

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Deprese ve vyšším věku a Eriksonova koncepce vývoje
osobnosti**

Elderly depression and Erikson's concept of personality development



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Blanka Kobylková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc

2021

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Radku Obereignerů, Ph.D. za cenné rady a připomínky týkající se vedení mé diplomové práce. Děkuji také paní Mgr. Kateřině Lukavské, Ph.D. a doc. PhDr. Bc. Ivě Poláčkové Šolcové, Ph.D. za konzultace týkající se Škály integrity ega Ryff a Heincke a problematice jejího měření. Poděkovat bych také chtěla všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a vstřícnost. V neposlední řadě patří díky mé rodině za podporu a trpělivost, kterou projevovala v průběhu tvorby diplomové práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Deprese ve vyšším věku a Eriksonova koncepce vývoje osobnosti*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis.....

Obsah:

Úvod.....	5
1. Deprese	7
1.1. Symptomatologie	8
1.2. Etiologie deprese	8
1.3. Biologické faktory.....	9
1.4. Psychologické teorie	11
1.5. Evoluční teorie	12
1.6. Psychosociální faktory	13
1.7. Mozek, emoce a deprese.....	13
1.8. Deprese ve vyšším věku.....	14
1.9. Výzkumy deprese u seniorů.....	17
2. Eriksonova koncepce vývoje osobnosti.....	19
2.1. Identita	19
2.2. Teorie psychosociálního vývoje	20
2.3. Integrita ega	22
2.4. Zhodnocení života (life review)	28
2.5. Terapie pomocí reminiscence	30
2.6. Akceptace minulosti	31
2.7. Konečnost života.....	33
2.8. Životní spokojenost a osobní pohoda (well being)	34

2.9.	Resilience jako psychická odolnost ve stáří	35
2.10.	Sebeúcta, sebehodnocení a sebepojetí.....	37
2.11.	Smysl života.....	38
2.12.	Zoufalství ega	39
2.13.	Moudrost jako ctnost.....	40
3.	Biopsychosociální aspekty stáří	44
3.1.	Biologické změny	45
3.2.	Psychologické změny.....	45
3.3.	Sociální změny.....	47
3.4.	Subjektivní prožívání stárnutí.....	48
3.5.	Stereotypy, předsudky a postoje spojené se stářím.....	49
3.6.	Ageismus	50
3.7.	Sociální izolace a osamělost.....	50
3.8.	Závislost a ztráta soběstačnosti	51
3.9.	Úspěšné stárnutí	51
4.	Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy	54
5.	Metodologický rámec a popis použitých metod.....	56
5.1.	Typ výzkumu.....	56
5.2.	Metody získávání dat	56
5.3.	Metody zpracování a analýzy dat.....	59
5.4.	Etické otázky a způsob jejich řešení	60

6.	Soubor	61
6.1.	Cílová populace a výběrový soubor	61
7.	Výsledky a jejich interpretace.....	64
7.1.	Testování hypotéz.....	65
7.2.	Přehled platnosti hypotéz.....	76
8.	Diskuze	79
8.1.	Výsledky výzkumu a jejich srovnání.....	79
8.2.	Limity, přínosy a další možnosti výzkumného projektu	84
9.	Závěr.....	86
10.	Souhrn.....	87
11.	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	90

Úvod

V této magisterské diplomové práci se pokusíme hledat souvislosti mezi integritou či zoufalstvím ega a depresivní epizodou ve vyšším věku. K tomu zároveň budeme brát na zřetel vybrané psychosociální aspekty a demografické charakteristiky probandů.

Zasahujeme do oblastí klinické psychologie, a to konkrétně gerontopsychologie a vývojové psychologie. Předmětem výzkumu je ověřit a popsat případné souvislosti mezi depresí ve vyšším věku a Eriksonovým konceptem epigenetického vývoje osobnosti, dále se výzkum zaměří na porovnání míry deprese, integrity vs. zoufalství ega a na mapování rozdílu výskytu depresivních symptomů mezi pohlavím a životními okolnostmi účastníků výzkumu. Zájem bude směřován na společné soužití v domácnosti s rodinnými příslušníky, sociální okolnosti a osamělost seniorů. Přestože deprese ve vyšším věku je častým námětem výzkumů, taktéž její spojitost s životními událostmi, domníváme se, že na vědeckém poli téma deprese ve vztahu k integritě a zoufalství ega je téma zkoumané v podstatně menším měřítku, proto bychom v tomto směru malým podílem rádi přispěli.

Ve vyšším věku se objevuje tendence zhodnotit a uspořádat životní příběh u každého jedince. Předpokládáme, že depresivní symptomy ve vyšším věku můžou úzce souviset s případným neúspěšným řešením konfliktu mezi integritou a zoufalstvím ega. Integrovaný člověk potvrzuje hodnotu života jako takového, nevyhýbá se konfrontaci s bolestí a lítostí a je celkově vtažen do života, naproti tomu jedinec zoufalý se cítí sklíčen životem, na svůj život nahlíží jako na promarněnou šanci a pravděpodobně ani není schopen svoji životní zkušenost uspořádat do smysluplného celku (Poláčková Šolcová, Chrz, & Dubovská, 2019). Také naše praktické zkušenosti z dlouhodobé práce s osobami ve vyšším věku potvrzují tyto skutečnosti, a proto jsme se rozhodli věnovat tématu deprese seniorů skrze hodnocení prožitého života a jeho akceptaci. Znalost případných souvislostí může rozšířit pohled na depresi ve vyšším věku, nastínit možnosti terapeutické práce u seniorů a v neposlední řadě zmapovat aktuální stav hodnocení životních příběhů u starší populace.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena na část zabývající se problematikou deprese, část zaměřující se na koncepci psychosociálního vývoje E. H. Eriksona, konkrétně na období, jehož úkolem je dosažení integrity ega, a v poslední řadě na biopsychosociální aspekty, které se vztahují k uspokojivému prožívání v závěrečné etapě života. Empirická část si klade za cíl prozkoumat souvislosti mezi mírou depresivních symptomů, integritou vs. zoufalstvím ega, osamělostí a subjektivně prožívaným zdravotním stavem. Zaměříme se na hledání rozdílů z hlediska pohlaví, vzdělání a existencí plánů do budoucnosti ve zkoumaných oblastech.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. Deprese

Termín deprese pochází z latiny (*deprimo*) a znamená stlačit. Pokud hovoříme o depresi máme na mysli chorobně smutnou náladu, stav, kdy převládají pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, nízkého sebevědomí, apatie, sebeobviňování atd. Mezi tzv. afektivní poruchy neřadíme běžné kolísání nálady, které je do určité míry fyziologické. Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů řadí depresi mezi poruchy nálady neboli afektivní poruchy (MKN-10, 2009). Tyto poruchy patří vůbec k nejčastěji diagnostikovaným poruchám v psychiatrické praxi. I když se deprese primárně řadí mezi poruchy emočního spektra, nepostihuje pouze emotivitu, ale zasahuje do všech oblastí lidské existence (Heretik, Heretik, & Andrášiová, 2016; Kryl, 2001). Jejich výskyt se odráží jednak v prožívání, ale také v chování. V rámci afektivních poruch bývá postižena racionalita, myšlení, paměť, výkonnost, motivace, pozornost, motorika, spánek, pudy a vztahy s druhými lidmi (Orel, Facová, & Heřman, 2016; Kryl, 2001).

Pojem deprese v psychopatologii najdeme v několika významech. Jednak označuje symptom, chorobně smutnou náladu. Smutná nálada (Raboch, & Zvolský, 2001) může být udávána subjektivně (lehká depresivní epizoda), nebo může být zřejmá objektivně (na první pohled především u těžké depresivní epizody). Depresivní nálada bývá spojená se smutkem, pesimismem, ztrátou perspektivy, smyslu a motivace. Dále bývá součástí syndromu s triádou příznaků: depresivní nálada, zpomalení psychomotorického tempa a poruchou myšlení. U takto postiženého člověka výrazně klesá sebevědomí, sebehodnocení a výkonnost. V poslední řadě představuje samostatnou nozologickou jednotku (Heretik et al., 2016; Orel et al., 2016). Příznaky zasahují do řady oblastí biologických a psychických funkcí. Může se jednat o poruchy spánku, mění se chuť k jídlu, pokles vitality a psychomotorického tempa, nemocný trpí pocity zbytečnosti či viny, postižena bývá i pozornost a myšlení (Heretik et al., 2016).

1.1. Symptomatologie

Nálada u depresivního syndromu bývá popisována jako pesimistická a zoufalá, pacienti prožívají pocity beznaděje a bezvýchodnosti. K dalším klíčovým symptomům řadíme ztrátu zájmu a prožitku radosti, pokles energie a zvýšenou unavitelnost. Člověk není schopen dokončit započaté činnosti nebo neschopen zahájit nové. K dalším příznakům patří ztráta sebedůvěry, dostávají se pocity viny, výčitky svědomí, nesoustředěnost, nerozhodnost, váhavost a poruchy spánku. Mezi kognitivní příznaky řadíme ulpívavé (ruminace), hypochondrické nebo siucidální myšlenky. Všechny mentální pochody bývají zpomaleny. Pro diagnózu lehké depresivní poruchy musí být přítomny minimálně čtyři symptomy, u střední depresivní poruchy šest a u těžké depresivní poruchy osm z výše uvedených příznaků (Raboch, & Zvolský, 2001).

1.2. Etiologie deprese

V současné době neexistuje jednotná teoretická koncepce deprese. Přes vzájemné odlišnosti mají společný prvek fenomén bludného kruhu deprese. Podle Roubala (2008) depresivní stavy narušují schopnosti organismu vypořádat se s vlastními intrapsychickými procesy a nároky vnějšího prostředí. Následkem je pak častější selhávání, prohlubování depresivního stavu a snižování kapacity organismu, bludný kruh deprese se uzavírá.

Ve shodě se zmiňovanými autory považujeme pátrání po kauzální příčině vzniku deprese v současnosti za překonané. Depresivní porucha (Höschl, 2013) je multifaktoriální onemocnění, které vzniká jako výsledek souboje rizikových a přidavných faktorů a vnějších spouštěčů. Praškovi (2015) předpokládají vzájemné působení biologických, psychologických, sociálních vlivů a vlivů prostředí, které vytváří dispozici ke vzniku depresivní poruchy. Dispozice obsahuje hypersenzitivitu (nadměrnou citlivost) a vulnerabilitu (zvýšenou zranitelnost). V žádném případě to však neznamená, že člověk s danou dispozicí musí být v každém případě postižen depresivní poruchou. Také podle Rabocha a Zvolského (2001) je deprese heterogenní záležitost s možným konečným patogenetickým mechanismem na úrovni alterace exprese genů.

Obr. 1: Bludný kruh deprese (upravené podle: Novotná, & Margoldová, nedat.)

Bludný kruh deprese



1.3. Biologické faktory

Mezi biologické faktory můžeme zařadit faktory dědičnosti. Genetické faktory se často sledují na základě výzkumů dvojčat, adopčních či rodinných studií. Praškovi (2015) uvádí pravděpodobnost onemocnění u jednovaječných dvojčat až 70 %, pokud onemocní jedno z nich. Při porovnávání výskytu deprese u rodičů a jejich dětí podle Křivohlavého (2013) činí pravděpodobnost kolem 14 %. Depresí však onemocní i lidé bez výskytu této nemoci v rodině. Je tedy pravděpodobnější, že dědíme náchylnost k nemoci, ne však nemoc samotnou. Aby se nemoc rozvinula je zapotřebí více faktorů působících vzájemně. Jako pravděpodobnou se jeví teorie zátěže (stresu) a dispozice (vulnerability). Podle této teorie dědičná nebo získaná vloha s náchylností k selhání adaptivních funkcí duševního života, které následně vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při životní zátěži. Tím se prohlubuje snížení odolnosti jedince, a nakonec vede ke klinické manifestaci onemocnění (Raboch, & Zvolský, 2001).

Biologicky orientovaní psychiatři hledají příčiny na úrovni biochemických změn v mozkové tkáni. V souvislosti s poruchami nálady má největší význam noradrenalin a serotonin. Mezi biologické hypotézy řadí Höschl (1998) katecholaminovou (noradrenergní a serotonergní systém), desenzibilizační, molekulární a buněčnou hypotézu. Deprese je podle monoaminové hypotézy spojena s funkčním nedostatkem katecholaminů a serotoninu v centrálním nervovém systému. Podle Rabocha a Zvolského (2001) se dnes, spíše než na samotné aminy, obrací pozornost na specifické oblasti centrálního nervového systému a jejich případnou dysfunkci jako je frontální kortex, hipokampus, amygdala a bazální ganglia, které jsou jimi modulované.

Biologická hlediska zkoumali Duval et al. (2005), kteří se konkrétně věnovali poruchám v oblasti přenosu neurotransmiterů (serotonergní, adrenergní a dopaminergní systémy) a hormonálních systémů (osa hypotalamus, hypofýza, nadledviny a štítná žláza). Osa hypotalamus-hypofýza-nadledvinky (HPA) byla předmětem zájmu i Bekhbata a Neigha (2017), které zajímal rozdíl mezi pohlavími v epidemiologii deprese vlivem stresu. Ukázalo se, že ženy trpící depresí mají sníženou aktivitu osy HPA, zatímco depresivní muži mají tuto aktivitu zvýšenou. Výsledky jejich studie ukazují, že ženy jsou více ohroženy depresí z důvodu dlouhodobě působícího stresu. Poruchy nálady ovlivňuje stres prostřednictvím neuroimunitních změn. Dlouhodobý stres má tendenci zpomalovat imunitní odpověď, organismus tím šetří energii, zatímco krátkodobý stres imunitní odpověď spíše posiluje, v očekávání poškození ze strany působícího stresoru. Neuroendokrinní faktory by měli být hodnoceny i z hlediska vhodného farmakologického postupu při léčbě antidepresivy. Podle neuroendokrinních hypotéz (Raboch, & Zvolský, 2001) mohou být endokrinní abnormality spojené s depresí výsledkem hypersekrece uvolňovacího faktoru pro kortikotropin (hormon adenohipofýzy, který stimuluje růst kůry nadledvin a produkci glukokortikoidů, především kortizolu) nebo důsledkem snížené hustoty kortikosteroidních receptorů v mozku.

Dlouhodobým působením stresu dochází k úbytku hipokampálních neuronů. Ukazuje se, že depresivní nemocní mají mírně zmenšený objem hipokampu. Tato atrofie by mohla být důsledkem BDNF (mozkový růstový faktor) při přetrvávajícím stresu.

BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) podporuje růst serotonergních a noradrenergických vláken a chrání je před neurotoxickým poškozením. Neurotropiny patrně hrají důležitou roli při rozvoji deprese. Stres ze znemožnění pohybu vede k drastickému snížení exprese BDNF v krysím hipokampu. Dlouhodobě působící zátěž provází hyperkortikalismus (zvýšenou hladinu hormonů kůry nadledvin), a tím dochází oslabení nebo zániku hipokampálních neuronů u krysy a primátů. Podobné účinky má také nedostatek kyslíku, cytokiny, hypoglykemie aj. Schopnost hipokampu tlumit osu hypothalamus-hypofýza-nadledviny je u depresivních nemocných často snížena. Zůstává otázkou, zda takové dopady může mít také psychosociální stres (Höschl, 1999).

Čínští vědci (Zhang et al., 2019) přišli s hypotézou o vztahu mezi patologickým ukládáním železa v thalamu a depresivními příznaky u starších jedinců. Depozice železa pravděpodobně vede k depresivním symptomům mnoha mechanismy. Usazeniny železa v thalamu jednak mohou způsobit lokální neuronovou a neurotransmiterovou dysfunkci ovlivňující funkční spojení a také mohou mít vliv na funkci monoaminů (serotonin, dopamin, noradrenalin a epinefrin), konkrétně mohou snižovat jejich aktivitu a způsobovat zánětlivou reakci a apoptózu neuronů. Důsledkem těchto změn je výskyt depresivních symptomů.

1.4. Psychologické teorie

Psychoanalytické teorie

Nejvýznamnější příčinou vzniku deprese byla pro Freuda (2002) ztráta milovaného objektu. Z psychoanalytického hlediska je deprese výsledkem odvrácení negativních emocí od druhých osob směrem k sobě. Potlačovaný vztek nebo zlost mířené proti vlastnímu organismu způsobuje u takto postižených jedinců nedostatek sebedůvěry, nízké sebevědomí a vysoké nároky na sebe, které se však nedaří naplnit, to vede k dalšímu prohloubení těchto emocí (Praško et al., 2015).

Deprese s pocitem viny a beznaděje se může vyskytovat po skutečné i domnělé ztrátě milované osoby. Fakticky i domněle opuštěný člověk promítá objekt do sebe a poté následuje jeho trestání za ono opuštění. Freud (2002) hledal souvislosti mezi výskytem mnohých duševních poruch a traumatickou zkušeností v dětství.

Patogenita raných traumat je předmětem výzkumných záměrů dodnes. Současné poznatky ukazují, že se Freud nemýlil, když předpokládal vliv dlouhodobého vystavení nepříznivému prostředí, které je významným rizikovým faktorem vzniku deprese. Stresující události způsobují hormonální změny jako je zvýšená hladina kortizolu, která pak poškodí mozek morfologicky (Höschl, 2006).

Behaviorálně-kognitivní teorie

Podle těchto teorií je příčinou vzniku deprese negativní způsob myšlení a jednání. Životní zkušenosti vedou k vytváření přesvědčení a předpokladů o sobě a o okolním světě. Tato schémata pak ovlivňují vnímání a způsob chování. O emoční reakci nerozhoduje sám podnět, ale naše hodnocení o něm. Podle A. Becka (2005) samotná dysfunkční přesvědčení nevedou ke vzniku deprese. Problém vzniká až tehdy, když se objeví kritická událost, která se střetne se systémem osobních přesvědčení a aktivuje je. Následkem pak je vznik automatických negativních a nepříjemných myšlenek. Týkají se současných událostí, reinterpetují události z minulosti a předpovídají události budoucí.

Teorie naučené bezmocnosti

Podle této teorie vzniká deprese na základě důsledku ztráty vlivu na probíhající událost. Takový člověk propadá zoufalství a rezignaci na možnost jejího ovlivnění. Tento jev byl popsán na základě experimentů provedených Hirotem a Seligmanem (1975). Naučená bezmocnost je pasivní a rezigované chování v důsledku vlastního přesvědčení, že není žádná možnost úniku před nepříjemnými podněty (Plháková, 2007).

1.5. Evoluční teorie

Podle evolučních teorií (Hagen, 2011) je smutek a pokleslá nálada způsobem adaptace. Někteří evoluční teoretici argumentují skutečností, že všechny mechanismy se mohou stát dysfunkčními, a tím připouští, že některé depresivní poruchy jsou dysfunkční. Andrews a Thomson (2009) přichází s pozitivním významem klinické a subklinické deprese při řešení komplexních kognitivních úloh. Deprese řídí tělesné změny, které napomáhají analýze řešených potíží, aktivují levý

prefrontální kortex, který zlepšuje pozornost a udržuje kapacitu krátkodobé paměti v průběhu řešení problému. Pro autory je deprese reakcí na stres a vyvinula se v průběhu evoluce jako pomůcka při řešení problémů a vyřešení potíží v průběhu ruminace (ruminační hypotéza). Zároveň připouští fakt, že v moderní době deprese nemusí být adaptačně výhodná. Výzkum pozitivního přínosu depresivní poruchy na sociální kognici se u nás pod vedením Marka Preisse věnovala Beránková (2016). Výzkum nepotvrdil pozitivní vliv deprese, ale ukázal vyrovnaný výkon experimentální i kontrolní skupiny.

1.6. Psychosociální faktory

Při výskytu poruch nálady se zkoumá především vliv stresových a negativních životních událostí. Negativní životní události nejčastěji provází první epizodu afektivní poruchy. Jako nejpravděpodobnější příčina se podle Rabocha a Zvolského (2001) jeví ztráta rodiče do jedenácti let věku a v dospělosti ztráta životního partnera. Díky značné plasticitě mozkové tkáně vedou zevní vlivy k dlouhotrvajícím změnám mozku. Jedná se o změny v synaptické struktuře a funkci. Negativní životní události mají vliv na neurobiologické procesy včetně exprese genů především díky biologické odpovědi na stres (aktivace osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny).

1.7. Mozek, emoce a deprese

Mezi funkční systémy emotivity (Höschl, Libiger, & Švestka, 2004) řadíme struktury mozku kmene, sloužící k rozlišení emočních signálů, limbický systém a bazální ganglia, které dávají emočnímu signálu obsah a schopnost na tento signál odpovědět, a asociační oblasti mozku kůry, která zpracovává estetický a etický obsah emocí. U familiárně podmíněných depresí byl zjištěn pokles metabolické aktivity, prokrvení a zmenšení objemu v levostranné prefrontální kůře, histologické vyšetření však neprokázalo poruchu počtu ani velikosti neuronů, ale nižší počet gliových buněk. Gliové buňky (Orel, 2015) zajišťují nutritivní, stavební, ochranné a informační funkce. Na základě specializace mozkových hemisfér (Crews, & Harrison, 1995) je pravá hemisféra spojována s vyjadřováním a vnímáním emocí. Pacienti s pravostranným postižením mívají obtíže vnímat a vyjádřit emoce. Podle hypotézy pravoemisférové dysfunkce vykazují pacienti s poškozením pravé hemisféry častěji depresivní symptomatologii.

U starších jedinců se objevují hemodynamické, cévní a neurodegenerativní poškození mozku, jsou však postiženy stejné oblasti, především se jedná o kortiko- limbicko-striato-palido-talamický obvod (Koukolík, 2002).

Aktivita funkčních systémů mozku, zvýšení krevního průtoku v subgenuální oblasti gyrus cinguli a v přední části insuly (paralimbické oblasti) a pokles krevního průtoku v pravostranné dorzolaterální prefrontální kůře a v dolní parietální kůře je shodná v případě normálního smutku i deprese (Koukolík, 2002; Höschl et. al., 2004).

1.8. Deprese ve vyšším věku

Depresivní porucha patří mezi nejčastěji se vyskytující psychickou poruchu v seniorském věku. Není ale prokázáno, že by se výskyt depresivní poruchy oproti střednímu věku dramaticky zvyšoval, dokonce výskyt velké deprese se stoupajícím věkem mírně klesá. Jedním z důvodů by mohla být skutečnost, že lidé s velkou depresí se nedožívají tak vysokého věku (Jiráček et al., 2013).

S přibývajícím věkem slábnou adaptační mechanismy člověka, přidružují se somatická onemocnění, mění se sociální situace, člověk stárne a vidina konečnosti života je poměrně častou příčinou výskytu depresivní poruchy (Heretik et al., 2016).

S depresí ve vyšším věku se pojí další symptom, tím je úzkost. Úzkost nemá konkrétní obsah, avšak bývá spojena s pocitem subjektivně vnímaného pocitu špatného tělesného stavu. Podle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) neexistuje depresivní nemocný, u kterého by se alespoň v malé míře úzkost nevyskytovala. S přibývajícím věkem stoupá přítomnost úzkosti. Někdy mají tendenci nemocní úzkost lokalizovat do tělesných orgánů, často to bývají dolní končetiny a ramena. Tento stav se v psychiatrii označuje jako vitalizace úzkosti.

Ve stáří provází depresivní symptomy organická postižení centrálního nervového systému (organická afektivní porucha, dle MKN-10 F06.3), často se objevuje deprese jako reakce na nepříznivé životní události a zátěžové situace (poruchy přizpůsobení, dle MKN-10 F43.2) a deprese provázející somatická onemocnění. Mezi predisponující faktory depresí ve vyšším věku řadíme ženské pohlaví, věk nad 60 let, anamnézu psychiatrického onemocnění, chronická tělesná onemocnění,

abúzus alkoholu a léků, přítomnost bolesti, snížená soběstačnost, izolace od druhých osob, ztráta životního partnera a vědomí konečnosti vlastního života (Drástová, & Krombholz, 2006).

Mezi rizikové faktory deprese v seniu řadí Holmerová a Vaňková (2009) především sociální izolaci a osamělost, ztrátu nejbližších, nízký socioekonomický status, nesoběstačnost a seniory institucionalizované a trpící chronickými nemocemi. Také podle Jiráka (2007) je osamělost rizikovým faktorem deprese a suicidality. K osamělosti seniorů přispívá tzv. syndrom opuštěného hnízda; doba, kdy rodinu opustí děti, ztráta milovaného partnera a odchod do důchodu. Osamělostí a sociální izolací jsou ohroženi nejen senioři umístění do sociálních zařízení, ale i senioři osaměle žijící ve vlastní domácnosti, především ti, o které není zájem ze strany jejich dětí anebo jsou nedostatečně mobilní.

Stáří je podle Jiráka (2013) spojeno nejen s reálnými, ale i iracionálními ztrátami. Může se jednat o ztrátu domova, zdraví, společenského postavení, prestiže, majetku, soběstačnosti a nezávislosti. Senioři jsou více ohroženi pocitem ztráty kontroly nad životem důsledkem vnějších tlaků, např. finanční nejistotou, fyzickými změnami spojenými se stářím, odchodem do důchodu, ztrátou sociální role aj. Tyto skutečnosti často doprovází negativní emoce, smutek, úzkost, nízká sebeúcta, nejistota. Deprese pak může vzniknout následkem dlouhodobého působení těchto negativních emocí. Mezi významné faktory vzniku geriatrické deprese patří ztráta milované osoby, potíže se spánkem, chronické zdravotní potíže a osamělost (Dean, Kolody, & Wood, 1992). Paulík (2017) přišel s pojmem „krize šedesátníků“, kterou spojuje s koncem pracovní kariéry, pocitem vlastního stárnutí a celkovou nepotřebností.

Podle Kubínka a Pidrmana (2008) činí prevalence deprese v populaci jedinců nad 65 let 1,4 % u žen a 0,4 % u mužů, přičemž metaanalýzy studií uvádějí dokonce vyšší výskyt, a to až 6 %. Tato čísla zahrnují pouze případy plně vyjádřené depresivní fáze dle příslušného diagnostického manuálu. Zmiňují také fakt, že v praxi se lze setkávat u geriatrických pacientů se subsyndromální neboli subklinickou formou deprese, kdy se u těchto nemocných vyskytují depresivní příznaky, které však nevyhovují diagnostickým kritériím, a to až na hranici 30 %.

Toto číslo se ještě zvyšuje u institucionalizovaných seniorů (Meeks, Vahia, & Lavretsky, 2011). Subklinické formy deprese významně snižují kvalitu života, vedou k poklesu kognitivního výkonu, delším hospitalizacím a k subjektivní pocitem neuspokojivého zdraví. Deprese zvyšuje morbiditu, mortalitu a suicidalitu, a proto je třeba tomuto tématu věnovat pozornost.

Základní příznaky deprese seniorského věku (Jiráček et al., 2013):

- smutek (atypické formy nemusí mít v popředí pocity smutku)
- únava
- sociální stažení a izolace
- snížení chuti k jídlu a tělesné hmotnosti
- snížení až ztráta zájmu o své zájmy a oblíbené aktivity
- poruchy spánku (poruchy usínání, předčasné ranní probouzení, hypersomnie přes den)
- ztráta sebeúcty (pocity bezvýznamnosti, pocit, že je pro ostatní zátěž)
- časté úvahy o smrti, sebevražedné myšlenky
- nadměrné užívání alkoholu nebo farmak.

Hroudová (2018) představuje problém iatrogeně navozených depresí farmakologickými prostředky. To je nutné brát na zřetel především u polypragmázie, stav, kdy je najednou podáváno více léků, což je problémem řady starších osob. Navíc představuje tzv. depresogenní léčiva (např. antiparkinsonika, antihypertenziva, opiátová analgetika, kortikosteroidy, nesteroidní analgetika, benzodiazepiny, některá antipsychotika), které ovlivňují rovnováhu neurotransmiterů v centrálním nervovém systému, snižují jejich tvorbu a výdej, nebo zasahují do mechanismu přenosu neuronální informace.

Holmerová a Vaňková (2009) a Dragomirecká (2007) upozorňují na skutečnost, že deprese u lidí vyššího věku často probíhá nepozorovaně. Senioři si příliš nestěžují na zhoršenou náladu, spíše navštěvují praktické a jiné ošetřující lékaře pro nejrůznější somatické problémy, za kterými se deprese ukrývá nebo navazuje na zjevné tělesné onemocnění. Drástová a Krombholz (2006) popisují nemocné, kteří si opakovaně stěžují na poruchy pasáže gastrointestinálního traktu, především

obstipaci. U seniorů bývá často deprese skrytá za kognitivním deficitem, zejména za stížnostmi na potíže s pamětí. Jiráček (2013) uvádí některé symptomy, které by mohly vést k podezření na přítomnost deprese: úzkost, pocity soužení, beznaděje, problémy s pamětí, nedostatek pocitu radosti, podrážděnost, pokles zájmu v péči o sebe sama (zanedbávání hygieny, vynechávání stravy a medikace), zpomalené psychomotorické tempo, bolesti a parestezie bez objektivní příčiny a pocity bezmocnosti. Často se objevují stížnosti na úbytek energie, ztrátu motivace a vůle.

Na často podhodnocenou míru depresivních příznaků u osob staršího věku upozorňuje Gregg, Fiske a Gatz (2013). Příznaky deprese podle nich příliš často bývají připisovány běžnému stárnutí nebo jinému chronickému onemocnění. Na druhou stranu Copeland et al. (2018), se přiklání ke stanovisku, že deprese u seniorů bývá diagnostikována častěji, než by měla být, a její příznaky bývají spíše nadhodnocovány.

1.9. Výzkumy deprese u seniorů

Deprese u osob nad 65 let bývá velmi často zkoumaným fenoménem. Sleduje se prevalence deprese, souvislosti mezi výskytem deprese a věkem, pohlavím, vzděláním, kvalitou života, soběstačností a dalšími proměnnými. Zkoumá se vliv medikace, výživy a pohybové aktivity. V této kapitole představíme některé z nich.

Deprese u seniorů často bývá spojována s problematikou kvality života, kterou negativně ovlivňuje. Podle Friedmana, Heisela a Delavana (2005) u starších jedinců trpících depresí stojí za nízkou mírou kvality života omezení volnočasových aktivit, společenského života a dalších aspektů spojených s tématem aktivního stárnutí.

Podle výsledků výzkumu zabývajících se účinky taneční a reminiscenční terapie v domovech pro seniory se zjistilo, že depresí jsou ve větší míře ohroženi senioři s nižší soběstačností. Míra deprese byla určena na základě výsledku v Geriatrické škále deprese-GDS (Brink, Yesavage, & Lum, 1982). Klienti s vyšším skóre v GDS zároveň vykazovali horší výsledky při vyšetření funkční způsobilosti a soběstačnosti, měřené ADL. Soběstačnost úzce souvisí jak s problematikou kvality života, tak s depresí, je tedy na místě snaha o její podporu a zachování (Holmerová, Vaňková, & Dragomirecká, 2006).

Počet depresivních příznaků, míru prevalence deprese a korelaci mezi depresivními příznaky, demencí a aktivitami každodenního života mapovali u téměř 1000 osob ve věku nad 65 let Gostynski, Ajdacic-Gross a Gutzwiller (2002) ve Švýcarsku. Jejich výsledky ukazují, že počet depresivních příznaků je vyšší u žen, u osob s nižším vzděláním, u osob rozvedených či ovdovělých a zároveň stoupá s věkem. Míra prevalence deprese s věkem stoupá a je signifikantně vyšší u žen. Pozitivní korelaci prokázali mezi počtem depresivních příznaků, demencí a aktivitami každodenního života.

Existuje snaha zkoumat depresi ve vyšším věku v souvislosti se správnými stravovacími návyky. Hledá se odpověď na otázku, zda vyrovnaná strava může mít preventivní vliv na výskyt deprese u starších jedinců nebo snad dokonce snižovat depresivní příznaky. Klímová, Novotný a Valis (2020) naznačují možné souvislosti mezi přijímanou stravou a depresivními příznaky, konkrétně existuje korelace mezi příjmem vitamínu B a poklesem depresivních příznaků u starších lidí.

2. Eriksonova koncepce vývoje osobnosti

„Dnešek je jako včerejšek, dokud se neposadíš a vše nezhodnotíš.“ (lidové pořekadlo)

Erik Homburger Erikson se svojí psychosociální teorií vývoje osobnosti obohatil psychoanalytické koncepce, které vyzdvihují význam pudů při tvorbě lidského jednání o vlivy kulturní a společenské, čímž se psychoanalýza stala srozumitelnější a přijatelnější pro širší okruh zájemců (Cakirpaloglu, 2012).

Interakční vývoj osobnosti probíhá po celý život, na rozdíl od Freudova vývoje ega není omezen na prvních pár let dětství. Podle Eriksona (1963) probíhá epigeneticky, jednotlivá stádia následují v přesném pořadí a zároveň jsou členěny do určité hierarchie.

2.1. Identita

Identita neboli totožnost u člověka představuje uvědomování si vlastní jedinečnosti a odlišnosti od druhých. Hartlovi (2010) rozlišují mezi skutečnou identitou, čím je člověk ve skutečnosti, a potenciální identitou, které spočívá v neuplatněných vlastnostech. V psychosociální teorii osobnosti (Blatný, Hřebíčková, & Millová (2010) je kladen důraz na soulad mezi vnitřními pocity Já a definicí identity utvářené, ovlivněné a přisouzené ze sociálního prostředí. Jelikož žijeme ve společnosti, naše Já se utváří v interakci s druhými.

Nosným tématem Eriksonova pojetí vývoje osobnosti (Drapela, 1997) je formování osobní identity, která úzce souvisí s vývojem ega. Zralé ego se objevuje teprve tehdy, když člověk získá přiměřený pocit identity. Formování ego identity je nejdůležitější fází ve vývoji osobnosti. Vývojový úkol získání přiměřeného pocitu identity stanovil Erikson (1963) do období adolescence. Zároveň však zdůraznil, že vývoj osobnosti, potažmo tedy i ego identity, probíhá až do konce života, kdy v každé fázi ego získává novou kvalitu, která však není získaná jednou provždy.

Také Marcia (1993) považuje za nejdůležitější fázi pro upevnění identity období adolescence, kdy končí dětství a začíná období dospělosti. V dětství zahrnuje formování identity syntézu dovedností, přesvědčení a identifikací do jedinečného

celku, který pak mladistvému poskytuje pocit kontinuity s minulostí a zároveň směr do budoucnosti.

2.2. Teorie psychosociálního vývoje

Psychosociální teorie vývoje osobnosti Eriksona (1963, 1982) představuje osm vývojových stádií. Každé z nich je typické vývojovým konfliktem mezi dvěma protichůdnými póly. Každý konflikt v sobě obsahuje výzvu k jeho řešení. Je výhodné vědět, jak člověk zvládá řešení krizí, neboť případné řešení minulého konfliktu ho znevýhodňuje v plnění dalších psychosociálních krizí. Podle Klimenta (2004) splnění vývojového úkolu nemá pouze vliv na úspěšné zvládnutí následujících etap života, ale zároveň ovlivňuje míru schopnosti přizpůsobit se vnějším podmínkám. Pokud je konflikt úspěšně vyřešen, nastává růst, který přináší pro ego novou sílu-ctnost. Erikson (2015) hovořil o pokroku ve vývoji, psychosociálním růstu a o vzniku nové kvality ega. Ego je pro Eriksona adaptivní, tvořivé, autonomní a schopné řešit konflikty efektivně a úspěšně. Ego-kvality však nejsou získané jednou pro vždy, v jednotlivých obdobích získáváme spíše průměr mezi pozitivním a negativním pólem. Pokud rovnováha směřuje k pozitivní straně spektra pomáhá zvládnout další vývojové mezníky tak, aby nebyl ohrožen další vývoj osobnosti (Hall, & Lindzey, 1997).

Tabulka č. 1: Osm věků člověka E. H. Eriksona (upravené podle: Erikson, 2015)

Stádia	Období	Konflikt	Ctnost
I.	Kojenecký věk	Základní důvěra/nedůvěra	Naděje
II.	Rané dětství	Autonomie/zahanbení	Vůle
III.	Období hry	Iniciativa/vina	Cíl
IV.	Školní věk	Snaživost/méněcennost	Schopnost
V.	Adolescence	Identita/zmatení rolí	Věrnost
VI.	Mladá dospělost	Intimita/izolace	Láska
VII.	Dospělost	Generativita/stagnace	Péče
VIII.	Stáří	Integrita/zoufalství	Moudrost

Jednotlivá stádia vývoje nelze od sebe oddělovat, neboť jsou navzájem propojená a prvky každého z nich jsou v zárodečné podobě ještě před začátkem příslušného

kritického období. Ve věku nad 65 let se jedná o konflikt mezi integritou a zoufalstvím ega. Integrita ega (ego integrity) je duševním stavem, který shrnuje všechny kvality předchozích vývojových stádií; důvěry, autonomie, iniciativy, zručnosti, identity, intimity a generativity a tedy souvisí s řešením předchozích psychosociálních krizí a jejich případnému zvládnutí či nezvládnutí (Erikson, 1982).

Naše práce se zaměřuje na osmé vývojové stadium, které se týká řešení konfliktu mezi integritou a zoufalstvím. Proto budeme v další části věnovat pozornost pojmům integrita ega, zoufalství ega a vzniklé ctnosti moudrosti jako výsledek úspěšného řešení krize mezi integritou a zoufalstvím a výzkumů souvisejících s těmito konstrukty.

Hannach, Domino a Figueredo (1996) zkoumali, do jaké míry je vyřešení krize integrita vs. zoufalství předpovězeno řešením konfliktů z předchozích vývojových stádií. Jejich výsledky potvrdili Eriksonův předpoklad, že vývoj osobnosti je kontinuální proces, ve kterém je růst v předchozích fázích života nezbytným předpokladem pro řešení pozdějších vývojových konfliktů. Dosažení integrity ega není tedy pouze ojedinělým úkolem, ale přirozeným následkem zvládnutí předchozích vývojových úkolů, přičemž generativita a důvěra se ukazují jako nejsilnější prediktory integrity ega.

Vztah mezi identitou, dosaženým vzděláním, generativitou a ego integritou zkoumali James a Zarrett (2005). Jejich výsledky ukazují vztahy mezi zmíněnými fázemi Eriksonovy teorie. Čím větší je u respondentů vnímaný pocit identity, tím pravděpodobnější je pocit generativity a zároveň i ego integrity s odstupem 45 let u stejných respondentek. Podle autorů, pokud identita představuje rámec ega s pohledem na budoucnost, tak integrita je pak sebepoznáním s pohledem na vlastní minulost, ať už smysl života byl jakýkoliv.

Torges, Stewart a Duncan (2008) testovali hypotézu o souvislosti mezi mírou generativity ve středním věku a mírou integrity v pozdním věku. Výsledkem byla skutečnost, že vyšší úroveň generativity ve středním věku předpovídá vyšší úroveň integrity ega v pozdním věku, a to i za předpokladu kontroly dalších proměnných; úroveň životní spokojenosti, psychické pohody a sociální žádoucnosti. Autoři však spekulují nad myšlenkou, že za příčinou úspěšného řešení psychosociálních krizí

stojí osobnostní rys, vlastnost umožňující optimální fungování ve světě, a nejen předchozí úspěšné vyřešení vývojového konfliktu.

Integrita ega a její protějšek zoufalství bývá spojována nejčastěji s neuroticismem, extravertí a otevřeností vůči zkušenosti, které jsou vymezeny jako poměrně stabilní dispozice cítit, myslet a jednat určitými způsoby (McCrae & Costa, 1986). Lidé s vyšší mírou neuroticismu bývají emočně zranitelnější a mají tendence přemítat nad svými neúspěchy (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Prožívání pozitivních emocí lze prokázat u osob s vyšší mírou extravertze (Steel, Schmidt, & Shultz, 2008). Lidé otevřenější vůči zkušenostem snáze hledají nové významy v minulých zkušenostech (McCrae & Costa, 1986). Zránění a vývoj osobnosti a potažmo výslednou integritu ega pravděpodobně ovlivňují poměrně stabilní osobnostní rysy a dimenze.

2.3. Integrita ega

Podle psychologického slovníku (Hartl, & Hartlová, 2010) je integrita základem duševního zdraví, představuje jednotu a celistvost tělesných, duševních a mezilidských struktur a funkcí. Integrovaná osobnost tvoří organizovaný a harmonický celek s převažujícími pocity spokojenosti se životem.

Erikson (1963) si integritu představuje jako jakési pomyslné dědictví sebe sama. Integrovaný člověk se za svým životem ohlíží s pocitem dobře vykonaného díla a osobním naplnění. Pokud tomu tak není, pociťuje zoufalství. Ctností této vývojové etapy je moudrost jako výsledek vývojového cyklu jedince. Představuje nestrannou zaujatost životem tváří v tvář smrti, která se učí a udržuje z integrované životní zkušenosti (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1994). Vyřešení osmé vývojové krize, dosažení integrity ega je důležité pro psychickou pohodu a stabilitu.

Pokud člověk dosáhne ve stáří ctnosti moudrosti, předchozí zkušenosti jako celek mívá integrovány do vědomí, důvěru, autonomii, iniciativu, snaživost, identitu, intimitu, generativitu a integritu ega. Erikson (2015) tento fenomén nazýval existenciální identitou, což pro něj znamenalo propojení minulosti, přítomnosti a budoucnosti, včetně přesahu člověka samotného. Pro Eriksona má integrita těsný

vztah s důvěrou napříč generacemi, děti integrovaných rodičů se nebudou bát života.

Přesnou definici integrity ega však Erikson nevymezil, zanechal však ve svém odkazu charakteristiky, na jejichž základě lze usuzovat, co měl onou integritou ega na mysli. Integrovaný jedinec přijal svůj život s jeho výhrami i prohrami a nahlíží na něj jako na něco, co muselo být právě takhle a ne jinak. Podle Eriksona (1963) je takový závěr retrospektivního pohledu na prožitý život základním rysem ego integrity. Dosažení integrity zároveň vede k přijetí konečnosti života a snižuje úzkost ze smrti samotné. Podle Torgese, Stewart a Duncana (2008) jedinec s vysokou integritou ega nepopírá negativní pocity beznaděje či zoufalství, ale místo toho zahrnuje tyto pocity do dynamického a komplexního pojetí chápání světa. Každý člověk ve svém životě zažije okamžiky plné radosti, štěstí i optimismu, zároveň však i zkušenosti spojené se smutkem, lítostí a bolestí. King (2001) je přesvědčena o nutnosti hodnocení negativních zkušeností v životě, neboť vyhýbání se bolestivým vzpomínkám v krátkodobém horizontu může mít pozitivní asociaci se životní spokojeností, v dlouhodobém horizontu však negativní asociaci se zralostí a vývojem ega.

Předpokladem a zároveň zdrojem integrity ega je: „*a) péče o starostlivost (člověka, který tak či onak vzal na sebe péči o věci a lidi), b) plodnost v rovině idejí, potomků či věcí (pouze v původci ostatních bytostí nebo tvůrci věcí a idejí), c) adaptace na vlastní životní vrcholy, pády a turbulence (přizpůsobil se životu s jeho neodmyslitelnými výhrami a prohrami), d) chápání minulých dějů, epizod a událostí ve svém životě jako jedinečných a nezrušitelných přijetí vlastní jedinečnosti a jedinečného životního cyklu jako něčeho, co muselo a nutně nemůže být jinak). Předpokladem k integritě ega je naplnění těchto čtyř bodů“ Erikson (1963, s. 268).*

Podle Eriksona (2015) je integrita nejen kvalitou osobního charakteru či ega, ale především sdílení s druhými, láska ke svým blízkým přesahující v čase a koincidence vlastního životního cyklu a určitého historického segmentu. V nejjednodušším smyslu znamená pocit celistvosti a soudržnosti, koherence a tendenci držet pohromadě. Erikson však zdůrazňuje, že tyto pocity jsou ohroženy

podmínkami, které nese stárnutí organismu. Jedná se o ztrátu spojení mezi tělem, psýché a étosu.

Integrita ega (Erikson, 1963) také znamená sebedůvěru, sebevědomí a sebeuplatnění v kontextu minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Integrita ega je akceptace sebe sama v daném historickém uspořádání a smyslu (ibid). Jinak řečeno integrovaný člověk přijímá hodnoty a významy čerpané z minulosti a zároveň je schopen tyto předávat dalším generacím.

Santor a Zuroff (1994) vyjmenovávají devět aspektů, které pod sebou ego integrita podle Eriksona zahrnuje:

- schopnost přizpůsobit se ziskům a ztrátám
- spiritualita
- smíření se s nezbytným směřováním svého života
- tolerování či přijetí druhých
- přijetí jedinečného místa v historii
- absence úzkosti ze smrti
- osvobození od pocitu, že se blíží konec života
- emocionální integrace
- životní spokojenost.

Eriksonův styl integrity má historický význam, neboť na stylu integrity se podílí člověk sám v souladu s kulturou, na níž participuje a kterou spoluvytváří. Jedinec v procesu integrace má akceptovat sám sebe a nahlédnout na sebe jako na součást společenství a historie, která zahrnuje životy minulých a budoucích generací. Na integritu ega lze nahlížet ve dvojitým kontextu. Integrita ega jako výsledek řešení vývojového konfliktu mezi integritou a zoufalstvím, pozitivním výsledkem řešení tohoto konfliktu v pozdní dospělosti je přijetí minulosti. Integrovaný jedinec tak přijal svoji minulost, včetně prožitých zisků a ztrát. Integrita ega jako proces vyvažování zisků a ztrát v životní revizi. Tito lidé vykazují jak známky integrity, tak i jeho protějšek zoufalství ega. Nejednotnost jejich hodnocení naznačuje, že jsou v procesu vyrovnávání zisků a ztrát v jejich životě, a že konflikt mezi integritou a zoufalstvím ještě nebyl vyřešen (Filip, Lukavská, & Poláčková Šolcová, 2019).

Dosahování integrity ega zahrnuje mimo kompetenci přijetí osobních selhání a zklamání, úspěchů a vítězství i toleranci a respekt vůči životům a rozhodnutím druhých, tak jak byly konány a prožity. Vývojová etapa stáří zahrnuje snahu o rovnováhu mezi stavy integrity a zoufalství. Podle Eriksona (1963) jsou všichni lidé bez ohledu na jejich původ, inteligenci, kulturu a politiku kompetentní v procesu integrace.

Pokud člověk nevyhnutelně přijímá prožitý život s rovnováhou dobrých i špatných rozhodnutí, tak lépe akceptuje neodvratitelnou skutečnost konce života. Propojení úspěchů a neúspěchů, radosti a zklamání vede k moudrosti a integritě, které v sobě zahrnují sílu dát smysl prožitému životu. Touto skutečností může konečná etapa života dovést jedince k jeho celistvosti. Komplementárně pak neschopnost integrovat prožité události blokuje dosažení vyrovnanosti, vede k fragmentaci sebe sama a pocitu zoufalství a depresi (Zalenski, 2016).

Erikson (2015) v některých starších lidech viděl nezdolnost, kterou nazýval existenciální identitou. Měl na mysli propojení jejich minulosti, přítomnosti a budoucnosti, které přesahuje člověka samotného.

Prvky integrity ega zkoumala v životních příbězích Nováková (2008) pomocí technik čáry života (životní křivka) a narativního interview (vyprávění životního příběhu). V souladu s Eriksonovým pojetím integrovaná osobnost vyjadřuje smíření s prožitým životem, s jeho těžkostmi i radostmi zároveň. Členité křivky čáry života, které zaznamenali respondenti uvedeného výzkumu, svědčí o integrované osobnosti, tato skutečnost byla posléze potvrzena následujícími rozhovory.

Pro Ryff a Heincke (1983) je integrita ega nejenom vývojový úkol v pozdní dospělosti, ale i proces nebo styl zvládnání a adaptace v této životní fázi. Integrita ega v jejich pojetí znamená přizpůsobení se triumfům i zklamáním existence a pohled na prožitý život jako nevyhnutelný, vhodný a smysluplný. Člověk s vysokou mírou integrity přijímá život, jako něco, co mělo být, je emocionálně integrovaný, vyřešil minulé konflikty a má pocit, že se o své záležitosti dobře postaral. Na druhé straně nízké skóre integrity (zoufalství) je spojeno s obavami ze smrti, pocity znechucení a zoufalství ohledně prožitého života. Zoufalý člověk nepřijímá předchozí život jako smysluplný a vhodný. Ryff a Heincke společně vytvořili

jednofaktorovou škálu integrity ega NEIS (Northwestern Ego-Integrity Scale), která bude využita i v našem výzkumu.

Pro Torgese, Stewarta a Duncana (2008) znamená integrita ega snahu a úsilí vynaložené na zvládnutí dvou opozičních sil mezi integritou a zoufalstvím, které pro ně představují dva nezávislé faktory. Zoufalství a beznaděj je nezbytnou součástí celého procesu integrace.

Také z pohledu personologů je na integritu nahlíženo jako na celistvost, která umožňuje optimální fungování osobnosti. Integrita představuje vyvážený poměr všech složek osobnosti. Kováč (2003) v kontextu integrity hovoří o vyváženosti mezi kognitivními, emocionálními a volními psychickými procesy.

Souvislosti mezi integritou ega, osobnostními charakteristikami a duševním zdravím hledali v roce 2015 v Holandsku za pomoci korelačních analýz. Holandští autoři vycházeli z myšlenky, že životní události mohou iniciovat změny v osobnostních rysech, a proto podle nich osobnostní charakteristiky mohou souviset s integritou ega a zoufalstvím, a to i navzdory předpokladům o poměrně stabilních rysech osobnosti. Zaměřili se především na neuroticismus, extraverci a otevřenost vůči zkušenostem. Lidé s vyšší mírou neuroticismu bývají zranitelnější a mají tendenci přemýšlet spíše nad tím, co se v jejich životě pokazilo, vyšší míra neuroticismu by tak mohla souviset s vyšší úrovní zoufalství. Jedinci s vyšší mírou extraverce mají tendenci k prožívání pozitivních emocí, využívají v životě účinnější strategie zvládnání, extraverce by tak mohla mít pozitivní vztah k integritě ega. Osoby otevřenější vůči zkušenostem jsou vnímavější k vnitřním pocitům, více se zajímají o zkoumání nových myšlenek, hodnot a zkušeností, to jim může pomoci při hledání nových významů v prožitých událostech, a díky tomu tak mohou zažívat vyšší integritu ega. V oblasti týkající se duševního zdraví, autoři předpokládali souvislosti mezi integritou ega a osobní pohodou (well-being), a zároveň mezi zoufalstvím ega a příznaky duševních poruch, konkrétně depresních příznaků. V návaznosti na metaanalýzy souvislostí mezi osobnostními charakteristikami a pocitem pohody a duševními nemocemi bylo zjištěno, že extraverce a otevřenost vůči zkušenostem souvisí s osobní pohodou, zatímco neuroticismus s duševní nemocí. Autoři očekávali, že neuroticismus má nepřímou souvislost se zoufalstvím prostřednictvím

depresivních příznaků, a extraverze a otevřenost vůči zkušenosti má nepřímý vztah k integritě ega prostřednictvím well-being. Výzkumné hypotézy byly ověřovány na vzorku 218 osob ve věku 50-95 let, pro měření integrity ega byla použita NEIS (Northwesternská škála integrity ega), pro osobnostní rysy (neuroticismus, extraverze a otevřenost vůči zkušenostem) holandská verze NEO-FFI (NEO Five-Factor Inventory), pro osobní pohodu Mental Health Continuum-Short Form, zahrnující emoční, sociální a psychickou pohodu, pro depresivní příznaky Center for Epidemiological Studies Depression scale a v poslední řadě krátký dotazník zaměřený na demografické údaje (věk, pohlaví, rodinný stav a vzdělání). Výzkumníci data analyzovali pomocí bivarianční korelace mezi osobnostními rysy a integritou a zoufalstvím ega. Vyšší míra neuroticismu má významný vztah k vyšší míře zoufalství, nikoliv však k integritě ega, vyšší míra extraverze souvisí s vyšší integritou ega a nižší mírou zoufalství a vyšší míra otevřenosti vůči zkušenostem má významný vztah s vyšší mírou integrity ega, ne však se zoufalstvím. Zároveň se pomocí regresní analýzy ukázalo, že lidé s vyšší mírou neuroticismu a otevřenosti vůči zkušenostem zažívají vyšší úroveň zoufalství. Depresivní příznaky korelují se zoufalstvím, nikoliv však s integritou ega. Osobní pohoda má významný vztah k integritě ega, nemá však vztah k zoufalství ega. Autoři dále předpokládali, že celkový vliv neuroticismu na zoufalství je složený z přímého vlivu neuroticismu na zoufalství a nepřímého vlivu zprostředkovaného depresivními příznaky. Celkový vliv extraverze a otevřenosti vůči zkušenosti na integritu ega je složen z jejich přímého vlivu na integritu ega a dále nepřímého vlivu zprostředkovaného well-being. Mediační analýza prokázala jednak nepřímý vliv zprostředkovaný osobní pohodou mezi extraverzí i otevřeností vůči zkušenosti a integritou ega a jejich vzájemný přímý vliv. Na druhou stranu celkový vliv neuroticismu na zoufalství se skládá z přímého vlivu neuroticismu na zoufalství, nikoliv však nepřímého vlivu zprostředkovaného depresivními příznaky (Westerhof, Bohlmeijer, & McAdams 2015).

Šolcová, Děchtěrenko a Poláčková Šolcová (2020) hledali odpověď, zda má na integritu ega vliv dosažená úroveň vzdělání na vzorku neinstitucionalizovaných seniorů z Kamerunu, Číny, České republiky a Německa (N=899). Vzdělání se ukázalo být důležitým faktorem v procesu integrace. Toto zjištění podporuje myšlenku o tom, že vysokoškolsky vzdělaní lidé mohou mít lepší postavení

z hlediska dobrého stárnutí. Vzdělávání rozvíjí návyky, dovednosti, zdroje a schopnosti, které lidem umožňují dosáhnout lepší kvality života.

Hamachek (1990) se snažil shrnout charakteristiky, postoje a projevy chování u osob, které dosáhly integrity jako nové kvality. Jsou schopny integrovat minulé zkušenosti s aktuálním děním a tím vytvořit moudrost, jak žít úspěšný a vyrovnaný život. Na konci života dosahují pocitu vnitřní celistvosti. Mají sklony k tomu být přiměřeně šťastní, optimističtí a celkově spokojeni se svým životem. Za svým životem se ohlíží s vděkem, potěšením a oceněním. Jsou připraveni bránit vlastní životní styl proti všem ekonomickým hrozbám. Nečiní jim potíže přiznat sobě i druhým, že není nikdo na vině mimo sebe, při potížích a selháních, které zažily. Přijímají smrt jako součást životního cyklu. Tyto osoby věří, že to, čím jsou a kým se staly, je pouze důsledek jejich vlastní činnosti. Převažují u nich pocity kontroly nad svým životem a přijetí sebe sama i druhých, včetně respektu k jejich individualitě.

Poláčková Šolcová, Chrz a Dubovská (2019) upozorňují na skutečnost, že v mnohých výzkumech je na integritu ega usuzováno spíše nepřímo pomocí sebesposuzujících inventářů, vzorců, zvyklostí a cílů chování, aktivit a zájmů v životě, dotazníků mapujících strach ze smrti, životní spokojenost, smysl života, spiritualitu, postoje ke stárnutí, míru deprese, generativitu a analýzy autobiografických dat a narativních příběhů.

V následující části se zaměříme na konstrukty, které bývají nejčastěji spojovány s integritou a zoufalstvím a úspěšným či neúspěšným stárnutím.

2.4. Zhodnocení života (life review)

Ve stáří se vynořuje tendence zhodnotit, uspořádat a integrovat vše minulé. Zhodnocení života představuje skutečnost, že člověk řeší konflikt mezi integritou a zoufalstvím ega prostřednictvím rekonstrukce vlastního životního příběhu (Poláčková Šolcová et al., 2019).

Podle Eriksona (1982) uspokojení z prožitého života vyvrcholí v pocit celistvosti a naplnění. Integrity ega lze dosáhnout přes zhodnocení života.

Life review není jen pouhým vzpomínáním na životní události, neboť zahrnuje další analýzu těchto událostí. Recenze vlastního života jako rekonstrukce životních událostí, obsahuje navíc další funkce, analýzy, vysvětlení a hodnocení, sloužících zejména ke zmírnění deprese, učení ostatních, řešení problémů, zlepšování sebepoznání, posílení vzhledu do života a získání moudrosti. Zhodnocení života obsahuje úvahu o současnosti a budoucnosti. Zhodnocení života má potenciál podporovat psychický růst a zrání. Vzpomínání na prožitý život může pomoci najít smysl ve ztrátách a neúspěších, přijmout vlastní chyby a slabosti, a tím podpořit zrání osobnosti (Staudinger, 2001).

Zhodnocení, reflexe, bilance či recenze života je proces, který vyžaduje upřímnost k sobě samému s cílem porozumět vlastnímu životu a událostem v něm a zkušenostem sebe sama jako člena společenství v konkrétní historické etapě. Integrovaný styl zhodnocení života zahrnuje realistický náhled na to, kým člověk byl, je a bude. Přijímá výhry stejně jako ztráty bez hořkosti nad vlastní nedokonalostí. Proti tomu jedinci zoufalí, neintegrování jsou sklíčení životními selháními, zklamáními a promarněnými šancemi, které jim život nabídl (Poláčková Šolcová et al., 2019).

Z pohledu kognitivní psychologie stárnutí provází pokles či úpadek v mnoha kognitivních funkcích, zejména v paměti. Určitou kompenzací těchto ztrát se zdá být poměrně dobře uchovaná paměť pro emočně nabitě události, zejména pozitivně emocionálně zabarvený materiál. Stárnutí má vliv na upřednostňování pozitivně zabarveného materiálu, hovoří se o tzv. efektu positivity. Podle teorie socioemocionální selektivity (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999) působí zaměření na pozitivní materiál s vyloučením negativního materiálu ve službách emocionální pohody (Carstensen, & Mikels, 2005). Tyto poznatky naznačují, že by se mohly uplatnit při řešení konfliktu mezi integritou a zoufalstvím ega u seniorů ve prospěch kladného pólu.

Hodnocení vlastního života je předmětem zkoumání z hlediska vlivu stimulace kognice u nemocných s demencí, zvýšení spokojenosti a kvality života a intervence pro seniory trpící depresivními příznaky. Zkoumání a hodnocení života podle Webstera (2003) vytváří příležitost ke identifikaci osobních silných a slabých

stránek. Jejich následné uznání umožňuje rozvoj silných stránek, a zlepšení slabých stránek.

2.5. Terapie pomocí reminiscence

Na retrospektivního účtování dosavadního života v souvislostech s vyřešením konfliktu mezi integritou a zoufalství se zaměřili Taft a Nehrke (1990), kteří hodnotili vztah mezi reminiscencí, zaměřenou na hodnocení prožitého života, a ego integritou. Reminiscence v jejich pojetí představuje most mezi minulostí a přítomností a může se stát mechanismem, který umožňuje starším lidem dosáhnout ego integrity. Výsledky jejich práce ukázaly pozitivní korelaci mezi vzpomínáním na minulost a integritou ega, tím podpořili Butlerovu teorii hodnocení života a naznačili spojení mezi recenzí života a řešením osmé vývojové fáze Eriksonovy teorie. Butlerova (1963) terapie zaměřená na hodnocení prožitého života je technikou specializovanou na pomoc starším lidem pochopit a vyřešit prožité události s negativním konotací, a tímto způsobem dosáhnout integrity ega. V jeho pojetí reminiscenční proces klade důraz na řešení dříve nevyřešených konfliktů. Revize života umožňuje člověku lépe přijmout minulost, přijatelněji žít v přítomnosti a méně se starat o jeho případnou smrt. Provádí se v individuální nebo skupinové formě.

Vědecké práce věnované reminiscenční terapii však nepřinášejí jednotné výsledky. Najdou se odborníci, kteří jsou přesvědčeni o možnostech terapie reminiscencí v rámci účinnosti při zmírňování depresivních symptomů. LoGerfo (1980) a Fry (1983) přišli se závěry podporující tyto myšlenky. Reminiscence jako forma terapie je úspěšná při řešení frustrace, deprese a nízké sebeúcty, při řešení behaviorálních problémů, jako je narušená koncentrace pozornosti, a podporuje pocity kontroly nad svým životem. Jako terapeutická technika pomáhá k dosažení prožívané integrity ega a zároveň snižuje negativní afektivitu spojenou s jejím protikladem zoufalstvím. Tímto způsobem zmírňuje depresivní symptomy, které snižují kvalitu života starších lidí, zejména těch, kteří pobývají v ústavní péči.

O kladném přínosu terapie pomocí životní revize je přesvědčen i Tabourne (1995). Pomáhá snižovat strach a úzkost pramenící z nevyřešených sporů mezi minulostí, přítomností a budoucností. Následně dochází ke zvýšení prožívané kvality života, a

dokonce ke zlepšení v kognitivních, afektivních a sociálních oblastech člověka absolvujícího tento druh terapie.

Účinek reminiscence na integritu ega zkoumala Cook (1991) u seniorů žijících v domovech s pečovatelskou službou. Integrita ega byla měřena zprostředkovaně přes životní spokojenost, výskyt depresivních příznaků a sebeúctu. Výsledky přinesli zjištění o výrazném pozitivním socializačním účinku skupinové reminiscence. Nebyl však prokázán statisticky významný rozdíl mezi jedinci zařazenými do reminiscenční terapie a kontrolní skupinou a jeho vlivu na dosaženou integritu ega. Vzpomínky, připomínání dříve prožitého a jeho hodnocení v přítomnosti ostatních přináší socializační efekt, druzí se na něm mohou aktivně podílet, nebo jen pasivně poslouchat.

2.6. Akceptace minulosti

Akceptace minulosti (Erikson, 1963) je základním procesem, který psychický vývoj v konečném životním období vyžaduje. S akceptací minulosti jde ruku v ruce i přijímání konečnosti, což činí smrt méně děsivou (Erikson et al., 1994). Přijetí minulosti zahrnuje především přijetí negativních stánek prožitého, nejen pouhé pozitivní přehodnocení negativních zkušeností. Přijetí minulosti jako konečné a neměnné znamená, že člověk přestane přemýšlet nad tím, co se mělo stát jinak a co bylo ještě možné udělat (Poláčková Šolcová et al., 2019). Podle Eriksona (1963) se neschopnost vypořádat s vlastní minulostí projeví strachem ze smrti. Z empirických studií vyplývá, že akceptace minulosti významně souvisí s integritou ega a proces přijetí minulosti má i terapeutický význam. Snižuje depresivní příznaky, frustraci, zvyšuje sebevědomí, podporuje kontrolu a autonomii. Například Santor a Zuroff (1994) hodnotili integritu ega pomocí akceptace minulosti (hodnocení a reflexe prožitého života), o níž předpokládali, že je její hlavní součástí. Přijetí minulosti definovali jako proces zahrnující internalizaci a integraci minulých zkušeností do obecné reprezentace minulosti. Jednotlivci, kteří přijímají svoji minulost uspokojivě s pozitivními pocity, ji zároveň hodnotí bez nadměrně negativních pocitů nebo zklamání a naopak lidé, kteří nepřijímají svoji minulost a považují svůj život za nesmyslný a plný zklamání, jsou ohroženi pocity nedostatečné vlastní hodnoty nebo negativním sebepojetím. Vztah mezi přijetím minulosti a

depresí snížila přítomnost negativních pocitů; zejména strachu, úzkosti, nepřátelství, opovržení a znechucení.

Podle Rylands a Rickwood (2001) neakceptace minulosti přispívá k predikci deprese, tento vztah však nesnižuje přítomnost negativních pocitů. To naznačuje, že na negativní afektivitu lze nahlížet jako na zprostředkovatele přijetí minulosti, nelze však určit kauzální povahu tohoto vztahu. Buď je negativní afektivita výsledkem neakceptace minulosti, tedy lidé, kteří se nedokážou vyrovnat se svými minulými zkušenosti, prožívají negativní emoce, nebo může být negativní afektivita jednou z příčin nepřijetí minulosti, lidé s negativními pocity mohou mít větší potíže s přijetím minulosti. Akceptace minulosti má však prokazatelný vliv na duševní zdraví jedinců.

Depresivní příznaky v pozdní dospělosti souvisí s neschopností jedince přijímat vlastní minulost. Efektivnějším prediktorem depresivních symptomů je skutečnost, jak se člověk na sklonku života vyrovnal se svou minulostí než míra ego integrity. Pokud člověk akceptoval vlastní minulost, je-li vyrovnán s tím, jaký život prožil, dá se hovořit o životní spokojenosti. Hořké vzpomínání na minulost není spojené se zadostiučiněním, ale naopak vyvolává nepříjemné pocity. Někdy jsou tak nepříjemné, že člověk raději nechce přemýšlet nad tím, co prožil. Deprese je průvodním jevem nevyrovnání se s minulostí. Proto podle způsobu, jak se člověk vyrovnal se svou minulostí, lze určit, jestli bude člověk v psychické pohodě nebo bude podléhat depresi, která povede k zoufalství (Santor & Zuroff, 1994).

Deprese, nízká pohoda a nespokojenost se životem jsou z psychologického hlediska považovány za atributy neúspěšného stárnutí. Neúspěšně stárnoucí jedinec je považován za neschopného akceptovat vlastní minulost se všemi životními ztrátami. Podle Filipa a Poláčkové Šolcové (2018) je však tento pohled příliš zjednodušující. Neschopnost přijmout vlastní minulost může být součástí depresivního myšlení, ne však proměnnou, která vysvětluje depresi. Depresivní příznaky, pocity vlastní bezcennosti mohou odpovídat jeho pohledu na minulost s důrazem na jeho selhání, ztráty nebo nevratná rozhodnutí.

2.7. Konečnost života

Přijetí konce života a přístup ke smrti úzce souvisí s akceptací minulosti. Stárnoucí člověk, který vnímá svoji životní příležitost za promarněnou, nahlíží na blížící se konec jako na nemožnost začít znovu a jinak žít. Schopnost akceptovat život takový, jaký byl, s negativy i pozitivy je hlavním předpokladem i podmínkou, jestli člověk prožívá strach ze smrti, nebo smrt akceptuje. Pocit marnosti života je reprezentován strachem ze smrti (Erikson, 1982).

I Wong (2000) je toho názoru, že přístup ke smrti odráží přístup k proběhlému životu. Pokud je člověk schopen čelit vlastním úspěchům i selháním, pokud rozumí svému životu a jeho roli v něm vidí jako smysluplnou, je schopen čelit skutečnosti konce života bez obav a úzkostí.

Souvislost mezi integritou ega s mírou úzkosti ze smrti předpokládala Fishman (2005). Tuto hypotézu ověřovala na vzorku 115 mužů a žen od 65-93 let. Osoby, které dosáhly integrity ega a uvedly život na pravou míru, se méně staraly o vlastní úmrtí. Vyrovnaní se se smrtelností souvisí s věkem. Čím je člověk starší, tím nižší je jeho úzkost ze smrti. Podle Jeong a Oh (2015) má věk statisticky významný vliv na sebehodnocenou integritu ega, která s věkem vzrůstá. Tyto výsledky jsou v souladu s Eriksonovou psychosociální teorií týkající se vlivu integrity ega na osobní úzkost ze smrti. Akceptace prožitého života a přijetí jeho smysluplnosti je také spojeno se snížením osobní úzkosti ze smrti. Z těchto závěrů lze usoudit, že úzkost z vlastní smrti by mohla být projevem strachu z nesmyslnosti života a nepřijetí minulosti (Huy, & Coleman, 2012).

Souvislost mezi generativitou, integritou a strachem ze smrti byla předmětem mezikulturní studie Busche, Hofera a Poláčkové Šolcové (2018). Výzkumný vzorek zahrnoval 617 starších dospělých z Německa, České republiky a Kamerunu. Jejich výsledky naznačují, že generativita není dostatečná pro vyrovnaní se s konečností života člověka. Generativita však přispívá k integritě ega, která pak pomáhá čelit smrti relativně beze strachu. Generativita tak nepřímo souvisí se sníženým strachem ze smrti prostřednictvím integrity.

Van der Kaap-Deeder, Soenens a Van Petegem (2020) zkoumali postoje ke smrti u seniorů společně s integritou a zoufalstvím ega. Výsledky ukázaly, že integrita ega pozitivně koreluje s přijetím smrti, negativně s úzkostí ze smrti, úzkost ze smrti pozitivně koreluje se zoufalstvím. Toto zjištění naznačuje opozici mezi integritou a zoufalstvím ega, v souladu s Eriksonem a řešením osmého vývojového konfliktu. Fortner a Neimeyer (1999) se snažili shrnout celkem 49 publikovaných a nepublikovaných výzkumných studií týkajících se vztahu mezi úzkostí ze smrti, věkem, integritou ega, pohlavím, institucionalizací, fyzickými a psychickými problémy a spiritualitou u starších osob. Vyšší míru úzkosti ze smrti předpovídá nižší integrita ega a větší fyzické i psychické problémy starší populace. Podle Templera (1971) je větší strach ze smrti u starších lidí součástí depresivního syndromu.

2.8. Životní spokojenost a osobní pohoda (well being)

Integrita ega je často posuzována z hlediska výskytu pozitivních nebo negativních emocí, vnímané osobní pohody a životní spokojenosti. Podle Hartla a Hartlové (2010) spokojený člověk pociťuje příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti. Vysoká míra životní spokojenosti se tak dá spojit s pocitem uspokojivého prožívání vlastního života.

Životní spokojenost je považována za součást širší oblasti psychologie osobní pohody (well-being). Osobní pohoda je podle Kebzy a Šolcové (2005) emočním stavem, který reflektuje celkovou spokojenost člověka s jeho životem.

Diener, Suh a Lucas (1999) rozlišují dvě složky osobní pohody. Jednou z nich je emoční komponenta zahrnující dlouhodobě prožívané pozitivní a negativní emoce, jejich frekvenci a intenzitu, afekty, nálady, štěstí a druhou je pak komponenta kognitivní, která představuje vědomé hodnocení vlastního života, životní spokojenost, spokojenost ve významných oblastech života a sebehodnocení. Osobní pohoda je spojena s vysokou mírou pozitivních emocí a nízkou mírou negativních emocí.

Základem životní spokojenosti je pozitivní úhel pohledu na vlastní život, jeho smysluplnost a na vlastní osobu. Anticipovaný pokles osobní pohody z důvodů nežádoucích aspektů spojených se stářím a stárnutím nebo jejich očekáváním a

uvědomění si jejich negativních vlivů na budoucnost vede ke kompenzaci pomocí idealizované interpretace minulosti (Vágnerová, 2007).

Předpokládá se, že s rostoucí životní spokojeností ve stáří se zvyšuje dosažená úroveň ego integrity. Pomocí mnohonásobné lineární regrese se ukázalo, že životní spokojenost je významným prediktorem integrity ega a vysvětluje třicet procent jejího rozptylu, tedy téměř čtvrtinu. Vzhledem k tomu, že Santor a Zuroff (1994) předpokládají, že je ego integrita tvořena dalšími osmi aspekty, je pravděpodobné, že životní spokojenost bude jeden z hlavních aspektů, protože zbývá sedmdesát sedm procent rozptylu pro zbývající aspekty, což v průměru představuje necelých deset procent pro každý z nich (Chlupová, 2017).

2.9. Resilience jako psychická odolnost ve stáří

Psychická odolnost jakožto pozitivní charakteristika zvyšuje schopnost organismu přizpůsobit se navzdory negativním zkušenostem a zároveň zmírňuje negativní účinky stresu. Rutter (1987) za odolné jedince považuje ty osoby, které se vyznačují sebeúctou, sebeúčinností a širokým repertoárem dovedností řešit problémy. Odolnost chrání člověka před psychickými potížemi. Základem odolnosti jsou silné stránky ega, které předurčují vyšší míru resilience. Eriksonovy ctnosti, výsledky získané úspěšným řešením psychosociálních konfliktů provázejících celoživotní vývoj evokují silné stránky ega a bývají považovány za základní kameny odolnosti. Integrovaný jedinec by měl tedy dosahovat vyšší psychické odolnosti. Eriksonovy (1963) vývojové krize vychází na základě tlaků z vnějšího prostředí, k úspěšnému řešení je nutné vyvinout úsilí tak, aby došlo k přizpůsobení se požadavkům kladeným sociálním prostředím.

Staudinger, Marsiske a Baltes (1993) rozlišují dvojí pojetí odolnosti. První z nich se týká udržení optimálního vývoje osobnosti navzdory existence rizik, druhé se spojuje se zotavením z nepříznivých životních událostí.

Je jasné, že náš život se vždy neubírá tím správným směrem podle našich představ. Negativní životní události se vyskytují v životě každého člověka. Mívají potenciál změnit osobnost jedince v obou směrech. Odolnost člověka a jeho úspěšnost v řešení umožní, aby tato změna byla pozitivní a zároveň podporovala osobnostní

růst. Někdy je naopak člověk vystaven situacím, které neumí řešit a zvládnout sám, potřebuje pomoc od druhých, ať už se jedná o jeho blízké či o odbornou pomoc.

Podstatou resilience a schopnosti vyrovnávat se s překážkami v životě vymezené subjektivní zkušeností integrity ega u seniorů se ve své disertační práci zabývala Melici Blairová. Na základě polostrukturovaných rozhovorů, zabývajících se osobními vzpomínkami na prožitou minulost a jejich následnou analýzou, ustanovila několik témat uspořádaných do tří kategorií, které poskytují možnost odhalit prožité zkušenosti s překonáváním překážek a koreláty odolnosti jako individuální podněty procesů zhodnocení života v osmé vývojové fázi psychosociálního vývoje. Sedm témat obsažených v kategoriích (interní proces, úspěch a komunita) jsou osobnostní rysy, zájem o učení, přijetí, význam/účel, genderová identita, bezpečí a pocit sounáležitosti. Adaptabilita, flexibilita a smysl pro humor mohou sloužit jako ochranný faktor proti nežádoucím účinkům. Příležitostí pro růst může být schopnost učit se z pozitivních a negativních zkušeností. Přijetí minulosti je jedním ze základních procesů konečné fáze vývoje osobnosti. Význam nebo účel je spojen se smysluplností života, sebeurčením a sebehodnocením. Pocit zklamání s prožitým životem a nesmyslnosti vlastního života přispívá k negativnímu sebepojetí, které mohou vyústit v depresi a pocity zoufalství. Genderová identita představuje odmítnutí přijímat omezení v životě na základě příslušnosti k pohlaví. Mezi základní životní potřeby patří pocit bezpečí. Pro uspokojivé prožívání je naplnění základních potřeb nezbytnou podmínkou. Posledním tématem je pocit sounáležitosti a sociální opory, jako nárazník a ochrana, zejména v době nepříznivých podmínek. V každém příběhu bylo možné odhalit zvládací strategie, které umožňovaly vytrvat i v době nepříznivých životních událostí. Probandi dále odhalili současné okolnosti, které podporují jejich proces hodnocení životních příběhů a následné řešení psychosociální krize, kterou jedinec vyřeší či nevyřeší. Stěžejní charakteristikou se ukázala být flexibilita, společný jmenovatel v mnoha odhalených tématech. Narušené sebepojetí a negativní vzpomínání na prožitý život může bránit v úspěšném řešení konfliktu mezi integritou a zoufalstvím ega. Naopak pozitivní vzpomínky a vnímání prožitého může být základem sebeúcty, vlastního významu, podpory a moudrosti (Blairová, 2016).

Problematika resilience ve stáří je často zkoumána z perspektivy narativního přístupu. Narativní perspektiva předpokládá, že lidská bytost potřebuje porozumět svému bytí. Porozumění pro sebe i ostatní je možné na základě vytváření příběhů. Narativní gerontologie vychází z předpokladů, že naše zkušenosti, myšlení, prožívání a chování jsou narativně konstruovány. Narativní gerontologie navazuje na práci Eriksona a jeho konceptu integrity ega vs. zoufalství. Z narativního hlediska lze integritu chápat jako porozumění a vyrovnání se s prožitými událostmi. Podle Randalla (2013) je zdařilé stárnutí tvůrčím dílem, jehož podstatným nástrojem je „příběh, který žijeme“. Zdařilé stárnutí, psychická odolnost a integrita potřebují „dobrý silný příběh“. Resilience je zde vnímána jako projev otevřené perspektivy vůči životu a jeho možnostem, jako schopnosti růstu i navzdory překážkám, které přináší sám život (včetně stárnutí), a schopnost proměnit tyto těžkosti v příležitosti růstu. Pro resilienci je typická tzv. narativní otevřenost (narrative openness), člověk je otevřen novým možnostem, významu a porozumění. Jejím opakem je narativní uzavřenost (narrative foreclosure) typická pro depresi ve vyšším věku. Navzdory tomu, že život pokračuje dál, je životní příběh ukončen a není v něm místo pro hledání nové perspektivy, významu nebo kapitoly. Chrz, Dubovská a Tavel (2016) se zabývali psychickou odolností ve stáří. Studie byla součástí rozsáhlejšího projektu, zaměřeného na aktivní stárnutí, jejímž výsledkem je i praktická aplikace, webový portál, který shrnuje prožité zkušenosti seniorů¹. Pomocí narativní analýzy byly identifikovány žánry příběhů, které umožňují žít úspěšný život navzdory různým nepříznivým událostem, které s sebou přináší stáří a stárnutí. Mezi konstrukty resilience byly zařazeny tři kategorie žánrů. První z nich heroické zvládnutí, tzn. aktivní překonávání potíží, druhá přitakání šťastným momentům, tzn. šťastný osud, vliv příznivých okolností, poslední ironický odstup, ironie jako obrana před zklamáním v životě a/nebo přijetí života v jeho komplexnosti.

2.10. Sebeúcta, sebehodnocení a sebepojetí

Sebeúctou rozumíme sebepřijetí, postoj k sobě samým, který může být v kladném i záporném směru. Považuje se za součást sebepojetí, kde představuje jeho hodnotící složku (Hartl, & Hartlová, 2010). Sebeúcta hodnotí, zda jsem dobrý nebo

¹ Dostupné na www.hovoryozdravi.cz

špatný člověk. Sebeúcta je významným faktorem osobnostního vývoje. Sebehodnocení (Cakirpaloglu, 2012) ovlivňuje motivaci, výkonnost, sociální vztahy a duševní zdraví. Kladné sebehodnocení zvyšuje sebeúctu jedince.

Podle Higginse (1987) lidé s nízkou sebeúctou mívají horší náladu, pocity zoufalství a neštěstí. Lidé s nedostatkem sebeúcty prožívají deprese a úzkosti. Nadbytek sebeúcty (Cakirpaloglu, 2012) narušuje kritičnost a vytváří komplex nadřazenosti. Sebeúcta je důležitá pro duševní rovnováhu, štěstí a pohodu. Pocit vlastní hodnoty ovlivňují úspěšnost či neúspěšnost se zvládnutím v dosahování cílů, kladné nebo záporné hodnocení z vnějšího prostředí, jejich souběžné působení a vzájemné kombinace.

Erikson (1982) se domníval, že úspěšné řešení vývojových krizí postupně přispívá k sebeúctě jednotlivce. Hannach et al. (1996) potvrzují, že pojmy sebeúcta a smysl života jsou nezbytnou součástí Eriksonovy koncepce celoživotního vývoje, na jejich základě však nelze predikovat integritu ega, ale úspěšné vyřešení konfliktu mezi integritou a zoufalstvím v určité míře ovlivňuje sebepojetí, sebehodnocení a sebeúctu.

2.11. Smysl života

Nad smyslem života neboli účelem našeho bytí se zamýšlí každý z nás. Pro každého člověka bude tento účel jedinečný, specifický a neopakovatelný. Problematikou smyslu života v psychologii se zabýval Freud, Adler, Jung, Maslow, Rogers, ústřední roli však hraje v existenciální psychologii.

Franklova (2016) vůle ke smyslu, snaha člověka po smysluplnosti existence je nosný tématem v jeho teorii a logoterapii. Otázky po smyslu života se vynořují nejčastěji v období dospívání, životní krizi, v nemoci a ve stáří. Ve stáří je otázka po smyslu života především v podobě životního bilancování: Proč a kvůli čemu jsem žil? Čeho jsem v životě dosáhl? Kým jsem se stal? Psychosociální krize mezi integritou a zoufalstvím přináší pocit smysluplnosti či nesmyslnosti vlastní existence. Butler (1963) a Erikson (1963) v souladu považují dosažení smysluplného pohledu na vlastní minulost za klíčovou psychologickou podmínkou úspěšného stárnutí.

2.12. Zoufalství ega

Zoufalství se projevuje pocity lítosti, hořkosti a zklamání nad zmarněným životem. Zoufalství je často charakterizováno jako ztráta nebo absence naděje. Erikson (2015) vymezil jako dystonní protějšek k integritě ega zoufalství nebo beznaděj (ego despair) ve smyslu ztráty naděje. Lítost z promarněných příležitostí zvětšuje míru znechucení a zoufalství. Zoufalství ega vyjadřuje pocit, že možnost vydat se v životě jinou cestou již neumožňuje příliš málo času do zbývající části života. Zoufalství je charakteristické pocitem beznaděje, pesimismem nebo dokonce znechucením. Nedostatek nebo ztráta integrity je často indikována strachem ze smrti vyvolaném vědomím skutečnosti, že člověk žije jen jednou a již nemá dostatek času na změny ve svém zbývajícím čase. Jedinec, který nevyřešil krizi mezi integritou a zoufalstvím pociťuje strach ze smrti, má pocit, že život je příliš krátký a zažívá celkový pocit nespokojenosti se svým životem a se sebou samým (Erikson, 1963).

Předpokládá se (Holland et al., 2008), že zoufalství souvisí s psychickým utrpením, depresivními příznaky, osamělostí a izolací. Vyšší úroveň úzkosti ze smrti u starších jedinců podle Fortnera a Neimevera (2010) souvisí s nízkou úrovní integrity ega, fyzickými a psychickými obtížemi a institucionalizací seniorů.

Část zoufalství je pro Eriksona (2015) narůstajícím pocitem stagnace. Takový senioři trpí především slábnoucí autonomií, ztrátou iniciativy, nedosaženou intimitou, zanedbanou generativou. Na sklonku života člověk sbírá to, co bylo zaseto již v jeho počátku.

Stejně jako v případě integrity ega, se i v rámci zoufalství Hamachek (1990) snažil shrnout charakteristiky, postoje a projevy chování u osob s pocity zoufalství, na jejich základě je pak možné vyhodnotit psychosociální stav konkrétního jedince. U osob s převažujícím ego zoufalstvím se objevují pocity viny a zklamání, což jim znemožňuje poučit se z vlastních chyb. Ke konečné fázi života přistupují s pocitem osobního rozpadu a neúplnosti. Mají sklony být méně šťastni, více nespokojeni se životem a převažuje u nich pesimistické ladění. Na svůj život nahlíží s pocity nelibosti, lítosti a znehodnocení. Mají tendenci obviňovat druhé z vlastních neúspěchů. Vykazují známky strachu ze smrti a neumí ji přijmout jako součást životního cyklu. Mají problém přijmout odpovědnost za události ve vlastním životě.

Nepřijímají sami sebe takové, jaké jsou a zároveň si přejí být jiní. Necítí vděčnost za svůj prožitý život. Vlastní životní styl nejsou schopni ubránit vůči hrozbám zvenčí.

Lítost, zklamání a zoufalství mají negativní konotaci. Tyto negativní pocity jsou však součástí života každého z nás. Jsou spojeny s událostmi, které nosí sám život.

Spojení pozitivních emocionálních zážitků s úspěšným životem a jeho kvalitou vede k tendenci považovat jakékoliv negativní emoce za problematické. Zkušenosti s lítostí, zklamáním a zoufalstvím jsou často považovány za negativní zážitky, kterým je třeba se vyhnout. Není však možné očekávat, že všechny životní bouře člověk ustojí bez lítosti, zklamání a zoufalství. Je pravděpodobné, že člověk je schopen dosáhnout štěstí a moudrosti navzdory negativních životních událostí ve svém životě. Je dokonce možné, aby se jejich prostřednictvím rozvíjel žádoucím směrem; směrem k prohloubení pochopení sebe sama, moudrosti, růstu a širšímu vnímání světa (King, 2001; Staudinger et al., 1993).

Za podnětnou lze považovat práci Thomson (2004) o zoufalství a humoru ve stáří ze spirituálního hlediska. Humor je specificky lidská emoce, inspirativní, energický a životodárný. Je duchovním cvičením v našem životě. Thomson si klade otázku, zda je možné zachovat integritu, důvěru a naději navzdory nemoci, bolesti a ztrátě nejbližších, nebo naopak člověk ztratí základní naději a důvěru a upadá do zoufalství. Cítit se smutný z důvodů ztrát, které přináší stáří a stárnutí, je dobré a zdravé, není to však zoufalství. Zoufalství je postoj k životu, k situaci, absence víry a naděje, že by někdy mohlo být lépe. Na zoufalství člověk reaguje slabostí a vyhýbáním nebo vzdorem. Lépe porozumět zoufalství a humoru by mohlo přispět k pochopení procesu integrace v pozdní dospělosti. Se starostmi a potížemi spojenými se stářím se pojí specifické druhy humoru, které brání zoufalému postoji k životu. Také Erikson (1963) považoval humor a hru za nedílnou součást uspokojivého prožívání života ve stáří.

2.13. Moudrost jako ctnost

Na moudrost je nahlíženo z mnoha perspektiv. Empirické práce na téma moudrost se zabývají otázkami spojenými s vymezením moudrosti a hledají se atributy moudrého člověka. Moudrost je spojována s věkem, inteligencí, zkušeností, intuicí,

osobnostními charakteristikami a zdravým rozumem. Moudrost se také pojí s prosociálními postoji a chováním, s pragmatickými znalostmi života, s emoční homeostázou, se sebepoznáním, s porozuměním, s tolerancí a s efektivním řešením otázek týkající se života. Navzdory nejasnostem ohledně konstruktu moudrosti jsou zaznamenány snahy o vytvoření jednotné definice moudrosti. Mezi odborníky také panuje shoda o mnohorozměrnosti moudrosti.

Protiváhy mezi integritou a zoufalstvím vrcholí do ctnosti zvané moudrost. Erikson (2015) moudrost představuje jako nestrannou zaujatost životem tváří v tvář smrti. Moudrost sama o sobě vychází z integrované životní zkušenosti. Moudrost je také výsledkem zvládnání nároků spojených s vývojem a zráním osobnosti. Moudrost je schopností přijmout s nadhledem úspěchy a neúspěchy spojené s prožitým životem, pro její získání je nezbytné dosažení harmonického stavu neboli integrity ega (Erikson, 1963).

Peterson a Seligman (2004) ji považují za druh inteligence se silnými stránkami tvořivosti, zvědavosti, otevřenou myslí, láskou k učení a životní perspektivou. Jejich pojetí je spojeno se získáváním a uměním používání znalostí.

Sternbergova balanční teorie (1998) vysvětluje moudrost procesem interakce mezi jedincem a prostředím. V průběhu života člověk získává tacitní znalosti, které pramení ze zkušenosti. Moudrost je aplikací těchto znalostí. Životní zkušenosti s věkem narůstají, moudří lidé se z nich umí poučit a vyvarovat se příštích chyb.

Baltes a Staudinger (2000) spojují moudrost s otázkami spojenými s lidským bytím jako je podstata a smysl života, vývoj osobnosti, vztahy s ostatními a strategie zvládnání konfliktů. Moudří lidé lépe ovládají svůj život.

Webster (2003) spojuje moudrost se zkušeností, emoční regulací, schopností reflexe a reminiscence, otevřeností a humorem. Těchto pět zmíněných dimenzí tvoří vzájemně propojené komponenty moudrosti. Každý z nich je považován za nezbytný, ale ne za dostatečný aspekt moudrosti. Moudrost by v souladu s Eriksonem (1963) měla ztělesňovat psychosociální zralost. Podle Webstera (2007) negativní životní zkušenosti a jejich úspěšné řešení významně přispívá k moudrosti.

Moudrost se tedy nejčastěji pojí s tématem životních zkušeností. Čím je člověk starší, tím více zkušeností získá. Nejedná se však pouze o nahromadění obecných zkušeností, ale těch zkušeností, které jsou nelehké, morálně náročné a vyžadují určitý stupeň hloubky. Podle Noama (1996) lidé s nelehkou životní historií jsou poháněni k větší moudrosti.

Taranto (1989) chápe moudrost jako uznání a reakci na limity a omezené možnosti lidské existence.

Hledají se také neurobiologické koreláty moudrosti (Meeks, & Jeste, 2009) na základě předpokládaných atributů moudrosti. Především rovnováhu mezi funkcemi limbického systému a prefrontální kůry.

Dalším aspektem moudrosti je emoční regulace. Schopnost ovládnout vlastní emoce je měřítkem moudrosti a usnadňuje řešení problémů. Moudrost souvisí také se sebepoznáním. Hodnotící reflexe minulosti a současnosti slouží k formování identity, poznání vlastního významu, k úspěšnému řešení problémů a adaptivního zvládnání. Životní recenze umožňuje rozvíjet integritu ega, zkoumat smysl vlastního života a tím přispět k životní moudrosti. Moudří lidé nejsou charakterizováni nepřetržitým stavem integrity ega, ale spíše prožívají stavy integrity ega i stavy zoufalství. Je tedy důležité rozlišovat integritu ega a zoufalství jako dvě dimenze (Lukavská, 2018, Poláčková Šolcová et al., 2019, Torges et al., 2008).

Důležitým prvkem moudrosti je humor (Webster, 2003). O radosti a hravosti ve stáří se zmiňuje i Erikson (1963). Humor ve stáří je schopnost si ve vzácných okamžicích umět hrát a moudrý člověk se musí umět smát.

U nás se pokusil sestavit charakter moudrého člověka J. Křivohlavý (2009). Za klíčové charakteristiky moudrosti považuje čestnost, statečnost, odpovědnost, spolehlivost, poctivost, skromnost, obětavost, svědomitost a smysl pro humor.

Moudrost je spojována s jedním z faktorů osobnosti „Big Five“, konkrétně s otevřeností vůči zkušenosti. Moudrý, tvořivý a kreativní člověk disponuje vyšší otevřeností vůči zkušenosti. Předpokládá se však, že moudrost souvisí i s dalšími osobnostními faktory, a to konkrétně s neuroticismem, extravertizací a svědomitostí

(McCrae & Costa, 1980, McCrae, 1987) a zároveň je považována za základní složku psychické pohody (Ryff & Keyes, 1995).

Zkrátka moudří lidé (Kramer, 2000) projevují menší zoufalství a nespokojenost s existenčními problémy a zároveň se v nich pokouší hledat určitý smysl a účel.

3. Biopsychosociální aspekty stáří

Stáří a stárnutí je obdobím života, které přináší spoustu změn v životě daného jedince. V tomto období dochází k ukončení profesní kariéry, postupnému úbytku fyzických a kognitivních sil a bilancování nad prožitým životem. O stárnutí se začíná uvažovat v pozdní dospělosti (nad 65 let). Proces stárnutí ovlivňuje řada vnitřních a vnějších faktorů (Šolcová, & Blatný, 2017).

Stárnutí je řízeno kandidátními geny, které ovlivňují buňky organismu a jejich látkovou přeměnu. Na expresi genů se podílí faktory zevního prostředí a s ním související životní styl jedince (Šťastný, 2009).

Přijetí stáří a stárnutí, zejména jeho nelibých a nevyhnutelných charakteristik je klíčovým úkolem již v dospělosti. Příprava na stáří se týká finančního zabezpečení, péče věnovaná tělesné schránce, prevence, udržování kondice, duševního zdraví a přiměřeného prožívání života. Ve skutečnosti však bývají vyhlídky na stáří odkládány na neurčito (Vágnerová, 2007).

Podstatu stárnutí zkoumali Strawbridge, Wallhagen a Cohen (2002), kteří dospěli k závěru, že ve stáří se častěji objevují protiklady, které je třeba přijmout. Zachovat si identitu navzdory změnám, které přichází s narůstajícím věkem a přijmout skutečnost, že být se léty člověk mění, zůstává i nadále sám sebou.

Současné koncepty stáří a stárnutí se zaměřují především na pozitivní aspekty stáří a stárnutí. Hovoří se o úspěšném stárnutí z hlediska vývojové perspektivy (Ryff, 1982), strategiích aktivního stárnutí (Walker, 2002), aspektech pozitivního stárnutí (Deshpande, Kochar, & Singh, 1986) a produktivním stárnutím s ohledem na činnosti přispívajícími do společnosti (O'Rilly, & Caro, 2008).

Teorie pozitivisticky laděné kladou určité nároky na seniory, zejména v oblasti autonomie, soběstačnosti a zodpovědnosti (Poláčková Šolcová et al., 2019).

Při posuzování úspěšnosti a potažmo i integrity je nezbytné brát v úvahu životní zkušenosti a sociální kontext daného člověka. Hlavním designérem životní trajektorie je každý sám za sebe. Celistvost osobnosti Erikson (1963) vymezil jako stav mysli, ve kterém je zahrnuto splnění či nesplnění všech předchozích

vývojových úkolů (důvěra, autonomie, iniciativa, snaha dosáhnout cíle, identita, intimita a generativa). Stáří lze chápat jako výsledek procesu individuace a také období vrcholu osobnostního rozvoje (Vágnerová, 2007).

3.1. Biologické změny

Stárnutí organismu vede k postupnému zhoršování tělesného stavu, to však bývá individuálně variabilní. S narůstajícím věkem přibývá výskyt nemocí, zejména chorob s chronickým charakterem. Pro stáří je typická polymorbidita, současný výskyt více chorob. V souvislosti s chápáním nemoci a zdraví je důležitý především jeho vliv na subjektivní prožívání u konkrétního člověka. Stáří je spojeno především s involučními změnami. Stárnutí mění jednak strukturu a funkce organismu, mění se také vzhled člověka (Vágnerová, 2007). Jejich důsledkem se organismus stává zranitelnějším, dochází k poklesu výkonnosti a schopností (Langmeier, 2006).

3.2. Psychologické změny

Se změnami biologickými jdou ruku v ruce i změny na úrovni psychiky. Podle Vágnerové (2007) tyto změny bývají biologicky (mozková atrofie) či psychosociálně podmíněny (kohortová příslušnost, životní styl a návyky, očekávání a postoje společnosti, vliv ztrát a zátěžové situace), nebo jejich vzájemnou kombinací. Minibergerová a Dušek (2006) jsou přesvědčeni, že mnohé změny připisované stáří a stárnutí jsou spíše důsledkem individuálních osobnostních charakteristik než chronologickým věkem. Pro porozumění psychiky seniorů je třeba poznat jejich životní trajektorie. O individuální schopnosti adaptovat se na nevyhnutelné změny biologického systému způsobené stárnutím hovoří také Konrád (2005). Adaptace je podmíněna geneticky i vlivy prostředí. Navzdory značné individualitě v přirozeném procesu stárnutí organismu s narůstajícím věkem se objevují kognitivní, emoční a motivačně regulační změny. Se stárnutím jsou také spojovány, i když v menší míře, změny osobnostních vlastností (Langmeier, 2006).

V oblasti kognice se v souvislosti se stářím často hovoří o změnách v paměťových funkcích. Do této oblasti řadíme fatické funkce, praktické dovednosti, poznávací funkce, exekutivní funkce neboli abstraktní myšlení a rozhodování, plánování a organizaci činnosti, orientaci v čase a prostoru, chápání souvislostí a mnohé další

funkce. Obecně je stárnutí spojeno s poklesem kognitivního výkonu (Konrád, 2005). Mezi kognitivní změny ve stáří řadí Vágnerová (2007) zhoršení zrakové a sluchové percepce, paměti a myšlení, snížení intelektu, zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů. Topinková (2003) v modelu kognitivního stárnutí popisuje fyziologické stárnutí mozku. Osoby plně nezávislé, kognitivně intaktní s dobrými adaptačními schopnostmi stárnou optimálně a úspěšně. Poruchy paměti, především v oblasti všípivosti a výbavnosti, bez dalšího postižení kognitivních funkcí, a které zároveň nevedou k progresi popisuje jako benigní stařeckou zapomnětlivost, která může doprovázet normální stárnutí.

Ve stáří se snižuje intenzita a frekvence emočních prožitků, může se měnit jejich kvalita. Podle Vágnerové (2007) klesá četnost pozitivních, a naopak narůstá četnost negativních emocí. Člověk se stává emočně stabilnějším, ale na straně druhé se zvyšuje citlivost na některé podněty. Výzkumy emocí u starších dospělých odporují stereotypům o starších lidech a jejich afektivnímu otupení a převahou zoufalství a deprese z důvodů nemoci a ztrát. Lawton (2001) hovoří o emoční zralosti ve stáří. Senioři stejně jako jejich mladší protějšky mívají smysluplný a produktivní emocionální svět, prožívají dobrou i špatnou náladu a v žádném případě se necítí bezmocní a poražení. Pravděpodobně nedochází k úpadku afektivity v seniu (Poláčková Šolcová, 2018), jen je jedincem jinak vnímána, prožívána a interpretována. Výzkumy Carstensenové a Mikelse (2005) se spíše přiklání k pozitivnějšímu prožívání ve stáří.

V oblasti emoční regulace se uplatňuje vysoká míra variability. Integrita úzce souvisí s emoční regulací. Emoční zralost se vyznačuje schopností nadhledu směrem k životním peripetiím a nezdarům, bez zbytečného ulpívání nad neúměrnými emocemi, bez pasivity, bez zahořklosti a bez neefektivního hledání a obviňování skutečného i domnělého viníka (Vágnerová, 2007; Langmeier, 2006). Úspěšné stárnutí (Poláčková Šolcová, 2018) přináší respekt a úctu k prožitému životu, pocit dobře vykonaného díla a prožitého času, který byl člověku vymezen.

Osobnost se v průběhu života příliš nemění. Podle Vágnerové (2007) zůstávají osobnostní charakteristiky poměrně stabilní, někdy se hovoří o jejich akcentaci ve stáří, která bývá biologicky podmíněna nebo vzniká v důsledku životních ztrát.

Procesy stárnutí komplikuje především neuroticismus se zvýšenou mírou úzkostnosti, emoční labilitou, sklony k prožívání negativních emocí, užíváním defenzivních strategií a zhoršení adaptivních schopností. Westerhof et al. (2015) zjistili, že neuroticismus souvisí se zoufalstvím a vysvětluje vztah mezi depresivními příznaky a zoufalstvím. Důvodem proč tomu tak je skutečnost, že u osob s vyšší mírou neuroticismu jsou citlivější na negativní nežádoucí události a obecně negativněji vnímají nežádoucí životní okolnosti. Naopak extraverte se pojí s pozitivním emočním laděním a spíše proces stárnutí příznivě ovlivňuje. Langmeier (2006) uvádí, že vyšší míra extraverte u seniorů zlepšuje adaptační schopnosti prostřednictvím sociální opory.

Změny v oblasti volných procesů bývají diferencovány. Aktivní vůle bývá často inhibována, pasivní vůle bývá někdy silnější než dříve. V konkrétních projevech se jedná nerozhodnost, ulpívavost, stálost, trpělivost až rigiditu (Vágnerová, 2007; Langmeier, 2006).

3.3. Sociální změny

Nejpodstatnější sociální změny jsou spojeny s otázkami snižování sociální angažovanosti a ubývání společenských vztahů. Týká se především ukončení profesní kariéry a odchodu do penze. Odchod do penze má vliv na všechny složky osobnosti. Mění se prožívání, chování i postoje ke společnosti a k sobě samým. Tendence k angažovanosti nebo naopak k neangažovanosti jsou spíše otázkou vlastností osobnosti než pouhou funkcí věku (Langmeier, 2006).

Aktivita seniorů je v rámci teorií úspěšného stárnutí vítaná a užitečná. Model aktivního stárnutí (Paúl, Teixeira, & Ribeiro, 2017) zahrnuje faktory zdraví, biologickou a psychologickou komponentu, kognitivní výkon, sociální vztahy a osobnost. Pro umožnění aktivního způsobu života ve stáří je nezbytná zejména absence psychické tísně, přítomnost pocitů štěstí a optimismu, nízký neuroticismus, nízká osamělost a dobrá kvalita života. Pro seniory jsou v současnosti k dispozici kluby a setkání, aktivizační programy, a dokonce je možné i studovat v rámci univerzit třetího věku.

Vztahy s druhými osobami se mění, vzrůstá vliv rodinných příslušníků, zejména partnerů, dětí a vnoučat. Někteří senioři však trpí pocity osamění a izolace. Za nedostatkem kontaktů často stojí sociální situace (ztráta partnera, smrt vrstevníků), změny fyzického i psychického stavu (Vágnerová, 2007). Společenský život seniorů a sociální angažovanost (Cavallero, Morino-Abbele, & Bertocci, 2007) jsou důležité pro uspokojivé prožívání života.

Výše uvedené změny soustředěné do období stárnutí podle Tošnerové (2013) ovlivňují sociální stav seniorů s tendencí ústupu ze společnosti. Nedostatek podpory a socializace bývá spojován s vyšším rizikem předčasného úmrtí. Konkrétně u deprese ve vyšším věku mezi rizikové faktory řadíme právě sociální izolaci, přesun z místa bydliště do sociálního zařízení a ztrátu sociálních rolí.

3.4. Subjektivní prožívání stárnutí

Stárnutí doprovází řada změn ve stárnoucím organismu a jeho okolí. Prožitek stárnutí, subjektivní zkušenost se stárnutím nastoluje otázky, na které je třeba hledat odpovědi. Co znamená stárnutí pro jejich samotné aktéry? Jaké změny přináší stárnutí? Jak se vyrovnávají s tímto přirozeným procesem? Kdy se cítí člověk starým? Odpovědi na tyto otázky přináší poznatky o normálním procesu stárnutí.

Významným prediktorem pocitu stárnutí je přítomnost nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu. Subjektivní pocit stáří je ovlivněn sociálními interakcemi. Lidé, kteří jsou druhými označováni za staré, se pravděpodobně budou za staré považovat. Vliv má také porovnávání s vrstevníky. Pokud se senior cítí lépe než jeho vrstevníci, má tendenci se vidět mladším, než je ve skutečnosti. Na vnímání vlastního stáří mají osobnostní dispozice, zejména místo kontroly. Lidé s vnitřním místem kontroly mají tendenci se vidět mladším proti těm s vnějším místem kontroly. Pocit stárnutí ovlivňují sociální a kulturní faktory. Koncept stárnutí není pouhým přechodem z jedné vývojové etapy do jiné, ale je dynamickým procesem postupného vnímání sebe sama jako starého. Zvládání změn doprovázející stárnutí a ovlivňuje reakci na ně. Změny posuzované jako normální a přirozené vedou k odlišným reakcím než změny vnímané jako stresující a nepřijemné.

Subjektivní zkušenosti se stárnutím hledali odborníci z oblasti psychologie, geriatry, nelékařských zdravotnických pracovníků se specializací na geriatrici a terénních pracovníků pomocí 39 otázek se zaměřením na oblasti dojmů a zkušeností se stárnutím, pozorování stárnutí u sebe a druhých osob, první povědomí o vlastním stárnutí a zvládnání stárnutí. Proces stárnutí byl samotnými aktéry vnímán v několika dimenzích:

- přirozený a postupný proces bez zvláštností
- období hodnocení proběhlého života s výsledkem zisku moudrosti a zralosti
- období zvýšení svobody a zájmů, snížení požadavků z vnějšího prostředí
- spojení se zhoršováním zdravotního stavu nebo obav o vlastní zdraví
- období pracovních a mezilidských ztrát.

Výsledky přináší poznatky podstatné pro etapu pozdní dospělosti. Pozorované změny stárnutí u sebe i druhých lze rozdělit do sociálních, fyzických, emocionálních a kognitivních kategorií. Se stárnutím se senioři vyrovnávají pomocí změny významu stárnutí, zvládnání stresu pomocí strategií přijetí, vytěsnění, snížení nároků na sebe, optimismu a náboženství, kompenzace změn, které stárnutí přináší, péči o sebe a zapojením do společenských aktivit a kontaktů s blízkými (Keller, Leventhal, & Larson, 1989).

Vnímání vlastního stárnutí ovlivňují nejenom osobnostní charakteristiky jedince, ale i druhé osoby a širší sociokulturní prostředí. Erikson et al. (1994) připisují význam vzorům stárnutí, jejich chování a vlastností u prarodičů, rodičů a později i vrstevníků. Tyto vzory mají vliv na dosažení integrity, formování moudrosti a celkově úspěšného stárnutí.

3.5. Stereotypy, předsudky a postoje spojené se stářím

Z příslušností k určité skupině náleží i předepsaný soubor očekávání o tom, jak má člověk vypadat a jak se má chovat. Hummert (2011) představuje odlišné aspekty stereotypu spojeného s věkem, tím je pokles kompetencí a vitality na jedné straně a získání ctností v podobě moudrosti a zkušenosti na straně druhé. Postoje a stereotypy ke starším osobám mívají pozitivní i negativní valenci, ty negativní však podle výzkumů (např. Kite, & Wagner, 2002) převažují.

K pojmu stáří se váže řada negativních stereotypů a předsudků týkajících se jejich psychického stavu, které ovlivňují veřejné mínění. Konkrétně, o tom Tošnerová (2013):

- deprese je nejčastějším psychickým problémem u seniorů
- většina starších lidí je společensky izolovaná a osamělá
- senioři přirozeně ustupují od společenských aktivit
- je potřebné větší množství ústavních zařízení pro seniory
- předpoklad poklesu duševních schopností, především v kognitivní oblasti
- stáří je spojené s výraznými změnami v osobnosti.

3.6. Ageismus

Pro negativní stereotypy, předsudky a postoje spojené s věkem je vyhrazen termín ageismus, tedy diskriminace osob na základě jejich věkové příslušnosti. Může se týkat dětí, mladistvých, ale nejčastěji však bývá spojován se stářím. Ageismus je často zkoumaným konceptem, přesto však neexistuje jednoznačná shoda ohledně jeho definice.

Vidovičová (2007) ve své disertační práci kriticky srovnává poznatky o tomto komplexním fenoménu. Ageismem se často myslí mýty a předsudky spojené se stárnutím a stářím, rozlišení osob podle věku již představuje skrytou formu ageismu, proto přichází s vlastní definicí ageismu. V jejím pojetí představuje myšlenky, názory a přesvědčení založené na nerovnosti jednotlivých fází životního cyklu projevované přes stereotypy a diskriminace osob nebo skupin na základě jejich věku a/nebo příslušnosti k oné skupině. Na rozdíl od jiných forem diskriminací, se týká každého z nás, neboť se vztahuje k průběhu času. Vlivem času se jeho obětí může stát kdokoliv. Podle Nemmerse (2005) oběť ageismu často nese fyzické, psychické a emocionální následky.

3.7. Sociální izolace a osamělost

Základní lidskou potřebou člověka jako společenského tvora je potřeba sociální kontaktu. Osamělost je subjektivně vnímaný prožitek vznikající nenaplněním této potřeby. Sociální izolace vzniká nedostatkem skutečných kontaktů. Tyto dva pojmy

nelze zaměňovat, neboť člověk s nedostatkem sociálních kontaktů se nemusí cítit osamělý a platí to i naopak. Tato skutečnost se odráží i v jejich hodnocení. Sociální izolaci měříme pomocí epidemiologických charakteristik, např. počet dětí, rodinný stav, výskyt přátel, emocionální osamělost se zkoumá pomocí sebeposuzujících škál. Osamělost je rizikovým faktorem pro řadu tělesných a duševních onemocnění nezávisle na věku. Ovlivňuje systolický krevní tlak, kvalitu spánku, kognitivní výkon, progresi Alzheimerovy nemoci a příznaky deprese (Tylová, Kuželová, & Ptáček, 2014).

Longitudiální výzkum TILDA (The Irish Longitudinal Study on Ageing) zkoumal vliv a vzájemné vazby sociální izolace a osamělosti na výskyt deprese a úzkosti u seniorů. Objektivní proměnnou sociální izolace byla sociální síť starších osob, osamělost potom jako subjektivně vnímaná charakteristika. Oba aspekty se ukázaly jako rizikový faktor pro výskyt deprese i úzkostné poruchy (Domenech-Abella, Mundó, & Haro, 2018).

3.8. Závislost a ztráta soběstačnosti

Ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci od druhých bývá samotnými seniory vnímána velmi negativně. Ovlivňuje kvalitu života, psychický stav seniorů a vede k dalšímu zhoršování fyzického stavu. Nesoběstačný senior bývá ohrožen pocitem marnosti, zbytečnosti a zoufalství. Největší obavy ze stárnutí a sklonku života se pojí k nesoběstačnosti a závislosti na pomoci od druhých osob. Žumárová (2009) spojuje pokles soběstačnosti a nezávislosti v oblasti denních aktivit se zhoršováním zdravotního stavu u osob ve vyšším věku.

3.9. Úspěšné stárnutí

Úspěšné stárnutí souvisí s otázkami adaptace na stáří. Adaptací se rozumí reakce na změny, které přišly se stárnutím. V adaptaci na stáří se uplatňuje perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění pro ostatní a potěšení. Úspěšné stárnutí je procesem osobního růstu, ve kterém se vynořují nové možnosti, zdroje a potenciály, ke kterým je třeba zůstat otevřeným (Janáčková, 2019).

Wong (1989) úspěšné stárnutí definuje pomocí vysoké úrovně fyzického zdraví, psychické pohody a schopnosti adaptace.

Eriksonův model vývoje osobnosti je celoživotním procesem s vrcholem dosažení integrity a moudrosti a tím dává stáří a stárnutí hodnotu a smysl. I stáří lze chápat jako období růstu, nadhledu, radosti a moudrosti. Integrita bývá považována za základní rys úspěšného stárnutí. Za klíčovou podmínku úspěšného stárnutí považoval i Butler (1963) dosažení smysluplného náhledu na svůj život.

Rowe a Kahn (1997) popsali tři principy úspěšného stárnutí:

- vyhýbání se nemocem a invaliditě
- udržení vysoké míry kognitivních a fyzických funkcí
- společenská angažovanost.

Podobně také Ahrens a Ryff (2006) stanovily pět podmínek nezbytných pro duševní zdraví a rozvoj:

- sebeakceptace, sebezřetivost (self-acceptance)
- pozitivní vztahy s druhými (positive relations with others)
- autonomie, pocit či vědomí vlastního sebeurčení
- kontrola nad prostředím (environmental mastery)
- smysl života (purpose in life).

V současnosti se v kontextu úspěšného stárnutí hovoří o kreativitě a rozvoji u starších dospělých. Na rozdíl od tradičních vývojových teorií, které zdůrazňují ukončení vývoje jedince v pozdním věku nebo návrat člověka do dřívějších fází vývoje, bývá zdůrazňován rozvoj, a i nadále přesahující tendence úspěchu, gerotranscendence. Tento pojem je vztahován ke stáří jako etapě vedoucí ke zralosti a moudrosti. Pro posouzení úspěšnosti v životě není důležitá aktivita, produktivita a efektivita, ale spíše pocit sounáležitosti s dřívějšími generacemi, změna pohledu na druhé a na sebe. Je také přirozené, že starší člověk oslabuje sociální vazby a vztahy a spíše se zaměřuje na svoje vnitřní pocity. Mezi typické charakteristiky gerotranscendence řadí Tornstam (1997) radost z malých nevýznamných věcí, pokles strachu ze smrti, narůstající pocit altruismu,

smysluplnost života jako celku, pokles významu materiálních stránek života, menší tendenci udělovat rady a převahu pokory, tolerance a vstřícnosti.

Gerotranscendenci (Erikson, 2015) jako deváté stádium přidala Joan Eriksonová k předchozím osmi vývojovým stádiím psychosociální teorie vývoje osobnosti. V pojetí Eriksonových se však jedná spíše o retrospektivní pohled na dřívější život. Tornstamovo pojetí spíše zdůrazňuje pohled vpřed (Šolcová, 2018).

Každopádně ať se díváme na stárnutí a stáří z jakéhokoliv úhlu, tvoří významnou část životní cesty, neboť trvá déle než dětství a dospívání, proto musí mít svůj význam a vliv. Podle Junga (1969) stáří není úpadkem i navzdory úbytku fyzických, psychických a sociálních aspektů, ale spíše se jedná o postupné zdokonalování toho nejpodstatnějšího v lidském životě. Tím je jedinečnost a neopakovatelnost každého z nás.

Jungova individuace je procesem získávání individuálních charakteristik, při níž se psychika jedince stává celistvějším ve vztahu ke svým komponentám. Z tohoto pohledu lze nalézt společné prvky mezi Jungovou individuací a Eriksonovou integrací.

EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

4. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem našeho výzkumu je ověřit případné souvislosti mezi mírou depresivních příznaků a vnímanou integritou vs. zoufalstvím ega v rámci Eriksonova vývoje osobnosti u probandů nad 65 let. Dalším cílem je porovnání míry integrity a míry depresivních příznaků mezi pohlavím, věkem, vzděláním a dalšími sociálními charakteristikami (např. rodinným stavem, pobytem a společným soužitím v domácnosti s dalšími osobami atd.).

V empirické části se budeme snažit hledat odpovědi na tyto výzkumné otázky: Odlíší míra deprese integritu a zoufalství ega u seniorů? Existují rozdíly v integritě a míře deprese u osamělých a neosamělých seniorů? Liší se v míře deprese a integritě ega senioři spokojení se zdravotním stavem od seniorů s ním nespokojených? Existuje rozdíl napříč pohlavím v míře deprese? Má dosažená úroveň vzdělání na integritu ega? Má skutečnost plánování do budoucnosti u osob nad 65 let vliv na dosaženou míru deprese a integritu ega?

Na základě výzkumných otázek jsme stanovili 7 výzkumných hypotéz. Některé z nich u vybraných psychosociálních charakteristik byly dále rozděleny podle proměnných míra deprese měřená BDI-II a integrita nebo zoufalství měřená RHEIS.

Hypotézy:

H1a: Senioři s vyšší mírou depresivních příznaků dosahují nižších skóre integrity ega.

H1b: Senioři s vyšší mírou depresivních příznaků dosahují vyšších skóre zoufalství ega.

H2a: Osamocení senioři dosahují vyšších skóre v Beckově subjektivní stupnici deprese.

H2b: Osamocení senioři dosahují nižších skóre integrity ega.

H3: Senioři žijící s rodinou dosahují vyšších skóre v integritě ega.

H4a: Spokojenost se zdravotním stavem u seniorů souvisí s vyšší mírou integrity ega.

H4b: Nespokojenost se zdravotním stavem u seniorů souvisí s vyšším počtem bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese.

H5: Existuje rozdíl mezi pohlavím a dosaženém počtu bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese.

H6: Dosažená úroveň vzdělání má vliv na vnímanou integritu ega.

H7a: Senioři plánující budoucnost dosahují vyšší skóre v integritě ega.

H7b: Senioři plánující budoucnost dosahují nižších skóre v Beckově subjektivní stupnici deprese.

5. Metodologický rámec a popis použitých metod

V následující kapitole se budeme věnovat popisu zvoleného typu výzkumu, metodám sběru, zpracování a analýzy dat. Na konci kapitoly se zaměříme na etické otázky a způsoby jejich řešení.

5.1. Typ výzkumu

Pro daný záměr byl zvolen kvantitativní design výzkumu, konkrétně pak diferenční studie. Zajímá nás především, zda existuje rozdíl mezi vnímanou integritou vs. zoufalstvím ega napříč skupinami vytvořenými podle výsledku ve škále BDI-II nebo podle uvedených biopsychosociálních charakteristik probandů.

Kvantitativní přístup je založen na hypoteticko-deduktivním vědeckém modelu. Zaměřuje se na hledání vztahů mezi dvěma proměnnými. Na jeho začátku stojí teorie, následuje dedukce a posléze tvorba hypotéz vycházejících z dané teorie a pak operacionalizaci proměnných. Poté přichází vlastní měření, na jehož základě testujeme hypotézy a ověřujeme pravdivost teorie a stanovujeme velikosti daného efektu. Mezi výhody kvantitativního výzkumu patří relativně rychlý způsob získání dat a jejich analýza, poměrně snadná eliminace působení nežádoucích proměnných a nezávislost výsledků na výzkumníkovi. Nevýhodou kvantitativního výzkumu je přílišná abstraktnost a obecnost výsledků, soustředění se na potvrzení nebo vyvrácení již zavedené teorie a reduktivní způsob získávání dat (Hendl, 2005).

5.2. Metody získávání dat

Data pro realizaci tohoto výzkumu byly průběžně získávány od června do října 2020 mezi seniory žijící v domácnostech a domovech pro seniory. Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření. Zahrnoval tři části: dotazník vlastní konstrukce, Beckovu subjektivní stupnici deprese (BDI-II) a škálu integrity ega Ryff a Heincke (RHEIS). Použité metody jsou uvedeny v přílohách.

Dotazník vlastní konstrukce zahrnoval především anamnestická data, kde se nacházeli položky: věk, pohlaví, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, počet dětí, otázky bydlení, záliby, dále potom položky zaměřené na subjektivní pocity: osamělosti, zdraví, finančního zajištění a plánů do budoucnosti.

Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI-II)

K měření deprese byla použita standardizovaná sebesposuzovací stupnice, a to konkrétně dotazník na posuzování intenzity deprese, BDI-II. Vyměřuje aktuální stav, momentální přítomnost a závažnost depresivních symptomů, nezachycuje depresivitu jako osobnostní rys. Je vhodná od 13 do 80 let a validně odlišuje zdravou populaci od té nemocné. Metodu (BDI) poprvé vydal Aaron T. Beck v roce 1961, od té doby byla opakovaně revidována. BDI-II byla revidována v roce 1996, aby lépe odpovídala diagnostickým kritériím pro depresi. Revidovaná verze vypustila položky zaměřené na ztrátu hmotnosti, změnu obrazu těla, somatické zaujetí a pracovní obtíže a přidala položky zaměřené na agitovanost, pocity bezcennosti, potíže se soustředěním a ztrátu energie. Je používána jako indikátor závažnosti deprese, nikoliv jako diagnostický nástroj. Obsahuje 21 škál, kde proband označuje jednu ze čtyř možných variant u každé stupnice. Sečtením všech skóre se dosáhne celkového skóre, které může dosahovat hodnot v rozmezí 0-63. Jednotlivé položky v inventáři se týkají afektivních, kognitivních, motivačních a fyziologických symptomů deprese. Vnitřní konzistence škály opakovaně dosahuje vysokých hodnot, Cronbachova alfa kolem 0,9. Beck na základě standardizační studie navrhl následující cut-off skóre: 0-13 minimální nebo žádná deprese, 14-19 mírná deprese, 20-28 střední deprese, 29-63 těžká deprese (Beck, Steer, & Brown, 1999).

Spolehlivost a platnost českého překladu BDI-II ověřovali Ptáček, Raboch a Vňuková (2016) na vzorku 1027 respondentů. Reliabilita pomocí vnitřní konzistence poukázala vysoký koeficient: Cronbachova alfa 0,92. Konfirmatorní faktorová analýza byla použita pro ověření třífaktorové struktury dotazníku (faktor kognitivní, somatický a afektivní), navržené Beckem, kterou potvrdila. Výsledky dokazují, že i v českém překladu je BDI-II diagnostickým nástrojem s vysokou validitou a reliabilitou.

Škála integrity ega Ryff a Heincke

K měření integrity a zoufalství ega byla použita škála integrity ega Ryff a Heincke (1983), která patří v současnosti mezi nejpoužívanější nástroje pro měření integrity člověka. Škála obsahuje 16 položek založených na Eriksonově teorii celoživotního psychosociálního vývoje. Účastníci hodnotí výroky pomocí Likertovy stupnice, část

položek je inverzních. Reliabilita škály jako vnitřní konzistence dosahuje 0,8 Cronbachova alfa. Škála je operacionalizována polaritně, člověk je buď integrovaný (položka: Např.: „*Když zvážím vzestupy a pády ve svém dosavadním životě, zdá se mi, že tvoří smysluplný celek*“.), nebo zoufalý (položka: Např.: „*Kdybych měl jen o malinko větší štěstí, můj život by vypadal úplně jinak*“.). Tato škála je používána jako jednofaktorová (James, & Zarrett, 2006, Chrz, Dubovská, & Poláčková-Šolcová, 2020).

Česká verze škály integrity ega Ryff a Heincke byla použita ve výzkumném projektu Styly ego integrity v životních příbězích seniorů: narativní přístup, který probíhal v letech 2017-2019. Cílem šetření bylo porozumět vývojovému období stáří a prozkoumat ego-integritu a její styly a jejím prostřednictvím zachytit dynamiku osobnostního růstu a rozvoje člověka v kontextu prostředí, ve kterém člověk žije. Výsledkem jsou studie zaměřené do oblastí gerontologie, gerotranscendence, hravosti ve stáří a měření integrity a generativity.

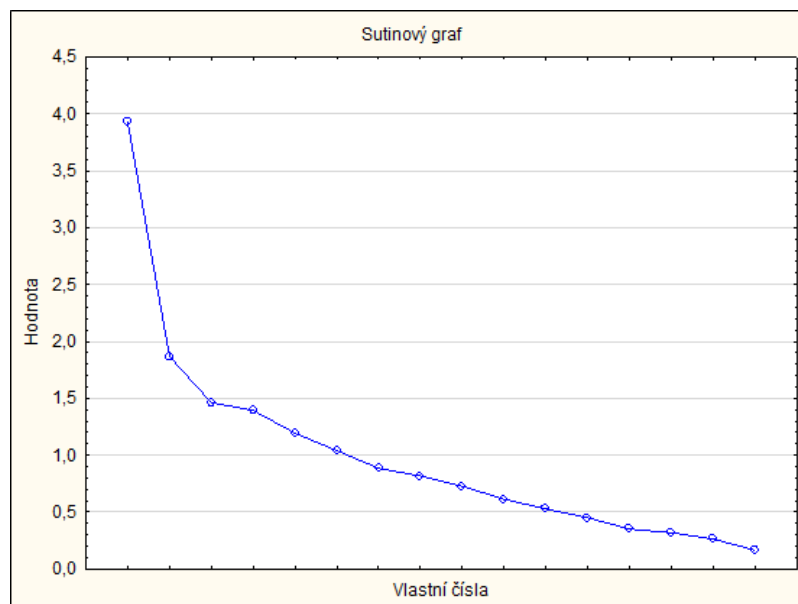
Škála Ryff a Heincke hodnotí integritu ega z pohledu výsledku procesu, člověk je tedy buď integrovaný nebo zoufalý. Respondenti hodnotí svůj souhlas na šestibodové Lickertově stupnici od silného nesouhlasu – 0 k silnému souhlasu – 5. Výsledné skóre integrity ega je dáno součtem skóre všech položek, přičemž jsou před sčítáním překódovány negativní položky, aby se sjednotil směr hodnocení. Čím vyšší je skóre, tím vyšší je úroveň integrity, a čím nižší je skóre, tím větší je zoufalství (Filip, Lukavská, & Poláčková Šolcová, 2019).

V rámci příprav 4. mezioborové gerontologické studentské vědecké konference Stárnutí 2018 konané v říjnu 2018 v Praze byl zahrnut projekt Měření ego integrity a jeho limity od Kateřiny Lukavské. Výstupem tohoto projektu je sdělení skutečnosti, že se zmíněná škála jeví jako dvoufaktorová, neboť existují respondenti, kteří vykazují současně vysokou míru integrity i zoufalství. Tato skutečnost byla ověřena na vzorku 910 respondentů ze čtyř různých kultur a bylo navrženo položky rozdělit do dvou škál – integrity a zoufalství (Lukavská, 2018). Také holandský výzkum Westerhofa et al. (2015) na základě rozdílných vztahů mezi integritou a zoufalstvím podporuje koncept jejich duality než předpoklad dvou pólů na jednom kontinuu.

V rámci těchto skutečností a písemné komunikace s Kateřinou Lukavskou jsme v našem výzkumu přistupovali ke Škále integrity ega jako ke dvojdímní škále: dimenze zoufalství ega (inverzní položky: 3, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16) a dimenze integrity ega (položky: 1, 2, 4, 5, 8, 10, 15).

Možnost použít Škálu integrity ega (RHEIS) jako škálu se dvěma faktory jsme podpořili faktorovou analýzou dané škály. Níže uvádíme sutinový graf (graf č.1). Dvoufaktorové řešení RHEIS vysvětluje celkem 37 % variability odpovědí. Co se týká síly jednotlivých faktorů, po provedené rotaci VARIMAX vysvětluje faktor Integrita ega 22 % variability a faktor Zoufalství ega 15 % variability mezi odpověďmi.

Graf č. 1: Sutinový graf Škály integrity ega RHEIS



5.3. Metody zpracování a analýzy dat

Jednotlivé údaje a skóry z vyplněných dotazníků jsme analyzovali pomocí programů Statistica 13 a Microsoft Excel s využitím funkce Analýza dat. O přijetí nebo zamítnutí statistických hypotéz bylo rozhodnuto na základě p-hodnoty na hladině významnosti 0,05. V případě p-hodnoty nižší než 0,05 byla tedy nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.

Při vyhodnocování a ověřování hypotéz bylo využito několik druhů statistických testů. Souvislosti mezi proměnnými (v našem případě míra deprese, integrita a zoufalství ega) jsme ověřovali pomocí metody jednoduché regrese, která hledá vztah mezi dvěma proměnnými. Regresní analýza (StatSoft: Úvod do regresní analýzy, 26. března 2014) si klade za cíl popsat závislost mezi spojitými proměnnými (regresory) pomocí vhodného matematického modelu. V našem případě se jednalo o jednoduchou regresi; závislost mezi vysvětlovanou proměnnou na jednom regresoru.

Pro vyhodnocování a ověřování dalších hypotéz bylo využito parametrických i neparametrických statistických testů, konkrétně Mann-Whitneyova U-testu, T-testu pro dva nezávislé výběry, ANOVY a deskriptivních statistik.

5.4. Etické otázky a způsob jejich řešení

Nezbytnou součástí každého výzkumu je rozvaha nad etickými problémy a jejich následné řešení. V našem případě každý proband dostal základní informace o povaze a průběhu výzkumu. Dále informaci o dobrovolnosti účasti na výzkumu, možnosti kdykoliv od ní odstoupit, anonymitě dat a jejich použití jen v rámci daného účelu, čímž je diplomová práce.

Informovaný souhlas probandů s účastí na výzkumu byl součástí dotazníku vlastní konstrukce. Tak bylo zajištěno, že každý účastník vyplněním dat zároveň souhlasí se zařazením do výzkumné studie. Součástí dotazníku byla zároveň informace o tom, že získaná data slouží pouze k výzkumné práci, budou anonymní a také že budou uchována jen po potřebnou dobu pro realizaci výzkumu.

Dotazníky byly administrovány v písemné formě vzhledem k věku probandů. Samotná administrace proběhla tváří v tvář s výzkumníkem, neboť zde byly použity vybrané psychologické metody.

6. Soubor

V této kapitole uvádíme charakteristiky zkoumané populace, výběrový soubor, metodu jeho výběru a popisné charakteristiky výběrového souboru.

6.1. Cílová populace a výběrový soubor

Zkoumanou populací jsou lidé nad 65 let věku. Český statistický úřad (Senioři, 29. května 2020) porovnává procentuální zastoupení populace seniorů ve věku nad 65 let v jednotlivých státech Evropy. Konkrétně v Česku bylo 13,8 % seniorů v roce 2000, v roce 2018 již 19,2 %. Jelikož celkový počet obyvatel nenarůstá s takovou intenzitou, je tedy zřejmé, že populace stárne.

Výběrový soubor podle předchozích plánů měl zahrnovat 200 osob starších 65 let, tato skutečnost však nebyla naplněna z důvodu situace probíhající napříč rokem 2020 (tzv. koronavirová krize) a epidemiologickou situací kolem ní. Další důvodem omezeného počtu respondentů je profese všeobecné sestry - výzkumníka pracující na infekčním oddělení s potenciálním rizikem nákazy nemocí Covid-19 a možnosti jejího přenosu na ohroženou skupinu seniorů. Nakonec se povedlo získat 79 účastníků studie, 28 mužů a 51 žen. Průměrný věk činil 72,37 let (medián 71), přičemž nejmladšímu účastníku studie bylo 65 let, nejstaršímu pak 91 let. Tabulka č. 2 shrnuje skladbu výběrového souboru podle věku a pohlaví.

Tabulka č. 2: Věk a pohlaví respondentů (n=79)

Věk	Muži	Ženy	Celkem
65-70 let	14	25	39
71-75 let	8	11	19
76-80 let	4	7	11
81-85 let	2	3	5
86-91 let	0	5	5
Počet	28	51	79

Jelikož se domníváme se, že s ohledem na předmět výzkumu nebude hrát roli vliv demografických faktorů, byla pro výběr vzorku použita pravděpodobnostní metoda

výběru vzorku, a to konkrétně kvótní výběr. Respondenti tedy byli vybíráni na základě předem stanoveného kvótu. Kvótním znakem bylo dosažené vzdělání.

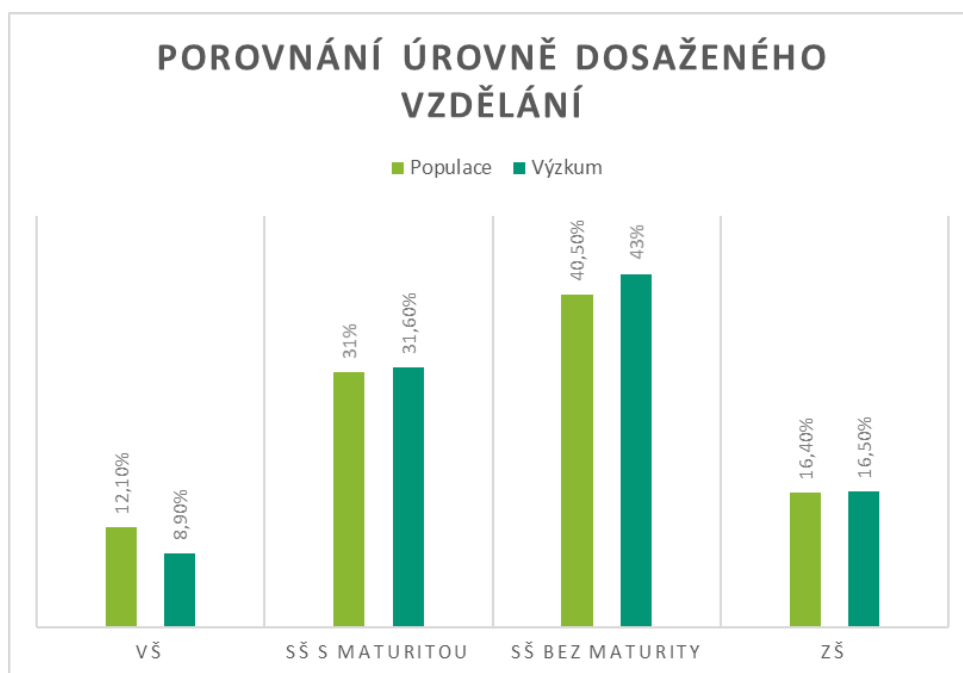
Tabulka č. 3: Vzdělání a pohlaví respondentů (n=79)

Vzdělání	Muži	Ženy	Celkem	Celkem (%)
Základní vzdělání	2	11	13	16,5
Střední vzdělání s výučním listem	14	20	34	43
Střední vzdělání s maturitou	8	17	25	31,6
Vysokoškolské vzdělání	4	3	7	8,9
Počet	28	51	79	100

Podle dostupných údajů Českého statistického úřadu bylo v populaci nad 65 let věku v roce 2019 zjištěno 12,1 % vysokoškolsky vzdělaných, 31 % středoškolsky vzdělaných s maturitou, 40,5 % středoškolsky vzdělaných bez maturity a se základním vzděláním 16,4 % seniorů. Kategorie se základním vzděláním zahrnuje osoby bez vzdělání, s neukončeným základním vzděláním a s ukončeným základním vzděláním. Skupina středoškolské vzdělání s maturitou zahrnuje všechny typy studia s maturitou a nástavbové studium (Český statistický úřad, 29. ledna 2021).

V následujícím grafu porovnáváme dosaženou úroveň vzdělání v našem výzkumném vzorku a zkoumané populaci seniorů.

Graf č. 2: Dosažená úroveň vzdělání v populaci a ve výzkumném souboru (n=79)



Z grafu je patrné, že výzkumný vzorek ne úplně přesně kopíruje rozložení dosaženého vzdělání v populaci, a to zejména u respondentů s nejvyšším možným dosaženým vzděláním. Přesto se domníváme, že tato skutečnost nezkresluje získaná data nežádoucím směrem a je možné výsledky zobecnit na populaci nad 65 let věku.

7. Výsledky a jejich interpretace

Tato kapitola prezentuje výsledky výzkumu, jejich statistické zpracování včetně interpretace. Celkem bylo stanoveno 7 statistických hypotéz. V následujícím textu se věnujeme popisu postupu jejich testování. První hypotéza se týká souvislosti mezi mírou depresivních příznaků a skóre integrity a zoufalství ega. Druhá hypotéza zkoumá vliv pocitů osamocení na míru zoufalství ega a míru depresivních příznaků. Hypotéza č. 3, 4 a 6 zjišťuje, jestli integrita ega souvisí s dosaženým vzděláním, soužitím ve společné domácnosti s rodinnými příslušníky a zdravotním stavem, přičemž čtvrtá hypotéza se zabývá také souvislostem mezi nespokojeností se zdravotním stavem seniorů a mírou deprese. Pátá hypotéza hledá rozdíly mezi pohlavím a intenzitou deprese. Hypotéza č. 7 se zaměřuje na souvislosti mezi plánováním budoucnosti a integritou ega a mírou depresivních příznaků.

Před samotným zpracováním dat a volbou statistických testů byla nejprve ověřena normalita rozložení dat, tedy skutečnosti, zda data odpovídají normálnímu rozdělení v populaci. To bylo ověřeno na základě Shapirova-Wilkova testu pro ověření normality proměnných. Níže uvedená tabulka shrnuje jeho jednotlivé výsledky. Na základě jednotlivých p-hodnot bylo rozhodnuto mezi výběrem parametrických a neparametrických statistických testů.

Tabulka č. 4: Shrnutí výsledků ověření předpokladu normality proměnných

Shapiro-Wilkův test				
Proměnná	Skupina	N	W	P
<i>Deprese</i>	Osamělost	14	0,93	0,32
	Neosamělost	65	0,87	0,00
	Spokojenost se zdravotním stavem	60	0,91	0,00
	Nespokojenost se zdravotním stavem	19	0,85	0,01
	Muži	28	0,78	0,00
	Ženy	51	0,89	0,00
	Plánování do budoucnosti	31	0,94	0,07
	Neplánování do budoucnosti	48	0,88	0,00
<i>Integrita</i>	Osamělost	14	0,95	0,56
	Neosamělost	65	0,97	0,14
	Bydlení s rodinou	48	0,97	0,22
	Bydlení bez rodiny	31	0,97	0,62
	Spokojenost se zdravotním stavem	60	0,98	0,31
	Nespokojenost se zdravotním stavem	19	0,93	0,19
	ZŠ	13	0,87	0,06
	SŠ s vyučením	34	0,96	0,28
	SŠ s maturitou	25	0,96	0,42
	VŠ	7	0,97	0,87
	Plánování do budoucnosti	31	0,97	0,53
	Neplánování do budoucnosti	48	0,97	0,18

7.1. Testování hypotéz

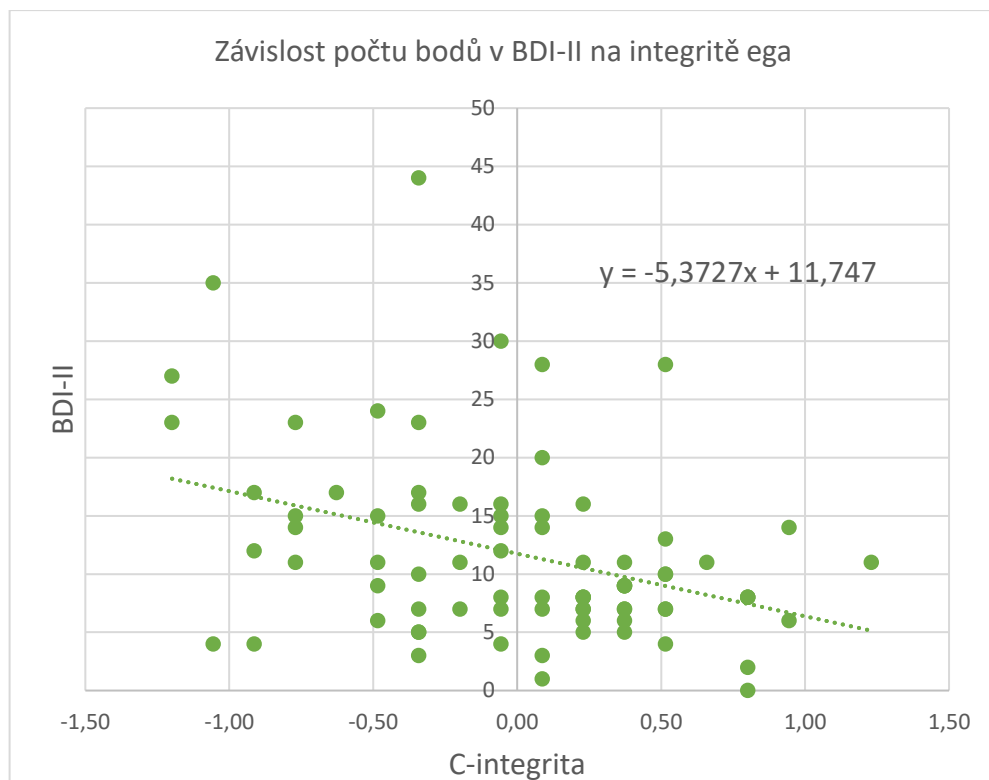
H1a: Senioři s vyšší mírou depresivních příznaků dosahují nižších skóre integrity ega.

H1b: Senioři s vyšší mírou depresivních příznaků dosahují vyšších skóre zoufalství ega.

K ověření hypotéz H1a, H1b, že míra depresivních příznaků měřená Beckovou subjektivní stupnicí deprese souvisí s dosaženým skóre integrity a zoufalství ega měřeným Škálou integrity ega Ryff a Heincke, byla použita regresní

analýza, konkrétně jednoduchá regrese. Pro každého respondenta byla vytvořena průměrná hodnota integrity ega (položky 1, 2, 4, 5, 8, 10, 15) a také průměrná hodnota zoufalství ega (3, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16). O způsobu rozdělení položek pro integritu a zoufalství rozhodla inverzita položek pro zoufalství. Vyšší hodnota integrity ega představuje více integrované jedince, nižší hodnota zoufalství ega představuje méně zoufalé jedince. Abychom mohli data interpretovat tímto způsobem, který považujeme za intuitivnější, nebyly položky pro zoufalství invertovány. Závislosti mezi proměnnou míra depresivních příznaků a integrita a zoufalství ega ukazují bodové grafy č. 3, 4.

Graf č. 3: Bodový graf počtu bodů v BDI-II a centrované integrity ega



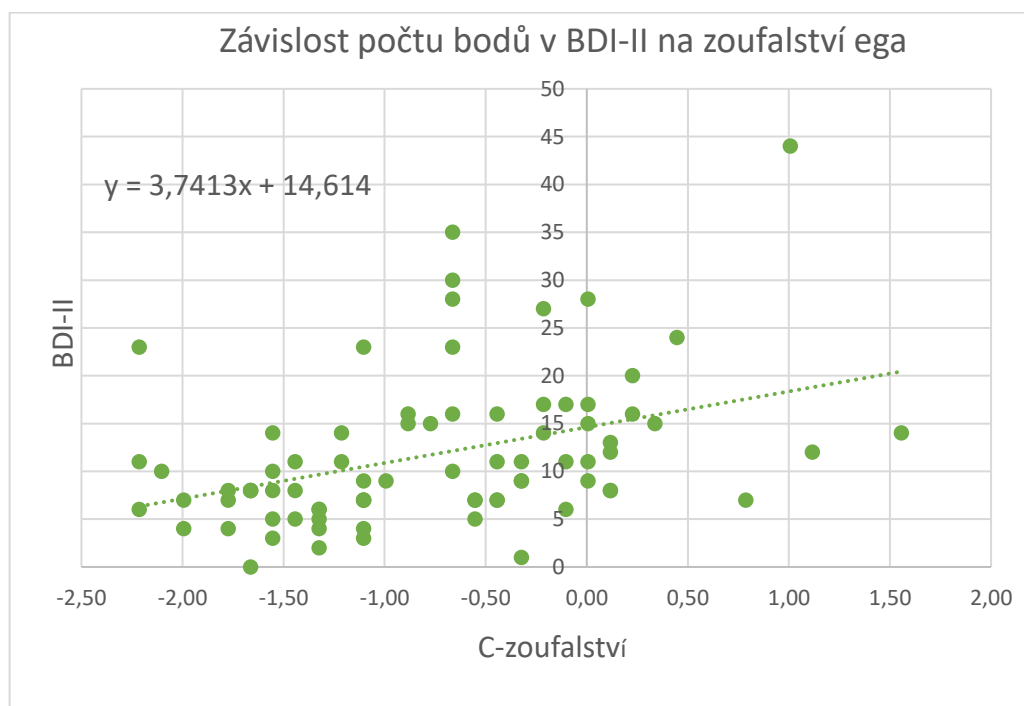
Z bodového grafu č. 3 je patrné, že při rostoucí integritě ega v průměru klesají depresivní příznaky. Z důvodu přehlednější interpretace našich zjištění jsme provedli centraci proměnné integrity ega. Od hodnoty integrity ega každé zkoumané osoby byla odečtena průměrná hodnota integrity ega. Z funkce lineární přímky je patrná konstanta (-5,37), která nám ukazuje, o kolik se v průměru sníží počet bodů v BDI-II, pokud se integrita ega zvýší o 1 bod, a její sklon (11,75) představuje průměrnou hodnotu počtu dosažených bodů v BDI-II při získání průměrné hodnoty

integrity ega. Statistickou významnost jsme otestovali pomocí F-testu ($F = 12,16$; $p < 0,05$).

V poslední řadě zmiňujeme koeficient determinace $R^2 = 0,14$; který vysvětluje procento rozptylu závisle proměnné a vypovídá o přesnosti našeho modelu. Tento koeficient nabývá čísel od 0 do 1. Pokud by R^2 bylo rovno 1, mohli bychom bezchybně předpovědět počet dosažených bodů v BDI-II na základě výsledku v integritě ega. V našem případě hodnota R^2 znamená, že dokážeme předpovědět pouhých 14 % variability proměnné počet bodů v BDI-II na základě integrity ega.

Naším závěrem tedy je, že u seniorů je statisticky významná závislost mezi mírou depresivních příznaků a skórem integrity ega. **Hypotézu H1a přijímáme.** Tato závislost podle koeficientu determinance je však velmi slabá.

Graf č. 4: Bodový graf počtu bodů v BDI-II a centrovaného zoufalství ega



Z bodového grafu č. 4 je patrné, že při rostoucím zoufalství ega v průměru roste míra depresivních příznaků. Po provedení centrace proměnné zoufalství ega, je z funkce lineární přímky patrné o kolik se v průměru zvýší počet bodů v BDI-II, pokud se zoufalství ega zvýší o 1 bod (3,74) a její sklon (14,61) představuje průměrnou hodnotu počtu dosažených bodů v BDI-II při získání průměrné hodnoty

zoufalství ega. Statistickou významnost jsme otestovali pomocí F-testu ($F = 13,78$; $p < 0,05$). Hodnota koeficientu determinace $R^2 = 0,15$; ukazuje, že dokážeme předpovědět pouhých 15 % variability proměnné počet bodů v BDI-II na základě zoufalství ega.

Závěrem lze říct, že u seniorů existuje statisticky významná závislost mezi mírou depresivních příznaků a skórem zoufalství ega. **Hypotézu H1b přijímáme.** Tato závislost je podle koeficientu determinance velmi slabá.

H2a: Osamocení senioři dosahují vyšších skóre v Beckově subjektivní stupnici deprese.

H2b: Osamocení senioři dosahují nižších skóre integrity ega.

Na základě výsledků Shapiro-Wilkova testu bylo pro ověřování hypotéz H2a, H2b použito neparametrického statistického testu, který k použití nemá podmínku normálního rozdělení, a to konkrétně Mann-Whitneyova U testu s korekcemi na spojitost a na shodná pořadí, který porovnával dvě nezávislé skupiny (osamocení a neosamocení senioři) a celkové skóre v BDI-II v prvním případě a skóre integrity ega v případě druhém.

Níže uvádíme deskriptivní statistiky, ze kterých je patrné, že osamělý senioři dosahovali v průměru o 12 bodů výše v BDI-II než senioři neosamělí. Co se týká integrity, osamělý senioři se od neosamělých liší v průměru o $\frac{1}{2}$ bodu. Pro úplnost uvádíme rozdíl $\frac{3}{4}$ bodu v průměrném počtu zoufalství ega u skupiny seniorů rozdělených na základě emocionální osamělosti.

Tabulka č. 5: Deskriptivní statistiky emocionální osamělosti

Proměnné	Osamělost	N	M	SD
Deprese	Ano	14	21,36	9,22
	Ne	65	9,68	5,94
Integrita	Ano	14	3,09	0,47
	Ne	65	3,57	0,53
Zoufalství	Ano	14	2,27	0,88
	Ne	65	3,02	0,76

Počet dosažených bodů v BDI-II u osamělých seniorů je signifikantně vyšší než u skupiny seniorů, kteří se necítí být osamoceni, $U = 103$, $Z = 4,52$; $p < 0,05$; $AUC = 0,11$. Medián počtu dosažených bodů v BDI-II byl u osamělých seniorů 21,5 bodů; zatímco u neosamělých pouhých 8 bodů. Rozdíl mezi skupinami v počtu dosažených bodů v BDI-II byl patrný také z hodnot průměrných pořadí skupin osamělých seniorů 65,14 a neosamělých seniorů 34,58. Vyšší hodnoty obou ukazatelů vypovídají o tom, že respondenti ve skupině osamělých seniorů dosahovali průměrně vyššího celkového skóru v BDI-II ve srovnání s respondenty ve skupině neosamělých seniorů. Jako ukazatel míry účinky bylo zvoleno AUC, což je pravděpodobnost toho, že když náhodně vylosuji jednoho respondenta z osamělých seniorů a jednoho ze skupiny neosamělých seniorů, tak respondent ze skupiny neosamělých bude mít vyšší hodnotu v BDI-II než ten ze skupiny osamělých. V našem případě je tato pravděpodobnost 11 %. **Hypotézu H2a přijímáme.**

Osamělí senioři dosahují signifikantně nižších skóru integrity ega v RHEIS škále než senioři neosamělý, $U = 221,50$; $Z = - 3,00$; $p < 0,05$, $AUC = 0,24$. Máme tedy 24% pravděpodobnost, že při náhodném výběru jednoho člověka ze skupiny osamělých a jednoho z neosamělých seniorů bude mít nižší integritu ega ten ze skupiny neosamělých. Medián skóru integrity ega u skupiny osamělých seniorů byl 3,14, zatímco u skupiny neosamělých byl 3,71. Průměrné pořadí pro proměnnou integrita ega činí 43,59 u skupiny neosamělých a 23,32 u osamělých seniorů. **Hypotézu H2b přijímáme.**

H3: Seniori žijící s rodinou dosahují vyšších skóre v integritě ega.

Mezi seniory žijící s rodinou byli zařazeni jedinci žijící s partnery, s dětmi nebo s příbuznými. Bydlení bez rodiny zahrnovali jedinci, kteří žijí sami nebo žijící ve skupině s ostatními v sociálním zařízení. Popisné statistiky uvádíme v níže uvedené tabulce.

Na základě ověření normality pomocí Shapiro-Wilkova testu bylo pro statistické zpracování použito parametrických statistických metod, konkrétně T-test pro dva nezávislé výběry. Mimo ověření normality rozdělení vyžaduje T-test pro dva nezávislé výběry analýzu shody rozptylů. Ta byla provedena Levenovým testem: Levene $F = 0,53$; df (počet stupňů volnosti) = 77, $p > 0,05$ a F-testem: $F = 1,29$; $p > 0,05$, což ukazuje, že nebyl porušen předpoklad shody rozptylů.

Tabulka č. 6: Integrita ega u seniorů ($n=79$) rozdělených podle soužití s rodinou

Bydlení	N	M	Min	Max	SD
S rodinou	48	3,54	2,43	4,43	0,52
Bez rodiny	31	3,40	2,29	4,71	0,59

Podle výsledků T-testu pro dva nezávislé výběry je možné uvést, že nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi skupinou jedinců žijící s rodinou či bez rodiny v dosažené integritě ega. Na základě vypočtené testové statistiky a p-hodnoty, $t = 1,16$; $df = 77$, $p = 0,25$; nezamítáme nulovou hypotézu, alternativní hypotézu **H3 nelze přijmout**. Lze říct, že seniori žijící ve společné domácnosti s blízkými se neliší v integritě ega získané škálou RHEIS od těch, co s nimi nežijí.

H4a: Spokojenost se zdravotním stavem u seniorů souvisí s vyšší mírou integrity ega.

H4b: Nespokojenost se zdravotním stavem u seniorů souvisí s vyšším počtem bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese.

Proměnná spokojenost se zdravotním stavem byla posuzována na základě subjektivního vnímání jednotlivými probandy. Také tomuto testování nulové

hypotézy předcházelo ověření normality proměnné zdravotní stav s použitím Shapiro-Wilkova testu. Jeho výsledky nejsou příznivé pro obě stanovené hypotézy, proto jsme přistoupili k neparametrickým statistickým metodám, a to Mann-Whitneyova U testu. Tabulka č. 6 uvádí popisné statistiky proměnné spokojenost se zdravotním stavem.

Tabulka č. 7: Integrita ega u seniorů (n=79) u proměnné spokojenost se zdravotním stavem

Proměnná	Skupina	N	M	SD
Spokojenost se zdravotním stavem	Ano	60	3,51	0,50
	Ne	19	3,41	0,69

Senioři spokojení se svým zdravotním stavem se neliší od seniorů, kteří nejsou spokojení se zdravotním stavem v integritě ega získané RHEIS škálou a zároveň se neliší v počtu dosažených bodů v BDI-II. Výsledky obou hypotéz shrnujeme v níže uvedené tabulce. Rozdíl mezi průměrným pořadím v integritě ega byl nepatrný, u skupiny seniorů spokojených se svým zdravotním stavem 40,47 a ve skupině nespokojených se zdravotním stavem 38,53. Na základě míry účinku AUC můžeme konstatovat, že máme 48% pravděpodobnost, že když náhodně vylosujeme jednoho respondenta ze skupiny spokojených a nespokojených seniorů se zdravotním stavem, bude ten nespokojený se zdravotním stavem výše skórovat v integritě ega. Co se týká průměrného pořadí v počtu dosažených bodů v BDI-II rozdíl mezi skupinou spokojených a nespokojených seniorů se zdravotním stavem byl téměř 10 ve prospěch nespokojených se svým zdravotním stavem. Podle AUC máme 37% pravděpodobnost, že vybereme ze skupiny se zdravotním stavem nespokojených seniorů člověka, který bude mít nižší počet bodů v BDI-II než náhodně vybraný senior ze skupiny spokojených.

Tabulka č. 8: Mann-Whitney U test pro integritu ega a míru deprese ve skupině seniorů (n=79) rozdělených na základě spokojenosti se zdravotním stavem

Proměnná	Součet	Součet	U	Z s korekc	P hodnot	Medián spokojených	Medián nespokojený
Integrita	2428	732	542	0,32	0,75	3,57	3,29
Deprese	2257	903	427	-1,64	0,10	9	11

Na základě těchto zjištění nezamítáme obě nulové hypotézy, alternativní hypotézy **H4a i H4b nelze přijmout.**

H5: Existuje rozdíl mezi pohlavím a dosaženém počtu bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese.

Testovaná hypotéza se týká problematiky míry deprese napříč pohlavím. Následující tabulka uvádí deskriptivní statistiky obou skupin, minimální, maximální počet dosažených bodů v BDI-II, jejich průměr a směrodatnou odchylku u obou skupin. Z deskriptivních statistik je zřejmé, že ženy dosáhly vyššího průměru než muži.

Tabulka č. 9: Deskriptivní statistiky výsledků v BDI-II u mužů a žen

Pohla	N	M	Min	Max	SD
Muž	28	9	0	35	6,44
Žena	51	13,2	2	44	8,36

Pro ověření hypotézy o rozdílu mezi muži a ženami v míře deprese měřené testem BDI-II bylo použito Mann-Whitneyova U-testu, neboť pro T test nebyl splněn předpoklad normality rozdělení v populaci. Mann-Whitneyův U-test analyzuje, zda se rozdělení obou skupin liší či nikoliv. Počet dosažených bodů v BDI-II byl u žen signifikantně vyšší než u mužů, $U = 473$, $Z = 2,47$, $p < 0,05$, $AUC = 0,33$. Medián počtu dosažených bodů v BDI-II dosahoval 11 u žen, 8 u mužů. Také z hodnot průměrných pořadí: u žen 44,73; u mužů 31,39; lze konstatovat, že muži a ženy se

liší v počtu dosažených bodů v BDI-II. Tedy zamítáme nulovou hypotézu a **přijímáme alternativní hypotézu H5.**

H6: Dosažená úroveň vzdělání má vliv na integritu ega.

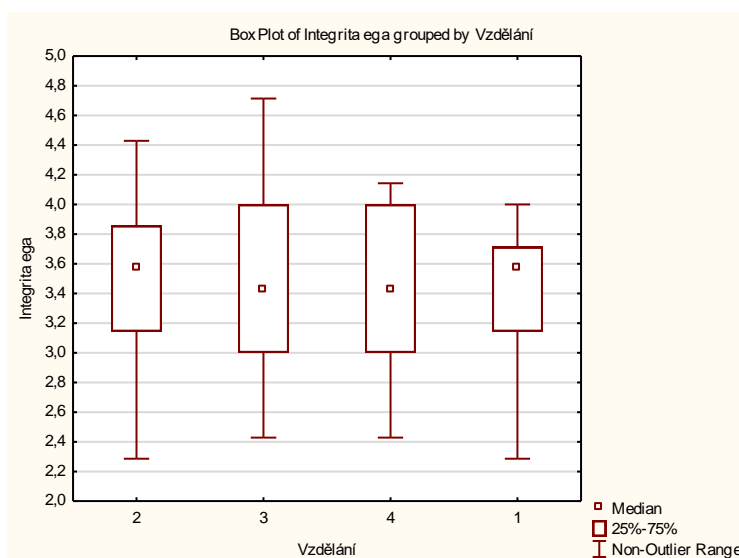
Testovaná hypotéza se zaměřuje na problematiku dosaženého vzdělání a jeho možného vlivu na integritu ega. V níže uvedené tabulce nejprve shrneme deskriptivní statistiky.

Tabulka č. 10: Deskriptivní statistiky vlivu vzdělání na integritu ega

Vzdělání	N	M	Min	Max	SD
ZŠ	13	3,35	2,29	4	0,51
SŠ s vyučením	34	3,53	2,29	4,43	0,47
SŠ s maturitou	25	3,51	2,43	4,71	0,66
VŠ	7	3,41	2,43	4,14	0,60

Z tabulky je patrné, že nejnižší integritu ega v průměru vykazují senioři se základním vzděláním. Pro větší přehlednost přikládáme také krabicový graf pro všechny čtyři kategorie dosaženého vzdělání.

Graf č. 5: Krabicový graf vzdělání a integrity ega

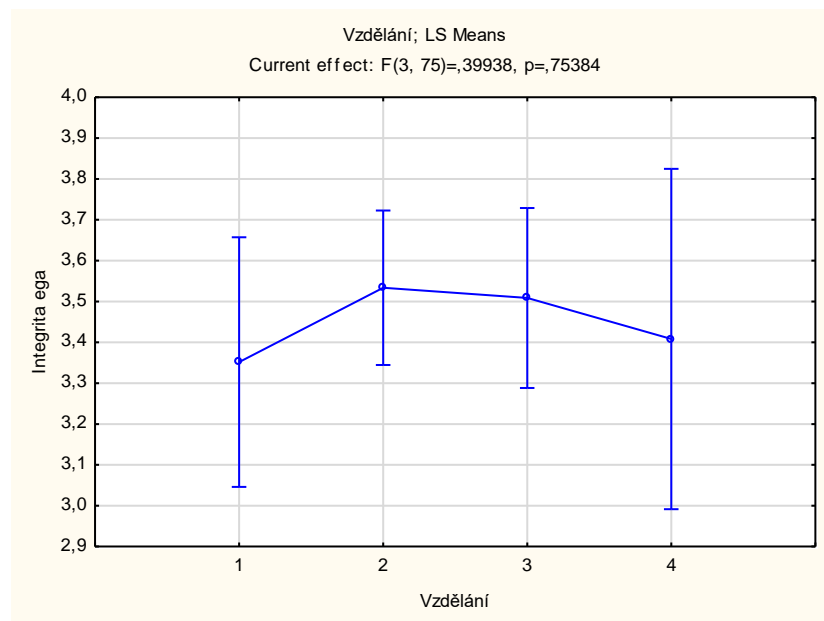


Legenda: 1 = ZŠ, 2 = SŠ s vyučením, 3 = SŠ s maturitou, 4 = VŠ

Pro ověření hypotézy č. 6 použijeme statistický test analýzy rozptylu při jednoduchém třídění ANOVA, která zkoumá rozdíly ve středních hodnotách náhodných veličin pomocí srovnání odhadů rozptylu. Tento statistický test lze použít v případě splnění podmínek normality rozdělení a homogenity rozptylů. Pro předpoklad normality rozdělení byl použit Shapiro-Wilkův test, jehož výsledky uvádíme výše, pro homogenitu rozptylů Leveneův test: $F = 1,41$; $p > 0,05$; čímž byl splněn předpoklad pro užití ANOVY.

Na základě posouzení výsledku analýzy rozptylu ANOVY mezi proměnnými nejvyšší dosažené vzdělání a integrita ega musíme konstatovat, že dosažené vzdělání nemá vliv na integritu ega, $F = 0,4$; $p = 0,75$. Na základě vypočtené testové statistiky a p-hodnoty, nezamítáme nulovou hypotézu, alternativní hypotézu **H6 nelze přijmout**.

Graf č. 6: Velikosti efektu vzdělání na integritu ega



H7a: Senioři plánující budoucnost dosahují vyšší skóre v integritě ega.

H7b: Senioři plánující budoucnost dosahují nižších skóre v Beckově subjektivní stupnici deprese.

Obě hypotézy č. 7 zkoumají, zda se liší skupina seniorů, kteří plánují budoucnost v integritě ega a v míře deprese od seniorů, kteří již neplánují svoji budoucnost. Popisné statistiky pro obě stanovené hypotézy uvádíme v níže uvedené tabulce.

Tabulka č. 11: Deskriptivní statistiky proměnných plány do budoucnosti, integrity a deprese

Proměnné	Plány do budoucnosti	N	M	Min	Max	SD
Integrita	Ano	31	3,43	2,43	4,71	0,57
	Ne	48	3,52	2,29	4,43	0,53
Deprese	Ano	31	8,16	0	17	4,53
	Ne	48	14,0	1	44	8,83

Po ověření normality rozdělení pomocí Shapiro-Wilkova testu, která byla porušena bylo přistoupeno k použití neparametrických statistických metod Mann-Whitneyova U testu s korekcí na spojitost. Senioři plánující budoucnost se neliší v míře integrity ega od seniorů, kteří budoucnost neplánují, $U = 669,5$; $Z = -0,75$, $p = 0,46$; $AUC = 0,45$. Medián integrity ega byl u skupiny s plány do budoucnosti 3,43; zatímco u skupiny bez plánů do budoucnosti 3,57; což je v opačném směru než bylo předpokládáno. Na základě zjištěných výsledků nezamítáme nulovou hypotézu, alternativní hypotézu **H7a nelze přijmout**.

Pozorovaná míra deprese byla u skupina seniorů, kteří plánují svoji budoucnost, signifikantně nižší než u skupiny, kteří svoji budoucnost neplánují, $U = 405$, $Z = -3,41$; $p < 0,05$, $AUC = 0,27$. Medián počtu dosažených bodů v BDI-II byl u skupiny seniorů s plány do budoucnosti 7, zatímco bez plánů do budoucnosti 11. Rozdíl mezi skupinami v počtu dosažených bodů v BDI-II byl také patrný z hodnot průměrných pořadí; 29,06 pro skupinu plánující budoucnost a 47,06 pro ty, co budoucnost neplánují. Míra účinku na základě AUC ukazuje 27% pravděpodobnost, že při náhodném výběru jednoho respondenta ze skupiny s plány do budoucnosti a druhého respondenta bez plánů do budoucnosti, bude mít respondent, který neplánuje svoji budoucnost, nižší počet dosažených bodů v BDI-II než ten s plány do budoucnosti. Podle výsledků statistických testů zamítáme nulovou hypotézu a

přijímáme alternativní hypotézu H7b. Na závěr lze říct, že skutečnost plánů do budoucnosti u seniorů nemá vliv na dosaženou integritu ega, ale ovlivňuje počet dosažených bodů měřených dotazníkem BDI-II.

7.2. Přehled platnosti hypotéz

Tato část diplomové práce nabízí přehledné údaje vztahující se k platnosti jednotlivých vyhodnocovaných hypotéz.

H1a: Senioři s vyšší mírou depresivních příznaků dosahují nižších skóre integrity ega.

Po ověření **přijímáme** hypotézu H1a. Přítomnost depresivních příznaků v BDI-II statisticky významně ovlivňuje integritu ega měřenou škálou integrity ega podle Ryff a Heincke. Na základě hodnoty koeficientu determinance, je však tato závislost velmi slabá a vysvětluje pouhých 14 % rozptylu.

H1b: Senioři s vyšší mírou depresivních příznaků dosahují vyšších skóre zoufalství ega.

Po ověření **přijímáme** hypotézu H1b. Přítomnost depresivních příznaků měřených dotazníkem BDI-II statisticky významně ovlivňuje zoufalství zjištěné dotazníkem integrity ega Ryff a Heincke. Na základě hodnoty koeficientu determinance, je však tato závislost velmi slabá a vysvětluje pouhých 15 % rozptylu.

H2a: Osamocení senioři dosahují vyšších skóre v Beckově subjektivní stupnici deprese.

Po ověření **přijímáme** hypotézu H2a. Subjektivní pocit osamělosti (emocionální osamělost) statisticky významně ovlivňuje počet dosažených bodů v BDI-II u seniorů nad 65 let věku v kladném směru.

H2b: Osamocení senioři dosahují nižších skóre integrity ega.

Po ověření **přijímáme** hypotézu H2b. Pocit osamění má statisticky významný vliv na výsledek dosažený na Škále integrity ega Ryff a Heincke a snižuje hodnotu jedincovi integrity.

H3: Senioři žijící s rodinou dosahují vyšších skóre v integritě ega.

Ověřili jsme H3, ale **nelze** ji přijmout. Společná domácnost s rodinnými příslušníky nemá statisticky významný vliv na integritu ega.

H4a: Spokojenost se zdravotním stavem u seniorů souvisí s vyšší mírou integrity ega.

Ověřili jsme H4a, ale **nelze** ji přijmout. Kladné vnímání zdravotního stavu nemá statisticky významný vliv na dosažení vyšší míry integrity ega získané na škále integrity ega Ryff a Heincke.

H4b: Nespokojenost se zdravotním stavem u seniorů souvisí s vyšším počtem bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese.

Ověřili jsme H4b, ale **nelze** ji přijmout. Nespokojenost se svým zdravotním stavem u jedinců nad 65 let statisticky významně nezvyšuje míru deprese měřené Beckovou subjektivní stupnicí deprese.

H5: Existuje rozdíl mezi pohlavím a dosaženým počtu bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese.

Po ověření H5 ji **přijímáme**. Ženy a muži se signifikantně liší v míře deprese měřené dotazníkem BDI-II. Průměrný rozdíl činí 4,26 bodu, přičemž ženy dosahují vyšších hrubých skóre proti mužům.

H6: Dosažená úroveň vzdělání má vliv na vnímanou integritu ega.

Ověřili jsme H6, ale **nelze** ji přijmout. Vzdělání nesouvisí s integritou ega získanou pomocí RHEIS. Nejnižší integritu ega jsme našli u probandů se základním vzděláním, avšak tato skutečnost nenabývá statistické významnosti. Nejvyšší integritu v průměru vykazují senioři se středním vzděláním s výučním listem.

H7a: Senioři plánující budoucnost dosahují vyšší skóre v integritě ega.

Ověřili jsme H7a, ale **nelze** ji přijmout. Plány do budoucnosti u seniorů nad 65 let nemají statisticky významný vliv na skóre v integritě ega.

H7b: Senioři plánující budoucnost dosahují nižších skóre v Beckově subjektivní stupnici deprese.

Po ověření **přijímáme** H7b. Senioři plánující svoji budoucnost dosahují nižších skóre v Beckově subjektivní stupnici deprese v porovnání se seniory, kteří svoji budoucnost neplánují.

8. Diskuze

Tato kapitola se věnuje zhodnocení výsledků našeho šetření s ohledem k dosavadním provedeným studiím v této oblasti. V další části se budeme věnovat limitům, přínosům a dalším možnostem tohoto výzkumného projektu.

8.1. Výsledky výzkumu a jejich srovnání

Realizovaný výzkum byl inspirovaný výzkumy zabývajícími se úspěšným řešením osmé vývojové krize mezi integritou a zoufalstvím ega a získáním ctnosti moudrosti v Eriksonově pojetí a jejich souvislostí s depresí a dalšími psychosociálními charakteristikami, především však projektem Psychologického ústavu Akademie věd České republiky Styly ego integrity v životních příbězích seniorů: narativní přístup realizovaný Ivou Poláčkovou Šolcovou, který probíhal v letech 2017-2019.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo ověřit případné souvislosti mezi mírou depresivních příznaků a integritou vs. zoufalstvím ega v rámci Eriksonova vývoje osobnosti u probandů nad 65 let. Na tomto základě byl proveden kvantitativní výzkum za použití vybraných metod na zvoleném výzkumném vzorku. Bylo stanoveno celkem 7 hypotéz, které byly následně statisticky ověřovány. Pro získání dat od seniorů nad 65 let bylo použito dotazníkových metod: Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI-II), Škála integrity ega Ryff a Heincke a dotazník vlastní konstrukce zaměřený na sociodemografické údaje a psychosociální charakteristiky.

Z hlediska výzkumných zjištění byla prokázána statisticky významná souvislost mezi mírou deprese, integritou a zoufalstvím. Podle koeficientů determinance ($R^2=0,14$ pro integritu ega, $R^2=0,15$ pro zoufalství ega) je však tato závislost velmi slabá a vysvětluje malý podíl rozptylu. Přítomnost deprese je považována za podstatný znak neúspěšného stárnutí. Integrita ega bývá spojována s dobrým stárnutím. Neúspěšně stárnout znamená nepřijmout vlastní minulost i se všemi ztrátami, které život běžně přináší každému z nás a zároveň trpět zoufalstvím jakožto protějškem k integritě ega. Filip a Poláčková Šolcová (2018) upozorňují, že neschopnost přijmout vlastní minulost bývá součástí depresivního myšlení. Zoufalství nebo nedostatečná integrita ega nepredikuje depresivní symptomy, ty však mohou zvýraznit pocity selhání, ztráty a neúspěchy v pohledu na minulost.

Praktické zkušenosti práce se seniory v pozdní dospělosti přináší poznatky o nezbytnosti akceptace minulosti pro psychickou pohodu, vyrovnanost, životní spokojenost a smíření s konečností života. Současné výzkumy (Ryff a Heincke, 1983; Hamachek, 1990; Zalenski, 2016) naznačují, že integrita ega souvisí především s přijetím minulosti. Santor a Zurroff (2014) uvádí, že neakceptování vlastní minulosti predikuje depresivní příznaky lépe než integrita ega. Podle míry vyrovnání se s minulostí lze určit psychickou pohodu v kladném směru, v opačném případě člověk snáze podléhá depresi, která vede k zoufalství. Akceptace minulosti úzce souvisí s jejím zhodnocením (life review) prostřednictvím rekonstrukce vlastního života. Podle Staudingera (2001) pohled na minulost může pomoci přijmout vlastní chyby a neúspěchy, nalézt smysl a podpořit růst osobnosti. Recenze života tak může přispět ke kladnému zhodnocení vlastního života. Přičemž by měl být kladen důraz především na nevyřešené konflikty v paměti seniora. Chlupová (2017) za nejpodstatnější aspekt integrity ega považuje životní spokojenost. Integrovaný jedinec by měl být spokojený se svým životem. Dá se předpokládat, že nevyrovnaný člověk se svou minulostí nebude spokojený s prožitým životem, na druhou stranu nelze na základě životní spokojenosti predikovat integritu ega (Poláčková Šolcová et al., 2019).

V našem souboru lze nalézt jedince, kteří vysoce skórují v integritě ega a zároveň i v jeho protějšku zoufalství. Podle Filipa et al. (2019) u těchto jedinců zatím nebyl vyřešen konflikt mezi integritou a zoufalstvím, ale proces vyrovnávání ztrát a zisků probíhá. Tato zjištění naznačují, že spíše než na integritu ega jako konečný proces, je třeba se zaměřit na dynamický proces integrace, který probíhá v dospělosti a zahrnuje vyrovnávání zisků a ztrát v životě každého člověka. V Eriksonově pojetí integrity ega (Erikson, 1963) jako nové kvality a charakteristiky vynořující se ve stáří je kompetentní každý jedinec bez ohledu na původ a sociokulturní souvislosti. Westerhof et al. (2015) však zjistili, že integrita a zoufalství nesouvisí s chronologickým věkem. Na úspěšnosti procesu integrace se podílí osobnostní charakteristiky a dispozice, které jsou v průběhu života poměrně stabilní. Zjištění naznačují, že výsledná integrita a zoufalství ega je spíše otázkou individuálních osobnostních vlastností než výsledkem zrání organismu a narůstajícího věku. Tento závěr se týká především zoufalství než integrity ega. Zdá se tak, že nejde tedy o

samotnou integritu či zoufalství, ale spíše o proces vyrovnávání a přijetí života právě takového jaký byl. Podle teorie socioemocionální selektivity stárnutí přináší uvědomění, že počet let, které zbývají do konce života, je omezený a umění schopnosti se zaměřit na dosažení pozitivních emočních stavů se dá nejlépe dosáhnout řešením lítosti (Carstensen et al., 1999; Carstensen & Mikels, 2005).

Naše další výzkumné zjištění se týkalo subjektivního pocitu osamělosti a jeho vlivu na přítomnost depresivních symptomů a integritu ega. Zjistili jsme, že pocit osamělosti statisticky významně ovlivňuje počet dosažených bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese i výsledek na Škále integrity ega Ryff a Heincke. Za rizikový faktor deprese považuje osamělost a sociální izolaci řada odborníků, např. (Dean et al., 1992, Drástová & Krombholz, 2006; Holmerová & Vaňková, 2006; Jiráček, 2007, Cavallero et al., 2007; Tylová et al., 2014). Osamělost se vyskytuje ve dvou formách (Tylová et al., 2014), první z nich je sociální samota, která souvisí s absencí vztahů s ostatními lidmi, někteří autoři ji vymezují jako sociální izolaci (Domenech-Abella et al., 2018), druhou je emoční osamělost, která vzniká v důsledku absence blízkého vztahu založeného na vzájemném porozumění. Oba typy osamělosti jsou rizikovým faktorem pro vznik somatických a duševních poruch. Výše zmínění autoři vykazují v tomto stanovisku jednoznačnou shodu. Osamělost je považována za chronický stres s negativním dopadem na fungování člověka. Na druhé straně být sám neznamená být osamělý. Osamělost je nepříjemný subjektivní pocit spojený se smutkem, kdežto být sám je potřeba, která se vynořuje v každém z nás. Potřeba být sám vede ke kreativě, seberealizaci a vlastnímu individuálnímu prostoru (Tiwari, 2013). Někteří senioři, zvláště ti chronicky nemocní a křehcí, touží po samotě a klidu. Osamělost jako proměnná v našem dotazníku vlastní konstrukce mířila na subjektivně nepříjemně vnímaný pocit osamocení, tedy na emocionální osamělost. Na sociální osamělost nebo izolaci jsme v našem dotazníku cílili pomocí soužití s rodinnými příslušníky a byla předmětem jiné hypotézy, která zkoumala její vliv na integritu ega. Hypotéza o vlivu sociální izolace na integritu ega nebyly přijata. Naše výsledky jsou v souladu s předchozími zjištěními.

V rámci rešerše literatury jsme nedohledali výzkum zabývající se osamělostí a integritou ega mimo jihokorejskou studii (Kim et al., 2020) zaměřenou na užívání chytrých telefonů, osamělostí a integritou ega. Závěry z tohoto výzkumu přináší

informace o pozitivním vlivu užívání chytrých telefonů na integritu ega. Osamělost snižuje integritu ega a funguje jako moderátor zprostředkující vztah mezi užíváním chytrých telefonů a integritou ega. Naše hypotéza o vlivu osamělosti na integritu ega vycházela z poznatků Eriksona (1950) o zapojení a vtažení integrovaných jedinců do života a našemu předpokladu o jejich nepravděpodobné subjektivní osamělosti. Osamělý člověk s největší pravděpodobností nezažívá pocity vtažení do života a mohl by dosáhnout nižších skóre integrity ega měřených pomocí Škály integrity ega Ryff a Heincke.

Podle našich dalších zjištění nemá statisticky významný vliv na počet dosažených bodů v integritě ega soužití s rodinnými příslušníky, spokojenost se zdravotním stavem a nejvyšší dosažené vzdělání. Společné bydlení s rodinnými příslušníky nemá statisticky významný vliv na integritu ega ($t = 1,16$; $p > 0,05$), pocit osamělosti však ano ($U = 221,50$; $Z = -3,00$; $p < 0,05$). Naše zjištění vypovídá také o skutečnosti, že člověk, který žije sám, se nemusí cítit osaměle, stejně jako ten, kdo bydlí společně s nejbližšími příbuznými může trpět pocity osamění. Souzníme s myšlenkami Tylové et al. (2014), které poukazují na skutečnost ohledně nedostatečného mapování osamělosti přes sociální vztahy s druhými lidmi, neboť je spíše důležité osobní vnímání vztahů, především jejich kvality a ne kvantity.

Neprokázali jsme také statisticky významný vliv spokojenosti se zdravotním stavem na integritu ega a na míru deprese. Naše hypotéza vycházela z předpokladů Eriksona (1963) o integritě ega, kterou vysvětluje jako pocit celistvosti a tendenci držet pohromadě a zároveň z jeho myšlenky, že tyto pocity ohrožují podmínky, které nese stárnutí organismu. Naše výsledky jsou v souladu s Jamesem a Zarretem (2005), kteří mimo jiné zkoumali vliv fyzického a psychického zdraví na integritu ega. Jejich závěry nepotvrzují vliv zdravotního stavu u starších dospělých na jejich úroveň integrity ega. Domníváme se, že tato problematika úzce souvisí s dynamikou změn vnímání sebe sama, které přináší stárnutí organismu. Senioři předpokládají, že se zvyšujícím věkem přibývá různých neduhů a problémů, proto jsou tyto změny posuzovány jako normální a přirozené a nejsou tedy vnímány jako nepříjemné a stresující (Keller et al., 1989).

Meeks et al. (2011) a Kubínek a Pidrman jsou přesvědčení, že deprese, včetně její subklinické formy významně snižuje kvalitu života a zvyšuje pocit nespokojenosti se zdravotním stavem. Podle našich zjištění však neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese mezi seniory rozdělenými na základě spokojenosti se zdravotním stavem. Medián počtu dosažených bodů v BDI-II u spokojených seniorů činil 9 a u nespokojených seniorů 11 však ukazuje, že tyto seniory se navzájem od sebe v míře deprese liší, tato odlišnost nenabývá statistické významnosti. Pravděpodobným důvodem je nevyrovnanost našeho vzorku v proměnné spokojenosti se zdravím, 60 ku 19 ve prospěch těch spokojených a domníváme se, že v případě stejného počtu by náš předpoklad byl přijat. K diagnostice deprese je mimo použití psychodiagnostických metod nutné komplexní klinické vyšetření odborníkem lékařem v dané oblasti.

Podle závěrů z našeho výzkumu nemá statisticky významný vliv na dosaženou integritu ega úroveň získaného vzdělání. Toto zjištění není v souladu se zjištěním Šolcové et al. (2020) o vlivu dosaženého vzdělání na proces integrace. S největší pravděpodobností je tato skutečnost dána opět velikostí našeho výzkumného souboru. Zdá se, že dosažené vzdělání má vliv na integritu ega a naše závěry ovlivnil počet probandů zařazených do výzkumu. Autoři tuto hypotézu ověřovali na vzorku 899 seniorů z Kamerunu, Číny, České republiky a Německa. Náš výzkumný vzorek zahrnoval pouhých 79 probandů, z nichž pouhých 7 dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Tato skutečnost jistě ovlivnila výzkumné závěry. Podle výše zmíněných výzkumníků vyšší úroveň vzdělání přináší lepší postavení z hlediska úspěšnosti stárnutí, neboť vzdělání rozvíjí schopnosti a dovednosti, které umožňují zlepšit kvalitu života, a tím i získat vyšší integritu ega. V našem vzorku sice účastníci s nejvyšším dosaženým vzděláním na úrovni základní školy dosahovali nejnižších skóre v integritě ega, ale nejvyšší integritu nezískali probandi s vysokoškolským vzděláním, jak by se dalo předpokládat, ale lidé se středním vzděláním s výučním listem.

Dalším výsledkem našeho výzkumu byl nalezený statisticky významný rozdíl mezi pohlavím (muži: N = 28, BDI-II: M = 9, ženy: N = 51, BDI-II: M = 13,26) a výskytem depresivních příznaků. V tomhle zjištění napříč výzkumy nepanuje jednoznačná shoda. Holmerová et al. (2006) na vzorku 122 seniorů žijících v domovech pro

seniory neprokázali souvislost mezi mírou deprese a pohlavím. Proti tomu Gostynski et al. (2002) u 921 osob nad 65 let zjistili u žen statisticky významně vyšší hodnoty jak v počtu depresivních příznaků, tak v míře prevalence deprese. Vzorek českých seniorů v obou výzkumech byl podstatně nižší, výsledky jsou však rozdílné. Domníváme se, že jedním z důvodů, proč tomu tak je, by mohlo hrát roli místo, kde výzkum probíhal a kde osoby žijí. Náš vzorek stejně jako švýcarský vzorek zahrnoval seniory žijící převážně ve vlastní domácnosti, kdežto výše zmiňovaný český výzkum probíhal v domovech pro seniory, kde se u jejich obyvatelů dá předpokládat nižší míra v aktivitách každodenního života a zároveň v soběstačnosti. Tato skutečnost stírá vliv pohlaví na výskyt deprese. Kubínek a Pidrman (2008) u institucionalizovaných geriatrických pacientů předpokládají vyšší prevalenci klinické i subklinické deprese než v běžné populaci seniorů.

Sedmá hypotéza zkoumala vztah mezi plánováním budoucnosti u seniorů, integritou ega a depresí. Po ověření poslední hypotézy jsme našli statisticky významný vliv plánování do budoucnosti a počtem bodů v BDI-II. Vliv plánování budoucnosti na integritu ega jsme však nenalezli. Domníváme se, že s rostoucím věkem ubývá cílů a plánů, zejména těch dlouhodobých. Zároveň se dá předpokládat, že člověk trpící depresivními symptomy nebude mít sílu, myšlenky a chuť nějak plánovat do budoucnosti, neboť se u depresivního syndromu objevují mimo jiné poruchy motivace a vůle (Jiráček, 2013). Podle Poláčkové Šolcové et al. (2019) se budoucnost seniorů stává méně jistou, proto se spíše zaměřují na přítomnost tady a teď, ale přesto všechno si senioři kladou krátkodobé cíle. V našem výzkumu převažují senioři, kteří budoucnost neplánují (poměr 48:31). Po kvalitativní analýze plánů do budoucnosti se u seniorů vyskytují reálné (*pečovat o vnoučata a pravnoučata, věnovat se zálibám*) i zdánlivě nereálné (*pořízení domu u moře*) cíle, týkající se krátkodobých (*vydržet přes vánoční svátky*) i dlouhodobých (*aktivní stáří v optimálním tempu, být co nejdéle činný a potřebný*) plánů.

8.2. Limity, přínosy a další možnosti výzkumného projektu

Mezi základní limity patří relativně malý vzorek respondentů vzhledem k plánované velikosti vzorku 200 osob, který měl výzkumný vzorek původně zahrnovat. Pro nepočetný vzorek respondentů lze získaná data zobecnit na celou populaci jen

s velkou opatrností. Domníváme se však, že i přes tyto limity budou mít naše získaná data určitou vypovídací hodnotu. Skutečnost malého počtu probandů byla zdůrazněna zvláště v případě potřeby dělení do skupin podle typu konkrétní proměnné a ovlivnila zjištěné výzkumné závěry. Do realizace výzkumu však zasáhla epidemiologická situace v souvislosti s onemocněním Covid-19, která se ve fázích plánování výzkumu nedala předvídat, stejně jako její pozdější vývoj. K provedení výzkumu vzhledem ke zkoumanému vzorku seniorů byla potřeba setkání face to face, tento kontakt však byl za dané situace problematický. Domníváme se, že případná online forma by významně zkreslila data. Výzkumný soubor by sice pravděpodobně zahrnoval více respondentů, ale na úkor vyššího počtu mladších seniorů, kteří jsou technologicky zdatnější a dostupnější pro tuto formu komunikace. Dalším důvodem bylo použití české verze Škály integrity ega Ryff a Heincke, která byla získána za předpokladu použití jen pro účely konkrétního výzkumného projektu.

Doufáme, že naše práce nastínila nové možnosti podpůrné spolupráce s klienty ve vyšším věku přes akceptaci zisků i ztrát v minulosti. Náš projekt by mohl přispět k poznání týkající se Eriksonova osmého vývojového konfliktu mezi integritou a zoufalstvím ega. V poslední řadě věříme, že náš výzkum bude přínosem k chápání stáří jako něčeho pozitivního, spojeného se zralostí a moudrostí. Tím posílí řady studií o úspěšném stárnutí, a naopak sníží vliv negativních stereotypů spojených se závěrečnou kapitolou života, čímž stáří a stárnutí zajisté je.

Další výzkum by mohl směřovat k jedincům, kteří vysoce skórují jak v integritě, tak v zoufalství ega a jejich souvislostí s depresí u seniorů. Z praktického hlediska by bylo přínosem ověřit, zda práce na akceptaci vlastní minulosti přispívá k integritě ega a zároveň má vliv na míru deprese a úzkostnost u starších dospělých.

9. Závěr

Data získaná na základě administrace Beckovy subjektivní stupnice deprese (BDI-II), Škály integrity ega Ryff a Heincke a dotazníku vlastní konstrukce byla posléze náležitě zpracována. S ohledem na stanovené hypotézy jsme došli k následujícím závěrům:

- Míra depresivních příznaků u osob nad 65 let získaná pomocí BDI-II statisticky významně ovlivňuje počet dosažených skóre integrity a zoufalství ega získaných na Škále integrity ega Ryff a Heincke (RHEIS). V obou případech podle koeficientu determinance však vysvětluje pouze malé procento rozptylu.
- Existuje statisticky významný rozdíl v počtu dosažených bodů v Beckově subjektivní stupnici deprese (BDI-II) mezi emocionálně osamělými a neosamělými seniory. Emocionální osamělost u osob nad 65 let má také statisticky významný vliv na míru integrity ega získanou pomocí škály RHEIS.
- Výslednou integritu ega u osob nad 65 let statisticky významně neovlivňuje soužití s rodinnými příslušníky, spokojenost s vlastním zdravotním stavem a dosažená úroveň vzdělání. Nejnižší integritu ega dosahují senioři se základním vzdělání, těsně na hranici statistické významnosti.
- Statistické významnosti nedosahuje rozdíl v míře deprese mezi seniory spokojenými a nespokojenými se zdravotním stavem.
- Ženy a muži ve věku nad 65 let se odlišují v dosažené míře deprese, přičemž ženy dosahují vyšších skóre získaných Beckovou subjektivní stupnicí deprese (BDI-II). Odlišnost nabývá statistické významnosti.
- Existuje statisticky významný rozdíl v počtu dosažených bodů v BDI-II u seniorů, kteří se rozdělují na základě skutečnosti plánování do budoucnosti. Skutečnost plánování do budoucnosti u jedinců nad 65 let však nemá statisticky významný vliv na integritu ega získanou RHEIS škálou.

10. Souhrn

Tato magisterská diplomová práce se zaměřuje na hledání souvislostí a rozdílů mezi depresivními symptomy, integritou a zoufalstvím ega a vybranými psychosociálními charakteristikami.

Deprese bývá řazena mezi poruchy emočního spektra, ale postihuje ostatní psychické funkce, chování a vztahy s ostatními (Heretik et al., 2016). U seniorů patří depresivní porucha mezi početně nejvíce zastoupené psychické poruchy. V praxi se podle Kubínka a Pidrmana (2008) u osob ve vyšším věku setkáváme se subklinickou formou deprese s přítomností depresivních příznaků, které nedosahují diagnostické významnosti, ale významně ovlivňuje kvalitu života a subjektivně vnímaný pocit nespokojenosti se zdravotním stavem. Integrita ega a dosažení moudrosti jako úspěšné řešení osmého vývojového konfliktu podle Eriksona (1963) bývá často dávána do souvislostí s duševním zdravím (Westerhof et al., 2015), vzděláním (Šolcová et al., 2020), osamělostí a sociální izolací (Holland et al., 2008). Dosažení integrity bývá spojováno s úspěšným stárnutím (Ryff, 1982).

Teoretická část této práce se skládá se tří hlavních kapitol. První věnujeme tématu deprese, kde se snažíme o vymezení pojmů a uvedení do problematiky depresivní poruchy, včetně současných poznatků o etiopatogenezi, specifíků deprese ve vyšším věku a vybraných výzkumů s touto tematikou. Druhá kapitola se zabývá Eriksonovým konceptem psychosociálního vývoje, konkrétně konfliktem mezi integritou a zoufalstvím ega a získáním moudrosti jako ctnosti v případě úspěšného řešení. Zvláště se věnujeme vymezením jednotlivým pojmům souvisejících s integritou ega a zoufalstvím a snaže přiblížit jejich obsah z hlediska současného poznání. Poslední kapitolu věnujeme vybraným biopsychosociálním charakteristikám, které souvisí s problematikou a podstatou stáří a stárnutí a zároveň mají vztah ke zkoumanému tématu integrity ega a jeho protějšku zoufalství.

V návaznosti na teoretickou část byl na 79 seniorech proveden kvantitativní výzkum, který zahrnoval vyplnění dotazníku vlastní konstrukce pro sociodemokratické údaje a vybrané psychosociální charakteristiky společně s psychodiagnostickými metodami: Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI-II) a Škála integrity ega Ryff a Heincke (RHEIS). RHEIS škála pro účely tohoto výzkumného projektu byla

rozdělena na položky měřící integritu (1, 2, 4, 5, 8, 10 a 15) a položky měřící zoufalství (3, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14 a 16) na základě jejich inverzity. K tomuto kroku vedlo zjištění Lukavské (2018) a dále práce z výzkumného projektu Styly ego integrity v životních příbězích seniorů, který byl podnětem pro tuto diplomovou práci.

V empirické části se věnujeme vymezení výzkumného rámce, výzkumným cílům, otázkám a hypotézám. Celkem bylo stanoveno 7 hypotéz. V hypotéze H1a, b jsme předpokládali, že míra depresivních příznaků v BDI-II ovlivňuje dosažené skóre integrity a zoufalství ega ve škále RHEIS. V hypotéze H2a, b jsme předpokládali rozdíl mezi skupinou seniorů rozdělených na základě emocionální osamělosti v počtu dosažených bodů v BDI-II a integritě ega v RHEIS škále. U hypotézy H3 jsme předpokládali rozdílný výsledek v integritě ega v RHEIS škále u seniorů žijících s rodinnými příslušníky a žijících osamocně nebo s více nepříbuznými lidmi v sociálním zařízení. V hypotéze H4 a, b jsme předpokládali, že na dosaženou integritu v RHEIS škále a na míru deprese v BDI-II má vliv subjektivně kladně vnímaný zdravotní stav. V hypotéze H5 jsme ověřovali, zda se muži a ženy liší v počtu dosažených bodů v BDI-II. V hypotéze H6 nás zajímalo, jaký vliv má na integritu ega v RHEIS nejvyšší dosažené vzdělání u seniorů. V hypotézách H7a, b jsme předpokládali rozdílnost mezi jedinci nad 65 let v počtu dosažených bodů v BDI-II a v integritě ega ve škále RHEIS na základě skutečnosti jejich plánování budoucnosti.

Po zpracování a statistickém vyhodnocování dat pomocí regresní analýzy, parametrických i neparametrických statistických testů (Mann-Whitney U-test, T-test pro dva nezávislé výběry, ANOVA) vybraných na základě povahy proměnných a ověření normality v populaci jsme přijali hypotézy H1 a, b; H2 a, b; H5 a H7b. Výsledky jsou signifikantní na hladině významnosti $p = 0,05$. Naše zjištění jsou převážně v souladu s předchozími studii. V případě ovlivnění integrity ega dosaženým vzděláním jsou naše výsledky v rozporu s předchozím zjištěním. Na druhou stranu i v našem vzorku respondenti se základním vzděláním dosahovali nižších skóre v integritě ega v porovnání s respondenty s vyšším vzděláním. Nebyla potvrzena předchozí zjištění týkající se souvislosti mezi spokojeností se zdravotním stavem a mírou deprese.

Mezi limity výzkumu patří především malá velikost výzkumného vzorku. V této oblasti je stále prostor pro realizaci dalšího výzkumu, přínosem by mohlo být porovnání míry deprese u seniorů, kteří dosahují vysokých skóre v integritě i zoufalství. Přínos této práce spočívá ve snaze přispět k rozšíření poznatků a lepšímu zmapování konceptu integrity a zoufalství u seniorů a úspěšného stárnutí spojeného s moudrostí a zralostí. Z praktického hlediska by mohla přinést nové možnosti podpůrné práce se seniory v oblasti přijetí a hodnocení vlastní minulosti.

11. Seznam použitých zdrojů a literatury

Andrews P. W., Thomson J. A. (2009). The Bright Side of Being Blue: Depression as an Adaptation for Analyzing Complex Problems. *Psychological Review*, 116(3), 620–654.

Ahrens, C. J. C., & Ryff, C. D. (2006). Multiple Roles and Well-being: Sociodemographic and Psychological Moderators. *Sex Roles*, 55(11-12), 801–815. doi:10.1007/s11199-006-9134-8

Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122–136. doi:10.1037/0003-066x.55.1.122

Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1999). *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.

Bekhbat, M., & Neigh, G. N. (2017). Sex differences in the neuro-immune consequences of stress: Focus on depression and anxiety. *Brain, Behavior, and Immunity*, 67, 1-12. doi.org/10.1016/j.bbi.2017.02.006

Beránková, J. (2016). *Pozitivní aspekty depresivní poruchy na sociální kognici*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.

Blair, M. (2016). *Ego Integrity and Resilience: The Human Experience across the Life Span Delineated by Erikson's Eighth Stage of Psychosocial Development*. (Nepublikovaná disertační práce). The Chicago School of Professional Psychology v Los Angeles.

Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plhánková, A., Řičan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.

Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37–43. doi:10.1300/j018v01n01_06

Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-75.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>

Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the Intersection of Emotion and Cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 117–121. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00348.x

Cavallero, P., Morino-Abbele, F., & Bertocci, B. (2007). The social relations of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 97–100. doi:10.1016/j.archger.2007.01.014

Cook, E. A. (1991). The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(5), 292-298. doi.org/10.1016/0883-9417(91)90027-3

Copeland, J.R., et al. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World*, 2, 3(1), 45–49 [cit. 22. 5. 2019]. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414664/>

Crews, W. D., & Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, 5(2), 81–123. doi:10.1007/bf02208437

Český statistický úřad. (nedat.). Senioři. Získáno z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

Český statistický úřad. (29. ledna 2021). Získáno 3. února 2021 z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2020>

- Dean, A., Kolody, B., Wood, P., & Matt, G. E. (1992). The influence of living alone on depression in elderly persons. *Journal of Aging Health, 4*(1), 3-18. doi:10.1177/08982643920040010
- Deshpande, J. V., Kochar, S. C., & Singh, H. (1986). Aspects of positive ageing. *Journal of Applied Probability, 23*(03), 748–758. doi:10.2307/3214012
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- Domenech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M., & Rubio-Valera, M. (2018). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders, 246*, 82-88. doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043
- Dragomirecká, E. (2007). *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze.
- Drapela, V. J. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Drástová, H., & Krombholz, R. (2006). Deprese v seniu. *Medicína pro praxi, 5*, 241-243.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Duval, F., Mokrani, M. C., Ortiz, J. A. M., Schulz, J. A., Champeval, Ch., & Macher, J. P. (2005). Neuroendocrine predictors of the evolution of depression. *Dialogues Clinical Neuroscience, 7*(3), 273-282.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. (2. edition). New York: W.W. Norton & Co.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton & Co.
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený. Devět věků člověka*. Praha: Portál.

Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1994). *Vital involvement in old age*. New York: WW Norton & Company.

Filip, M., Lukavská, K., & Poláčková Šolcová, I. (2019). Dialogical and Integrated Self in Late Adulthood: Examining Two Adaptive Ways of Growing Old. *The International Journal of Aging and Human Development*, 90(4), 337-362. doi: 10.1177/0091415019831445

Filip, M., & Poláčková Šolcová, I. (2018). What accounts for successful aging? A dialogical self view. In H. Georgi & R. Šlamberová (Eds.), *Stárnutí 2018: Sborník příspěvků ze 4. Gerontologické mezioborové konference* (pp. 17-25). Získáno 15. prosince 2020 z http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf

Fishman, S. (1992). Relationships Among an Older Adult's Life Review, Ego Integrity, and Death Anxiety. *International Psychogeriatrics*, 4(04), 267-277. doi:10.1017/s1041610292001303

Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387–411. doi:10.1080/074811899200920

Frank, V. E. (2016). *Utrpení z nesmyslnosti života. Psychoterapie pro dnešní dobu*. Praha: Portál.

Freud, S. (2002). *Spisy z let 1913-1917*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Friedman, B., Heisel, M. J., & Delavan, R. L. (2005). Psychometric properties of the 15-Item Geriatric Depression Scale in functionally impaired, cognitively intact, communitydwelling elderly primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1570–1576. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53461.x

Gregg, J., Fiske, A. & a, Gatz, M. (2013). Physicians' detection of late-life depression: the roles of dysphoria and cognitive impairment. *Aging Mental Health*, 17, 1030–1036.

Hagen, E. H. (2011). Evolutionary Theories of Depression: A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (12), 716–726.

- Hamachek, D. (1990). Evaluating Self-Concept and Ego Status in Erikson's Last Three Psychosocial Stages. *Journal of Counseling & Development*, 68(6), 677–683. doi:10.1002/j.1556-6676.1990.tb01436.x
- Hannah, M. T., Domino, G., Figueredo, A. J., & Hendrickson, R. (1996). The Prediction of Ego Integrity in Older Persons. *Educational and Psychological Measurement*, 56(6), 930-950. doi: 10.1177/0013164496056006002
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Heretik, A., Heretik, A., Andrášiová, M., Andreánska, V., Andreánský, M., Cviková, V., ... Váryová, B. (2016). *Klinická psychologie*. Nové zámky: Psychoprof.
- Hiroto, D. S., & Seligman, M. E. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 311–327. doi:10.1037/h0076270
- Holland, J., Poppito, S., Nelson, C., Weiss, T., Greenstein, M., Martin, A., ... Roth, A. (2009). Reappraisal in the eighth life cycle stage: A theoretical psychoeducational intervention in elderly patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 7(03), 271. doi:10.1017/s1478951509990198
- Holmerová, I. & Vaňková, H. (2009). Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro praxi*, 66(suppl. F), 21-28.
- Holmerová, I., Vaňková, H., Dragomirecká, E., Janečková, H., & Veleta, P. (2006). Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 175-177.
- Höschl, C. (2006). Co zbylo z Freuda (zakladatel psychoanalýzy a současná medicína). *Dějiny a současnost*, 4, 37-40.
- Höschl, C. (2. listopadu 2013). *Neurobiologie deprese*. Získáno 17. listopadu 2020 z http://www.hoschl.cz/files/4841_cz_Hoschl_Neurobiologie%20deprese%202013.pdf

Höschl, C. (5. listopadu 1999). Teorie deprese. Proč antidepressiva nemění náladu zdravých lidí. Vesmír. Získáno z <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1999/cislo-11/teorie-deprese.html>

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Ed.). (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.

Hroudová, J. (2018). Iatrogenně navozené deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 14(2), 63-66.

Hui, V. K.-Y., & Coleman, P. G. (2012). Afterlife Beliefs and Ego Integrity as Two Mediators of the Relationship Between Intrinsic Religiosity and Personal Death Anxiety Among Older Adult British Christians. *Research on Aging*, 35(2), 144–162. doi:10.1177/0164027512436429

Hummert, M. L. (2011). Age Stereotypes and Aging. *Handbook of the Psychology of Aging*, 249–262. doi:10.1016/b978-0-12-380882-0.00016-4

Chrz, V., Dubovská, E., & Poláčková Šolcová, I. (2020). Nadir experiences and ego-integrity: types of narrative enactment. *Ageing and Society*, 1–20. doi:10.1017/s0144686x20000197

Chrz, V., Dubovská, E., Tavel, P., Poláčková Šolcová, I., & Čermák, I. (2016). Resilience ve stáří: Žánry narativní konstrukce. *Československá psychologie*, 60(1), 53-63.

Gostynski, M., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., Michel, J.-P., & Herrmann, F. (2002). Depression bei Betagten in der Schweiz. *Der Nervenarzt*, 73(9), 851–860. doi:10.1007/s00115-002-1369-1

Janáčková, M. (2019). *Základy geriatric*. Získáno 10. ledna 2021 z https://repozitar.cz/repo/38060/Zaklady_geriatric.pdf

James, J. B., & Zarrett, N. (2005). Ego Integrity in the Lives of Older Women: A Follow-Up of Mothers From the Sears, Maccoby, and Levin (1951) Patterns of Child Rearing Study. *Journal of Adult Development*, 12(4), 155–167. doi:10.1007/s10804-005-7084-y

Jiráček, R. (2007). Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatrie pro praxi*, 8(5), 198-200.

Jiráček, R., Bartoš, A., Franková, V., Koukolík, F., Kozelek, P., Kučerová, H., ... Žuchová, S. (2013). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén.

Jung, C. G. (1969). *The structure and dynamics of the psyche*. (2. edition). New York: Princeton University Press.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2005). Koncept osobní pohody a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In M. Blatný, J. Dosedlová, V. Kebza, & I. Šolcová (Eds.), *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno, Masarykova univerzita a Nakladatelství MSD.

Keller, M. L., Leventhal, E. A., & Larson, B. (1989). Aging: The Lived Experience. *The International Journal of Aging and Human Development*, 29(1), 67–82. doi:10.2190/deqq-aauv-nbu0-3rmy

Kim, K., Park, S.-Y., & Kang, H.-C. (2020). Smartphone proficiency and use, loneliness, and ego integrity: an examination of older adult smartphone users in South Korea. *Behaviour & Information Technology*, 1–10. doi:10.1080/0144929x.2020.1713213

King, L. A. (2001). The Hard Road to the Good Life: The Happy, Mature Person. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 51–72. doi:10.1177/0022167801411005

Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older adults. In T. D. Nelson (Ed.), *Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.

Kliment, P. (2004). Specifika vývojových úkolů v seniorském věku. In D. Sýkorová, & O. Chytil, *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Klímová, B., Novotný, M., & Valis, M. (2020). The Impact of Nutrition and Intestinal Microbiome on Elderly Depression-A Systematic Review. *Nutrients*, 12(3), 710. doi:10.3390/nu12030710

- Konrád, J. (2005). Kognitivní poruchy ve stáří. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 229-232.
- Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy*. Praha: Portál.
- Kováč, D. (2003). *K problémom kultivácie integrovanej osobnosti na prahu 21. storočia*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Kryl, M. (2001). Deprese v somatické medicíně. *Interní medicína pro praxi*, 3(11), 4-8.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada.
- Kubínek, R., & Pidrman, V. (2008). Deprese seniorů. *Psychiatrie pro praxi*, 9(1), 8-11.
- Langmeier, J. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lawton, M. P. (2001). Emotion in Later Life. *Current Directions in Psychological Science*, 10(4), 120–123. doi:10.1111/1467-8721.00130
- Lukavská, K. (2018). Měření ego integrity a jeho limity. In Sborník Stárnutí 2018 4. mezioborová gerontologická studentská vědecká konference (44). Získáno 27. ledna 2019 z http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik_abstrakt.pdf
- Marcia, J. E. (1993). The ego identity status approach to ego identity. In: *Ego Identity*. Springer, New York, NY. doi.org/10.1007/978-1-4613-8330-7_1
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1980). Openness to experience and ego level in Loewinger's Sentence Completion Test: Dispositional contributions to developmental models of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1179– 1190.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385–404. doi:10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x

McCrae, R. R. (1987). Creativity, divergent thinking, and openness to experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1258–1265. doi:10.1037/0022-3514.52.6.1258

Meeks, T. W., & Jeste, D. V. (2009). Neurobiology of Wisdom. *Archives of General Psychiatry*, 66(4), 355-366. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.8

Meeks, T. W., Vahia, I., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*. 129, 126–142.

Minibergerová, L., & Dušek, J. (2006). *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

MKN-10. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. (2009). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Nemmers, T. M. (2005). The Influence of Ageism and Ageist Stereotypes on the Elderly. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 22(4), 11–20. doi:10.1080/j148v22n04_02

Noam G. G. (1996). Reconceptualizing maturity: The search for deeper meaning. In G. G. Noam, and K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships* (pp. 135–172). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Nováková, D. (2008). *Integrita v životním příběhu ve stáří z pohledu autobiografické paměti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.

- Novotná, P., & Margoldová, V. (nedat.). *Deprese*. Získáno 5. ledna 2021 z <https://slideplayer.cz/slide/5627589/>
- O'Reilly, P., & Caro, F. G. (1995). *Productive Aging: Journal of Aging & Social Policy*, 6(3), 39–71. doi:10.1300/j031v06n03_05
- Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada.
- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Paúl, C., Teixeira, L., & Ribeiro, O. (2017). Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects. *Frontiers in Medicine*, 4. doi:10.3389/fmed.2017.00181
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Peterson, Ch., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce. Regulace a vývoj v průběhu života*. Praha: Grada.
- Poláčková Šolcová, I., Chrz, V., Dubovská, E., & Šolcová, I. (2019). Integrita a zoufalství ega v Eriksonově koncepci stáří. *Československá psychologie*, 63(4), 369-385.
- Praško, J. Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beck Depression inventory BDI-II-Standardization and its use in practice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(6), 270-274.
- Raboch, J., Zvolský, P., Beran, J., Bouček, J., Češková, E., Drtílková, I., ... Fišar, Z. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.

- Randall, W. L. (2013). The importance of being ironic: narrative openness and personal resilience in later life. *Gerontologist, 53*, 9-16.
- Roubal, J. (2008). Fenomén bludného kruhu deprese z pohledu pěti psychoterapeutických směrů. *Československá psychologie, 52*(6), 615-624.
- Rowe, J.W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*, 433–440. doi.org/10.1093/geront/37.4.433
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316-331.
- Ryff, C. D. (1982). Successful Aging: A Developmental Approach. *The Gerontologist, 22*(2), 209–214. doi:10.1093/geront/22.2.209
- Ryff, C. D., & Heincke, S. G. (1983). Subjective organization of personality in adulthood and aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(4), 807-816.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719–727.
- Rylands, K. J., & Rickwood, D. J. (2001). Ego-Integrity versus Ego-Despair: The Effect of “Accepting the Past” on Depression in Older Women. *The International Journal of Aging and Human Development, 53*(1), 75–89. doi:10.2190/1ln2-j92c-2168-thph
- Santor, D., & Zuroff, D. (1994). Depressive symptoms: Effects of negative affectivity and failing to accept the past. *Journal of Personality, 63* (2), 294-312.
- Sternberg, R. J. (1998). A balance theory of wisdom. *Review of General Psychology, 2*(4), 347–365. doi:10.1037/1089-2680.2.4.347
- StatSoft: Úvod do regresní analýzy. (26. března 2014). Získáno 18. ledna 2021 z http://www.statsoft.cz/file1/PDF/newsletter/2014_26_03_StatSoft_Uvod_do_regresni_analyzy.pdf
- Staudinger, U. M. (2001). Life reflection: A social–cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology, 5*(2), 148–160. doi:10.1037/1089-2680.5.2.148

- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5(4), 541-566. doi:10.1017/s0954579400006155
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134(1), 138–161. doi:10.1037/0033-2909.134.1.138
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful Aging and Well-Being. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733. doi:10.1093/geront/42.6.727
- Šolcová, I. (2018). Gerotranscendence: Jiný pohled na stáří. *Československá psychologie* 62(6), 616-621.
- Šolcová, I., & Blatný, M. (2017). Pozdní dospělost. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje* (157-172). Praha: Karolinum.
- Šolcová, I., Děchtěrenko, F., Poláčková Šolcová, I., Hofer, J., Busch, H., & Au, A. (2020). Cross-Cultural Examination of University Education and Ego Integrity in Late Adulthood: Implications for Policy and Practice. *Journal of Aging & Social Policy*, doi:10.1080/08959420.2020.1722897
- Šťastný, F. (2009). Faktory ovlivňující stárnutí lidského organismu: geny a životní styl. *Interní medicína*, 11(5), 236–239.
- Taft, L. B., & Nehrke, M. F. (1990). Reminiscence, Life Review, and Ego Integrity in Nursing Home Residents. *The International Journal of Aging and Human Development*, 30(3), 189–196. doi:10.2190/x9d5-5mt3-1326-75fl
- Taranto, M. A. (1989). Facets of Wisdom: A Theoretical Synthesis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 29(1), 1–21. doi:10.2190/n76x-9e3v-p1fn-h8d8
- Templer, D. (1971). Death anxiety as related to depression and health of retired persons. *Journal of Gerontology*, 26, 521–523.

- Thomson, H. (2004). Lift Up Your Hearts: Humour and Despair in Later Life. *Journal of Religious Gerontology*, 16(3-4), 29–41. doi:10.1300/j078v16n03_03
- Tiwari, S. (2013). Loneliness: A disease? *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 320. doi:10.4103/0019-5545.120536
- Topinková E. (2003). Stárnutí a kognitivní funkce. In E. Růžička, et al., *Diferenciální diagnostika a léčba demencí* (48-49). Praha: Galén.
- Torges, C. M., Stewart, A. J., & Duncan, L. E. (2008). Achieving ego integrity: Personality development in late midlife. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 1004–1019. doi:10.1016/j.jrp.2008.02.006
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies*, 11(2), 143-154.
- Tošnerová, T. (2011). In Jiráček, R., Bartoš, A., Franková, V., Konrád, J., Koukolík, F...Žuchová, S., *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén.
- Tylová, V., Kuželová, H., & Ptáček, R. (2014). Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(3), 151-157.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Van der Kaap-Deeder, J., Soenens, B., Van Petegem, S., Neyrinck, B., De Pauw, S., Raemdonck, E., & Vansteenkiste, M. (2020). Live well and die with inner peace: The importance of retrospective need-based experiences, ego integrity and despair for late adults' death attitudes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91, 104184. doi:10.1016/j.archger.2020.104184
- Vidovičová, L. (2007). *Věk jako závislá proměnná. Ideologie věku, ageismus a stárnutí v české společnosti*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139. doi:10.1111/1468-246x.00118

- Webster, J. D. (2003). An Exploratory Analysis of a Self-Assessed Wisdom Scale. *Journal of Adult Development, 10*(1), 13–22. doi:10.1023/a:1020782619051
- Webster, J. D. (2007). Measuring the Character Strength of Wisdom. *The International Journal of Aging and Human Development, 65*(2), 163–183. doi:10.2190/ag.65.2.d
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & McAdams, D. P. (2015). The Relation of Ego Integrity and Despair to Personality Traits and Mental Health. *Journals of Gerontology:Series B, 72*(3), 400-407. doi:10.1093/geronb/gbv062
- Zalenski, R. J. (2016). Facing Death: Palliative Care, Erik Erikson, and the Final Stage of Life. *Journal of Palliative Medicine, 20*(20), 1-2.
- Zhan, W., Zhou, Y., Li, Q., Xu, J., Yan, S., Cai, J., Jiaerken, Y., & Lou, M. (2019). Brain Iron Deposits in Thalamus Is an Independent Factor for Depressive Symptoms Based on Quantitative Susceptibility Mapping in an Older Adults Community Population. *Frontiers in Psychiatry, 10* (734). doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00734
- Žumárová, M. (2012). *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent Print.

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Osm věků člověka E. H. Eriksona

Tabulka 2: Věk a pohlaví respondentů (n=79)

Tabulka 3: Vzdělání a pohlaví respondentů (n=79)

Tabulka 4: Shrnutí výsledků ověření předpokladu normality proměnných

Tabulka 5: Deskriptivní statistiky emocionální osamělosti

Tabulka 6: Integrita ega u seniorů (n=79) rozdělených podle soužití s rodinou

Tabulka 7: Integrita ega u seniorů (n=79) u proměnné spokojenost se zdravotním stavem

Tabulka 8: Mann-Whitney U test pro integritu ega a míru deprese ve skupině seniorů (n=79) rozdělených na základě spokojenosti se zdravotním stavem

Tabulka 9: Deskriptivní statistiky výsledků v BDI-II u mužů a žen

Tabulka 10: Deskriptivní statistiky vlivu vzdělání na integritu ega

Tabulka 11: Deskriptivní statistiky proměnných plány do budoucnosti, integrity a deprese

Seznam grafů:

Graf 1: Sutinový graf Škály integrity ega RHEIS

Graf 2: Dosažená úroveň vzdělání v populaci a ve výzkumném souboru (n=79)

Graf 3: Bodový graf počtu bodů v BDI-II a centrované integrity ega

Graf 4: Bodový graf počtu bodů v BDI-II a centrovaného zoufalství ega

Graf 5: Krabicový graf vzdělání a integrity ega

Graf 6: Velikosti efektu vzdělání na integritu ega

Seznam příloh:

Příloha 1: Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce

Příloha 2: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 3: Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI-II)

Příloha 4: Škála integrity ega (RHEIS)

Příloha č. 1: Abstrakt magisterské diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Deprese ve vyšším věku a Eriksonova koncepce vývoje osobnosti

Autor práce: Blanka Kobylková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran a znaků: 103 stran, 180714 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 146

Abstrakt:

Cílem této práce bylo zjistit případné souvislosti mezi výskytem depresivních symptomů, integritou a zoufalstvím ega z konceptu Eriksonova psychosociálního vývoje a vybranými psychosociálními charakteristikami, a to konkrétně emocionální osamělost, plánování do budoucnosti, okolnosti bydlení, zdravotní stav, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání u osob nad 65 let. Seniorům jsme administrovali Subjektivní stupnici deprese (BDI-II), Škálu integrity ega Ryff a Heincke (RHEIS) a dotazník vlastní konstrukce. S využitím statistických metod jsme porovnávali rozdíly mezi mírou depresivních symptomů, integritou a zoufalstvím ega, pohlavím a počtem bodů v BDI-II, emocionální osamělostí a mírou depresivních příznaků a ego integritou, mezi vzděláním, okolnostmi bydlení, zdravotním stavem a integritou ega a mezi plánováním do budoucnosti a mírou depresivních příznaků a ego integritou. Výsledky ukázaly u seniorů slabou závislost mezi mírou depresivních symptomů, integritou a zoufalstvím ega, vliv emocionální osamělosti na počet dosažených bodů v BDI-II a integritu ega a vliv plánování do budoucnosti na míru depresivních symptomů. Dále jsme prokázali rozdíl v míře depresivních příznaků u mužů a žen. Podle našich zjištění na integritu ega nemá vliv soužití s rodinou, zdravotní stav, úroveň vzdělání a plánování do budoucnosti.

Klíčová slova: Deprese, senioři, integrita ega, zoufalství ega, psychosociální okolnosti

ABSTRACT OF THESIS

Title of the work: Elderly depression and Erikson's concept of personality development

Author: Blanka Kobylková

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages and characters: 103 pages, 180714 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 146

Abstract:

The aim of this thesis was find out eventual connections between occurrence depressive symptoms, integrity and the despair of the ego from the concept of Erikson's psychosocial development and selected psychosocial characteristics and concretely emotional loneliness, planning for the future, housing circumstances, health condition, sex and the highest level of education attained by persons over 65 years of age. We gave it to the seniors to fill in the Subjective scale of depression (BDI-II), the Integrity scale of ego Ryff and Heincke and home design questionnaire. With the use of statistic methods we were comparing the differences between rate of depressive symptoms, integrity and despair of the ego, sex and the number of points in BDI-II, emotional loneliness and rate of depressive symptoms and ego integrity, between education, housing circumstances, health condition and ego integrity and between planning for the future and the rate of depressive symptoms and ego integrity. The results showed a weak dependence between the rate of depressive symptoms, integrity and despair of the ego, the effect of emotional loneliness on the number of points achieved in BDI-II and integrity of the ego and the effect of planning for the future on the rate of depressive symptoms in the elderly. We also showed the difference in the rate of depressive symptoms in men and women. According to our findings, coexistence with the family, health condition, level of education and planning for the future do not affect ego integrity.

Keywords: Depression, seniors, ego integrity, ego despair, psychosocial circumstances

Příloha č. 2: Dotazník vlastní konstrukce



KATEDRA
PSYCHOLOGIE



Univerzita Palackého
v Olomouci

Dotazník

Deprese ve vyšším věku a Eriksonova koncepce vývoje osobnosti

Dobrý den,

Jmenuji se Blanka Kobylová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci výzkumu mapuji souvislosti mezi výskytem depresivních symptomů, integritou ega a vybranými sociálními aspekty. Integrita ega je chápána v souladu s Eriksonovou koncepcí vývoje osobnosti jako vnímání jedinečnosti vlastního života a jeho přijetí se všemi okolnostmi, které nám přinesl. Dotazník je určen pro seniory nad 65 let. Věřím tomu, že daný výzkum přinese nové poznatky týkající se především psychologické roviny stáří a stárnutí, duševního zdraví seniorů a uspokojivého prožívání života ve stáří.

Účast na výzkumu je dobrovolná. V průběhu vyplňování dotazníku můžete kdykoliv odstoupit nebo se ho nezúčastnit. **Dotazník je anonymní**, proto do něj nepište svoje jméno.

Vyplněním dotazníku a jeho odevzdáním souhlasíte se statistickým zpracováním Vašich výpovědí, které použiji pro výzkumné účely a výstupy.

Dotazník je natištěn oboustranně a obsahuje 14 položek. Vámi zvolené **odpovědi křížkujte**. Vyplnění dotazníku Vám zabere cca 20 minut. Dotazník **nemá správné a špatné odpovědi**, jde o Vaše prožitky, názory a postoje.

KONTAKT

Blanka Kobylová
Tel: 608080831
blanka.kobylova01@upol.cz
Katedra psychologie UPOL
Vodární 6, Olomouc

Pokyny k vyplňování dotazníku:

Vámi zvolené odpovědi křížkujte. Volte odpověď podle toho, která Vám nejvíce případně správná nebo tu, která se nejvíc přibližuje Vaším prožitkům, názorům a postojům. Odpovědi na otázky č. 2 a č. 5 jsou číselný údaj, pokyny pro vyplnění najdete u konkrétní otázky.

Přesné pokyny najdete rovněž u každé položky.

Příklad: Jaký je Váš rodinný stav? (zakřížkujte jednu odpověď)

Svobodný/á	Rozvedený/á	Ženatý/Vdaná	Vdovec/Vdova
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Jak odpověď opravit?

Správná odpověď:

Pokud zaškrtnu dva čtverečky, ten správný zakroužkuji:

Pokud se spletu dvakrát a chci se znovu vrátit k původní variantě, konečnou odpověď

zakroužkuji a ještě podtrhnu:

Děkuji za Vaši upřímnost a čas, které vyplnění dotazníku věnujete.

Nyní přejděte na další stranu k vyplňování dotazníku.

1. **Jaké je Vaše pohlaví?** (zakřížkujte jednu odpověď)

1 Muž 2 Žena

2. **Kolik je Vám nyní let?** (zaokrouhlete na celé roky)

..... let

3. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** (zakřížkujte jednu odpověď)

ZŠ SŠ s vyučením SŠ s maturitou VŠ

1 2 3 4

4. **Jaký je Váš rodinný stav?** (zakřížkujte jednu odpověď)

Svobodný/á Rozvedený/á Ženatý/Vdaná Vdovec/Vdova

1 2 3 4

5. **Kolik máte dětí?** (napište odpověď číslem)

.....

6. **Kde žijete?** (zakřížkujte jednu odpověď)

Vlastní nemovitost 1 Nájemní byt/dům 2

Pečovatelská služba 3 Domov pro seniory 4

7. **S kým žijete?** (zakřížkujte jednu odpověď)

Sám/sama 1 S partnerem/partnerkou (manželství) 2

S dítětem/děťmi 3 S příbuznými 4 S ostatními 5

8. Cítíte se osamělý/á? (zakřížkujte jednu odpověď)

Ano

Ne

1

2

9. Udržujete kontakty se svými blízkými (příbuzní a přátelé)? (zakřížkujte jednu odpověď)

Ano

Ne

1

2

10. Myslíte si, že máte dostatek financí? (zakřížkujte jednu odpověď)

Ano

Ne

1

2

11. Zde prosím uveďte Vaše záliby nebo koníčky, pokud nějaké máte:

.....

12. Považuje svůj zdravotní stav za uspokojivý?

Ano

Ne

1

2

13. Máte plány do budoucna?

Ano

Ne

1

2

14. Zde prosím uveďte, jaké máte plány do budoucnosti? (vyplňujete pouze za předpokladu, že jste v předchozí otázce odpověděli kladně)

.....



Zde je místo pro Vaše postřehy v souvislosti s danými otázkami nebo výzkumem.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Před odevzdáním si prosím zkontrolujte, zda jste vyplnil/a správně všechny položky.

Následně prosím odevzdejte vyplněný dotazník osobě, od které jste dotazník obdržel/a.

V případě dotazu nebo zájmu o výsledky mě kontaktujte na blanka.kobylkova01@upol.cz nebo na tel. 608080831.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Následující strany obsahují Beckovu škálu deprese BDI-II a škálu integrity ega od Ryff a Heincke EIS.

Příloha č. 3: Beckova subjektivní stupnice deprese (BDI-II)

BDI-II

Záznamový arch

Muži/Ženy

T-91

Jméno:..... ID:..... Datum:.....

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

01 Smutek	06 Pocit potrestání
0 Nejsem smutný(-á).	0 Nemyslím, že mě život trestá.
1 Většinou jsem smutný(-á).	1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.
2 Pořád jsem smutný(-á).	2 Očekávám trest.
3 Jsem tak smutný(-á), že se to nedá vydržet.	3 Myslím, že jsem životem trestán(-a).
02 Pesimismus	07 Znechucení sám ze sebe
0 O svou budoucnost nemám obavy.	0 Myslím si o sobě pořád to samé.
1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.	1 Ztratil(-a) jsem důvěru sám(sama) v sebe.
2 Myslím, že se mi nebude dařit.	2 Jsem ze sebe zklamán(-a).
3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.	3 Sám(sama) sebou jsem znechucen(-a).
03 Minulá selhání	08 Sebekritika
0 Nemám dojem, že selhávám.	0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám(sama) sebe více než obvykle.
1 Selhal(-a) jsem častěji, než bych měl(-a).	1 Jsem sám(sama) k sobě více kritický(-á) než dříve.
2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.	2 Kritizuji se za všechny své chyby.
3 Jako člověk jsem úplně selhal(-a).	3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.
04 Ztráta radosti	09 Sebevražedné myšlenky nebo přání
0 Raduji se stejně jako dříve.	0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil(-a).
1 Neraduji se stejně jako dříve.	1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal(-a) bych to.
2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl(-a) rád(-a).	2 Chtěl(-a) bych se zabít.
3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl(-a) rád(-a).	3 Kdybych měl(-a) možnost, tak bych se zabil(-a).
05 Pocity viny	10 Plačtivost
0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.	0 Nepláču více než dříve.
1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal(-a) nebo měl(-a) udělat.	1 Pláču více než dříve.
2 Mívám často pocity viny.	2 Pláču kvůli každé maličkosti.
3 Pořád mám pocity viny.	3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen(-na).

11 Agitovanost	17 Podrážděnost		
0 Nejsem více neklidný(-á) nebo napjatý(-á) než obvykle.	0 Nejsem podrážděný(-á) více než obvykle.		
1 Cítím se více neklidný(-á) nebo napjatý(-á) než obvykle.	1 Jsem více podrážděný(-á) než obvykle.		
2 Jsem tak neklidný(-á) a rozrušený(-á), že je těžké to vydržet.	2 Jsem mnohem více podrážděný(-á) než obvykle.		
3 Jsem tak neklidný(-á) a rozrušený(-á), že nemohu zůstat v nečinnosti.	3 Bývám pořád podrážděný(-á).		
12 Ztráta zájmu	18 Změny chutí k jídlu		
0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil(-a).	0 Necítím žádné změny chuti k jídlu.		
1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.	1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.		
2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.	1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.		
3 Je těžké se zajímat o cokoli.	2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.		
13 Nerozhodnost	2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.		
0 Rozhduji se stejně dobře jako dříve.	3a Vůbec nemám chuť k jídlu.		
1 Rozhodovat se je obtížnější než obvykle.	3b Jíst mohu pořád.		
2 Rozhduji se mnohem obtížněji než dříve.	19 Koncentrace		
3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.	0 Mohu se soustředit jako vždycky		
14 Pocit bezcennosti	1 Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.		
0 Necítím se bezcenný(-á).	2 Je těžké se na cokoli delší dobu soustředit.		
1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem míval(-a).	3 Nejsem schopný(-á) se soustředit na nic.		
2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný(-á).	20 Únava		
3 Cítím se úplně bezcenný(-á).	0 Nejsem unavený(-á) více než obvykle.		
15 Ztráta energie	1 Unavím se snadněji než obvykle.		
0 Mám stejně energie jako vždy.	2 Jsem příliš unavený, než abych dělal tolik věcí, jako jsem dělával(-a).		
1 Mám méně energie, než jsem míval(-a).	3 Jsem tak unavený(-á), že nedokážu dělat skoro nic.		
2 Nemám dost energie na to, abych toho hodně udělal(-a).	21 Ztráta zájmu o sex		
3 Vůbec na nic nemám energii.	0 V současnosti jsem nezaznamenal změnu zájmu o sex.		
16 Změna spánku	1 Mám menší zájem o sex než obvykle.		
0 Nevšiml(-a) jsem si žádných změn u svého spánku.	2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.		
1a Spím trochu více než obvykle.	3 Úplně jsem ztratil(-a) zájem o sex.		
1b Spím trochu méně než obvykle.	Bodové rozmezí	Závažnost	Celkem
2a Spím mnohem více než obvykle.	0-13	Minimální	
2b Spím mnohem méně než obvykle.	14-19	Mírná	
3a Většinu dne prospím.	20-28	Střední	
3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.	29-63	Těžká	

Příloha č. 4: Škála integrity ega Ryff a Heincke (RHEIS)

Následující tvrzení nyní nepopisují to, proč vzpomínáte, ale jak se cítíte a na co myslíte, když tak činíte. S uvedenými tvrzeními můžete souhlasit nebo nesouhlasit. Vyjádřete, prosím, u každého stanoviska míru vašeho souhlasu či nesouhlasu.

Prosím použijte následující stupnici k vyjádření svých odpovědí.

①	②	③	④	⑤
Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Spíše souhlasím	Souhlasím Rozhodně souhlasím

1)	Kdybych měla svůj život prožít znovu, je jen velmi málo věcí, které bych na něm změnila.	①	②	③	④	⑤
2)	Obecně jsem spokojená s tím, čeho jsem v životě dosáhla.	①	②	③	④	⑤
3)	Přála bych si, aby můj život právě začínal, protože bych se vyvarovala mnoha chyb, které jsem v jeho průběhu udělala.	①	②	③	④	⑤
4)	Obecně bych řekla, že lituji jen mála věcí ze své minulosti.	①	②	③	④	⑤
5)	Celkově jsem spokojená s rozhodnutími, která jsem během života učinila.	①	②	③	④	⑤
6)	Pořád ještě se zlobím kvůli určitým věcem, které se v mém dětství staly.	①	②	③	④	⑤
7)	Kdybych měla jen o malinko větší štěstí, můj život by vypadal úplně jinak	①	②	③	④	⑤
8)	Prožila jsem plný život a představa smrti mě neděsí.	①	②	③	④	⑤
9)	Kdybych mohla vrátit čas, udělala bych spoustu věcí jinak.	①	②	③	④	⑤
10)	Nevadí mi přemítat o cílech, kterých jsem nedosáhla a pravděpodobně už ani nedosáhnu.	①	②	③	④	⑤
11)	Čtení starých deníků a dopisů přináší víc bolesti než potěšení.	①	②	③	④	⑤

- 12) Jedno z mých největších zklamání je, že jsem nemohla více cestovat. ① ② ③ ④ ⑤
- 13) Často si přeji, abych se byla narodila v nějaké jiné době. ① ② ③ ④ ⑤
- 14) Je spousta lidí, se kterými bych si svůj život rád vyměnila. ① ② ③ ④ ⑤
- 15) Když zvažím vzestupy a pády ve mém dosavadním životě, zdá se mi, že tvoří smysluplný celek. ① ② ③ ④ ⑤
- 16) V mé minulosti jsou určitá zklamání, přes která se nikdy nepřenesu. ① ② ③ ④ ⑤