

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

AGRESIVNÍ JEDNÁNÍ A POSTOJE VŮČI STARŠÍM LIDEM

Vypracovala: Ing. Alena Vyšínová Matičková

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Ivan Slaměník, CSc.

PRAHA 2011

PROHLÁŠENÍ

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, s pomocí literatury a pramenů, které uvádím v závěrečném seznamu.“

V Praze dne 19.7.2011

.....

Alena Vyšínová Matičková

Za podporu děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Ivanu Slaměnkovi, CSc. Manželu Michalovi, bratru Tomášovi, synům Simonovi a Maxovi děkuji za trpělivost.

RESUMÉ:

Senioři představují početnou sociální skupinu, která vystupuje ve společnosti vzhledem ke svému nevýhodnému postavení často jako oběť agresivního chování. Agrese cílená na staré lidi má svá specifika a lze na ni nahlížet i v kontextu ageistických postojů. Nejrizikovější skupinou z hlediska agresivních projevů vůči seniorům jsou blízké osoby, rodinní příslušníci, osoby pečující v domácím prostředí, v rámci terénních sociálních služeb nebo ústavní péče. Právě jejich postoje ke stáří, ke své profesi i ke své budoucnosti jsou předmětem výzkumného zájmu v praktické části diplomové práce. Výstupem empirického šetření je i srovnání postojů ke stáří u pečujících osob se skupinou osob bez zkušenosti s poskytováním osobní či profesionální péče seniorům.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, ageismus, postoje, agresivita, péče o staré lidi, EAN.

ABSTRAKT:

Seniors represent a significant social group which, due to its disadvantageous position in the society, is often subjected to aggressive behaviour. Aggression targeted at the elderly is characterised by specific features and it can be also viewed in the context of "ageist" attitudes towards older people. The highest risk group in terms of aggressive behaviour towards seniors seems to be those closest to them - family members, caregivers providing care at home, within the field of social services or institutional care. The practical part of this thesis explores specific attitudes of these individuals towards elderly people. The aim of the empirical study is to compare the attitudes of caregivers with a group of people without experience in providing personal or professional care for seniors.

Keywords: age, ageing, ageism, attitude, aggression, care for seniors, EAN.

OBSAH:

1. Úvod

2. Teoretická část

2.1 Problematika stárnutí populace:

2.1.1 Demografická situace

2.1.2 Proces stárnutí

2.1.3 Vymezení stáří: časové vymezení stáří a adaptace na stáří

2.1.4 Fyzické, psychické a sociální projevy stáří

2.2 Stáří a společnost

2.2.1 Sociálně psychologická východiska problematiky seniorů ve společnosti

2.2.2 Ageismus

2.2.3 Mýty o stáří

2.3 Péče o seniory

2.3.1 Typy péče

2.3.2 Pečující osoby a role psychologa

2.3.3 Přístup ke starým lidem ze strany pečujících osob

2.4 Agresivita

2.4.1 Problematika špatného zacházení se seniory

2.4.2 Zranitelnost seniorů

2.5 Postoje

2.5.1 Měření postojů

3. Empirická část

3.1 Příprava dotazníku, předvýzkum a výzkumný soubor

3.2 Výsledky výzkumu, jejich interpretace a diskuze

4. Závěr

Použitá literatura a přílohy (Dotazník)

1. Úvod

Ve dvacátém století se neustále zvyšuje počet lidí starších šedesáti let, kteří dnes tvoří ve společnosti silnou sociální skupinu se svými specifickými projevy a požadavky. Individuální rozdíly mezi stárnoucími lidmi jsou velké a na první pohled patrnější než rozdíly dané chronologickým věkem. Přestože dlouhodobě nové generace stárnou v lepší tělesné kondici, v lepším zdravotním stavu než generace starší, fyziologické stárnutí se dříve či později začne dotýkat každého a vytváří novou specifickou realitu. V rámci psychického vývoje jsou rozdíly mezi lidmi ještě markantnější. Činorodí, vitální stárnoucí lidé v našem okolí jsou důkazem, že i po šedesátce jsou možné obě cesty – cesta duševního růstu, nebo úpadku. Člověk svým životním stylem, aktivním přístupem ke svému fyzickému i mentálnímu zdraví, zájmem o své sociální zakotvení a smysluplné uplatnění, může udělat mnoho pro spokojené a důstojné prožití této etapy lidského života. Nicméně zákonitosti procesu stárnutí jsou nezměnitelné. Většina stárnoucích lidí se musí postupně vyrovnávat s řadou omezení plynoucích z fyzických, psychických i sociálních změn, které stárnutí zákonitě přináší. A většina z nich se musí také vyrovnávat s nutností přijímat pomoc a péči ze svého okolí, stávat se tak na svém okolí mnohem více závislými, než byl člověk zvyklý v produktivním věku. Samozřejmě úplně jinou realitu vytváří situace samostatně žijícího seniora, jehož nároky na blízké okolí spočívají v občasném transportu či doprovázení při návštěvách lékařů nebo v pomoci v chodu domácnosti, zajištění stravování či úklidu, v protikladu ke komplexní celodenní péči o imobilního seniora. Ale oboje jsou podoby stárnutí, které je nutné brát v úvahu při práci se staršími lidmi a při práci s tematikou stárnutí a stárnutí vůbec. V každém případě se člověk stává, ve více či méně závislém vztahu na svém okolí, zranitelnějším a i vnímavějším k nepřátelským postojům či projevům různých forem agresivního jednání.

Tématem diplomové práce jsou projevy agresivity vůči starším lidem v kontextu postojů většinové společnosti k této sociální skupině. Zaměřuji se na ageistické, z hlediska věku diskriminační, postoje, které spoluvytvářejí specifickou atmosféru kolem starých lidí. Jde o situaci, která usnadňuje páchaní některých forem agrese na seniorech a zároveň napomáhá utajovat toto jednání, snižuje pravděpodobnost jeho odhalení, může sloužit i k jeho ospravedlnování. Z. Kalvach považuje ageismus ve společnosti za jeden z rizikových faktorů významně ovlivňující agresivní jednání zaměřenou na staré lidi (Kalvach, 2008, s. 261).

Agresivní jednání vůči seniorům je většinou spojováno s osobami blízkými, s osobami pečujícími nebo sdílejícími domácnost. Alternativou je agrese v ústavních zařízeních či v rámci terénních sociálních služeb. Právě tato skupina osob s velmi intimní, ať už osobní či profesní, zkušeností se seniory je středem mého zájmu. Variabilita seniorské populace vyvolává v soužití s ní samozřejmě zcela rozdílné zkušenosti. Pozornost zužuji na tu část seniorů, která je již určitou měrou odkázána na podporu a péči ze strany svého okolí, a to v důsledku funkčních omezení a změn plynoucích z procesu stárnutí. Zajímá mne tedy interakce lidí, kteří péči, podporu a pomoc poskytují, se skupinou seniorů jako příjemců této pomoci. Tato interakce je považována za nejvíce rizikovou z hlediska možných projevů agrese vůči starým lidem. Výzkumný záměr diplomové práce směřuje dál do širšího rámce této interakce vymezeného postoji, které měřím metodou sémantického diferencíálu.

Lze i za těchto okolností potvrdit závěry L.Vidovičové o vztazích ve společnosti, že „věková segregace podporuje ageismus a věková inkluze jeho prevencí“ (Vidovičová, 2008, s. 194). Odrazí se pozitivně zkušenost z blízkého osobního či profesního vztahu se seniorem v postojích? Z tohoto předpokladu vycházím v praktické části práce, kde hledám odpověď i na další výzkumné otázky. Zvolenou metodou sémantické diferenciacce zjišťuji postoje ke stáří, ke starému člověku, k práci a k dalším pojmům u pečujících osob a u kontrolní skupiny osob bez aktuální profesní či osobní zkušenosti s péčí o seniory.

V pěti oddílech druhé teoretické kapitoly diplomové práce jsem, v duchu svého přístupu k zadání práce, zpracovala tematické okruhy: stárnutí, stáří a společnost, péče o seniory, agresivita a postoje. Problematiku agrese vůči seniorům nahlížím optikou vymezenou vztahem seniorů a o ně pečujících osob. Kvalita tohoto vztahu závisí na řadě proměnných. Na straně seniorů jde o jejich přístup k sobě, k okolí, na jejich schopnosti adaptovat se na změny související se stářím a přijmout pomoc. Na straně pečujících osob záleží na jejich vnitřní motivaci, vnitřní pohodě, na podmínkách jejich práce, podpoře okolí. Významným činitelem jsou i vnější vlivy dané společenským kontextem a celkové podmínky, v nichž je péče realizována, v rámci systému sociálně-zdravotní péče o seniory. Důležitá je kvalita postojů ke starým lidem, ocenění a uznání pečujícím osobám. Cílem mé práce v tomto směru je hledání možností, jak tuto interakci mezi senior a pečující osoba zkvalitňovat s využitím aktuálních

trendů v péči o seniory, kterým se věnuji ve třetím oddíle Péče o seniory. Zvláštní pozornost věnuji roli psychologa, který má možnost ovlivňovat obě strany této interakce. V prvním oddíle věnovaném problematice stárnutí populace shrnuji fyzické, psychické a sociální změny související se stářím. Jejich znalost považuji za nutnou podmínku aktivní přípravy na stáří a jeho akceptaci samotnými seniory. Informovanost o funkčních změnách ve stáří je důležitá i pro okolí, pro pečující osoby a jejich adekvátní reakce a jednání vůči seniorům. Pravdivé, vyvážené nazírání a prezentace stáří ve společnosti hraje významnou roli ve formování postojů ke starým lidem. Diskriminační postoje ke stáří je třeba ovlivňovat na více úrovních, ale nezbytné je vždy zároveň posilovat kompetence a sebevědomí samotných starých lidí. Ageismu a problematice stárnutí a společnost se věnuji ve druhém oddíle teoretické kapitoly. Podle údajů Občanského sdružení Život 90 se v ČR stává obětí některých forem násilí a zanedbávání až 20 % lidí starších 60 let (Život 90, 2006). Podstatou seniorské ohroženosti jsou involuční křehkost, klesající obranyschopnost a celková narůstající zranitelnost starých lidí. Otázky spojené s agresivitou, špatným zacházením a zanedbáváním starých lidí, opět s důrazem na vymezenou interakci senior a pečující osoby, jsem zpracovala ve čtvrtém oddíle. V závěru druhé kapitoly představuje teoretický základ pro následné empirické šetření. Týká se postojů a metody sémantického diferenciálu, se kterým v praktické kapitole pracuji.

2. Teoretická část

2.1 Problematika stárnutí populace

2.1.1 Demografická situace

Struktura obyvatel z hlediska věku se v posledním století výrazně proměnila. Česká populace stárne. Stárne absolutně, kdy poslední desetiletí kontinuálně narůstá střední délka lidského života. Stárne i relativně - v situaci klesající porodnosti dochází ke zvyšování podílu seniorů v populaci, zvyšuje se tedy index stáří ve společnosti. Hranice dosažitelného věku ovlivnil především vývoj medicíny, radikální snížení kojenecké úmrtnosti, zlepšení sociálních podmínek života, zvýšení hygienických opatření a změny v oblasti výživy ve společnosti. Během sta let, od poloviny 19. století, se u nás délka lidského života zdvojnásobila. Ve společnosti dnes žije 18 % lidí věkové skupiny nad 60 let, 17 % dětí do 14 let a 65 % lidí ve věku od 15 do 59 let. Šedesáti let se průměrně dožívá 75 % mužů a 90 % žen. Střední délka života byla v roce 1990 u mužů 67,5 roku a u žen 76 let. Do roku 1995 se zvýšila u mužů na 70 a u žen na 77 roků a do roku 2020 se předpokládá nárůst na 73-75 let u mužů a 78-80 let u žen. Stárnutí populace se týká většiny vyspělých ekonomik. V zemích OECD se očekává, že již v roce 2030 počet osob nad 60 let dosáhne jedné třetiny všech obyvatel, z toho až 6 % budou lidé nad 80 let. (Kalibová, 2001, s. 13-25). Ve společnosti tedy přibývá seniorů, zvláště velmi starých seniorů, osob dlouhověkých. Právě tento aspekt demografických změn predikuje zvyšování zájmu o téma péče o seniory, a podtrhuje tak i aktuálnost zaměření diplomové práce.

2.1.2 Proces stárnutí

Stárnutí představuje přirozený a biologicky zákonitý proces. Projevuje se sníženou adaptační schopností organismu, úbytkem funkčních rezerv a přináší s sebou nevíтанé tělesné a duševní změny. Tyto základní principy procesu stárnutí platí pro všechny, ač samozřejmě mezi stárnoucími lidmi existují velké individuální rozdíly. Na stáří lze nahlížet jako na funkci tělesného a duševního stavu, kde významnou roli hraje osobní postoj k sobě samotnému, k vlastnímu stáří i ke stáří obecně. O délce života člověka a o průběhu stáří tak rozhodují

jednak genetická výbava člověka, jeho dosavadní životní styl, kvalita sociálního prostředí, prodělané nemoci, ale významnou měrou i psychické projevy k sobě i ke svému okolí.

Stáří není synonymem nemoci. Ač je velmi pravděpodobná negativní změna zdravotního stavu v průběhu stárnutí, nelze na stáří nahlížet jen touto zúženou optikou. Pro formování postojů ke stáří i jeho následného prožívání je stejně tak nežádoucí vytvářet kontrastní model „zdravého stáří“. Tedy stáří v plném zdraví, bez nemocí, bez tělesných či duševních omezení, s dogmatickým odkazem na osobní zodpovědnost za zdraví a průběh stáří. Zdravý životní styl a včasná aktivní příprava na stáří zcela určitě vytváří na prahu seniorského věku kvalitní výchozí podmínky. Faktem ale zůstává, že ze zdravotního hlediska je stárnutí spojeno se zvýšenou nemocností i s tzv. polymorbiditou, výskytem více chronických nemocí současně. S určitým stupněm omezení fyzické i psychické výkonnosti je třeba počítat u všech stárnoucích lidí, stejně tak jako i s vyšší pravděpodobností výskytu některých degenerativních onemocnění. (Kalvach, 2004, s. 118). Navíc odlišování projevů fyzické involuce od změny plynoucích z nemoci je prakticky velmi obtížné. Stárnutí postihuje celý pohybový aparát, a právě onemocnění pohybového ústrojí vedou u starých lidí nejčastěji ke ztrátě nezávislosti a soběstačnosti. Funkční stav seniorů v současnosti ovlivňují především – ateroskleróza, diabetes mellitus, chronická obstrukční plicní nemoc, osteoporóza, osteoartróza, Alzheimerova nemoc, poruchy zraku a sluchu. Funkční omezení ve stáří souvisí také s tělesnou a duševní inaktivitou, individuálním pojetím stáří a způsobem adaptace na stáří každého člověka. Stárnutí ovlivňují i vnější vlivy prostředí, které svým dynamismem a proměnlivostí vytvářejí pro stárnoucí lidi náročné, často handicapující situace. (Kalvach, 2004, s. 138-141). Období stáří, převážně involuční období, přináší i některá pozitiva. Vlivem dlouhodobé zkušenosti a vytrvalosti dochází často ke zklidnění jedince, ke zmoudření. Starší člověk obvykle disponuje větší trpělivostí, přesností při provádění přiměřených činností, větším pochopením pro problémy ostatních, stálostí v názorech a ve vztazích ke svému okolí. Zvyšuje se rozvaha při jednání a vystupování, včetně osobního projevu, obezřetnost i schopnost odlišit důležité od nedůležitého. (Baštecký, 1994, s. 67).

2.1.3 Vymezení stáří

Časové vymezení stáří

Stáří navazuje na období středního věku (45-60 let). Podle Světové zdravotnické organizace se rozlišují období raného stáří od 60-75 let, období pokročilého věku – vlastního stáří od 75-90 let a období vysokého věku - dlouhověkosti od 90 let. Předpokládaný průběh stárnutí a pravděpodobná doba úmrtí se liší podle pohlaví. Střední délka života ženy je dnes v průměru o sedm let delší než u mužů. (Pacovský, 1990, s. 14).

Nástup a tempo procesu stárnutí je velmi individuální. Hranice stáří není ostrá a individuální variabilita úpadku tělesných i duševních funkcí, se kterým je stáří primárně spojováno, závisí na interakci dědičných předpokladů dané osobnosti a vlivů vnějšího prostředí. Počátek stáří není tedy dán věkem, nýbrž úhrnným fyzickým, ale i psychickým opotřebením, jemuž bylo tělo během života vystaveno. Stáří je zároveň charakteristické proměnou sociálních rolí. Starý člověk je převážně obrácen do minulosti, má tendenci bilancovat a hodnotit. Stáří ale přináší i nové úkoly a situace, s nimiž je třeba se vyrovnat. Před starými lidmi stojí nejen otázka životního bilancování, ale i vyrovnání se se smrtí. Stáří má v rámci celého života smysl, podle Eriksona je jeho cílem dosažení integrity osobnosti v pojetí vlastního života. (Erikson, 1999, s. 107). Podle Ch. Bühlerové teprve stáří často ukáže, co v člověku je, oč v jeho životě skutečně šlo. (Bühlerová, v Říčan, 1990, s. 369).

Adaptace na stáří

Subjektivní postoj k vlastnímu stáří je individuální a rozdílný v čase, s postupujícím procesem stárnutí se mění. Lidé se liší z hlediska přiměřenosti svých názorů, prožitků i chování. Subjektivní prožívání nastupujícího stáří tak závisí na konkrétní osobnosti, na jejích zkušenostech, na zvládnutí všech úkolů v předchozích vývojových stádiích. Adaptace na stárnutí se mění i v závislosti na vnějších stresorech a změnách psychického a somatického stavu. Zvládnutí zátěžových situací v průběhů stárnutí je závislé na schopnosti a motivaci aktivizovat přiměřené a účelné obranné mechanismy. Existuje v podstatě pět způsobů, jak lidé reagují na stáří. (Bromleye, 1974, v Pacovský, 1990, s. 41-42).

1. Konstruktivnost ☞ jedinec se smířil se stárnutím i se stářím, je soběstačný, realizuje přiměřené cíle a plány, bere života tak, jak jde, neztratil program. Je pro něj charakteristická vysoká schopnost přizpůsobivosti a tolerance. Dívá se spokojeně na prožitý život a se zájmem hledí do budoucnosti, udržuje srdečné vztahy s lidmi. Konstruktivní osobnost připomíná optimální osobnost z teorií Eriksona a Pecka – člověk je smířen se svým životem, v podstatě nemá obavy a snaží se komunikovat s okolím.
2. Závislost ☞ v chování se projevuje více pasivita a závislost než aktivita a soběstačnost - „nechtě se ostatní starají“. Poměrně vyrovnaní jedinci, ale žádná ctižádost, žádné uspokojení v psychických nebo tělesných aktivitách, neochota k navazování nových vztahů. Závislá osobnost neboli osobnost na „houpacím křesle“ je do značné míry spokojená, výsledky jejího vlastního úsilí však neodpovídají jejím představám, takže spoléhá na pomoc či péči ostatních a považuje stáří za čas odpočinku.
3. Obranný postoj ☞ často lidé, kteří byli dobře adjustováni na práci, nyní za každou cenu brání svůj předcházející život, jsou hrdi na svoji soběstačnost. Aktivně se vyhýbají závislosti i potřebě pomoci, nechtějí myslet na stáří. K akceptaci stáří bývají donuceni teprve objektivními okolnostmi. Defenzivní neboli „obrněná osobnost“ je v podstatě neurotická. Lidé s tímto charakterovým rysem pokračují v práci, popřípadě vyvíjejí celou řadu aktivit, jako by chtěli dokázat, že jsou zdraví a nepotřebují pomoc druhých lidí.
4. Nepřátelství – „rozhněvaní muži“. V životě měli sklon svalovat vinu za své neúspěchy na jiné a v jednání s ostatními lidmi byli agresivní a podezřívaví. Nyní žijí v ústraní, hrozí jim izolace. Zřetelně dávají najevo svůj odpor ke stáří, svůj odchod do důchodu dlouho odkládali. Často jsou nevrlí, mrzutí, nepřátelští a závidí mladým lidem. Hostilní osobnost, která obviňuje lidi z vlastního neštěstí a vlastních selhání.
5. Sebenenávist – lidé, kteří nepřátelství obracejí vůči sobě. Na svůj život hledí kriticky, pohrdavě a nechtějí by jej znovu prožít. Jsou pasivní, depresivní, je pro ně charakteristický sestup životního standardu. Většinou nepraktikují žádné koníčky, jsou nepraktičtí, osamělí, neudrží

téměř žádné sociální styky. Mají podobné vlastnosti jako hostilní jedinci, pouze s tím rozdílem, že svou nenávist a zlost obracejí dovnitř.

2.1.4 Fyzické, psychické a sociální projevy stáří

Fyzické změny ve stáří

Tělesná involuce lidí kolem 60 let je individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. S věkem se snižuje tělesná výška, mohutní postava, dochází ke změnám postojů a chůze, ale i ke změnám výrazu obličeje. Úpadek tělesných funkcí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí, které se v organismu v průběhu života nahromadily. Ve stáří se tak projevuje celoživotní exogenní zátěž organismu, způsob prožití všech minulých fází, životní styl, výživa, zatěžování jednotlivých funkcí organismu. V průběhu stáří dochází k řadě fyziologických změn, které mají vliv na celkovou rovnováhu organismu. Pro tělo je čím dál obtížnější udržet svou teplotu, účinně vstřebávat potravu a vyrovnávat krevní tlak. V různých orgánech ubývá funkčních tkání, které nahrazují vazivo a tuk. Svaly pomalu atrofují a ztrácejí částečně na pružnosti, mohutnosti, síle a vytrvalosti. Průměr kostí se zužuje a ty se stávají porézní a křehčí, čímž vzniká nebezpečí zlomenin. Dochází k ochabování kloubů a jejím chronickým zánětům. Tepny, žíly a cévy ztrácejí svou pružnost, snižuje se cirkulace krve i výkonnost srdce. Téměř všechny vnitřní orgány lidského těla atrofují a často se snižuje i jejich funkční schopnost. Snižuje se schopnost všech smyslových orgánů - zraku, sluchu, otupuje se schopnost čichu a chuti. Ve stáří dochází i k oslabení imunitního systému. (Dessaintová, 1999, s. 17-46; Kalvach, 2004, s. 99-102).

Biologické stárnutí vede k různým strukturálním a funkčním změnám mozku a poznamenává celou nervovou soustavu, což se projevuje v psychické oblasti. Váha a objem mozku se snižují o pět až deset procent, zmenšuje se tloušťka mozkové kůry, zvyšuje se objem mozkových komor. Mozkové závitky se zužují, snižuje se přísun krve do mozku, snižuje se schopnost přenášet a přijímat nervové podněty a zprávy, v důsledku opotřebení nervů a nervových vláken. Všechny tyto změny mají vliv na poznávací schopnosti. Úbytek mozkové kůry v oblasti čelních laloků je považován za příčinu zhoršení funkce fluidní inteligence. Příčinou zpomalení reakcí je snížená produkce neurotransmiterů,

kteřé umožňují přenos nervových impulzů a změna průtoku krve mozgovými cévami. Člověk nemůže plně využívat všechny nové informace, nedokáže je dostatečně rychle zpracovávat a není schopen uvažovat o více faktech najednou. (Koukolík, 1997, s. 195-210; Bragdon, Gamon, 2002, s. 10-24).

Psychické změny ve stáří

Psychické projevy stárnutí a související sociální změny v životě stárnoucích lidí jsou podrobně zpracovány v pracích V. Příhody, P. Říčana, J. Švancary nebo Ur. Lehrové (Příhoda, 1971; Říčan, 1990; Švancara, v Kalvach 1997, 2004; Lehrová, 2000).

Psychické změny ve stáří závisí na biologických i socio-kulturních vlivech, přičemž biologické a sociální faktory působí vždy v určité interakci, ne odděleně. Duševní involuci determinuje i řada faktorů spojených se subjektivním prožíváním stáří - zkrácené životní perspektivy, změny vzhledu. Postoj k vlastním psychickým změnám ve stáří souvisí s vyrovnaností osobnosti. Pohybuje se od realistického postoje s přiměřenou akceptací k postoji charakteristickým naprostou ztrátou kritičnosti.

Doba, kdy se duševní involuce začne projevovat, její dynamika, intenzita i způsob, jak na ni člověk reaguje, jsou individuálně rozdílné. I zde těžko odlišujeme přirozené involuční změny dané věkem od změn, které souvisí s duševní chorobou. Obojí je často vedeno stejným směrem.

Obtíže v oblasti vnímání, které souvisejí se zhoršováním zrakové a sluchové ostrosti, ovlivňují i ostatní poznávací procesy a představují zátěž, která se projevuje úzkostmi, depresemi a vedou k sociální izolaci. Ve stáří dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů, především v oblasti epizodické paměti, paměť sémantická je trvanlivější. Pokles paměťových funkcí je individuální a závisí na genetických předpokladech, na aktuálním zdraví, na zkušenostech a postoji k duševní činnosti. Úbytek paměti souvisí tedy i s jejím netrénováním, intelektuální nečinností. Změny poznávacích procesů ve stáří souvisejí se změnami aktivační úrovně, s úbytkem paměťových funkcí a se změnami v oblasti orientace v prostředí. Lidé jsou pomalejší a mají delší reakční časy. Delší dobu vyžaduje zpracování informací a rozhodování o volbě adekvátní reakce. Staří lidé si uchovávají schopnost používat dříve osvojené znalosti a způsoby uvažování. Větší úbytek postihuje

fluidní inteligenci - schopnost zpracovávat nové informace a hledat nová řešení. Starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se učí čemukoliv novému a hůře se přizpůsobuje. Při řešení komplexního problému se projevuje tendence ke zjednodušování akceptací první nabízené alternativy nebo k ulpívání na jedné zafixované strategii. Zpomalením a oslabením všech regulačních funkcí dochází ke snížení adaptability, k narušení odolnosti ke změnám a k zátěži. Staří lidé se tak většinou obtížně, pomalu a neradi rozhodují. Už samotný fakt, že se člověk musí rozhodnout, představuje zátěž. Zároveň jsou citově labilnější a hůře ovládají své emoční projevy, úzkosti a deprese. Změny a výkyvy emočního ladění ovlivňují všechny ostatní psychické funkce – pozornost, paměť, snižují využití rozumových schopností, omezují motivaci i adaptační rezervu a navozují pocit komplexní osobní nepohody.

S psychickou involucí se kombinují různé psychické choroby. Často se vyskytují neurózy, ke kterým vede zvýšená duševní citlivost, zranitelnost i relativní bezbrannost a závislost. Vznikají také jako reakce na závažné stresy nebo těžké ztráty, zároveň se objevují při tělesných onemocněních, kdy pacient trpí bolestmi. S věkem tak přibývá depresí, chorobných smutků spojených s neklidem a úzkostí. Ve stáří se někdy projeví negativní vlastnosti a sklony, které člověk v mládí a ve středním věku dokázal tlumit. Typickou nemocí stáří je demence – větší úbytek rozumových schopností, než odpovídá věku. Světová zdravotnická organizace demenci definuje jako získané postižení paměti, poznávání, řeči, složitých naučených pohybů, citového života i sociálního přizpůsobování. V případě senilní demence je postiženo především jádro osobnosti, pacient ztrácí kontrolu nad svými pudovými impulsy, je zmatený, chorobně podezíravý, ztrácí naději do budoucna, propadá depresi. Jednu z hlavních příčin demence představuje Alzheimerova nemoc (AN), která tvoří více než polovinu všech případů. V ČR tato nemoc postihuje přibližně každého desátého člověka staršího 65 let, přičemž její výskyt strmě roste s věkem. Téměř u každého druhého člověka nad 80 let se rozvine AN nebo jiná demence. Některé prameny uvádějí, že v USA AN trpí v současné době čtyři miliony lidí a během příštích dvaceti let se jejich počet ztrojnásobí. (Koukolík, 1997, s. 195-210; Bragdon, Gamon, 2002, s. 10-24).

V oblasti psychického stárnutí je třeba ale vždy zdůrazňovat, že bez přítomnosti závažné choroby se osobnost a osobitost starého člověka i přes

nesporné involuční změny zásadně nemění. Rovněž intelektové schopnosti zůstávají dobře zachovány do pokročilého stáří, a je tedy potřeba mít vždy na paměti, že přirozená involuce nevede k syndromu demence. S věkem klesá schopnost nacházení nových řešení, rychlého zvládnání neznámých situací a problémů. Z hlediska psychického výkonu je třeba zajistit dostatečný odpočinek, klid a respektování vlastního tempa seniora, nicméně schopnost řešit problémy na základě zkušeností a zažitých schémat zůstává. Při učení senioři potřebují sice k zapamatování více opakování, ale hlavním nepřítelem starých lidí je časový stres a obava z neúspěchu.

Sociální aspekty stáří

Stáří představuje zásadní proměnu sociálních rolí a přináší nové sociální situace náročné na adaptivní schopnosti jedince. Staří lidé se více koncentrují na sebe sama, na svou rodinu a nejbližší okolí. Často se ocitají v izolaci způsobené úbytkem některých tělesných a duševních schopností. Proměnu vlastní identity, ke které během stárnutí dochází, ovlivňují nejen počínající biologické změny, ale především změny sociálních rolí. Důležitý je subjektivní vztah k profesi a proměny rodinných rolí. Odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role. Nová role důchodce je méně specifická a má nižší sociální status. Reakce na odchod do důchodu je různá. Je racionálně hodnocen, ale i emočně prožíván a představuje změnu v oblasti psychických potřeb. Odchodem do důchodu vrcholí fáze postupného uzavírání profesní kariéry z období starší dospělosti, kdy se mění zaměření generativity. Orientace na výkon přechází v tendenci k předávání zkušenosti mladší generaci. Odchodem do důchodu a osamostatněním dětí se mění vztahy mezi partnery. Manželé spolu tráví více času a vzrůstá význam partnera jako zdroje životní jistoty a bezpečí. Jeden z nejzásadnějších stresorů ve stáří představuje ztráta životního partnera. Vlastní stárnutí signalizují nové role, do kterých člověk postupně vstupuje. Prarodičovská role mění vztah k vlastnímu dítěti. Asymetrie tohoto vztahu je zvyšována postupným tělesným i duševním úpadkem rodičů a závislostí rodičů na dětech se zvyšuje. Kontakt s vnoučaty uspokojuje mnohé psychické potřeby prarodiče, vztah k vnoučeti je jedním z projevů generativity. Smrtí vlastních rodičů se stárnoucí člověk stává příslušníkem nejstarší generace.

V oblasti sociální bývá pro stárnoucího člověka obtížné nalézt důstojné místo a nový způsob zapojení do společnosti. Stáří může ale vždy reprezentovat

hodnoty a obohacovat ostatní – každý starý člověk se může stát příkladem, „učitelem života“ svému bezprostřednímu okolí. Má možnost poskytovat okolí pocit jistoty, bezpečí, být nositelem morálních zásad a hodnot. I starý člověk může být tvůrčí. Způsob překonávání potíží a problémů, které s sebou každý vysoký věk přináší, může být vzorem pro ty nejbližší. Může být zdrojem dobré nálady, pokud si sám zachová optimistický pohled na život a umí obdivovat jeho světlé stránky. Skutečně zralý starý člověk umí být pokorný, velkorysý, skromně odhaduje své místo ve světě a nesnaží se být sám sobě středem světa. Oceňuje, co je chvályhodné, hodnotné a pomáhá druhým. (Příhoda, 1971; Říčan, 1990; Vágnerová, 2002).

2.2 Stáří a společnost

2.2.1 Sociálně psychologická východiska problematiky seniorů ve společnosti

Vztah ke stáří a starým lidem ve společnosti je ambivalentní. Na jedné straně chceme staré lidi ctít, milovat a chránit a na druhé je zatracujeme a nechceme s nimi mít nic společného. (Haškovcová, 1990, s.57). Narůstajícím počtem stárnoucí populace a rozkladem tradičních rodinných struktur ztratili staří lidé svůj vliv a své výsadní postavení v rodině i ve společnosti. V zacházení se starými lidmi jsme odkázáni na dobré srdce, svědomí, soucit. V péči o staré lidi, na rozdíl od rodičovské péče o děti, nelze spoléhat na holé instinkty. Péče o staré lidi se stále více institucionalizuje a diskuze o stáří se spojuje především s jeho finančním a zdravotním zabezpečením. Většina z nás cítí, že stále něco není v pořádku. Ve společnosti neexistuje žádný imponující a obecně akceptovaný model stáří, který by mohl rovnocenně koexistovat v prostředí ovládaném kultem mládí, aniž by s ním musel být neustále srovnáván. Je logické, že konfrontace stáří s mládím, dle současného hodnotového měřítko, vede k degradaci stáří, jež se projevuje ageistickými postoji vůči němu. Ageismus vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, event. až odporem ke starým lidem. K typickým ageistickým projevům patří i podceňování psychických schopností, potřeb, prožitků starých a zvláště velmi starých lidí. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. (Vágnerová, 2002, s. 443). Ageismus souvisí s nastavením současné společnosti na výkon, maximalizaci užitku, zrychlující se komunikaci, nezbytnou flexibilitu a jednoznačně preferuje dynamiku mládí. Diskriminujícím se stává už pro řadu lidí produktivního věku a se stářím se v tomto konceptu nepočítá už vůbec. Starý člověk se ocitá v situaci, kdy už nemá co nabídnout, nic neprodukuje a pouze spotřebovává. Je tu jakoby navíc, je pomalý a opatrný, zdržuje nás a překáží. Ageistický přístup představuje jednání se staršími lidmi jako jednolitou skupinou bez individuálního rozlišení. Tito lidé jsou považováni za problematické, obtížné, málo chápavé, nad nimiž musí být dozor, aby něco nepokazili. Mají obvykle stejnou úroveň myšlení i stejně pokleslý vkus. Zároveň ale už toho moc nepotřebují, a proto by měli ustupovat mladým, protože výrazně zatěžují ekonomiku, aniž by společnosti něčím přispívali. Každé historické období mělo na stáří jiný pohled. Staří lidé byli v

minulosti ctění a oslavování pro svou moudrost i zatracování pro svou nevýkonnost. O dnešní situaci Pacovský píše: „V moderní době se na starce nedělají pohromy, dokonce se po nich ani neplive. Místo respektu, pochopení a tolerance se však mohou objevit jiné formy nesnášenlivosti, zvláště vystoupí-li stáří ze své společenské izolace a z rolí, které jim společnost přisuzuje.“ (Pacovský, 1997, s. 17). Společensky naprosto přijatelná je praxe staré lidi izolovat a vyhýbat se kontaktu s nimi. Senioři tak nejsou ohroženi pouze diskriminací, ale také sociální exkluzí - sociálním vyloučením. Sociální exkluze představuje úpadek a dezintegraci vztahů mezi jedincem a většinovou společností. Dochází ke ztrátě sounáležitosti, mizí sdílení hodnot i společenských statků. Důsledkem může být frustrace, rezignace, ztráta sebeúcty, autoagrese, asociální nebo antisociální chování. (Kalvach, 2006, s. 8-10). Vedle věkové segregace - vyčleňování seniorů z většinové mladší společnosti, patří k největším obavám, v souvislosti se stárnutím populace, také ztráta životního smyslu starých lidí.

Problematika nepřátelského vztahu a nazírání na stáří spočívá také v absenci hlubšího duchovního rozměru chápání života v jeho komplexnosti a jeho smyslu vůbec. Chybí nám motivace, proč se starými lidmi žít a přisoudit jim rovnocenné důstojné místo ve společnosti. Chybí nám schopnost dívat se na stáří pozitivně, nechat se jím obohacovat s tím, že jsou věci, které nemusíme pochopit hned, ale cítíme, že mají smysl. Chybí nám chuť hledat specifický význam stáří v rámci kontinuity celého lidského života, což je pravděpodobně úkol doslova celoživotní. Například E. H. Erikson hovoří o tom, že až v okamžiku, kdy si sám připustil, že stáří se stává i jeho životní realitou, získal jeho pohled na stáří i na význam a smysl života zcela nový rozměr. E. H. Erikson přiznává, že v jeho čtyřiceti letech, na vrcholu tvůrčích sil, byla jeho představa o stáří úplně jiná. Jeho žena J. M. Eriksonová se vyznává: „... až nyní začínám žasnout nad neočekávanými zkušenostmi a pozorováními, se kterým se neustále setkávám. Obvyklý postoj ke starým lidem v naší společnosti je ohromující...odpovědí tohoto století na zestárlé jedince je často výsměch, slova opovržení, a dokonce i odpor.“ (Erikson, 1999, s. 27). E. H. Erikson je přesvědčen, že chceme-li porozumět závěrečnému období života, musíme se na něj dívat očima osmdesáti- a devadesátiletých, kteří mají co říct.

2.2.2 Ageismus – vymezení a zdroje

S termínem ageismus se v sociální oblasti pracuje od konce 60. let dvacátého století. První ageismus definoval R. N. Buttler jako: „proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří“ (Butler, 1975, v Vidovičová 2005, s. 6). L. Vidovičová vymezuje ageismus jako: „ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovanou skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku anebo na jejich příslušnosti k určité generaci“ (Vidovičová, 2005, s. 6).

Zdroje ageismu jsou podle Palmore individuální, sociální a kulturní (Palmore, 1999, v Vidovičová, 2005, s. 7-8). Individuální příčiny ageismu představují především subjektivní pocity jedince. Mezi tyto pocity patří například strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku. Původem těchto obav bývá často neznalost zákonitostí biologického stárnutí a funkčních změn, které stárnutí doprovází. Právě zvýšená informovanost o problematice stárnutí může pomoci tyto pocity snižovat. Příčinami ageismu mohou být i frustrace a agrese, ze kterých pramení hostilita vůči členům minoritních skupin. Zdrojem ageismu je i selektivní vnímání, tedy kdy vidíme to, co vidět chceme, nebo racionalizace, kde subjekt rozumově ospravedlňuje skutečnou motivaci svých činů. Individuální předpoklady vzniku ageismu mohou úzce souviset s vnímáním sociálního statutu starých lidí. Příčinou předsudků a diskriminace může být pak konflikt hodnot pramenící z předpokladu, že starší lidé efektem stárnutí zastávají jiné hodnoty, než mají mladší lidé. Sociální a kulturní příčiny ageismu souvisejí s obrazem seniorů v dnešní společnosti. Podle Ur. Lehrové (Lehrová, 2000, str. 324) je obraz seniorů ve společnosti a v médiích v základě negativní a nejvyšší váhu v něm mají především předsudky. Negativně je stáří hodnoceno nejčastěji mladými lidmi, kteří nemají příliš mnoho osobních zkušeností ze soužití se staršími lidmi. Postupně s věkem se hodnocení stáří zlepšuje a diferencuje – respondenti vypovídají jak o negativních, tak také pozitivních stránkách stáří. Podobně je tomu u mladých lidí, kteří žijí se seniorem. V tomto duchu shrnuje své výzkumy i T. Tošnerová (Tošnerová, 2002a, s.17).

Vztahy ke starým lidem ve společnosti je téma aktuální, jednak vzhledem ke zvyšujícímu se počtu starých lidí, ale i vzhledem ke změněnému sociálnímu klimatu, do nějž vstupuje stále více seniorů. Nastavení společenského života

na mládí, výkon, dynamiku, spolu s rozpadem tradičních rodinných struktur a hodnot vytvářejí pro stárnoucího člověka náročné prostředí. Pozitivnímu obrazu stáří často nepřispívá ani jeho mediální zobrazování přinášející spíše jednostranné a deformované obrazy, které líčí staré lidi jako příjemce služeb, důchodů, na které nebudeme mít, jako osoby, na které ostatní doplácí. Pro stárnoucího člověka není vždy snadné se prosadit v nepříznivé atmosféře, nalézt pro sebe důstojné místo, a to v situaci, kdy mu ubývají síly. Pro pozici seniorů ve společnosti je velmi důležité, jakým způsobem je tato věková skupina prezentována v médiích. S mediální oblastí úzce souvisí i oblast komunikace. Opakovaně se potvrzuje skutečnost, že starší lidé jsou nejčastěji konfrontováni ageistickými formami stereotypů a chování v oblasti komunikace (blahosklonná oslovení, zesměšňující až invektivní oslovení). Jedná se především o individuální, negativní, otevřené formy věkově diskriminujícího chování, projevující se v diskriminujícím jazyce, literatuře, vtipech, jazykových obratech, novinářském žargonu a řečnických obratech. Podle německé lingvistky Un. Kramerové jsou ale nejnebezpečnější nová diskriminující slova reflektující demografické prognózy a aktuální sociální proměny. Například stále více používané „Langlebigkeitsrisiko“ (riziko dlouhéhožití). Tímto původně matematickým termínem z oblasti pojištnictví se jako problém definuje skutečnost, že obyvatelé vyspělých průmyslových zemí mají stále vyšší očekávání v délce dožití lidského života. Většinou se toto slovní spojení používá v souvislosti s nároky na důchodový systém a rizikem jeho financování a jsou tak označováni lidé „kteří prostě nechtějí zemřít“. (Kramerová, 2004)

V hodnocení postavení seniorů ve společnosti samotnými seniory vnímají staří lidé lépe svoji vlastní situaci než postavení ostatních, ač celkově ho nepovažují za výhodné. Osamělost prožívalo 6 %, u jiných ji viděli u 46 %. Špatné zdraví viděli u sebe v 15 %, u jiných v 57 %. (Tošnerová, 2002a, str. 12)

2.2.3 Mýty o stáří

Základem obrazu stáří a stárnoucích lidí ve společnosti jsou předsudky, mýty, stereotypy. Jde o názory vyjadřující zaujatost vůči členům nějaké skupiny na základě znaků, které jsou po ruce (stereotypizace). Mýty o stáří se promítají do postojů vůči seniorům, ovlivňují nejen chování ostatních lidí vůči nim, ale také vlastní sebepojetí seniorů. Předsudky zde fungují v duchu sebenaplňující se předpovědi. Senioři mají v souladu s mýtem o ignoraci tendenci ustupovat do

pozadí a považovat se za méněcenné. Vzdávají se některých svých aktivit, protože mají pocit, že se to k jejich věku nehodí. Seniorská populace je negativním vlivem předsudků ohrožena nejen v rovině sebepojetí, sebedůvěry, ale i výkonnosti. U seniorů se lze setkat s tzv. „underachievers“, tedy lidmi, kteří podávají nižší výkon, než na jaký svými předpoklady stačí. Stereotypy o stáří mají silnou tendenci stát se autostereotypy akceptovanými samotnými seniory. Pro sebepojetí seniora je také podle Lehrové rozhodující, jak se k němu chovají ostatní (Lehrová, 2000, str. 202).

Mezi nejrozšířenějšími mýty o stáří se v odborné literatuře většinou uvádí (Pacovský, 1997; Tošnerová, 2002a aj.):

- Mýtus falešných představ o souvislosti dostatečného materiálního zajištění starých lidí a jejich spokojenosti
- Mýtus zjednodušené demografie předpokládající, že starým se člověk stává dnem odchodu do důchodu
- Mýtus nemocného stáří vytvářející rovnítko mezi stářím a nemocemi
- Mýtus neužitečného času vyplývající ze zjednodušeného pohledu na člověka perspektivou zaměstnanosti
- Mýtus ignorace mající opodstatnění právě v nečinnosti a tedy neužitečnosti
- Mýtus homogenity nerespektující jedinečnost člověka a přeceňování vzhledu
- Mýtus o osamělém a depresivním stáří
- Mýtus o zapomnětlivosti
- Mýtus o absenci sexu a erotiky aj.
- Vedle negativních, generalizovaných představ o stáří existují také mýty pozitivní:
 - Mýtus moudrého stáří
 - Mýtus klidu a vyrovnanosti

- Mýtus pokory a skromnosti

V souvislosti s těmito představami o stáří se hovoří o tzv. novém ageismu, který je vlastně protikladem ageismu a který se projevuje přehnanými ochrannými postoji ke starým lidem, zvýhodňováním a nadměrnou péčí. Tento přístup také nerespektuje důstojnost, individualitu a svébytnost jednotlivce a seniora často staví do pozice závislé, nekompetentní osoby a v konečném důsledku bývá seniory vnímán taktéž negativně.

L. Vidovičová shrnuje oblasti života, kde se senioři každodenně setkávají s projevy neakceptace a znevýhodňování (Vidovičová, 2005, s. 47):

- tzv. občanství druhé třídy, problematika participace na veřejném životě
- diskriminace na trhu práce
- rigidita důchodového systému, podmínky pro předčasné důchody
- zdravotní péče (etika péče o staré lidi, špatné zacházení a zneužívání seniorů, nedostatečná prevence a nesprávná léčba)
- sociální péče a její dostupnost
- prostorová segregace seniorů v rámci životního prostředí, bariéry volného pohybu, nastavení norem i technologií např. v dopravních prostředcích apod.
- neobjektivní image stáří v médiích nebo jejich neviditelnost
- jazykové obraty, vtipy, obrazy v literatuře
- nerovný přístup ke vzdělání vzhledem k ostatním věkovým skupinám
- v oblasti vědy selekce výzkumných témat a zkresení v paradigmatu i v očekáváních

Výskyt ageismu

Ageismus a věková diskriminace jsou stále více rozpoznávány jako závažný sociální problém, ale podle výzkumů dramaticky neroste výskyt zkušeností s ním. Nárůst je zaznamenáván, ale lidé o věkové diskriminaci častěji slyšeli, než ji

sami zažili. L. Vidovičová odkazuje na závěry svých výzkumů a na několik zahraničních empirických studií (Palmore 2001, Kruse, Schmitt 2006, Fraboni, Saltstone, Hughes 1990, v Vidovičová, 2008, s. 154) zaměřených na věkovou diskriminaci a ageismus.

Mírný nárůst projevů ageismu ve společnosti vyplývá z longitudiální studie L. Vidovičové, která sleduje frekvenci zkušeností s ageismem v jedenácti situacích (Vidovičová, 2008, s. 186-189). Jde například o ztrátu práce kvůli stáří, delší čekání u lékaře, nepřijetí na operaci, nižší plat kvůli stáří, vtipy o stáří, nadávky v MHD aj. Za posledních pět let se zvýšil počet zkušeností v sedmi z jedenácti sledovaných situací, dvě zůstávají na stejné úrovni (nadávky seniorům v MHD a nepřijetí do práce kvůli vyššímu věku) a pouze dvě sledované situace zaznamenávají mírný pokles. Nejvýraznější nárůst je v případě diskriminačního propuštění z práce kvůli věku. V případě delšího čekání na ošetření u lékaře z důvodu vyššího věku se podíl registrované zkušenosti v roce 2007 dokonce zdvojnásobil. Celkově vyšší citlivost vůči ageismu v systému zdravotní péče potvrzuje i nárůst podílu zkušenosti s odmítnutím operačního zákroku.

2.3 Péče o seniory

Jedním z nejobtížnějších úkolů stárnoucích lidí je nutnost vyrovnat se s postupnou ztrátou autonomie, soběstačnosti i se zvyšující se závislostí na pomoci okolí. A situaci vůbec neulehčuje, že se jedná třeba o péči vlastní dcery. Jediným způsobem tuto situaci zachycuje Jiřina Šiklová v knize Deník staré paní: „Schválně před ní chválím ostatní a její pomoc nedoceňuji. Asi proto ji nedovedu poděkovat, že si nechci ani připustit myšlenku, že nějakou pomoc potřebuji, nebo že bych pro někoho mohla být i zátěží. Vždycky jsem si zakládala na soběstačnosti, vždycky jsem spíš sama ostatním pomáhala a změnit se neumím. Představa, že nestačím na všechno sama, že musím někoho o něco prosit a být pak vděčná, je mi hrozně nepříjemná. Nechci si to připustit, nechci to vidět a uvědomit si to. Jsem nespravedlivá a ubližuji dceři i proto, že právě ona nejčastěji vidí mou slabost a nedostatky.“(Šiklová, 2003, s. 49).

Nicméně je to situace, která se v určité míře týká řady stárnoucích lidí. Zůstat i nadále zdravý a soběstačný je asi nejčastějším přáním lidí překračujících práh stáří a většina aktivit lidí, v rámci přípravy na stáří, směřuje právě k zachování fyzického zdraví. Možná i tak se vytváří nový mýtus o správném, zdravém stáří. Tedy, že jediné společensky žádoucí a přijatelné je stárnout v plném zdraví, kráse a aktivitě, kdy člověk nic nepotřebuje, a je to plně v jeho rukou. Přehlížet zákonitosti stárnutí, nerespektovat změny, které zákonitě stáří přináší, vytváří, podle mého názoru, v myšlení lidí nebezpečná očekávání. Stejná jaká plynou např. ze zjednodušeného kontrastního pohledu na stáří jako nemoc a bezmoc. Je správné pravdivě popisovat i nepříjemná fakta, ale vždy je prezentovat v celém kontextu, v celé šíři dané problematiky, která může zjemnit dopad v jejich vnímání, ale především zabraňuje zužování pohledu na dané skutečnosti, jež vytváří stereotypy v myšlení lidí.

Stáří, ze své podstaty, přináší i nemoci, nutnost přijímat pomoc druhých nebo na ní být dokonce zcela závislý. Ale je to pouze jeden aspekt stáří, realita stárnoucího člověka je mnohem širší, ať už je člověk v jakékoliv situaci. Stojí před ním hledání a konání smysluplné aktivity, naplňování potřeby být užitečným, být příkladem zhodnocování své životní zkušenosti.

Osobnost starého člověka, jeho realistický přístup k sobě i k okolí je v interakci k o něj pečující osobě stejně důležitá, jako osobnost pečovatele a podmínky

realizované péče. Stárnoucí člověk se postupně stává závislou osobou, která v důsledku ztráty fyzické, psychické nebo sociální autonomie potřebuje podstatnou pomoc k uspokojování životních potřeb. Cílem péče o stárnoucího člověka je zmírnění důsledků jeho tělesného nebo psychického znevýhodnění. Respektovat osobnost starého člověka by se měli snažit všichni v rámci sociálních a zdravotních služeb. Tomu musí odpovídat podpora životní kontinuity a s ní související sebeúcty starého člověka, což se dá vyjádřit větou: „Stále jsem to já (já i ve stáří i v nemoci i s ohroženou soběstačností - prosím, respektujte mne takového, chovejte se tak ke mně, pomozte mi zůstat takovým)“. Naopak narušení této kontinuity („To už nejsem já“) je známkou maladaptace a psychického strádání. (Kalvach, 2006, s. 11).

Variabilitu seniorské populace z hlediska soběstačnosti představuje funkční klasifikace seniorů, které navrhla Spirdusová (Spirdusová, v Kalvach 2004, s. 170). Její dělení vystihuje i různost problémů a potřeb seniorské populace.

- elitní senioři si až do vysokého věku zachovávají toleranci k extrémním výkonům
- zdatní (fit) senioři vykazují dobrou tělesnou a duševní kondici, nemají omezení pohybové zátěže pro cestování, zvládají náročné aktivity denního života
- nezávislí (independent) senioři nemají za standardních podmínek problémy se soběstačností, zvládají instrumentální aktivity, ale nemají natrénované funkční rezervy, žijí sedavým způsobem života. Špatně zvládají neobvyklé zátěže, pak vyžadují pomoc nebo selhávají
- křehcí (frail) senioři mají problémy s instrumentálními aktivitami denního života, balancují na hranici soběstačnosti, vyhledávají chráněné prostředí nebo potřebují alespoň v některých činnostech pravidelnou pomoc rodiny nebo pečovatelské služby
- závislí (dependent) senioři jsou lidé se závažnou disabilitou, se závažným funkčním deficitem. Potřebují trvalou péči rodiny nebo pečovatelských služeb
- zcela závislí (stally dependent) senioři jsou lidé obvykle upoutaní na lůžko nebo s těžkým mentálním deficitem, vyžadující plné bazální ošetřování

Senioři s ohroženou či ztracenou soběstačností vyžadují současně služby a péči zdravotní i sociální. Komplexní zdravotně-sociální problematika byla na evropské úrovni diskutována v 80. letech 20. století a byly definovány její čtyři principy (Evans, 1987, Thorslund, 1988 v Kalvach, 2004, s. 466):

- Demedicinace: nadřazování kvality života nad medicínské aspekty, především u chronicky a dlouhodobě nemocných seniorů. Prvotním úsilím by měla být socializace, zachování či obnova sociální role a respektována by měla být autonomie, důstojnost, seberealizace a participace. V ústavní dlouhodobé péči by mělo být zachováno civilní prostředí i způsob života včetně civilního oblečení a prolomení rituálů lékařských nemocničních vizit. Samozřejmě tím nesmí být dotčena dostupnost ani účinnost všech intervenčních - diagnostických, léčebných, rehabilitačních zásahů.
- Deinstitutionalizace: těžiště služeb a péče by mělo spočívat v terénních komunitních službách, v integrované komunitní péči poskytované v domácím prostředí. Před institucionalizací pacienta má přednost úprava domácího prostředí, jeho bezbariérovost, využití kompenzačních pomůcek. Ústavní péče respektuje přirozené prostředí, zachovává soukromí, osobitost, přirozenou komunikaci, která stimuluje aktivitu a které předchází smyslové i sociální deprivaci.
- Desektorializace: prolomení tradičních bariér mezi sektorem zdravotnickým a sociálním, mezi službami ambulantními a ústavními, mezi péčí profesionální a laickou, mezi kompetencemi různých odborností.
- Deprofesionalizace: posilování zlaičtění péče, především spoluprací s rodinou a podporou laickým pečovatelným včetně práce dobrovolníků a sousedské angažovanosti. Podpora pečující rodiny spočívá v terénních, stacionářových, ale i respitních službách. Odborníci v ošetřovatelství a rehabilitaci by měli častěji vystupovat v roli instruktorů a supervizorů. Jde o podporu atmosféry, v níž základní zdravotní péče není výsadou profesionálních zdravotníků.

2.3.1 Typy péče

Demografické změny ve struktuře obyvatel ve prospěch starších a zejména velmi starých lidí samozřejmě zvyšuje požadavky na péči o seniory. Tomuto

trendu odpovídají i např. údaje z Německa. V Německu počet osob nad 60 let již v roce 2000 dosáhl 23 % a především se zvyšuje podíl osob nad 80 let, z nichž velká většina je odkázána na pomoc druhých. Dnes jsou to dva miliony Němců (69 % žen, 31 % mužů), kteří vyžadují péči, a z nichž téměř 40 % je ve věku nad 85 let. Tři čtvrtiny lidí vyžadujících péči zůstává doma a jsou jim poskytovány mobilní pečovatelské služby vedle péče rodinných příslušníků (Hirsch, 2005). A právě kombinovaná domácí a terénní péče o seniory i ve vyšším věku by měla být intenzivně rozvíjena i v našich podmínkách.

Péče v domácím prostředí

Asi většina seniorů by si přála zůstat i v pozdním stáří ve svém bytě, domě nebo u svých nejbližších. V rámci domácí péče o seniora je péče nejčastěji realizována ženami – manželkami, dcerami, vnučkami, snachami. Rostoucí zátěž ze stále se zintenzivňující péče o seniora v rodině dopadá na všechny její členy a na jejich vztahy. Je to velká zkouška pro celou rodinu a hlavní pečující osoba je často pod velkým tlakem. Péče o seniora většinou probíhá nad rámec jejích profesních a osobních povinností, neustále se tak ocitá v kolizi různorodých rolí. Je-li vzornou pečující dcerou, stává se pak někdy „nedostatečnou“ manželkou, babičkou, matkou. Situaci komplikuje i zdejší systém terénních zdravotnických a sociálních služeb pro seniory. Problematická není jenom jejich omezená nabídka a dostupnost v rámci celé ČR, ale hlavně informovanost o těchto službách u těch, kterým jsou určeny. Velmi malé povědomí je především o pomoci a podpoře samotným pečujícím osobám, o existenci intervenční a respitní péče. Navíc zde stále není obvyklé, zejména na venkově, se o péči o seniora v rodině tímto způsobem dělit. Je tu často pocit osobního závazku se o své blízké postarat sám a za každou cenu, ale i nechuť dát najevo, že situaci rodina nezvládá a obavy z reakce okolí. A bývá to někdy sám senior, kdo nedovolí přesunout část péče o něj na subjekty mimo rodinu. Jsou to lidé s různorodou motivací, kteří dokáží ovládat situaci kolem sebe do svých posledních dnů. Nicméně, péče o seniory v domácím prostředí s využitím zdravotnických a sociální terénních služeb je, i podle pozitivních zahraničních zkušeností, správná a efektivní cesta. Je nejcitlivější k seniorům a nejméně nákladná a měla by u nás být rozvíjena v úplně jiném tempu a širším rozsahu. Podle Z. Kalvacha by měla být v první řadě pozornost věnovaná náročnosti, komplexnosti a evaluaci domácí péče. Mezi další priority řadí rozvoj

komunitního chráněného bydlení, emancipaci nelékařských profesí a vyváženost služeb zdravotnických a sociálních. (Kalvach, 2004, s. 516).

Komunitní pojetí služeb pro seniory

Alternativou péče pro seniory v rodině představuje komunitní péče, která by se měla odehrávat na úrovni menších územních celků např. obcí. Komunitní péče reprezentuje celostní přístup k seniorské problematice. Jde o přizpůsobení služeb starým lidem a o podporu jejich existence, o validaci jejich zbytkového potenciálu vytvářením chráněného prostředí a pozitivně laděných služeb. V rámci propojování zdravotnických a sociálních služeb je akcentován celostní pohled na člověka, občanský a osobností princip, sounáležitost, potřeba člověka někam patřit a jsou vytvářeny pružné sociální služby. Komunitní péče splňuje požadavky demedicinace, desektorializace, deinstitucionalizace a deprofesionalizace. (Kalvach, 2004, s. 515).

Příkladem úspěšného projektu integrovaných komunitních služeb je projekt PACE s přidruženým projektem chráněného komunitního bydlení Green House Projekt, který vznikl v USA v 70. letech. (www.thegreenhouseprojekt.org v Kalvach, 2004, s. 515-516). Green House Project představuje nový přístup k rezidenční dlouhodobé péči. Ústavní péči nahrazuje komunitním bydlením v domcích pro 6-8 osob vyžadujících kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Je charakterizován třemi pojmy, má být:

- teplý (warm): přirozené klima malého počtu spolubydlících
- chytrý a nápaditý (smart): využití moderních technologií k ošetrování i monitorování
- zelený (green): propojený s reálným, živým světem lidí, zvířat a rostlin (opakovaně prokazováno jako jeden z nejvýznamnějších faktorů kvality i výstupů péče)

Institucionalizace seniorů

Pečovatelská a ošetrovatelská činnost zaměřená na seniory může být realizována v různém prostředí. Senior zůstává v domácím prostředí a stará se o něj rodina, event. využívá mobilní pečovatelské a sociální služby. Alternativou je trvalý nebo přechodný pobyt v ústavu v rámci sítě sociálních a

zdravotnických zařízení: v domovinkách, v denních stacionářích, v domovech s pečovatelskou službou pro seniory, v domovech důchodců, v domovech-penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Příchod a adaptace seniora v instituci představuje jednu z nejrizikovějších událostí v životě seniora. Vhodnými zásahy lze adaptační proces seniora ovlivnit, nicméně přesto zůstává velkou zátěží prvních týdnů a měsíců života v instituci. Podmínkou úspěšné adaptace je skutečná dobrovolnost vstupu do instituce. Výhodou je znalost prostředí ještě před nástupem. V prvních dnech by měl být nově nastupující senior dostatečně informován o pravidlech života v zařízení a mělo by se mu dostat celodenní podpory orientace v prostoru i v čase ustanovením kontaktní osoby. Samozřejmostí by mělo být zachování důvěrnosti, důstojnosti, lidské slušnosti a důsledné aktivní eliminování šikany a nevhodného zacházení. Nejzávažnější problémy života v zařízení dlouhodobé péče bývají často spojovány s vysokým podílem vícelůžkových pokojů, tedy s omezeným soukromím zvyšujícím sousedskou agresi. Model velkokapacitních institucí je už i u nás považován za překonaný, ze své podstaty neschopný poskytovat kvalitní péči různorodému spektru institucionalizovaných seniorů. Trend v péči o staré lidi směřuje k vytváření malých komunitních projektů, k rozvoji mobilních sociálních služeb a podpoře péče v domácím prostředí. Úspěch a účelnost služeb a projektů pro seniory tak předpokládá důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. Individualizace s osobností konkrétního jedince, jeho autonomií a potřeb. Omezená adaptabilita starého člověka může být snadno překročena, a tak i zasažena jeho důstojnost. Heterogenita vyžaduje funkční přístup a musí respektovat funkční rozpětí funkční zdatnosti a zájmů seniorů, které zůstává stejné jako v mladším věku, jen se mění procentuální zastoupení v jednotlivých kategoriích. Pravidlem by mělo být pružné přizpůsobování služeb proměnlivým potřebám jednotlivých seniorů a jejich místních komunit, ne násilné vtěsnávání seniorů do rigidních schémat služeb. (Kalvach, 2004, s. 465).

2.3.2 Pečující osoby a role psychologa

Součástí komplexní zdravotně-sociální péče o seniory jsou lékaři a zdravotníci v oboru geriatric, mezi reprezentanty ošetrovatelství patří zdravotní sestry s geriatrickou specializací, rehabilitační sestry, profesionální ošetrovatelé, sanitárky apod. Jedním z už zmiňovaných požadavků na změny systému péče o

seniory je deprofesionalizace zdravotních a sociálních služeb. V tomto duchu lze očekávat přesun kompetencí jednotlivých odborností a větší míru zapojení péče laiků pod vedením profesionálních ošetřovatelů a rehabilitačních pracovníků. V integrativním přístupu k péči o staré lidi mají svoji významnou roli, vedle služeb zdravotnických a sociálních, i aktivity psychologické a psychoterapeutické.

Ošetřovatelství starých lidí

Klasické pojetí ošetřovatelství definuje Pacovský: „Posláním ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka vzniklé nemocí a pomáhat těm, kteří o sebe nemohou nebo neumějí pečovat. Ošetřovatelská práce v sobě zahrnuje aspekty diagnostické, léčebné, rehabilitační a psychosociální. Geriatrické ošetřovatelství se orientuje na starého a nemocného člověka a respektuje četné zvláštnosti stáří.“ (Pacovský, 1990, s. 109). Ošetřovatelskou péči dělíme na základní péči a odbornou specializovanou péči. Základní ošetřovatelská péče je soubor činností zaměřených především na uspokojování základních životních potřeb člověka, na péči o jeho osobní hygienu a jeho prostředí. Jde o primární ošetřovatelství, o péči v úzkém slova smyslu, někdy označovanou jako funkce zastupující matky. Pro její vykonávání není nutná žádná specifická průprava, nýbrž motivace ošetřující osoby. Prakticky ji může realizovat každý, kdo ji skutečně ve prospěch potřebného vykonávat chce. Ať už v geriatrické ústavní péči nebo v rámci ošetřovatelských aktivit v domácnosti, představuje tato základní péče nedílnou součást profesionální ošetřovatelské činnosti a tvoří pevné pojítko mezi nemocným a pečující osobou. Odborná ošetřovatelská péče, specifická složka geriatrického ošetřovatelství, zahrnuje odborné činnosti ošetřovatelského týmu. Cílem je uspokojit ty potřeby nemocného geronta, které se projevily teprve v průběhu jeho nemoci. V rámci geriatrického ošetřovatelství by se měl uplatňovat komplexní přístup ke starému člověku a individualizovaná péče o něj. Komplexní přístup k nemocnému znamená systematické vyhledávání jeho somatických, psychických a sociálních potřeb.

Důležitým prvkem ošetřovatelství zaměřeného na staré lidi je tzv. aktivní ošetřovatelská péče, která vychází z vnitřní motivace pečující osoby a její ochoty starému nebo nemocnému pomoci. Zahrnuje činnosti, pro něž se pečující osoba sama rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, a to

zejména takového, který své potřeby nesignalizuje. Je to tedy péče nabízená, vykonávána tvůrčím způsobem, činorodě a se zájmem. Jde v podstatě o to, jestli chce ošetřující osoba skutečně o starého člověka pečovat. V geriatrickém ošetřovatelství (ošetřovatelství zaměřené na staré lidi) je tak vyjádřen typický znak ošetřovatelské práce, orientace na jiné. Geriatrické ošetřovatelství také usiluje vrátit pacientovi soběstačnost v běžných činnostech života, spoluvytvářet jeho reálný program aktivity, aby se předešlo obtěžujícím komplikacím, ale i v nutných případech zajistit jeho právo na klidné umírání a pokojnou smrt.

Odborné i lidské nároky na osoby ošetřující staré lidi jsou velké a musí jim odpovídat specifická odborná a psychologická příprava. Všechny trendy a cíle v péči o staré lidi se musí přímo odrážet ve vzdělávání a rozvoji ošetřovatelů. Inspirativní jsou zkušenosti ze zahraničí, např. v některých střediscích přípravy pracovníků v oblasti geriatry v Německu procházejí jejich absolventi speciálním výcvikem, kdy každý z absolventů tráví jeden den ve speciálním oblečení, které odpovídá celkové tělesné situaci průměrného sedmdesátiletého člověka. Odpovídajícím omezením všech smyslových funkcí, vytvořením zátěže kloubů, nadváhy a dalšími úpravami je simulována situace, která je pro řadu starých lidí běžná a absolventům tohoto výcviku umožňuje osobní prožitek s omezeními, jež stáří přináší. Pro lékařský a ošetřující personál hospitalizovaných starých lidí ve specializovaných zdravotnických zařízeních je prioritou snaha předcházet tzv. syndromu otevřených dveří. V případě, že rehabilitace pacienta není zaměřena cíleně na konkrétní podmínky v jeho bytě nebo domě, kam se po dočasném upoutání na lůžko pacient vrací, většina z nich bývá do jednoho roku opět hospitalizována s úrazem.

Psychoterapie ve stáří

Účinnost psychoterapie ve stáří je tradičně zpochybňována. M. Vojtěchovský je na základě své vlastní dlouholeté praxe přesvědčen o její užitečnosti a shrnuje mýty o nevhodnosti psychoterapie ve stáří (Vojtěchovský v Kalvach 2004, s. 434-455):

- Mýtus o nepřístupnosti starých lidí psychoterapii
- Mýtus o neschopnosti seniorů změnit své postoje
- Mýtus o věkovém limitu psychoterapie

- Mýtus o nedostatečné komunikaci
- Mýtus o zbytečnosti práce se seniory
- Mýtus, že v psychoterapii seniorů se objevují témata, která psychoterapeut nemá rád

Psychoterapie starých lidí má svá specifika a přináší řadu překážek a komplikací. Terapeut musí přizpůsobovat svůj projev i volené prostředky konkrétním omezením starého člověka. Psychoterapeut by měl být přesvědčen, že stáří není odepsaná životní etapa, nejde jen o čekání na smrt, ale o hledání a naplňování jiných smysluplných perspektiv. Orientován by měl být spíše na řešení problému než na restrukturuaci osobnosti klientů, měl by znát svoji toleranci k velkým psychotraumatům stáří, jako jsou osamělost, nemoci, deprese, umírání, smrt a měl by mít i ujasněný vztah k rodičům, čerpat více z kladných než záporných zkušeností s nimi. Psychoterapie starších lidí předpokládá ze strany psychoterapeuta preferenci aktivity nad pasivitou, dostatek entuziasmu, trpělivosti, empatie, smysl pro rozvážnost, nesentimentalitu a realitu. Nejen psychoterapeuti, ale i ostatní pomáhající profese se v kontaktu se starými lidmi musí úspěšně vypořádat s vlastní ctižádostí, neboť ve stáří nevidáme radikální změny. Je nutné se spokojit s omezenými cíli a vyvarovat se předčasných rezignací. (Vojtěchovský, 1994, v Kalvach, 2004, s. 435).

Vstup do samotné terapie mohou představovat techniky, např. Butlerova metoda bilancování života (panoramatický pohled do vlastní minulosti, rekapitulace života), která pracuje s fotografiemi nebo korespondencí z klientova mládí. Jako doplněk k anticipaci budoucnosti je vhodná analýza pomyslné „čáry života“, v rámci které klient vyhledává formující okamžiky ve své minulosti, ale i budoucnosti. Nejohroženější skupiny, kterým by měla být poskytována alespoň elementární (podpůrná) psychoterapie, jsou osoby osamělé, ovdovělé, depresivní, suicidální a opakovaně hospitalizované.

V průběhu dlouhodobé hospitalizace nebo institucionalizace se osvědčují aktivační terapie pohybem, zpěvem, hudbou, léčba pomocí kontaktu s malými zvířaty aj.

Aktivační programy pro seniory

Nezbytnou součástí péče o staré lidi je jejich aktivizace ve smyslu animace, tedy oživení, naplnění programem, které překonává tradiční uměle vytvářené aktivační programy vnášené z vnějšku do institucí, vedoucí spíše k manipulaci či nutnosti se podřizovat. Vytváření aktivizačních či animačních programů funguje na principu otevřenosti a nedirektivnosti a směřuje k ožívování prostředí v institucích a k zaměstnávání jejich klientů v souladu s jejich zájmy a potřebami. Aktivizace seniorů není jen součástí práce sociálních pracovníků, ergoterapeutů, animátorů, ale je realizována i např. v rámci domácí péče. Aktivita seniorů, ať už v domácím prostředí nebo v instituci, by měla navazovat na to, co bylo přerušeno např. nemocí či institucionalizací, nebo rozvinout vnitřní možnosti člověka jinou smysluplnou aktivitou směřující k jeho osobnímu růstu. Jde o vytváření podmínek pro podporu co nejpřirozenějších aktivit seniorů, které jsou jim příjemné, milé, vyvolávají příjemné vzpomínky, vedou k sebeuspokojení i s oceněním druhých, vyvolávají pocity sounáležitosti a soudržnosti. Konkrétních aktivit existuje celá řada, ať už zaměřených na pohyb, vzdělávání či tvůrčí realizaci klientů. Nezastupitelnou roli v rámci aktivizačních činností zaujímá kognitivní rehabilitace a stimulace, v případě porušení kognitivních funkcí, nebo preventivní mozkový trénink. Základem jsou různé metody stimulace mozkové činnosti směřující k posílení vnímání, koncentrace, paměti, nacházení slov, schopnosti postřehu, formulování, vyjadřování, asociačního myšlení, logického uvažování, fantazie, tvořivosti. Zvláštní pozornost je v oblasti péče a aktivizace stárnoucích lidí třeba věnovat seniorům s demencí. Základním předpokladem práce s dementními, ať už v domácí péči nebo v instituci, je jejich akceptace. Fakt, že jsou i nadále přijímání takoví, jací jsou, i se svými změnami, výpadky a problémy. Vzdělávání ošetřujících a pečujících osob by v žádném případě nemělo minout citlivé přístupy k lidem imobilním, lidem s vážnými komunikačními problémy nebo např. lidem s rozvíjející se demencí. Z humanistické psychologie vychází tzv. Validace vycházející z principu tolerance, vcítění a empatického naslouchání. Úkolem pečovatelů je validovat, tedy zhodnocovat všechny projevy starých lidí – brát na vědomí různé příčiny zvláštního chování starých lidí, a tím dávat jejich chování smysl a cenu. Validace tak pomáhá obnovovat pocity vlastní ceny, dodává sílu a podporuje, co je v člověku zdravé. Specifický postup, který umožňuje navázat kontakt a budovat vztah i u osob, které obtížně komunikují, představuje

Preterapie. Jde o trpělivou snahu zachycovat nejjemnější iniciativu klientů a adekvátní reakci směřující k navázání a rozvoje kontaktu. Preterapie vychází také z tradice humanistické psychologie, z přístupu orientovaného na klienta. V podobném duchu se rozvíjí i tzv. empatické ošetřovatelství v rámci Maieutického přístupu. Pečovatelé se učí uvědomit si reakce, které jsou v podstatě intuitivní, pracovat s energií a vztahem. Učí se také překonávat pocit bezmoci, pojmenovávat vlastní prožitky a pocity, protože velká váha je připisována vyladění pečovatele. Moderní metodou zlepšování komunikace mezi pečujícími a osobou závislou na péči je videotrénink interakcí. Umožňuje detailní analýzu komunikace s hledáním možností jak posilovat a rozvíjet pozitivní komunikační dovednosti. Reminiscence představuje systematickou práci se vzpomínkami a prokazatelně zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů. (Janečková, Kalvach, Holmerová, v Kalvach, 2004, s . 436-451).

Specifika péče o staré lidi

Pečující osoby zaměřené na seniory musí být připraveny na skutečnosti vyplývající z demografického vývoje a sociální situace. Je pravděpodobnější, že se setkají s ženou než s mužem, a jejich prostřednictvím budou konfrontováni s tématy, jako je ovdovění, zvládání finanční tísně či osamělost. K nejvýznamnějším krizím starších lidí patří krize sebepojetí v důsledku involučních změn, krize ztráty pozice ve společnosti, jako reakce na odchod do důchodu, krize související s úmrtím životního partnera, odchodem dospělých dětí z rodiny, ze ztráty autonomie nebo krize v důsledku přestěhování či institucionalizace. Ve stáří jsou senioři často zasaženi kumulovanými krizemi (Vodáčková, 2002, s.97), které představují souběh několika krizí, nebo krize, do jejichž prožívání se promítají krize dříve prožité, nedostatečně zpracované. Prožívání situační krize zintenzivňují vzpomínky na krize dřívější a jejich reakce na aktuální krizi se pak mohou zdát okolí nepřiměřené. Jedinec vyrovnávající se s kumulovanou krizí často reaguje stažením se nebo apatií, bývá depresivní, bezradný, sebelítostivý, mající pocit vlastního selhání nebo naopak obviňující své okolí.

Vedle znalosti změn doprovázejících stárnutí je nutná i znalost vývojových úkolů a krizí.

Vývojové úkoly pro seniory (Havighurst, 1982, v Kalvach 2004, s.105):

- přizpůsobit se poklesu tělesných sil a zdraví
- vyrovnat se s odchodem do důchodu a sníženými příjmy
- vyrovnat se s úmrtím životního partnera
- vytvořit si jednoznačné přičlenění k vlastní věkové skupině
- přijmout sociální role a pružně se přizpůsobit
- vytvořit si uspokojivou životosprávu

2.3.3 Přístup ke starým lidem ze strany pečujících osob

Péče o staré lidi, ať už individuální nebo společenská, vychází vždy z etických principů a má humanitární poslání. Je vyjádřením příznivé společenské atmosféry, konkrétní formou pozornosti, která je staré populaci věnována. Práce všech, kteří profesionálně pečují o staré a nemocné lidi není snadná, v oblasti morální je zakotvena profesionální etikou, souborem uznávaných etických hodnot této profese. Starý nebo nemocný člověk je vůči ošetřující osobě v závislém, podřízeném vztahu, potřebuje mít pocit uspokojení potřeb, pocit bezpečí a pocit sympatické odezvy. Má právo na pomoc a empatii ošetřujících. Na druhou stranu některé psychické a somatické znaky stáří nebo nemoci mohou být pro ošetřující okolí velmi náročné, vyžadující dávku shovívavosti a sebeovládání. Je ale naprosto nemorální a nepřipustné, zneužívá-li ošetřující své nadřazené postavení a projevuje nezáměr, neochotu, nevlídnost nebo útisk. Podle V. Pacovského, významného představitele české gerontologie (věda o stáří a stárnutí), je jednou z priorit gerontologie snaha o zlepšení kvality života ve stáří a s tím spojené péče o staré lidi. Péče o seniory je vždy pomocí potřebnému a veškeré aktivity jsou motivovány prospěchem starých, na pomoc odkázaných lidí. Péče musí být komplexní, mnohotvárná a diferencovaná podle individuálních potřeb konkrétního starého člověka. V případě péče o starého člověka v rodině by měly být splněny tři základní podmínky. Rodina by o nesoběstačného geronta měla chtít pečovat, měla by to umět a mělo by se jí dostat adekvátní podpory od společnosti. „Všichni, kteří nemají pochopení pro staré lidi a nevěří v účinnost své pomoci, ať dají ruce pryč od gerontologie.“ (Pacovský, 1981, s. 12).

Obecné priority v přístupu ke starým lidem se odvíjejí z teorie potřeb, která propojuje kvalitu života především se saturací vyšších životních potřeb. Zdůrazňují je následující principy: (Kalvach, 2006, s. 2-15):

- zabezpečení: zajištění přístřeší, oblečení, potravy, čisté vody, základní zdravotní péče
- autonomie: zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad dnem, soukromí
- důstojnost: respektování osobnosti, soukromí, studu
- smysluplnost: pomoc při hledání životní náplně
- participace: zapojení do života komunity, sdílení problémů, podíl na rozhodování, komunikování

Zátěž pečujících osob

Vedle fyzické zátěže existuje v této profesi i značná psychická zátěž. Ošetřující jsou často konfrontováni s negativními fenomény stáří, s odevzdanou závislostí, nepříznivým průběhem chronických chorob, bolestí, umíráním a smrtí. Jen část pacientů se z geriatrického zařízení vrací v dobrém stavu domů, což vede někdy u ošetřujících osob k pocitům marnosti, neuspokojení z práce apod. Tato neuspokojená očekávání vyplývají z tradiční motivace pro práci v ošetřovatelství a zdravotnictví vůbec, tedy zachraňovat lidské životy, prodlužovat nemocným život, vítězit nad smrtí. Pro práci se starými lidmi je naopak žádoucí jiný typ motivace, dosloužit v biopsychosociálním komfortu starému nemocnému (Haškovcová, 1990, s. 303). Vyrovnávat se s psychickou zátěží plynoucí z ošetřovatelské profese nelze živelně, řešením je soustavná práce na sobě a odborná pomoc. Systematicky je třeba rozvíjet především motivaci pro práci v geriatrici. Ošetřovatelská zátěž pečujících osob se dostala do popředí zájmu koncem 80. let 20. století. Vznikly baterie testů k hodnocení pečovatelské zátěže, konfliktu pečování s ostatními sociálními rolemi či rodinných konfliktů. Kvantifikace úrovně rodinného pečování, míry zátěže a objektivizace potřeb pečovatelských se stala základem účelnosti respitních služeb i odhalování příčin a rizika syndromu vyhoření. (Kalvach, 2008, s. 71). Nezbytná je podpora pečujícího personálu, profesní růst, ocenění, ochrana před vyhořením. Péči o pečující lze předejít řadě drobných selhání, na něž lidé reagují citlivě.

Syndrom vyhoření

Některé zdroje uvádějí, že pro práci v geriatrici jsou vhodné zkušenější pracovníci, kteří již formovali svůj vztah nejen k životu, ale i k bolesti, stáří, umírání a smrti. Tedy starší lidé s dlouhodobou praxí. Jiné zdroje zase poukazují na to, že právě mezi starším ošetřujícím personálem lze předpokládat vyšší riziko i výskyt syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření je reakce na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání sil. Jde o fyzické, emoční a duševní vyčerpání, kdy člověk dojde s pocitem beznaděje k závěru, že už nemůže dál. Nejčastěji vzniká dlouhodobým působením chronického stresu.

Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi právě tzv. pomáhající profese. Projevuje se nechutí k práci, rychlou unaveností, úzkostí, nízkým sebevědomím, pocitem bezmocnosti, bezcennosti, pocitem neustálého napětí, smutku, zklamání a obav. Člověk je lhostejný, bez iniciativy, neschopen vcítit se. Na postiženém člověku lze pozorovat necitlivé chování k druhým lidem, omezení se na stereotypní a rutinní práci a snížení kvality jeho práce. Často jsou tyto stavy provázeny zdravotními potížemi, nezájmem o okolí, konfliktností, ale i zvýšenou konzumací alkoholu nebo jiných návykových látek.

K prevenci syndromu patří psychohygienu, prevence psychického i tělesného vyčerpání, prožitek úspěchu a ocenění, psychologická podpora, supervize, dobrá organizace práce na zátěžových odděleních. U rodinných pečovateli je nezbytná dostatečná podpora okolí, dostupnost odborných služeb (home care, pečovatelská služba, návštěvní služba odborníků) včetně poradenství, respitní péče a překonání izolace. (Kalvach, 2004, s. 363-365).

2.4 Agresivita

L. Lovaš definuje agresi jako: „chování, které cíleně směřuje ke způsobování negativních důsledků jiné osobě s úmyslem ji poškodit“ (Lovaš, 2010, s. 13). Agrese je záměrné ubližování, jehož přímým důsledkem je zranění nebo poškození. Agresí není přemýšlení, plánování ani představování si, jak někomu ublížit. Záměr určitého chování je spojován s postoji a v tomto duchu s termíny postoj a agrese pracuji i ve své práci. Základními znaky agrese jsou tedy cílevědomý charakter a úmysl, se kterým jedinec záměrně ubližuje jiné osobě. Terminologicky lze od agrese odlišit agresivitu, jako projevení tendence chovat se agresivně. Násilí bývá používáno jako synonymum agrese, přestože podle Lovaše by mělo být spojováno především s fyzickou agresí. Hostilita znamená obecný nepřátelský postoj vůči lidem. Tradičně jsou rozlišovány různé typy agrese podle řady kritérií. Z hlediska formy se odlišuje fyzická a verbální agrese nebo přímá a nepřímá. Z hlediska povahy a kontextů příčin se rozlišuje afektivní agrese (hostilní, zlostná, impulzivní, emocionální, expresivní) a instrumentální (jako vedlejší produkt v dosahování jiných neagresivních cílů). Opakované ubližování, déle trvající se označuje jako tyranizování, obtěžování a šikanování. V teoretickém přístupu k vymezení agrese se v současné době uplatňuje integrativní přístup, který syntetizuje přínos významných teorií agrese. Každá z těchto teorií se snažila identifikovat jednu obecnou příčinu, která by vysvětlila celý problém agrese. Tak vznikly významné klasické teorie: agrese jako instinkt, frustrační teorie agrese, agrese jako produkt učení a další novější teorie agrese: kognitivní neoasociační teorie, teorie transferu excitace, teorie scénářů, model zpracování sociálních informací. (Lovaš, 2010, s. 27-40).

K agresi dochází tehdy, když je určitým podnětům vystavena osoba, která je určitým způsobem naladěna, má tendenci jednat agresivně. Příčiny agrese představují některé vnější situační podněty, biologické, osobní a sociální faktory a také faktory ovlivňující inhibici agresivního chování. Oslabování tlumení nevhodného chování způsobuje určitý druh sociálních situací, alkohol, jiné drogy. Agresivní chování také ovlivňuje sociální prostředí a vliv masové komunikace.

2.4.1 Problematika špatného zacházení

Syndrom špatného zacházení se starými lidmi (elder abuse, elder abuse and neglect - EAN) je složitý zdravotně sociální fenomén. „Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání označuje závažně nevhodné jednání se starými lidmi, na němž se významně podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění, popř. závislost při závažné disabilitě“ (Kalvach, 2008, s. 248). Týká se jednak péče o seniora v rodině, kde často vyplývá z dlouhodobého vývoje patologických vztahů v rodině, ale i přístupu profesionálních pečovatелů a ošetřovatelů v rámci institucionální péče. Problematikou špatného zacházení a násilí na seniorech se systematicky začali zabývat jako první britští lékaři počátkem 70. let minulého století. V České republice se téma EAN objevilo se zpožděním 20 let (Litomerický, 1993, Vojtěchovský, 1994 v Kalvach, 2004, s. 353). Jde o paralelu špatného zacházení s dětmi s mnoha obdobnými rysy. Starý člověk, stejně jako dítě, si nechce přiznat, že mu ubližují jeho blízcí nebo osoby, na kterých je závislý. Pro starého člověka představuje nepřijatelné chování jeho potomků osobní prohru, selhání jeho snažení, cílů a výchovy, ale zároveň má velký strach z možného stupňování negativních reakcí v okolí. Navíc je velmi často na pachateli závislý, má k němu citově ambivalentní a protektivní vztah. Raději vše tají a sám pomoc nevyhledává. Náročnost péče o starého člověka není omluvou pro špatné zacházení s ním, stejně tak ani skutečnost, že sami někteří senioři „provokují“ a vyvolávají svými postoji spíše negativní reakce v okolí. V péči o starého člověka si musíme vždy uvědomit, že starého člověka nezměníme a je na nás, abychom se přizpůsobili.

EAN v domácím prostředí

EAN představuje převážně jednostrannou, asymetrickou agresi. Často je agrese socializovaná, tedy prováděná nenápadnými, společensky tolerovanými způsoby, které se obtížně dokazují i postihují. Může jít o jednání účelové, o opakované afekty, o vliv alkoholu nebo jiných drog, často o vyčerpání a syndrom vyhoření u pečující osoby. Odehrává se často v domácím prostředí a pachateli jsou nejčastěji blízcí příbuzní (partner nebo dospělé děti) nebo blízké osoby ve společné domácnosti.

EAN v ústavní péči

Týrání a špatné zacházení se seniory se vyskytuje také v ústavní péči, v nemocnicích, v zařízeních dlouhodobé péče typu domovů důchodců a léčeben pro dlouhodobě nemocné. Závažnost nevhodného zacházení v ústavní péči spočívá v možnosti projevů systému, nejen selhání jedince. I v ústavu může být hrubé násilí, nevhodné jednání či zanedbávání výhradně spojeno s anomální osobností jedince. Je tu však riziko, že se jedná o projevy systémové, o projevy necitlivých, chybně nastavených, tolerovaných, či dokonce vyžadovaných norem v činnosti těchto institucí (OS Život 90, 2006). Důvodem násilí na seniorech v ústavní péči je i vysoká zranitelnost a osamělost klientů, nemožnost zařízení opustit, ale i přetížení a syndrom vyhoření na straně pečujících osob, nedostatečná edukace personálu o povaze rizik pro křehké geriatrické pacienty a nedostatečná kontrola kvality péče a výskytu nevhodného zacházení. (Kalvach, 2008, s. 256).

Mezi formy špatného zacházení se starými lidmi patří (Kalvach, 2004, s. 352-357):

- fyzické ubližování jako nejnápadnější forma špatného zacházení: podstatou je působení bolesti, zraňování či odpírání základních tělesných potřeb. V ústavech hrozí používání omezovacích prostředků.
- citové a psychické ubližování jako nejčastější a nejhůře postižitelná forma týrání: opakované slovní výpady, vyhrožování, ignorování, zesměšňování, podceňování, manipulování, vyloučení z rodinného života. V ústavech dochází často k omezování osobní autonomie a šikaně.
- ekonomické zneužívání, okrádání je v seniorském věku velmi časté. Jde o protiprávní a nepřiměřené využívání či přivlastňování majetku a zdrojů starších osob.
- sexuální zneužívání se týká domácího prostředí, ale i ústavní péče. Často je doprovázeno na straně pachatelů alkoholismem, drogovou závislostí, demencí.
- zanedbávání jako velmi častá forma špatného zacházení: jde o nedostatek pozornosti, nekomunikování, odpírání základních hygienických potřeb, potravy, léků

- jedna z forem špatného zacházení je také systémové (druhotné) týrání nebo i negativní postoj médií ke starým lidem

Kalvach shrnuje rizikové faktory EAN na straně oběti i pachatele. (Kalvach, 2008, s. 248-262). Na straně oběti EAN patří k rizikovým faktorům věk nad 75 let, disabilita, soužití s agresorem, poruchy paměti, přítomnost demence nebo deprese, osamělost s poruchou navazování kontaktů. Rizikové faktory na straně pachatele představuje násilí v anamnéze a současný stres např. existenční, či syndrom vyhoření, alkoholismus, psychická labilita, sociální izolace, nekompetentnost, nízká intelektová úroveň a finanční závislost na oběti.

Výskyt EAN

Ze závěrů výzkumné studie z roku 2004 (Buriánek, 2006, s. 86-90), kde odpovídalo 1300 respondentů, uvedlo 13 % osobní zkušenost s fyzickým násilím, 22,3 % uvedlo, že znají případ týrání seniora ze svého okolí. Pokud jde o zanedbávání, bylo osloveno 82 pečovateli z terénních i ústavních služeb pro seniory. 41 % uvedlo, že se v praxi setkali se zanedbáváním. Psychické týrání a vydírání přiznalo 20,8 % seniorů v domácím prostředí, 9 % klientů ústavní péče a 6 % uživatelů terénních služeb.

2.4.2 Zranitelnost seniorů

Senioři se z hlediska práce s oběti trestných činů řadí k tzv. zranitelným obětím, kterým je třeba věnovat zvláštní péči. Zranitelnost představuje soubor charakteristik, které posilují záměr pachatele uskutečnit trestný čin právě této oběti. Charakteristiky seniora se zvýšenou zranitelností (Čírtková, 2007, s. 56-63):

- snížení životního elánu
- snížení sociálních kompetencí (nejistota v jednání, nepochopení konkrétní situaci)
- signály neopatrnosti (nepozornost, důvěřivost, snížená ostražitost)
- osamělost
- tělesná slabost

- známky duševní nepohody nebo onemocnění

Pachatel si může záměrně vybrat seniora, protože předpokládá, že:

- se útoku neubrání
- jeho případné svědectví nebude přesné, tím se sníží riziko dopadení
- se bude obávat někomu svěřit
- je osamělý a doba odhalení činu se tak prodlouží

Dalším kritériem zranitelnosti je špatná nebo mizivá šance dosáhnout na některý typ pomoci obětem. Nebezpečí hrozí zejména u násilí páchaného blízkými či pečovateli v zařízení pro seniory. Ti zprostředkovávají většinu kontaktů starého člověka s okolím.

Seniorům zároveň brání ve vyhledání pomoci:

- zdravotní stav (snížená pohyblivost)
- izolace - sami nemají možnost někam zajít, jsou sledováni
- nedostatek informací - kvůli např. poruše smyslů nemůžou dobře telefonovat, nepřečtou si informace o možné pomoci apod.
- nedůvěra v sebe i v okolí - obavy, zda mu bude okolí věřit, neví přesně, jak se vše odehrálo, neporozumění souvislostem

2.5 Postoje

Postoje patří k základním sociálně psychologickým tématům, která bývají vymežována různými způsoby. Například jako „... psychologické tendence, které se projevují v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání“. (Eagly, Chaiken 1998, v Výrost, Slaměník 2004, s. 142). Na postoje se lze dívat jako na předpoklady či psychologické dispozice k určitému jednání (spíše negativnímu, neutrálnímu nebo i pozitivnímu) vzhledem ke zvolenému objektu. Nejrozsáhleji je oblast postojů zpracována v americké sociální psychologii, a to na základě velkého množství empirických údajů. Termínu postoj se v sociální psychologii začalo užívat v souvislosti s prací W. J. Thomase a F. Znanieckého *Polish peasant in Europa and America*, kteří postoje vidí jako „procesy individuálního vědomí, které určuje jak aktuální, tak potenciaální reakce každé osoby vůči sociálnímu prostředí“. (Janoušek, 1988, s. 86). Podle J. Janouška jsou postoje vymežovány jako „psychologická struktura, která trvale charakterizuje výběrovost subjektu při přijímání vlivů zvnějšku a při činnosti vůči okolnímu prostředí“. (Janoušek, 1988, s. 88). Základní otázky v problematice postojů se týkají vnitřní struktury postojů a vztahu mezi postojem a reálným chováním člověka. Ztotožňování záměru a aktuálního chování se stalo jedním z východisek významné koncepce M. Fishbeina a I. Ajzena, která se stala rozhodující v zaměřenosti dalších výzkumů postojů od 70 let 20. století. Pod pojmem postoj autoři pracují pouze s afektivní složkou, poznání nahrazují přesvědčením a v chování rozlišují chování aktuální a záměrné. Dalšími aktuálními tématy ve výzkumu postojů jsou výzkum postojí podmíněné selektivity, persvaze jako prostředek navození změny a otázka poslání postojů ve struktuře stabilních psychologických charakteristik. (Výrost, 2004, v Výrost, Slaměník 2004).

V rámci vnitřní struktury postojů rozeznáváme tři složky – afektivní, kognitivní a behaviorální, které reprezentují tzv. tříložkový model vnitřní struktury postojů. Afektivní složka postoje vyjadřuje emoční vztahy k předmětu postoje. Je spjatá s emocemi člověka, které jedinec prožívá vůči objektu a dodává postojí jeho motivační charakter, směrovost a výrazně se projevuje v tendenci k chování. Kognitivní složka postoje vyjadřuje stupeň vědomosti, znalosti, mínění o předmětu postoje. Behaviorální vyjadřuje tendenci jednat ve smyslu existujícího postoje. Obsahuje veškerou připravenost, pohotovost k jednání, ale

ne vždy se projeví ve formě faktické aktivity. V žádném postoji nejsou tyto složky vyvážené, podle konkrétních okolností vystupují tyto složky do popředí jednotlivě. Do protikladu k trojsložkovému modelu bývá stavěn model jednosložkový, se kterým ve svých teoriích pracují např. M. E. Shaw a M. J. Wright. Myšlenka unidimenzionálního pojetí postoje, který vyjadřuje stupeň přitažlivosti daného konání pro osobu, tvoří zmiňované koncepce Fishbeina a Ajzena. Zcela explicitně vymezuje postoj jako jednosložkový konstrukt L. L. Thurstone, který za postoj považuje „cit pro nebo proti psychologickému objektu“. Vedle tří- a jednosložkových modelů postojů existují i modely dvousložkové, které akcentují složky afektivní a kognitivní. (Janoušek, 1988, s. 90).

2.5.1 Měření postojů

Postoje představují složité psychické procesy, které nelze měřit přímo. Závěry o postojích můžeme odvozovat jen zprostředkovaně přes zjevné verbální nebo neverbální projevy např. z vlastních výpovědí jedinců o názorech, cítění k objektu, z fyziologických reakcí na objekt apod. Podle Janouška lze rozlišit pět základních způsobů zjišťování postojů (Janoušek, 1988, s. 96):

Jde o měření, ve kterých jsou závěry o postojích odvozovány

1. z výpovědi o vlastních názorech o objektu
2. z pozorovaného zjevného chování vůči objektu
3. z reakcí člověka na částečně strukturované materiály relevantní k objektu nebo z interpretace těchto materiálů – různé projektivní metody apod.
4. z výkonu v objektivních úkolech, kde činnost může být ovlivněna určitými dispozicemi člověka k objektu
5. z fyziologických reakcí na objekt

Při zjišťování postojů je třeba brát v úvahu problematizující momenty, jako sociální žádoucnost ovlivňující odpovědi, obtížnou interpretaci vyjadřování postojů i jejich obtížnou kvantifikaci, tedy měření jejich síly a stupně. Vzhledem k variabilitě, složitosti a širokým souvislostem postojů bývá problematické i uspořádání otázek. Při samotném měření postojů využíváme

především postojové škály, rozhovor, dotazník, různé projektivní testy i některé alternativní metody, např. sémantický diferenciál.

Metoda sémantického diferenciálu

Autorem metody sémantické diferenciace byl v 50. letech 20. století Ch. E. Osgood. Sémantický diferenciál se často využívá při zjišťování postojů skupin a umožňuje také porovnávat postoje vůči více objektům. V praxi má tato metoda široké uplatnění. Sémantický diferenciál lze aplikovat na rozmanité výzkumné problémy i za hranicemi sociální psychologie, s níž je primárně tato metoda spojována. Často se používá při pedagogicko-psychologických výzkumných projektech, ale i v ekonomické oblasti marketingu, reklamy, bankovníctví aj.

Výhody metody sémantického diferenciálu představuje především jeho relativní jednoduchost a efektivnost přípravy i vyhodnocování. Sémantický diferenciál je považován za dostatečně spolehlivý a validní pro mnoho výzkumných účelů. Je také pružný a poměrně snadno jej lze adaptovat dle aktuálních výzkumných požadavků. Reliabilita sémantického diferenciálu bývá v odborné literatuře uváděna za použití techniky test-retest 0,87-0,91. Validita se také udává vysoká, stejně jako korelace se skóry získanými jinými metodami. (Janoušek, 1988, s. 101).

Metoda sémantického diferenciálu byla vyvinuta původně k měření konotativního významu pojmů. Princip metody spočívá v kombinaci škálovací (stupnicové) a asociační techniky. Vycházíme z předpokladu, že každý pojem má pro člověka nejen zjevný denotativní význam, ale i skryté konotativní, psychologické významy, které lze vyjádřit jako body tzv. sémantického prostoru. Základní dimenze sémantického prostoru byly stanoveny na základě faktorové analýzy velkého množství empirických dat. Tímto způsobem byly identifikovány tři nejvýznamnější faktory a několik dalších méně významných. Mezi tři nejdůležitější faktory patří faktor hodnocení, síly a aktivity, které tak tvoří základní dimenze sémantického prostoru. Největší význam je přisuzován faktoru hodnocení, se kterým se také nejčastěji pracuje. (Ferejnčík, 2010, s. 191).

Konstrukce sémantického diferenciálu spočívá ve dvou krocích. Nejprve definujeme konkrétní pojmy, jejichž skrytý význam ve vztahu k respondentům chceme ve výzkumu sledovat. Druhým krokem při konstrukci sémantického

diferenciálu ke konkrétnímu výzkumnému účelu je výběr vhodných párů protikladných adjektiv, kterými jsou pak zakotveny sedmibodové (nebo pěti/devítibodové) škály, a které sledovaný sémantický prostor popisují. Počet a vzorek pojmů by měl být vybrán tak, aby dostatečně pokrýval sledovaný sémantický prostor. Pojmy musí být respondentům jasné a známe a měly by u nich vyvolávat rozmanité reakce, tedy odpovědi s velkou variací. Hlavními kritérii výběru adjektiv je jejich reprezentativnost a relevantnost k měřeným pojmům. Reprezentativnost znamená, že zvolené adjektivum by mělo být svým významem jednoznačně vyhraněné a poměrně jednoznačně by mělo reprezentovat určitou dimenzi sémantického prostoru. Relevantnost znamená, že použité adjektivum by se obsahově mělo vztahovat k hodnocenému pojmu. (Ferjenčík, 2010, s. 191-192).

V původním seznamu kontrárních adjektiv je uvedeno padesát dvojic, u kterých jsou známy jejich faktorové váhy. Hodnotícím faktorem jsou syceny zejména škály *dobrý-špatný*, *krásný-ošklivý*, *sladký-kyselý*, *čistý-špinavý*, *chutný-nechutný*, *hodnotný-bezcenný*, *laskavý-surový*, *příjemný-nepříjemný*, *čestný-nepoctivý* a další. Tento nejvýznamnější faktor nám umožňuje definovat v sémantickém prostoru dimenzi hodnocení. Jde o subjektivní hodnocení související s primárním hodnocením prostřednictvím pojmů dobro/zlo. Tento faktor vystihuje náš první pocitový postoj k posuzovanému pojmu (jak se nám líbí?). Druhým významným faktorem je faktor síly, potence, který sytí škály *velký-malý*, *silný-slabý*, *těžký-lehký*, *tlustý-tenký*, *tvrdý-měkký*, *vysoký-nízký*, *hluboký-mělký*, *dlouhý-krátký*, *hrubý-rovný*, *široký-úzký* a další. V rámci těchto dimenzí pojmy sledujeme z hlediska určitého statického napětí, jež může vyjadřovat síla, míra, vzdálenost, tíha, tvrdost. Třetím významným faktorem je faktor aktivity, který především sytí škály *rychlý-pomalý*, *aktivní-pasivní*, *bystrý-tupý*, *horký-studený*, *hlučný-tichý*, *hranatý-kulatý* a další. Tento faktor je spojován s adjektivy vyjadřujícími pohyb, změnu, dynamiku a proměnlivost v čase. Těmito originálními škálami se lze nechat při výběru bipolárních adjektiv inspirovat a zároveň je důležité zohledňovat některá pravidla (Gavora, 2000, s. 91):

- volíme lichý počet posuzovacích škál, čímž se vytváří symetrická škála, jejíž střed nabízí respondentovi možnost vyjádřit neutrální postoj. Obvykle se používá sedmibodových škál. Pětibodové škály jsou

jednodušší z hlediska rozhodování respondenta a využívají se u dětí. Devítibodové škály naopak poskytují prostor pro jemnější vyjádření respondenta.

- ve škále sémantického diferenciálu se vždy používá stejný slovní druh – adjektivum
- kontrárnost jednotlivých adjektiv se snažíme nevyjadřovat předponou ne-, nýbrž protikladem jiného slovního základu. Ale vzájemná kontrárnost zvolených adjektiv musí být co nejpřesněji vystižena.

Analýza dat

Na data získaná metodou sémantického diferenciálu lze nahlížet skrze zvolené pojmy, škály či subjekty. Otázky, na které hledáme prostřednictvím sémantického diferenciálu odpovědi, směřují k tomu, jak se v sémantickém prostoru respondentů od sebe odlišují jednotlivé pojmy a jak se v pojmání stejných pojmů od sebe liší jednotliví respondenti nebo skupiny.

Ferjenčík uvádí tři možné způsoby základních analýz dat (Ferjenčík, 2010, s. 192):

- analýza odpovědí na úrovni jednotlivých položek (adjektiv)
- analýza odpovědí na základě hodnocení globální podobnosti
- analýza odpovědí na úrovni jednotlivých dimenzí

Data z výzkumu této diplomové práce zpracuji analýzou odpovědí na úrovni jednotlivých položek, která umožňuje srovnávat škálové průměry jednotlivých pojmů u jedné i u více skupin navzájem. Pokud tedy hledáme odpověď na otázku, jak se u dané skupiny významově liší dva konkrétní zkoumané pojmy, stačí u těchto pojmů porovnat jejich průměrné hodnoty příslušící dané posuzovací škále adjektiv. Výsledky lze prezentovat v grafickém zpracování, z něhož je hned patrné, která adjektiva od sebe dané pojmy nejvíce diferencují.

Analýza odpovědí na úrovni jednotlivých položek.

V tomto způsobu zpracování získaných dat se každé pozici na jednotlivé sedmibodové bipolární škále přiřazuje právě jedna numerická hodnota, podle které ji můžeme jednoznačně identifikovat. Obvykle se využívá číslic od 1 do 7,

přičemž číslovat začínáme u pojmu, který je ve svém významu „negativnější“, tzn., je třeba brát ohled na polaritu škál:

STÁŘÍ

7 6 5 4 3 2 1

hodnotný ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ bezcenný

Úkolem respondenta je na každé škále vyznačit právě jednu pozici pro každý pojem, tak získáme n -matici čísel tvořených čísly 1-7 (n znamená počet škál). Uvedeným způsobem zpracuje všechna data, a získáme tak u každého respondenta matici jeho odpovědí, kterou tvoří n -tice jednotlivě charakterizující zvolené pojmy. Matici pro skupiny respondentů, jejichž postoje chceme srovnávat, vytváříme zprůměrováním položek se stejnou pozicí.

3. Praktická část

V praktické části hledám odpovědi na otázky:

Jaké postoje zauímají lidé ke stáří, starému člověku, k sobě samému, ke své práci a ke své budoucnosti?

Jak se liší postoje ke stáří a ke starému člověku u lidí, kteří o seniory pečují, a u lidí, kteří nemají zkušenost s péčí o staré lidi a nemají ani aktuální zkušenost z blízkého soužití se seniory ve společné domácnosti?

3.1 Příprava dotazníku, předvýzkum a výzkumný soubor

Konstrukce dotazníku

Výběr pojmů:

Téma diplomové práce nabízí řadu zajímavých souvislostí, které lze v podobě zvolených pojmů sledovat v sémantickém prostoru respondentů. Ve výše uvedeném souhrnu výzkumných otázek je již zmiňována sada pěti pojmů, se kterými v dotazníku pracuji. Jsou to pojmy „*stáří, starý člověk, moje práce, moje budoucnost, já.*“ V pilotním šetření jsme pracovala ještě s pojmem násilí, který jsem ale nakonec v konečné verzi nepoužila.

Seznam pojmů:

Stáří - Starý člověk - Moje práce - Moje budoucnost - Já

Určila jsem zároveň pořadí, ve kterém byly respondentům pojmy předkládány:

Starý člověk - Moje práce - Stáří - Moje budoucnost - Já

Výběr adjektiv:

Při výběru adjektiv se zohledňuje, jak jsem již uvedla, jejich reprezentativnost a relevance. Stanovila jsem 12 bipolárních škál, které rovnoměrně pokrývají jednotlivé dimenze, definované zavedenými faktory hodnocení, potence a aktivity. Na jednu dimenzionální skupinu tak vycházejí čtyři dvojice adjektiv.

STÁŘÍ

1. Krásný __:__:__:__:__:__ Ošklivý
2. Pasivní __:__:__:__:__:__ Aktivní
3. Blízký __:__:__:__:__:__ Vzdálený
4. Bezpečný __:__:__:__:__:__ Hodnotný
5. Rychlý __:__:__:__:__:__ Pomalý
6. Slabý __:__:__:__:__:__ Silný
7. Čistý __:__:__:__:__:__ Špinavý
8. Tupý __:__:__:__:__:__ Bystrý
9. Lehký __:__:__:__:__:__ Těžký
10. Zbytečný __:__:__:__:__:__ Užitečný
11. Pružný __:__:__:__:__:__ Strnulý
12. Povrchní __:__:__:__:__:__ Hluboký

Výše uvedený sémantický prostor je tvořen tak, že škály 1, 4, 7, 10 zastupují faktor hodnocení, škály 3, 6, 9, 12 faktor potence a škály 2, 5, 8, 11 faktor aktivity. Jednotlivé škály zastupující jednotlivé faktory jsou seřazeny tak, aby se pravidelně střídaly (vzorec h-a-p-h-a-p-h-a-p-h-a-p). Zároveň pravidelně střídám polaritu adjektiv jednotlivých škál.

Titulní strana dotazníku:

Úvod titulní stránky dotazníku obsahuje oslovení respondentů a žádost o jejich spolupráci. Následují otázky pro základní rozdělení respondentů:

Jaký je váš věk?

Jste: ŽENA - MUŽ

Bydlíte v současné době ve společné domácnosti s osobou nad 65 let? ANO -NE

Věnujete se profesně seniorům? ANO - NE

V závěru titulní strany následují instrukce k vyplnění dotazníku a pět samostatných listů, kde je pro každý zkoumaný objekt připravena stránka příslušných protikladných adjektiv. Při vyhodnocování pracuji se stupnicí 1-7 (1 – krajně negativně vyhraněný postoj, 7 – krajně pozitivně vyhraněný postoj).

Instrukce k vyplnění:

Následující dotazník vyplňte prosím dle následujících instrukcí:

Na každé stránce nahoře je uvedený pojem /*STARÝ ČLOVĚK, MOJE PRÁCE, STÁŘÍ, MOJE BUDOUCNOST, JÁ* /

Při vyplňování tohoto dotazníku vyjádřete prosím Váš názor, Vaše osobní rozhodnutí podle toho, co tyto pojmy znamenají pro Vás osobně.

Např.

STÁŘÍ

Nejprve se rozhodněte, která ze stran stupnice má pro Vás bližší význam ve vztahu k tomuto konkrétnímu pojmu a tam umístěte křížek.

Zjistíte-li, že stáří má pro Vás velký význam, umístěte křížek do krajní polohy na jeden nebo druhý konec stupnice podle Vašeho rozhodnutí, která ze stran je Vám bližší.

Např.:

Dobry x:-:-:-:-:- *Špatny* nebo *Úspěšny* -:-:-:-:-:x *Neúspěšny*

Cítíte-li, že stáří je pro Vás dost významné, umístěte křížek na jeden nebo druhý konec stupnice takto:

Dobry -:x:-:-:-:- *Špatny*

Cítíte-li, že stáří pro Vás malý význam, umístěte křížek na jeden nebo druhý bod stupnice takto:

Dobry -:-:x:-:-:-:- *Špatny*

Budete-li považovat význam pojmu z hlediska označení adjektivy za neutrální, pak křížkem označte střední polohu stupnice takto:

Malý -:-:-:x:-:-:- *Velký*

Snažte se neutrálně vypovídat co nejméně.

Děkuji Vám!

Pilotážní šetření – předvýzkum

V rámci předvýzkumu jsem oslovila šest respondentů, a to tři osoby o seniora pečující (jedna profesně v LDN a dvě v domácím prostředí) a tři osoby, které aktuálně nejsou v profesním pečovatelském vztahu se seniorem ani s ním nesdílejí společnou domácnost. Hlavním cílem předvýzkumu bylo zjistit srozumitelnost dotazníku a jeho časovou náročnost. Velmi jsme si cenila poznatků získaných především od respondentek předvýzkumu z řad pečovatelek a na základě těchto poznatků jsme upravila instrukce k dotazníku a celkově jsem jej, i graficky, zjednodušila. Modifikovala jsem titulní stranu vynecháním identifikačních otázek u těch dotazníků, které byly adresovány přímo osobám v rodině či profesně pečujícím, a které jsem jim osobně předkládala. Zároveň jsem snížila, vzhledem k časové náročnosti administrace, počet posuzovaných pojmů vynecháním původně zvoleného pojmu násilí.

Výzkumný soubor

Vzhledem k cílům praktického šetření jsem se cíleně obracela na dospělé osoby profesně o staré lidi pečující nebo o ně pečující v rodinném prostředí. Rodinnou péči pro účely tohoto výzkumu definuji jako soužitím s osobou nad 65 let, která potřebuje pomoc okolí v důsledku funkčních omezení vyplývajících ze stáří nebo nemoci ve stáří. Rozsah takto definované péče a zátěže z ní plynoucí je samozřejmě široký. Nicméně i aktuálně méně náročná péče je doprovázena závazkem jejího vykonávání i v budoucnosti, kde se předpokládá její zintenzivňování. Kontrolní skupinou jsou respondenti bez této zkušenosti, kteří byli osloveni náhodně. Jde o dospělé osoby, které se v současné době profesně nevěnují péči o staré lidi, ani nežijí ve společné domácnosti se seniorem. Ve výzkumu tedy pracuji se dvěma skupinami osob, které označuji: *PEČUJÍCÍ* a *OSTATNÍ*.

V rámci výzkumu jsem oslovila 9 rodin aktuálně pečujících o seniora. Dotazník vyplňovaly nejen hlavní pečující osoby, ale i další rodinní příslušníci, kteří v rodině se seniorem žijí. Na péči se podílejí přímo tím, že se s hlavní pečující osobou střídají event. ji zastupují nebo se na péči podílejí nepřímo. V tom případě zastupují hlavní pečující osobu v jejich dalších rolích v rodině a přebírají její povinnosti z nich vyplývající. Druhou cíleně oslovovanou skupinou v rámci pečujících osob byly osoby, které se péči o seniory věnují profesionálně, a to v

několika zdravotnických a sociálních zařízeních a ústavech v Praze a v Pardubickém kraji (např. zaměstnankyně Domu s pečovatelskou službou v obci Rohovládova Bělá, Domovů důchodců v městech Přelouč a Pardubice, zaměstnankyně dvou LDN v Praze a v Pardubicích). Celkem jsem shromáždila 58 vyplněných dotazníků, z toho 31 respondentů bylo ze skupiny rodinné péče. 54 respondentů byly ženy. Z hlediska věku byli dva respondenti mladší 20 let, dva respondenti byli do 30 let, tři respondenti do 40 let, 21 respondentů do 50 let, 20 respondentů do 60 let, 10 respondentů bylo starších 60 let. Kontrolní skupinu tvoří vzorek 44 osob, 10 respondentů do 20 let, 23 respondentů do 30 let, sedm respondentů do 40 let a čtyři respondenti do 50 let. Věkový průměr skupiny „pečující“ je 48 let a skupiny „ostatní“ 26 let.

3.2 Výsledky výzkumu, jejich interpretace a diskuze

Výsledky výzkumu

V této části prezentuji výsledky analýzy nasbíraných dat na úrovni jednotlivých položek. Na základě výpočtu škálových průměrů pro jednotlivé pojmy jsem sestavila vzájemné pořadí hodnocených pojmů na všech posuzovacích škálách u obou zkoumaných souborů. Interpretace výsledků vychází ze způsobu hodnocení škál (1-7), tedy vyšší hodnotě škálového průměru odpovídá vyšší („pozitivnější“) stupeň vlastnosti měřené danou škálou.

Posuzovací škály jsou rozděleny do tří tabulek podle faktorů, jimiž jsou nejvíce syceny. Z pořadí jednotlivých pojmů v tabulkách je patrné, že „*stáří*“ a „*starý člověk*“ se u obou skupin umísťuje častěji v druhé části tabulky, přičemž diference k pojmům s lepším pořadím na většině škál jsou u skupiny „*pečující*“ menší než u skupiny „*ostatní*“. Což lze vysvětlit bližším vnímáním stáří a starých lidí vzhledem k profesi nebo společnému soužití, ale roli může hrát i mnohem nižší věkový průměr ve skupině „*ostatní*“ (pečující 48 let, ostatní 26 let). Nejčastěji je na prvním místě v pořadí pojem „*já*“, který je nejpozitivněji vnímán skupinou „*pečující*“ (8 škál), u skupiny „*ostatní*“ je na prvním místě spolu s pojmem „*moje budoucnost*“ (6 škál/6 škál). Názornější přehled výsledků zobrazují graficky:

Tabulka 1

Škály 1,4,7,10, faktor hodnocení: *krásný x ošklivý, bezcenný x hodnotný, čistý x špinavý, zbytečný x užitečný.*

Tabulka 2

Škály 3,6,9,12, faktor potence: *blízký x vzdálený, slabý x silný, lehký x těžký, povrchní x hluboký.*

Tabulka 3

Škály 2,5,8,11, faktor aktivity: *pasivní x aktivní, rychlý x pomalý, tupý x bystrý, pružný x strnulý.*

Tabulka č.1: pořadí pojmů na základě škálových průměrů
faktor hodnocení

		pečující		ostatní	
oškivý	já	6.46	já	6.12	
	moje práce	5.61	moje buboucnost	6.02	
	starý člověk	5.12	moje práce	5.56	
	moje buboucnost	5.01	stáří	4.91	
	stáří	4.17	starý člověk	3.97	

		pečující		ostatní	
hodnotný	já	6.14	moje buboucnost	6.16	
	moje buboucnost	6.06	já	5.68	
	starý člověk	5.07	stáří	3.12	
	moje práce	5.07	moje práce	3.90	
	stáří	4.12	starý člověk	2.40	

		pečující		ostatní	
špinavý	já	6.77	já	6.48	
	moje buboucnost	5.13	moje práce	6.13	
	starý člověk	4.48	moje buboucnost	4.33	
	moje práce	3.02	starý člověk	4.03	
	stáří	2.94	stáří	2.13	

		pečující		ostatní	
užitečný	moje práce	6.19	já	5.73	
	já	6.12	moje práce	5.12	
	starý člověk	5.78	moje buboucnost	4.74	
	moje buboucnost	5.12	starý člověk	3.12	
	stáří	3.03	stáří	2.71	

čistý

zbytečný

Tabulka č.2: pořadí pojmů na základě škálových průměrů

faktor aktivity

		pečující		ostatní	
aktivní	já	6.14	moje práce	5.77	
	moje buboucnost	6.02	já	5.13	
	moje práce	5.94	moje buboucnost	4.95	
	stáří	3.97	stáří	2.99	
	starý člověk	3.02	starý člověk	2.19	

		pečující		ostatní	
pomalý	moje práce	5.72	moje buboucnost	5.06	
	já	5.40	stáří	4.75	
	stáří	4.64	já	4.11	
	moje buboucnost	3.82	moje práce	4.08	
	starý člověk	3.05	starý člověk	2.03	

		pečující		ostatní	
bystrý	já	6.12	já	6.83	
	starý člověk	5.63	moje buboucnost	6.11	
	moje buboucnost	4.12	starý člověk	4.12	
	stáří	4.01	moje práce	4.06	
	moje práce	3.12	stáří	2.07	

		pečující		ostatní	
strnulý	moje práce	5.77	moje buboucnost	6.07	
	moje buboucnost	5.13	já	5.98	
	já	5.06	moje práce	3.17	
	starý člověk	3.12	stáří	2.44	
	stáří	2.21	starý člověk	2.05	

tupý

pružný

Tabulka č.3: pořadí pojmů na základě škálových průměrů
faktor potence

		pečující		ostatní	
vzdálený	já	6.98	já	6.73	
	starý člověk	5.92	moje práce	5.93	
	moje práce	5.74	moje buboucnost	5.13	
	moje buboucnost	4.12	stáří	2.99	
	stáří	4.03	starý člověk	2.84	
blízky					

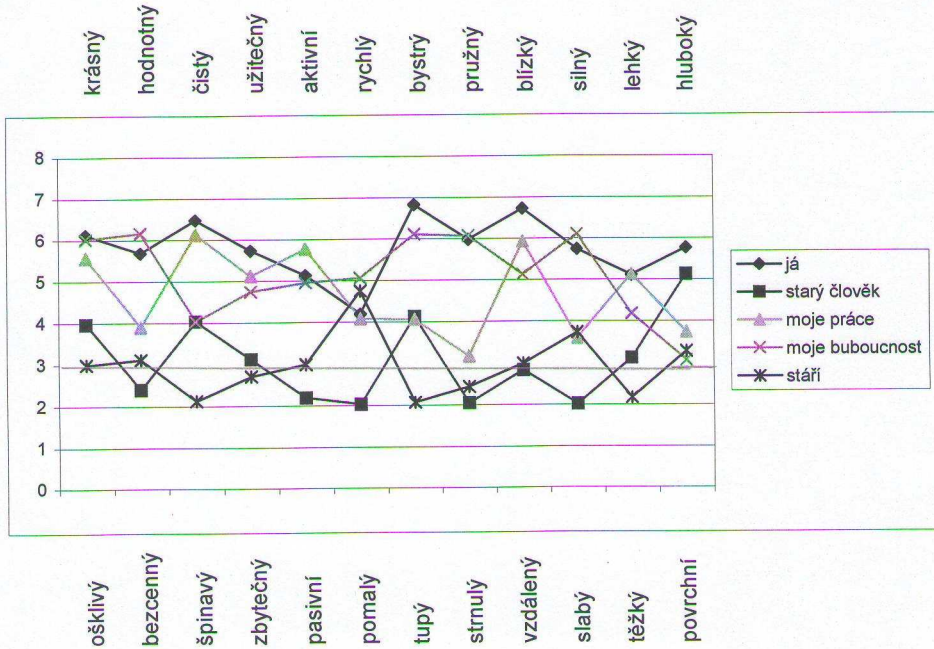
		pečující		ostatní	
silný	já	5.93	moje buboucnost	6.10	
	stáří	5.17	já	5.74	
	moje buboucnost	5.06	stáří	3.73	
	starý člověk	3.12	moje práce	3.60	
	moje práce	3.11	starý člověk	2.02	
slabý					

		pečující		ostatní	
těžký	já	6.16	moje práce	5.13	
	starý člověk	5.73	já	5.11	
	moje práce	5.03	moje buboucnost	4.18	
	moje buboucnost	4.12	starý člověk	3.12	
	stáří	3.01	stáří	2.17	
lehký					

		pečující		ostatní	
hluboký	moje buboucnost	5.97	já	5.77	
	já	5.73	starý člověk	5.13	
	stáří	5.68	moje práce	3.73	
	starý člověk	5.11	stáří	3.28	
	moje práce	4.39	moje buboucnost	3.06	
povrchní					

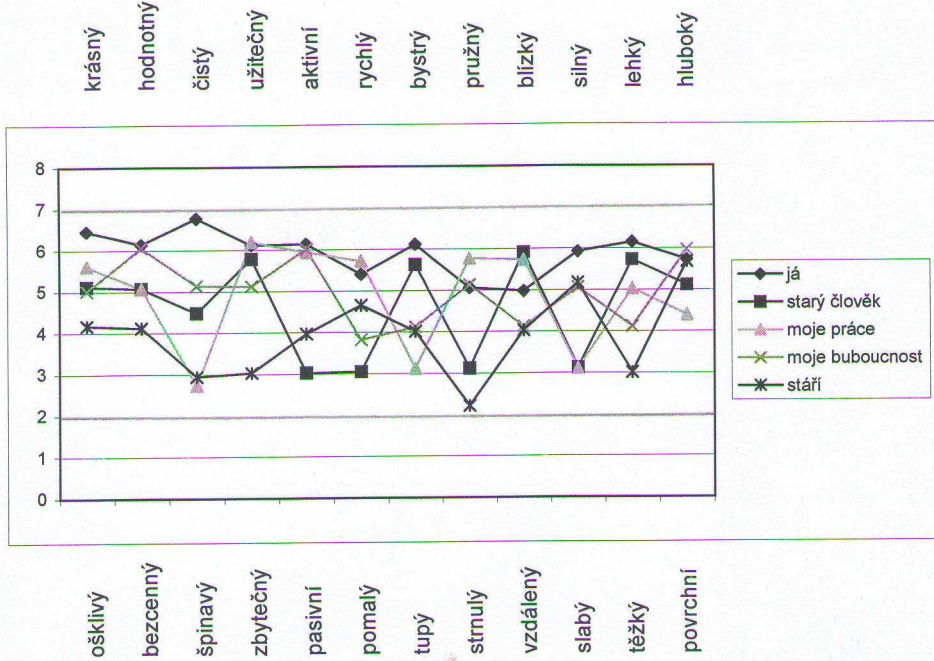
Graf č.1

Ostatní



Graf č.2

Pečující



Interpretace výsledků

Východiskem výzkumného záměru je předpoklad, že „věková segregace podporuje ageismus a věková inkluze jeho prevencí“. K tomuto závěru dospěla vlastním empirickým šetření L. Vidovičová, ale v jiném kontextu s ním pracuje i J. Švancara (teorie dekategoriace) a další autoři. (Vidovičová, 2008, s. 194; Švancara, (1996) v Kalvach, 2004, s. 106). Společné soužití se seniory tedy pozitivně ovlivňuje mezigenerační vztahy ve směru větší akceptace a porozumění stáří. Zajímá mne, zda uvedené platí i pro zvolenou interakci: senioři a osoby o ně pečující. Ve výzkumu postojů ke starým lidem a ke stáří, se tedy zaměřuji na osoby, které jsou prostřednictvím své profese nebo rodinné péče každodenně konfrontovány s různými projevy stáří.

Postoje ke „*stáří*“ a ke „*starému člověku*“ - srovnání skupin „*pečující*“ a „*ostatní*“:

To, že postoje obou zkoumaných skupin k pojmům „*stáří*“ a „*starý člověk*“ jsou rozdílné, je patrné z orientačního srovnání obou grafů. Navíc je z grafického zpracování velmi snadné porovnat postoje k pojmům v rámci jednotlivých škál a zároveň identifikovat, která adjektiva od sebe tyto pojmy nejvíce diferencují. První čtyři škály odpovídají faktoru hodnocení, druhá čtveřice škál faktoru aktivity a poslední čtyři škály faktoru potence. U většiny škál dosahují „*pečující*“ u pojmů „*stáří*“ a „*starý člověk*“ vyšší hodnoty škálového průměru, čemuž odpovídá vyšší stupeň vlastnosti měřené danou škálou. „*Pečující*“ tedy hodnotí „*stáří*“ i pojem „*starý člověk*“ pozitivněji. „*Stáří*“ vnímají „*pečující*“ pozitivněji na deseti škálách („*čistý-špinavý*“, „*bezpečný-hodnotný*“, „*krásný-ošklivý*“, „*zbytečný-užitečný*“, „*blízký-vzdálený*“, „*slabý -silný*“, „*lehký-těžký*“, „*povrchní-hluboký*“, „*aktivní-pasivní*“, „*tupý-bystrý*“). Podle největších rozdílů v hodnotě pořadí na jednotlivých škálách vnímá skupina „*ostatní*“ pojem „*stáří*“ častěji jako zbytečné, méně hodnotné, více vzdálené a těžké. U pojmu „*stáří*“ panuje shoda mezi oběma skupinami na škálách „*pomalý-rychlý*“. Pro skupinu „*ostatní*“ (4,75) je to nejvyšší škálový průměr ve vztahu ke „*stáří*“, pro skupinu „*pečující*“ je to třetí nejvyšší průměr (4,64). Nejvyšší pořadí zaznamenal pojem „*stáří*“ u skupiny „*pečující*“ na škálách „*hluboký-povrchní*“ (5,68) a „*silný-slabý*“ (5,17), tedy jako spíše hluboké a spíše silné. Pojem „*starý člověk*“ hodnotí „*pečující*“ pozitivněji na jedenácti škálách, výjimku tvoří škála „*povrchní-hluboký*“, kde má vyšší škálový průměr skupina „*ostatní*“, ale

s minimálním rozdílem (*pečující* 5,11/*ostatní* 5,13). Naopak s největším rozdílem hodnotí „*pečující*“ pojem „*starý člověk*“ na škále „*užitečný-zbytečný*“ (*pečující* 5,78/ *ostatní* 3,12). „*Ostatní*“ vnímají pojem „*starý člověk*“ ještě negativněji na škálách „*hodnotný-bezcenný*“, „*aktivní-pasivní*“, „*rychlý-pomalý*“, „*pružný-strnulý*“, „*blízký-vzdálený*“, „*silný-slabý*“, „*lehký-těžký*“. Skupina „*pečující*“ vnímá pojem „*starý člověk*“ nejvíce jako užitečný, blízký, bystrý a lehký, nejméně pak jako aktivní, rychlý, pružný a silný. Jak jsem již uvedla, na škále „*pomalý-rychlý*“, hodnotí obě skupiny „*stáří*“ jako hodně rychlé (*ostatní* 4,75/*pečující* 4,64), pojem „*starý člověk*“ je ale na stejné škále hodnocen jako spíše pomalý (*pečující* 3,05/*ostatní* 2,03). Diferenciace u pojmů „*stáří*“ a „*starý člověk*“ jsou u skupiny „*pečující*“ podobné na několika škálách. „*Starého člověka*“, na rozdíl od „*stáří*“, vnímají „*pečující*“ i více jako užitečného, bystrého, blízkého, lehkého. Nejvíce tedy diferencují pojmy „*stáří*“ a „*starý člověk*“ škály „*užitečný-zbytečný*“, „*tupý-bystrý*“, „*vzdálený-blízký*“, „*těžký-lehký*“. U skupiny „*ostatní*“ nejsou škálové rozdíly u těchto dvou pojmů tak významné, ale přece lze také zaznamenat pozitivnější pohled na „*starého člověka*“, kterého vnímají jako bystřejšího, čistějšího. Postoje skupiny „*ostatní*“ u obou pojmů „*stáří*“ i „*starý člověk*“ jsou ve srovnání se skupinou „*pečující*“ hodnoceny výrazně blíže negativnímu pólu postojových škál. „*Pečující*“ zaznamenávají pouze jednu průměrnou hodnotu pod hodnocením třech bodů („*stáří*“ jako strnulé (2,21), u skupiny „*ostatní*“ je v tomto pásmu sedm hodnot pro pojem „*starý člověk*“ („*starý člověk*“ jako bezcenný, zbytečný, pasivní, pomalý, strnulý, vzdálený, slabý) a sedm hodnot pro pojem „*stáří*“ („*stáří*“ jako špinavé, zbytečné, pasivní, tupé, strnulé, vzdálené, těžké). Nejbližší krajním hodnotám v pozitivním pásmu jsou postoje k pojmu „*já*“, a to u obou skupin. U skupiny „*ostatní*“ je významná diferenciace na všech postojových škálách mezi vnímáním sebe sama, tedy pojmu „*já*“, a postoji ke „*stáří*“ a ke „*starému člověku*“. Jde o rozdíly ve prospěch postojů pojmu „*já*“ u všech adjektiv. Absolutně největší rozdíly mezi pojmy „*já*“ a „*stáří*“ jsou na škálách „*čistý-špinavý*“ (*já* 6,48/*stáří* 2,13), „*bystrý-tupý*“ (6,83/2,07), „*blízký-vzdálený*“ (6,73/2,99) a mezi pojmy „*já*“ a „*stáří*“ na škálách „*hodnotný-bezcenný*“ (5,68/2,40), „*aktivní-pasivní*“ (5,13/2,19), „*blízký-vzdálený*“ (6,73/2,84). Naopak postoje ke „*stáří*“ a ke „*starému člověku*“ jsou u skupiny „*pečující*“ mnohem bližší k postoji k pojmu „*já*“, a to téměř u všech postojových škál. S minimální diferenciací jsou hodnoceny pečujícími lidmi pojmy „*já*“ a „*starý člověk*“ na

škálách „užitečný-zbytečný“ (já 6,12/starý člověk 5,78), „bystrý-tupý“ (6,12/5,63), „blízký-vzdálený“ (6,98/5,92), „lehký-těžký“ (6,16/5,73), „hluboký-povrchní“ (5,73/5,11). „Svoji práci“ vidí pečující osoby jako užitečnou, aktivní, pružnou a blízkou. Zároveň ale i jako špinavou. Hodnotnou a užitečnou hodnotí „pečující“ i „svoji budoucnost“.

Závěrem lze shrnout dílčí interpretace, které potvrzují, že skupina „pečující“, tedy lidé, kteří se starými lidmi žijí a poskytují jim péči nebo o ně pečují v rámci své profese, vnímají stáří i starého člověka pozitivněji než skupina lidí, která tuto zkušenost nemá. Potvrzuje se tedy předpoklad, že předsudky mezi lidmi se zmírňují, jestliže se rozšíří možnosti sociálního kontaktu mezi jedinci nebo konfliktními skupinami, a to i za podmínek daných vymezenou interakcí – pečující osoby a senioři.

Diskuze

Cílem výzkumu bylo ověřit hypotézu o pozitivním ovlivnění postojů ke starým lidem prostřednictvím intimní zkušenosti ze společného soužití nebo z péče o seniory realizované v rámci domácího prostředí nebo péče v instituci. Analýza odpovědí respondentů na úrovni jednotlivých položek představuje efektivní nástroj zpracování získaných dat a poskytuje přehledné výstupy srovnání postojů ke zvoleným pojmům u více skupin. Zároveň poskytuje rychlou orientaci o postavení postojů k vybranému pojmu mezi pojmy jinými, a to v rámci pořadí škálových průměrů. Existuje ale více způsobů, jak lze dle cíle konkrétního výzkumného záměru data získaná metodou sémantického diferenciatu analyzovat. Základní třídění pohledů na sesbíraná data je svou povahou třídídimenzionální – konkrétně skrze pojmy, škály a subjekty, případně pak prostřednictvím jejich libovolných kombinací. Alternativy k analýze odpovědí na úrovni jednotlivých položek (adjektiv) představují analýza odpovědí na základě hodnocení globální podobnosti a analýza odpovědí na úrovni jednotlivých dimenzí. Analýza na základě globální podobnosti spočívá ve výpočtu vzájemné vzdálenosti zvolených pojmů v samotném sémantickém prostoru prostřednictvím vzorce tzv. D-statistiky. Čím je vzdálenost vypočtená pomocí D-statistiky menší, tím blíže jsou si pojmy svou pozicí v sémantickém prostoru a tím bližší jsou si také svým významem a naopak čím je hodnota vzdálenosti větší, tím menší je jejich významová podobnost. Analýza odpovědí na úrovni jednotlivých dimenzí předpokládá převedení dat ze sémantického

diferenciálu do plošných grafů, jehož osy vždy popisují dvě bipolární škály, a lze tak srovnávat umístění posuzovaných pojmů v takto vymezené části sémantického prostoru.

Témata postojů, stáří, agrese zaměřené na staré lidi nabízí řadu zajímavých a užitečných námětů pro výzkumné psychologické zkoumání. Cenná poznání plynou z u nás často sociologicky zaměřených výzkumů ageistických postojů ke starým lidem v populaci diferencované věkově, pohlavím, životní a hodnotovou orientací, příslušností k různým sociálním skupinám či profesím apod. Zajímavé jsou otázky spojené se zjišťováním změn v postojích lidí ke stáří v průběhu ontogeneze, v souvislosti se změnami hodnotové orientace nebo na základě osobních zkušeností s vyšším věkem. Další výzkumnou oblastí je prevalence a formy agresivního chování zaměřeného na staré lidi. V oblasti péče o seniory jsou v posledních čtyřiceti letech rozvíjeny metody na zjišťování zátěže pomáhajících profesí, a to i s ohledem na riziko syndromu vyhoření a s ním souvisejícím nevhodným chováním ke klientům v důsledku dlouhodobého psychického přetěžování. V takto zaměřených výzkumech se často pracuje s postojovými škálami a jejich praktické využití si lze představit např. v rámci preventivních programů péče o zaměstnance, v rámci projektů zaměřených na zjišťování kvality poskytované péče konkrétního sociálního nebo zdravotnického zařízení apod. Tyto metody založené na postojovém škálování, včetně sémantického diferenciálu, lze tak využít i v oblasti výzkumů zaměřených na agresi vůči starým lidem. Prakticky jde o snahu zachytit možný výskyt syndromu vyhoření zaměstnanců nebo riziko špatného zacházení se seniory v konkrétním ústavu nebo zařízení prostřednictvím vyhraněnosti jejich postojů. Rizikové skupiny v rámci výše vymezené interakce péče o seniory představují jednak osoby ohrožené syndromem vyhoření, tedy osoby nespokojené s negativním postojem k sobě, ke své budoucnosti, ke své práci, ale i osoby s vyhraněnými krajně negativními postoji ke stáří a především ke starému člověku.

4. Závěr

Ve své diplomové práci jsem se pokusila propojit dva fenomény – ageismus a agresí zaměřenou na staré lidi. Oba jevy jsou odborným tématem několik posledních desetiletí. Odborná veřejnost tak reaguje i na demografické změny ve vyspělých zemích, kde ve společnosti dlouhodobě narůstá počet starých a zvláště velmi starých lidí. Stále větší pozornost jim je v posledních dvaceti letech věnována i v České republice a v souvislosti s demografickými prognózami lze i zde očekávat zintenzivňování zájmu o problematiku ageismu a špatného zacházení se seniory.

Empirických údajů o výskytu špatného zacházení se starými lidmi (EAN) je málo, ale existují odhady a dílčí šetření, která opravňují považovat EAN za velmi vážný sociálně patologický jev. Jeho souvislost s ageismem je nepřímá. Diskriminační a nepřátelská atmosféra vůči starým lidem stojí v pozadí menší společenské odezvy na odbornou propagaci i na mediální prezentaci problematiky násilí na seniorech. Ageismus vzbuzuje v lidech nezájem o problémy starých lidí, ale také nedůvěru v existenci účinné pomoci, která by problematiku situaci konkrétního seniora mohla vyřešit. Jsou to reakce typu: “zda to vše má ještě vůbec cenu řešit, zda vůbec stojí ještě za to, se ve věci starého člověka naplno angažovat, protože problémy zkrátka ke stáří patří...”.

Vzájemné souvislosti ageismu a špatného zacházení se starými lidmi jsou ale mnohem širší a týkají se všech forem agresivního chování. Obraz lidí, kteří toho už moc nepotřebují, už na nich tolik nezáleží, lidí, kteří ne vše správně vnímají, cítí, a ne všemu správně rozumějí, vytváří ze seniorů snadný cíl. Vystupovat proti ageismu, posilovat informovanost a pozitivní obraz stáří prakticky znamená snižovat pravděpodobnost výskytu agrese vůči seniorům. Přiměřené a cílené informování o špatném zacházení se starými lidmi, o jeho formách a důsledcích pro samotné seniory by mělo zvyšovat citlivost ve společnosti tak, aby lidé byli vnímavější a správně rozpoznávali dění kolem starších lidí. Jedním z dalších projevů ageismu je velmi otupělá sounáležitost právě se starými lidmi, jako důsledek jejich segregace – vyčleňování z hlavního proudu dění našich životů. Příčinou vyčleňování seniorů ze společnosti je i jejich nadměrná institucionalizace, jako běžné řešení sociálních a zdravotních problémů starých lidí. K vyčleňování seniorů ze společnosti velkou měrou přispívají i podmínky našeho života, nové technologie nastavené na flexibilní, dynamické lidi, které

vytvářejí pro seniory handicapující situace a vedou je do sociální izolace. Je zřejmé, že řešení problematiky kolem diskriminačního nazírání na staré lidi a agresivních projevů vůči nim je běh na dlouhou trať a významnou roli v něm musí sehrát sami senioři. V současné době je nezbytné tato témata otvírat na co nejvíce úrovních a vtahovat do nich stále více lidí a institucí. Mnohé se již na tomto poli děje. Jsou lidé, sdružení a organizace, kteří se již v problematice stáří etablovali a jejich činnost vzbuzuje očekávání, že ani otázky špatného zacházení se starými lidmi nezůstanou dlouho na okraji nejen odborného zájmu. Např. je to občanské sdružení Život 90, Česká alzheimerovská společnost, Ambulance pro poruchy paměti, Cesta domů, Linky pomoci zaměřené na seniory. K vyšší informovanosti o agresivním jednání vůči seniorům a daným souvislostem pomohly např. kampaně „Stop násilí na seniorech“, která byla pořádána občanským sdružením Život 90, nebo policejní kampaň „(Ne)bezpečný věk“ zaměřená na prevenci násilí a kriminality páchané na starých lidech.

Velká očekávání vzbuzují trendy v péči o staré lidi. Pojetí moderní zdravotně-sociální péče směřuje jednoznačně k větší kvalitě života seniorů v péči doma i mimo domov. Respektuje zmiňované principy desektorializace, deprofesionalizace, demedicinalizace, deinstitutionalizace, které směřují k mnohem intenzivnějšímu propojování našich životů se životy starých lidí, a tak i k vzájemnému sdílení a porozumění si. A i závěry výzkumu této diplomové práce potvrzují, že možnost být spolu, a to i někdy za obtížných okolností, vede k větší toleranci a k většímu pochopení, což se odráží v pozitivnějších postojích. Řešení v tomto směru představuje komplexní podpora domácí péče včetně tzv. domácích hospitalizací a včetně dostupných respitních služeb pro pečující osoby, komunitní seniorská centra vznikající na úrovni obcí, která propojují sociální a zdravotní služby. Nezbytné je samozřejmě kvalitní vzdělávání a péče o ošetrovatelské a zdravotnické profese. Cílem je snižování jejich zátěže a předcházení nevhodného jednání vůči starým lidem jako reakce na dlouhodobého přetěžování.

Ageismus a EAN se týkají seniorů. Snaha tyto negativní jevy potlačovat, minimalizovat jejich projevy a výskyt nelze bez jejich aktivní účasti. Existují programy tzv. Úspěšného stárnutí a zdravého stáří (Rowe a Kahn, 1997; Champion, 1998; Schneider, 1999; v Kalvach, 2004, s. 138), které staví na

pozitivní ovlivnitelnosti zdravotního a funkčního stavu stárnoucích lidí. Prakticky jde o snahu o snižování nemocnosti starých lidí a odsouvání jejich disability do vyššího věku. Různorodé interpretace tohoto konceptu směrem k veřejnosti apelují na aktivní přípravu na stáří již v produktivním věku. Jde o na různých úrovních popularizované výzvy k aktivnímu stáří, jehož předpokladem je zdravý životní styl a včasná péče o své zdraví. Takto pojímaná příprava na stáří vytváří snadný prostor pro byznys, a lidé tak přípravu na stáří často vnímají jen jako prevenci všech možných chorob a tělesných omezení, s nimiž je stáří spojováno. Zdravé stravování, rozličné potravinové doplňky, pohyb a v lepším případě i trénink paměti k aktivní přípravě na stáří zcela určitě patří, ale je to zúžený pohled, ve kterém spatřuji dvě rizika. Osobně považuji za nešťastné samotné pojetí „úspěšného a neúspěšného stárnutí“, obzvláště když vnímám, jak jsou mezi starými lidmi akcentovány otázky fyzického zdraví a zachování, zejména tělesné, soběstačnosti. Napadá mne citlivější pojetí, kde by cílem mělo být důstojné a sebevědomé stáří, jehož přirozenou snahou je i zachování zdraví a oddálení disability. Jde o to nevytvářet tlak na stárnoucí lidi plynoucí z představy, že jde o úspěch, který spočívá ve zdraví, a nemoc představuje neúspěch. Jde o zbytečnou indikaci pocitu osobní prohry nemocnému člověku ve stáří, kdy jsou jeho možnosti změnit své fyzické zdraví už velmi omezené. Možná si skutečně konkrétní jedinec může za plno věcí sám, protože v mládí kouřil, stresoval se a nikdy se nepřinutil cvičit. Ale také toho možná hodně vykonal pro druhé nebo třeba jen pro své blízké. Bilancování životních ztrát a zisků nebo přínosu ve vztahu k úspěchu či neúspěchu je osobní záležitostí každého jedince a netýká se jen etapy stárnutí a přípravy na něj. Druhé riziko spočívá v tom, že v souvislosti s akcentací především fyzického, v lepším případě i psychického, zdraví často uniká stejně významná skutečnost, že staří lidé potřebují smysluplnou aktivitu. Pro sebevědomí seniorů je důležité být užitečný, mít činnost, která má smysl, mít prostor pro vlastní realizaci. Často se tak přirozeně děje v rodinách, kdy je starým lidem v rámci společného života zachována alespoň nějaká autonomie, nebo v malých komunitách, kde je v rámci aktivizace seniorů vytvářen přirozený prostor pro saturaci jejich potřeby být smysluplně aktivní a užitečný. Velké možnosti v tomto směru vytváří dobrovolnictví seniorů, v rámci kterého mohou senioři realizovat svůj potenciál ve vztahu k druhým lidem, k dětem, k přírodě. Je to oblast u nás velmi málo akcentovaná, senioři se mají tendenci spíše stavět do pozice příjemců pomoci,

aniž by si uvědomovali své vlastní možnosti, jak oni sami mohou pomoci druhým. Je to ale i otázka nedostatečné nabídky dobrovolnických aktivit pro jednotlivé seniory, kteří by se možná zapojili rádi. Jde o projekty neziskové sféry, ale i o vytváření zjednodušených ekonomických podmínek pro podnikání a zaměstnávání seniorů, o dostupnost poradenství a podpory tak, aby vznikaly nejen pružné podmínky na trhu práce, ale i prostor pro vlastní podnikatelské a občanské aktivity samotných seniorů. Aktivita seniorů je vedle fyzického a psychického zdraví třetím významným činitelem, který vede k většímu sebevědomí a k pocitu sounáležitosti s ostatními. A právě sebevědomá generace seniorů může mnohem účelněji čelit mezigeneračnímu nepřátelství. Jejich emancipace spočívá i ve vzájemné pomoci mezi sebou, ve snaze přizpůsobovat okolí možnostem svým i omezeným možnostem druhých. Cestou jak čelit ageismu a EAN je tedy i posilování sebevědomí seniorů plynoucí nejen ze zachování tělesných a duševních kompetencí, ale především z jejich smysluplné aktivity, z pocitu užitečnosti a ze zachování alespoň některých autonomií starého člověka v jakékoliv fázi jeho života.

Použitá literatura:

Baštecký, J., Kumpel, M. a kol. (1994). *Gerontopsychiatrie*, Praha: Grada Publishing.

Bragdon, A., Gamon, D. (2002). *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál.

Buriánek, J., Kovařík, J., Zimmelová, P., Švestková, R. (2006). *Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech*. Praha: Triton.

Dessaintová, M. - P. (1999). *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál.

Erikson, E. H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: NLN.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.

Gregor, O. (1990). *Stárnout je kumšt*. Praha: Olympia.

Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.

Haškovcová, H. (1985). *Sputaný život*. Praha: Panorama.

Holeksová, T. (2002). *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing.

Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. (2005). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost.

Janoušek J. a kol. (1986). *Metody sociální psychologie*. Praha: SPN.

Janoušek J. a kol. (1988). *Sociální psychologie*. Praha: SPN.

Kalibová, K. (2001). *Úvod do demografie*. Praha: Karolinum.

Kalvach, Z. (1997). *Úvod do gerontologie a gerontopsychiatrie*. Praha: Karolinum.

Kalvach, Z., Onderková, A. (2006). *Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén.

- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda P. a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P. a kol. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing.
- Koukolík, F. (1997). *Mozek a jeho duše*. Praha: Makropulos.
- Lehrová, Ur. (2000). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Q.- M. Verlag.
- Lovaš, L. (2010). *Agresia a násilie*. Bratislava: Ikar.
- Martinková, M. (2009): *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku se zvláštním zřetelem k domácímu násilí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Občanské sdružení Život 90 (2006). *Stop násilí na seniorech*. Praha: OS Život 90.
- Pacovský, V., Heřmanová, H. (1981). *Gerontologie*. Praha: Avicenum.
- Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
- Pacovský, V. (1997). *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum.
- Příhoda, V. (1974). *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN.
- Říčan, P. (1990). *Cesta životem*. Praha: Panorama.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Sýkorová, D. (2004). *Autonomie ve stáří, strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostrav. univerzita.
- Šiklová, J. (2003). *Deník staré paní*. Praha: Kalich.
- Tošnerová, T. (2002a)). *Ageismus, Průvodce stereotypy a mýty o stáří*, Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
- Tošnerová, T. (2001). *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Praha: Ambulance Poruchy paměti.
- Tošnerová, T. (2002b)). *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ambulance pro poruchy m paměti.

Vidovičová, L. (2008): *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.

Vidovičová, L. (2005): *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Brno: VÚPSV Praha, výzkumné centrum Brno.

Vidovičová, L., Lorman, J. (2007). *Život v domovech pro seniory. Problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory*. Zpráva z výzkumu. Praha: Úřad vlády ČR.

Vodáčková, D. a kol. (2002): *Krizová intervence*, Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

Vykopalová, H. (2002). *Násilí na seniorech*. Sborník příspěvků z pracovních seminářů. Olomouc: vyd. Univerzita Palackého Olomouc.

Výrost, J., Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Wolf, J. a kol. (1982). *Umění žít stárnout*. Praha: Svoboda.

Internetové zdroje

Hirsch, R. (2005): Prävention statt Gewalt–Überforderung von Angehörigen verringern. In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover.
http://www.praeventionstag.de/content/10_praev/doku/hirsch/index_10_hirsch.html (staženo 11. 5. 2011)

Kramerová, U. (2004): Ageismus- zur sprachlichen Diskriminierung des Alters (online). <http://www.verlag.gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf.s> (staženo 8. 3. 2011)

Tošnerová, T. (2001): Pečující. (online). <http://www.pecujici.cz./priruckyonline.shtml?=&id=197782>. (staženo 17. 5. 2011)

Příloha: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Alena Vyšíňová Matičková, jsem studentkou psychologie a ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce.

Děkuji Vám moc za Vaši ochotu a čas!

Alena Vyšíňová Matičková

Jaký je váš věk?

Jste: ŽENA-MUŽ

Bydlíte v současné době ve společné domácnosti s osobou nad 65let?
ANO-NE

Věnujete se profesně seniorům? ANO-NE

Následující dotazník vyplňte, prosím, dle následujících instrukcí:

Na každé stránce nahoře je uvedený pojem:

/STARÝ ČLOVĚK, MOJE PRÁCE, STÁŘÍ, MOJE BUDOUCNOST, JÁ /

Při vyplňování tohoto dotazníku **vyjádřete , prosím, Váš názor**, Vaše osobní rozhodnutí podle toho, co tyto pojmy znamenají pro Vás osobně. Např. :

STÁŘÍ

Nejprve se rozhodněte, která ze stran stupnice má pro Vás bližší význam ve vztahu k tomuto konkrétnímu pojmu a tam umístěte křížek.

Zjistíte-li, že stáří pro Vás má **velký význam**, umístěte křížek do krajní polohy na jeden nebo druhý konec stupnici podle toho, která ze stran je Vám bližší:

Dobry x:-:-:-:- *Špatny* nebo *Úspěšny* -:-:-:-:x *Neúspěšny*

Cítíte-li, že stáří je pro Vás **dost významné**, umístěte křížek na jeden nebo druhý konec stupnice takto: *Dobry* -:x:-:-:-:- *Špatny*

Cítíte-li, že stáří pro Vás malý význam, umístěte křížek na jeden nebo druhý bod stupnice takto: *Dobry* -:-: x:-:-:-:- *Špatny*

Budete-li považovat význam pojmu za neutrální, pak křížkem označte střední polohu stupnice takto: *Malý* -:-:-: x:-:-:-:- *Velký*

Snažte se neutrálně vypovídat co nejméně.

STÁŘÍ

- | | | |
|--------------|-------------------|----------|
| 1. Krásný | __:__:__:__:__:__ | Ošklivý |
| 2. Pasivní | __:__:__:__:__:__ | Aktivní |
| 3. Blízký | __:__:__:__:__:__ | Vzdálený |
| 4. Bezpečný | __:__:__:__:__:__ | Hodnotný |
| 5. Rychlý | __:__:__:__:__:__ | Pomalý |
| 6. Slabý | __:__:__:__:__:__ | Silný |
| 7. Čistý | __:__:__:__:__:__ | Špinavý |
| 8. Tupý | __:__:__:__:__:__ | Bystrý |
| 9. Lehký | __:__:__:__:__:__ | Těžký |
| 10. Zbytečný | __:__:__:__:__:__ | Užitečný |
| 11. Pružný | __:__:__:__:__:__ | Strnulý |
| 12. Povrchní | __:__:__:__:__:__ | Hluboký |

STARÝ ČLOVĚK

1. Krásný _: _: _: _: _: _: Ošklivý
2. Pasivní _: _: _: _: _: _: Aktivní
3. Blízký _: _: _: _: _: _: Vzdálený
4. Bezcenný _: _: _: _: _: _: Hodnotný
5. Rychlý _: _: _: _: _: _: Pomalý
6. Slabý _: _: _: _: _: _: Silný
7. Čistý _: _: _: _: _: _: Špinavý
8. Tupý _: _: _: _: _: _: Bystrý
9. Lehký _: _: _: _: _: _: Těžký
10. Zbytečný _: _: _: _: _: _: Užitečný
11. Pružný _: _: _: _: _: _: Strnulý
12. Povrchní _: _: _: _: _: _: Hluboký

JÁ

1. Krásný __:__:__:__:__:__ Ošklivý
2. Pasivní __:__:__:__:__:__ Aktivní
3. Blízký __:__:__:__:__:__ Vzdálený
4. Bezpečný __:__:__:__:__:__ Hodnotný
5. Rychlý __:__:__:__:__:__ Pomalý
6. Slabý __:__:__:__:__:__ Silný
7. Čistý __:__:__:__:__:__ Špinavý
8. Tupý __:__:__:__:__:__ Bystrý
9. Lehký __:__:__:__:__:__ Těžký
10. Zbytečný __:__:__:__:__:__ Užitečný
11. Pružný __:__:__:__:__:__ Strnulý
12. Povrchní __:__:__:__:__:__ Hluboký

MOJE BUDOUCNOST

1. Krásný __:__:__:__:__:__:__:__ Ošklivý
2. Pasivní __:__:__:__:__:__:__:__ Aktivní
3. Blízký __:__:__:__:__:__:__:__ Vzdálený
4. Bezpečný __:__:__:__:__:__:__:__ Hodnotný
5. Rychlý __:__:__:__:__:__:__:__ Pomalý
6. Slabý __:__:__:__:__:__:__:__ Silný
7. Čistý __:__:__:__:__:__:__:__ Špinavý
8. Tupý __:__:__:__:__:__:__:__ Bystrý
9. Lehký __:__:__:__:__:__:__:__ Těžký
10. Zbytečný __:__:__:__:__:__:__:__ Užitečný
11. Pružný __:__:__:__:__:__:__:__ Strnulý
12. Povrchní __:__:__:__:__:__:__:__ Hluboký

MOJE PRÁCE

1. Krásný __:__:__:__:__:__ Ošklivý
2. Pasivní __:__:__:__:__:__ Aktivní
3. Blízký __:__:__:__:__:__ Vzdálený
4. Bezcenný __:__:__:__:__:__ Hodnotný
5. Rychlý __:__:__:__:__:__ Pomalý
6. Slabý __:__:__:__:__:__ Silný
7. Čistý __:__:__:__:__:__ Špinavý
8. Tupý __:__:__:__:__:__ Bystrý
9. Lehký __:__:__:__:__:__ Těžký
10. Zbytečný __:__:__:__:__:__ Užitečný
11. Pružný __:__:__:__:__:__ Strnulý
12. Povrchní __:__:__:__:__:__ Hluboký

