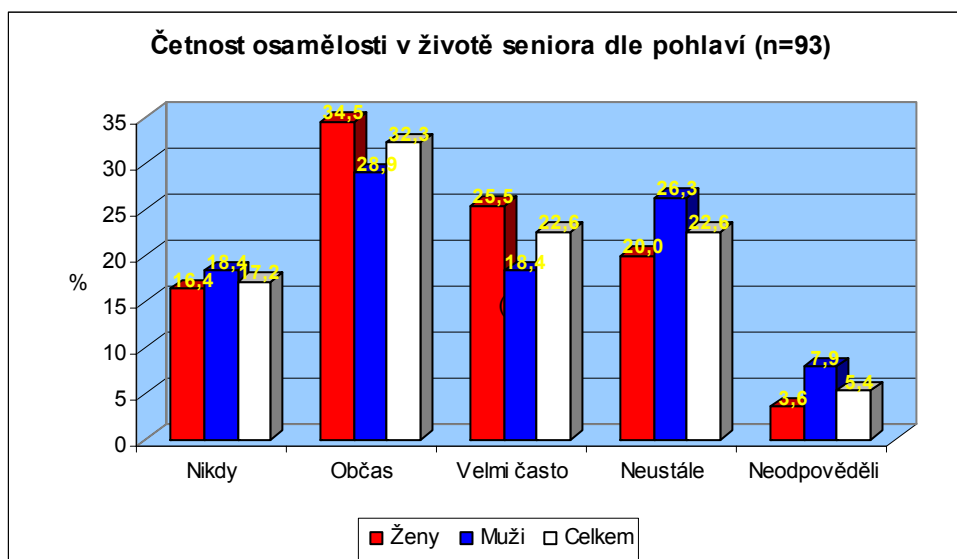
Otázka č. 15

Cítíte se být ve svém životě osamělý/á a smutný/á?

Tabulka č. 7. Četnost osamělosti v životě seniora (dle pohlaví).

Osamělost dle pohlaví (n=93)								
Četnost osamělosti	Ženy		Muži		Celkem		Celkem osamělých	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Nikdy	9	16,4	7	18,4	16	17,2	X	X
Občas	19	34,5	11	28,9	30	32,3	77	82,8
Velmi často	14	25,5	7	18,4	21	22,6		
Neustále	11	20	10	26,3	21	22,6		
Neodpověděli	2	3,6	3	7,9	5	5,4		
Celkem	55	100%	38	100%	93	100%		

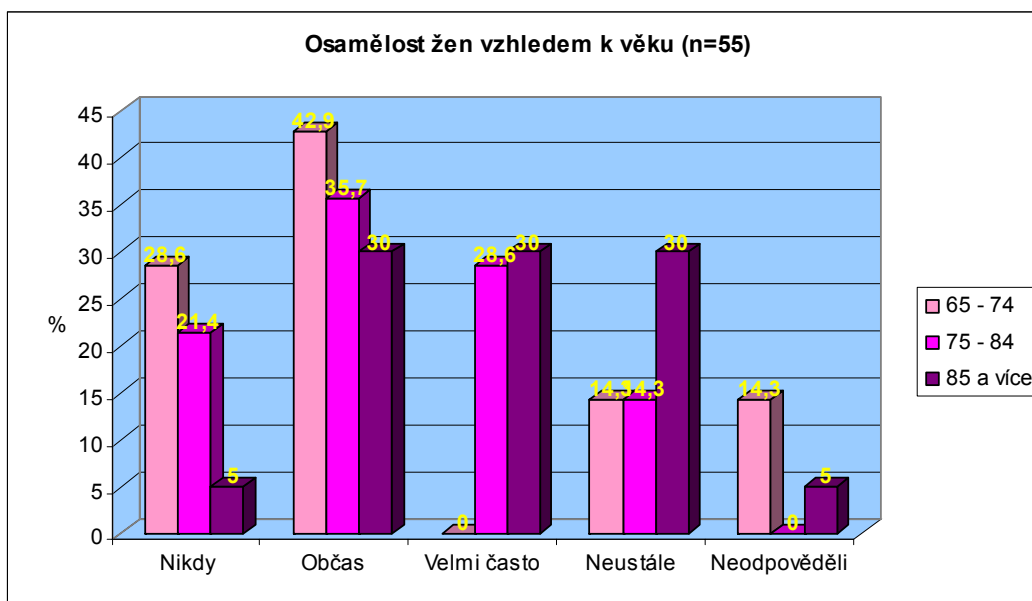
Graf č. 8.



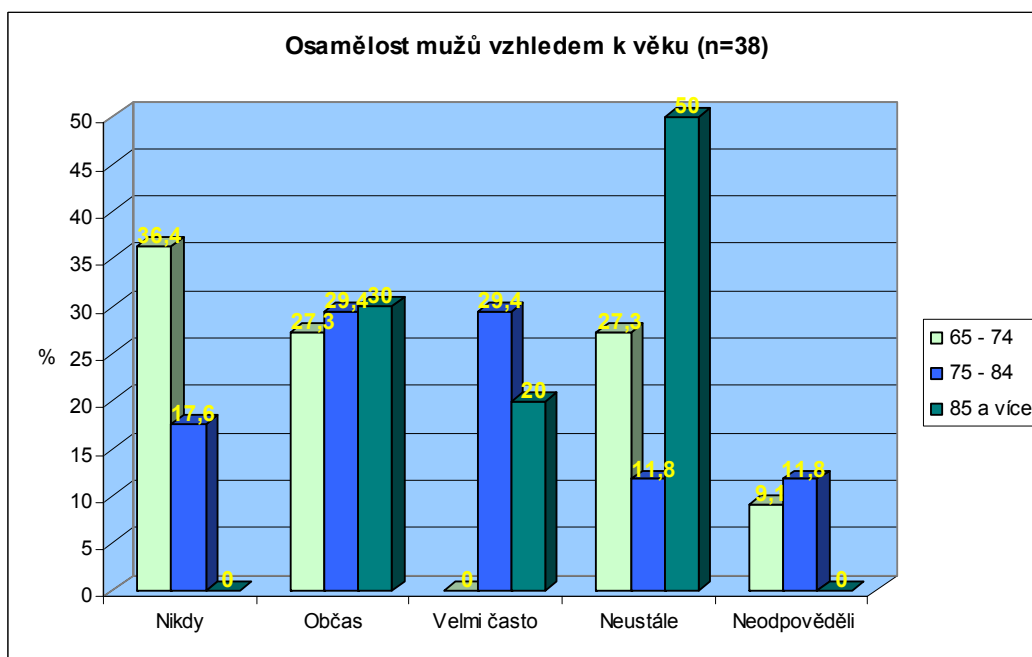
Tabulka č. 8 a 9. Osamělost v životě seniora (dle věku).

Osamělost vzhledem k věku žen (n=55)							Osamělost vzhledem k věku mužů (n=38)						
Četnost osamělosti	65 - 74		75 - 84		85 a více		Četnost osamělosti	65 - 74		75 - 84		85 a více	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]		n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Nikdy	2	28,6	6	21,4	1	5	Nikdy	4	36,4	3	17,6	0	0
Občas	3	42,9	10	35,7	6	30	Občas	3	27,3	5	29,4	3	30
Velmi často	0	0	8	28,6	6	30	Velmi často	0	0	5	29,4	2	20
Neustále	1	14,3	4	14,3	6	30	Neustále	3	27,3	2	11,8	5	50
Neodpověděli	1	14,3	0	0	1	5	Neodpověděli	1	9,1	2	11,8	0	0
Celkem	7	100%	28	100%	20	100%	Celkem	11	100%	17	100%	10	100%

Graf č. 9.



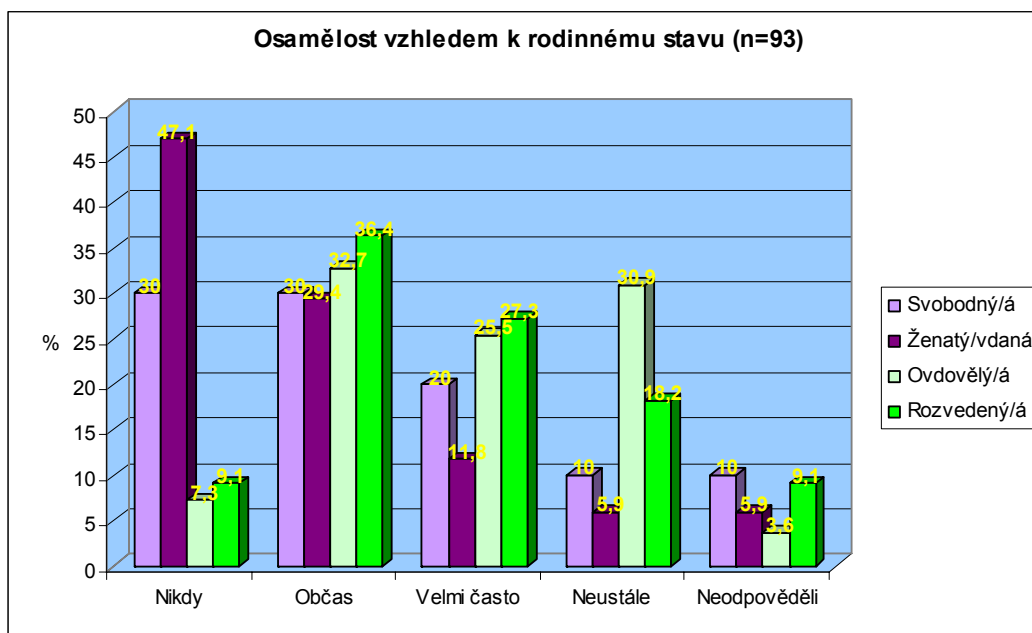
Graf č. 10.



Tabulka č. 10. Osamělost v životě seniora (dle rodinného stavu).

Osamělost vzhledem k rodinnému stavu (n=93)								
Četnost osamělosti	svobodný/á		ženatý/vdaná		ovdovělý/á		rozvedený/á	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Nikdy	3	30	8	47,1	4	7,3	1	9,1
Občas	3	30	5	29,4	18	32,7	4	36,4
Velmi často	2	20	2	11,8	14	25,5	3	27,3
Neustále	1	10	1	5,9	17	30,9	2	18,2
Neodpověděli	1	10	1	5,9	2	3,6	1	9,1
Celkem	10	100%	17	100%	55	100%	11	100%

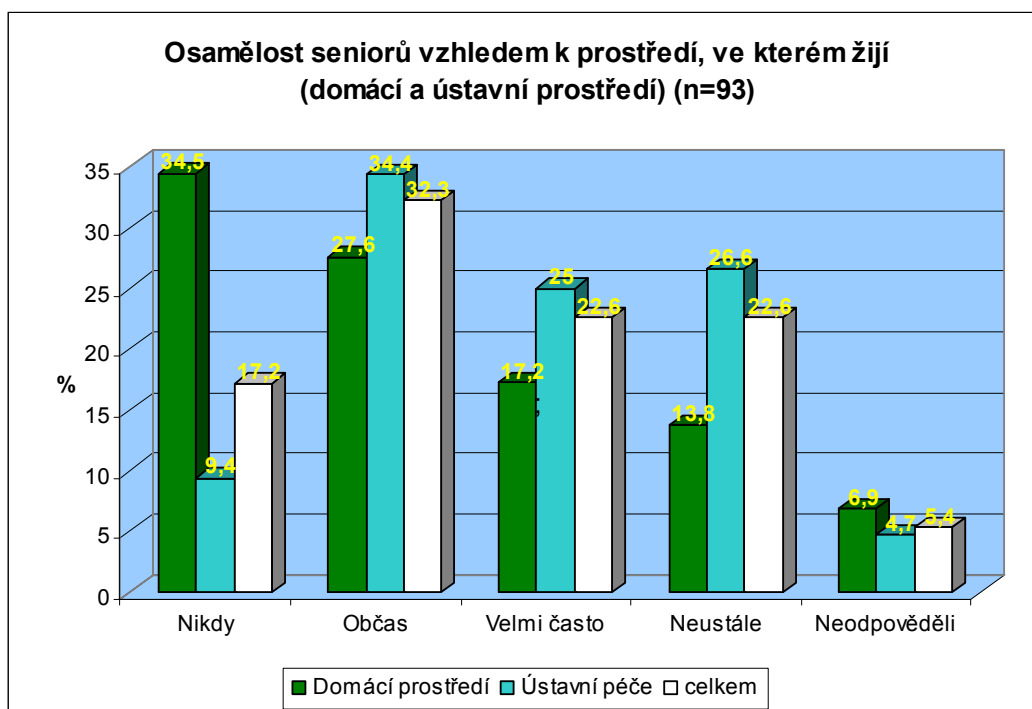
Graf č. 11.



Tabulka č. 11. Osamělost v životě seniora vzhledem k prostředí ve, kterém žije.

Četnost osamělosti vzhledem k prostředí, ve kterém žije (n=93)						
Četnost osamělosti	Domácí prostředí		Ústavní péče		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Nikdy	10	34,5	6	9,4	16	17,2
Občas	8	27,6	22	34,4	30	32,3
Velmi často	5	17,2	16	25	21	22,6
Neustále	4	13,8	17	26,6	21	22,6
Neodpověděli	2	6,9	3	4,7	5	5,4
Celkem	29	100%	64	100%	93	100%

Graf č. 12.

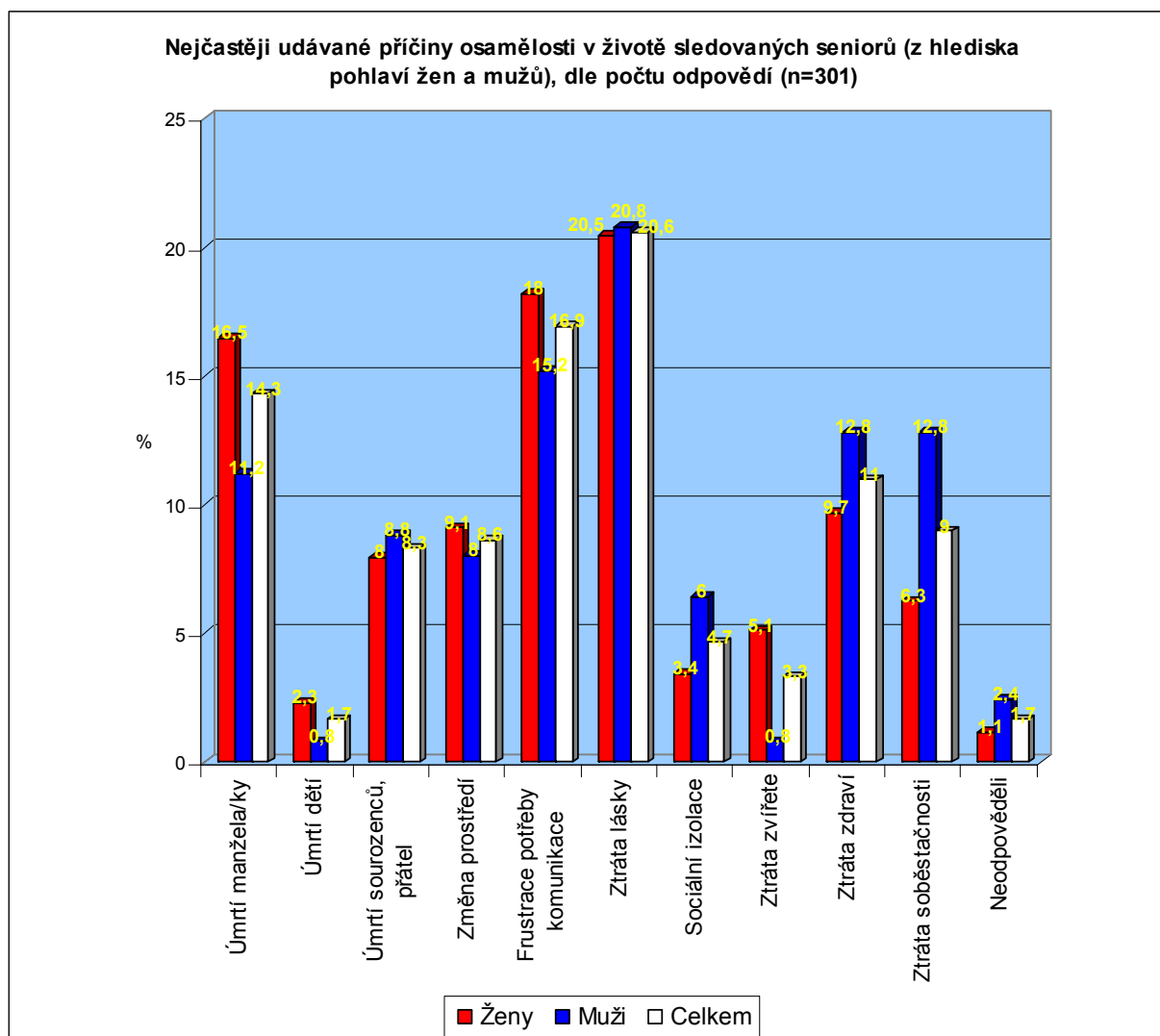


Z jakých důvodů?

Tabulka č. 12. Nejčastěji udávané příčiny osamělosti v životě sledovaných seniorů (z hlediska pohlaví).

Nejčastěji udávané příčiny osamělosti v životě sledovaných seniorů (z hlediska pohlaví) (n=301)								
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem		f _i [%] vzhledem k počtu osamělých žen (n=46)	f _i [%] vzhledem k počtu osamělých mužů (n=31)
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]		
Úmrtí manžela/ky	29	16,5	14	11,2	43	14,3	63	45,2
Úmrtí dětí	4	2,3	1	0,8	5	1,7	8,7	3,2
Úmrtí sourozenců, přátel	14	8	11	8,8	25	8,3	30,4	35,5
Změna prostředí	16	9,1	10	8	26	8,6	34,8	32,3
Frustrace potřeby komunikace	32	18	19	15,2	51	16,9	69,6	61,3
Ztráta lásky	36	20,5	26	20,8	62	20,6	78,3	83,9
Sociální izolace	6	3,4	8	6	14	4,7	13	25,8
Ztráta zvířete	9	5,1	1	0,8	10	3,3	19,6	3,2
Ztráta zdraví	17	9,7	16	12,8	33	11	37	51,6
Ztráta soběstačnosti	11	6,3	16	12,8	27	9	23,9	51,6
Neodpověděli	2	1,1	3	2,4	5	1,7	4,3	9,7
Celkem	176	100%	125	100%	301	100%	X	X

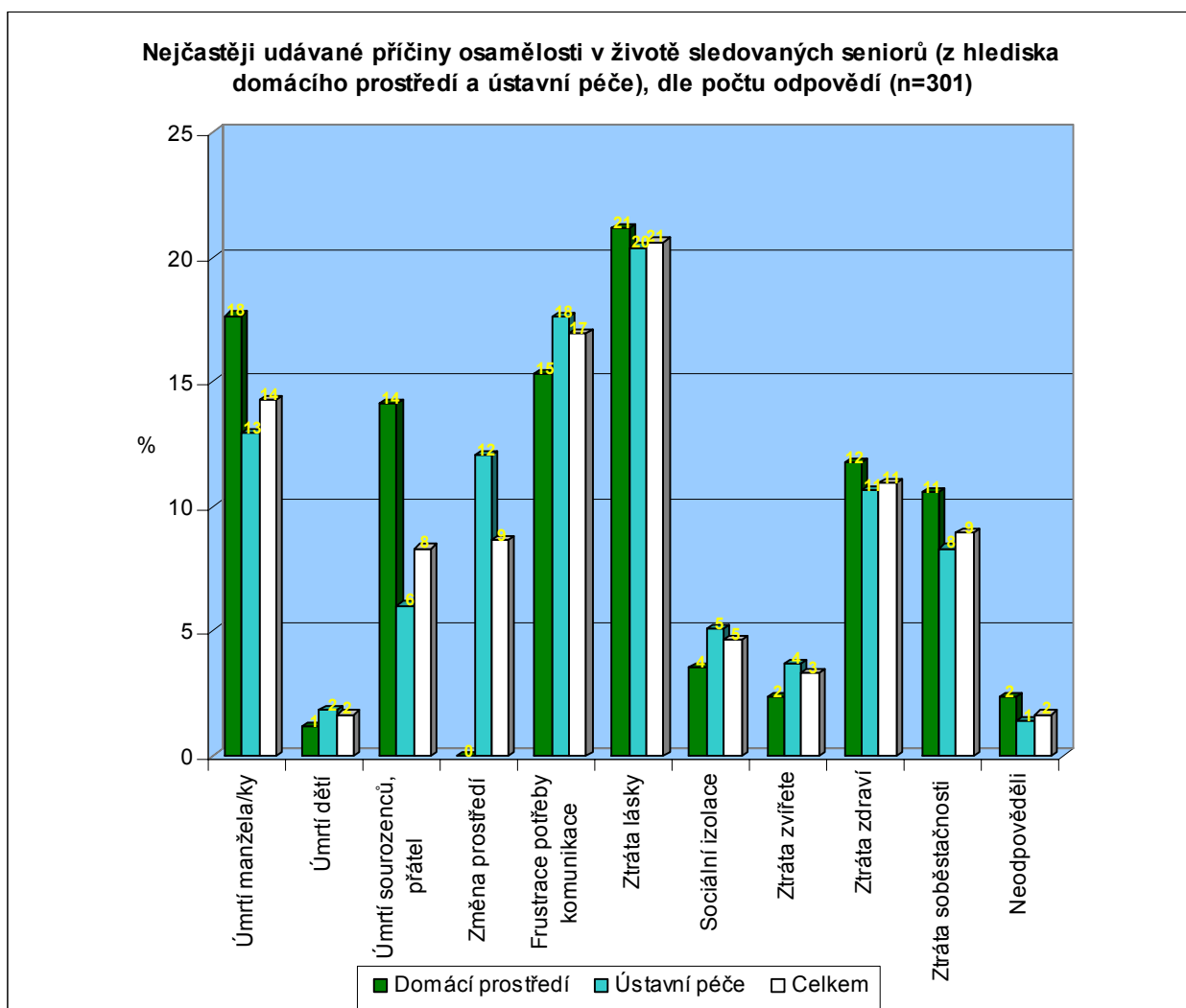
Graf č. 13.



Tabulka č. 13. Nejčastěji udávané příčiny osamělosti v životě sledovaných seniorů (z hlediska prostředí, ve kterém žijí).

Odpovědi	Domácí prostředí		Ústavní péče		Celkem		f _i [%] vzhledem k počtu seniorů z domácí péče (n=29)	f _i [%] vzhledem k počtu seniorů z domácího prostředí (n=64)
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]		
	Úmrtí manžela/ky	15	17,6	28	13	43		
Úmrtí dětí	1	1,2	4	1,9	5	1,7	5,3	6,9
Úmrtí sourozenců, přátel	12	14	13	6	25	8,3	63,2	22,4
Změna prostředí	0	0	26	12	26	8,6	0	44,8
Frustrace potřeby komunikace	13	15	38	17,6	51	16,9	68,4	65,5
Ztráta lásky	18	21,2	44	20,4	62	20,6	94,7	75,9
Sociální izolace	3	3,5	11	5,1	14	4,7	15,8	19
Ztráta zvířete	2	2,4	8	3,7	10	3,3	10,5	13,8
Ztráta zdraví	10	11,8	23	10,6	33	11	52,6	39,7
Ztráta soběstačnosti	9	10,6	18	8,3	27	9	47,4	31
Neodpověděli	2	2,4	3	1,4	5	1,7	10,5	5,2
Celkem	85	100%	216	100%	301	100%	X	X

Graf č. 14.



Otázka č. 13

Myslíte si, že Váš současný zdravotní stav ovlivnil Vaše vztahy v rodině a mezi lidmi?

Tabulka č. 14. Vliv zdravotního stavu na vznik osamělosti v životě seniora.

Vliv zdravotního stavu na vznik osamělosti (n=93)					
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	
ANO	28	50,9	19	50	47
NE	27	49,1	19	50	46
Celkem	55	100%	38	100%	93

Otázka č. 11

Kdo je ve Vašem životě nejbližší osoba, které můžete důvěřovat?

Jak často se s ní vídáte?

Tabulka č. 15. Četnost setkání seniorů z domácího prostředí s nejbližšími osobami.

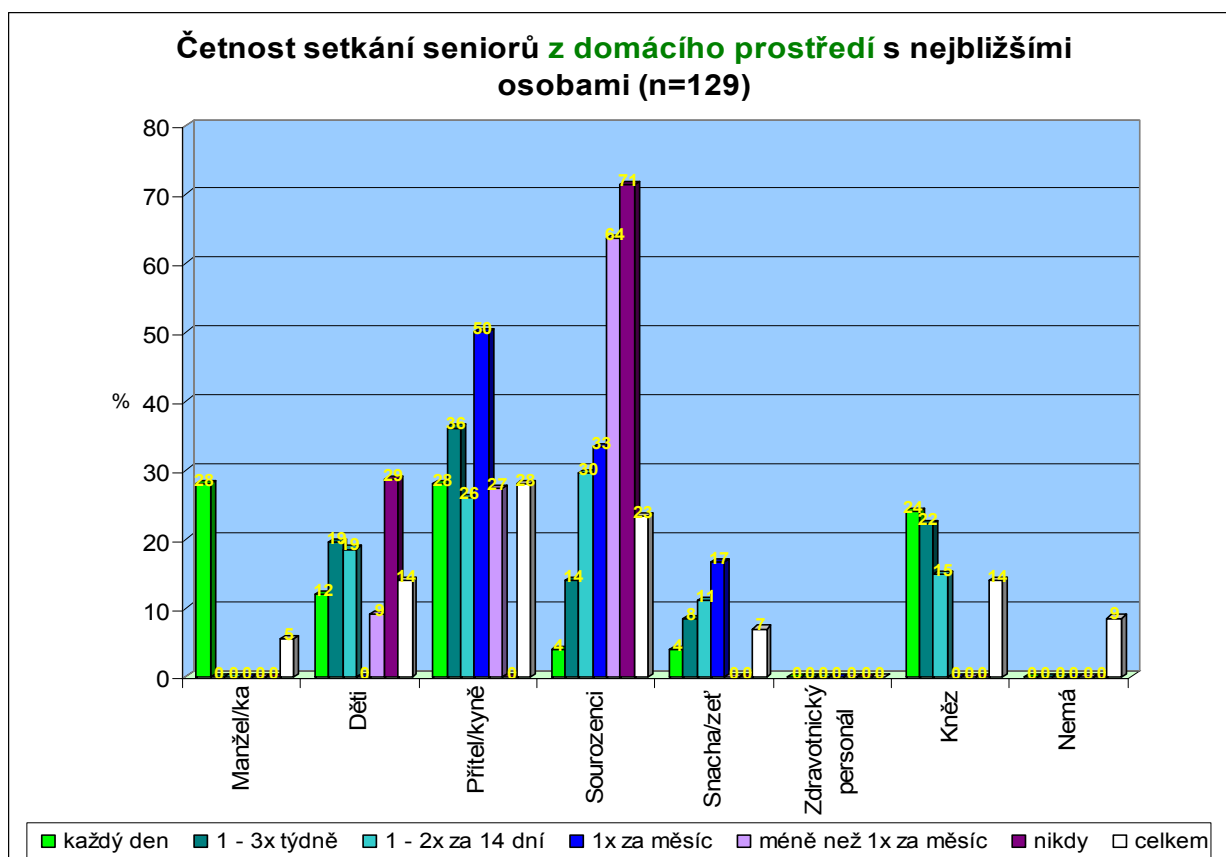
Četnost setkání seniorů z domácího prostředí s nejbližšími osobami (n=129)														
Nejbližší osoba	Každý den		1 - 3 x týdně		1 - 2 x za 14 dní		1 x za měsíc		Méně než 1 x za měsíc		Nikdy		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Manžel/ka	7	28	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	7	5,4
Děti	3	12	7	19,4	5	18,5	X	0	1	9,1	2	28,6	18	14
Přítel/kyně	7	28	13	36,1	7	25,9	6	50	3	27,3	X	0	36	27,9
Sourozenci	1	4	5	13,9	8	29,6	4	33,3	7	63,6	5	71,4	30	23,3
Snacha/zeť	1	4	3	8,3	3	11,1	2	16,7	X	0	X	0	9	7
Zdravotnický personál	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	0	0
Kněz	6	24	8	22,2	4	14,8	X	0	X	0	X	0	18	14
Nemá	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	11	8,5
Celkem	25	100%	36	100%	27	100%	12	100%	11	100%	7	100%	129	100%

Tabulka č. 16. Četnost setkání seniorů z ústavní péče s nejbližšími osobami.

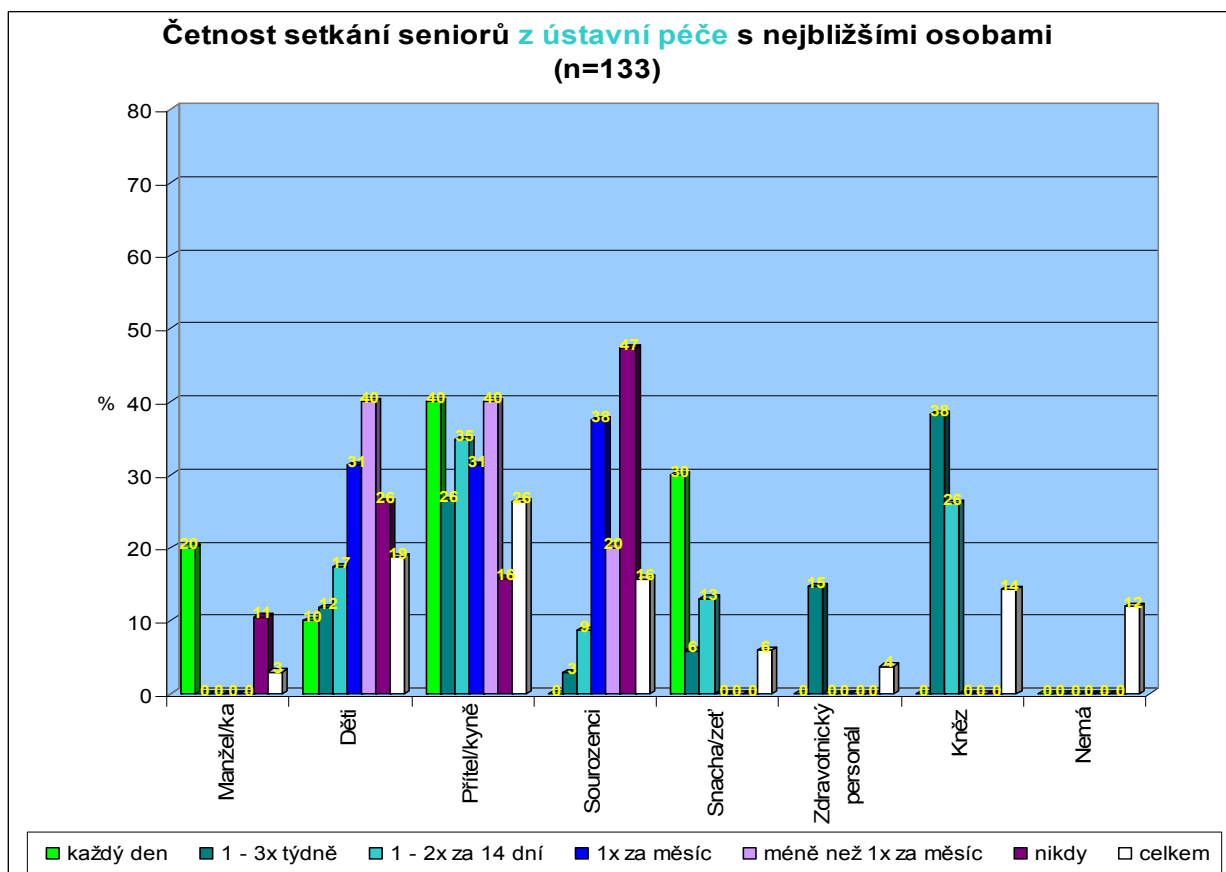
Četnost setkání seniorů z ústavní péče s nejbližšími osobami (n=133)														
Odpovědi	Každý den		1 - 3 x týdně		1 - 2 x za 14 dní		1 x za měsíc		Méně než 1 x za měsíc		Nikdy		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Manžel/ka	2	20	X	0	X	0	X	0	X	0	2	10,5	4	3
Děti	1	10	4	11,8	4	17,4	5	31,3	6	40	5	26,3	25	18,8
Přítel/kyně	4	40	9	26,5	8	34,8	5	31,3	6	40	3	15,8	35	26,3
Sourozenci	X	0	1	2,9	2	8,7	6	37,5	3	20	9	47,4	21	15,8
Snacha/zeť	3	30	2	5,9	3	13	X	0	X	0	X	0	8	6
Zdravotnický personál	X	0	5	14,7	X	0	X	0	X	0	X	0	5	3,8
Kněz	X	0	13	38,2	6	26,1	X	0	X	0	X	0	19	14,3
Nemá	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	X	0	16	12
Celkem	10	100%	34	100%	23	100%	16	100%	15	100%	19	100%	133	100%

Tabulky ukazují všechny nejbližší osoby u seniorů z domácího i ústavního prostředí. Dále ukazují jak často se senioři s nejbližšími osobami vídali.

Graf č. 15.



Graf č. 16.



Otázka č. 10

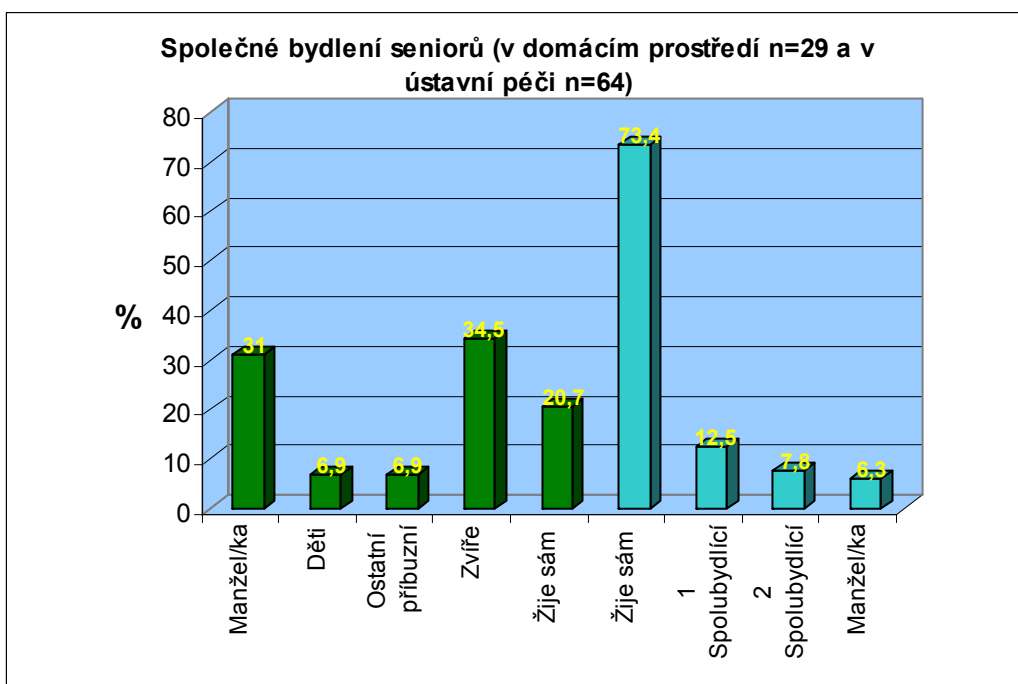
S kým žijete ve společné domácnosti (lidí i zvířat) a s kým žijete v sociálním zařízení (na pokoji)?

Tabulka č. 17. Společné bydlení seniorů v domácím prostředí.

Tabulka č. 18. Společné bydlení seniorů v ústavním zařízení na pokoji.

Společná domácnost seniorů (n=29)			Společné bydlení v ústavní péči (n=64)		
Odpovědi	n _i	f _i [%]	Odpovědi	n _i	f _i [%]
Manžel/ka	9	31	Žije sám	47	73,4
Děti	2	6,9	1 spolubydlící	8	12,5
Ostatní příbuzní	2	6,9	2 spolubydlící	5	7,8
Zvíře	10	34,5	Manžel/ka	4	6,3
Žije sám	6	20,7	Celkem	64	100 %
Celkem	29	100 %			

Graf č. 17.



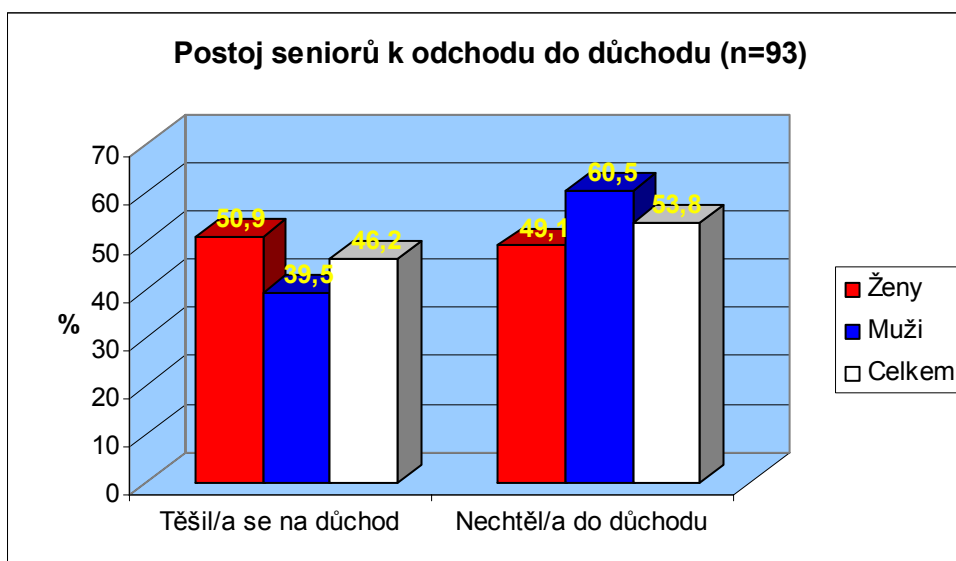
Otázka č. 8

Co pro Vás znamenal odchod do důchodu?

Tabulka č. 19. Postoj seniorů k odchodu do důchodu.

Pohlaví	Odchod do důchodu (n=93)				Celkem
	Těšil/a se na důchod		Nechtěl/a do důchodu		
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	
Ženy	28	50,9	27	49,1	55
Muži	15	39,5	23	60,5	38
Celkem	43	46,2	50	53,8	93

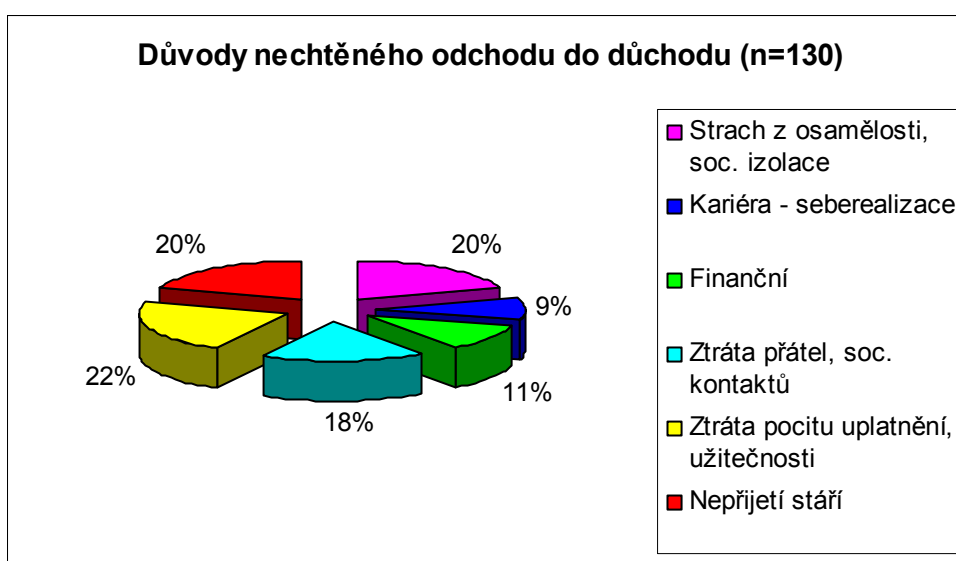
Graf č. 18.



Tabulka č. 20. Důvody nechtěného odchodu do důchodu.

Důvody nechtěného odchodu do důchodu (n=130)		
Odpovědi	n _i	f _i [%]
Strach z osamělosti, sociální izolace	26	20
Kariéra - seberealizace	12	9,2
Finanční	14	10,8
Ztráta přátel, sociálních kontaktů	23	17,7
Ztráta pocitu uplatnění, užitečnosti	29	22,3
Nepřijetí stáří	26	20
Celkem	130	100%

Graf č. 19.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 1

Cílem hypotézy č. 1 bylo zjistit, kolik seniorů trpí pocitem osamělosti, jak často a jaké jsou nejčastější příčiny osamělosti. Pocitem osamělosti trpí 77 seniorů což je 83% z celkového počtu 93 respondentů.

Při rozlišení osamělosti vzhledem k pohlaví udávalo 17% žen a 19% mužů, že osamělí nejsou, 35% žen a 29% mužů je osamělých občas, 26% žen a 19% mužů, je osamělých velmi často, 20% žen a 27% mužů je osamělých neustále a 4% žen a 8% mužů neodpovědělo. V celkovém hodnocení se ženy cítili více osamělé než muži.

Osamělost vzhledem k věku. U položek občas a velmi často trpělo pocitem osamělosti nejvíce žen a mužů ve věkovém rozmezí 75-84 let, u položky neustále bylo nejvíce respondentů ve věku 85 a více let. V celkovém hodnocení bylo ve věkovém rozmezí 75 - 84 let 80% osamělých seniorů a ve věkovém rozmezí 85 a více let se cítilo osamělých 90% seniorů.

Osamělost vzhledem k rodinnému stavu. Pocitem osamělosti netrpělo 48 % ženatých a vdaných seniorů. Nejvíce trpěli pocitem osamělosti ovdovělí senioři, kde občas trpělo pocitem osamělosti 33% seniorů, velmi často 26% seniorů a neustále trpělo pocitem osamělosti 31% seniorů.

Osamělost vzhledem k prostředí, ve kterém senioři žijí. Nejvíce osamělých seniorů a to 86% bylo v ústavních zařízeních. Naproti tomu v domácím prostředí se cítilo osamělých 59% dotazovaných seniorů.

Nejčastější příčiny osamělosti vzhledem k pohlaví seniorů. Jako nejčastější příčinu pocitu osamělosti udávali senioři ztrátu lásky (od nejbližších osob - rodiny, přátel, nedostatečné rodinné zázemí) a to 78% žen a 84% mužů, následovalo úmrtí manžela/ky 63% žen a 45% mužů, frustrace potřeby komunikace 68% žen a 66% mužů, ztráta zdraví 37% žen a 52% mužů, změna prostředí 35% žen a 32% mužů, úmrtí sourozenců, přátel 30% žen a 36% mužů, ztráta soběstačnosti 24% žen a 52% mužů, ztráta zvířete 20% žen a 3% mužů, sociální izolace 13% žen a 26% mužů, úmrtí dítěte 9% žen a 3% mužů. Neodpověděli 4% žen a 10% mužů. U žen vedla častěji k pocitu osamělosti frustrace potřeby komunikace, úmrtí manžela, ztráta zvířete a úmrtí dítěte. Na rozdíl od žen u mužů vedla k pocitu osamělosti častěji ztráta lásky, ztráta zdraví, úmrtí sourozenců a přátel, ztráta soběstačnosti a sociální izolace.

Nejčastější příčiny pocitu osamělosti vzhledem k prostředí, ve kterém senioři žijí. Jako nejčastější příčiny osamělosti v domácím prostředí (D) i v ústavní péči (Ú) senioři udávali: ztrátu lásky 95% seniorů z (D) a 76% seniorů z (Ú), úmrtí manžela/ky 79% seniorů z (D) a 48% seniorů z (Ú), frustrace potřeby komunikace 68% seniorů z (D) a 66% z (Ú), úmrtí sourozenců, přátel 63% seniorů z (D) a 22% z (Ú), ztrátu zdraví 53% z (D) a 40% z (Ú), ztrátu soběstačnosti 47% z (D) a 31% z (Ú), sociální izolaci 16% seniorů z (D) a 19% (Ú), ztráta zvířete 11% seniorů z (D) a 14% z (Ú), úmrtí dětí 5% seniorů z (D) a 7% (Ú). Velký rozdíl byl ve změně prostředí, kdy tato příčina byla pouze v (Ú) a udávalo ji 45% seniorů. Další příčiny vedoucí častěji k pocitu osamělosti jsou u seniorů z (Ú) frustrace potřeby komunikace, sociální izolace, ztráta zvířete, úmrtí dětí. U seniorů z (D) převládali více ostatní příčiny.

Ve společné domácnosti žijí senioři z domácího prostředí nejčastěji se zvířetem a to ve 35%, dále žije 31% seniorů s manželem/kou a 21% seniorů žije samo. V ústavní péči žijí nejčastěji senioři sami a to v 73%. Na rozdíl od domácího prostředí žijí senioři v ústavní péči většinou sami.

Výrazný vliv na sebepojetí seniorů měl odchod do důchodu. Nechtěný odchod do důchodu byl u 50% žen a 61% mužů. Příčiny nechtěného odchodu do důchodu, často souvisely s pozdějším vznikem osamělosti u seniorů. Příčiny nechtěného odchodu do důchodu byly: 23% seniorů udávalo ztrátu pocitu uplatnění, užitečnosti, 20% seniorů udávalo nepřijetí stáří, 20% seniorů udávalo strach z osamělosti a sociální izolace, ztrátu přátel, sociálních kontaktů udávali senioři v 18%, finanční důvody udávali senioři v 11% a kariéru - seberealizaci udávalo 10% seniorů.

Vliv zdravotního stavu na vznik osamělosti potvrdilo 50% žen i mužů. Hypotéza č.1 se potvrdila.

7.2. Získané výsledky k hypotéze č. 2

K hypotéze č.2 se vztahují otázky č. 9, č. 10, č. 11.

Domnívám se, že senioři, kteří mají nedostatečné rodinné zázemí (nezájem dětí, vnoučat, ostatních příbuzných) budou více osamělí než ti, o které má jejich rodina zájem.

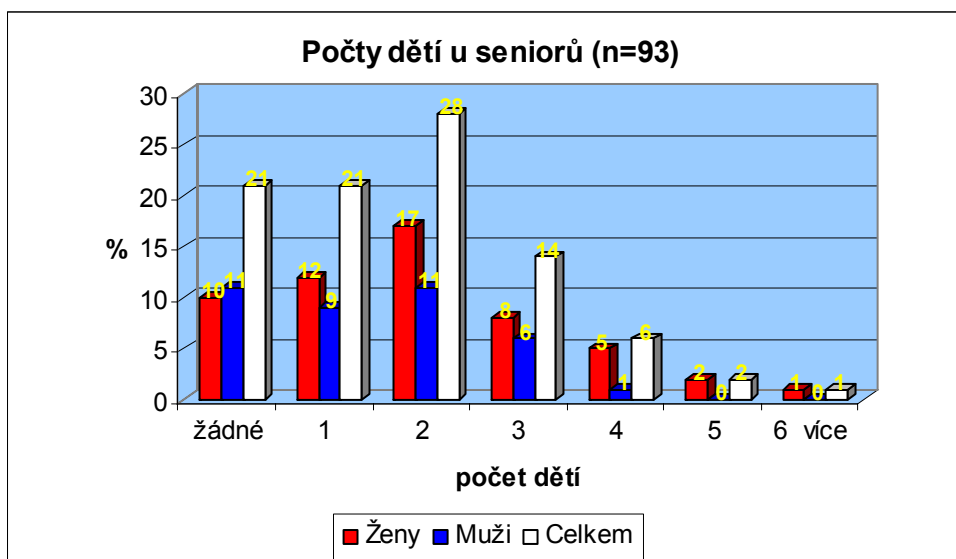
Otázka č. 9

Kolik máte dětí?

Tabulka č. 21. Počty dětí u seniorů.

Počty dětí u seniorů (n=93)								
Počet	Ženy		Muži		Celkem		n _i	f _i [%]
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]		
žádné	10	18,2	11	28,9	21	22,6	21	22,6
1	12	21,8	9	23,7	21	22,6	72	77,4
2	17	30,9	11	28,9	28	30,1		
3	8	14,5	6	15,8	14	15,1		
4	5	9,1	1	2,6	6	6,5		
5	2	3,6	0	0	2	2,2		
6 více	1	1,8	0	0	1	1,1		
Celkem	55	100%	38	100%	93	100%	93	100%

Graf č. 20.

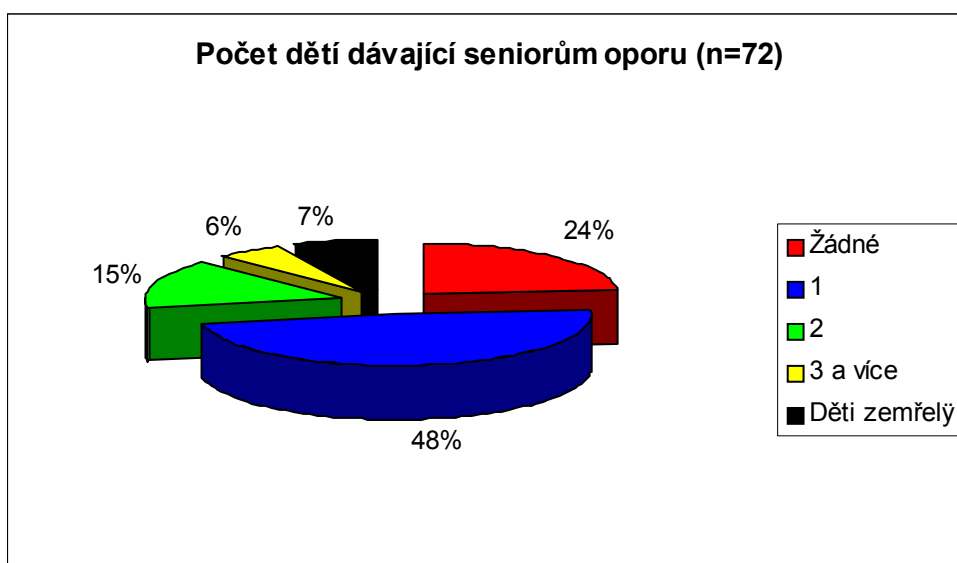


Kolik z nich je pro Vás nyní oporou?

Tabulka č. 22. Počet dětí, které jsou pro seniora oporou

Počet dětí dávající seniorům oporu (n=72)								
Počet dětí	Ženy		Muži		Celkem		n _i	f _i [%]
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]		
Žádné	7	15,6	10	37,1	17	23,6	17	23,6
1	26	57,8	9	33,3	35	48,6	50	69,5
2	6	13,3	5	18,5	11	15,3		
3 a více	2	4,4	2	7,4	4	5,6		
Děti zemřely	4	8,9	1	3,7	5	6,9	5	6,9
Celkem	45	100%	27	100%	72	100%	72	100%

Graf č. 21.

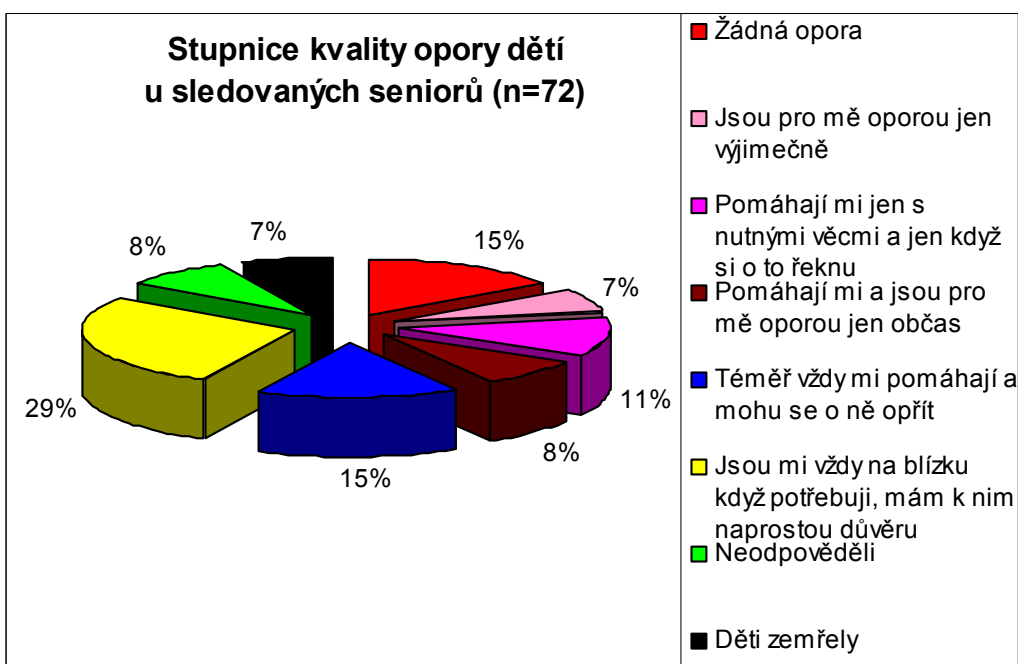


Jak byste tuto oporu hodnotil/a na stupnici 0-5?

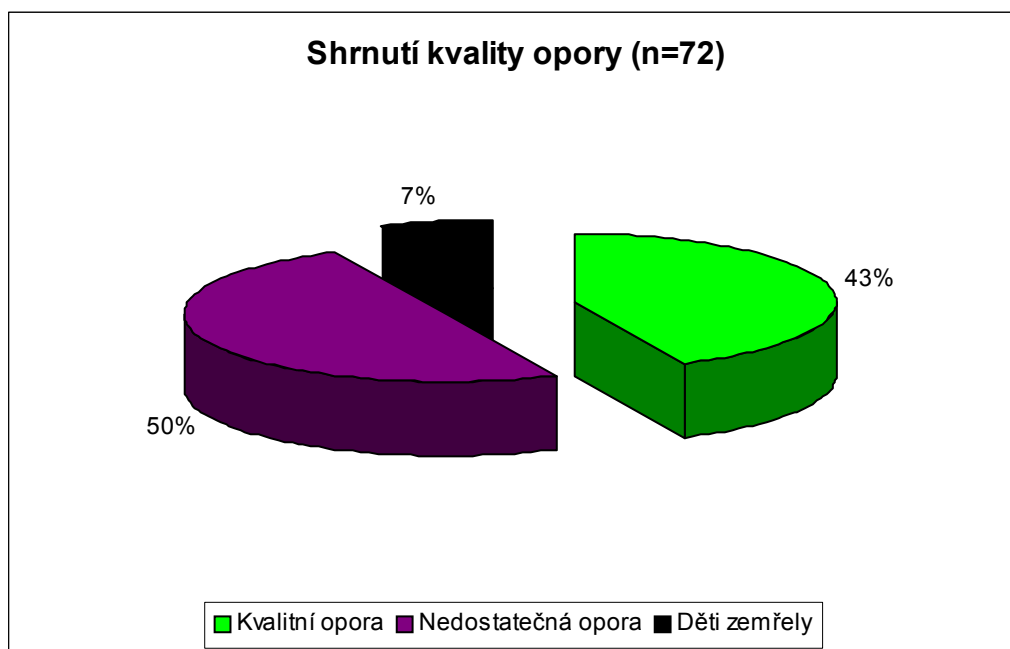
Tabulka č. 23. Stupnice kvality opory dětí u sledovaných seniorů

Stupnice kvality opory dětí u sledovaných seniorů (n=72)				
Opора	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Téměř vždy mi pomáhají a mohu se o ně opřít	11	15,3	31	43,1
Jsou mi vždy na blízku když potřebuji, mám k nim naprostou důvěru	20	27,8		
Pomáhají mi a jsou pro mě oporou jen občas	6	8,3	36	50
Pomáhají mi jen s nutnými věcmi a jen když si o to řeknu	8	11,1		
Jsou pro mě oporou jen výjimečně	5	6,9		
Žádná opora	11	15,3		
Neodpověděli	6	8,3		
Děti zemřely	5	6,9	5	6,9
Celkem	72	100%	72	100%

Graf č. 22.



Graf č. 23.

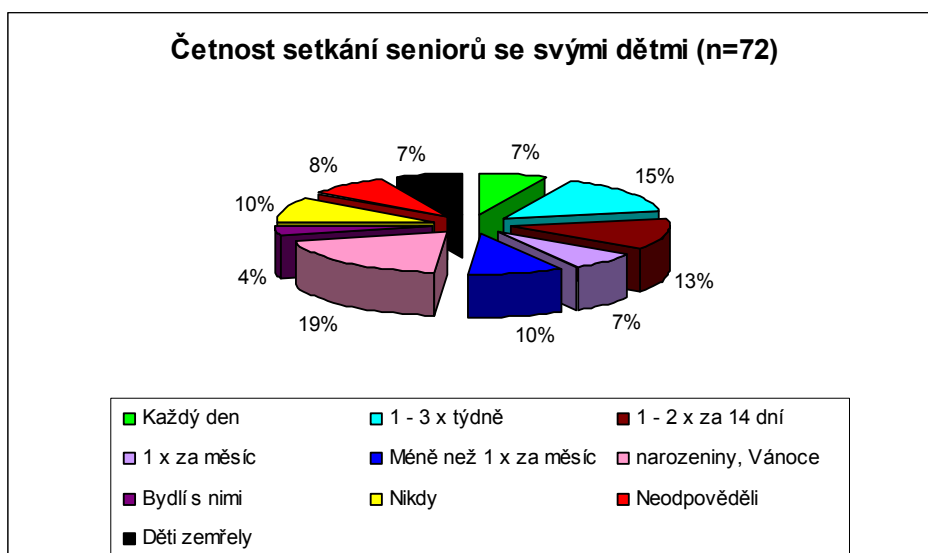


Jak často se s nimi vídáte (chodí Vás navštěvovat)?

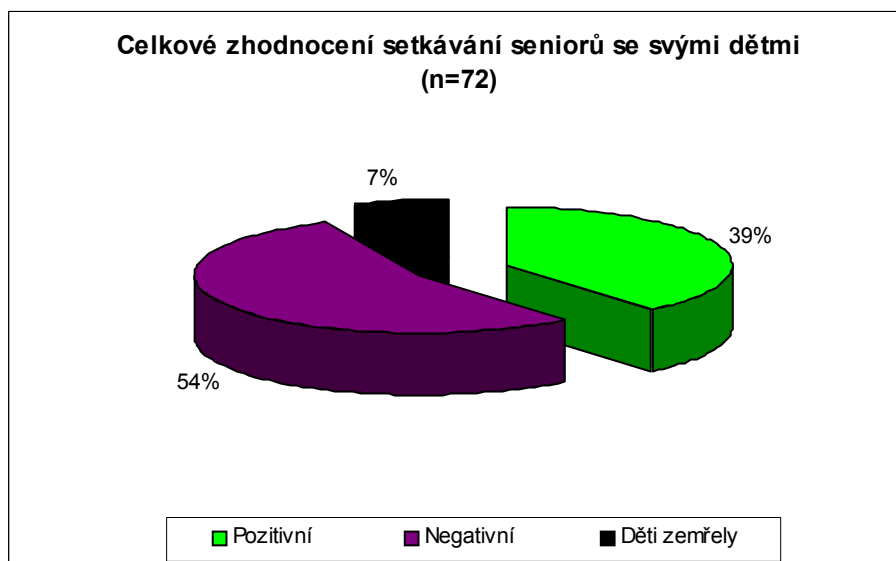
Tabulka č. 24. Četnost setkání seniorů se svými dětmi

Četnost setkání seniorů se svými dětmi (n=72)					
Odpovědi	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	
Každý den	5	6,9	28	38,9	
1 - 3 x týdně	11	15,3			
1 - 2 x za 14 dní	9	12,5			
Bydlí s nimi	3	4,2	39	54,2	
1 x za měsíc	5	6,9			
Méně než 1 x za měsíc	7	9,7			
narozeniny, Vánoce	14	19,4			
Nikdy	7	9,7			
Neodpověděli	6	8,3			
Děti zemřely	5	6,9	5	6,9	
Celkem	72	100%	72	100%	

Graf č. 24.



Graf č. 25.

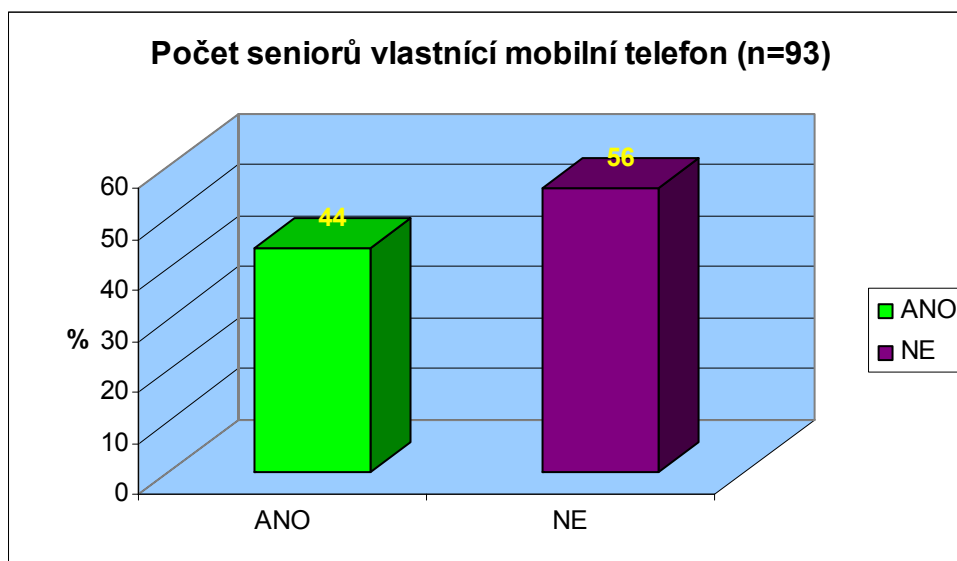


Vlastníte mobilní telefon?

Tabulka č. 25. Počet seniorů vlastníci mobilní telefon.

Počet seniorů vlastníci mobilní telefon (n=93)		
	n _i	f _i [%]
ANO	41	44
NE	52	56
Celkem	93	100%

Graf č. 26.



Jak často jim telefonujete?

Jak často Vám telefonují Vaše děti?

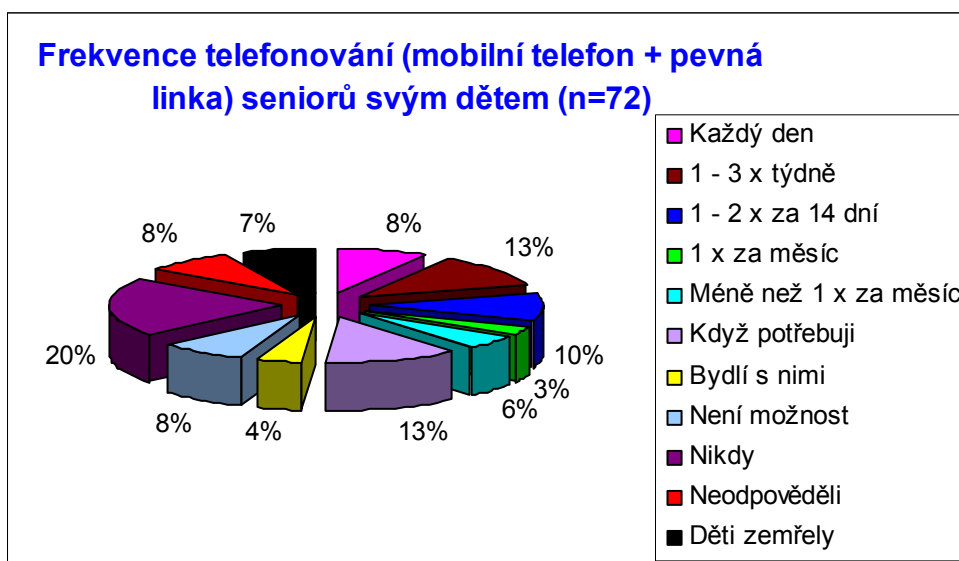
Tabulka č. 26. Frekvence telefonování seniorů svým dětem.

Tabulka č. 27. Frekvence telefonování dětí seniorům.

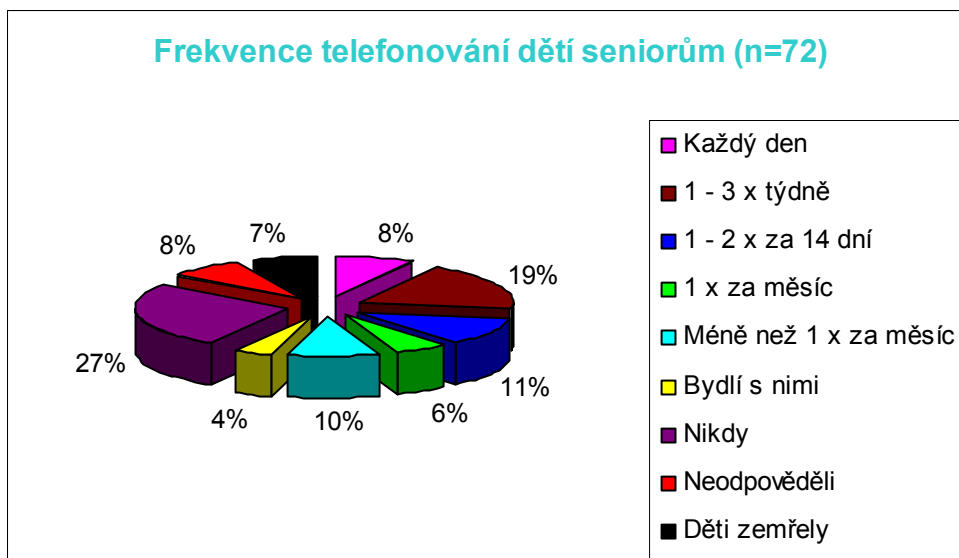
Frekvence telefonování (mobilní telefon + pevná linka) seniorů svým dětem (n=72)				
Odpovědi	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Každý den	6	8,3	34	47,2
1 - 3 x týdně	9	12,5		
1 - 2 x za 14 dní	7	9,7		
Bydlí s nimi	3	4,2		
Když potřebuji	9	12,5	33	45,8
1 x za měsíc	2	2,8		
Méně než 1 x za měsíc	4	5,6		
Není možnost	6	8,3		
Nikdy	15	20,8		
Neodpověděli	6	8,4		
Děti zemřely	5	6,9	5	7
Celkem	72	100%	72	100%

Frekvence telefonování dětí seniorům (n=72)				
Odpovědi	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Každý den	6	8,3	31	43
1 - 3 x týdně	14	19,4		
1 - 2 x za 14 dní	8	11,1		
Bydlí s nimi	3	4,2		
1 x za měsíc	4	5,6	36	50
Méně než 1 x za měsíc	7	9,7		
Nikdy	19	26,4		
Neodpověděli	6	8,4		
Děti zemřely	5	6,9	5	7
Celkem	72	100%	72	100%

Graf č. 27.



Graf č. 28.



Tabulka č. 28. Vliv nedostatečného rodinného zázemí na pocit osamělosti

Vliv nedostatečného rodinného zázemí na pocit osamělosti (n=93)								
Četnost osamělosti	Nedostatečné zázemí		Kvalitní zázemí		Celkem četnost osamělosti vzhledem k zázemí (%)		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	f _i [%] nedostatečné zázemí	f _i [%] kvalitní zázemí	n _i	f _i [%]
					96,3	64,1		
Nikdy	2	3,7	14	35,9	3,7	35,9	16	17,2
Občas	15	27,8	15	38,5	96,3	64,1	30	32,3
Velmi často	16	29,6	5	12,8			21	22,6
Neustále	17	31,5	4	10,3			21	22,6
Neodpověděli	4	7,3	1	2,5			5	5,3
Celkem	54	100%	39	100%	100%	100%	93	100%

Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 2

Cílem hypotézy č. 2 bylo zjistit, jak mají senioři kvalitní rodinné zázemí (jestli mají děti, jak velkou pro ně představují oporu jejich děti, jak často je navštěvují, jak často si s nimi telefonují) a pokud nemají kvalitní rodinné zázemí, jak ovlivňuje toto nedostatečné zázemí pocit osamělosti v životě seniora. Z celkového počtu **93** seniorů mělo děti **72** seniorů, což je **77%**.

Počet dětí seniorů. Děti **nemělo 23%** seniorů. Nejvíce seniorů mělo dvě děti a to **30%**.

Opora dětí pro seniory. Ze 72 dětí **nebylo** pro seniory oporou **24%** dětí, **jedno dítě bylo** pro seniory **oporou v 49%** a **dvě děti byly** pro seniory **oporou v 15%**.

Kvalita opory dětí u sledovaných seniorů. Nedostatečně a negativně hodnotilo kvalitu opory svých dětí **50%** seniorů.

Četnost setkání se svými dětmi hodnotili senioři v **54%** nedostatečně.

Při komunikaci telefonem telefonovali senioři častěji svým dětem a to ve **47%**. Při hodnocení telefonování dětí seniorům, hodnotili senioři jako **kvalitní telefonování** u **43%** dětí. Celkově **děti telefonovali méně seniorům**, než senioři svým dětem.

Z celkového hodnocení vyplývá, že pocitem osamělosti trpí **96%** seniorů, kteří mají **nedostatečné rodinné zázemí**, což je mnohem více než u seniorů, kteří mají **kvalitní rodinné zázemí**, kde pocitem osamělosti trpí **64%** seniorů. **Hypotéza č. 2** se potvrdila.

7.3. Získané výsledky k hypotéze č. 3

K hypotéze č.3 se vztahují otázky č. 22, č. 15.

Domnívám se, že rizikovým obdobím pro vznik osamělosti ve stáří je desátý až patnáctý rok po odchodu do důchodu, a že nejintenzivněji a nejčastěji budou senioři prožívat svou osamělost večer, v podzimním, zimním a Vánočním období.

Otázka č. 22.

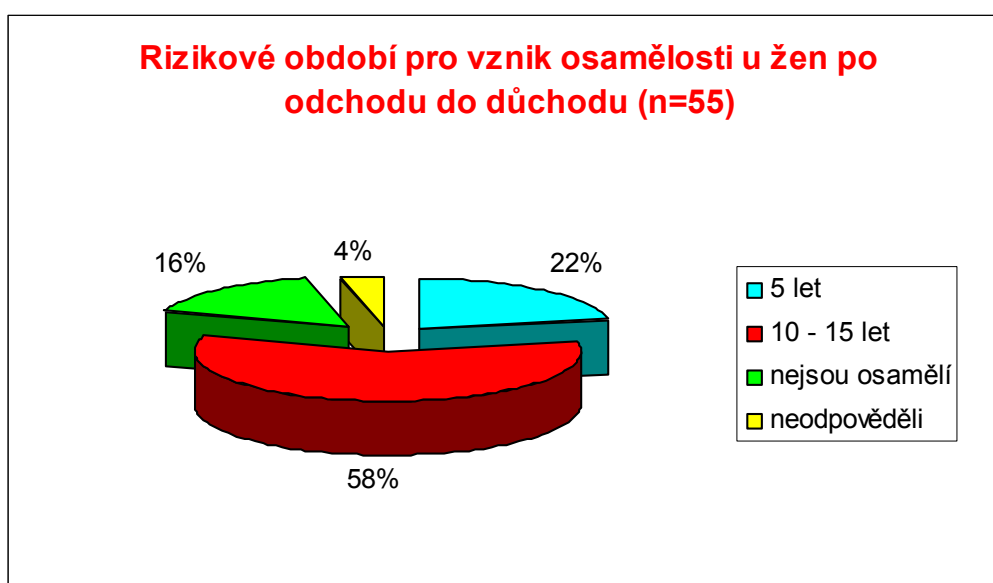
Jak byste hodnotil/a svůj život v důchodu?

Tabulka č. 29. Rizikové období pro vznik osamělosti u žen po odchodu do důchodu.

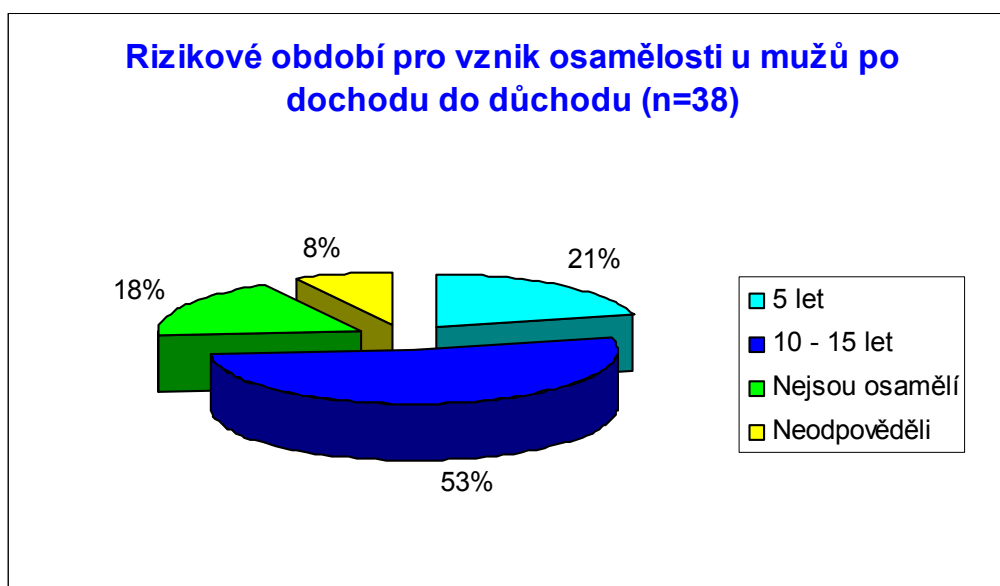
Tabulka č. 30. Rizikové období pro vznik osamělosti u mužů po odchodu do důchodu.

Rizikové období pro vznik osamělosti u žen po odchodu do důchodu (n=55)			Rizikové období pro vznik osamělosti u mužů po odchodu do důchodu (n=38)		
Období po odchodu do důchodu	Vznik		Období po odchodu do důchodu	Vznik	
	n _i	f _i [%]		n _i	f _i [%]
5 let	12	21,8	5 let	8	21,1
10 - 15 let	32	58,2	10 - 15 let	20	52,6
Nejsou osamělí	9	16,4	Nejsou osamělí	7	18,4
Neodpověděli	2	3,6	Neodpověděli	3	7,9
Celkem	55	100%	Celkem	38	100%

Graf č. 29.



Graf č. 30.



Otázka č. 15

Kdy pocít'ujete svou osamělost nejčastěji?

V kterou denní dobu je pocit nejintenzivnější?

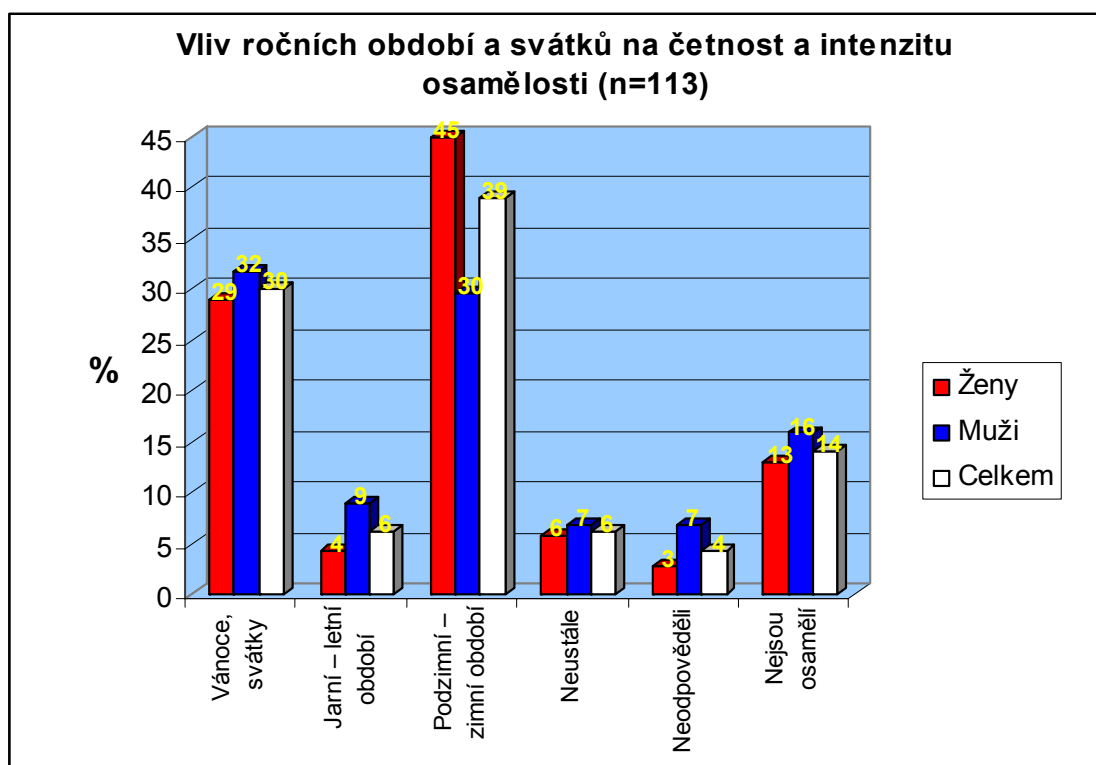
Tabulka č. 31. Vliv ročních období a svátků na četnost a intenzitu osamělosti.

Vliv ročních období a svátků na četnost a intenzitu osamělosti (n=113)						
Roční období a svátky	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Vánoce, svátky	20	29	14	31,8	34	30,1
Jarní – letní období	3	4,3	4	9,1	7	6,2
Podzimní – zimní období	31	44,9	13	29,5	44	38,9
Neustále	4	5,8	3	6,8	7	6,2
Neodpověděli	2	2,9	3	6,8	5	4,4
Nejsou osamělí	9	13	7	15,9	16	14,2
Celkem	69	100%	44	100%	113	100%

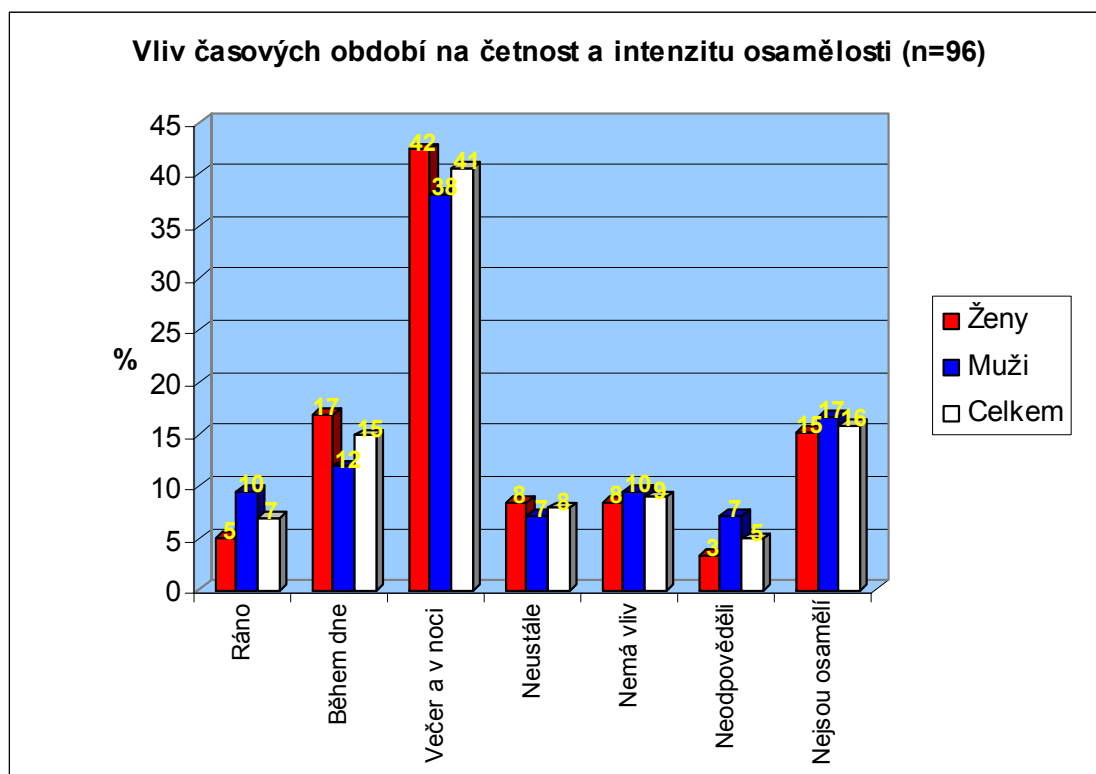
Tabulka č. 32. Vliv času během dne (24 h) na pocit osamělosti.

Vliv časových období během dne na četnost a intenzitu osamělosti (n=101)						
Časové období	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Ráno	3	5,1	4	9,5	7	6,9
Během dne	10	16,9	5	11,9	15	14,9
Večer a v noci	25	42,4	16	38,1	41	40,6
Neustále	5	8,5	3	7,1	8	7,9
Nemá vliv	5	8,5	4	9,5	9	8,9
Neodpověděli	2	3,4	3	7,1	5	5
Nejsou osamělí	9	15,3	7	16,7	16	15,8
Celkem	59	100%	42	100%	101	100%

Graf č. 31.



Graf č. 32.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 3

Cílem hypotézy č. 3 bylo zjistit, jak dlouho po odchodu do důchodu vzniká u seniorů pocit osamělosti, které období je pro ně nejrizikovější. Dále jsem v této hypotéze zjišťovala, kdy je pocit osamělosti nejintenzivnější a nejčastější vzhledem k času během dne (24 hodin), ročnímu období a svátkům.

Jako **nejrizikovější období pro vznik osamělosti ve stáří**, udávali seniori **10 až 15 rok** po odchodu do důchodu. U žen to bylo skoro **60%** a u mužů **53%**. V celkovém hodnocení udávali **ženy více vliv 10. až 15. roku** po odchodu do důchodu než muži.

Nejintenzivněji a nejčastěji pociťovali seniori svou osamělost vzhledem k času během dne (24h) ve **večerních a nočních hodinách** a to **60%** žen a **52%** mužů. V celkovém hodnocení **ženy více pociťovali svou osamělost večer a v noci** než muži. Vzhledem k ročnímu období a svátkům nejintenzivněji a nejčastěji pociťovali seniori svou osamělost v **podzimním a zimním období a to 52%** žen a **35%** mužů a v období **Vánočních svátků** to bylo **34%** žen a **38%** mužů. V **podzimním a zimním období pociťují ženy osamělost častěji a intenzivněji**, naproti tomu **muži pociťovali osamělost intenzivněji** během **Vánočních svátků**. Hypotéza č. 3 se potvrdila.

7.4. Získané výsledky k hypotéze č. 4

K hypotéze č.4 se vztahují otázky č. 16.

Domnívám se, že z výše uvedených příčin dochází k frustraci vyšších psychosociálních potřeb – potřeb lásky a sounáležitosti (vztahových, afiliačních, sociálních) a potřeb sebepojetí a sebeúcty, a tím dochází ke změnám psychického stavu -- k pocitu osamělosti, projevující se změnami prožívání, pocitem smutku, stesku, zbytečnosti, nejistoty, sebelítosti, nevděku, hněvu, vzteku atd.

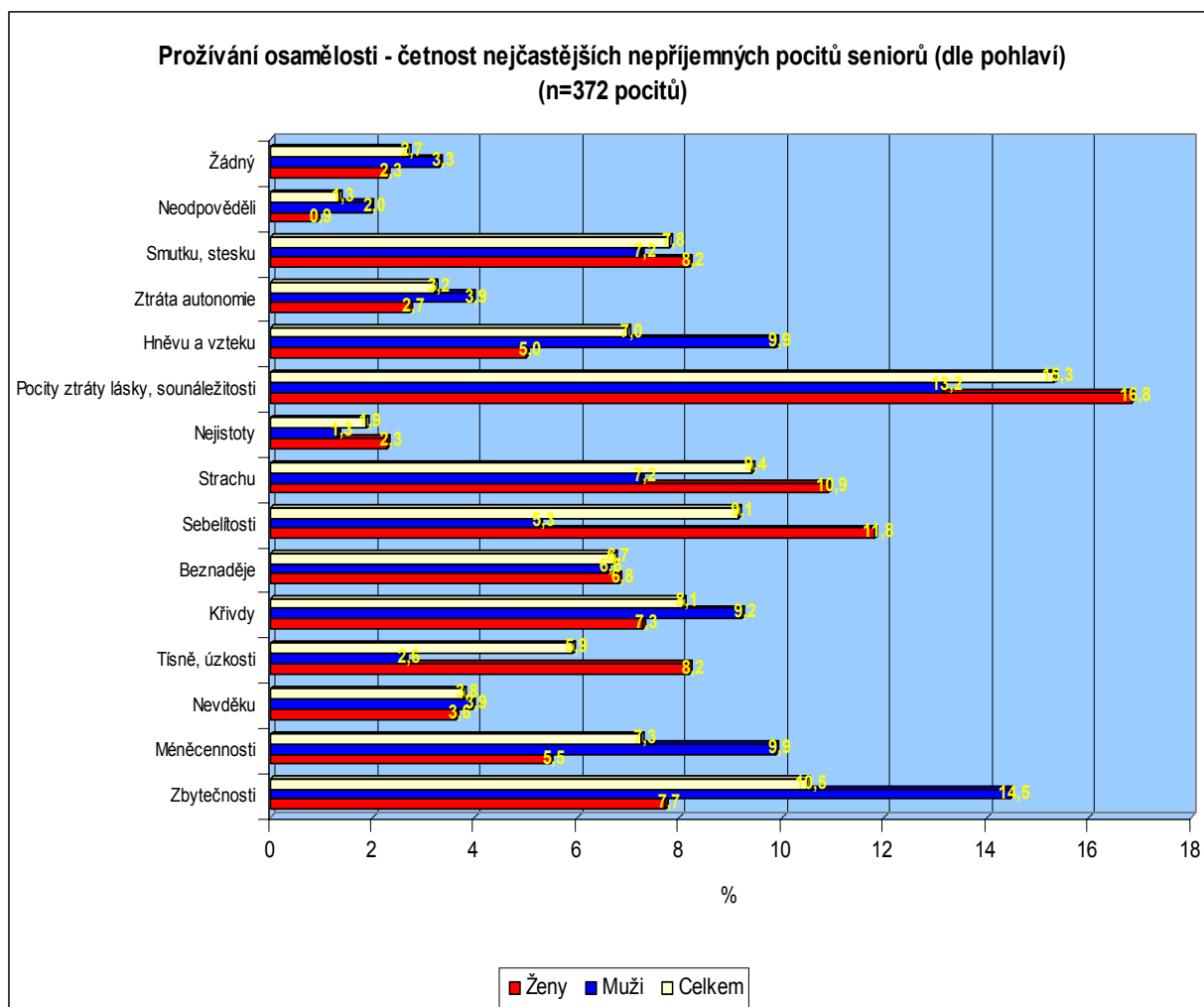
Otázka č. 16.

Vyberte z těchto možností 4 nejčastější a nejnepříjemnější pocity, které pociťujete.

Tabulka č. 33. Prožívání osamělosti - četnost nejčastějších nepříjemných pocitů sledovaných seniorů (vzhledem k pohlaví)

Prožívání osamělosti - četnost nejčastějších nepříjemných pocitů sledovaných seniorů (dle pohlaví) (n=372)						
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Zbytečnosti	17	7,7	22	14,5	39	10,5
Méněcennosti	12	5,5	15	9,9	27	7,3
Nevděku	8	3,6	6	3,9	14	3,8
Tísňe, úzkosti	18	8,2	4	2,6	22	5,9
Křivdy	16	7,3	14	9,2	30	8,1
Beznaděje	15	6,8	10	6,6	25	6,7
Sebelítosti	26	11,8	8	5,3	34	9,1
Strachu	24	10,9	11	7,2	35	9,4
Nejistoty	5	2,3	2	1,3	7	1,9
Pocity ztráty lásky, sounáležitosti	37	16,8	20	13,2	57	15,3
Hněvu a vzteku	11	5,0	15	9,9	26	7,0
Ztráta autonomie	6	2,7	6	3,9	12	3,2
Smutku, stesku	18	8,2	11	7,2	29	7,8
Neodpověděli	2	0,9	3	2	5	1,3
Žádný	5	2,3	5	3,3	10	2,7
Celkem	220	100%	152	100%	372	100%

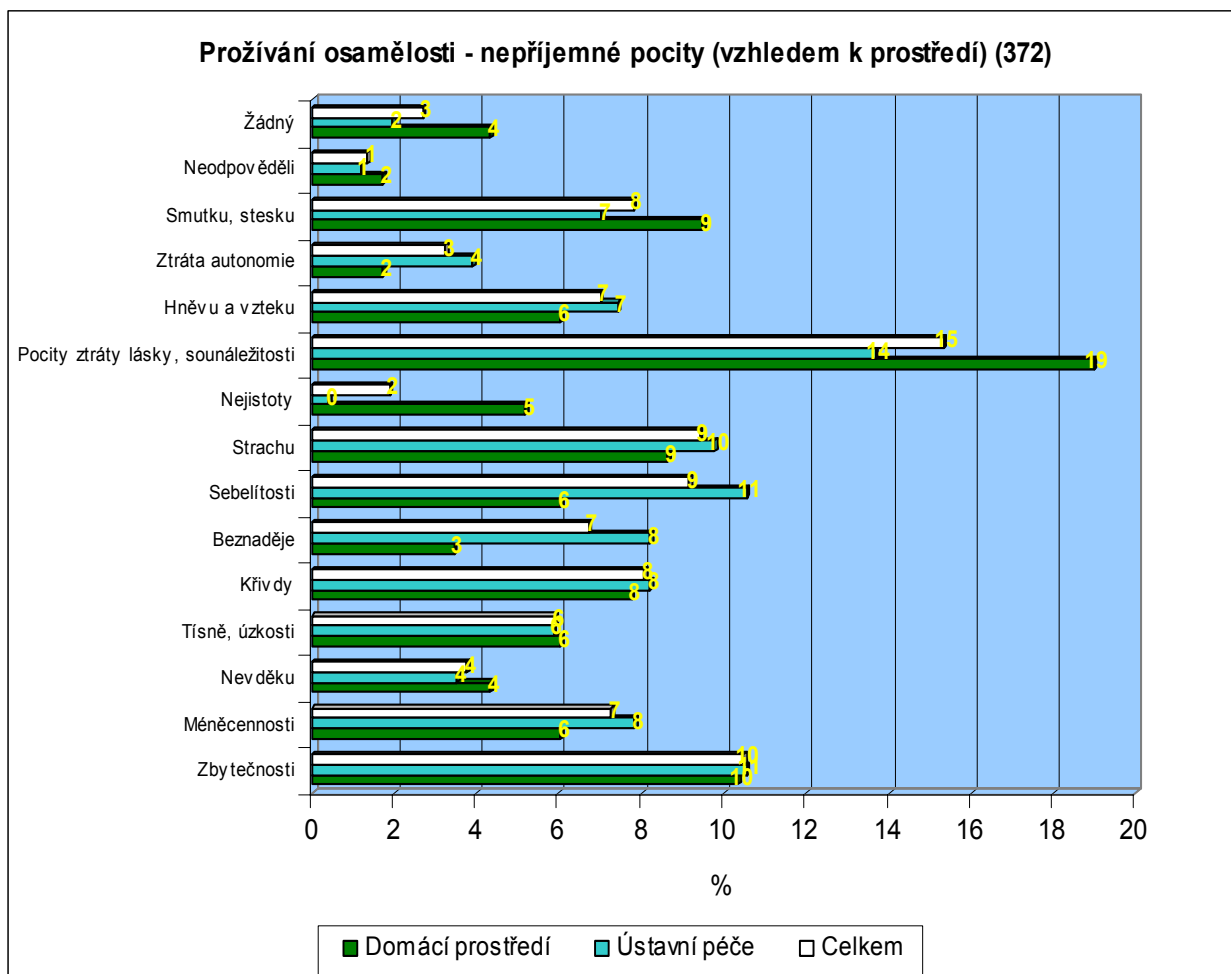
Graf č. 33.



Tabulka č. 34. Prožívání osamělosti - četnost nejčastějších nepříjemných pocitů sledovaných seniorů (vzhledem k prostředí)

Odpovědi	Domácí prostředí		Ústavní péče		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
	Zbytečnosti	12	10,3	27	10,5	39
Méněcennosti	7	6	20	7,8	27	7,3
Nevděku	5	4,3	9	3,5	14	3,8
Tísňe, úzkosti	7	6	15	5,9	22	5,9
Křivdy	9	7,8	21	8,2	30	8,1
Beznaděje	4	3,4	21	8,2	25	6,7
Sebelítosti	7	6	27	10,5	34	9,1
Strachu	10	8,6	25	9,8	35	9,4
Nejistoty	6	5,2	1	0,4	7	1,9
Pocity ztráty lásky, sounáležitosti	22	19	35	13,7	57	15,3
Hněvu a vzteku	7	6	19	7,4	26	7
Ztráta autonomie	2	1,7	10	3,9	12	3,2
Smutku, stesku	11	9,5	18	7	29	7,8
Neodpověděli	2	1,7	3	1,2	5	1,3
Žádný	5	4,3	5	2	10	2,7
Celkem	116	100%	256	100%	372	100%

Graf č. 34.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 4

Cílem hypotézy č. 4 bylo zjistit, jak senioři prožívají svou osamělost a které nepříjemné pocity nejčastěji pociťují.

Nejčastější pocity vzhledem k pohlaví seniorů. Mezi nejčastější pocity, které senioři pociťovali patří: **pocity ztráty lásky, sounáležitosti 17% žen a 13% mužů, pocity sebelítosti 12% žen a 5% mužů, pocity strachu 11% žen a 7% mužů, pocity smutku, stesku 8% žen i mužů, pocity tísně, úzkosti 8% žen a 3% mužů, pocity zbytečnosti 8% žen a 15% mužů, pocity křivdy 7% a 9% mužů, pocity beznaděje 7% žen i mužů, pocity méněcennosti 6% žen a 10% mužů, hněv, vztek 5% žen a 10% mužů, pocity nevděku 4% žen i mužů, pocit ztráty autonomie 3% žen i mužů, pocity nejistoty 2% žen i mužů, žádný 3% žen i mužů. Neodpověděli 2% seniorů. Ženy pociťovali častěji pocity ztráty lásky a sounáležitosti, sebelítost, strach a pocity tísně a úzkosti. Na rozdíl od žen muži pociťovali především pocity zbytečnosti, méněcennosti, křivdy, hněvu a vzteku. Ostatní pocity pociťovali obě pohlaví přibližně stejně.**

Nejčastější pocity vzhledem k prostředí (domácí prostředí - D, ústavní péče - Ú) seniorů. Mezi nejčastější pocity, které senioři pociťovali patří: **pocity ztráty lásky, sounáležitosti 19% z D a 14% z Ú, pocity zbytečnosti 10% z D a Ú, pocity smutku, stesku 10% z D a 7% z Ú, pocity strachu 9% z D a 10% z Ú, pocity křivdy 8% z D a Ú, pocity sebelítosti 6% z D a 11% z Ú, pocity méněcennosti 6% z D a 8% z Ú, pocity hněvu, vzteku 6% D a 7% z Ú, pocity tísně, úzkosti 6% z D a Ú, pocity nejistoty pouze 5% z D, pocity nevděku 4% z D a Ú, pocity beznaděje 3% z D a 8% z Ú, pocit ztráty autonomie 2% z D a 4% z Ú, žádný 4% D a 2% z Ú, neodpověděli 2% z D a Ú. Senioři z D pociťovali častěji pocity ztráty lásky, sounáležitosti a pocity smutku, stesku. **Pocit nejistoty pociťovali pouze senioři z D. Senioři z Ú pociťovali častěji pocity sebelítosti a beznaděje.** Ostatní pocity hodnotily obě skupiny přibližně stejně často. Hypotéza č. 4 se potvrdila.**

7.5. Získané výsledky k hypotéze č. 5

K hypotéze č.5 se vztahují otázky č. 15, č. 16, č. 23.

Domnívám se, že senioři trpící pocitem osamělosti budou mít negativní postoj ke stáří a podle toho také budou hodnotit kvalitu svého života.

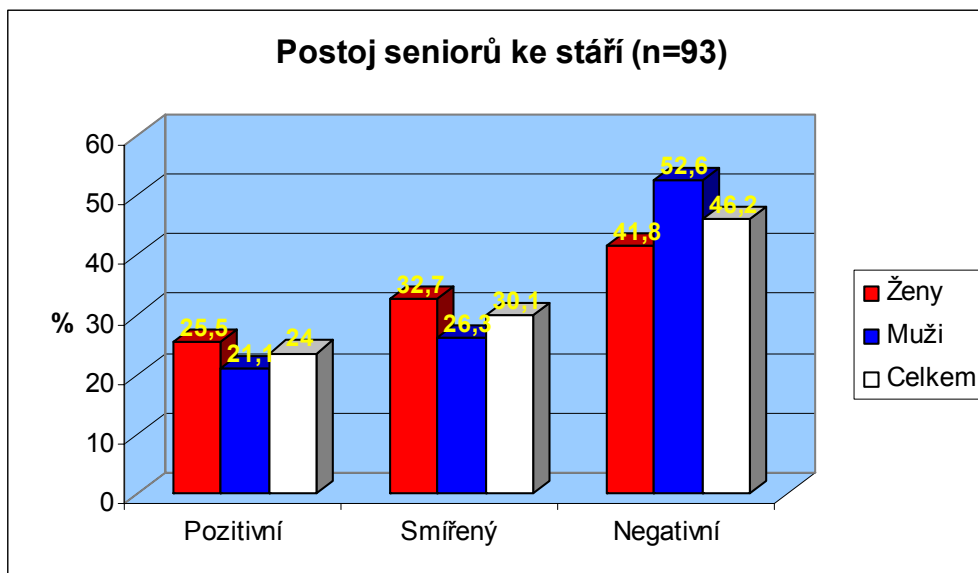
Otázka č. 23.

Jaký je Váš postoj ke stáří?

Tabulka č. 35. Postoj seniorů ke stáří.

Postoj seniorů ke stáří (n=93)						
Hodnocení	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Pozitivní	14	25,5	8	21,1	22	24
Smířený	18	32,7	10	26,3	28	30,1
Negativní	23	41,8	20	52,6	43	46,2
Celkem	55	100%	38	100%	93	100%

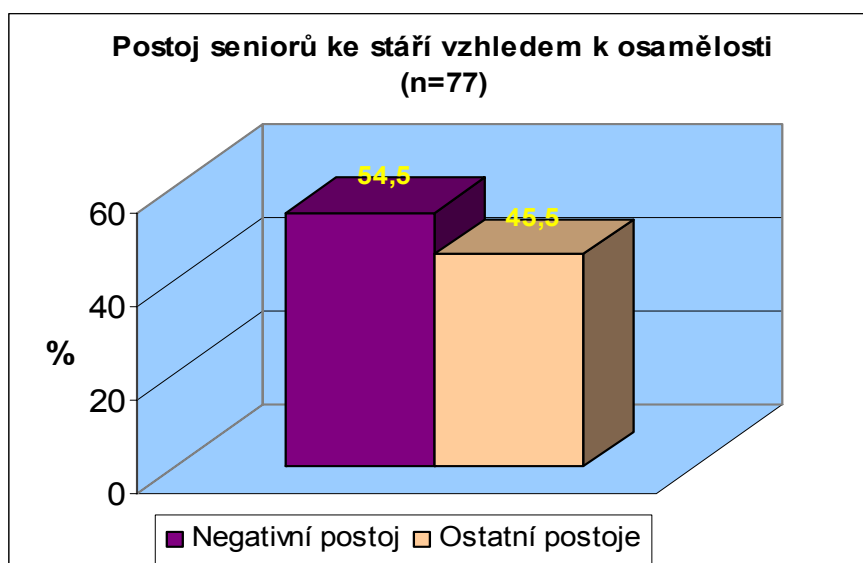
Graf č. 35.



Tabulka č. 36. Postoj seniorů ke stáří vzhledem k osamělosti.

Postoj seniorů ke stáří vzhledem k osamělosti (n=77)		
Postoj	Lidé trpící pocitem osamělosti	
	n _i	f _i [%]
negativní postoje	42	54,5
ostatní postoje	35	45,5
celkem	77	100%

Graf č. 36.

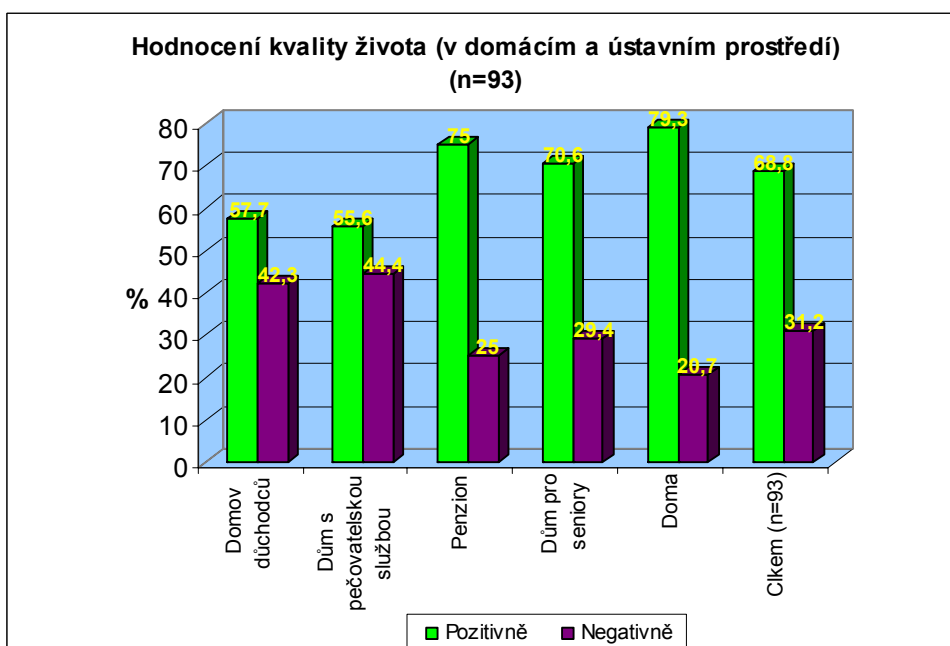


Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života (doma, v DD, v domě s pečovatelskou službou, v penzionu, v domu pro seniory)?

Tabulka č. 37. Hodnocení kvality života v domácím a ústavním prostředí

Hodnocení kvality života v domácím a ústavním prostředí (n=93)												
Odpovědi	Domov důchodců		Dům s pečovatelskou službou		Penzion		Dům pro seniory		Doma		Celkem (n=93)	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Pozitivně	15	57,7	5	55,6	9	75,0	12	70,6	23	79,3	64	68,8
Negativně	11	42,3	4	44,4	3	25,0	5	29,4	6	20,7	29	31,2
Celkem	26	100%	9	100%	12	100%	17	100%	29	100%	93	100%

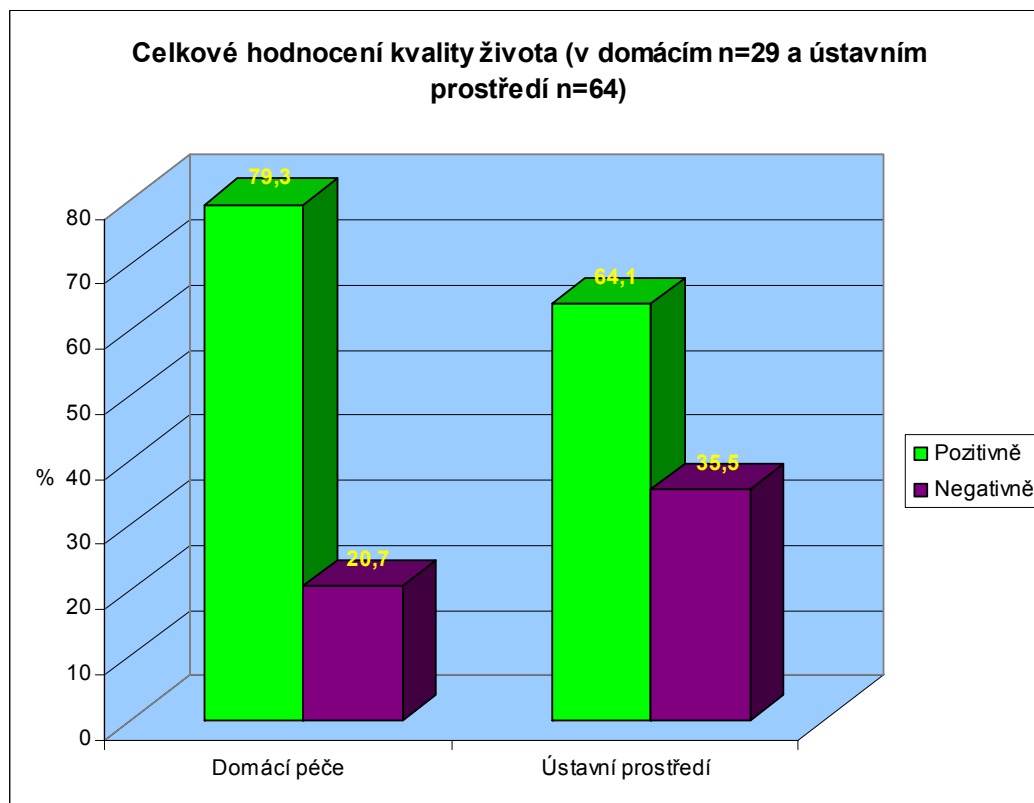
Graf č. 37.



Tabulka č. 38. Hodnocení kvality života v domácím a ústavním prostředí

Hodnocení kvality života v domácím a ústavním prostředí (n=93)						
Odpovědi	Domácí prostředí		Ústavní prostředí		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Pozitivně	23	79,3	41	64,1	64	68,8
Negativně	6	20,7	23	35,9	29	31,2
Celkem	29	100%	64	100%	93	100%

Graf č. 38.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 5

Cílem hypotézy č. 5 bylo zjistit, jaký mají senioři, kteří jsou osamělí, postoj ke svému stáří a jak hodnotí kvalitu života v domácím a ústavním prostředí.

Postoj seniorů ke stáří vzhledem k pohlaví. Nejvíce seniorů 46% hodnotilo **negativně postoj** ke svému stáří. Muži hodnotili **negativní postoj** ke stáří v 53% a ženy v 42%. **Smířený postoj** se stářím uvádělo 26% mužů a 33% žen. **Pozitivní postoj** ke stáří hodnotilo 26% mužů a 33% žen. Negativní postoj ke stáří zaujímali více muži. Ženy častěji zaujímaly smířený a pozitivní postoj ke stáří než muži.

Postoj seniorů ke stáří vzhledem k osamělosti. **Negativní postoj** ke stáří mělo 55% osamělých seniorů. Většina seniorů pociťujících osamělost měla negativní postoj ke stáří.

Hodnocení kvality života vzhledem k prostředí, ve kterém senioři žijí. **Negativně** hodnotilo **kvalitu života** ve stáří 36% seniorů z **ústavní péče** a 21% seniorů z **domácího prostředí**. **Pozitivně** hodnotilo kvalitu života ve stáří 64% seniorů z **ústavní péče** a 79% seniorů z **domácího prostředí**. Celkově senioři hodnotili kvalitu života **pozitivně**. Seniorů hodnotících kvalitu života **pozitivně** bylo více z **domácího prostředí**. **Hypotéza č. 5** se potvrdila jen částečně.

7.6. Získané výsledky k hypotéze č. 6

K hypotéze č.6 se vztahují otázky č. 13, č. 17 + doplňující metody: pozorování a subjektivní hodnocení.

Domnívám se, že u lidí trpících dlouhodobým pocitem osamělosti dochází k postupným změnám chování: únikové chování - sociální izolace, únik do nemoci, únik do léků (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika), únik do alkoholu, vytváření a uzavírání se do vlastního imaginárního světa, nepřátelské až agresivní chování vůči svému okolí, maladaptivní formy chování – negativismus, represe, projekce, resignace, atd.

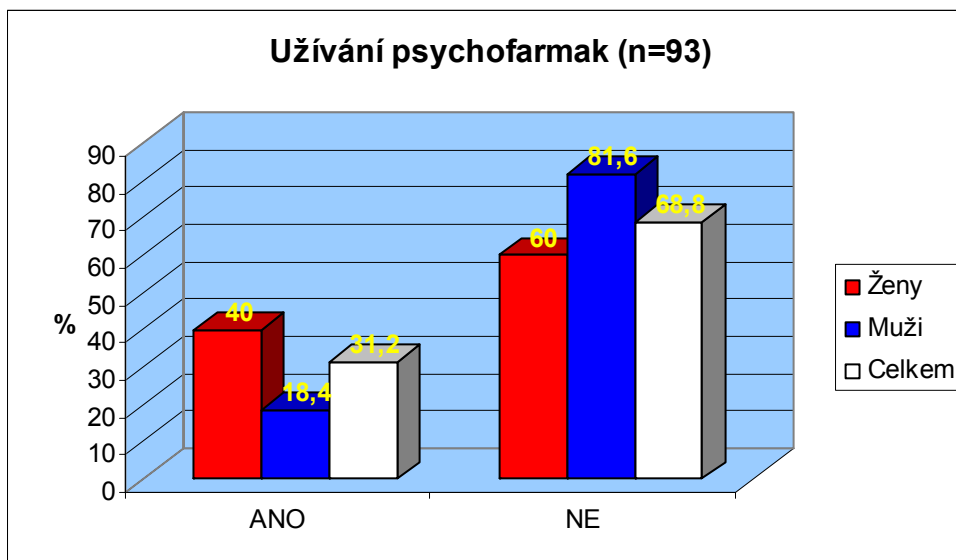
Otázka č. 13

Užíváte nějaké léky (psychofarmaka) na špatnou náladu, depresi?

Tabulka č. 39. Užívání psychofarmak.

Užívání psychofarmak (n=93)						
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
ANO	22	40	7	18,4	29	31,2
NE	33	60	31	81,6	64	68,8
Celkem	55	100%	38	100%	93	100%

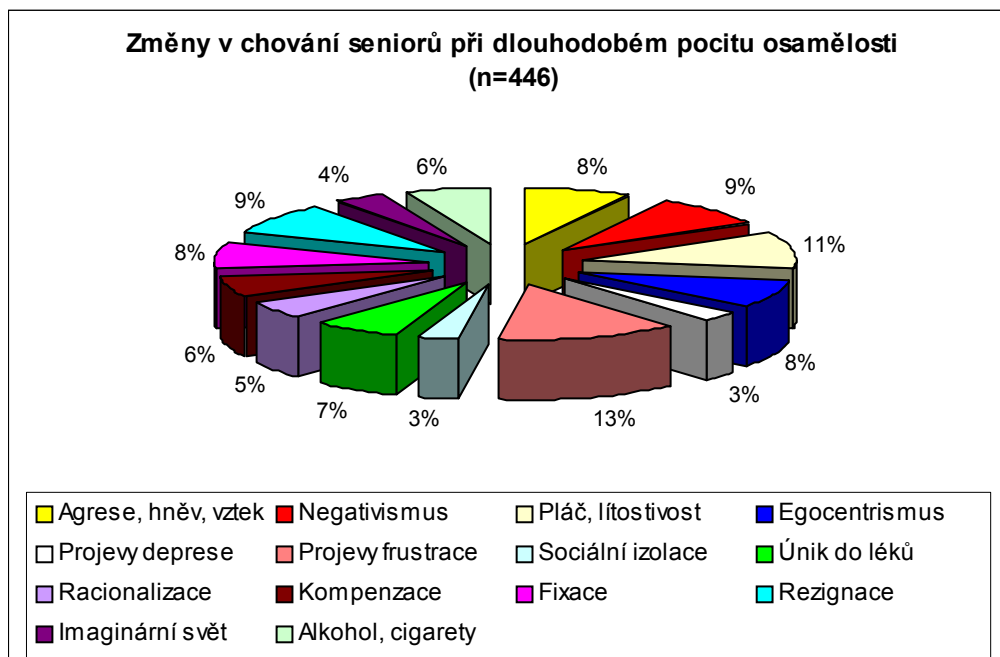
Graf č. 39.



Tabulka č. 40. Změny v chování seniorů při dlouhodobém pocitu osamělosti.

Projevy a změny v chování seniorů při dlouhodobém pocitu osamělosti (n=446)		
Změny chování	Počet seniorů	
	ni (%)	fi (%)
Frustrace v potřebách lásky, sounáležitosti, sebepojetí, sebeúcty	62	13,9
Negativismus	39	8,7
Pláč, lítostivost	48	10,8
Egocentrismus	36	8,1
Deprese	12	2,7
Agrese, hněv, vztek	36	8,1
Sociální izolace	14	3,1
Únik do léků	29	6,5
Racionalizace	22	4,9
Kompenzace	28	6,3
Fixace	34	7,6
Rezignace	40	9
Imaginární svět	18	4
Alkohol, cigarety	28	6,3
Celkem	446	100%

Graf č. 40.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 6

Cílem hypotézy č. 6 bylo zjistit, jaké projevy a změny v chování vznikají u seniorů při dlouhodobém pocitu osamělosti. U seniorů jsem zjistila: **frustraci v potřebách lásky, sounáležitosti, sebezpetí, sebeúcty**, která byla u **14%** respondentů, **psychická labilita, pláč a lítostivost** byla u **11%** respondentů, **rezignace** byla u **9%** respondentů, **negativismus** byl u **9%** respondentů, **agrese, hněv a vztek** byla u **8%** respondentů, **egocentrismus** byl u **8%** respondentů, fixace byly u **8%** respondentů, **únik do léků** udávalo **7%** respondentů, **únik do alkoholu, cigaret** byl u **6%** respondentů, **projevy kompenzace** byly u **6%** respondentů, **racionalizace** byla u **5%** respondentů, **uzavírání se do vlastního imaginárního světa** bylo u **4%** respondentů, **sociální izolace** byla u **3%** respondentů a **projevy deprese** byly u **3%** respondentů. U seniorů s dlouhodobým pocitem osamělosti vznikají nejčastěji projevy frustrace, psychická labilita, pláč a lítostivost, rezignace a negativismus. **Hypotéza č.6** se potvrdila.

7.7. Získané výsledky k hypotéze č. 7

K hypotéze č.7 se vztahují otázky č. 12, č. 14, č. 17, č. 18, č. 19, č. 20, č. 21, č. 22 + doplňující metody: pozorování a subjektivní hodnocení .

Domnívám se, že senioři řeší svou osamělost buď pasivním způsobem (nepřetržité sledování televizních programů, únik do léků (psychofarmaka), únik do alkoholu, uzavírání se do vlastního imaginárního světa, sociální izolace...), nebo aktivním způsobem (četba novin, knih, péče o zvířata, sebevzdělávání - univerzita třetího věku, telefonování, orientace na náboženství - víru v boha, sdružování se v klubech pro seniory, procházky, výlety s přáteli, dětmi, dobrovolný odchod do ústavního zařízení pro seniory...).

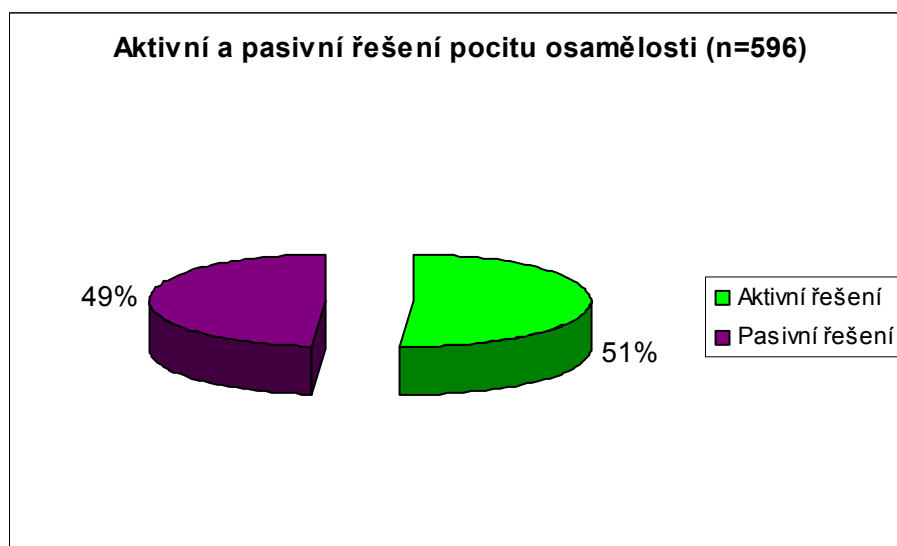
Otázka č. 17

Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce při řešení pocitů osamělosti, smutku, zbytečnosti a dalších nepříjemných pocitů?

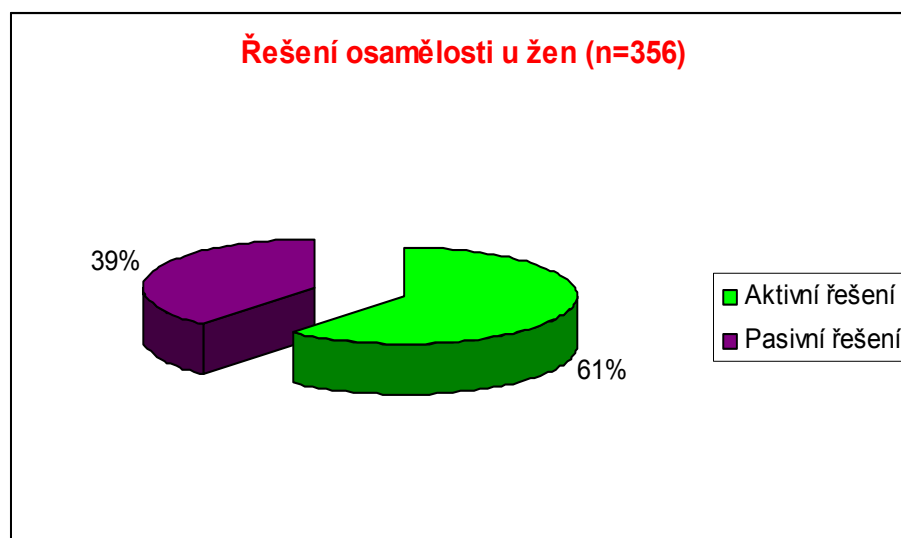
Tabulka č. 41. Řešení pocitů osamělosti, zbytečnosti a dalších nepříjemných pocitů.

Aktivní a pasivní řešení pocitu osamělosti (n=596)												
Odpovědi	n _i	f _i [%]	Celkem		Ženy		Muži		Celkem			
			n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]		
Modlitby	37	6,2	306	51,3	30	8,4	7	2,9	37	6,2		
Procházka	16	2,7			8	2,2	8	3,3	16	2,7		
Četba	45	7,6			25	7	20	8,3	45	7,6		
Fotky	32	5,4			29	8,1	3	1,3	32	5,4		
Povídání	26	4,4			19	5,3	7	2,9	26	4,4		
Telefon	19	3,2			19	5,3	0	0	19	3,2		
Péče o zvířata	10	1,7			6	1,7	4	1,7	10	1,7		
Univerzita třetího věku	3	0,5			3	0,8	0	0	3	0,5		
Aktivity v zařízení	23	3,9			18	5,1	5	2,1	23	3,9		
Kluby pro seniory	15	2,5			12	3,4	3	1,3	15	2,5		
Péče o druhé	30	5,0			18	5,1	12	5	30	5		
Odchod do ústavní péče	11	1,8			8	2,2	3	1,3	11	1,8		
Výlety	39	6,5			23	6,5	16	6,7	39	6,5		
Pláč	34	5,7			30	8,4	4	1,7	34	5,7		
Psychofarmaka	29	4,9	290	48,7	22	6,2	7	2,9	29	4,9		
Vzpomínky	18	3,0			10	2,8	8	3,3	18	3		
Imaginární svět	26	4,4			7	2	19	7,9	26	4,4		
Televize	47	7,9			23	6,5	24	10	47	7,9		
Kouření	22	3,7			5	1,4	17	7,1	22	3,7		
Alkohol	6	1,0			2	0,6	4	1,7	6	1		
Nechce řešit	18	3,0			5	1,4	13	5,4	18	3		
Spánek	29	4,9			8	2,2	21	8,8	29	4,9		
Poslech	47	7,9			20	5,6	27	11,3	47	7,9		
Sociální izolace	14	2,3			6	1,7	8	3,3	14	2,3		
Celkem	596	100%			596	100%	356	100%	240	100%	596	100%

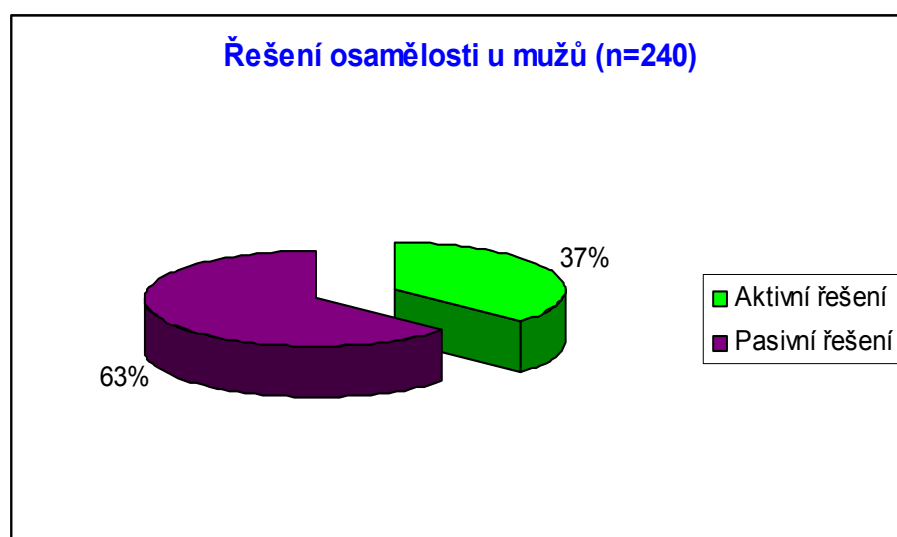
Graf č. 41.



Graf č. 42.



Graf č. 43.



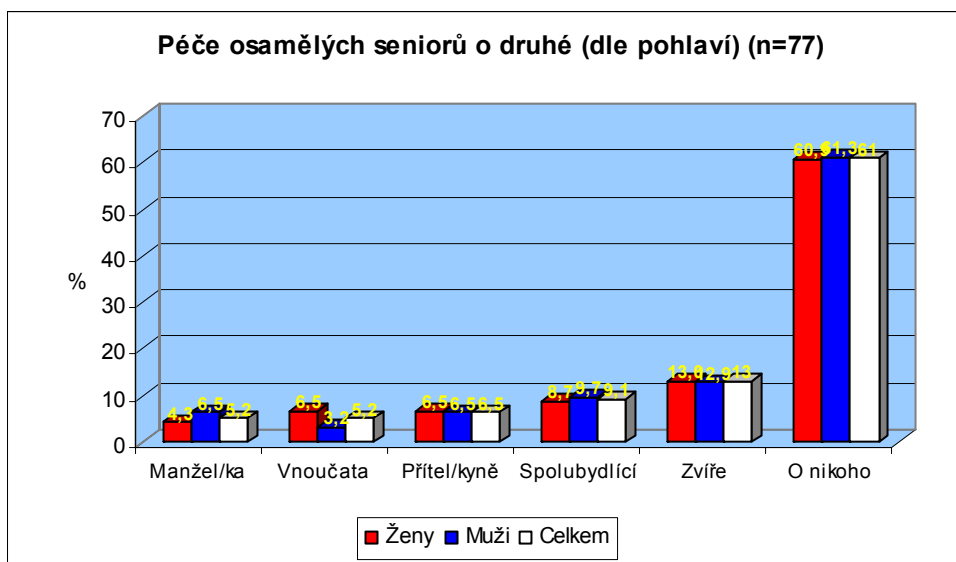
Otázka č. 12

Je někdo o koho se staráte (pečujete)?

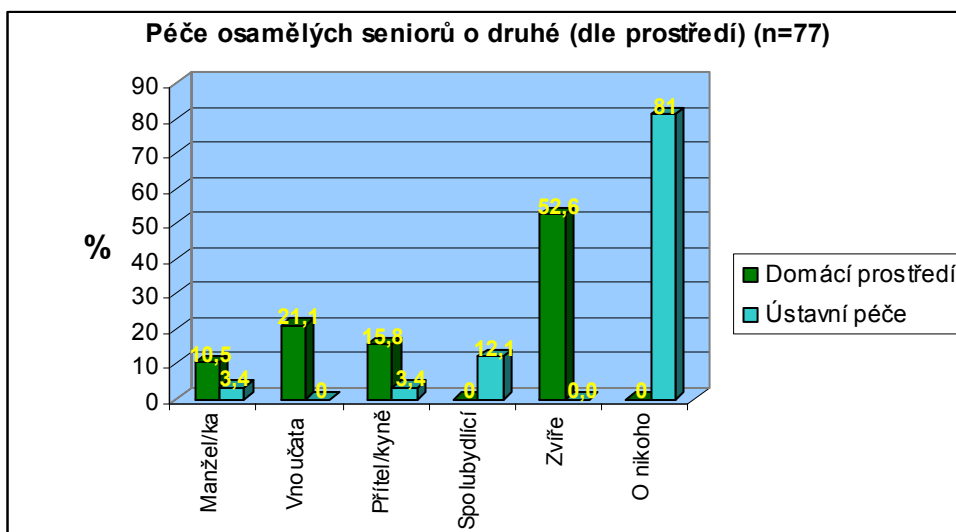
Tabulka č. 42. Péče osamělých seniorů o druhé.

Péče osamělých seniorů o druhé (n=77)										
Odpovědi	Ženy		Muži		Domácí prostředí		Ústavní péče		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Manžel/ka	2	4,3	2	6,5	2	10,5	2	3,4	4	5,2
Vnoučata	3	6,5	1	3,2	4	21,1	0	0	4	5,2
Přítel/kyně	3	6,5	2	6,5	3	15,8	2	3,4	5	6,5
Spolubydlící	4	8,7	3	9,7	0	0	7	12,1	7	9,1
Zvíře	6	13,0	4	12,9	10	52,6	0	0	10	13
O nikoho	28	60,9	19	61,3	0	0	47	81	47	61
Celkem	46	100%	31	100%	19	100%	58	100%	77	100%

Graf č. 44.



Graf č. 45.



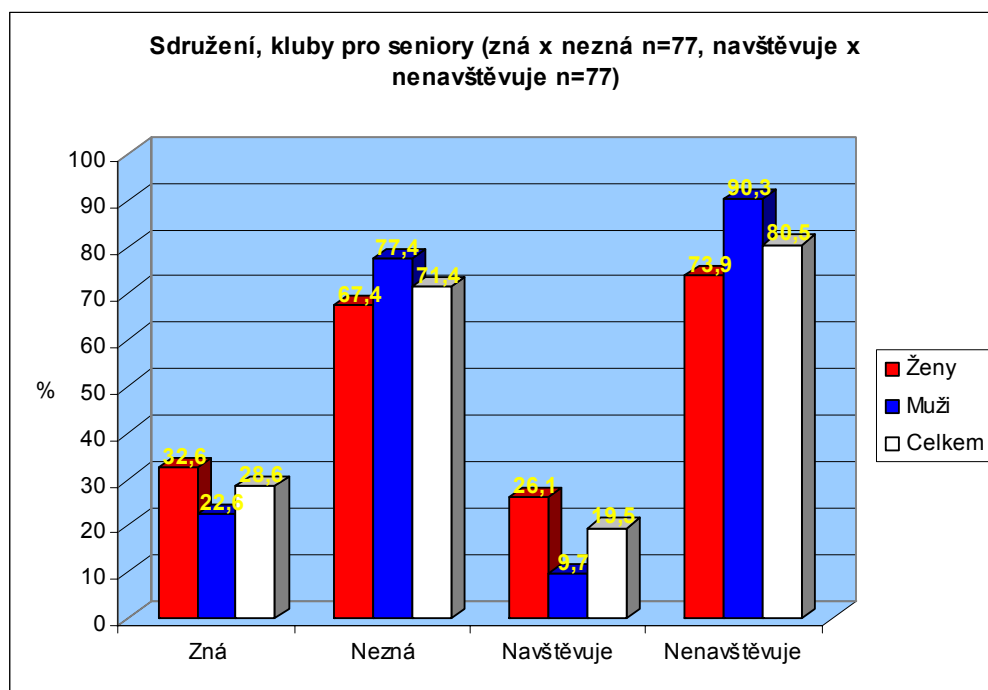
Otázka č. 18

Znáte nějaké sdružení pro seniory?

Tabulka č. 43. Sdružení, kluby pro seniory

Sdružení, kluby pro seniory (n=77)						
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Zná	15	32,6	7	22,6	22	28,6
Nezná	31	67,4	24	77,4	55	71,4
Navštěvuje	12	26,1	3	9,7	15	19,5
Nenavštěvuje	34	73,9	28	90,3	62	80,5

Graf č. 46.



Otázka č. 19

Kde si nejvíce popovídáte?

S kým si nejvíce popovídáte?

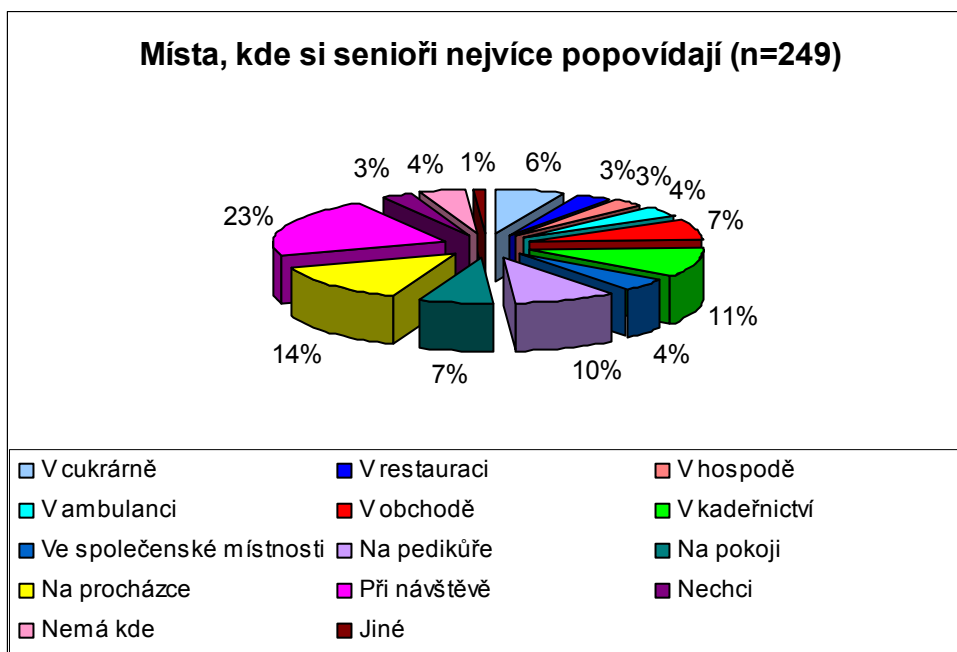
Tabulka č. 44. Místa, kde si senioři nejvíce popovídají.

Tabulka č. 45. Nejvíce si senioři popovídají s těmito lidmi.

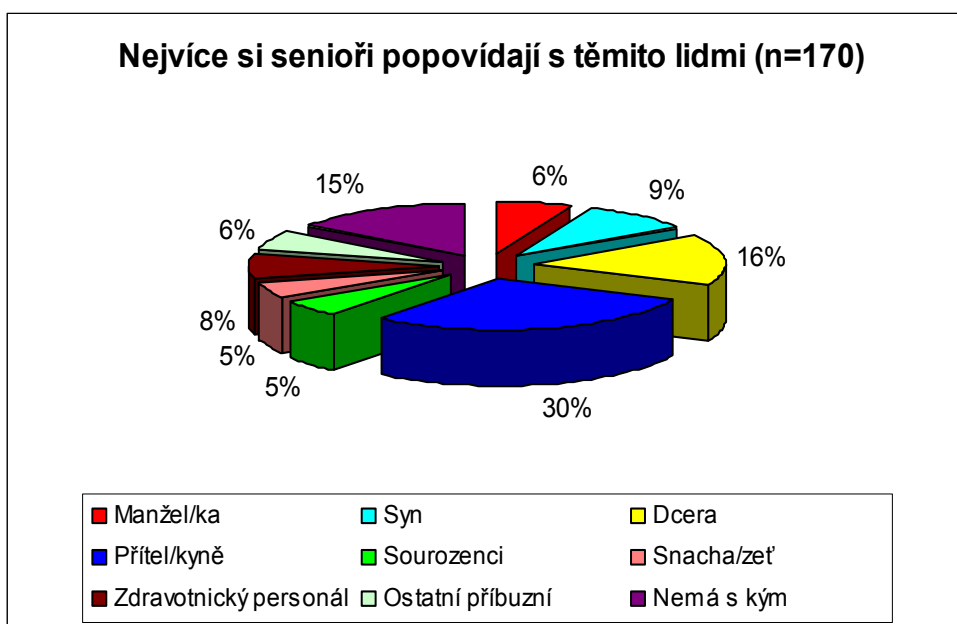
Místa, kde si senioři nejvíce popovídají (n=249)		
Odpovědi	n _i	f _i [%]
V cukrárně	16	6,4
V restauraci	8	3,2
V hospodě	8	3,2
V ambulanci	10	4
V obchodě	18	7,2
V kadeřnictví	27	10,8
Ve společenské místnosti	11	4,4
Na pedikúře	24	9,6
Na pokoji	17	6,8
Na procházce	35	14,1
Při návštěvě	54	21,7
Nechci	7	2,8
Nemá kde	11	4,4
Jiné	3	1,2
Celkem	249	100%

Nejvíce si senioři popovídají s těmito lidmi (n=170)		
Odpovědi	n _i	f _i [%]
Manžel/ka	11	6,5
Syn	16	9,4
Dcera	27	15,9
Přítel/kyně	49	28,8
Sourozenci	9	5,3
Snacha/zet'	9	5,3
Zdravotnický personál	13	7,6
Ostatní příbuzní	10	5,9
Nemá s kým	26	15,3
Celkem	170	100%

Graf č. 47.



Graf č. 48.



Otázka č. 20 a otázka č. 21

Jak trávíte svůj volný čas? Navštěvujete:

Máte nějaké záliby, koníčky, aktivity, které Vám vždy pomáhají překonat Vaše problémy a krize?

Tabulka č. 46. Využití volného času.

Odpovědi	Využití volného času (n=260)									
	Ženy		Muži		Domácí prostředí		Ústavní péče		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Divadlo, kino	3	2,1	2	1,7	5	4,5	0	0	5	1,9
Restaurace	2	1,4	4	3,5	3	2,7	3	2	6	2,3
Hospody	0	0	8	7,0	4	3,6	4	2,7	8	3,1
Cukrárny	11	7,6	5	4,3	9	8,1	7	4,7	16	6,2
Kluby pro seniory	12	8,3	3	2,6	6	5,4	9	6	15	5,8
Univerzitu třetího věku	3	2,1	0	0	3	2,7	0	0	3	1,2
Kavárny, čajovny	6	4,1	4	3,5	8	7,2	2	1,3	10	3,8
Kostel	19	13,1	7	6,1	17	15,3	9	6	26	10
Výlety	13	9	7	6,1	12	10,8	8	5,4	20	7,7
Zájezdy pro seniory	10	6,9	9	7,8	4	3,6	15	10,1	19	7,3
Procházka	26	17,9	28	24,3	24	21,6	30	20,1	54	20,8
Doma, pokoj	6	4,1	8	7,0	4	3,6	10	6,7	14	5,4
Kantýna	3	2,1	8	7,0	0	0	11	7,4	11	4,2
Aktivity v zařízení	18	12,4	5	4,3	0	0	23	15,4	23	8,8
Nechtělí nic dělat	5	3,4	13	11	2	1,8	16	10,7	18	6,9
Jiné	8	5,5	4	3,5	10	9	2	1,3	12	4,6
Celkem	145	100%	115	100%	111	100%	149	100%	260	100%

Tabulka č. 47. Aktivity, záliby seniorů.

Aktivity, záliby seniorů (n=364)										
Odpovědi	Ženy		Muži		Domácí prostředí		Ústavní péče		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Četba	25	13,3	20	11,4	19	13,1	26	11,9	45	12,4
Ruční práce	23	12,2	0	0	8	5,5	15	6,8	23	6,3
Křížovky	16	8,5	19	10,8	20	13,8	15	6,8	35	9,6
Televize	32	17	36	20,5	21	14,5	47	21,5	68	18,7
Poslech	20	10,6	27	15,3	17	11,7	30	13,7	47	12,9
Společenské hry	16	8,5	8	4,5	5	3,4	19	8,7	24	6,6
Sport	10	5	4	2,3	6	4,1	8	3,7	14	3,8
Spánek	10	5,3	19	10,8	10	6,9	19	8,7	29	8
Zahrada, les	11	5,9	4	2,3	15	10,3	0	0	15	4,1
Alkohol, cigarety	8	4,3	20	11,4	6	4,1	22	10	28	7,7
Péče o zvířata	6	3,2	4	2,3	10	6,9	0	0	10	2,7
Jiné	5	2,7	3	1,7	6	4,1	2	0,9	8	2,2
Žádné	6	3,2	12	6,8	2	1,4	16	7,3	18	4,9
Celkem	188	100%	176	100%	145	100%	219	100%	364	100%

Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 7

Cílem hypotézy č. 7 bylo zjistit, jak senioři nejčastěji řeší pocity osamělosti, jestli to jsou spíše řešení pasivní či aktivní. Senioři řešili osamělost **aktivním způsobem v 52% a pasivním způsobem v 48%.**

Mezi aktivní způsoby řešení patří: četba **8%**, výlety **7%**, modlitby **7%**, prohlížení fotek **6%**, popovídání si **5%**, péče o druhé **4%**, telefonování **3%**, procházky **3%**, navštěvování klubů pro seniory **3%**, odchod do ústavní péče **2%**, péče o zvířata **2%**, sebevzdělávání na univerzitě třetího věku **1%**.

Mezi pasivní formy řešení patří: sledování televize **8%**, poslech rádia, hudby **8%**, pláč, lítostivost **6%**, užívání psychofarmak **5%**, spánek **5%**, uzavírání se do vlastního imaginárního světa **5%**, kouření **4%**, vzpomínání **3%**, nechce řešit **3%**, požívání alkoholu **1%**. Zjistila jsem, že osamělí senioři řeší častěji svoji osamělost **aktivním způsobem** a to nejčastěji četbou, výlety a modlitbou. **Nejčastějšími pasivními řešeními** osamělosti jsou sledování televize a poslech radia, hudby, pláč, užívání psychofarmak.

Zatímco muži nejčastěji řešili svou osamělost spíše pasivně a to poslechem rádia **11%**, sledováním televize **10%**, spánkem **9%**, ženy měly více aktivních činností modlitby **8%**, prohlížení fotek **8%**, četba **7%**, popovídání **5%** a telefonování **5%**. Významnou formou aktivního způsobu řešení osamělosti je péče o druhé. Zatímco senioři z domácího prostředí pečují nejčastěji o zvířata (**53%**) a vnoučata (**21%**) senioři z ústavní péče nepečují nejčastěji o nikoho (**81%**). **Hypotéza č.7** se potvrdila.

7.8. Získané výsledky k hypotéze č. 8

K hypotéze č.8 se vztahuje otázka č. 22.

Domnívám se, že senioři odcházejí do ústavního zařízení buď, „dobrovolně“ z důvodů: špatné bytové situace, finančních, osamělosti atd. a žádost si ve většině případů podají sami nebo „nedobrovolně“ z důvodů: odsunutí dětmi, příbuznými a žádost jim podával někdo jiný, což má velký vliv na vznik a prohloubení osamělosti seniora.

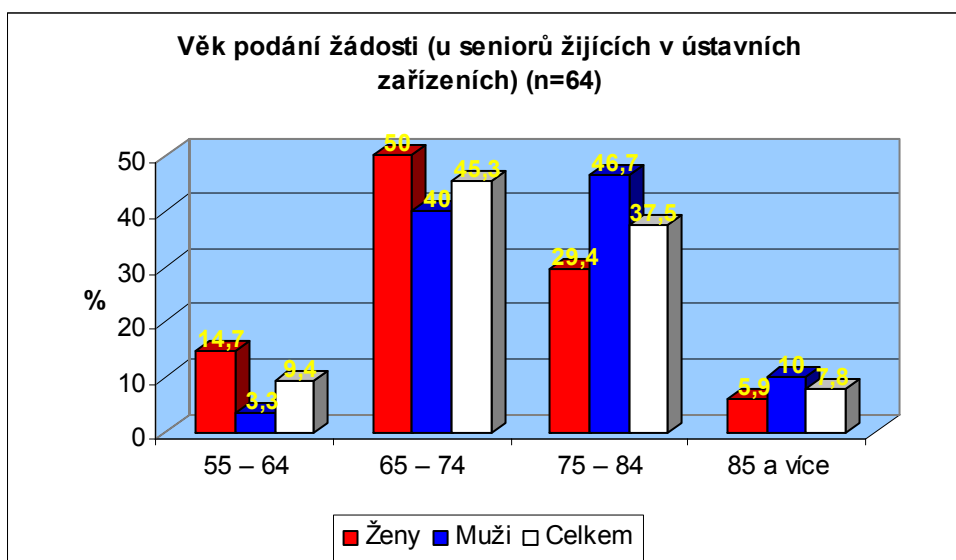
Otázka č. 22.

V kolika letech byla podána žádost do zařízení?

Tabulka č. 48. Věk podání žádosti do ústavního zařízení (u seniorů žijících v ústavním zařízení).

Věk podání žádosti do ústavního zařízení (n=64)						
Věk	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
55 – 64	5	14,7	1	3,3	6	9,4
65 – 74	17	50	12	40	29	45,3
75 – 84	10	29,4	14	46,7	24	37,5
85 a více	2	5,9	3	10	5	7,8
Celkem	34	100%	30	100%	64	100%

Graf č. 49.



Kdo ji podával?

Jaké byly důvody podání žádosti?

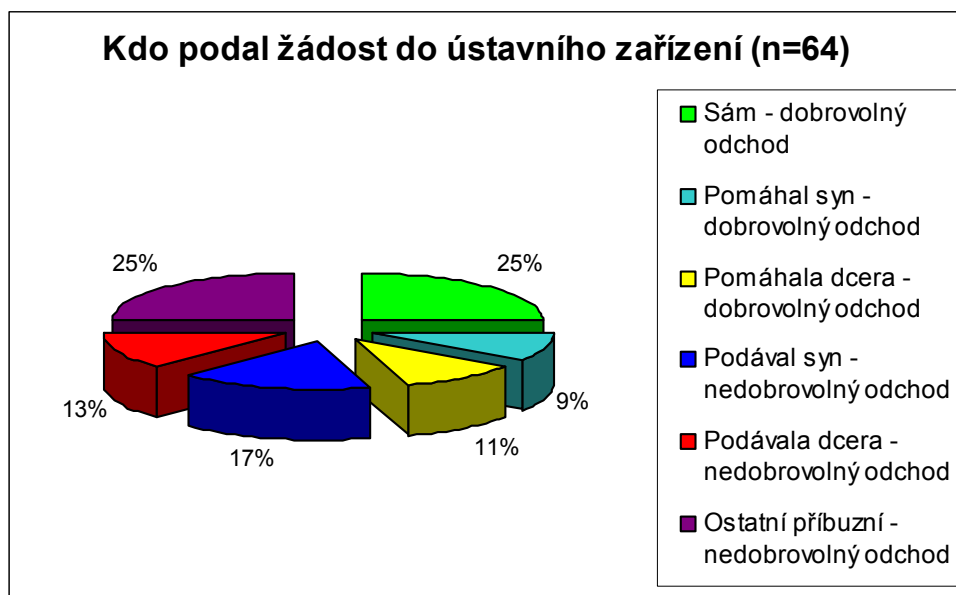
Tabulka č. 49. Kdo podával žádost do ústavním zařízení.

Tabulka č. 50. Důvody podání žádosti do ústavního zařízení.

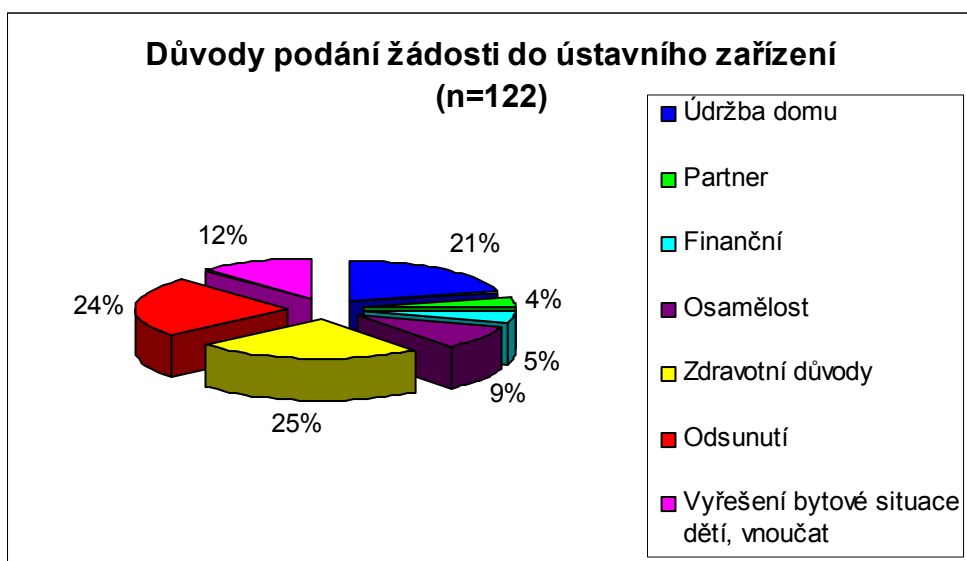
Kdo podal žádost do ústavního zařízení (n=64)				
Odpovědi	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Sám - dobrovolný odchod	16	25	29	45,3
Pomáhal syn - dobrovolný odchod	6	9,4		
Pomáhala dcera - dobrovolný odchod	7	10,9		
Podával syn - nedobrovolný odchod	11	17,2	35	54,7
Podávala dcera - nedobrovolný odchod	8	12,5		
Ostatní příbuzní - nedobrovolný odchod	16	25		
Celkem	64	100%	64	100%

Důvody podání žádosti do ústavního zařízení (n=122)		
Odpovědi	n _i	f _i [%]
Údržba domu	26	21,3
Partner	5	4,1
Finanční	6	4,9
Osamělost	11	9
Zdravotní důvody	30	24,6
Odsunutí	29	23,8
Vyřešení bytové situace dětí, vnoučat	15	12,3
Celkem	122	100%

Graf č. 50.



Graf č. 51.

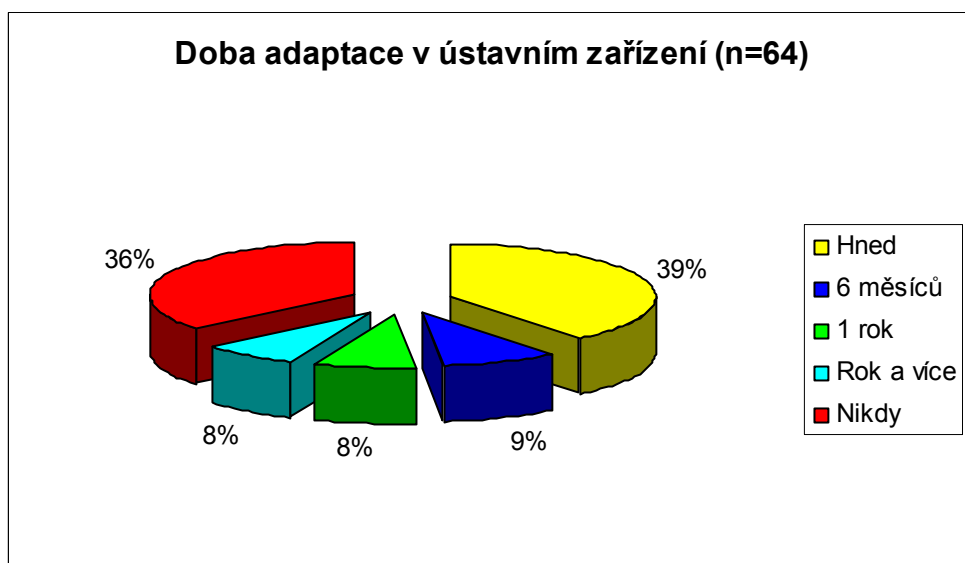


Jak dlouho jste si zvykal/a v zařízení?

Tabulka č. 51. Doba adaptace seniorů v ústavním zařízení.

Doba adaptace v ústavním zařízení (n=64)		
Odpovědi	n _i	f _i [%]
Hned	25	39,1
6 měsíců	6	9,4
1 rok	5	7,8
Rok a více	5	7,8
Nikdy	23	35,9
Celkem	64	100%

Graf č. 52.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 8

Cílem hypotézy č. 8 bylo zjistit, jaké byly důvody podání žádosti do ústavního zařízení, jestli si ji senioři podávali sami a šli tam „dobrovolně“ a nebo jim ji podával někdo jiný a šli tam „nedobrovolně“.

Žádost do ústavního zařízení podávali senioři **sami v 45%**, **někdo jiný** seniorům **podával** žádost do ústavního zařízení v **55%**. Úplně **samostatně a dobrovolně** podali senioři žádost v **25%**. S pomocí **syna**, ale **dobrovolně** byla žádost podána v **9%**. S pomocí **dcery**, ale **dobrovolně** byla žádost podána v **11%**. **Ostatní příbuzní** podávali seniorovi žádost při **nedobrovolném** odchodu do ústavního zařízení v **25%**, **syn** podával žádost při **nedobrovolném** odchodu v **17%** a **dcera** podávala seniorovi žádost při **nedobrovolném** odchodu v **13%**. Ve více než polovině případů byla seniorovi podána žádost někým jiným. Senior, který si podal žádost dobrovolně, tak nejčastěji učinil sám. Při nedobrovolném odchodu do ústavního zařízení podal seniorovi nejčastěji žádost někdo z ostatních příbuzných.

Důvody podání žádosti do ústavního zařízení. **Kladné důvody** podání žádosti byly: nezvládnutí údržby domu **21%**, osamělost v **9%**, odchod do ústavní péče za partnerem, který tam musel ze zdravotních důvodů **4%**, špatná finanční a bytová situace v **5%**. **Záporné důvody** odchodu do ústavní péče byly: odsunutí dětmi, vnoučaty, ostatními příbuznými v **24%**, vyřešení bytové situace dětí, vnoučat... v **12%**. **Neutrální důvody** podání žádosti byly zdravotní důvody **24 %**. Četnost odpovědí udávající kladné, nebo záporné důvody podání žádosti do ústavního zařízení byla takřka stejná s malou převahou kladných důvodů. **Hypotéza č.8** se potvrdila.

7.9. Získané výsledky k hypotéze č. 9

K hypotéze č. 9 se vztahuje otázka č. 14.

Domnívám se, že senioři, jejichž duchovní potřeba je víra v boha, budou trpět méně pocitem osamělosti nebo tento pocit budou lépe řešit, zvládat.

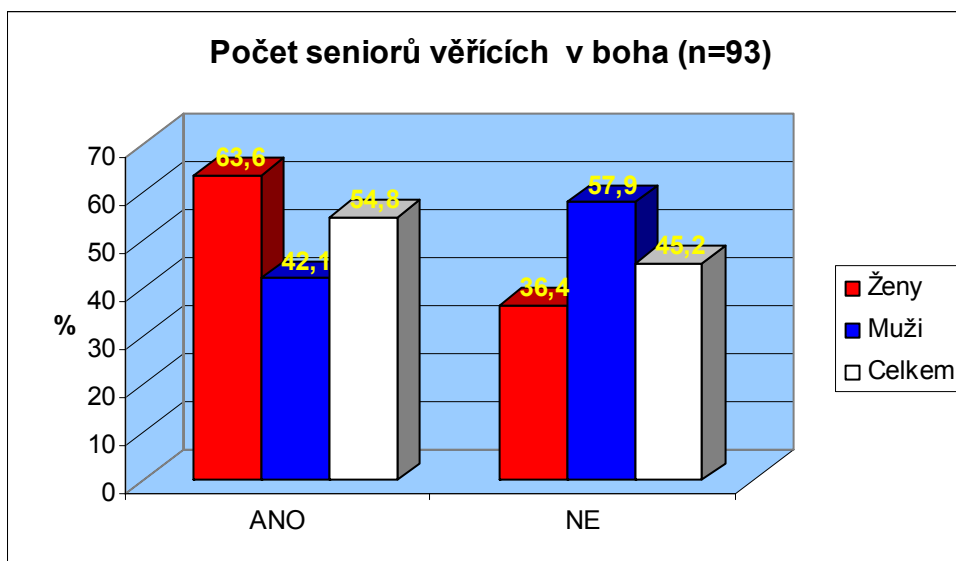
Otázka č. 14.

Jste věřící?

Tabulka č. 52. Počet seniorů věřících v boha.

Počet seniorů věřících v boha (n=93)						
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
ANO	35	63,6	16	42,1	51	54,8
NE	20	36,4	22	57,9	42	45,2
Celkem	55	100%	38	100 %	93	100%

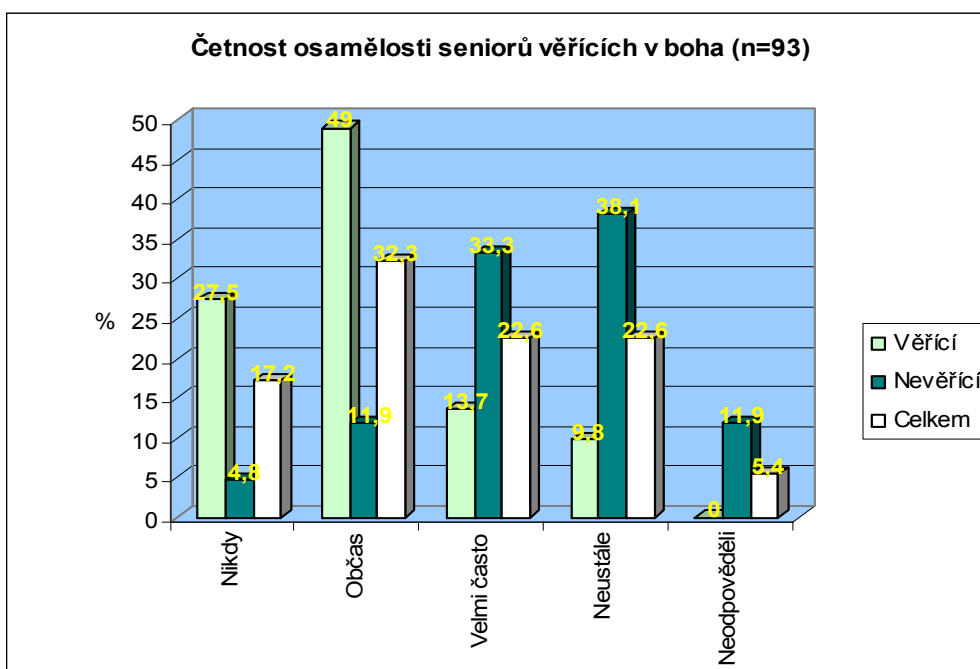
Graf č. 53.



Tabulka č. 53. Četnost osamělosti seniorů věřících v boha.

Četnost osamělosti seniorů věřících v boha (n=93)						
Četnost osamělosti	Věřící		Nevěřící		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Nikdy	14	27,5	2	4,8	16	17,2
Občas	25	49	5	11,9	30	32,3
Velmi často	7	13,7	14	33,3	21	22,6
Neustále	5	9,8	16	38,1	21	22,6
Neodpověděli	0	0	5	11,9	5	5,4
Celkem	51	100%	42	100%	93	100%

Graf č. 54.

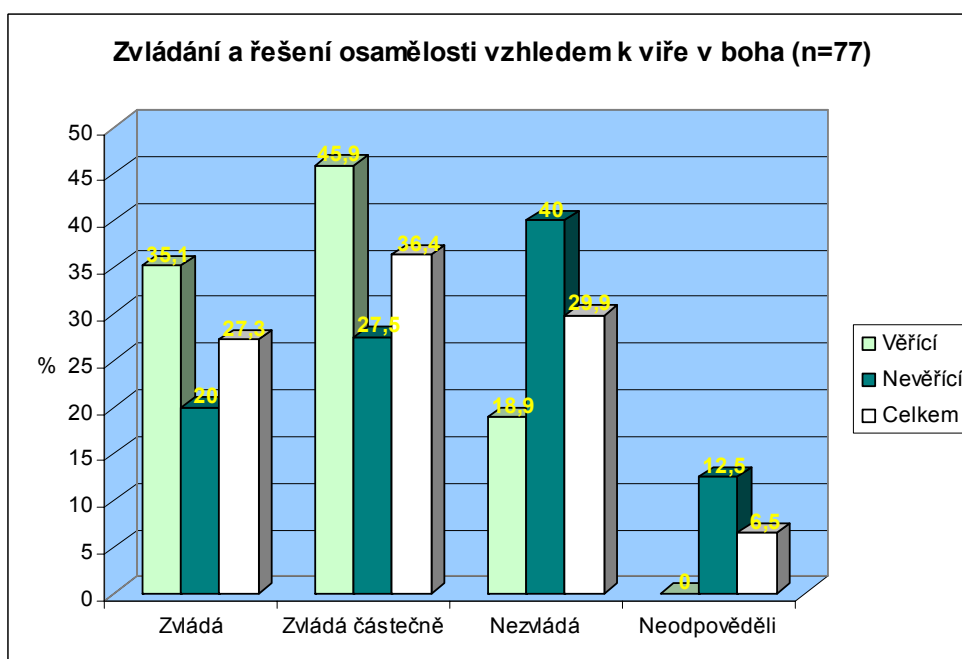


Jak Vám víra pomáhá při řešení a zvládnání pocitu osamělosti?

Tabulka č. 54. Zvládnání osamělosti vzhledem k víře v boha.

Zvládnání a řešení osamělosti vzhledem k víře v boha (n=77)						
Odpovědi	Věřící		Nevěřící		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Zvládá	13	35,1	8	20	21	27,3
Zvládá částečně	17	45,9	11	27,5	28	36,4
Nezvládá	7	18,9	16	40	23	29,9
Neodpověděli	0	0	5	12,5	5	6,5
Celkem	37	100%	40	100%	77	100%

Graf č. 55.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 9

Cílem hypotézy č. 9 bylo zjistit, kolik seniorů věří v boha, jak moc jsou tito senioři osamělí, a jak jim tato víra pomáhá při řešení a zvládání pocitu osamělosti.

Potřeba víry v boha byla u 55% seniorů. V boha věřilo 64% žen a 42% mužů. Potřeba víry v boha byla větší u žen než u mužů.

Osamělost vzhledem k víře v boha. Senioři věřící v boha nepocítovali osamělost v 27% a senioři, kteří v boha nevěřili v 5%. Občas pocítovalo osamělost 49% seniorů věřících v boha a 12% seniorů v boha nevěřících. Velmi často pocítovalo osamělost 14% seniorů věřících v boha a 33% seniorů v boha nevěřících. Neustále pocítovalo osamělost 10% seniorů věřících v boha a 38% seniorů v boha nevěřících. Neodpovědělo 12% seniorů, kteří v boha nevěřili. Senioři věřící v boha pocítoují osamělost nejvíce v položkách občas nebo vůbec. Naproti tomu senioři v boha nevěřící pocítoují osamělost nejvíce v položkách velmi často nebo neustále.

Zvládání a řešení pocitu osamělosti vzhledem k víře v boha. Pocity osamělosti zvládá řešit 35% věřících a 20% nevěřících, částečně zvládá řešit 46% věřících a 28% nevěřících a nezvládá 19% věřících a 40% nevěřících. Neodpovědělo 13% nevěřících. Ze zjištěných údajů jasně vyplývá, že senioři, kteří v boha nevěří, nezvládají řešit pocit osamělosti mnohem častěji, než senioři, kteří v boha věří. Hypotéza č.9 se potvrdila.

8. Diskuze

V této diplomové práci Kvalita života - osamělost ve stáří jsem se zabývala problematikou osamělosti ve stáří. Snažila jsem se zjistit jaké jsou nejčastější příčiny osamělosti ve stáří, jak tuto osamělost senioři prožívají a jak ji řeší. Otevřeně k této práci musím říci, že jsem si nedokázala představit náročnost a složitost tohoto výzkumu.

Už při vypracovávání teoretické části nastaly první komplikace. Bylo velmi obtížné sehnat literární a jiné zdroje, které by pojednávaly o osamělosti ve stáří. Tímto tématem se do hloubky ještě asi nikdo nezabýval, a proto osamělost není ani přesně vymezená a lidé si ji často pletou se samotou. *Fakt, že senior žije sám, nemusí ještě znamenat, že se cítí osamělý!* Když už se v literatuře vyskytovala zmínka o osamělosti, byla často pouze ve formě konstatování, že k osamělosti ve stáří skutečně dochází a to velmi často. Po domluvě s PhDr. Helenou Chloubovou, jsem toto téma zpracovala ze svého pohledu a snažila jsem se v teoretické části zdůraznit, co si myslím, že je pro zpracování osamělosti důležité.

Při volbě výzkumu jsme polemizovali, zda toto téma zpracovat jako kvalitativní či kvantitativní výzkum. Protože jsme neměly žádné podklady pro srovnání, rozhodly jsme se pro kvantitativní zpracování tohoto tématu. Dnes se domnívám, že toto rozhodnutí nebylo moc šťastné. Kdybych se dnes rozhodovala znovu, tak bych volila buď kombinaci obou výzkumů, nebo kvalitativní výzkum (samozřejmě při menším vzorku respondentů, jinak by nebylo reálné tento výzkum vyhodnotit) a to proto, že všechny tři metody, které jsou ve výzkumu použity by se lépe vyhodnocovaly kvalitativně. Kvantitativní výzkum také opomíjí závažnost jednotlivých případů, protože zde musí být vyjádřena pouze fakta.

Po zpracování teoretické části jsem byla tímto problémem pohlcena natolik, že jsem si neuváženě zvolila velké množství cílů a hypotéz, což zapříčinilo mé pozdější problémy s dokončením diplomové práce do konce stanoveného termínu.

Pro zkoumání osamělosti ve stáří jsem zvolila vzorek 8 respondentů do předvýzkumu a 100 respondentů do vlastního výzkumu. Kde jsem se snažila, aby počet mužů i žen a seniorů z domácího i ústavního prostředí byl vyrovnaný.

V předvýzkumu jsem musela oslovit celkem 12 respondentů, abych docílila vytyčeného cíle 8 respondentů neboť se někteří nechtěli na výzkumu podílet. Konečný počet respondentů byl opravdu 8 v zastoupení (6 žen a 2 muži). Všichni respondenti byly z domácího prostředí. Jak je na první pohled vidět, ženy daleko více spolupracovaly a byly otevřenější. Naopak muži nechtěli spolupracovat a odmítali tento předvýzkum.

Pro vlastní výzkum jsem oslovila 100 respondentů. Ze 7 respondentů, kteří výzkum odmítli, byli 4 z domácího prostředí a 3 z ústavní péče. Konečný vzorek byl 93 respondentů v poměru 38 mužů a 55 žen. Mužů zde bylo méně, vzhledem k jejich časnější úmrtnosti v nižším věku a odmítavému postoji k výzkumu. V tomto vzorku bylo 29 seniorů z domácího prostředí a 64 seniorů z ústavní péče. Z domácího prostředí bylo méně respondentů. Vzorek byl vybírán náhodně na ulici a senioři se často báli, že jim chci ublížit, protože v dnešní společnosti jsou právě pro svou důvěřivost často okrádáni.

Při provádění strukturovaného rozhovoru jsem se nemohla ptát na všechny otázky přímo, ale musela jsem rozhovor přizpůsobit jednotlivcům. Pokud jsem se zeptala na citlivé otázky přímo, mnoho seniorů se uzavřelo do sebe, byli agresivní, nebo mlčeli. Proto jsem si nejprve musela získat jejich důvěru tím, že jsem o ně projevila zájem a ptala spíše na jejich život, jak se jim daří a co je trápí. Teprve později jsem mohla pokládat choulostivější otázky tykající se rodinného zázemí, osamělosti atd..

Často jsem prováděla rozhovory v jednotlivých zařízeních od „rána do večera“ než jsem provedla rozhovor např. u 5 respondentů, protože jsem nechtěla narušit chod zařízení a protože některé rozhovory, vzhledem k jejich závažnosti trvaly i dvě hodiny. Po psychické stránce bylo pro mne náročné čelit emocionálním stavům jednotlivých seniorů, kdy pláč a lítostivost, střídaly stavy agrese, negativismu hněvu na sebe, na rodinné příslušníky, někdy i na celé okolí. U některých seniorů i na mne, což jsem samozřejmě chápala, vzhledem k tomu, že pro ně toto téma bylo velmi choulostivé. Ženy při rozhovoru častěji plakaly, naopak muži byli spíše agresivnější.

8.1. Diskuze k výsledkům

První hypotéza zněla: *Domnívám se, že nejčastější příčiny pocitu osamělosti ve stáří jsou: ztráta nejbližšího partnera a dětí; ztráta pracovních a přátelských vztahů; změna sebepojetí - nepřijetí stáří, nechtěný odchod do důchodu; ztráta soběstačnosti; ztráta zdraví; ztráta zvířete, změna prostředí (nedobrovolné umístění do ústavního zařízení).* Ve výsledcích k hypotéze č.1 mě překvapilo, že ve zjištěných příčinách senioři rozlišovali ztrátu lásky a úmrtí manžela/ky zvlášť. Myslela jsem si, že senioři budou spojovat ztrátu lásky se ztrátou partnera. Senioři, kteří byli delší dobu ovdovělí a měli kolem sebe ještě jiné rodinné příslušníky pociťovali mnohem intenzivněji ztrátu lásky od (dětí, vnoučat, přátel) než ztrátu partnera, která už po tak dlouhé době většinou přebolela. Senioři, pro které byl jejich partner tím nejbližším a nikoho jiného neměli, pociťovali ztrátu partnera velmi intenzivně. Ztráta lásky (od nejbližších osob - rodiny, přátel a nedostatečné rodinné zázemí) byla nejčastější příčina osamělosti u obou pohlaví. Osamělost byla nejčastěji u seniorů v ústavních zařízeních dále pak u ovdovělých seniorů, což jsem očekávala. Osamělost se zvyšovala se úměrně s věkem, přičemž nejvíce osamělých seniorů bylo ve věkovém rozmezí 85 a více let. Domnívám se, že je to důsledek nahromaděných ztrát vzhledem k vysokému věku. Senioři z ústavního prostředí velmi často udávali jako příčinu osamělosti změnu prostředí naproti tomu senioři z domácího prostředí, kteří se přestěhovali ke svým blízkým nehodnotili změnu prostředí, jako příčinu osamělosti.

Druhá hypotéza zněla: *Domnívám se, že senioři, kteří mají nedostatečné rodinné zázemí (nezájem dětí, vnoučat, ostatních příbuzných) budou více osamělí než ti, o které má jejich rodina zájem.* Už z hypotézy č. jedna vyplynulo, že ztráta lásky (od nejbližších osob - rodiny, přátel a nedostatečné rodinné zázemí) bylo nejčastější příčinou osamělosti. Osamělost pociťovali téměř všichni senioři s nedostatečným rodinným zázemím, z čehož vyplývá, jak je kvalitní rodinné zázemí ve stáří důležité.

Třetí hypotéza zněla: *Domnívám se, že rizikovým obdobím pro vznik osamělosti ve stáří je desátý až patnáctý rok po odchodu do důchodu, a že nejintenzivněji a nejčastěji budou senioři prožívat svou osamělost v podzimním,*

zimním a Vánočním období. Jako nejrizikovější období udávali senioři skutečně 10. až 15. rok po odchodu do důchodu. V tomto období dosahují většinou ztráty v životě seniora vrcholu. Nejintenzivněji a nejčastěji pociťovali senioři svou osamělost během 24 hodin ve večerních a nočních hodinách. Domnívám se, že je to proto, že v této době mají senioři nejvíce času přemýšlet nad svými problémy. Během roku pociťují senioři nejčastěji a nejintenzivněji v podzimním a zimním období a zvláště pak o Vánočních svátcích. Domnívám se, že v těchto obdobích je pro ně rizikové počasí, často se bojí vycházet ven, a jejich sociální izolace se tak ještě více prohlubuje. Během Vánočních svátku pocit osamělosti zvyšuje všudypřítomná atmosféra rodinné pospolitosti a obdarovávání. Většina seniorů buď už svou rodinu nemá, nebo jejich rodina o ně nemá zájem, což vede k intenzivnějšímu pocitu osamělosti..

Čtvrtá hypotéza zněla: ***Domnívám se, že z výše uvedených příčin dochází k frustraci vyšších psychosociálních potřeb – potřeb lásky a sounáležitosti (vztahových, afiliačních, sociálních) a potřeb sebepojetí a sebeúcty, a tím dochází ke změnám psychického stavu - k pocitu osamělosti, projevující se změnami prožívání, pocitem smutku, stesku, zbytečnosti, nejistoty, sebelítosti, nevděku, hněvu, vzteku atd.*** Ženy nejčastěji udávaly při prožívání osamělosti tyto pocity: ztráta lásky, sounáležitosti, pocit zbytečnosti, smutek, stesk, sebelítost... Myslím si, že toto prožívání je způsobeno intenzivnějším a emocionálnějším prožíváním osamělosti u žen. Muži nejčastěji udávali při prožívání osamělosti tyto pocity: pocit zbytečnosti, méněcennosti, smutku, stesku, křivdy, hněv a vztek... Myslím si, že toto prožívání je způsobeno potřebou muže zaopatřovat rodinu, být užitečný a úspěšný. Překvapilo mne, že pocit nejistoty prožívali pouze senioři z domácího prostředí.

Pátá hypotéza zněla: ***Domnívám se, že senioři trpící pocitem osamělosti budou mít negativní postoj ke stáří a podle toho také budou hodnotit kvalitu svého života.*** Postoj ke stáří hodnotila více jak polovina seniorů trpících osamělostí negativně - muži častěji než ženy. Velmi mne překvapilo, že i když více jak polovina osamělých seniorů má negativní postoj ke stáří, tak kvalitu svého života hodnotí pozitivně a to jak v domácím tak i v ústavním prostředí.

Šestá hypotéza zněla: *Domnívám se, že u lidí trpících dlouhodobým pocitem osamělosti dochází k postupným změnám chování: únikové chování - sociální izolace, únik do nemoci, únik do léků (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika), únik do alkoholu, vytváření a uzavírání se do vlastního imaginárního světa, nepřátelské až agresivní chování vůči svému okolí, maladaptivní formy chování – negativismus, represe, projekce, resignace, atd.* U seniorů, kteří trpěli pocitem osamělosti, se objevují projevy frustrace v potřebách lásky, sounáležitosti, sebepojetí, sebeúcty a řada negativních projevů a změn chování. Můžeme zde sledovat únikové chování - únik do léků (psychofarmak), únik do vlastního imaginárního světa, únik do alkoholu a cigaret, agresivní chování - hněv, vztek, slovní agresie a další maladaptivní formy chování jako negativismus, depresi, sociální izolaci, rezignaci, egocentrismus, fixaci atd. Domnívám se, že je to za prvé: důsledek stáří, kdy s přibývajícím věkem jsou u lidí sniženy kognitivní funkce a schopnost autoregulace, a za druhé: osamělost u seniorů zvyšuje emocionální labilitu, která je příčinou snížené schopnosti autoregulace.

Sedmá hypotéza zněla: *Domnívám se, že senioři řeší svou osamělost buď pasivním způsobem (nepřetržité sledování televizních programů, únik do léků (psychofarmaka), únik do alkoholu, uzavírání se do vlastního imaginárního světa, sociální izolace...), nebo aktivním způsobem (četba novin, knih, péče o zvířata, sebevzdělávání - univerzita třetího věku, telefonování, orientace na náboženství - víru v boha, sdružování se v klubech pro seniory, procházky, výlety s přáteli, dětmi, dobrovolný odchod do ústavního zařízení pro seniory...).* Senioři řešili častěji svoji osamělost **aktivním způsobem** a to nejčastěji četbou, výlety a modlitbou. **Nejčastějšími pasivními řešeními** osamělosti jsou sledování televize a poslech radia, hudby, pláč a užívání psychofarmak. Velice mne překvapilo, že senioři žijící v domácím prostředí nejčastěji pečují o zvířata. Domnívala jsem se, že nejčastěji budou pečovat o své partnery, ale tuto domněnku potvrdili pouze dva dotázaní (jeden manželský pár). Bylo zarážející, že více než tři čtvrtiny seniorů z ústavních zařízení nepečovaly o nikoho. Předpokládala jsem, že o sebe vzájemně budou více pečovat.

Osmá hypotéza zněla: *Domnívám se, že senioři odcházejí do ústavního zařízení buď, „dobrovolně“ z důvodů: špatné bytové situace, finančních, osamělosti. a žádost si ve většině případů podají sami nebo „nedobrovolně“ z důvodů: odsunutí dětmi, příbuznými a žádost jim podával někdo jiný, což má velký vliv na vznik a prohloubení osamělosti seniora.* Pokud šli senioři do ústavního zařízení dobrovolně, tak si ve většině případů podali žádost sami. Pozitivní důvody odchodu do ústavního zařízení převažovaly nad negativními. Zdravotní důvody jsem uvedla jako neutrální, protože si myslím, že se v tomto případě nedá jasně určit, jestli je to pozitivní či negativní důvod. Někteří senioři se sami rozhodli odejít do ústavní péče, protože si mysleli, že je toto řešení při jejich momentálním zdravotním stavu to nejlepší. Ostatní své rozhodnutí hodnotili jako donucení lékařem či okolnostmi a umístění do ústavního zařízení nesli velmi těžce. U seniorů, kteří odešli do ústavní péče nedobrovolně, došlo většinou buď ke vzniku osamělosti nebo k prohloubení již vzniklé osamělosti.

Devátá hypotéza zněla: *Domnívám se, že senioři, jejichž duchovní potřeba je víra v boha, budou trpět méně pocitem osamělosti nebo tento pocit budou lépe řešit, zvládat.* Senioři, kteří věřili v boha trpěli méně pocitem osamělosti, nebo tento pocit lépe zvládali. Z 16 seniorů, kteří nebyli osamělí jich 14 věřilo v boha. Problémem osamělých seniorů, kteří v žádného boha nevěřili, bylo to, že neměli smysl života a proto svou osamělost hůře zvládali. V některých případech zanevřeli na svět i na lidi kolem sebe. Domnívám se, že víra v boha, dává seniorům větší pocit jistoty a bezpečí a pocit, že nejsou zcela osamělí. Často právě ve víře v boha vidí senioři smysl života, který jim pomáhá překonávat jejich krize a problémy. Důležité pro ně je, že se pohybují a komunikují se stejně smýšlejícími lidmi a proto se tak snadněji brání sociální izolaci.

9. Závěr

V diplomové práci Kvalita života - osamělost ve stáří jsem se zabývala problematikou osamělosti ve stáří. Snažila jsem se zjistit jaké jsou nejčastější příčiny osamělosti ve stáří, jak tuto osamělost senioři prožívají a jak ji řeší.

Diplomová práce se dělí na část teoretickou a část empirickou. Na začátku teoretické části jsem definovala a charakterizovala stáří. Dále jsem popsala tělesné a psychosociální změny ve stáří. Poté jsem se snažila charakterizovat vyšší psychosociální potřeby, jejichž neuspokojení často vede k osamělosti. Upozornila jsem také na nejčastější obtíže seniorů při vyrovnávání se s projevy stárnutí a na příčiny a možné důsledky osamělosti. Teoretickou část jsem ukončila vysvětlením pojmu kvalita života a objasnění faktorů, které na ni mají vliv.

V empirické části jsem se snažila získat, co nejvíce informací o prožívání osamělosti seniorů. Mým cílem bylo zjistit jaké jsou nejčastější příčiny osamělosti a co tento stav prohlubuje. Dále jsem zjišťovala jak senioři svou osamělost prožívají a jak ji řeší. Výzkumné metody, které jsem použila k získání potřebných informací byly vytvořeny na základě znalostí získaných z teoretické části a také díky pomoci vedoucí mé diplomové práce PhDr. Heleny Chloubové. Pro tento výzkum jsem použila metodu strukturovaného rozhovoru, metodu pozorování a metodu subjektivního hodnocení seniorů při rozhovoru.

Stanovené cíle a hypotézy výzkumu se všechny potvrdily, pouze jedna se potvrdila jen částečně, proto považuji tento výzkum za úspěšný. Zároveň si uvědomuji, že pro hlubší prozkoumání této problematiky by bylo lepší, buď provádět výzkum u většího počtu seniorů, nebo výzkum provádět kvalitativně. Tento výzkum potvrdil, že osamělost je skutečně závažným problémem stáří a považuji tedy za důležité, se studiem osamělosti seniorů zabývat nejen teoreticky, ale uvádět možnosti řešení do praxe. Dostatečná znalost problematiky osamělosti ve stáří nám může pomoci snížit vznik osamělosti u seniorů a zkvalitnit zdravotnickou i sociální péči o seniory .

10. Seznam zdrojů

- 1) Atkinson, R., Atkinson, C. Psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- 2) Bártlová, S., Sadílek, P., Rothová, V. Výzkum a ošetrovatelství. Brno: NCO NZO. 2005. ISBN 80-7013-416-X.
- 3) Bystřický, Z. O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.
- 4) Čechová, V., Mellanová, A., Kučerová, H. Psychologie a pedagogika II. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.
- 5) Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. Speciální psychologie. Brno: IDVPZ, 1997. ISBN 80-7013-243-4.
- 6) Čížková, J., Binárová, I., Holásková, K., Petrová, A., Pléková, I., Pugnerová, M. Přehled vývojové psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-7067-953-0.
- 7) Dass, R. Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti. Praha: Pragma. 2002. ISBN 80-7205-882-7.
- 8) Haškovcová, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- 9) Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, třetí rozšířené vydání. ISBN 80-7262-132-7.
- 10) Haškovcová, H. Manuálek sociální gerontologie. České ošetrovatelství 10. praktická příručka pro sestry. Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80-70-13-363-5.
- 11) Haškovcová, H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- 12) Hnilicová, H. Kvalita života. Kostelec nad černými lesy: SV. s.r.o. 2004. ISBN 80-86625-20-6.
- 13) Hogenová, A. Kvalita života a tělesnost. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.
- 14) Chloubová, H. Člověk ve zdraví a nemoci. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2003, č.4, 4/15.2.1., s. 1-9. ISSN 1214-0074.

- 15) Chloubová, H. Psychosociální potřeby nemocných. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.1, 4/15.2.2., s. 1-8. ISSN 1214-0074.
- 16) Chloubová, H. Psychosociální potřeby ve stáří. In: Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení. roč. 1., č 3. 2005.
- 17) Chloubová, H. Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. In: Sestra. V. Praha: 1995, č.2. ISSN 1210-0404.
- 18) Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – self (já). In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.6, 4/15.2.4., s. 1-8. ISSN 1214-0074.
- 19) Chloubová, H. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry. Praha: 2004, č.5, 4/15.2.3., s. 1-8. ISSN 1214-0074.
- 20) Chloubová, H. Změny potřeb ve stáří. In: Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení. roč. 1., č.2, 2005, s. 22-23.
- 21) Jankovský, J. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- 22) Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- 23) Jarošová, D., Vrublová, Y., Dušová, B. Několik poznámek k vývoji a zaměření geriatrického (gerontologického) ošetrovatelství. In: Kontakt, roč 7, č. 3-4, 2005, s. 229-131 ISSN 1212-4117.
- 24) Jedlička, V. a kolektiv. Praktická gerontologie. Brno: IDVPZ, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
- 25) Kaiserová, K. Samota jako partner. Praha: Mladá fronta, 2005. ISBN 80-204-1280-8.
- 26) Kalvach, Z. Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně – sociálních oborů. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
- 27) Kalvach, Z., Hrabětová, E. „Senior a já - já a senior“ v praxi. Společnost přátelská všem generacím, 2005.
- 28) Kalvach, Z., Jiráček, R., Zadák, Z., Zavazalová, H., Sucharda, P. a kolektiv Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

- 29) Kalvach, Z., Sláma, O. Vzdělávání v paliativní péči. Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4333-2.
- 30) Karalová, L. Diplomová práce – Sebepojetí u žen před plastickou estetickou operací. 2005/2006, 1.LF.UK. UTPO.
- 31) Kastová, V. Krize a tvořivý přístup k ní. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X
- 32) Kopecká, P. a kolektiv Kvalita života a zdravotně sociální péče. In: Zdravotní politika a ekonomka, č.5, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2002. ISSN 1213-8096.
- 33) Králová, J., Klos, R., Solichová, I., Ivanová, K. Senioři a problematika stárnutí. In: Zdravotnictví v ČR, roč.6, č. 3-4, 2003, s.127-131 ISSN 1213 –6050.
- 34) Kramářová, N. Gerontopsychiatrie. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7040-442-6.
- 35) Křivohlavý, J. Jak zvládat depresi. Praha: Grada Publishing , 2003. ISBN 80-247-0575-3.
- 36) Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 37) Matelová, H. Diplomová práce – Zázemí a podpora u seniorů při náhlé změně soběstačnosti. 2005/2006, 1LF. UK. UTPO.
- 38) Matoušek, O. a kol. Základy sociální práce. Praha: Portál 2001 ISBN 80-7178-473-7.
- 39) Meier, P., Minirth, F. Od deprese ke štěstí? Praha: Návrat domů, 1998. ISBN 80-85495-82-1.
- 40) MPSV. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 v ČR. Praha: Kufř-Kurzweil, 2005. ISBN 80-86878-13-9.
- 41) MZ ČR Odbor zdravotně sociální péče. I. Konference Komunitní péče o staré občany. Sborník příspěvků. Praha: 26.-27. 10. 1995.
- 42) Nakonečný, M. Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
- 43) Nakonečný, M. Úvod do psychologie. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.

- 44) Pacovský, V. a Heřmanová, H. Gerontologie Praha: Avicenum, 1981. ISBN 07-044-81.
- 45) Pacovský, V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scienta Medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.
- 46) Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 201-0076-8.
- 47) Payne, J. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- 48) Pidrman, V., Kolibáš, E. Změny jednání seniorů. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
- 49) Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál. 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- 50) Praško, J., Prašková, H. Asertivitou proti stresu. Praha: Grada, 1996.
- 51) Rheinwaldová, E. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada Publishing 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- 52) Rozsypalová, M., Čechová, V., Mellanová, A. Psychologie a pedagogika I. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-014-8.
- 53) Seifertová, D. Diplomová práce – Saturace vyšších psychosociálních potřeb u hemodialyzovaných pacientů. 2004/2005, 1.LF. UK. UTPO.
- 54) Schirmacher, F. Spiknutí metuzalémů. Stáří má zelenou. Praha: Knižní klub, 2005. ISBN 80-242-1496-2.
- 55) Sláma, O., Špínka, Š. Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
- 56) Stuart-Hamilton, I. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- 57) Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
- 58) Sýkorová, D., Chytil, O., (Eds.) Autonomie ve stáří strategie jejího zachování. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Albert, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
- 59) Šiklová, J. Deník staré paní. Praha: Kalich, 2003. ISBN 80-7017-865-5.

- 60) Špinková, M., Špinka, Š. Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.
- 61) Štílec, M. Program aktivního stylu života pro seniory. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-920-8.
- 62) Topinková, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- 63) Topinková, E., Neuwirth, J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- 64) Tošnerová, T. Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. Ústav lékařské etiky, 3. LF UK, 2002. ISBN 80-238-9505-2.
- 65) Tournier, P. Osamělost mezi lidmi – příčiny a důsledky, východiska a řešení osamělosti. Praha: Návrat domů, 1998. ISBN 80-85495-15-5.
- 66) Trachtová, E. a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ. 1999. ISBN 80-7013-285-X.
- 67) ÚZIS ČR. Zdravotnictví ČR 2004 ve statistických údajích. Praha: 2005, ISSN 0862-5883, ISBN 80-7280-486-3.
- 68) Vágnerová, M. Úvod do psychologie. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-421-7.
- 69) Vohralíková, L., Rábušič, L. Čeští senioři včera, dnes a zítra. VÚPSV, Výzkumné centrum, 2004.
- 70) Weber, P. a kolektiv. Minimum z klinické gerontologie. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- 71) Zavazalová, H. a kolektiv. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

INTRNETOVÉ ZDROJE

- 72) <http://www.ftvs.cuni.cz> (6.1. 2007)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: věk respondentů - seniorů.	69
Tabulka č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: věk odchodu do důchodu respondentů - seniorů.	70
Tabulka č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: rodinný stav respondentů - seniorů.	71
Tabulka č. 4. Charakteristika výzkumného vzorku: vzdělání respondentů - seniorů.	72
Tabulka č. 5. Charakteristika výzkumného vzorku: bydlení respondentů - seniorů.	72
Tabulka č. 6. Charakteristika výzkumného vzorku: místo bydliště respondentů - seniorů.	73
Tabulka č. 7. Četnost osamělosti v životě seniora (dle pohlaví).....	75
Tabulka č. 8 a 9. Osamělost v životě seniora (dle věku).	76
Tabulka č. 10. Osamělost v životě seniora (dle rodinného stavu).....	77
Tabulka č. 11. Osamělost v životě seniora vzhledem k prostředí ve, kterém žije.....	77
Tabulka č. 12. Nejčastěji udávané příčiny osamělosti v životě sledovaných seniorů (z hlediska pohlaví).....	78
Tabulka č. 13. Nejčastěji udávané příčiny osamělosti v životě sledovaných seniorů (z hlediska prostředí, ve kterém žijí).	79
Tabulka č. 14. Vliv zdravotního stavu na vznik osamělosti v životě seniora. 80	
Tabulka č. 15. Četnost setkání seniorů z domácího prostředí s nejbližšími osobami.	81
Tabulka č. 16. Četnost setkání seniorů z ústavní péče s nejbližšími osobami.	81
Tabulka č. 17. Společné bydlení seniorů v domácím prostředí.	83
Tabulka č. 18. Společné bydlení seniorů v ústavním zařízení na pokoji.....	83
Tabulka č. 19. Postoj seniorů k odchodu do důchodu.	83
Tabulka č. 20. Důvody nechtěného odchodu do důchodu.	84
Tabulka č. 21. Počty dětí u seniorů.....	87
Tabulka č. 22. Počet dětí, které jsou pro seniora oporou	88
Tabulka č. 23. Stupnice kvality opory dětí u sledovaných seniorů.....	88
Tabulka č. 24. Četnost setkání seniorů se svými dětmi	90
Tabulka č. 25. Počet seniorů vlastníci mobilní telefon.....	91
Tabulka č. 26. Frekvence telefonování seniorů svým dětem.....	91
Tabulka č. 27. Frekvence telefonování dětí seniorům.	91
Tabulka č. 28. Vliv nedostatečného rodinného zázemí na pocit osamělosti .	92
Tabulka č. 29. Rizikové období pro vznik osamělosti u žen po odchodu do důchodu.....	94
Tabulka č. 30. Rizikové období pro vznik osamělosti u mužů po odchodu do důchodu.....	94
Tabulka č. 31. Vliv ročních období a svátků na četnost a intenzitu osamělosti.....	95
Tabulka č. 32. Vliv času během dne (24 h) na pocit osamělosti.....	95
Tabulka č. 33. Prožívání osamělosti - četnost nejčastějších nepříjemných pocitů sledovaných seniorů (vzhledem k pohlaví).....	98

Tabulka č. 34. Prožívání osamělosti - četnost nejčastějších nepříjemných pocitů sledovaných seniorů (vzhledem k pohlaví).....	99
Tabulka č. 35. Postoj seniorů ke stáří.	102
Tabulka č. 36. Postoj seniorů ke stáří vzhledem k osamělosti.	102
Tabulka č. 37. Hodnocení kvality života v domácím a ústavním prostředí.	103
Tabulka č. 38. Hodnocení kvality života v domácím a ústavním prostředí.	104
Tabulka č. 39. Užívání psychofarmak.	106
Tabulka č. 40. Změny v chování seniorů při dlouhodobém pocitu osamělosti.	107
Tabulka č. 41. Řešení pocitů osamělosti, zbytečnosti a dalších nepříjemných pocitů.	109
Tabulka č. 42. Péče osamělých seniorů o druhé.	111
Tabulka č. 43. Sdružení, kluby pro seniory	112
Tabulka č. 44. Místa, kde si senioři nejvíce popovídají.	113
Tabulka č. 45. Nejvíce si senioři popovídají s těmito lidmi.	113
Tabulka č. 46. Využití volného času.	114
Tabulka č. 47. Aktivity, záliby seniorů.....	115
Tabulka č. 48. Věk podání žádosti do ústavního zařízení (u seniorů žijících v ústavním zařízení).	117
Tabulka č. 49. Kdo podával žádost do ústavním zařízení.	118
Tabulka č. 50. Důvody podání žádosti do ústavního zařízení.	118
Tabulka č. 51. Doba adaptace seniorů v ústavním zařízení.	119
Tabulka č. 52. Počet seniorů věřících v boha.....	121
Tabulka č. 53. Četnost osamělosti seniorů věřících v boha.	121
Tabulka č. 54. Zvládání osamělosti vzhledem k víře v boha.	122

Seznam grafů

Graf č. 1. Věk seniorů	69
Graf č. 2. Věk odchodu do důchodu	70
Graf č. 3. Pohlaví seniorů.	71
Graf č. 4. Rodinný stav seniorů	71
Graf č. 5. Vzdělání seniorů	72
Graf č. 6. Bydlení seniorů	73
Graf č. 7. Místo bydliště.....	73
Graf č. 8. Četnost osamělosti v životě seniora (n=93)	75
Graf č. 9. Osamělost žen vzhledem k věku (n=55)	76
Graf č. 10. Osamělost mužů vzhledem k věku (n=38).....	76
Graf č. 11. Osamělost vzhledem k rodinnému stavu (n=93)	77
Graf č. 12. Osamělost seniorů vzhledem k prostředí, ve kterém žijí (domácí a ústavní prostředí) (n=93)	78
Graf č. 13. Nejčastěji udávané příčiny osamělosti v životě sledovaných seniorů (z hlediska pohlaví žen a mužů), dle počtu odpovědí (n=301).....	79
Graf č. 14. Nejčastěji udávané příčiny osamělosti v životě sledovaných seniorů (z hlediska domácího prostředí a ústavní péče), dle počtu odpovědí (n=301).....	80
Graf č. 15. Četnost setkání seniorů z domácího prostředí s nejbližšími osobami (n=129)	82
Graf č. 16. Četnost setkání seniorů z ústavní péče s nejbližšími osobami (n=133).....	82
Graf č. 17. Společné bydlení seniorů (v domácím prostředí n=29 a v ústavní péči n=64).....	83
Graf č. 18. Postoj seniorů k odchodu do důchodu (n=93)	84
Graf č. 19. Důvody nechtěného odchodu do důchodu (n=130)	84
Graf č. 20. Počty dětí seniorů (n=93).....	87
Graf č. 21. Počet dětí dávající seniorům oporu (n=72)	88
Graf č. 22. Stupnice kvality opory dětí u sledovaných seniorů (n=72).....	89
Graf č. 23. Shrnutí kvality opory (n=72).....	89
Graf č. 24. Četnost setkání seniorů se svými dětmi (n=72)	90
Graf č. 25. Celkové zhodnocení setkávání seniorů se svými dětmi (n=72)	90
Graf č. 26. Počet seniorů vlastníci mobilní telefon (n=93).....	91
Graf č. 27. Frekvence telefonování (mobilní telefon + pevná linka) seniorů svým dětem (n=72)	92
Graf č. 28. Frekvence telefonování dětí seniorům (n=93)	92
Graf č. 29. Rizikové období pro vznik osamělosti u žen po odchodu po důchodu (n=55).....	94
Graf č. 30. Rizikové období pro vznik osamělosti u mužů po odchodu po důchodu (n=38).....	95
Graf č. 31. Vliv ročních období a svátků na četnost a intenzitu osamělosti (n=133).....	96
Graf č. 32. Vliv časových období na četnost a intenzitu osamělosti (n=96) ...	96
Graf č. 33. Prožívání osamělosti – četnost nejčastějších nepříjemných pocitů seniora (dle pohlaví) (n=372 pocitů)	99
Graf č. 34. Prožívání osamělosti – nepříjemné pocity (vzhledem k prostředí) (n=372).....	100
Graf č. 35. Postoj seniorů ke stáří (n=93)	102

Graf č. 36. Postoj seniorů ke stáří vzhledem k osamělosti (n=77)	103
Graf č. 37. Hodnocení kvality života (v domácím a ústavním prostředí) (n=93).....	103
Graf č. 38. Celkové hodnocení kvality života (v domácím n=29 a v ústavním prostředí n=64)	104
Graf č. 39. Užívání psychofarmak (n=93).....	106
Graf č. 40. Změny v chování seniorů při dlouhodobém pocitu osamělosti (n=446).....	107
Graf č. 41. Aktivní a pasivní řešení pocitu osamělosti (n=596).....	110
Graf č. 42. Řešení osamělosti u žen (n=356)	110
Graf č. 43. Řešení osamělosti u mužů (n=240).....	110
Graf č. 44. Péče osamělých seniorů o druhé (dle pohlaví) (n=77).....	111
Graf č. 45. Péče osamělých seniorů o druhé (dle prostředí) (n=77).....	111
Graf č. 46. Sdružení, kluby pro seniory (zná x nezná n=77, navštěvuje x nenavštěvuje n=77).....	112
Graf č. 47. Místa, kde si senioři nejvíce popovídají (n=249)	113
Graf č. 48. Nejvíce si senioři popovídají s těmito lidmi (n=170)	114
Graf č. 49. Věk podání žádosti (u seniorů žijících v ústavních zařízeních) (n=64).....	117
Graf č. 50. Kdo podal žádost do ústavního zařízení (n=64)	118
Graf č. 51. Důvody podání žádosti do ústavního zařízení (n=122).....	119
Graf č. 52. Doba adaptace v ústavním zařízení (n=64).....	119
Graf č. 53. Počet seniorů věřících v boha (n=93).....	121
Graf č. 54. Četnost osamělosti seniorů věřících v boha (n=93)	122
Graf č. 55. Zvládání a řešení osamělosti vzhledem k víře v boha (n=77).....	122

Seznam zkratek

např.	- například
atd.	- a tak dále
obr.	- obrázek
apod.	- a podobně
tzv.	- tak zvaný
atp.	- a tak podobně
aj.	- a jiné
tj.	- to je
č.	- číslo
DNA	- Deoxyribonukleová kyselina
CNS	- Centrální nervový systém
OSN	- Organizace spojených národů
WHO	- Světová zdravotnická organizace
LF	- Lékařská fakulta
HS	- Rejstřík zdravotního stavu pacienta
HSP	- Profil zdravotního stavu pacienta
APACHE II	- Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu
HRQoL	- Měření kvality života z hlediska zdraví
DDRS	- Posuzovací škála stresu a neschopnosti
SWLS	- Stupnice spokojenosti se životem
SEIQoL	- Systém individuálního hodnocení kvality života
MANSA	- Krátký způsob hodnocení kvality života
LSS	- Škála životního uspokojení

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Strukturovaný rozhovor - předvýzkum

Příloha č. 1a - Vyhodnocení předvýzkumu

Příloha č. 2 - Osnova pro strukturovaný rozhovor

Příloha č. 3 - Pozorování a subjektivní hodnocení

Příloha č. 4 - Věková struktura populace progresivní, stacionární, regresivní

Příloha č. 4a - Věková struktura populace v ČR v letech 1930,1950, 1970, 1990

Příloha č. 4b - Předpokládaná změna věkové struktury obyvatelstva v ČR v letech
2010, 2030 a 2050

Příloha č. 4c - Rozlišení věkové struktury dle OSN

Příloha 1:

Strukturovaný rozhovor - předvýzkum

Vážená paní, - vážený pane,

jmenuji se Zuzana Kašpárková a jsem studentkou 1. Lékařské fakulty univerzity Karlovy v Praze. Studuji navazující magisterské studium – program Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. Pracuji na diplomové práci zabývající se problematikou **Osamělosti ve stáří**. Součástí výzkumu je **strukturovaný rozhovor, který je anonymní a dobrovolný**.

Byla bych Vám velmi vděčná za pravdivé odpovědi na mé otázky. Výsledky tohoto dotazníku budou využity k studijním účelům. Děkuji Vám moc za Váš drahocenný čas a za spolupráci při mém výzkumu.

V _____ dne _____ Bc. Zuzana Kašpárková

1. **Věk:** _____
2. **Pohlaví:** žena muž
3. **Stav:** svobodná/ý vdaná/ženatý
 ovdovělá/ý rozvedená/ý
4. **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**
 základní vyučený/á v oboru
 středoškolské vysokoškolské
5. **Kde bydlíte?** rodinný dům
 byt
 chalupa
 domov důchodců
 dům s pečovatelskou službou
 penzion
 LDN
 jiné

6. Kde žijete? venkov/vesnice
 město do 20 000 obyvatel
 město do 50 000 obyvatel
 město do 100 000 obyvatel
 město nad 100 000 obyvatel

7. Kdy jste šel/a do důchodu - věk? _____

8. Co pro Vás znamenal odchod do důchodu?

- těšil jsem se na něj nechtěl/a jsem jít do důchodu
důvody _____
-

9. Kolik máte dětí? _____

Kolik z nich je pro Vás nyní oporou? _____

Jak byste tuto oporu hodnotil/a na stupnici 0 - 5?

0 - žádná opora

1 - jsou pro mě oporou jen výjimečně

2 - pomáhají mi jen s nutnými věcmi a jen když si o to řeknu

3 - pomáhají mi a jsou pro mě oporou jen občas

4 - téměř vždy mi pomáhají a mohu se o ně opřít

5 - jsou mi vždy na blízku, když něco potřebuji, mám k nim naprstou důvěru a mohu se na ně kdykoli spolehnout a opřít se o ně

Jak často se s nimi vídáte (chodí Vás navštěvovat)?

- každý den 1-3x týdně 1-2x za 14 dní
 1x za měsíc méně než 1x za měsíc
 nikdy

Jak často si s nimi telefonujete?

- každý den 1-3x týdně 1-2x za 14 dní
 1x za měsíc méně než 1x za měsíc
 nikdy

Jak daleko od Vás bydlí Vaše děti?

- ve stejném bytě, domě
 v jiném městě/vesnici, ale je to blízko
 v jiném hodně vzdáleném městě/vesnici

10. Kdo je ve Vašem životě nejbližší osoba, keré můžete důvěřovat?

Jak často se s ní vídáte?

- každý den 1-3x týdně 1-2x za 14 dní
 1x za měsíc

11. Myslíte si, že Váš současný zdravotní stav ovlivnil Vaše vztahy v rodině a mezi lidmi?

- NE ANO - jak _____

Jak často navštěvujete lékaře? _____

12. Jste věřící? ANO NE

Jak Vám víra pomáhá při řešení a zvládnání pocitu osamělosti?

13. Cítíte se být ve svém životě osamělá/ý a smutná/ý?

- nikdy občas velmi často
 neustále

Z jakých důvodů? _____

14. Které z následujících nepříjemných pocitů nejvíce pociťujete?

- pocity zbytečnosti pocity méněcennosti
 pocity nevděku pocity tísně, úzkosti
 pocity křivdy pocity beznaděje
 pocity sebelítosti žádný

pocity strachu (z čeho) _____

pocity nejistoty (z čeho) _____

pocity ztráty (čeho, koho) _____

pocity hněvu a vzteku (příčina) _____

Můžete uvést i jiné nepříjemné pocity _____

15. Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce při řešení pocitů osamělosti, smutku, zbytečnosti a dalších nepříjemných pocitů?

16. Znáte nějaké združení pro seniory? (jmenujte) _____

17. Kde si nejvíce popovídáte?

v cukrárně v restauraci v hospodě

v ambulanci v obchodě na procházce

jiné _____

18. Jak trávíte svůj volný čas? Navštěvujete:

divadlo, kino restaurace hospody

cukrárny kluby, sdružení pro seniory

univerzitu třetího věku jezdíte na zájezdy pro seniory

chodíte do kostela jiné _____

19. Máte nějaké záliby, koníčky, aktivity, které Vám vždy pomáhají překonat Vaše problémy a krize?

20. Jak byste hodnotil/a svůj dosavadní život v důchodu, ve stáří?

21. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života (doma, v DD, v domě s pečovatelskou službou, v penzionu, LDN)? Vyberte podle toho, kde se momentálně nacházíte.

Příloha 1a:

Vyhodnocení předvýzkumu						
Otázky 1 až 21	Ženy		Muži		Celkem	
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
Pohlaví	6	75	2	25	8	100
Věk						
65 - 74	2	25	1	12,5	3	37,5
75 - 84	3	37,5	1	12,5	4	50
85 a více	1	12,5	0	0	1	12,5
Rodinný stav						
ženatý/á	2	25	2	25	4	50
ovdovělý/á	4	50	0	0	4	50
Vzdělání seniorů						
základní	2	25	1	12,5	3	37,5
učební obor	3	37,5	1	12,5	4	50
středoškolské	1	12,5	0	0	1	12,5
Bydlení seniorů						
rodinný dům	2	25	1	12,5	3	37,5
byt	4	50	1	12,5	5	62,5
Místo bydliště						
město do 20 000 obyvatel	1	12,5	1	12,5	2	25
město do 50 000 obyvatel	5	62,5	1	12,5	6	75
Věk odchodu do důchodu						
50 - 55	2	25	0	0	2	25
56 - 60	3	37,5	1	12,5	4	50
61 - a více	1	12,5	1	12,5	2	25
Odchod do důchodu						
těšil/a se na důchod	2	25	0	0	2	25
netěšil/a se na důchod	4	50	2	25	6	75
Počet dětí seniorů						
2 děti	3	37,5	2	25	5	62,5
3 děti	3	37,5	0	0	3	37,5
Počet dětí dávajících seniorům oporu						
žádné	1	12,5	0	0	1	12,5
1	3	37,5	1	12,5	4	50
2	2	25	1	12,5	3	37,5
Stupnice kvality opory dětí u sledovaných seniorů						
žádná opora	1	12,5	0	0	1	12,5
pomáhají mi a jsou pro mě oporou jen občas	2	25	1	12,5	3	37,5
téměř vždy mi pomáhají a mohu se o ně opřít	2	25	0	0	2	25
jsou mi vždy na blízku když potřebuji, mám k nim naprostou důvěru	1	12,5	1	12,5	2	25
Četnost setkání seniorů se svými dětmi						
1 - 3x týdně	2	25	1	12,5	3	37,5
1 - 2x za 14 dní	1	12,5	0	0	1	12,5
méně než 1x za měsíc	2	25	1	12,5	3	37,5
narozeniny, Vánoce	1	12,5	0	0	1	12,5
Frekvence telefonování dětí seniorům						
1 - 3x týdně	2	25	1	12,5	3	37,5
1 - 2x za 14 dní	2	25	0	0	2	25
méně než 1x za měsíc	2	25	1	12,5	3	37,5
Vzdálenost bydlení dětí od seniorů						

ve stejném městě/vesnici	1	12,5	1	12,5	2	25
v jiném městě/vesnici, ale je to blízko	3	37,5	1	12,5	4	50
v jiném hodně vzdáleném městě/vesnici	2	25	0	0	2	25
Nejbližší osoba seniorů						
manžel/ka	1	12,5	1	12,5	2	25
syn	1	12,5	0	0	1	12,5
dcera	2	25	0	0	2	25
přítel/kyně	2	25	1	12,5	3	37,5
Četnost setkání seniorů s nejbližšími osobami						
každý den	1	12,5	2	25	3	37,5
1 - 3x týdně	1	12,5	0	0	1	12,5
1x za měsíc	4	50	1	12,5	5	62,5
Vliv zdravotního stavu na vznik osamělosti						
ANO	4	50	2	25	6	75
NE	2	25	0	0	2	25
Četnost návštěv seniorů u lékaře						
více než 1 x týdně	1	12,5	0	0	1	12,5
1 x týdně	4	50	1	12,5	5	62,5
1 x za 14 dní	1	12,5	0	0	1	12,5
dle potřeby	0	0	1	12,5	1	12,5
Počet seniorů věřících v Boha						
ANO	4	50	1	12,5	5	62,5
NE	2	25	1	12,5	3	37,5
Četnost osamělosti u sledovaných seniorů						
nikdy	1	12,5	1	12,5	2	25
občas	2	25	1	12,5	3	37,5
velmi často	2	25	0	0	2	25
neustále	1	12,5	0	0	1	12,5
Prožívání osamělosti - nepříjemné pocity seniora						
zbytečnosti	3	10,7	1	3,6	4	14,3
nevděku	2	7,1	1	3,6	3	10,7
méněcennosti	3	10,7	1	3,6	4	14,3
tísňe, úzkosti	4	14,3	0	0	4	14,3
strachu	3	10,7	0	0	3	10,7
sebelítosti	4	14,3	1	3,6	5	17,9
ztráty	4	14,3	1	4	5	17,9
Řešení pocitu osamělosti, zbytečnosti a dalších nepříjemných pocitů						
Pláč	4	14,3	0	0	4	14,3
Četba	2	7,1	1	3,6	3	10,7
Fotky	4	14,3	1	3,6	5	17,9
Povídání	3	10,7	0	0	3	10,7
Nechce řešit	1	3,6	0	0	1	3,6
Modlitby	4	14,3	1	3,6	5	17,9
Televize	4	14,3	1	3,6	5	17,9
Kouření	1	3,6	1	3,6	2	7,1
Sdružení, kluby pro seniory - znají						
ANO	2	25	1	12,5	3	37,5
NE	4	50	1	12,5	5	62,5
Místa, kde si senioři nejvíce popovídají						
v cukrárně	2	25	0	0	2	25
v ambulanci	1	12,5	0	0	1	12,5
v obchodě	2	25	1	12,5	3	37,5
na procházce	1	12,5	1	12,5	2	25

Aktivity, záliby seniorů						
Četba	1	12,5	0	0	1	12,5
Ruční práce	3	37,5	0	0	3	37,5
Televize	3	37,5	1	12,5	4	50
Zahrada, les	1	12,5	1	12,5	2	25
Hodnocení kvality života v důchodu						
pozitivně	3	37,5	2	25	5	62,5
negativně	3	37,5	0	0	3	37,5

Příloha 2:

Osnova pro strukturovaný rozhovor

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Zuzana Kašpárková a jsem studentkou 1. Lékařské fakulty univerzity Karlovy v Praze. Studuji navazující magisterské studium program Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy. Pracuji na diplomové práci zabývající se problematikou **Osamělosti ve stáří**. Součástí výzkumu je **strukturovaný rozhovor, který je anonymní a dobrovolný**.

Byla bych Vám velmi vděčná za pravdivé odpovědi na mé otázky. Výsledky tohoto dotazníku budou využity k studijním účelům. Děkuji Vám moc za Váš drahocenný čas a za spolupráci při mém výzkumu.

V _____ dne _____ Bc. Zuzana Kašpárková

1. Věk: _____
2. Pohlaví: žena muž
3. Stav: svobodná/ý vdaná/ženatý
 ovdovělá/ý rozvedená/ý
4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
 základní vyučený/á v oboru
 středoškolské vysokoškolské
5. Kde bydlíte? rodinný dům
 byt
 chalupa
 domov důchodců
 dům s pečovatelskou službou
 penzion
 dům pro seniory
 jiné

Jak dlouho zde bydlíte (jen pro seniory v instituci)? _____

6. Kde žijete? venkov/vesnice
 město do 20 000 obyvatel
 město do 50 000 obyvatel
 město do 100 000 obyvatel
 město nad 100 000 obyvatel

7. Kdy jste šel/a do důchodu - věk? _____

8. Co pro Vás znamenal odchod do důchodu?

- těšil/a jsem se na něj nechtěl/a jsem jít do důchodu
důvody _____

Pracoval/a jste v důchodu? ANO NE

Kolik let jste pracoval/a? _____

9. Kolik máte dětí? _____

Kolik z nich je pro Vás nyní oporou? _____

Jak byste tuto oporu hodnotil/a na stupnici 0 - 5?

0 - žádná opora

1 - jsou pro mě oporou jen výjimečně

2 - pomáhají mi jen s nutnými věcmi a jen když si o to řeknu

3 - pomáhají mi a jsou pro mě oporou jen občas

4 - téměř vždy mi pomáhají a mohu se o ně opřít

5 - jsou mi vždy na blízku, když něco potřebuji, mám k nim naprstou důvěru a mohu se na ně kdykoli spolehnout a opřít se o ně

Jak často se s nimi vidáte (chodí Vás navštěvovat)?

- každý den 1-3x týdně 1-2x za 14 dní
 1x za měsíc méně než 1x za měsíc
 nikdy narozeniny, Vánoce

Jak často jim telefonujete?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> každý den | <input type="checkbox"/> 1-3x týdně | <input type="checkbox"/> 1-2x za 14 dní |
| <input type="checkbox"/> 1x za měsíc | <input type="checkbox"/> méně než 1x za měsíc | |
| <input type="checkbox"/> nikdy | <input type="checkbox"/> bydlím s nimi | |
| <input type="checkbox"/> když potřebuji | <input type="checkbox"/> není možnost | |

Jak často Vám telefonují Vaše děti?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> každý den | <input type="checkbox"/> 1-3x týdně | <input type="checkbox"/> 1-2x za 14 dní |
| <input type="checkbox"/> 1x za měsíc | <input type="checkbox"/> méně než 1x za měsíc | |
| <input type="checkbox"/> nikdy | <input type="checkbox"/> bydlím s nimi | |

Jak daleko od Vás bydlí Vaše děti?

- ve stejném bytě, domě
- v jiném městě/vesnici, ale je to blízko
- v jiném hodně vzdáleném městě/vesnici
- v cizí zemi

10. S kým žijete ve společné domácnosti (lidí i zvířat) a s kým žijete v sociálním zařízení (na pokoji)?

11. Kdo je ve Vašem životě nejbližší osoba, které můžete důvěřovat?

- děti - které _____ někdo jiný - kdo _____

Jak často se s ní vídáte?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> každý den | <input type="checkbox"/> 1-3x týdně | <input type="checkbox"/> 1-2x za 14 dní |
| <input type="checkbox"/> 1x za měsíc | <input type="checkbox"/> méně než 1x za měsíc | |
| <input type="checkbox"/> nikdy | | |

12. Je někdo o koho se staráte (pečujete)? _____

13. Myslíte si, že Váš současný zdravotní stav ovlivnil Vaše vztahy v rodině a mezi lidmi?

- NE ANO - jak _____

Jak často navštěvujete lékaře? _____

Užíváte nějaké léky (psychofarmaka) na špatnou náladu, depresi?

- NE ANO - jaké _____

14. Jste věřící? ANO NE

Jak Vám víra pomáhá při řešení a zvládnání pocitu osamělosti?

15. Cítíte se být ve svém životě osamělá/ý a smutná/ý?

- nikdy občas velmi často
 neustále

Z jakých důvodů? _____

Kdy pocítujete svou osamělost nejčastěji?

- Vánoce, svátky jarní-letní období
 podzimní-zimní období žádná z uvedených položek na to nemá vliv

V kterou denní dobu je pocit nejintenzivnější?

- ráno během dne večer a v noci
 nemá vliv

16. Vyberte z těchto možností 4 nejčastější a nejnejpříjemnější pocity, které pocítujete.

- pocity zbytečnosti pocity méněcennosti
 pocity nevděku pocity tísně, úzkosti
 pocity křivdy pocity beznaděje
 pocity sebelítosti žádný

pocity strachu (z čeho) _____

pocity nejistoty (z čeho) _____

pocity ztráty (čeho, koho) _____

pocity hněvu a vzteku (příčina) _____

Můžete uvést i jiné nepříjemné pocity _____

17. Kdo nebo co Vám pomáhá nejvíce při řešení pocitů osamělosti, smutku, zbytečnosti a dalších nepříjemných pocitů?
-
-

18. Znáte nějaké sdružení pro seniory?

- ANO NE
 navštěvujete nenavštěvujete

19. Kde si nejvíce popovídáte?

- v cukrárně v restauraci v hospodě
 v ambulanci v obchodě na procházce
 na pokoji na pedikúře v kadeřnictví
 jiné _____

S kým si nejvíce popovídáte? _____

20. Jak trávíte svůj volný čas? Navštěvujete:

- divadlo, kino restaurace hospody
 cukrárny kluby, sdružení pro seniory
 univerzitu třetího věku jezdíte na výlety s _____
 chodíte do kostela _____
 jsem doma jezdíte na zájezdy pro seniory
 chodíte na procházky jiné _____
 aktivity v zařízení nechci už nic dělat

21. Máte nějaké záliby, koníčky, aktivity, které Vám vždy pomáhají překonat Vaše problémy a krize?

22. Jak byste hodnotil/a svůj život v důchodu?

po 5 letech _____

po 10-15 letech _____

nyní _____

Máte podanou žádost do DD, penzionu, domu s pečovatelskou službou atd.?

- ANO - kam _____ NE

V kolika letech byla podána žádost do zařízení? _____

Kdo ji podával? _____

Důvody podání žádosti? _____

Jak dlouho jste si zvykal/a v zařízení? _____

23. **Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života (doma, v DD, v domě s pečovatelskou službou, v penzionu, dům pro seniory)? Podtrhněte podle toho, kde se momentálně nacházíte.**

Jaký je Váš postoj ke stáří? _____

24. **Délka rozhovoru:** _____

Příloha 3:

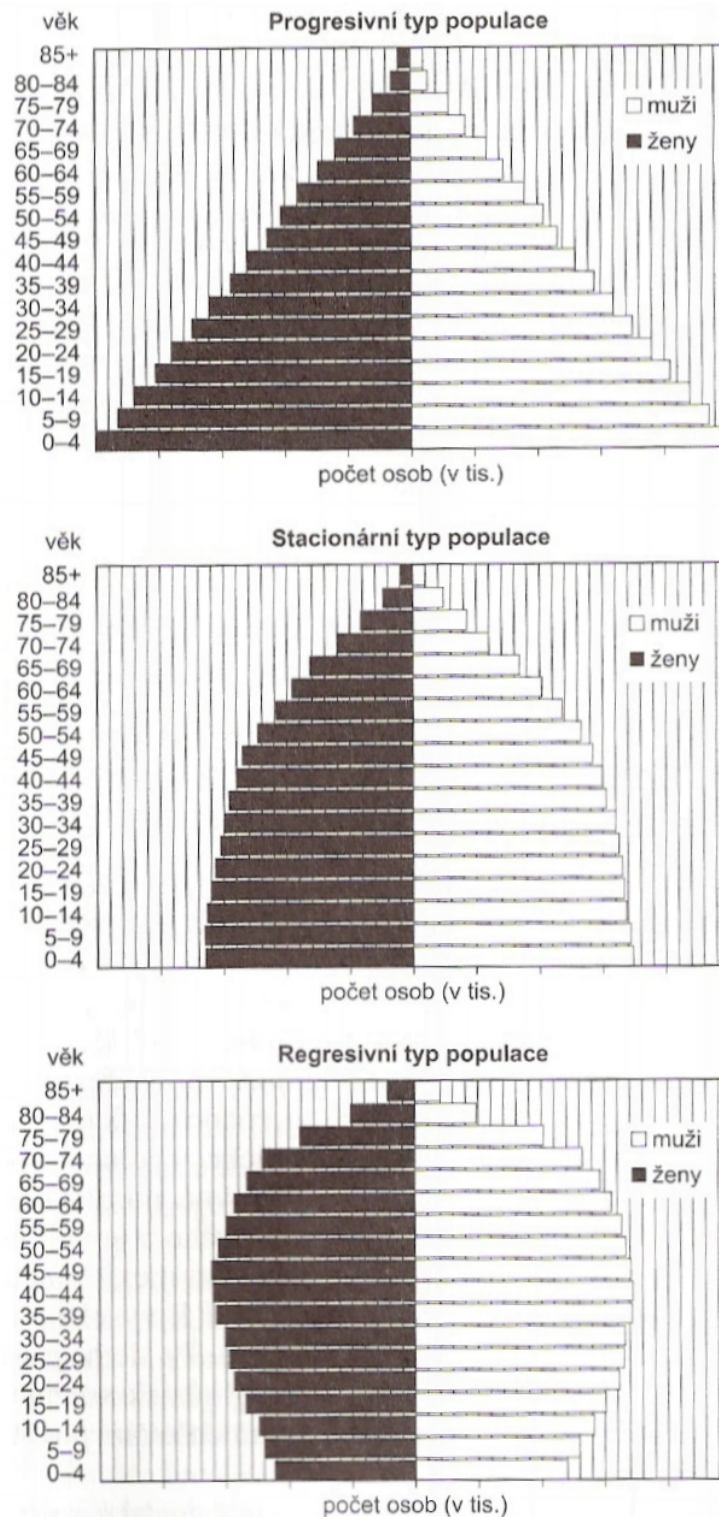
Pozorování a subjektivní hodnocení psychosociálního stavu respondenta při rozhovoru

Poznámky:.....
.....
spolupracující.....
nespolupracující (při jakých otázkách).....
přestal/a mluvit (kdy při jakých otázkách).....
čím je charakteristický (nálady, změny v chování, emocionální projevy.....
.....
přiznává své pocity.....
popírání pocitů.....
projevy frustrace.....
projevy deprese.....
pláč, lítostivost.....
vztek, hněv.....
projevy nespokojenosti.....
nervozita.....
spokojený.....
smíření se skutečností.....
stud (příčina).....

Maladaptivní formy chování:

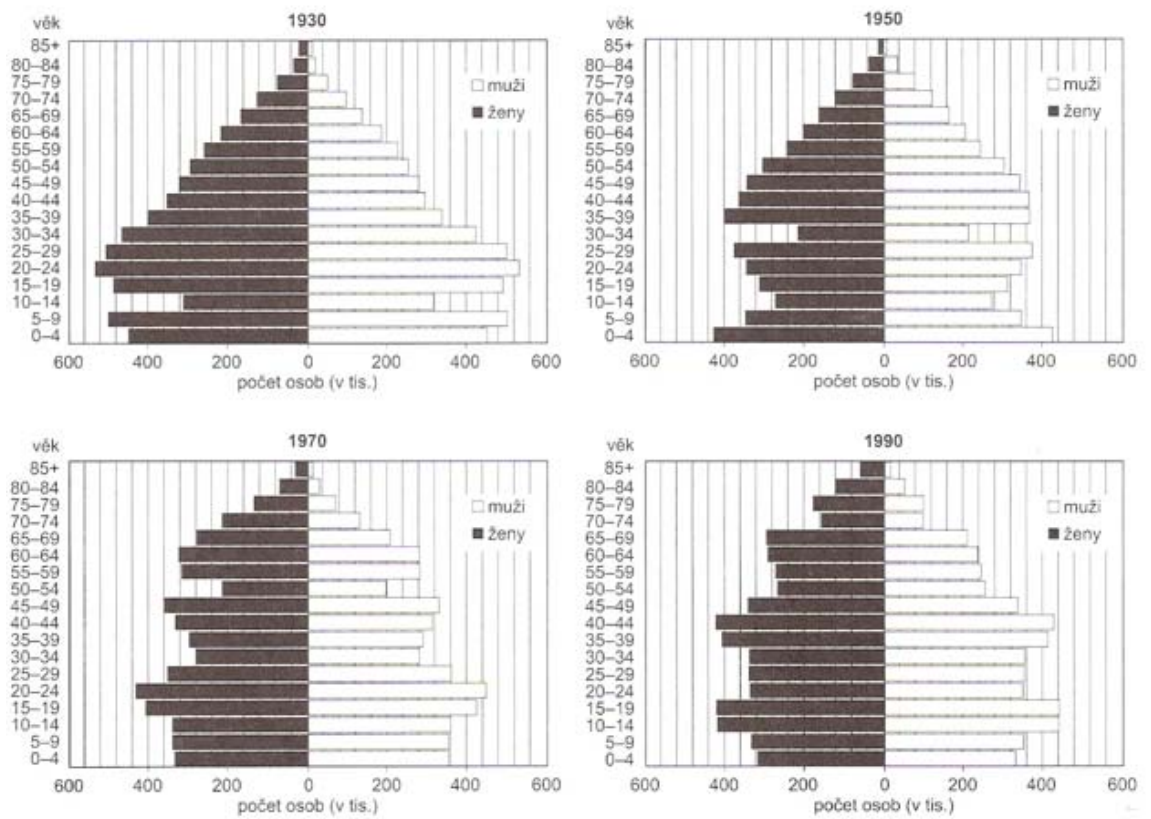
agrese (jaká).....	únik (kam, do čeho).....
negativismus.....	racionalizace.....
projekce.....	kompenzace.....
egocentrismus.....	represe.....
přesunutí.....	rezignace.....
represe.....	fixace.....
bagatelizace.....	sociální izolace.....

Příloha 4:



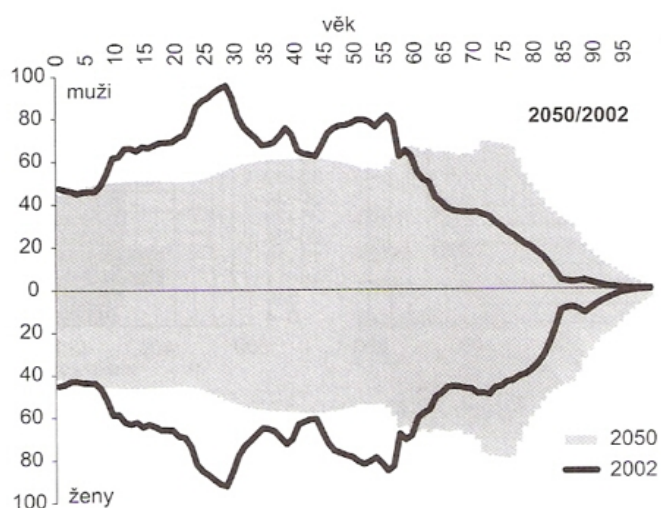
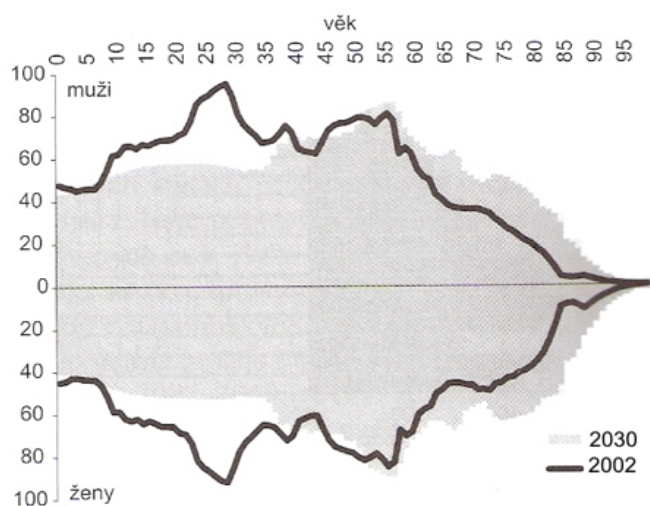
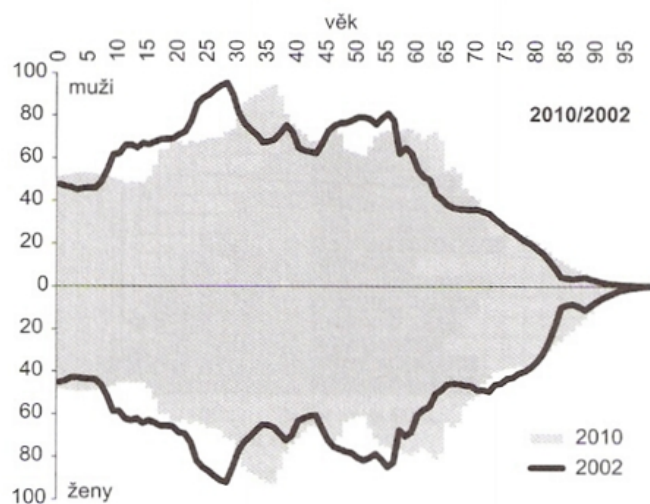
Schematická ilustrace věkové struktury populace progresivní, stacionární a regresivní (Rabušič 1995) - Kalvach, Z., Jiráček, R., Zadák, Z., Zavazalová, H., Sucharda, P. a kolektiv Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 52.

Příloha 4a:



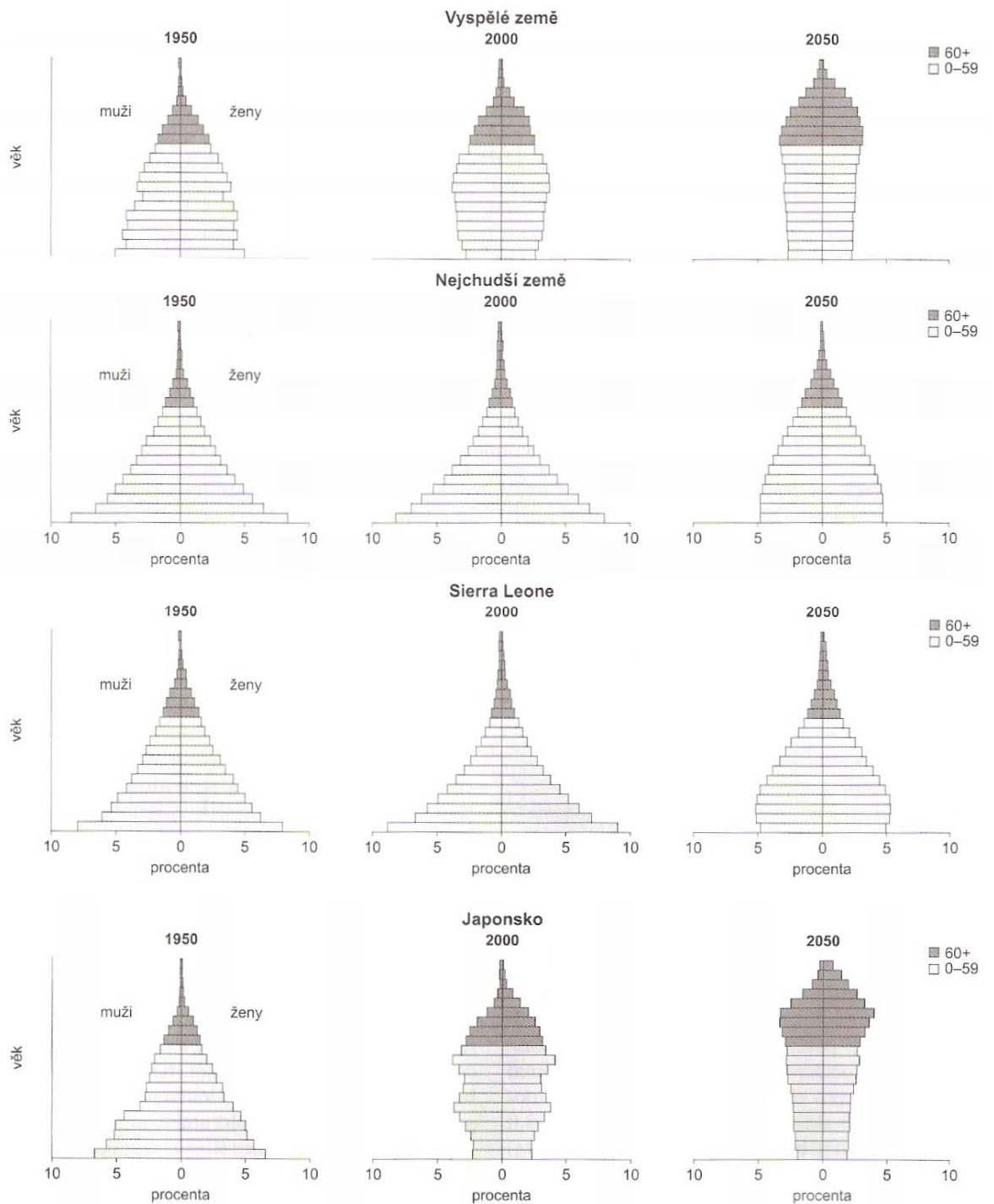
Věková struktura populace ČR v letech 1930, 1950, 1970, 1990, (Rabušič 1995) - Kalvach, Z., Jirák, R., Zadák, Z., Zavazalová, H., Sucharda, P. a kolektiv Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 53.

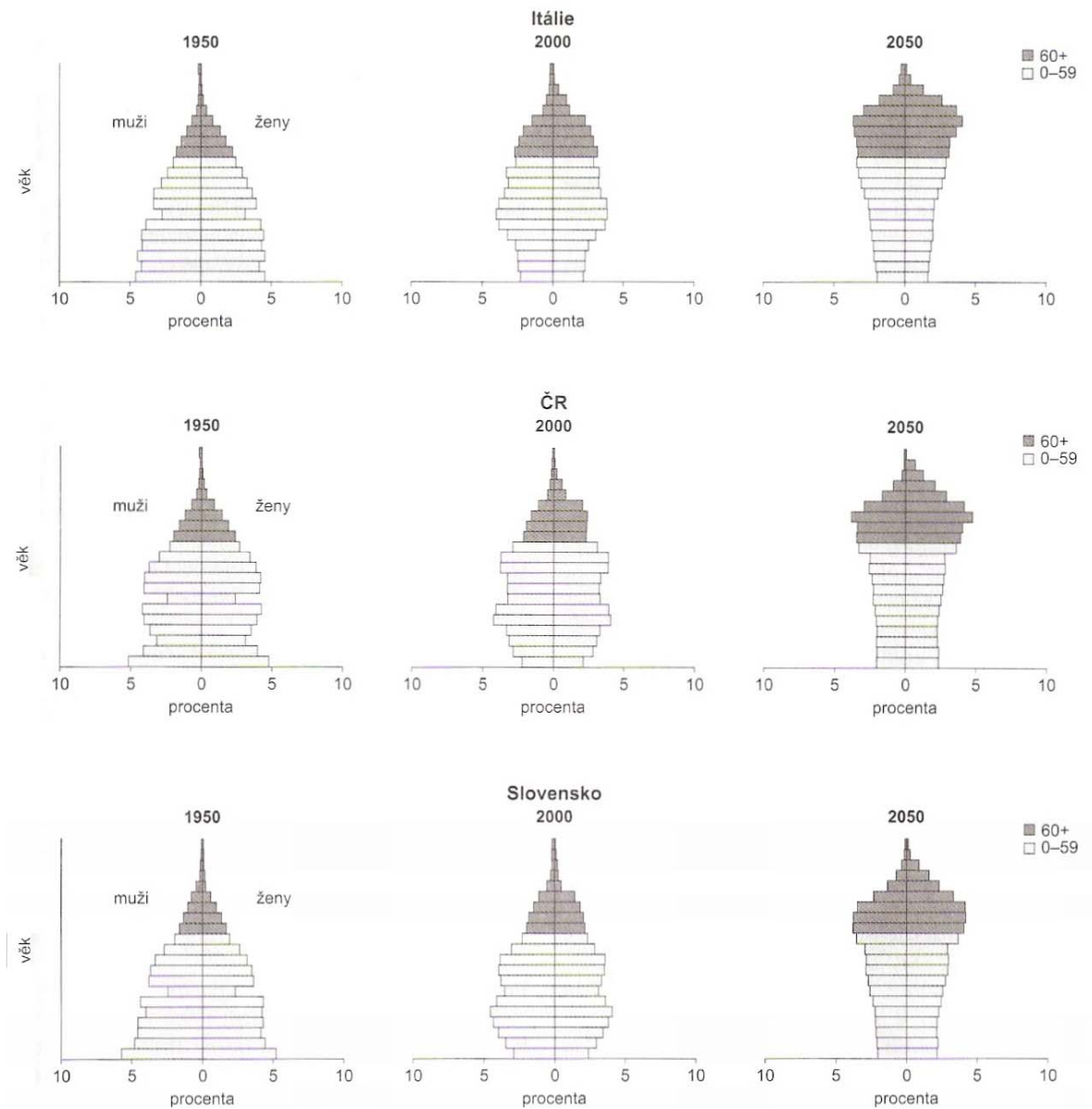
Příloha 4b:



Předpokládaná změna věkové struktury obyvatelstva ČR v letech 2010, 2030 a 2050 oproti r. 2002, (Burcin a Kučera, 2003) - Kalvach, Z., Jiráček, R., Zádák, Z., Zavazalová, H., Sucharda, P. a kolektiv Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 54.

Příloha 4c:





Věková struktura populace ve skupině zemích hospodářsky vyspělých a naopak nejchudších a v některých státech v letech 1950, 2000 a 2050, (OSN, 2002) - Kalvach, Z., Jirák, R., Zadák, Z., Zavazalová, H., Sucharda, P. a kolektiv Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 64-65.