

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra Psychologie Filozofické fakulty

**MÍRA DEPRESE A ŽIVOTNÍ
SPOKOJENOSTI U SENIORŮ 70 – 80 LET
OVDOVĚLÝCH A ŽIJÍCÍCH DOSUD V PÁRU**

The severity of depression and life content in widowed or
coupled seniors aged between 70 – 80 years



Diplomová práce

Autor: Gabriela Kosíková
Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené a odcitované literatury.

Zároveň bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Radku Obereignerů, Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady.

Velké díky účastníkům výzkumu za vřelé přijetí a ochotnou spolupráci.

V Olomouci 20. 4. 2011

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1. STÁŘÍ.....	7
1.1 Vymezení pojmu stáří.....	7
1.2 Stáří v demografii	10
1.3 Gerontologie	11
1.4 Vymezení pojmu zdraví a nemoc ve stáří.....	12
1.5 Nástin základních vývojových charakteristik mezi 70 – 80 lety věku	13
1.5.1 Tělesná involuce	13
1.5.2 Duševní involuce	15
1.6 Sociální aspekty stáří	16
1.7 Potřeby seniorů	18
1.8 Smysl stáří.....	19
1.9 Aktivita ve stáří.....	19
1.9.1 Možnosti měření aktivit ve stáří	21
2. PÉČE O SENIORY	22
2.1 Priority geriatrické péče a služeb pro seniory.....	22
2.2 Druhy péče o seniory	23
2.3 Domovy pro seniory	23
3. DEPRESE	25
3.1 Fenomén deprese	25
3.2 Různé teoretické koncepce	26
3.3 Deprese ve vztahu ke stáří	29
3.4 Terapie	30
3.5 Medikace.....	32

4. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	34
4.1 Vymezení pojmu životní spokojenosti	34
4.2 Životní spokojenost ve vztahu ke stáří	38
4.3 Metody zjišťování životní spokojenosti u seniorů	39
VÝZKUMNÁ ČÁST	41
5. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	41
5.1 Formulace problému	41
5.1.1 Stanovení cílů výzkumu	41
5.1.2 Stanovení hypotéz	42
5.2 Popis a volba vzorku zkoumaných osob	42
5.3 Aplikovaná metodika	45
5.3.1 Mini – Mental State Examination (MMSE)	45
5.3.2 Dotazník – Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)	46
5.3.3 Dotazník – Zungova sebeposuzovací stupnice deprese	46
5.3.4 Dotazník – Škála životní spokojenosti ve stáří	46
5.4 Statistika	47
5.5 Průběh a organizace šetření	49
6. VÝSLEDKY PRÁCE	50
6.1 Ověřování hypotéz	57
6.2 K platnosti hypotéz	66
7. DISKUZE	67
8. ZÁVĚR	71
9. SOUHRN	72
10. SEZNAM LITERATURY	75
PŘÍLOHY	78

ÚVOD

„Kdo neprožil stáří, neví, jaké je.“ – lidová moudrost (Haškovcová, 1989, s. 86)

Co je to stáří? A kdy už je člověk starý, respektive, kdy se cítí být starým? To, jak se cítí, je jen jeho subjektivní pocit. Může se cítit starým již ve třiceti letech a naopak mladíčkem, popřípadě „mladicí“ ještě po osmdesátém roce svého života. Pocit záleží pouze a jen výhradně na člověku samotném. Ovšem tělo, byť chceme či nikoliv, podléhá času stejně jako pečivo. Mění se nám před očima a tvaruje se do určitého obrazu po celý život.

I pojem starého člověka se mění. Nemyslíme to, jak starý má dle nás být člověk v důchodě, ale když nám je kupříkladu šestnáct let, pětadvacetileté považujeme za „staré“. S postupem času se však rozšíří obzor pojmu stáří. Ve dvaceti je to dejme tomu čtyřicet let, po padesátce už let osmdesát. Záleží však samozřejmě i na tom kterém konkrétním člověku.

Pojem stáří se měnil i v historii. Korespondoval s průměrnou délkou lidského života (která byla víceméně dána medicínským pokrokem a zvyšující se kvalitou života), například v roce 1800 byl považován za starého člověka čtyřicátník, v roce 1900 již člověk, který měl padesát let. V současných průmyslových zemích je dolní hranice stáří zpravidla udávána věkem šedesáti pěti let. Rozdíly ve vnímání stáří nalezneme i napříč kontinenty (což souvisí s životním standardem, kvalitou života), mezi africkými státy a zbytkem světa, nejmarkantněji pak v USA a vyspělých zemích.

Starých lidí po celé planetě přibývá, avšak velké množství z nich je osamoceno. Jejich přátelé, vrstevníci a známí umírají. Osamění těchto lidí jde většinou ruku v ruce se smutkem, pocitem beznaděje či snad dokonce deprese. Mladší generace se žene za životem a nevěnuje jim tolik pozornosti, kolik by zasluhovali. Z vulgárního hlediska – staří lidé jsou již neproduktivní a tedy společností vnímáni jako obtížní, přebyteční.

V diplomové práci navazujeme na práci postupovou, která byla nazvána stejně jako práce diplomová a byla zaměřena na zkoumání rozdílů životní spokojenosti a míry depresivity u seniorů žijících ve vlastní domácnosti, ať už s partnerem nebo o samotě, ve změněném rodinném stavu, vdovském. Diplomovou práci jsme rozšířili o vzorek seniorů, kteří žijí v zařízení pro seniory, v Domovech důchodců či v Domovech pro seniory. Můžeme tato zařízení nazývat různými jmény, avšak dle našeho názoru je vhodnější označení Domov pro seniory, neboť Domov důchodců může na některé jedince působit pejorativním dojmem.

Vzorek seniorů se pohybuje ve věkovém rozmezí sedmdesát až osmdesát let včetně dolní a horní věkové hranice, neboť tento věk považujeme za pravé stáří. Snažíme se zjistit míru deprese a její souvislost s životní spokojeností těchto lidí. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části přibližujeme pojmy stáří, deprese a životní spokojenosti jako základ porozumění pro výstup výzkumné části, jež následuje.

TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁŘÍ

1.1 Vymezení pojmu stáří

Jak vymezit pojem stáří? Vágnerová o stáří píše: „*Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech*“ (Vágnerová, 2007, s. 299).

Stáří jako takové dále vymezujeme na několik částí, členíme je kvůli přehlednosti. Dle Vágnerové (2007) se stáří skládá ze dvou etap a to z období raného stáří od šedesáti do sedmdesáti pěti let a období pravého stáří (od 75 let výše). Pokud člověk dosáhne osmdesáti let, dožije se tzv. čtvrtého věku, což je stav, kdy je spolu s ním naživu pouze polovina jeho původní generace.

Mnozí autoři o této životní etapě píší, že se jedná o postvývojovou fázi, neboť byly již realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje.

V publikaci od Langmeiera a Krejčířové (2006) je období stáří vymezeno zhruba od šedesáti, šedesáti pěti let. Je zde zmínka o tom, že stáří se sice udává od šedesáti pěti let, avšak zájem dnešní gerontologie se soustřeďuje spíše na věk od sedmdesáti pěti let výše.

Světová zdravotnická organizace (WHO) člení stáří na tyto etapy: šedesát až sedmdesát pět let – rané stáří, sedmdesát pět až devadesát let – pokročilý věk neboli vlastní stáří a od devadesáti let – vysoký věk, dlouhověkost.

Příhoda (1974) pojmenovává stáří seniemi a dělí ho do 3 kategorií: rozlišuje první období senia (60 – 75 let), kterému mění název na senescenci, což znamená stárnutí a tento název je vybrán pro povahu tohoto období. Následuje druhá etapa senia – od sedmdesáti pěti do devadesáti let – senectus. Člověk se od sedmdesáti pěti let nachází dle autora ve skutečném stáří, v období kmetství. „*Slovo kmet je odvozeno z latinského comes, původně „kdo se mnou jest“, společník nebo průvodce, u našich předků pak vladyka, později moudrý stařec*“ (Příhoda, 1974, s. 229). Dosažením věku devadesáti let nazývá autor toto období patriariem. K překonání hranice života 90 let autor poznamenává: „*Lidé starší devadesáti let jsou biologickou elitou*“ (Příhoda, 1974, s. 230). Haškovcová k tomu dodává: „*Dalších 15 let se však dožije jen několik jedinců z miliónu*“ (Haškovcová, 1989, s. 22). Tito lidé jsou pak považováni za dlouhověké.

„*K nejstarším názorům na periodizaci tohoto období patří Komenského dělení lidského věku, ve kterém poslední dvě kategorie označuje termíny starý muž a kmet (z lat. comes = kdo se mnou jest*“ (Holásková, 2008, s. 129).

Hurlocková rozeznává 11 vývojových etap, stářím nazývá poslední etapu, datovanou od 60 let.

Erik Erikson (2002) vymezuje svou teorii osmi věků člověka, etapě stáří (dle Eriksona pozdní věk, od 65 let) přísluší poslední etapa, čili ego integrita proti zoufalství. Integrita je výsledkem celého dřívějšího života, je to „*přijetí vlastního životního běhu jako něčeho, co muselo být a co nezbytně nemohlo být jinak*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 244), odráží vše, čím jsme byli, co jsme dělali i čeho jsme dosáhli. Její nedostatek vede k zoufalství. Člověk pak cítí, že jeho život nemá smysl a na návrat a nový začátek už nemá dostatek času. Překoná-li se však integrita zoufalství, člověk se stává moudrým.

Vágnerová (2007) shrnula podmínky nezbytné pro dosažení integrity: být upřímný k sobě samému, nic nepředstírat, na nic si nehrát. Taktéž se smířit s realitou a svým dosavadním životem. Starý člověk má už určitý nadhled na rozdíl od mladších generací, za což vděčí svým bohatým zkušenostem. Důležitou roli hraje také uvědomění si kontinuity vlastního života jako součást posloupnosti generací. Naděje jako základní hybná síla z dětství se postupně transformuje na víru.

Švancara a kolektiv (1980) se inspirovali a rozpracovali koncepci Eriksona, zmiňujeme pouze poslední etapu této koncepce: v oblasti sociální koncepce dominují bližní a obecně lidstvo jako takové (na rozdíl od předchozích etap, kde převládají například rodiče, v kojeneckém období především matka), vývojovým výsledkem je odpoutání se a moudrost, polaritami dominujících zážitků jsou vnitřní pevnost či beznadějnost a polaritami mechanismů přizpůsobení – těžit z minulosti a čelit z nebytí, čelit blížícímu se konci života, smrti.

Bromley (in Kuric, 1986) rozčlenil stáří na tři etapy: uvolňování z aktivit (65 – 70 let) a stáří (od 70 let), které může u některých starých lidí přecházet do třetího stadia senility.

Neugartenová navrhla v 60. letech tohoto století toto členění:

„65 – 74 let: mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace;

75 – 84 let: staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti;

85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení“

(Neugarten 1966, in Kalvach et al., 2004, s. 47).

O stáří můžeme mluvit jako o stáří biologickém, sociálním či kalendářním.

Kalendářní stáří je vlastní vymezení stáří různými autory. Má většinou pevnou hranici, ale nepostihne velkou variabilitu mezi jedinci. Sociální stáří se dotýká proměny potřeb jedince, změny životních rolí, způsobu a stylu života, i ekonomického zabezpečení (Kalvach, 2004). Biologickým stářím se pak myslí obecně stárnutí těla, involuční změny u daného jedince. Uvedeme ještě jeden pojem, funkční stáří, kterému se někdy říká skutečný věk. Odpovídá skutečným schopnostem člověka a nemusí souviset s kalendářním věkem, je individuální.

1.2 Stáří v demografii

„Demografie (obecně) je nauka o obyvatelstvu, o jeho rozmístění, struktuře, reprodukci a růstu“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 21).

„Demografie se zabývá reprodukcí lidských populací; studuje podmínky, které ji ovlivňují, a hledá pravidelnosti, kterými se proces demografické reprodukce řídí. Je bio – sociální disciplínou, neboť se zabývá procesem, který je svou povahou biologický (shodný u všech savců), avšak probíhá ve společenských podmínkách“ (Kalvach, 2008, s. 50).

Demografický vývoj od poloviny 20. století do poloviny 21. století nabírá na dramatičnosti, samozřejmě probíhá odlišně napříč zeměmi s jiným stupněm vyspělosti. Česká republika patří k zemím s nejnižší úhrnnou plodností na světě – roku 1999 byla úhrnná plodnost na jednu ženu 1,13.

V České republice žije aktuálně asi 27 000 dlouhověkých osob starších 90 let. Do roku 2050 by se jejich počet měl téměř 8,5krát zvýšit na 230 000. Poměr mužů a žen – 4 : 1. *„Podle prognózy OSN bude v roce 2050 v hospodářsky vyspělých zemích žít asi 2,2 milionu stoletých lidí, přičemž lidé starší 80 let budou tvořit 9,6 % populace“ (Kalvach, 2008, s. 40).*

Koncem 60. let 20. století doporučila OSN, aby byly populace podle počtu osob dle určitého věku od 65 let výše (včetně) označovány následovně: mladá populace – do 4 %, zralá – 4 – 6,9 %, stará populace – 7 % a více. V současnosti počet těchto osob přesáhl již 14 % hranici. Čili, na světě je čím dál tím více žijících populací, které můžeme dle složení obyvatelstva označit za staré či stárnoucí. (Kalvach, 2008)

Z tohoto je zřejmé, že počet starých lidí narůstá. Jedním z důvodů, proč tomu tak může být, je stále klesající porodnost a odkládání manželství a zakládání rodin mladými lidmi. Přírůstek starších lidí je ale alarmující kvůli jinému měřítku – indexu závislosti. Ten laicky řečeno znamená, kolik lidí v produktivním věku musí pracovat, aby uživilo jednu osobu v důchodu. Nebereme zde ale v potaz pouze osoby již nepracující, ale osoby ještě nepracující, totiž děti nebo studující mládež.

Dle Českého statistického úřadu (www.czso.cz) žije v České republice k datu 31. 12. 2008 - 10 467 542 obyvatel. Jelikož jsme prováděli výzkum v městě Přerově, zajímal nás počet obyvatel i zde: V Přerově žilo k datu 31.12.2008 - 46503 obyvatel.

1.3 Gerontologie

Co je to vlastně pojem gerontologie? Termín vychází z řeckého slova gerón, což znamená starý muž. Logos je věda. „*Gerontologie je věda o stáří; lékařský obor zaměřený na stáří se nazývá geriatrie*“ (Říčan, 2004, s. 332). Koncovka geriatrie, totiž – iatrie – vychází opět z řeckého slova, kterým je iatros, což znamená lékař. S touto koncovkou pojíme mnohá slova z medicínského prostředí, například psychiatrie, pediatrie a podobně. Latinsky se geront řekne senex, od toho je odvozen lékařský pojem senilita a senilní (tyto výrazy jsou jen řídce používány, neboť jsou vnímány negativně pro jejich hanlivý význam), dále pak senium jako latinský termín pro stáří (Říčan, 2004).

V psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2000, s. 179) se dočítáme: „*Gerontologie psychologická vzniká v 1. polovině. 20. století., obor, jehož ústředním tématem je studium psychických stavů stárnoucích, které změny jsou funkcí času, co je příčinou změny a jaký je její průběh, popřípadě, zda existuje konstantní faktor, který lze definovat.*“

Gerontologie zahrnuje vše, co se týká starého člověka jak ve zdraví, tak v nemoci.

Má 3 hlavní části:

- 1) Gerontologie teoretická – tvoří teoretický rámec pro praktickou činnost kolem starého člověka. Snaží se vysvětlit různé stránky, jevy stárnutí. Hledá nová neotřelá fakta, které shrnuje a zobecňuje. Umožňuje predikci. Hledá specifické metody poznávání. Velmi často užívá metodu experimentu, experimentální gerontologie je nejvýznamnější součástí teoretické gerontologie.
- 2) Gerontologie klinická – zabývá se chorobami ve stáří, jejich etiologií a patogenezi. Přitom respektuje biologické, psychologické a sociální zvláštnosti stáří. Synonymem pro klinickou gerontologii je geriatrie - nauka o prevenci a léčbě chorob u starých lidí.
- 3) Gerontologie sociální – zaměřuje se na vzájemné vztahy mezi starým člověkem a společností (Pacovský, 1981).

1.4 Vymezení pojmu zdraví a nemoc ve stáří

Pojmem zdraví se zabývá obor psychologie zvaný psychologie zdraví.

Definice WHO (Světové zdravotnické organizace) nás poučuje: „*Zdraví je relativně optimální stav tělesné a duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí*“ (Koukola, in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 27).

Můžeme hovořit o jednotlivých teoriích zdraví, které pracují s pojmem zdraví jako s ideálním stavem, jako s úrovní tělesné a psychické zdatnosti, díky níž člověk vykonává denní úkoly, jako se zbožím fungujícím v obchodě (nákup, darování, získání, ztráta), jako s osobní silou člověka. Více v publikacích Křivohlavého (2001), Baštecké a Goldmanna (2001).

Pojem nemoc je nutno odlišit od v češtině podobně pro laickou veřejnost znějících pojmů, jako je kupříkladu choroba či neduh.

Choroba souvisí s organickou úrovní člověka, jedná se o abnormalitu v různých částech lidského těla a může být zjištěna lékařskou vědou. Oproti tomu nemoc se vztahuje k rovině sociální a psychologické, jsou to pocity, které člověk pociťuje. Nemoc je stav, obdobně jako zdraví. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je to: „*souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím*“ (Vinař, in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 29).

Nemoc můžeme rozlišit z objektivního hlediska a hlediska subjektivního. Objektivní zhodnocení nemoci je například lékařské vyšetření, subjektivní jsou pak pocity pacienta.

Nemocnost u starých lidí můžeme charakterizovat jako zvýšenou na rozdíl od ostatních věkových skupin. Starší lidé vykazují i více zdravotních potíží jako je například dušnost, kašel, bolesti či zažívací potíže. Tyto i jiné potíže tendenčně narůstají s přibývajícím věkem. „*Ženy všech věkových skupin udávají větší počet zdravotních potíží než muži*“ (Topinková, 2005, s. 5). Mezi nejčastější onemocnění, jež se vyskytují u seniorů patří například diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, gastrointestinální a respirační onemocnění. S narůstajícím věkem se mění spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní choroby, setkáváme se s polymorbiditou, to znamená, že starý člověk trpí více než jednou chronickou nemocí. Dochází k provázání několika různých chorob, buď bez kauzální příčiny či řetězovou reakcí.

A co si můžeme představit pod pojmem zdravý senior? „*V praxi považujeme za zdravého takového geronta, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen, je sociálně adaptabilní a má neporušenou sociální homeostázu*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 107).

1.5 Nástin základních vývojových charakteristik mezi 70 – 80 lety věku

1.5.1 Tělesná involuce

O tělesných i duševních (viz. podkapitola níže) změnách během procesu stárnutí bylo už čteně referováno v knihách, zabývající se stářím či obecně ontogenezí jedince, proto se budeme snažit být struční a uvedeme jen nejzákladnější údaje. Pro detailnější popis odkazujeme na publikace Říčana, Langmeiera a Krejčířové, Příhody, Vágnerové, Pacovského a mnoha dalších.

Stárnutí provázejí viditelné změny na povrchu těla - obličej seniora je obvykle zbrzděn hlubokými vráskami, dochází ke zvětšení špičky nosu, protahují se ušní boltce, oči se zdají užší, „kapsy“ pod očima působí mohutněji (Příhoda, 1974). Velmi častá je ztráta zubů a nošení zubní náhrady. Díky tomu dochází velmi často ke změně artikulace – šišlání či sykání. Vlasy bývají šedivé a řídké. U žen se se zvyšujícími léty objevuje ochlupení ve tváři, především na bradě a podnosem – „knírek“.

Postava seniora je neforemná. Dochází k poklesu tělesné hmotnosti a výšky, změny souvisí se změnami tělesných proporcí. Zmenšuje se váha vnitřních orgánů – díky „*vyčerpání funkčních rezerv*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 86), meziobratlové ploténky ztrácejí svou hmotnost a pružnost (Holásková, 2008). Výsledkem ubývání svalové hmoty je visící břicho, ňadra, kožní záhyby a vystupující tukové polštáře. Po celém těle se objevují četné pigmentové skvrny. Kostí se stávají křehčími a tudíž náchylnějšími ke zlomení. „*Například už několikadenní klid na lůžku zvětšuje u geronta křehkost kostí, vede k atrofii svalů, ke slábnutí reflexů regulujících krevní tlak*“ (Říčan, 2004, s. 333).

S ubývající svalovou výkonností stoupá negativní ovlivnění pohyblivosti starého člověka. Orgány chátrají, slábne síla ve svalech, vitální kapacita plic je na polovině výkonu v kontrastu s člověkem dvacetiletým. Dochází k úbytku funkčních tkání, které jsou postupně nahrazovány vazivem, jež slouží pouze jako výplň.

Zhoršuje se i tělesný orgán, jež není schopen regenerace – naše oči. Přibývá problémů a chorob (šedý, zelený zákal), avšak většina těchto obtíží je i ve vysokém věku řešitelná pomocí operace. Sluch se horší s věkem plynule, po sedmdesátém roce života klesá citlivost vůči vysokým tónům. Nedoslýchavost je u starých lidí častá.

Kornatění tepen se vyskytuje v každém věku, ovšem patologicky jen u vyšších věkových kategorií, souvisí s onemocněním cévního systému, „*srdce má snížené výkonnostní maximum, to znamená, že při vyšší zátěži se u něho objevují známky funkční nedostatečnosti*“ (Holásková, 2008, s. 132). Zhoršuje se i pružnost chlopní.

Hrozí obezita důsledkem snížené látkové výměny. Tělo je více náchylné vůči infekcím (oslabený imunitní systém), tudíž i vůči rakovinnému bujení. Starší lidé mají také sníženou schopnost termoregulace, bývají náchylnější k podchlazení a pomaleji se přizpůsobují vyšším teplotám. Časté jsou poruchy močení, ve vysokém věku je pak častá inkontinence moči i únik stolice.

„*Zjistilo se, že 4 % starých lidí mají poruchu štítné žlázy*“ (Křivohlavý, 2002, s. 139). Ve stáří klesá produkce melatoninu a trijodtyroninu T_3 spolu s tyroxinem T_4 a též melatoninem (hormon produkovaný epifýzou), jež je silný antioxidační činitel, který vychytává volné radikály, významné v boji proti stárnutí, stabilizuje biorytmy a posiluje imunitu (Kalvach, 2004). Dochází k úbytku neuromediátorů noradrenalinu a serotoninu. Velmi důležité jsou změny ve vylučování pohlavních hormonů, o nichž referuje Příhoda (1974). Změněný poměr estrogenů a androgenů vede k přizpůsobení obou pohlaví, „zženštění“ mužů a „zmužštění“ žen. Parathormon, důležitý pro metabolismus vápníku, produkt příštítných tělísek, jež se s věkem zmenšují, má za následek zhoršené hojení kostí a ukládání vápníku v cévách a ledvinách.

„*Ještě v 80 letech je čtvrtina mužů schopna styku*“ (Říčan, 2004, s. 354). Sexuální život dopomáhá k udržení vlastního sebevědomí, sebeúcty. Tlumí úzkost, zlepšuje náladu.

Nejpomaleji stárne mozek. Po šedesátém roce dochází i ke snížení jeho hmotnosti. Ubývá však spíše méněcenná tkáň než cenné části mozku. Podráždění mozkové kůry je menší, takže se reakční doba prodlužuje (Příhoda, 1974). „*Postupně ubývá počet neuronů, v neuronech probíhají biochemické změny a charakteristickým projevem stárnutí je zužování průměru myelinizovaných nervů s následným snižováním rychlosti vedení nervem*“ (Holásková, 2008, s. 132). Změny v mozečku a bazálních gangliích způsobují typickou „pomalost“ seniorů, ztrátu jejich přesnosti a citu v rukou, chvění rukou a další (Příhoda, 1974).

1.5.2 Duševní involuce

V období stáří se mění i mnohé psychické funkce. Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem různých psychosociálních vlivů. Opět jen některé z nich nastíníme.

Život starého člověka velmi negativně ovlivňuje postupně se zhoršující vnímání. Příčinou jsou především změny ve smyslových orgánech a ve snížení rychlosti přenosu informací. Nejhuře je postižen zrak a sluch. To s sebou přináší pokles výkonu nejen při některých pracovních činnostech, ale omezují se možnosti trávení volného času – četba či poslech hudby. Staří lidé často rezignují na mnohé činnosti, které jsou pro ně obtížnější, než bývaly dříve. Člověk, který špatně vidí a slyší, nevyhledává sociální kontakt a v důsledku toho, se může cítit i osamělý. Zhoršení zraku a sluchu zvyšuje i riziko úrazů. Negativní změny ve vnímání lze snížit používáním různých pomůcek například brýlí či naslouchadla.

Psychické involuční změny ve stáří zejména postihují paměť a inteligenci. Dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů, tedy ukládání i vybavování. Člověk zapomíná zejména nové události, dřívější zážitky zůstávají dobře uchovány, často ale dochází k jejich zkreslení. Začíná se měnit obsah myšlenek – nyní jsou zaměřeny hlavně do minulosti. Starý člověk se stává konzervativním. Závažným projevem u seniorů jsou tzv. duševní pomlky, kdy například dotyčný člověk nedokončí větu (Příhoda, 1974). Geront se opírá více o dřívější zkušenost, přítomnost přijímá s nedůvěrou. Je postižen i intelekt, zejména fluidní inteligence, která je důležitá pro schopnost zpracovávat nové informace a hledat nová řešení.

V oblasti psychiky neplatí, že všechny změny směřují k horšímu a naopak. Často se například zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti. Většinou se také stupňuje trpělivost a pochopení pro motivy jednání starých nebo jen málo mladších lidí. Starý člověk projevuje větší stálost ve svých názorech, je rozváznější (Pacovský, Heřmanová, 1981). Staří lidé jsou výrazně opatrnější. Při činnosti jim nejde o rychlost, ale o výkon, ten potřebují podat dobrý, je jim jedno, jak dlouho jim to bude trvat.

Stárnutí bývá obecně spojováno se zjednodušením stávající osobnostní struktury. Člověk se s přibývajícím věkem začíná zase trochu podobat dítěti, kterým se narodil. Také dochází k zvýraznění nepěkných vlastností člověka například rozmrzelost, zatrpkllost, negativismus. „*Člověk se někdy stává karikaturou sebe samého*“ (Říčan, 2004, s. 340).

1.6 Sociální aspekty stáří

Jak člověk prožívá své stáří, záleží na mnoha okolnostech. Můžeme mluvit o životní historii daného seniora, jeho zkušenostech, o prostředí, ve kterém vyrostl, záleží i na nastavení společnosti (srovnejme například dobu komunismu s dnešní společností). Významný vliv má tedy zázemí sociálně kulturní.

Jak je vnímán dnešní společností starý člověk? Pokud bychom se poptali lidí na ulici, známých, kamarádů či rodiny, předpokládáme, že bychom se setkali s převážně negativními vlastnostmi a postoji ke starému člověku dnešní doby, alespoň pokud bychom mluvili o seniorech v obecné rovině. Zdá se, že společnost je vůči těmto lidem laděna spíše negativně. Lidé, o nichž zde mluvíme, staří lidé, mají nízký sociální status. Pro většinu populace se stáří porovnává s úpadkem. Vágnerová (2007) zmiňuje fakt, že seniorům jsou přičítány převážně negativní osobnostní vlastnosti. I kvůli takovému vnímání starého člověka společností může být přijetí vlastního stáří pro konkrétního člověka problematické. Nejdůležitější je připustit si a přijmout fakt, že daný jedinec stárne. I tento postoj může zvýšit vlastní kvalitu života. „*Základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé*“ (Pacovský, 1994, s. 25).

Můžeme hovořit o různých strategiích adaptace na stáří (Reichardová, in Langmeier, Krejčířová, 2006) a to konkrétně o strategii konstruktivní, strategii závislosti, obranné strategii, strategii hostility a strategii sebenenávisti.

Konstruktivní strategie je ideální adaptací na stáří ve společnosti. Senior je aktivní, tolerantní, přizpůsobivý, je si vědom úspěchů i chyb ve svém životě, na realitu nahlíží nezkresleně. Můžeme o něm mluvit jako o optimistovi, fakt vlastního stárnutí bere v potaz. Je soběstačný, věnuje se zájmům, které navazují na jeho zájmy dřívější. Může se spoléhat na podporu lidí ze svého okolí.

Strategii závislosti vnímáme jako pasivitu a závislost spíše než aktivitu a soběstačnost. Jedinci se spíše uchylují do svého soukromí, mají rádi svůj klid. Jsou vyrovnaní, spoléhají na druhé, že se o ně postarají v případě potřeby. Ctižádostiví nejsou, snadno se unaví a pracovní činnost je příliš nenaplňuje. Co se týče navazování nových známostí, je spíše opatrný, podezřívavý, pasivně tolerantní. Nechce nechat ohrožit své bezpečí a pohodlí.

Strategie obranná. Senior je soběstačný, snad až přespříliš, odmítá v každém případě jakoukoliv pomoc, jen aby si dokázal, že není na nikom závislý. Ke stáří se staví spíše pesimisticky, smíří se s ním jen pod tlakem okolností.

Strategie hostility (nepřátelství a hněvivosti vůči druhým). Senioři obviňují druhé lidi nebo nepříznivé okolnosti za své neúspěchy. Jsou agresivní a podezřívaví, neustále si na něco stěžují. Taktéž jsou neústupní ve svých postojích. Ke stáří se staví se silným odporem. Žijí v ústraní, jsou ohroženi izolací.

Strategie sebenávisti. Tito jedinci se chovají obdobně, jak jsme uvedli výše, s výjimkou že nepřátelskost obracejí proti sobě. Na svůj dosavadní život hledí kriticky, pohrdají jím. Nechtějí jej prožít znovu. Lítost, sebeovládání a deprese jsou jejich převládající pocity. Smiřují se sice se faktem stárnutí, ale nedokážou se k němu optimisticky a konstruktivně postavit.

Dochází ke změnám sociálního zařazení starého člověka. Věkové rozmezí, ve kterém operujeme, tedy mezi sedmdesáti a osmdesáti lety věku, již člověk tráví jakousi časovou dobu mimo zaměstnání, je už pár let v důchodu. Dochází ke změně chodu domácnosti, denním rituálům. Manželé tráví více času spolu, což může být prvotně i příčinou neshod a problémů, než si na novou situaci zvyknou, adaptují se na ni.

Změnu sociálních rolí může způsobit i vážná nemoc či dokonce úmrtí partnera a také zajisté zhoršení zdravotního stavu jedince a jeho následné přemístění ať už do nemocnice, nebo domova důchodců.

Pro lidi pokročilejšího věku je důležitý kontakt s druhými lidmi, možná i důležitější než vnímáme my sami u sebe. Těší se, že se dozví něco nového, se svými vrstevníky budou vzpomínat na staré dobré časy, objevujeme zde porozumění a generační solidaritu. Bohužel čím je člověk starší, tím v jeho okolí ubývá jeho známých a vrstevníků. Z toho důvodu se může cítit osamělý, zejména pokud je již ovdovělý. Osamělost vzrůstá i tehdy, pokud je člověk omezen v pohyblivosti a musí nedobrovolně trávit čas doma nebo v zařízení pro seniory. Stáří bývá přímo i definováno jako období zvýšené osamělosti, ke které přispívají biologické aspekty stáří.

1.7 Potřeby seniorů

V této kapitole hned na úvod připomeňme teorii lidských potřeb. „*Potřeba je projevem bytostného přání*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36).

Lidské potřeby jsou rozděleny do pěti oblastí (úrovní), seřazených od nejnižších po ty nejvyšší:

- 1) **Fyziologické potřeby** jsou zcela nepostradatelné. Řadíme zde výživu (jídlo a pití), vylučování, dýchání, spánek, sex, pohyb, hygienu jako podmínku zdraví, nestrádat bolestí či zimou. Dále zde můžeme přiřadit zdraví, smích a pláč jako fyzickou záležitost, fyzické kontakty.
- 2) **Potřeby bezpečí** rozdělíme dle výše uvedených autorů do tří skupin: potřeba ekonomického zabezpečení, potřeba fyzického zabezpečení (ke kterému mohou přispět kompenzační pomůcky jako například chodítka nebo hole nebo například podpora jiného člověka), potřeba psychického bezpečí (mít pocit jistoty, stability, pocit struktury a pořádku, osvobodit se od strachu, úzkosti či chaosu. K pocitu bezpečí přispívají mimo jiné i časově orientační body dne například ráno se senior umyje, nasnídá).
- 3) **Potřeba lásky, náklonnosti a sounáležitosti** se projevuje potřebou patřit k nějaké skupině, mít někoho rád, přijímat a dávat cit druhému a od druhého.
- 4) **Potřeba uznání, vážnosti.** Do těchto potřeb řadíme potřebu dosáhnout úspěchu, úspěšného výkonu, prestiže. Pichaud a Thareauová (1998) zde přiřazují i potřebu autonomie ve smyslu být svobodný, rozhodovat sám za sebe a cítit se užitečný. „*Člověk může být fyzicky závislý a zároveň psychicky zcela autonomní*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 39).
- 5) **Potřeba seberealizace** je posledním a nejvyšším stupněm pomyslné pyramidy. Tato potřeba se týká sebenaplnění, nalezení smysl svého života, ať už skrz rodinu, oblibu v nějaké určité činnosti nebo skrz víru.

Na závěr této kapitoly chceme především zdůraznit, že potřeby každého z nás jsou individuální, seniory nevyjímaje. Za chybný považujeme názor, že všichni staří lidé jsou si ve svých potřebách blízcí. „*Tato chyba se často odvíjí od zúžení a ponížení potřeb starého člověka na základní biologickou úroveň a ošetrovatelskou rutinu, kde opravdu velké rozdíly nejsou možné. Klienti takové péče jsou nakrmeni, zastláni v čistém lůžku, ale*

strádají ztrátou kompetencí, komunikační a senzorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti. Kvalita života souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb“ (Kalvach, Onderková, 2006, s. 9, 12).

1.8 Smysl stáří

V čem můžeme spatřovat smysl stáří? Rozhodně se přikláníme k názoru, že smysl stáří je obsažen v lidech samotných, v tom, co prožili (Agich, 2000). Pro každého může mít jiný smysl. Měli bychom si v první řadě uvědomit, že *„všichni staří lidé dokázali přežít. To je úspěch, jehož se třetině dnešních mladších lidí dosáhnout nepodaří. Toto je jediná vlastnost, kterou mohou být charakterizováni staří lidé jako celek a bez rozlišení“* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 246). Proto bychom si měli vážit starých lidí pro to, co jsou, pro to, co prožili.

V žádném případě bychom neměli opomenout důstojnost lidské bytosti. U starých lidí to platí dvojnásob. *„Lidská důstojnost není něco, co se náhle vytratí, jak si někteří lidé myslí. Člověk může udělat jedinou věc – uznat, že každý jedinec, starý či mladý, má svou důstojnost, přestože již není „produktivně užitečný“, že je omezen sníženou pohyblivostí a že se zdá, že ho opouští rozum“* (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 18). I senioři mají svůj svět, vnitřní svět, který je bohatý různě napříč lidmi. Přijetím a zejména respektováním této skutečnosti jsme na nejlepší cestě k toleranci a úctě, nejen ke starším, ale lidem všeobecně.

1.9 Aktivita ve stáří

Co si představíme pod pojmem aktivita? Zejména nejspíš aktivitu fyzickou, avšak právě ta je ve starším věku limitována naším zdravím, jsme limitováni omezeními svého těla, které se mění, již není tak výkonné, jak jsme bývávali dříve zvyklí. *„Se zvyšujícím se věkem klesá fyzický potenciál, psychický (kvalifikační) potenciál se tak rychle nesnižuje, může dokonce i růst“* (Zavázalová a kol., 2001, s. 44).

Aktivita ve stáří je podle Zavázalové a kol. (2001) ovlivněna: společenskou atmosférou, individualitou každého seniora, jeho zdravotním stavem a nabídkou dostupných aktivit. Dle výzkumu Ústavu sociálního lékařství LF UK v Plzni (in Zavázalová a kol., 2001) patří mezi nejběžnější mimopracovní aktivity seniorů: procházky, cvičení, sport, četba novin a knih, poslech rozhlasu a televize, kontakt s dětmi, vnoučaty, kontakt s jinými osobami a denní kontakty.

Aktivity nebo činnosti obecně můžeme rozlišovat dle různých kritérií.

První rozdělení může být uvedeno takto (Příhoda, 1973):

- 1) Získávání nových zkušeností (například četbou historické literatury)
- 2) Nástrojová údržba
- 3) Expresivní zážitky (návštěvy kulturních zařízení, hra na hudební nástroje)
- 4) Mírná aktivita (hra v karty, procházky)
- 5) Rutinní činnosti (nákupy, vaření, praní, úklid)
- 6) Apatické chování (koukání se z okna)
- 7) Stálá zaměstnanost (aktivity v rámci nějakého klubu, sdružení)

Činnosti také můžeme rozdělit na činnosti (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004):

- 1) Podle **místa v životě člověka**. Zde patří činnosti: *všedního dne* (nákupy, úklid), *pracovní* (šití, zahradničení), *péče o sebe* (hygiena, oblékání, péče o sebe i své prostředí), *volnočasové* aktivity (procházky, výlety, zpěv, poslech hudby, sledování televize), *rozvoj a vzdělávání* (diskuze, četba, psaní, studium v různých formách).
- 2) Podle **uspokojených potřeb**: Sem řadíme činnosti k *zabezpečení základních biologických potřeb* (jídlo, hygiena, pohyb, intimní vztahy, smyslová stimulace), *činnosti, které podporují jistotu, bezpečí, autonomii, orientaci a kontinuitu*; činnosti *sociální povahy* (budování vztahů, užitečnost pro druhé, milovat a být milován), činnosti *podporující identitu, důstojnost a osobní rozvoj* (studium, vzdělávání, prožít úspěch, vidět výsledek, mít svůj život pod kontrolou). Zařadíme sem i *seberealizační činnosti* (tvorba, umění, smysl života, transcendence, vyrovnání se s vlastním životem).
- 3) Podle **počtu účastníků aktivit**: Individuální, párové, společenské a skupinové aktivity.

1.9.1 Možnosti měření aktivit ve stáří

Aktivity můžeme měřit mnoha různými způsoby, množstvím dotazníků. My bychom se chtěli zmínit především o diagnostických metodách IADL (Test instrumentálních všedních činností) a ADL (Barthelův test základních všedních činností).

Barthelův test základních všedních činností (ADL), který měří zachované schopnosti k sebeobsluze, se skládá z deseti položek, které se týkají: najedení, napití, oblékání, koupání, osobní hygieny, kontinence stolice, kontinence moči, použití toalety, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze po schodech. Položky se hodnotí podle toho, zda je senior zvládne samostatně bez pomoci, s pomocí, nebo je neprovede. Podle výkonu je i ohodnocen. Nejvýše může za jednu položku získat patnáct bodů, nejméně nula. Nejvíce bodů senior dostane, pokud danou činnost dokáže vykonat sám, bez pomoci. Po vyhodnocení testu se body sečtou a celkový počet získaných bodů je následně rozdělen:

0 – 40 bodů: vysoce závislý

45 – 60 bodů: závislost středního stupně

65 – 95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

Test instrumentálních všedních činností (IADL) je obdobně koncipován jako ADL. Sleduje činnosti: telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léku a finance. Bodujeme od nuly do desíti. Kupříkladu telefonování: Vyhledá samostatně číslo, vytočí je (za deset bodů). Zná několik čísel, odpovídá na zavolání (za pět bodů). Nedokáže použít telefon (nula bodů). Maximální počet bodů je osmdesát.

Hodnocení:

0 – 40 bodů: závislý

45 – 75 bodů: částečně závislý

80 bodů: nezávislý (Zavázalová, 2001).

2. PÉČE O SENIORY

Lidé jsou s přibývajícím věkem a tím vzrůstajícími obtížemi stále více odkázáni na pomoc druhých. Výrazem úcty a „morálního zdraví“ společnosti by mělo být umět se o tyto jedince postarat, s náležitou odborností a lidskostí.

V této kapitole se zmíníme pouze o domovech pro starší občany, neboť naše práce jednak není orientována na komplexnost a dostupnost veškeré péče o seniory a potom část souboru výzkumného vzorku tvoří senioři žijící v zařízeních pro seniory, konkrétně v Domovech pro seniory. Avšak rádi bychom na úvod uvedli priority geriatrické péče a služeb pro seniory, které se týkají každého zařízení, které o tyto lidi pečuje.

2.1 Priority geriatrické péče a služeb pro seniory

Nyní stanovíme s pomocí autorů Kalvach a Onderková (2006) celosvětově uznávané principy, které se uplatňují v péči o seniory bez ohledu na jejich zdravotní stav a funkční schopnosti:

- 1) **Zabezpečnost:** zabezpečit lidi, o které se staráme, po stránce fyziologické (hlad, žízeň, zima, bolest), zajistit zdravotní péči a bydlení.
- 2) **Autonomie:** zajistit soukromí, svébytnost, zachovat rozhodovací kompetence a kontrolu nad situací, dávat přednost domácí péči před péčí ústavní.
- 3) **Důstojnost:** podpora sebeúcty, validace života, respektování lidské důstojnosti daného člověka, jeho soukromí a studu, vyloučení forem chování a jednání s člověkem, které jsou seniorem vnímány jako ponižující, kontrola omezovacích postupů, prevence nevhodného zacházení, zanedbávání, dokonce i násilí vůči starým lidem.
- 4) **Smysluplnost:** pomoc těmto lidem v hledání naplnění života, seberealizace, zcivilnění dlouhodobé péče, podpora sociální rolí a aktivit, prevence komunikační a senzorické deprivace.
- 5) **Participace:** zapojení se do života komunity, sdílení problémů, podíl na rozhodování, prevence věkové diskriminace, komunikace, edukace seniorů.

2.2 Druhy péče o seniory

Péči můžeme rozlišovat hned ze dvou hledisek. **Kde** a **kdo** danou péči provádí. **Kde** značí buď péči doma, domácí, nebo ústavní péči. **Kdo** v našem případě může znamenat buďto obyčejný člověk například rodinný příslušník, obecně řečeno laik, nebo školení profesionálové, zdravotní či sociální pracovníci, pak hovoříme tedy o zdravotní a sociální péči.

Do zdravotní péče řadíme geriatrická oddělení, geriatrické ambulance a hospice. V sociální péči jsou zahrnuta následující zařízení: pečovatelská služba (která je zajišťována doma u seniora a v domovech s pečovatelskou službou), osobní asistence, denní a týdenní stacionáře (domovinky), ústavní sociální péče pro seniory (domovy důchodců a domovy – penziony pro důchodce) a léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN).

2.3 Domovy pro seniory

Pod tímto názvem máme na mysli jak domovy důchodců tak domovy – penziony pro důchodce.

Domovy – penziony pro důchodce

Zařízení jsou určena pro seniory s celkovým relativně dobrým zdravotním stavem ve smyslu nevyžadujícím komplexní péči. Tito lidé jsou schopní vést samostatný život ve vyhovujících podmínkách zařízení, které jim poskytuje ubytování a základní péči, případně placené služby podle požadavků a přání obyvatel penzionu (Králová, Rážová, 2003).

Domovy důchodců

Původně sloužily jako chráněné bydlení pro víceméně soběstačné seniory, kteří měli problém s obstaráváním nákupů či přesunem do domácnosti, kterou měli ve vyšších patrech domů. V domovech důchodců byli tito senioři relativně samostatní a soběstační.

Avšak nyní je situace v těchto zařízeních taková, že sem přicházejí senioři s horším zdravotním a funkčním stavem než dříve, i v důsledku zvyšování se životní úrovně a díky rozvoji terénních pečovatelských služeb. „*Mnohdy jsou imobilní, trvale upoutáni na lůžko nebo jen málo pohybliví, často inkontinentní apod.*“ (Králová, Rážová, 2003, s. 32). Často proto, že se o ně již doma nedokážou postarat nebo se sami tito lidé cítí, že jsou okolí na obtíž, popřípadě zůstali sami (úmrtí partnera) a pocítují na sobě, že již nezvládají běžný chod domácnosti, jsou nemocní a podobně. Těmto seniorům, jejichž nepříznivý zdravotní stav omezuje či úplně znemožňuje možnost sebeobslužnosti, je poskytována kompletní ošetrovatelská péče.

V domovech důchodců je zajištěno ubytování, stravování, úklid, zdravotní péče (i s pomocí sebeobslužnosti nebo úplné postarání se o nemohoucího seniora), rehabilitace, kulturní a rekreační péče.

Nástup do domova důchodců pro většinu seniorů znamená zásadní změnu v dosud zažitém způsobu života, ve velké většině případů negativním způsobem. Člověk se stěhuje do jiného prostředí, přichází o sociální kontakty, které měl na svém dřívějším bydlišti, pokud není jiná možnost, nebo pokud nemá dostatek financí na samostatný pokoj, musí se o něj dělit s jiným seniorem. Mění se seniorovo sebehodnocení. Opuštění svého domova může znamenat pocit ztráty soukromí a bezpečí domova, ztrátu vlastní autonomie i soběstačnosti (jsou závislí na jiných lidech).

Poněkud pozitivnější situace nastává ve chvíli, kdy do domova důchodců přichází manželský pár, aby zde spolu mohli dožít.

Senioři přicházející do domova důchodců si uvědomují, že z domova je těžko cesty zpět a že před nimi je už jen čekání na konec, na smrt.

3. DEPRESE

„Je to jen černota... Jde to pomalinku... První ztratíte vůli, nemůžete si nijak pomoci. A ještě máte černé svědomí z toho, že to nemůžete změnit“ (pacient trpící periodickou depresí – Vágnerová, 2008, s. 374).

3.1 Fenomén deprese

Dle klasifikace MKN-10 je depresivní fázi obecně přiřazena klasifikace F32. *„Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Ranní probouzení je o několik hodin dříve než před obvyklou hodinou. Deprese je horší nejvíce ráno. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou“ (MKN-10, 1993, s. 191).*

Diagnostická kritéria velké deprese dle DSM-IV:

Přítomnost minimálně pěti z níže uvedených symptomů, jež jsou přítomny denně během posledních dvou týdnů:

- Depresivní nálada (smutek, tíseň)
- Anhedonie
- Změna váhy, chuti k jídlu
- Poruchy spánku
- Změny psychomotorického tempa
- Únava a ztráta energie
- Pocity viny, bezcennosti
- Porucha myšlení, koncentrace, neschopnost se soustředit
- Myšlenky na smrt, suicidium (Topinková 2005).

„Pro depresivní poruchu jsou typické prožitky smutku, ztráta energie, neschopnost se soustředit, snížení výkonnosti, ztráta sebedůvěry, zpomalené psychické tempo“ (Praško et al., 1997, s. 12).

Dále bychom ještě mohli připomenout negativní automatické myšlení, negativní postoj k minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Depresi nemůžeme zaměňovat se smutkem či smutnou náladou. Liší se hlavně v hloubce a intenzitě prožitku, délce trvání a na rozdíl od smutku, deprese má negativní vliv na výkonnost. Intenzita potíží může během dne variovat.

Nástup onemocnění je obvykle mezi 20. a 35. rokem. Těžká podoba postihuje asi 1 % populace, je většinou dobře léčitelná.

3.2 Různé teoretické koncepce

V této kapitole jen lehce nastíníme některé teorie zabývající se příčinami vzniku deprese, budeme se soustředit na příčiny biologické či neurologické.

Grawe ve své publikaci přibližuje neuronální koreláty deprese, kterým se věnovali ve svých výzkumech například Richard Davison a mnozí jiní. Ve vztahu k depresivním poruchám byly zkoumány především čtyři velké oblasti mozku a to prefrontální kůra, přední cingulární kůra, hipokampus a amygdala (Grawe, 2007).

„V prefrontální kůře se odehrává mnohé z toho, co vytváří naši osobnost. Patří sem především cíle a hodnoty, podle nichž řídíme své chování. Dnes je již dobře prokázáno, že každá z obou částí prefrontální kůry se specializuje na jiné funkce. Levá část prefrontální kůry je sídlem pozitivních cílů a vytváří pozitivní emoce, v pravé části sídlí cíle zahrnující objekty vyhýbání a negativní emoce. U depresivních pacientů je levá část prefrontální kůry vůči pravé části absolutně i relativně méně aktivní. Tomu odpovídá také nedostatek pozitivních pocitů a snížený rozsah chování zaměřeného na pozitivní cíle. Snížená aktivita souvisí se zmenšením šedé hmoty v prefrontální kůře“ (Grawe, 2007, s. 147, 148).

Přední cingulární kůru můžeme rozdělit na dvě oblasti: „*Afektivní subregion je propojen s limbickým systémem a výrazně se podílí na regulaci autonomních a viscerálních reakcí na stresové situace a na regulaci emocionálního výrazu a sociálních způsobů chování. Kognitivní subregion je úzce spojen s dorzolaterální prefrontální kůrou a s motorickými oblastmi. Podílí se především na zpracování kognitivně žádoucích informací a určuje, jak by měl člověk v určitých situacích reagovat*“ (Grawe, 2007, s. 150). Depresivní pacienti mají přední cingulární kůru málo aktivní a proto reagují na situace váhavě a se zpožděním. Nejsou schopni se aktivně vypořádat s požadavky, jež na ně klade jejich okolí. Jak deprese odeznívá (je úspěšně léčena), aktivita kůry opět vzrůstá.

Podle četných výzkumů je prokázáno, že hipokampus je u depresivních jedinců menší o 8 – 19 % oproti zdravé populaci. Za příčinu zmenšené velikosti se považuje vliv dlouhodobě přetrvávajícího stresu nebo zvýšený výskyt kortizolu, což je stresový hormon, na nějž jsou citlivé glukokortikoidové receptory, které by jej, pokud je ho tam nadbytek, měly odstraňovat a snažit se vyrovnat rovnovážný stav, avšak u depresivních pacientů se tak neděje, tyto mechanismy u nich nefungují (Grawe, 2007). Avšak autor poukazuje i na to, že je možné, že tito lidé měli již od narození menší hipokampus v porovnání se zbylou populací, což je činí náchylnějšími vůči depresi.

Amygdala neustále vyhodnocuje podněty z okolního prostředí a zpracovává je. Je aktivována hlavně takovými typy situací, které jsou překvapivé a nejasné. „*A jelikož je nejistota často spojena s nebezpečím, je aktivace amygdaly často spojena s negativními emocemi*“ (Davis, Whalen, 2001; Holland, Gallagher, 1999; in Grawe, 2007, s. 154). U depresivních jedinců je amygdala často zvětšena důsledkem její neustálé a nadměrné aktivace. Zvýšena je také látková výměna amygdaly a to po celý den, dokonce i ve spánku.

Potvrdila se vrozená náchylnost pro vznik afektivních poruch, ale prozatím se nepodařilo uspokojivě identifikovat příslušný gen. Je jasné, že genetické faktory samy o sobě nestačí pro to, aby onemocnění vzniklo, důležité jsou také vývojové faktory a vliv okolního prostředí (Fišar, Jiráček, 2001). „*Opakovaným stresem mohou být vyvolány změny ve funkci transkripčních faktorů, což může vést k neurobiologickým změnám v limbickém systému a ke zvýšení náchylnosti k dalším depresivním epizodám. Po chronickém stresu bylo pozorováno zkrácení dendritů a úbytek jejich průměrného počtu u pyramidových neuronů v hipokampu*“ (Fišar, Jiráček, 2001, s. 214).

„Šišinka neboli epifýza je nepárová drobná výchlipka mezimozku. Zprostředkovává vlivy světla na organismus, podílí se na ustavení některých biorytmů a ovlivňuje i činnost pohlavních žláz“ (Orel, 2004, s. 368). Produkuje serotonin, jehož sníženou hladinu nalézáme u některých typů depresí s poruchami spánku, a melatonin, který je syntetizován ve tmě, rozkládán na světle a má vliv na cirkadiánní rytmy, řídí ukládání barviva v kůži a tlumí činnost pohlavních žláz. „Serotonin se podílí na mnoha psychických procesech, jako depresi, úzkosti, agresivitě, spánku, příjmu potravy, bolesti a sexuálním chování“ (Švestka, 2002, s. 98). Důležitou roli hraje také dopamin, jeho snížená hladina je významná při vzniku depresivních poruch. Některá farmaka proto působí dopaminergně a snižují tak míru deprese, jak o tom referuje Šulcová (Česká a slovenská psychiatrie. 1/2008. Šulcová. Dopaminergní mechanismy u deprese a v působení antidepressiv. s. 20).

„U více než 50 % depresivních pacientů je mírně zvýšena funkce osy hypothalamus-hypofýza-kůra nadledvin indikovaná například zvýšenými koncentracemi kortikotropinu v mozkomíšním moku. Další pozorování prokázala, že počet vazebných míst pro kortikotropin ve frontální kůře sebevrahů je snížen, pravděpodobně v důsledku dlouhodobě zvýšené dostupnosti kortikotropinu“ (Fišar, Jiráček, 2001, s. 216).

Ukazuje se, že život ve stresu spolu s depresí mohou změnit funkce imunitního systému, kupříkladu těžká depresivní epizoda může aktivovat imunitní systém či zánětlivou reakci fagocytujících buněk, aktivaci T buněk a dalších. T buňky zrají v brzlíku a jsou aktivními činiteli tak zvané buněčné imunity.

Vedle mnoha četných hypotéz vzniku afektivních poruch, mezi něž se deprese řadí, se zmíníme ještě o tom, že existují teorie, které vychází z toho, že příčinou vzniku onemocnění je narušení funkcí systémů buněčných a molekulárních, přímo v synapsích, které jsou zodpovědné za přenos a zpracování nervového signálu. Mluvíme o hypotézách neuromediátorových, receptorových a postreceptorových. Neuromediátorové teorie předpokládaly zvýšenou či sníženou dostupnost určitých neuromediátorů v synapsích jako primární příčinu vzniku afektivních chorob. Receptorové kromě toho braly také v úvahu počet, vaznost a citlivost pre- a postsynaptických receptorů. Postreceptorové hypotézy se rozvíjejí od konce 80. let, jsou zaměřeny na děje, jež jsou vyvolány aktivací receptoru ve složkách plazmatické membrány, buněčného jádra i cytoplazmy (Fišar, Jiráček, 2001).

3.3 Deprese ve vztahu ke stáří

„Deprese postihuje 7 – 15 % osob nad 65 let, kteří žijí mezi lidmi ve společnosti, vyšší počet je pak u seniorů, kteří jsou hospitalizováni a v dlouhodobé ošetrovatelské péči (20 – 30 %). Často není rozpoznána (pacient spíše bývá označen za dementiho) a tudíž ani léčena. Ve stáří skončí se svým životem formou suicidií pod vlivem deprese 60 – 90 % osob“ (Topinková, 2005, s. 145). Na to reaguje Vojtěchovský (1994, in Vágnerová, 2008, s. 505): *„Počet dokonanych sebevražd je ve stáří pětkrát až desetkrát vyšší než ve středním věku.“*

„Ve stáří bývají četnější bilanční sebevraždy, které jsou výsledkem nepříznivého hodnocení vlastní životní situace a ztráty naděje pro budoucnost. Důležitým aspektem je i vyšší četnost depresí“ (Vágnerová, 2008, s. 505).

Na vzniku deprese se podílí genetické vlivy, stárnutí jako takové vlivem úbytku neuromediátorů noradrenalinu a serotoninu, existence chronického onemocnění jako je například diabetes, léky či vnější podmínky jako kupříkladu úmrtí partnera. Také se zvyšuje riziko opuštěnosti, ztráty známého prostředí, u starých lidí se vyskytuje nižší sebehodnocení a vědomí omezených možností zvládat současnou a budoucí zátěž. Staří lidé mají strach ze smrti a utrpení, odloučenosti a osamělosti, bezmoci vůči okolí a sobě, to že budou odkázáni na pomoc druhých, že budou nesoběstační

Na rozdíl od mladší věkové kategorie se u seniorů častěji objevuje úbytek hmotnosti, přetrvávající anhedonie, suicidální jednání a psychotické příznaky (Čěšková, 2007).

„Deprese zvyšuje mortalitu, morbiditu a průběh chronických onemocnění, zhoršuje soběstačnost, výživové parametry, péči o sebe (zanedbávání). Může být spontánní úzdrava, ale obvyklé jsou dlouhodobě chronické průběhy“ (Topinková, 2005, s. 146).

3.4 Terapie

U seniorů, u kterých byla prokázána deprese, by mělo dojít k následujícím krokům: hlídání denního režimu (fyzická aktivita, plnohodnotná výživa), fototerapie – hlavně v zimě pomocí intenzivního záření světla nad 10 000 luxů (Topinková, 2005). Psychoterapie, zmíněná níže pod tímto textem se doporučuje seniorům bez poruchy kognitivního rázu, jakou je například demence.

Praško et al. píše hned na úvod v kapitole KBT depresivní poruchy: „*Tradiční formy psychoterapie bývají u depresivních pacientů málo účinné, protože depresivní pacienti mají sklon vnímat interpretace, návrhy terapeuta jako kritiku či odmítnutí nebo si myslí, že jeho doporučení nejsou schopni zvládnout. Jako efektivní se ukázaly v poslední době dva psychoterapeutické přístupy: kognitivně behaviorální terapie a interpersonální terapie*“ (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 264).

S. Kratochvíl zmiňuje ve vztahu k depresím pojetí amerického psychiatra G. Klermana a jeho manželky M. Weissmanové. Jejich práce vychází a opírá se o práce H. Sullivana a amerického psychiatra A. Meyera. Terapeut se snaží nalézt souvislosti mezi depresivními příznaky a aktuálními interpersonálními problémy pacienta a pokouší se ovlivnit utváření symptomů a poruch v sociálních vztazích – terapeut se snaží pomoci pacientovi, aby našel a poznal své vlastní interpersonální vztahy, aby jim lépe porozuměl a vytvořil si přizpůsobivější způsoby ve vztazích k druhým lidem. Terapie se skládá ze tří částí: diagnostické zhodnocení a zpracování psychiatrické anamnézy (probírání událostí a změn ve vztazích, které přišly před vypuknutím deprese. Klerman a Weissmanová je rozdělili do čtyř oblastí: smutek ze ztráty, interpersonální konflikty, změny v rolích, nedostatky v sociálních dovednostech), práce s příslušnou oblastí například s konflikty a prevence před budoucími depresivními příznaky.

Další možností je kognitivní terapie A. T. Becka. Východiskem je domněnka, že si pacienti vytváří negativní, tzv. automatické myšlenky (samy se mu nabízí), také označované jako kognitivní zkreslení, kognitivní omyly. Příkladem takovýchto myšlenek může být například vztahovačnost, pohled skrz černé brýle nebo nepřiměřené zevšeobecňování. Terapeut neříká pacientovi, zda jsou jeho názory dobré nebo špatné, ale pokládá mu otázky, které se týkají smyslu, užitečnosti a důsledků jeho mínění. Základním postupem je tzv. sokratovský dialog – terapeut se pacienta ptá tak, aby pacient sám mohl na základě těchto otázek dojít k logickým závěrům. Také mu může být nápomocen k objevování nových poznatků. Učí pacienta, aby se snažil překonávat tendenci k nečinnosti například s využitím písemného denního programu, který je upraven dle potřeb pacienta. Důraz je kladen na radování se i ze splnění jen malých úkolů (Kratochvíl, 2002).

Interpersonální psychoterapie se soustředí hlavně na současné interpersonální vztahy jako na zdroj potíží pacienta. „*Vede pacienta k objevení a pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy a pak k poznání, jak se na problémových, konfliktních, frustrujících či traumatizujících interpersonálních vztazích sám podílí svými vlastními postoji a reakcemi, svým způsobem prožívání a chování – jaké vyvolává odvetné reakce okolí, které zdánlivě potvrzují jeho nesprávné předpoklady. Takové poznání označujeme jako interpersonální náhled*“ (Kratochvíl, 2002, s. 210). Věnuje se pozornost i tomu, z čeho současné nevhodné reakce plynou, zda se na nich podílí nevhodně či málo zpracované minulé zážitky a zkušenosti – může docházet k obsedantnímu opakování minulých zkušeností, generalizaci a tak dále.

Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje na pacientovo depresivní zkreslení v myšlení a snaží se o jeho nápravu hodnocení a postojích pacienta. Cílem je změna systému falešných přesvědčení a postojů pacienta.

3.5 Medikace

K léčbě deprese se používají antidepresiva. Dlouhá doba podávání (v týdnech) upravuje patologicky zhoršenou náladu. Účinek antidepresiv se projeví nejdříve po dvou týdnech užívání.

Farmakoterapie deprese je složena ze tří etap a to: fáze akutní, pokračovací a udržovací. Cílem akutní fáze je zvládnutí základních symptomů, v pokračovací fázi jde především o úpravu stavu až k naprosté resocializaci a rehabilitaci. Úkolem udržovací etapy je zabránit vzniku další fáze deprese.

Vychází se z předpokladu, že deprese je způsobena nedostatečným uvolňováním neuromediátoru v oblastech mozku regulujících náladu (jako je limbický systém). Je zde nedostatek určitých neuromediátorů (např. serotonin, noradrenalin). Proto antidepresiva mají farmakologické účinky na noradrenergní, serotonergní či domapinergní systémy.

Podle působení mohou být rozděleny do pěti generací. Od první generace byla snaha omezovat nepříznivé účinky dopadu užívání těchto léků, například první generace – zasahuje tři hlavní neuromediátorové systémy, druhá generace – už jen dva, třetí generace – pouze jeden.

Na léčbu antidepresivy reaguje 65 – 70 % pacientů. Zlepšení nastává asi po deseti dnech a je úplné zhruba po osmi týdnech terapie. Elektrokonvulzivní terapie je účinná u 10 – 15 % případů. Z toho vyplývá, že zhruba 20 % pacientů s depresivní poruchou je odolných vůči veškerým formám terapie. Deprese, která není léčena, končí v 25 – 30 % suicidiem (Fišar, Jiráček, 2001).

Při podávání antidepresiv u starých pacientů si musíme v první řadě dát pozor na to, aby nedocházelo k negativním účinkům s léky, které již berou, neboť jak se ve svém článku zmiňuje Pidrman: „*U pacientů vyššího věku se většinou setkáme s více chorobami probíhajícími najednou. Tato komorbidita zcela pochopitelně ovlivní i rozhodovací proces o léčbě... Komorbidita je častá s dalšími psychiatrickými poruchami, zvláště s úzkostí*“ (2007, s. 234, 235). Taktéž můžeme zmínit demenci anebo tělesnou imobilitu.

Pidrman (2007) upozorňuje, že u geriatrických pacientů je též nutno počítat s delším průběhem akutní fáze.

Topinková (2005, s. 147) popisuje antidepresiva vhodná pro staré lidi:

- inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI): účinek po 2 až 4 týdnech
 - pacifikující účinek: paroxetin, fluvoxamin
 - aktivující účinek: citalopram, sertralin, fluoxetin
- při jejich neúčinnosti IV. generace antidepresiv, tzv. dualistická antidepresiva, zvyšující v synaptické štěrbině množství nejen serotoninu, ale i noradrenalinu: venlafaxin, milnacipran, mirtazapin, nefazodon.

4. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

4.1 Vymezení pojmu životní spokojenosti

„Jediným rozumným cílem člověka v jeho životě je být šťastný“ (Aristoteles)

Pojem životní spokojenosti není jasně definován. Například v anglickém jazyce můžeme pojem životní spokojenosti nalézt pod několika názvy, které nám mohou vyznít podobně, kupříkladu *pohoda* jedince (*well-being*), *kvalita života* (*quality of life*), *jedincovo blaho* (*welfare*) nebo *šťěstí* (*happiness*). My jsme životní spokojenost přeložili jako *life content*, což může také znamenat obsah či náplň života. Mohli bychom ale hovořit i o *life satisfaction*, což bychom mohli doslovně přeložit jako uspokojení ze života.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje pojem kvalitu života následovně: *„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“* (WHO, 1997, in Československá psychologie. č. 5/2004. Kováč, D. K pojmo-logike kvality života. s. 460).

Křivohlavý (2001, in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 328) bere v potaz kvalitu života *„s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života.“* Honzák (in Baštecká, Goldmann, 2001) zasazuje kvalitu života do bio-psycho-sociálně-spirituálních souvislostí. Jednotlivými prvky kvality života jsou: oblast tělesné pohody a příznaků (chuť k jídlu, nevolnost, zácpa, pocit síly či únavy, spánek), oblast psychické pohody (například zvládání situace, pocit štěstí, záliby), oblast sociální pohody (rodinné vztahy, sexuální zájem, vzhled a jiné) a oblast duchovní pohody (například víra, naděje).

„Kvalitu života pro daného člověka může představovat cokoli, čemu on sám přikládá důležitost“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 329).

Engel a Bergsma (1988, in Křivohlavý, 2002) rozdělují pojem kvality života do tří rovin, kde jej můžeme sledovat: makro, mezo a personální rovinu. V makrorovině se zabýváme kvalitou života velkých celků – například určitého státu, kontinentu. Zabýváme se absolutním smyslem života, problematika kvality života je součástí politiky, kupříkladu boj s hladomorem, investice do zdravotnického systému. Mezorovina je svým záběrem užší, jedná se například o konkrétní nemocnici či domov důchodců. Patří sem otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojení či neuspokojení, výskyt sociální opory, potřeby konkrétního člověka a jiné. Osobní (personální) rovina se týká každého jedince zvlášť, je tedy nespecifičtější. Subjektivně hodnotíme svůj zdravotní stav, bolest, spokojenost, víru, naději. V posouzení naší kvality života jsme ovlivněni například vlastními představami, očekáváním, naději.

Kvalita života se dá vyjádřit mírou subjektivní spokojenosti. K jejímu zhoršení může dojít například vlivem nemoci. Spokojenost znamená *uspokojení*. Echteld (1999, s. 10, in Křivohlavý, 2002, s. 169) říká: „*Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji.*“ *Kvalita života je pak definována jako: „prožíván životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu“.*

Křížová (in Payne, 2005) se zamýšlela nad tím, zda existují nějaké stabilnější složky kvalitního života. Zpracovala kvalitativní analýzu volných odpovědí pacientů s melanomem a seniorů na otevřenou otázku v dotazníkovém šetření. Otázka zněla: „Jaký život pokládáte za osobně kvalitní?“

Dalším zdrojem dat byly vlastní volné otázky podané seniorům a studentům bakalářského oboru ošetrovatelství. Křížová předpokládala, že mezi odpověďmi seniorů a mladých studentů budou rozdíly v prioritách a hodnotách kvalitního života. Obsahovou analýzou odpovědí dospěla k následujícím doménám kvality života. Klíčovými slovy kvalitního života jsou vztahy, aktivita, přiměřené (dobré, uspokojivé, u někoho výborné) zdraví a uspokojené potřeby (určitý standart). Podle Křížové (in Payne, 2005) je současně opakovaně zdůrazňován relativistický charakter kvality života: hodnocení kvality života se odvíjí od vlastního přístupu k životu, pojem „kvalitní život“ je ryze subjektivní záležitostí a jako takový se může u někoho promítat v materiální, duševní, nebo duchovní rovině.

Well-being jako další možný ekvivalent pojmu kvalita života, životní spokojenost, znamená duševní pohodu jedince, stav, kdy je dotyčnému zkrátka dobře. Subjektivní životní pohoda je definována jako kognitivní a emoční zhodnocení vlastního života jedince (Křivohlavý, 2004). Odpovědi na otázku, kdy se člověk cítí dobře, nalezneme napříč lidskou historií, jsou spojeny s hlavními filozofickými směry či teologií. Za posledních dvacet let se zájem o toto téma podstatně zvýšil, i díky narůstajícímu individualismu. Křivohlavý to vysvětluje takto: „*Individualismus svým důrazem na jednotlivce vede k prohloubení poznatků o tom, co ovlivňuje jeho pohodu*“ (Křivohlavý, 2004, s. 183).

Křivohlavý (2004) ve své publikaci rovněž nastiňuje dimenze well-being, jsou to: sebedpřijímání, osobní růst, účel života, začlenění se do života, samostatnost, vztah k druhým lidem, sociální přijetí, sociální aktualizace, spoluúčast na společenském dění, sociální soudržnost a sociální integrace. Obecněji můžeme tyto kategorie rozdělit do dvou skupin – do psychické pohody a do pohody sociální. Příklady uvádí Křivohlavý (2004, s. 184): „*Když se dívám na svůj životní příběh, jsem celkem spokojen s tím, co bylo.*“ nebo „*Domnívám se, že svůj život řídím poměrně odpovědně.*“ Toto jsou příklady otázek, jež se ptají na psychickou pohodu, úkolem dotazovaného je v tomto případě vyjádřit míru souhlasu na stupnici od jedné do sedmi, od naprosto nesouhlasím po naprosto souhlasím. Příklady výroků vztahující se k sociální pohodě (Křivohlavý, 2004, s. 184): „*Domnívám se, že lidé jsou přátelství, vlídní a laskaví.*“ nebo „*Společenství (komunita), v němž žiji, je v podstatě prostředím pohody.*“

Dle některých je duševní pohoda tvořena dvěma složkami, kognitivní a emoční. Kognitivní představuje vědomé hodnocení vlastního života. Emoční složka je souhrnem emocí, nálad, příjemných i nepříjemných. Duševní pohoda je dána posouzením spokojenosti se životem a přítomností negativních a pozitivních emocí. Tyto dvě složky jsou v těsném vztahu. Jedním z hlavních předpokladů životní spokojenosti je pozitivní hodnocení vlastní osoby.

Pojem well-being, tedy životní pohodu jedince je možno chápat ze tří pohledů: životní cíle a cílesměrnost života (člověku je dobře, když má pro co žít), uspokojování životních potřeb (při neuspokojení dochází k napětí a tudíž snížení stavu pohody) a biologické základy pocitu pohody (genetické predispozice k tomu, aby se člověk cítil ve větší či menší životní pohodě), podrobně o nich uvádí Křivohlavý (2004).

Můžeme také hovořit o třech komponentách subjektivní životní pohody a sice: pozitivní emoce, negativní emoce (které spolu s pozitivními vytváří afektivní složku subjektivní pohody) a spokojenost se životem, která tvoří kognitivní složku subjektivní pohody. Existuje několik teorií subjektivní pohody, které můžeme rozdělit do dvou proudů. Jeden tvoří teorie, které předpokládají, že celková pohoda se skládá z pohody v jednotlivých oblastech života, jimiž jsou například manželství, práce či rodina. Tudíž spokojenost jako taková vyplývá z momentální specifických pocitů štěstí během života. Životní okolnosti tedy mohou být předpokladem pro jedincovu úroveň životní pohody. Mezi faktory, které jsou zkoumané, patří též věk, pohlaví, zaměstnání a spokojenost s ním, vzdělání, ekonomický příjem a jiné. Druhou větev tvoří teorie, které předpokládají, že lidé mohou své životní zkušenosti, zážitky interpretovat buďto negativně, nebo pozitivně. Nezáleží tudíž na tom, zda se nám přihodila špatná nebo dobrá věc, záleží na tom, jak ji pojmem, interpretujeme (Československá psychologie. 1/2007. Schusterová. Vztah hodnot, cílů a subjektivní pohody).

Metod, které měří kvalitu života, je mnoho. Některé jsou například zaměřené na kvalitu života onkologických či jiných pacientů. Metody můžeme rozlišit na:

- Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba.
- Metody měření kvality života, kde je hodnotícím sama daná osoba.
- Metody smíšené, jež kombinují předchozí dva zmíněné typy.

To, co vytváří kvalitu života, jsou především hodnoty vyznávané jednotlivci, skupinami a společnostmi. To, jakými hodnotami se člověk ve svém životě řídí, je zabudováno v jeho osobnosti

(Československá psychologie. 5/2004. Kováč. K pojmo-logike kvality života).

4.2 Životní spokojenost ve vztahu ke stáří

„Nejen obohatit život o léta, ale i obohatit léta o život.“

(Mezinárodní gerontologická společnost, in Křivohlavý, 2002, s. 162)

Období stáří má v rámci kontinuity lidského života specifický význam. Dle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona (Drapela, 1997) je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Senior by měl přijmout svůj život jako celek, který měl určitý smysl. Starší člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Vyrovnání se s vlastním životem pak usnadňuje i přijetí smrti jako něčeho nevyhnutelného.

Nezbytné podmínky pro dosažení integrity lze shrnout do několika bodů:

- Pravdivost k sobě samému. Ve stáří nemá smysl nic předstírat. Pravdivost znamená obrat ke skutečným hodnotám a autentickým potřebám.
- Nadhled nad prožitým životem. Pomocí vytvořeného nadhledu, může starý člověk chápat svůj život lépe a ve všech jeho souvislostech.
- Kontinuita. Dosažení integrity vede k pochopení vlastního života jako nedílné součásti generační posloupnosti (Vágnerová, 2007).

Životní spokojenost klesá více u mužů než žen, dokonce před dovršením 60 let věku, což je velmi úzce spojeno s odchodem do důchodu a ztrátou zaměstnání.

Starému člověku může náboženská sounáležitost pomoci od osamocení. *„Osobní víra a jednání v souladu s ní prokazatelně (statisticky převážně, což neznamená automaticky) mírní a pomáhá nést nejrůznější těžkosti, opuštěnost, bolest, úzkost, strach ze smrti“* (Říčan, 2004, s. 358). Víra může harmonizovat vztah starého člověka k jeho nejbližším. Může se uplatnit v hledání integrity. Na druhou stranu, starý člověk může být se svou vírou okolnímu světu (hlavně rodině) protivný ve smyslu, kdy se nás snaží přesvědčit o konvertování k jeho víře, nebo nás neustále poučuje, cokoli uděláme, obrací to na to, jestli je to v souladu s vírou a mohli bychom takto pokračovat dále.

Žebříček hodnot starších lidí (Vágnerová, 2007): zdraví, vztahy v rodině a podpora, láska a přátelství, tolerance, radost ze života, poznávání a objevování nového, finanční jistota.

Křivohlavý (2002) uvádí ve své publikaci podněty, jež jsou důležité pro kvalitu života: zdraví, rodina, práce, náboženství, finance, vzdělání, mezi jinými i politika, estetika a volný čas. Pro starší lidi jsou v porovnání s lidmi mladšími důležitější tyto hodnoty: sociální činnosti, volnočasové aktivity, podmínky v nichž žijí (životní podmínky) a náboženství. „*Důraz kladený na hodnotu rodiny, zdraví a nezávislosti zůstává v průběhu věku relativně stabilní a nemění se*“ (Křivohlavý, 2002, s. 173).

„*Ukazuje se, že je značný rozdíl mezi stárnoucími lidmi v plánování budoucnosti. Ti, kteří žijí doma v rodině a ti, kteří žijí relativně šťastně, mají více plánů do budoucnosti nežli ti, kteří žijí v domovech důchodců, a ti, kteří prožívají své stáří nepříliš šťastně*“ (Křivohlavý, 2002, s. 143). Životní cíle seniorů dle Havigursta (in Křivohlavý, 2002):

- Přizpůsobení svého života vůči změnám zdravotního stavu a úbytku sil
- Přizpůsobení se ekonomickým změnám, k nimž dochází (při přechodu do důchodu)
- Nutnost vyrovnat se s odchodem partnera, partnerky
- Nutnost vytvářet kladné sociální vztahy s lidmi relativně stejně starými
- Nestahovat se do sebe, nestránit se společnosti, nepřestat sociálně fungovat
- Vytvářet si podmínky pro vhodný životní řád a styl.

4.3 Metody zjišťování životní spokojenosti u seniorů

V diplomové práci jsme pracovali se Škálou životní spokojenosti ve stáří od slovenských autorů Kollárika, Poliakové a Ritomského (1987). Avšak existuje ještě množství dotazníků a škál, jež měří míru kvality života.

Na počátku devadesátých let zahájila svou činnost mezinárodní pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) a vyvinula dotazníky, které měří kvalitu života (Ondrušová, 2009). Zmíníme zde dotazník WHOQOL-100, který se skládá ze sta položek, je rozdělen na šest oblastí, kterými jsou: fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita. Tyto oblasti se dále člení na dvacet čtyři podoblastí.

V klinické praxi se užívá zkrácená verze výše zmíněného dotazníku, a to sice dotazník WHOQOL-BREF (Abbreviated version of the World Health Organization Quality

of Life Assessment). Obsahuje dvacet šest položek a týká se čtyř oblastí: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

„S prodlužující se délkou života nabývá na významu otázka, které faktory příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří“ (Ondrušová, 2009, s. 38). Z toho důvodu byl vyvinut dotazník kvality života pro starší populaci WHOQOL-OLD. Hodnotí šest oblastí, které jsou důležité pro osoby s vyšším věkem a sice: fungování smyslů, nezávislost, naplnění (ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a budoucnosti), sociální zapojení, postoj ke smrti a umírání a intimita. Dotazník není určen pro samostatné užití, ale jako doplněk nebo součást k WHOQOL-100 nebo k WHOQOL-BREF.

Ondrušová (2009) uvádí přehled domén a položek WHOQOL-OLD. Domény jsme si již uvedli výše jako oněch šest oblastí. Uvedeme si například položky pro doménu fungování smyslů, kam patří: vliv na každodenní život, vliv na činnost, na komunikaci, hodnocení smyslů.

U starých lidí platí, že ruku v ruce s mírou životní spokojenosti jde jejich zdravotní stav. K měření nemocí ovlivněné kvality života bylo vyvinuto množství diagnostických nástrojů, například dotazník SF-36 (36 – Item Short Form), který je široce užíván v klinické praxi a slouží ke zjištění subjektivního zdravotního stavu u seniorů s různými diagnózami. Oproti tomuto obecnému dotazníku můžeme mluvit i o celé řadě diagnostických nástrojů, které jsou určeny specifickým skupinám pacientů, například onkologickým nebo těm, kteří trpí inkontinencí (ISI – Incontinence Stress Index).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

5.1 Formulace problému

Po studiu literatury, která se zabývá problematikou stáří a deprese, se pro výzkum jeví jako zajímavé následující okruhy problémů:

- Zda existuje rozdíl v posouzení kvality života u seniorů žijících dosud v páru a seniorů ovdovělých, žijících v samostatné domácnosti bez příbuzných a žijících v domovech pro seniory.
- Zda lidé žijící o samotě budou vykazovat vyšší skóre v testech zachycujících depresivní symptomatiku a tím budou méně skórovat v testu životní spokojenosti, popřípadě, která z dimenzí životní spokojenosti bude výrazně nižší v porovnání s páry.
- Zda bude rozdíl v životní spokojenosti mezi muži a ženami v páru a s tím související míra deprese. Ženy by na tom měly být o něco lépe, neboť jim stále zůstává starost o chod domácnosti, popřípadě péče o partnera.

5.1.1 Stanovení cílů výzkumu

Důležitým krokem našeho výzkumného šetření bylo stanovit si cíle výzkumu.

Snažili jsme se zjistit:

- Profil postojů seniorů k vybraným aspektům životní spokojenosti.
- Korelaci skóre v dotaznících deprese s životní spokojeností.

5.1.2 Stanovení hypotéz

Pro celý výzkum jsme si stanovili následující hypotézy :

H1 – Předpokládáme, že senioři žijící v páru budou vykazovat statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti, než senioři ovdovělí.

H2 – Předpokládáme statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti u žen, než u mužů, a to i uvnitř párů.

H3 – Předpokládáme, že míra depresivity bude ve statisticky významném (alespoň středním negativním) vztahu s mírou životní spokojenosti u lidí žijících o samotě, dosud v páru, žijících v domácnosti a v domovech pro seniory.

H4 – Předpokládáme statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti u seniorů žijících doma, než u seniorů žijících v domovech pro seniory a to jak osamělých, tak žijících dosud v páru.

5.2 Popis a volba vzorku zkoumaných osob

Na začátku výzkumného šetření bylo nutné stanovit si věkovou kategorii, z níž budeme vybírat vzorek. Jelikož stáří jako takové bývá většinou vymezeno od 65 let a vzorek se nám zdál příliš široký, zúžili jsme ho do rozmezí 70 – 80 let věku. Kritériem pro páry bylo, aby spolu žily minimálně 5 let. U lidí žijících o samotě, lidí ovdovělých, bylo podmínkou, aby žili sami minimálně 2 roky, aby mohla být vyloučena zvýšená deprese způsobená úmrtím partnera.

Při vybírání základního souboru jsme se snažili o rovnoměrné zastoupení lidí žijících o samotě (ovdovělých jedinců) a lidí žijících dosud v páru, což se nám povedlo. Taktéž jsme chtěli dosáhnout rovnoměrného zastoupení obou pohlaví a i to se nám nakonec podařilo. Rovněž jsme byli úspěšní ve stejném poměru vzorku seniorů žijících v domácnosti a seniorů žijících v Domovech pro seniory.

Základní soubor jsme rozdělili na šest výběrových souborů. První výběrový soubor – N 1 – senioři žijící o samotě v domácnosti. Tento vzorek tvoří co do četnosti 30 osob, z toho 15 mužů a 15 žen. Průměrný věk vzorku je 75,73 let. Lidé žijící sami, tedy lidé ovdovělí (každý z osob měl partnera, bez rozvodu) žijí v průměru 6,68 let sami.

Druhý výběrový soubor – N 2 – senioři žijící dosud v páru v domácnosti, s manželem či manželkou, druhem či družkou. Tento vzorek co do četnosti tvoří 30 osob, z toho 15 párů, tedy 15 žen a 15 mužů. Průměrný věk vzorku je 76,27 let. Senioři žijící v páru jsou spolu průměrně 40,87 let.

Třetí výběrový soubor – N 3 – senioři žijící o samotě (ovdovělí) v Domově pro seniory. Tento vzorek je tvořen 30 probandy, 15 ženami a stejným počtem mužů. Průměrný věk vzorku je 78,19 let a v průměru žijí 8,16 let sami.

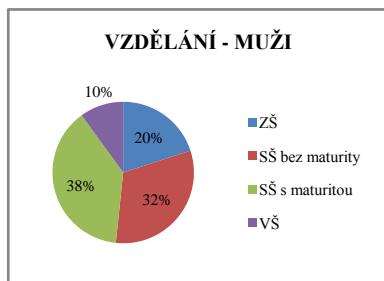
Čtvrtý výběrový soubor – N 4 – senioři žijící v páru v Domovech pro seniory. Tento vzorek se skládá z 15 párů, 15 žen a 15 mužů, dohromady tedy 30 osob. Průměrný věk účastníků výzkumu je 77,04 let. Páry spolu žijí v průměru 39,15 let.

Základní soubor jsme rozdělily na 2 další soubory. Tak nám vznikl pátý výběrový soubor – N 5 – ženy. Do tohoto vzorku jsou zahrnuty ženy ovdovělé i uvnitř párů, které žijí jak v domácnosti, tak v Domově pro seniory. Pátý výběrový vzorek tvoří celkem 60 žen – 30 žen z párů a 30 ovdovělých, které žijí o samotě. Průměrný věk vzorku je 77,42 let.

Šestý a poslední výběrový soubor – N 6 – muži. Vzorek tvoří stejně jako u žen muži žijící o samotě a muži žijící dosud v páru, jak ve vlastní domácnosti, tak v Domově pro seniory. Vzorek dohromady čítá 60 osob, průměrný věk vzorku je 75,49 let.

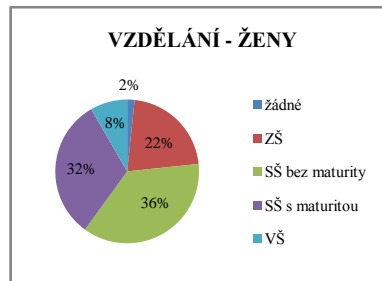
Z dotazníků bylo možno zjistit další údaje. Tyto se týkají dosaženého vzdělání jednotlivých účastníků výzkumu. Vzdělání dle pohlaví prezentují následující grafy:

Vzdělání muži celkově (n = 60)



Graf č. 1

Vzdělání ženy celkem (n = 60)

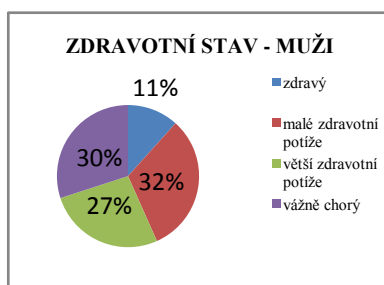


Graf č. 2

U jedné ženy se nám objevilo uvedené vzdělání jako žádné (tvoří 2 % vzorku). Tato žena neukončila základní školu vzhledem k uzavření její základní školy v Polsku důsledkem druhé světové války. Co se týče střední školy s maturitou jako nejvyššího dosaženého vzdělání, převažují muži – 38 % nad ženami – 32 %.

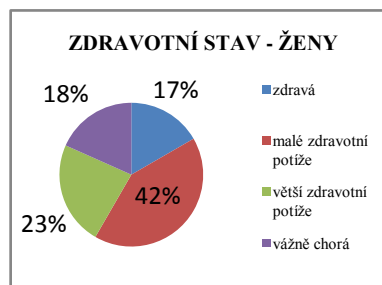
Další údaj, který bylo možné z výzkumu vyčíst, se týká subjektivního zdravotního stavu probandů. Výsledky uvádíme v následujících grafech:

Zdravotní stav muži celkem (n = 60)



Graf č. 3

Zdravotní stav ženy celkem (n = 60)



Graf č. 4

Jak vidíme, u mužů je poměrně rovnoměrné zastoupení subjektivních zdravotních stavů: malé a větší zdravotní potíže a vážně chorý.

U žen bylo největší zastoupení malých zdravotních potíží – 42 %. Více žen také udalo svůj zdravotní stav jako zdravá – 17 %, zatímco u mužů to bylo pouze 11 %.

Se zdravotním stavem větší zdravotní potíže a vážně chorý / chorá jsme se setkávali především v Domově pro seniory. Tito lidé trpěli zejména diabetem, díky níž měli za sebou i amputaci jedné či obou dolních končetin, Crohnovou, Parkinsonovou či Alzheimerovou chorobu, měli potíže s chůzí.

5.3 Aplikovaná metodika

5.3.1 Mini – Mental State Examination (MMSE)

Známa v češtině také jako Krátká škála mentálního stavu (Topinková, 2005), je nejužívanějším orientačním testem ke zjištění míry narušení kognitivních funkcí starších osob v klinické praxi. Tento test je vhodný pro screening kognitivních funkcí u pacientů, u nichž je podezření na demenci, i pro monitoring poruchy.

Autory jsou Folstein a Folstein, 1975. Skládá se z 30 otázek a činností, které hodnotí 10 funkcí: orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, vybavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování dle předlohy. Za každou správně zodpovězenou otázku či správně provedený úkol dostává klient jeden bod. Plný počet bodů je 30. Hodnocení (Topinková, 2005):

- 0 – 9 bodů: těžká kognitivní porucha
- 9 – 17 bodů: kognitivní porucha středního stupně
- 18 – 24 bodů: lehká porucha
- 25 a více: norma

Výsledky tohoto testu v diplomové práci neuvádíme, jelikož test sloužil jen k vyloučení lidí s kognitivním deficitem, šlo nám o vzorek zdravých seniorů. Pokud by proband tímto vstupním testem neprošel, nebyly by mu následně předloženy ostatní dotazníky k vyplnění.

5.3.2 Dotazník – Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)

Geriatrická škála deprese podle Yesavage, upravená dle doc. MUDr. Evy Topinkové (Topinková, 1999). Proband odpovídá na 15 otázek, možnostmi odpovědí ANO a NE. Odpověď má buď 0 nebo 1 bod, což je u každé položky vždy individuálně vyznačeno. Pokud se trefí do skórované odpovědi, získává bod. Posléze se body sečtou a v tabulce se proband zařadí dle jejich počtu do jedné z následujících kategorií:

- 0 – 5 bodů: normální afekt bez deprese
- 6 – 10 bodů: mírná deprese
- Nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření a léčbu

5.3.3 Dotazník – Zungova sebesuzovací stupnice deprese

Zungova sebesuzovací stupnice deprese (Svoboda, 1999), obsahuje padesát výroků, na něž může proband reagovat jednou ze čtyř možností: nikdy nebo zřídka, někdy, dosti často, velmi často nebo stále. Položky jsou hodnoceny od 1 do 4 bodů. Hrubé skóre se poté převede podle tabulky na SDS index, jehož míra prezentuje závažnost onemocnění následovně:

- Méně než 50: normální, nejeví známky deprese
- 50 – 60: přítomny známky minimální nebo lehké deprese
- 60 – 69: přítomna středně silná až zřetelně vyjádřená deprese
- 70 a více: přítomna těžká až extrémně těžká deprese.

5.3.4 Dotazník – Škála životní spokojenosti ve stáří

Autory Škály životní spokojenosti ve stáří jsou T. Kollárik, E. Poliaková a A. Ritomský. Škála vyšla v roce 1987 v Bratislavě a její přesný název zní „Škála životnej spokojnosti v starobe“. Byla vydána v podtitulu Psychodiagnostické a didaktické testy. Škála vychází ze specifických konfliktů ve stáří, vznikajících jako důsledek omezení dosavadních možností uspokojování potřeb. Spokojeností se rozumí subjektivní hodnocení

situace vzhledem k možnostem dosáhnout zamýšlený stav. Škála je určena pro osoby vyšších věkových kategorií – u žen je to věk nad 55 let a u mužů věk počínající 60 rokem. Metodu je však možno použít i u nižších věkových kategorií, například u žen, které odcházejí do důchodu dříve.

Existují 3 verze Škály životní spokojenosti ve stáří. My jsme si zvolili nezkrácenou verzi C obsahující 40 položek. Dotazník v ní sleduje 3 oblasti: pozitivní sebehodnocení, optimistický postoj k životní etapě a uspokojení z každodenních činností. Tyto dimenze lze sledovat samostatně nebo jako součást Celkové spokojenosti danou sumou všech tří dimenzí. Tím škála vyjadřuje, jak pozitivně či negativně hodnotí respondent svoji životní situaci.

Jelikož se jedná o škálu slovenských autorů, bylo nezbytné ji převést do češtiny tak, abychom ji mohli předložit českým účastníkům výzkumu.

Znění všech výše uvedených dotazníků s vyhodnocovacími archy je uvedeno v přílohách.

5.4 Statistika

Ke statistickému zpracování jsme použili počítačového programu Microsoft Excel. Při provádění statických výpočtů byly použity korelace pro metrická data, dvouvýběrový F-test pro rozptyl a dále Studentovy t-testy, konkrétně t-test pro signifikantnost korelačního koeficientu, t-test s rovností rozptylů a t-test s nerovností rozptylů. Uvádíme zde vzorec Studentova t-testu pro signifikantnost korelačního koeficientu, zbylé výpočty byly provedeny přes počítačový program Microsoft Excel.

Vzorec t-testu pro signifikantnost korelačního koeficientu:

$$t = r \sqrt{\frac{(n-2)}{(1-r^2)}}$$

kde r je ověřovaný korelační koeficient, n pak počet párových měření. Vypočítanou hodnotu t porovnáme s tabulkovou hodnotou $t_{\alpha}(v)$, kde $v = n-2$ je počet stupňů volnosti. Pokud je t větší než hodnota v tabulce, je korelační koeficient signifikantní buď na hladině významnosti $p = 0,05$ či $p = 0,01$.

Korelaci pro metrická data používáme k určení, zda rozdíly v naměřených hodnotách dvou proměnných jsou ve vzájemném vztahu, zda spolu korelují. Korelační koeficient určuje stupeň vztahu mezi dvěma proměnnými a je vyjadřován hodnotou mezi 0 a 1 (-1). Žádný vztah znamená 0, úplná pozitivní závislost je 1, úplná negativní závislost -1. S růstem hodnoty r od 0 k 1 (-1) se míra vztahu zvyšuje. Pokud máme pro obě proměnné X a Y k dispozici metrické údaje, můžeme popsat stupeň jejich závislosti pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Označuje se r a nabývá hodnot v intervalu (-1, +1).

Rozdělení významnosti korelací:

- 0 – 0,3 nízká korelace
- 0,3 – 0,6 střední korelace
- Nad 0,6 vysoká korelace.

F-test (Fischerův) testuje hypotézy o populačním rozptylu. Umožňuje nám určit, zda je mezi dvěma rozptyly signifikantní rozdíl. Na základě výsledků F-testu pak použijeme t-test s rovností rozptylů v případě, že v průměrech sledovaných souborů není signifikantní rozdíl, v opačném případě užitíme t-test s nerovností rozptylů. Výslednou hodnotu pak porovnáme s tabulkou Kritických hodnot rozdělení t . Pokud výsledek přesáhne tabulkovou hodnotu na hladině významnosti $p = 0,05$ či $p = 0,01$, pak hovoříme o statisticky signifikantním výsledku (Reiterová, 2000).

5.5 Průběh a organizace šetření

Diplomová práce vychází z Písemné postupové práce se stejným názvem i zaměřením.

Protože se jedná o probandy s poměrně vysokým věkem, bylo nutné před zahájením vyplňování dotazníků provést vstupní zkoušku, zda jsou probandí bez kognitivního deficitu. K tomu byl užit dotazník Mini – Mental State Examination. Osoba, která v testu neuspěla, nebyla dále testována, avšak tato situace v našem šetření nenastala.

Výzkumné šetření začalo přibližně v měsíci listopadu roku 2008.

Vzorek populace, reprezentující seniory žijící o samotě a seniory žijící dosud v páru byl získán metodou „sněhové koule“. Za počáteční bod „sněhové koule“ byl zvolen osmdesátiletý muž s místem bydliště Přerov, který nám poskytl několik kontaktů na své známé či sousedy místa jeho bydliště. Ti nám zase dali kontakty na své známé. Všichni účastníci výzkumu jsou z města Přerova. Vzorek tvoří lidé staří 70 - 80 let, včetně 70 a 80 let věku.

Sběr dat seniorů žijících v Domovech pro seniory začal v lednu 2011. Přístup do zařízení nám byl zprostředkován skrz sociální pracovníky, kteří nám poskytli vhodný vzorek probandů, které jsme poté postupně obcházeli a vyplňovali s nimi dotazníky, po provedení Mini-Mental State Examination. Zatímco u seniorů žijících v domácnostech nebylo třeba vyloučení probanda ze skupiny na základě špatného výsledku Mini-Mental State Examination, u seniorů žijících v Domovech pro seniory jsme byli nuceni vyloučit určité množství (jedenáct) kvůli podezření na možný kognitivní deficit.

Každý z dotazníků byl vypracováván v naší přítomnosti, pokud proband něčemu nerozuměl, mohl se ihned doptat. U některých osob bylo výhodnější pomoci jim s vyplňováním dotazníků například kvůli poranění ruky. V Domovech pro seniory jsme často vyplňovali celý dotazník, ať už důsledkem únavy či zhoršené hybnosti horních končetin nebo špatnému zraku.

Před každým rozhovorem byl dotazovaný ubezpečen, že veškeré poskytnuté informace budou využity anonymně a pouze k účelům naší výzkumné práce. Účast na našem výzkumu byla zcela dobrovolná.

6. VÝSLEDKY PRÁCE

Použité zkratky:

N 1	senioři žijící o samotě v domácnosti
N 2	senioři žijící dosud v páru v domácnosti
N 3	senioři žijící sami v Domově pro seniory
N 4	senioři dosud v páru v Domově pro seniory
N 5	senioři ženy celkem
N 6	senioři muži celkem
μ	průměr
n	počet probandů jednotlivých vzorků

Základní výstupy dotazníku - Škála deprese pro geriatrické pacienty

Vzorek	N 1 (n = 30)		N 2 (n = 30)		N 3 (n = 30)		N 4 (n = 30)		N 5 (n = 60)		N 6 (n = 60)	
	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%
0 - 5	17	56,67	20	66,67	17	56,67	16	53,33	42	70,00	28	46,67
6 - 10	11	36,67	9	30,00	13	43,33	12	40,00	17	28,33	29	48,33
nad 10	2	6,66	1	3,33	0	0,00	2	6,67	1	1,67	3	5,00

Tab. 1

Hodnocení:

0 – 5 bodů – normální afekt bez deprese

6 – 10 bodů – mírná deprese

nad 10 bodů – manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Jak můžeme z tabulky vyčíst, jen velmi málo seniorů skórovalo nad deset bodů, tedy v oblasti manifestní deprese. Většina výběrových souborů seniorů se umístila v rozmezí nula až pěti bodů, tedy normálního afektu bez deprese. Vzorek vykazující nejvyšší procento umístění v hranici nula až pěti bodů byl výběrový soubor N 5, který je celkově tvořen ženami. Hned za nimi nacházíme výběrový soubor N 2 – seniory žijící dosud v páru ve vlastní domácnosti. Je zajímavé, že vzorek N 1 a N 3 skórovaly stejně, jedná se o seniory osamělé (ovdovělé) ve vlastní domácnosti a v domově pro seniory. Nejméně procent měl vzorek N 6 – celkově muži a to 46,67 %.

Rozmístění odpovědí probandů ve střední části, tedy v rozmezí šesti až desíti bodů (mírná deprese) bylo poměrně vyvážené, s výjimkou žen celkově – N 5, které zde měly nejmenší procentuální zastoupení.

Základní výstupy dotazníku – Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

Vzorek	N 1 (n = 30)		N 2 (n = 30)		N 3 (n = 30)		N 4 (n = 30)		N 5 (n = 60)		N 6 (n = 60)	
	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%
méně než 50	8	26,67	16	53,33	4	13,34	12	40,00	22	36,67	18	30,00
50 - 60	18	60,00	12	40,00	19	63,33	12	40,00	29	48,33	32	53,33
60 - 69	3	10,00	2	6,67	7	23,33	3	10,00	7	11,67	8	13,34
70 a více	1	3,33	0	0,00	0	0,00	3	10,00	2	3,33	2	3,33

Tab. 2

Výstupy tohoto dotazníku byly hrubé skóry, které byly následně převedeny podle tabulky na SDS index, skóre v tomto indexu značí intervaly, které třídí míru depresivity na:

- Méně než 50: normální, nejeví známky deprese
- 50 – 60: přítomny známky minimální nebo lehké deprese
- 60 – 69: přítomna středně silná až zřetelně vyjádřená deprese
- 70 a více: přítomna těžká až extrémně těžká deprese.

V oblasti SDS indexu méně než padesát skóroval nejvíce výběrový soubor N 2 – senioři v páru žijící v domácnosti. Nejméně pak, s 26,67 % vzorek N 3 – senioři žijící sami v domovech pro seniory. Nad SDS index 70 bylo shodně respondentů ve vzorku N 5 a N 6, tedy muži a ženy celkově, nejvíce pak nacházíme v N 4, kde se jedná o seniory v páru, kteří žijí v domově důchodů. Mohli bychom uvažovat například nad tím, že jeden z páru může být v lepší zdravotní kondici než druhý partner a tím pádem se o nemocného (například nepohyblivého) musí starat, pečovat o něj, i když je dostupná odborná pomoc, možná se cítí depresivně kvůli situaci partnera.

Základní výstupy - Škála životní spokojenosti ve stáří

Vzorek	N 1 (n = 30)	N 2 (n = 30)	N 3 (n = 30)	N 4 (n = 30)	N 5 (n = 60)	N 6 (n = 60)
oblast	μ	μ	μ	μ	μ	μ
<i>Sebehodnocení</i>	10,37	12,67	8,83	8,50	10,92	9,27
<i>Postoj k životní etapě</i>	9,23	10,97	9,37	9,40	10,78	8,70
<i>Uspokojení z činnosti</i>	4,23	5,96	3,40	3,53	4,88	3,68
<i>Celková spokojenost</i>	23,83	29,60	21,60	21,36	26,58	21,62

Tab. 3

Tabulka číslo tři nám ilustruje rozložení průměru odpovědí dotazníku Škála životní spokojenosti ve stáří a to jednak v jejích dimenzích a pak v Celkové spokojenosti, která je součtem dimenzí Sebehodnocení, Postoj k životní etapě a Uspokojení z činnosti. Nejvíce seniorů prokázalo celkovou spokojenost ve vzorcích N 2 – senioři v páru v domácnosti a N 5 – ženy celkem. Můžeme se domnívat, že senioři žijící v páru a ve vlastní domácnosti mohou být spokojenější na rozdíl od párů v domově pro seniory například z toho důvodu, že bydlí ve svém vlastním bytě, domě, ve kterém žijí minimálně několik let, mají v něm schované vzpomínky na časy dřívější, v místě bydliště mají sociální kontakty, nebyli násilně přesunuti a pouta nebyla přetrhána. Ženy zase mohou být spokojenější z toho důvodu, že jim pořád zůstala péče o domácnost a partnera, tráví čas s vnoučaty, která mimo jiné zajišťují po strážce stravování, pokud je mají na starost.

Naopak nejméně životní spokojenosti vykázal soubor N 3 – senioři sami v domově pro seniory a téměř shodně N 4 s N 6, což jsou senioři v páru v domově pro seniory a muži celkově.

Škála životní spokojenosti ve stáří: výsledky jednotlivých oblastí:

A) Pozitivní sebehodnocení

Vzorek	N 1 (n = 30)		N 2 (n = 30)		N 3 (n = 30)		N 4 (n = 30)		N 5 (n = 60)		N 6 (n = 60)	
	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%
0 - 3	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,33	0	0,00	1	1,67
4 - 7	7	23,33	1	3,33	10	33,33	9	30,00	10	16,67	17	28,33
8 - 11	9	30,00	8	26,67	12	40,00	15	50,00	18	30,00	26	43,33
12 - 15	14	46,67	21	70,00	8	26,67	5	16,67	32	53,33	16	26,67

Tab. 4

Nyní se zaměříme na jednotlivé dimenze dotazníku Škála životní spokojenosti ve stáří. První dimenzí je Pozitivní sebehodnocení, u kterého bylo možno dosáhnout maximálního počtu bodů patnáct.

Nejvíce v pozitivním sebehodnocení vykázal výběrový soubor N 5 – ženy celkem a N 2 – páry žijící ve vlastní domácnosti. Nejméně v nejvyšší hranici dvanáct až patnáct bodů pak vzorky seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory, ať už v páru, nebo o samotě, tedy vzorek N 4 a N 3.

Nejméně pozitivního sebehodnocení nalézáme v souborech N 4 a N 6, shodně po jednom probandovi, avšak liší se nám procentuální zastoupení, které je dáno rozdílným počtem členů vzorků. Tyto vzorky jsou jednak senioři v páru v domovech pro seniory a muži celkově.

B) Optimistický postoj k životní etapě

vzorek	N 1 (n = 30)		N 2 (n = 30)		N 3 (n = 30)		N 4 (n = 30)		N 5 (n = 60)		N 6 (n = 60)	
	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%
0 - 2	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,33	0	0,00	1	1,67
3 - 5	5	16,67	1	3,33	4	13,33	4	13,33	2	3,33	12	20,00
6 - 8	7	23,33	3	10,00	8	26,67	6	20,00	9	15,00	15	25,00
9 - 11	10	33,33	12	40,00	9	30,00	7	23,33	20	33,33	18	30,00
12 - 14	6	20,00	12	40,00	9	30,00	11	36,67	25	41,67	13	21,66
15 - 16	2	6,67	2	6,67	0	0,00	1	3,33	4	6,67	1	1,67

Tab. 5

Nyní se podíváme na druhou dimenzi Škály životní spokojenosti ve stáří, což je Optimistický postoj k životní etapě. Nejvíce seniorů ze všech výběrových souborů skórovalo ve vyšších intervalech dimenze, což znamená že ke své životní etapě se staví spíše optimisticky. Úplné horní hranice nedosáhl pouze výběrový soubor N 3 – senioři o samotě v domově pro seniory. Nejvyššího procentuálního zastoupení dosáhly N 5, tedy celkově ženy, následovány N 1 a N2, což jsou senioři žijící v domácnosti o samotě a v páru.

Naopak v nejnižší hranici bodovaly pouze N 4 a N 6, tedy senioři v páru v domově pro seniory a muži celkem.

Mezi pohlavími dominovaly ženy rozdílem dvanácti respondentů na hranici dvanácti až čtrnácti bodů, tedy na druhém nejvyšším intervalu bodů.

C) Uspokojení z každodenních činností

Vzorek	N 1 (n = 30)		N 2 (n = 30)		N 3 (n = 30)		N 4 (n = 30)		N 5 (n = 60)		N 6 (n = 60)	
interval	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%
0 - 1	4	13,33	0	0,00	5	16,67	5	16,67	3	5,00	11	18,33
2 - 3	8	26,67	6	20,00	13	43,33	13	43,33	16	26,67	24	40,00
4 - 5	9	30,00	3	10,00	8	26,67	6	20,00	16	26,00	10	16,67
6 - 7	6	20,00	14	46,67	3	10,00	5	16,67	17	67,00	11	18,33
8 - 9	3	10,00	7	23,33	1	3,33	1	3,33	8	13,33	4	6,67

Tab. 6

Tabulka číslo šest nastiňuje výsledky skóru z třetí dimenze Škály životní spokojenosti ve stáří a to konkrétně v Uspokojení z každodenních činností. Více seniorů je spíše neuspokojeno než velmi uspokojeno (podívejme se na dolní a horní hranici bodování). Výjimku tvoří snad pouze výběrový soubor N 2 – senioři v páru žijící v domácnosti a N 5 – ženy celkem. Proč tomu tak je? Ženy i ve stáří mají své povinnosti. Myjí nádobí, vaří, uklízí, starají se o partnera a vidí každodenní výsledky svých denních činností. Muži se naopak mohou nudit a cítit prázdnotu a neukojenost. Spíše mohou číst, trávit čas pasivním sledováním televize. Senioři v páru v domácnosti – N 2 převažují ve vyšších skórech intervalu. Je to snad dáno i tím, že denní povinnosti vykonávají společně, vzájemně se podporují.

Naprosto neuspokojeno je s převahou 11 probandů z výběrového vzorku N 6 – muži celkem, v závěsu shodně s pěti probandy N 3 a N 4 – senioři sami a v páru, žijící v domově pro seniory.

D) Celková spokojenost

Vzorek	N 1 (n = 30)		N 2 (n = 30)		N 3 (n = 30)		N 4 (n = 30)		N 5 (n = 60)		N 6 (n = 60)	
interval	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%	množství	%
0 - 5	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6 - 11	2	6,67	0	0,00	1	3,33	3	10,00	0	0,00	6	10,00
12 - 17	4	13,33	1	3,33	6	20,00	7	23,33	5	8,33	13	21,67
18 - 23	7	23,33	4	13,33	12	40,00	6	20,00	13	21,67	16	26,67
24 - 29	9	30,00	7	23,33	8	26,67	10	33,33	19	31,67	15	25,00
30 - 35	7	23,33	16	53,33	3	10,00	4	13,33	21	35,00	9	15,00
36 - 40	1	3,33	2	6,67	0	0,00	0	0,00	2	3,33	1	1,67

Tab. 7

V tabulce číslo sedm můžeme zkoumat výsledky seniorů v součtu všech tří předchozích dimenzí, které tvoří celkovou životní spokojenost. Je zajímavé a zároveň pozitivní zjištění, že v nejnižším intervalu nula až pět neskóroval nikdo ze seniorů a v druhém nejnižším skórovalo jen minimum (nejvíce výběrový soubor N 6, což jsou muži celkem). Z nejnižšího intervalu spokojenosti můžeme usuzovat, že nikdo ze seniorů není se svým životem úplně nespokojen. Naopak naprosto spokojena je také pouze malá část dotazovaných (jeden či maximálně dva probandi ze souboru).

Většina dotazovaných skórovala ve vyšších intervalech životní spokojenosti, z čehož můžeme vyvodit závěr, že naše skupina zkoumaných seniorů je spíše spokojenější se svým životem.

6.1 Ověřování hypotéz

V našem šetření jsme se zaměřili na následující výpočty:

- Rozdíl mezi celkovou spokojeností u seniorů ovdovělých a seniorů žijících dosud v páru.
- Rozdíl mezi celkovou spokojeností u mužů a žen a to i uvnitř párů.
- Rozdíl mezi celkovou spokojeností u seniorů žijících v domácnostech a Domovech pro seniory.

Pro výpočet rozdílů jsme použili Studentovy t- testy. Jednak jsme využili dvouvýběrový t- test s rovností rozptylů a také dvouvýběrový t- test s nerovností rozptylů. Abychom věděli, jaký t- test máme zvolit, vypočítali jsme dvouvýběrový F- test pro rozptyl.

- Také jsme se zajímali o míru těsnosti vztahu mezi životní spokojeností a mírou depresivity u lidí žijících o samotě, v páru, v domácnostech a Domovech pro seniory.

Rozdíl mezi celkovou spokojeností u seniorů ovdovělých a seniorů žijících dosud v páru

Na základě provedeného F- testu jsme zvolili dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
<i>Celk. spokojenost</i>	<i>v páru</i>	<i>o samotě</i>
Stř. hodnota	25,48333333	22,71666667
Rozptyl	54,99971751	48,30819209
Pozorování	60	60
Společný rozptyl	51,6539548	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	118	
t Stat	2,108461503	
P(T<=t) (1)	0,018553245	
t krit (1)	1,657869523	
P(T<=t) (2)	0,037106491	
t krit (2)	1,980272226	

Tab. 8: Ověření hypotézy č. 1

Střední hodnota celkové spokojenost u seniorů žijících o samotě je 22,72, zatímco u párů se jedná o hodnotu 25,48.

Výsledek nám vyšel signifikantní na hladině významnosti $p = 0,05$. Z toho můžeme vyvodit, že senioři žijící v páru vykazují vyšší míru celkové životní spokojenosti než lidé, kteří jsou už sami.

Rozdíl mezi celkovou spokojeností u mužů a žen, i uvnitř párů

Nejprve se zaměříme na celkovou spokojenost obecně u mužů a žen:
Vzhledem k výsledku provedeného F- testu jsme počítali s dvouvýběrovým t-testem s rovností rozptylů.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
<i>Celk. spokojenost</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>
Stř. hodnota	26,58333333	21,61666667
Rozptyl	38,6200565	56,03700565
Pozorování	60	60
Společný rozptyl	47,32853107	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	118	
t Stat	3,954250045	
P(T<=t) (1)	6,56867E-05	
t krit (1)	1,657869523	
P(T<=t) (2)	0,000131373	
t krit (2)	1,980272226	

Tab. 9: Ověření hypotézy č. 2

Střední hodnota celkové spokojenost u žen je 26,58, u mužů 21, 62.
Výsledek vyšel signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.
Z toho vyplývá, že u vzorku probandů, se kterými jsme pracovali, jsou ženy statisticky signifikantně více spokojené než muži.

Avšak to potvrzuje jen část naší hypotézy, proto se zaměříme i na výpočet spokojenosti mezi pohlavími uvnitř párů.

F- test nám určil pro následující výpočet taktéž dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
<i>Celk. spokojenost</i>	<i>ženy uvnitř páru</i>	<i>muži uvnitř páru</i>
Stř. hodnota	27,73333333	23,23333333
Rozptyl	42,47816092	58,94367816
Pozorování	30	30
Společný rozptyl	50,71091954	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	58	
t Stat	2,447413777	
P(T<=t) (1)	0,008718801	
t krit (1)	1,671552763	
P(T<=t) (2)	0,017437602	
t krit (2)	2,001717468	

Tab. 10: Ověření hypotézy č. 2

Střední hodnota Životní spokojenosti dosahuje u žen uvnitř párů hodnoty 27,73, u mužů pak 23,23. Zjišťujeme tedy signifikantní rozdíl v životní spokojenosti mezi pohlavími uvnitř párů na hladině významnosti $p = 0,025$.

Ženy jsou tedy jednak obecně spokojenější než muži, také ale vykazují statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti uvnitř párů.

Rozdíl mezi celkovou spokojeností u seniorů žijících v domácnostech a Domovech pro seniory, jak ovdovělých, tak dosud v páru

Na základě výsledné hodnoty F- testu jsme pro další výpočet zvolili t-test s rovností rozptylů:

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
<i>SENIORŮ OVDOVĚLÍ</i>	<i>doma</i>	<i>Domov</i>
Stř. hodnota	23,83333333	21,6
Rozptyl	55,72988506	39,97241379
Pozorování	30	30
Společný rozptyl	47,85114943	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	58	
t Stat	1,25041159	
P(T<=t) (1)	0,108085259	
t krit (1)	1,671552763	
P(T<=t) (2)	0,216170518	
t krit (2)	2,001717468	

Tab. 11: Ověření hypotézy č. 4

Střední hodnota seniorů ovdovělých a žijících v domácnostech je 28,33. U seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory, nacházíme střední hodnotu 21,60. Výsledek vyšel nesignifikantní.

Pro prokázání druhé části hypotézy, pro seniory žijící dosud v páru, jsme na základě výsledku F-testu pro další výpočet zvolili dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů:

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
<i>V PÁRU</i>	<i>doma</i>	<i>domov</i>
Stř. hodnota	29,6	21,36666667
Rozptyl	24,66206897	52,17126437
Pozorování	30	30
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	51	
t Stat	5,144716979	
P(T<=t) (1)	2,15773E-06	
t krit (1)	1,675284951	
P(T<=t) (2)	4,31546E-06	
t krit (2)	2,007583728	

Tab. č. 12: Ověření hypotézy č. 4

Střední hodnota seniorů v páru žijících ve vlastní domácnosti je 29, 6. Senioři v páru, kteří žijí v domovech pro seniory, je střední hodnota 21, 37. Výsledek vyšel signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

Míra těsnosti vztahu mezi životní spokojeností a mírou depresivity u lidí žijících o samotě, v páru, v domácnostech a Domovech pro seniory

Použité zkratky:

GDS	Škála deprese pro geriatrické pacienty
Zung	Zungova sebesuzovací stupnice deprese
Celková spokojenost	ze Škály životní spokojenosti ve stáří

SENIORŮ	v páru	o samotě	v domácnosti	v Domově
<i>škály</i>	<i>Celková spokojenost</i>			
<i>GDS</i>	-0,72	-0,62	-0,70	-0,70
<i>Zung</i>	-0,61	-0,55	-0,58	-0,63

Tab. 13: Korelace (ověření hypotézy č. 3)

Už na první pohled si můžeme všimnout záporných hodnot u všech položek. To znamená, že čím se hodnota v jedné škále zvyšuje (zde máme konkrétně na mysli hodnotu GDS nebo Zungovy sebesuzovací stupnice deprese), tím úměrně klesá hodnota v druhé, protichůdné škále (nyní hovoříme o Celkové spokojenosti). Je to logické, čím více jsme depresivnější, čím více skórujeme ať už v jednom či druhém dotazníku ohledně deprese, tím méně budeme spokojeni se svým životem.

Nyní se soustředíme na ověření signifikantnosti výše uvedených korelací pomocí t-testu pro signifikantnost korelačního koeficientu:

Senioři v páru (n = 60)

GDS vs. Celková spokojenost: -0,72. t = 7,90.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

Zung vs. Celková spokojenost: -0,61. t = 5,86.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

U obou platí, že čím více jsme depresivnější, čím více skórujeme ať už v jednom nebo druhém dotazníku na míru deprese, tím menší pak prokážeme celkovou životní spokojenost.

Senioři žijící o samotě (n = 60)

GDS vs. Celková spokojenost: -0,62. t = 6,02.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

Zung vs. Celková spokojenost: -0,55. t = 5,01.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

I u seniorů žijících o samotě jsme zjistili stejný výsledek jako u seniorů žijících v páru. Čím více jsme depresivnější, tím méně jsme spokojeni se svým životem a naopak.

Senioři žijící v domácnosti (n = 60)

GDS vs. Celková spokojenost: -0,70. t = 7,47.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

Zung vs. Celková spokojenost: -0,58. t = 5,42.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

U seniorů, kteří žijí obecně ve vlastní domácnosti, vyšly výsledky korelací signifikantní, to znamená, že čím více tyto senioři budou skórovat v dotaznících na depresi, čím větší depresivnost budou vykazovat, tím menší bude jejich životní spokojenost.

Senioři v domovech pro seniory (n = 60)

GDS vs. Celková spokojenost: -0,70. t = 7,47.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

Zung vs. Celková spokojenost: -0,63. t = 6,18.

Výsledek signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

Stejný výsledek jako u seniorů obecně žijících v domácnosti, jsme prokázali i u seniorů žijících obecně v domovech pro seniory, tudíž i tito senioři budou vykazovat tím menší životní spokojenost, čím větší bude jejich výsledek v dotaznících deprese. Čím větší budou mít depresi, tím budou méně spokojeni se svým životem, tím menší životní spokojenost budou prokazovat.

6.2 K platnosti hypotéz

H 1 – Předpokládáme, že senioři žijící v páru budou vykazovat statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti, než senioři ovdovělí.

H 1 – Hypotézu jsme ověřili a došli k závěru existence statisticky významného rozdílu mezi životní spokojeností u seniorů žijících v páru a ovdovělých, trávících svůj život již o samotě. Hypotézu přijímáme. Senioři žijící v páru vykazují statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti, než senioři žijící o samotě.

H 2 – Předpokládáme statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti u žen, než u mužů, a to i uvnitř párů.

H 2 – Hypotézu jsme statisticky ověřili a dospěli jsme ke zjištění, že ženy skutečně vykazují vyšší míru životní spokojenosti jednak obecně, jednak i uvnitř párů. Hypotézu tedy přijímáme. Ženy jsou tedy v obou těchto ohledech spokojenější než muži.

H 3 – Předpokládáme, že míra depresivity bude ve statisticky významném vztahu (alespoň středním negativním) s mírou životní spokojenosti u lidí žijících o samotě, dosud v páru, žijících v domácnosti a v domovech pro seniory.

H 3 – Hypotézu jsme ověřili a dospěli jsme k závěru, že všechny uvedené vztahy míry depresivity a míry životní spokojenosti, jak u lidí o samotě, tak v páru, kteří žijí jak v domácnosti, tak v domově pro seniory, jsou signifikantní. Hypotézu přijímáme.

H 4 – Předpokládáme statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti u seniorů žijících doma, než u seniorů žijících v domovech pro seniory a to jak osamělých, tak žijících dosud v páru.

H 4 - Hypotézu jsme ověřili, ale neprokázali jsme statistickou signifikantnost dané hypotézy. Statisticky signifikantní nám vyšla pouze část, že senioři v páru budou ve vlastní domácnosti šťastnější než senioři žijící v páru v domově pro seniory. Hypotézu jako celek tedy zamítáme.

7. DISKUZE

Koncept životní spokojenosti není přesně definován, někteří autoři používají výrazy štěstí (happiness), spokojenost (satisfaction), pozitivní rozpoložení (positive affect), stejně jako pojem subjektivní životní pohoda (subjective well-being). Intenzivní výzkum životní pohody či chceme-li životní spokojenosti probíhá ve světě od 60. let 20. století, v Čechách a na Slovensku pak od 90. let.

„Jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí“ (Payne, 2005, s. 281). Za počátek seriózního empirického přístupu se pokládají studie ze 70. let, kdy Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) potřebovala zjistit „social well-being“, tudíž něco jako míru sociální životní pohody. Výzkumy Brandburna roku 1969 se týkaly struktury psychické pohody. Campbell v roce 1976 uveřejnil práci „The Quality of American Life“ (Česká a slovenská psychiatrie. 1/2001. Kováč. Kvalita života – naléhavá výzva nového století).

Název naší diplomové práce je „Míra deprese a životní spokojenosti u seniorů 70 – 80 let ovdovělých a žijících dosud v páru“. Jak už samotný název napovídá, hlavním cílem bylo zjistit, zda senioři žijící v páru budou vykazovat větší míru životní spokojenosti než senioři ovdovělí. Zaměřili jsme se taktéž na seniory, kteří žijí ve vlastní domácnosti (v páru i o samotě) a na ty, kteří již žijí v domovech pro seniory (páry i senioři ovdovělí).

Pro náš výzkum jsme si stanovili čtyři hypotézy, z nichž se nám tři hypotézy potvrdily a to tyto: Senioři žijící v páru jsou spokojenější než senioři žijící o samotě. Ženy jsou spokojenější než muži a to celkově i uvnitř párů. Míra depresivity je ve statisticky významném vztahu s mírou životní spokojenosti u seniorů žijících v páru, o samotě, ve vlastní domácnosti i v domově pro seniory.

Hypotéza čtvrtá se nám nepotvrdila, vyšla statisticky signifikantní jen jedna její část a to sice, že senioři v páru jsou spokojenější ve vlastní domácnosti než v domově pro seniory. Můžeme to přičítat mnoha příčinám a důvodům, proč to tak je. Mohli bychom uvažovat například nad tím, že mají zachovány sociální vztahy a vazby v okolí svého bydliště, cítí se bezpečněji a podobně.

Bylo provedeno množství výzkumů, zabývajících se rozdílem životní spokojenosti mezi pohlavími. Dle některých jsou spokojenější muži, jiné tvrdí opačný výsledek. „*Například Diener a spolupracovníci ve studii shrnující současný stav poznatků o štěstí a spokojenosti dospívají k závěru, že mezi pohlavími neexistují žádné rozdíly. Inglehart na základě výzkumů z let 1980 – 1986, jichž se zúčastnilo celkem cca 170 000 respondentů, dospěl k závěru, mezi muži a ženami neexistují žádné rozdíly: cca 80 % mužů i žen uvádělo, že je „poměrně šťastných až „velmi šťastných“* (Payne, 2005, s. 418). Smithová a Baltesová studiem 516 lidí ve věku na 70 let došli k závěru, že muži jsou celkově spokojenější než ženy a prožívají i méně často záporné emoce (Payne, 2005). Podobně jako Smithová a Baltesová, došel k podobným závěrům Pinquart se Sorensenem. Mookherjeeová pracovala s daty národních anket, které byly realizovaný ve Spojených státech Amerických v letech 1982 až 1991. Získala tak 12 000 respondentů ve věku od 18 do 89 let. „*Celkový index spokojenosti se životem vytvořila součtem údajů o spokojenosti se šesti oblastmi (například rodina, přátelé). Ženy byly výrazně spokojenější než muži“* (Payne, 2005, s. 419).

Další výzkum (Gustavson, Lee, 2004) byl zaměřen na srovnání starších lidí, kteří žili sami a ti, kteří žili s ostatními. Jednalo se o vzorek 5 265 seniorů, kteří se vykazovali charakteristikou křehkosti. Ve výzkumu byl užit Dotazník zdraví SCAN, čítající 42 položek. Kromě demografických dat (věk, rodinný stav, pohlaví, národnost, situace bydlení) zahrnoval otázky, týkající se depresivity kupříkladu „*Cítil/a jste většinou se v loňském roce v depresi nebo smutný/á?*“ Respondenti byli dotazováni i na sociální oporu, funkční kapacitu (Test instrumentálních všedních činností IADL, Barthelův test základních všedních činností ADL). Mezi seniory, kteří odpovídali na dotazníky, dominovaly ženy žijící samy (71 %), bělošky (Euro-Američanky 81 %) s průměrným věkem 83 let. Výsledky výzkumu byly následující: dotazovaní, kteří žili s někým, vykazovali větší známky a symptomy deprese (v depresi mírné, střední i závažné) než ti, kteří žili sami.

Můžeme si to vysvětlit tím způsobem, že vzorek se zabýval seniory „*křehkými*“ (frail), tudíž potřebujícími pomoc, ať již laickou nebo odbornou.

Hamplová (2010) uvádí, že ženatí muži a vdané ženy jsou šťastnější, zatímco lidé ovdovělí mají podobnou míru životní spokojenosti jako lidé svobodní. Lidé, kterým zemřel

partner, určitě spokojení nebudou. Ztratili někoho velmi blízkého, změnil se jim styl života, nemají se již komu svěřovat, s kým trávit volný čas.

Ondrušová (2010) se zabývala smysluplností života ve stáří. Výzkumný soubor tvořilo 264 osob (převažovaly ženy) nad věk 75 let, z nichž více než polovina bydlela v zařízeních sociální nebo zdravotní péče. Byl použit Logo-test a Geriatrická škála deprese-15 (stejný dotazník jako jsme použili my – Škála deprese pro geriatrické pacienty). V prožívání života jako smysluplného nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pohlavími. Zkoumal se také vztah prostředí, ve kterém účastník výzkumu žije, zda je soběstačný a jeho smysluplnost života. Zjistila, že *„ztrátou smyslu života jsou v domácím prostředí ohroženi především staří lidé žijící osaměle, dále jsou to dotázaní v institucionální péči, a z nich především nesoběstační pacienti umístění ve zdravotnických zařízeních a na ošetrovatelských lůžkách. Téměř tři čtvrtiny seniorů, kteří vykazovali vysokou míru ohrožení ztrátou životního smyslu, nežijí v domácím prostředí“* (Ondrušová, 2001, s. 52). Zajímala se také o souvislost mezi mírou depresivity ve vztahu k smysluplnosti života. *„Zde byla prokázána významná statistická závislost. Seniori, kteří prožívají svůj život jako smysluplný, trpí depresí ve významně nižší míře, než ostatní zkoumané osoby“* (Ondrušová, 2010, s. 53).

Jaké faktory mohly ovlivnit průběh našeho výzkumu? První faktor se týká výběru našich reprezentantů. Všichni vyplňovali dotazníky dobrovolně, byli informováni od známého či v případě domova pro seniory byli informováni příslušnou sociální pracovnící, že za nimi přijde osoba, která je bude žádat o spolupráci a vyplnění dotazníků. Mohla u nich vzniknout tendence prezentovat se v lepším světle. Pokud jsme jim byli sympatičtí, a mnozí senioři zejména v domově pro seniory byli velmi rádi, že za nimi přišel někdo nový, s kým si mohli popovídat, kdo jim naslouchal a věnoval se jim, pak mohli tito lidé chtít nám vědomě či nevědomě vyhovět, více se snažili, byli v lepší náladě.

V neposlední řadě mohla u seniorů sehrát důležitou roli i samotná délka dotazníků. Kromě toho, hned na úvod, před samotným vyplňováním dotazníků, byli respondenti podrobeni stresující situaci, pro některé mohla být tato situace i zahanbující. Absolvovali Mini-Mental State Examination. Náročnost na vyplnění a soustředění byla tedy velká.

Díky naší přítomnosti při vyplňování dotazníků nedošlo ke zkreslení nebo vynechání odpovědí z důvodu nepochopení otázky, protože pokud senior něčemu přesně neporozuměl, mohl se kdykoliv zeptat.

Celkový počet seniorů, kteří se zúčastnili našeho šetření, byl sto dvacet, a z tohoto počtu nemůžeme vyvozovat přílišnou validitu výzkumu.

Navážeme na Eriksonovu teorii osmi věků člověka. Nezvládnutí vývojového úkolu stáří se projevuje nespokojeností s vlastním životem a zoufalstvím nad ztrátou možnosti prožít jej znovu, lepším způsobem. Dosažení uspokojivé integrity se u většiny starších lidí projevuje převahou pozitivního hodnocení vlastního života: 80 % lidí ve věku od 60 do 90 let považovalo svůj život za dobrý nebo převážně dobrý (Hájková, in Vágnerová, 2007).

V tabulkách, uvedených výše (kapitola Výsledky práce), jsme se zabývali množstvím probandů, kteří skórovali v konkrétním bodovém rozmezí určité dimenze životní spokojenosti. Jako zajímavé se nám jeví následující výsledky. Téměř shodně ve všech třech dimenzích a pochopitelně i v následné celkové spokojenosti v nejnižších intervalech skórovaly výběrové vzorky N 4 a N 6, tedy senioři v páru v domovech pro seniory a muži celkově. Naopak nejvyšších intervalů dosahovaly N 2 a N 5 – senioři v páru žijící v domácnosti a ženy celkem.

Některé výzkumy prokázaly rozdíl životní spokojenosti mezi pohlavími, s převahou žen, jiné rozdíl nepotvrdily. Nám vyšla signifikantně vyšší životní spokojenost u žen. Ženy a taktéž i senioři žijící v páru v domácnosti mohou být spokojenější a šťastnější z mnoha důvodů. Zkusme některé uvést. Ženy se starají o domácnost, i když skončí se zaměstnáním, mají tedy stále co na práci, vidí výsledky své práce a to je těší. Starají se o rodinu, pečují o vnoučata či manžela. Páry v domácnosti mají sociální kontakty v okolí svého bydliště. Nejsou v izolaci.

8. ZÁVĚR

Diplomová práce nese název Míra deprese a životní spokojenosti u seniorů 70 – 80 let ovdovělých a žijících dosud v páru.

Výběrový soubor seniorů (120 probandů) jsme rozdělili na šest výběrových souborů: senioři žijící o samotě v domácnosti (30 seniorů), senioři žijící dosud v páru v domácnosti (30 seniorů, to je 15 párů), senioři žijící sami v domově pro seniory (30 seniorů), senioři v páru žijící v domově pro seniory (15 párů, celkově 30 seniorů), ženy celkem (60 žen) a muži celkem (60 mužů).

Ve výzkumu jsme se zaměřili na to, zda existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi celkovou životní spokojeností u seniorů žijících v páru a seniorů ovdovělých, zda existuje statisticky signifikantní rozdíl v životní spokojenosti u žen a u mužů a to jak obecně, tak uvnitř párů seniorů. Zkoumali jsme, jestli bude míra depresivity ve statisticky významném vztahu (alespoň středním negativním) s mírou životní spokojenosti u seniorů, kteří žijí o samotě, v páru, žijících v domácnosti a v domově pro seniory. Pátrali jsme po statisticky signifikantním rozdílu životní spokojenosti u seniorů žijících doma a těch, kteří žijí v domově pro seniory a to jak osamělých (ovdovělých, žijících o samotě), tak žijících dosud v páru.

Potvrdily se nám tři ze čtyř hypotéz, které jsme si stanovili a to existence statisticky signifikantního rozdílu životní spokojenost mezi pohlavími, kdy ženy vykázali statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti než muži, jak celkově, tak uvnitř párů. Senioři žijící v páru prokázali statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti než senioři ovdovělí a také nám vyšel předpoklad, že míra depresivity bude ve statisticky významném vztahu s mírou životní spokojenosti.

Pouze poslední čtvrtá hypotéza se nám nepotvrdila a to, že nebyla prokázána statistická významnost rozdílu životní spokojenosti u seniorů žijících doma a v domově pro seniory, jak osamělých, tak stále ještě žijících v páru, s partnerem, s partnerkou.

9. SOUHRN

Diplomová práce nesoucí název „Míra deprese a životní spokojenosti u seniorů 70 – 80 let ovdovělých a žijících dosud v páru“ byla zaměřena na zjištění míry deprese a životní spokojenosti u seniorů žijících o samotě (ovdovělých), to znamená seniorů žijících bez partnera a bez příbuzných a u seniorů žijících dosud v páru. Tito senioři byli dále rozděleni dle způsobu bydlení na bydlení ve vlastní domácnosti a v domově pro seniory. Také jsme si všímali rozdílu životní spokojenosti mezi pohlavími.

Abychom čtenáře zavedli do hloubky naší problematiky, seznamujeme ho v obecně v teoretické části s vymezením pojmu stáří. Ukazujeme rozdělení stáří podle jednotlivých autorů. Všímáme si tělesné a duševní involuce v rámci 70 – 80 let věku. Jelikož senior povětšinou mívá různé zdravotní obtíže, věnujeme se i pojmu zdraví a nemoc ve stáří. V teoretické části se dotýkáme gerontologie, jakožto vědě o stáří. Gerontologie zahrnuje vše, co se týká starého člověka jak ve zdraví, tak v nemoci.

A jelikož společnost jako taková stárne, věnujeme se zde i demografii, seznamujeme čtenáře s vymezením pojmu „stará populace“. Teoretická část obsahuje čtyři velké kapitoly, které čtenáře seznámí se vším podstatným, než přistoupí k části výzkumné. Jsou to Stáří, Péče o seniory, Deprese a Životní spokojenost. Péče o seniory byla do diplomové práce zařazena z důvodů rozšíření výzkumného vzorku o seniory, kteří žijí v domově pro seniory.

Depresi nastiňujeme teoreticky, zdůrazňujeme rysy typické pro rozpoznání deprese, seznamujeme čtenáře s několika teoriemi vzniku deprese (příčinami biologickými a neurologickými), věnujeme se i depresi ve vztahu ke stáří, která bývá často zaměňována za demenci. Zmiňujeme zde možnosti terapie a medikace, s důrazem na stáří, na starého pacienta. V kapitole Životní spokojenost zdůrazňujeme, že tento pojem ještě není plně uchopen a lze na něj nahlížet mnoha různými způsoby. Snažíme se zde zachytit to nejpodstatnější, opět se pokoušíme vymezit tento pojem ve vztahu ke stáří.

Jak už vyplývá z teoretické části, náš výzkum byl zaměřen především na posouzení míry deprese a životní spokojenosti u lidí žijících v páru a lidí ovdovělých, žijících o samotě, v domácnosti a bydlících v domově pro seniory. Zaměřili jsme se i na rozdíl životní spokojenosti mezi pohlavími a zda je míra depresivity ve statisticky významném

vztahu s mírou životní spokojenosti jak u lidí žijících o samotě, tak u lidí žijících v páru, bydlících ve vlastní domácnosti či v domově pro seniory.

Pro získání dat jsme zvolili několik dotazníků. Byla to Škála deprese pro geriatrické pacienty, Zungova sebeposuzovací stupnice deprese, dotazník slovenských autorů Škála životní spokojenosti ve stáří. Jelikož bylo žádoucí získat vzorek „zdravých“ seniorů, byl taktéž užit Mini-Mental State Examination, aby vyloučil osoby s kognitivním deficitem.

Základní soubor našeho výzkumu tvořilo 120 starých lidí v rozmezí 70 – 80 let věku. Základní soubor jsme rozdělili na šest výběrových souborů: Senioři žijící o samotě v domácnosti, Senioři žijící v páru v domácnosti, Senioři o samotě v domově pro seniory, Senioři v páru v domově pro seniory, Ženy celkem a Muži celkem. Co do četnosti byly výběrové soubory zastoupeny následovně: Senioři žijící o samotě ve vlastní domácnosti – 30 probandů, Senioři žijící v páru v domácnosti – 30 probandů, Senioři o samotě v domově pro seniory – 30 probandů, Senioři v páru žijící v domově pro seniory – 30 probandů, Ženy celkem – 60 seniorek, Muži celkem – 60 seniorů.

Snažili jsme se vyhodnotit skóre v dotaznících deprese a v dotazníku Škála životní spokojenosti ve stáří. Škála životní spokojenosti ve stáří má tři dimenze: Sebehodnocení, Postoj k životní etapě a Uspokojení z činnosti. Tyto tři dimenze zahrnuje položka Celková spokojenost. Pro výpočty nutné k ověření hypotéz, jež jsme si stanovili, jsme užili korelace pro metrická data, dvouvýběrový F-test pro rozptyl a dále Studentovy t-testy, konkrétně t-test pro signifikantnost korelačního koeficientu, t-test s rovností rozptylů a t-test s nerovností rozptylů. První dvě a čtvrtá hypotéza byly ověřovány pomocí Studentových t-testů. První hypotéza vyšla signifikantní na hladině významnosti $p = 0,05$. Druhá nám taktéž vyšla signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$. U čtvrté hypotézy vyšel výsledek nesignifikantní.

Třetí hypotéza byla ověřována pomocí korelací a korelačního koeficientu. Výsledky všech položek, které jsme ověřovali, vyšly signifikantní na hladině významnosti $p = 0,005$.

Závěr našeho výzkumného šetření tvořila platnost hypotéz:

H 1 – Předpokládáme, že senioři žijící v páru budou vykazovat statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti, než senioři ovdovělí.

Hypotézu jsme přijali.

H 2 – Předpokládáme statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti u žen, než u mužů, a to i uvnitř párů.

Hypotézu jsme přijali.

H 3 – Předpokládáme, že míra depresivity bude ve statisticky významném vztahu (alespoň středním negativním) s mírou životní spokojenosti u lidí žijících o samotě, dosud v páru, žijících v domácnosti a v domovech pro seniory.

Hypotézu jsme přijali.

H 4 – Předpokládáme statisticky signifikantně vyšší míru životní spokojenosti u seniorů žijících doma, než u seniorů žijících v domovech pro seniory a to jak osamělých, tak žijících dosud v páru.

Hypotézu jsme zamítli.

10. SEZNAM LITERATURY

1. Agich, G. J. (2000). Etika a stáří. In Thomasna, D. C, Kushnerová, T. (Eds.), *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta.
2. Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
3. Český statistický úřad. <http://www.czso.cz>
4. Čěšková, E. (2007). Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická Revue*, č. 5 (4), s. 228 – 233.
5. Dörner, K., Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské (Učebnice psychiatrie a psychoterapie)*. Praha: Grada.
6. Drapela, V. (1997). *Přehled teorií osobností*. Praha: Portál.
7. Erikson, H. E. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
8. Fišar, Z., Jirák, R. (2001). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada.
9. Hamplová, D. (2006). Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis*, Vol. 42, No. 1: 35–55. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
10. Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Grada.
11. Haškovcová, H. (1989). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
12. Höschl, C., Libiger, J., Švetka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
13. Gustavson, K., Lee, Ch. D. (2004). *Journal of Women & Aging*. Vol. 16 (3/4), s. 3 – 18. The Haworth Press, Inc.
14. Kalvach, Z., Onderková, A. (2006). *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén.
15. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P. a kol. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada.
16. Kalvach Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol. (2004). *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada.
17. Kováč, D. (2001). Kvalita života – naléhavá výzva pro vědu nového století. *Česká a slovenská psychiatrie* 1, 34 – 44.
18. Králová, J., Rážová, E. (2003). *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Ostrava: Anag.
19. Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie (4., aktualizované vydání)*. Praha: Portál.
20. Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie. Radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí*. Praha: Portál.

21. Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
22. Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
23. Kuric, J. a kol. (1986). Ontogenetická psychologie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
24. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie (2., aktualizované vydání). Praha: Grada.
25. Ondrušová, J. (2009). Měření kvality života u seniorů. Česká geriatrická Revue, č. 7 (1), s. 36 – 39.
26. Ondrušová, J. (2010). Smysluplnost života ve stáří. Česká geriatrická Revue, č. 8 (1 – 2), s. 50 – 55.
27. Pacovský, V., Heřmanová, H. (1981). Gerontologie. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
28. Pacovský, V. (1994). Geriatrie: Geriatrická diagnostika. Praha: Scietia Medica.
29. Payne, J. a kol. (2005). Kvalita života a zdraví. Praha: Triton.
30. Pichaud, C., Thareauová, I. (1998). Soužití se staršími lidmi: Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Praha: Portál.
31. Pidrman, V. (2007). Antidepresiva v léčbě seniorů v roce 2007. Česká geriatrická Revue, č. 5 (4), s. 234 – 240.
32. Praško, J., Kyalová, I., Minaříková, V., Prašková, H. (1997). Co je to deprese a jak se léčí? Praha: Psychiatrické centrum Praha.
33. Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. a kol. (2007). Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton.
34. Příhoda, V. (1974). Ontogeneze lidské psychiky IV. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
35. Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001). Psychiatrie (1. vydání). Praha: Galén.
36. Reiterová, E (2007). Statistické metody v psychologickém výzkumu. Olomouc: FF UP, Olomouc.
37. Reiterová, E. (2000). Základy statistiky pro studenty psychologie. Olomouc: FF UP, Olomouc.
38. Říčan, P. (2004). Cesta životem (Přepřacované vydání). Praha: Portál.
39. Schusterová, N. (2007). Vztah hodnot, cílů a subjektivní pohody. Československá psychologie 1, 48 – 57.
40. Sheehyová, G. (1999). Průvodce dospělostí. Šance a úskalí druhé poloviny života. Praha: Portál.

41. Šimíčková-Čížková, J., Binarová, I., Holásková, K., Petrová, A., Plevová, I., Pugnerová, M. (2008). Přehled vývojové psychologie. Olomouc: UP Olomouc.
42. Šmarda, J., Bahbouh, R., Orel, M., Svoboda, M., Šmahel, Z. (2004). Biologie pro psychology a pedagogy. Praha: Portál.
43. Švancara, J. a kol. (1980). Diagnostika psychického vývoje. Třetí upravené vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
44. Topinková, E. (2005). Geriatrie v praxi. Praha: Galén.
45. Topinková, E. (1999). Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Praha: UCB Pharma.
46. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (1993). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Czech Edition). Praha: ÚZIS ČR, Svoboda.
47. Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese (Rozšířené a přepracované vydání). Praha: Portál.
48. Vágnerová, M. (2007). Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum.
49. Zavázalová, H. a kol. (2001). Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum.

PŘÍLOHY

Příloha 1: Anotace magisterské diplomové práce

Příloha 2: Testové metody: Mini-Mental State Examination

Škála deprese pro geriatrické pacienty (přepis + originál)

Zungova sebeposuzovací stupnice deprese + vyhodnocovací arch

Škála životní spokojenosti ve stáří – test C (nezkrácená verze)

Příloha 3: Zadání diplomové práce

Příloha 4: Korelace

Příloha č. 1 ANOTACE MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Vysoká škola: Univerzita Palackého Olomouc **Fakulta:** Filozofická
Katedra: Psychologie **Školní rok:** 2010/2011

ANOTACE MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Gabriela Kosíková

Obor: prezenční, magisterské studium psychologie

Název diplomové práce:

Míra deprese a životní spokojenosti u seniorů
70 – 80 let ovdovělých a žijících dosud v páru

Název diplomové práce v anglickém jazyce:

The Severity of Depression and Life Content in Widowed or Coupled Seniors Aged
Between 70 – 80 Years

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

Počet znaků: 118 829 (74 stran)

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 49

Klíčová slova: stáří, senior, deprese, životní pohoda, životní spokojenost

Abstrakt diplomové práce:

Diplomová práce sleduje problematiku míry depresivity a životní spokojenosti u seniorů 70 - 80 let, žijících o samotě (ovdovělých) v Domovech pro seniory (30 subjektů), v domácnosti (30 subjektů); žijících v páru v domácnosti (30 osob) a v Domovech pro seniory (30 subjektů), ženy celkem (60 žen) a muži celkem (60 mužů). Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části nastiňujeme základní pojmy obsažené v názvu práce, jako je stáří, deprese, pojem životní spokojenosti. Ve výzkumné části posuzujeme míru deprese a životní spokojenosti pomocí následujících dotazníků: Škála deprese pro geriatrické pacienty, Zungova sebesposuzovací stupnice deprese, Škála životní spokojenosti ve stáří (nezkrácená forma C). Pro vyloučení osob s kognitivním

deficitem byl použit dotazník Mini-Mental State Examination. Výsledné hodnoty byly získané vyhodnocením dotazníků byly zpracovány na základě příslušných statistických metod. Hledali jsme souvislosti mezi životní spokojeností a depresivitou a rozdíly životní spokojenosti mezi seniory žijícími v páru, o samotě, v domácnosti, v Domovech pro seniory a mezi muži a ženami. Výsledky prokazují nalezení významné statistické souvislosti.

Key words: old age, a senior, depression, well-being, life content (life satisfaction)

Abstract:

The diploma thesis monitors problems with the degree of depression and life satisfaction at seniors 70 – 80 years old, who are widowed (living alone) in retirements home (30 people) or in home (30 people); who are still in a couple living in retirements home (30 people – 15 couples) and live home (15 couples), totally women (60 people) and men (60 people). The diploma thesis is structured into the basic words in general part of the work, that are needed for the research part of the work as old age, depression and life satisfaction by way of these questionnaires: Scale of Depression for Geriatric Patients, Zung Self-rating Scale of Depression, Scale of Life Satisfaction in Old Age. Mini-Mental State Examination was used for segregating people with cognitive deficits. The results were taken by evaluating these questionnaires on the basis of appropriate statistic methods. We were searching for connections between life content and depression and differences among seniors living in couple, living alone, who lives at home or in retirements home, between men and women. The results reflect, that we found significant statistic relationship.

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama
a položte na zem".

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (písemný jednostupňový povel):

ZAVŘETE OČI

9. PSANÍ

Napsání věty

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

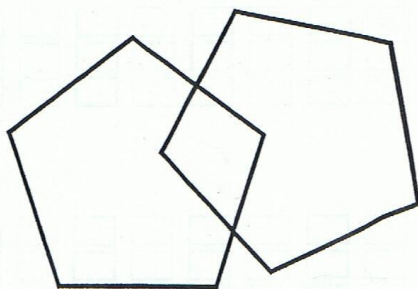
10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CELKOVÉ SKORE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



ZAVŘETE OČI

ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Pohlaví:

Věk:

Počet dětí (vhodné zakroužkujte) : 1 2 3 4 5 6 a více

Počet vnoučat: 1 2 3 4 5 6 a více

Počet pravnoučat: 1 2 3 4 5 6 a více

1. Jste v podstatě spokojený (-á) se svým životem? Ano / Ne
2. Vzdal (-a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? Ano / Ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný? Ano / Ne
4. Nudíte se často? Ano / Ne
5. Máte většinou dobrou náladu? Ano / Ne
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého? Ano / Ne
7. Cítíte se převážně šťastný (-á)? Ano / Ne
8. Cítíte se často bezmocný (-á)? Ano / Ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel (šla) mezi lidi a seznamoval (a) Ano / Ne
se s novými věcmi?
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci? Ano / Ne
11. Myslíte si, že je krásné žít? Ano / Ne
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic? Ano / Ne
13. Cítíte se plný (-á) elánu a energie? Ano / Ne
14. Máte pocit, že Vaše situace je beznadějná? Ano / Ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy? Ano / Ne

ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Otázky:

1. Jste v podstatě spokojený (-á) se svým životem? ano/NE
2. Vzdal (-a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? ANO/ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný? ANO/ne
4. Nudíte se často? ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu? ano/NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého? ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný (-á)? ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný (-á)? ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel (šla) mezi lidi a seznamoval (a) se s novými věcmi? ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci? ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít? ano/NE
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic? ANO/ne
13. Cítíte se plný (-á) elánu a energie? ano/NE
14. Máte pocit, že Vaše situace je beznadějná? ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy? ANO/ne

Hodnocení: Za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny započítejte 1 bod

0 – 5 bodů

normální afekt bez deprese

6 – 10 bodů

mírná deprese

nad 10 bodů

manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

DOTAZNÍK PACIENTA

ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dost často	Velmi často nebo stále
1	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).				
2	Ráno se cítím nejlépe.				
3	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.				
4	V noci mám potíže se spaním.				
5	Jím stejné množství jídla jako dříve.				
6	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.				
7	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.				
8	Mám potíže se zácpou.				
9	Srdce mi buší rychleji než obvykle.				
10	Unavím se i bez příčiny.				
11	Mám v hlavě jasno jako obvykle.				
12	Snadno zvládnou totéž co dříve.				
13	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.				
14	Jsem plný(á) naděje do budoucna.				
15	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.				
16	Snadno se rozhoduji.				
17	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).				
18	Žiji plným životem.				
19	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a).				
20	Těší mne stejné věci jako dříve.				

INSTRUKCE PRO VYPLNĚNÍ:

Přečtěte si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích tu možnost, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne.

Dodržíte-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte jako byste na dietě nebyl(a).

hrubé skóre	
-------------	--

SDS index	
-----------	--

JMÉNO:

VĚK:

DATUM:

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PACIENTA ZUNGOVA SEBEPOSUZOVAČÍ STUPNICE DEPRESE

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
1	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	1	2	3	4
2	Ráno se cítím nejlépe.	4	3	2	1
3	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	1	2	3	4
4	V noci mám potíže se spaním.	1	2	3	4
5	Jím stejné množství jídla jako dříve.	4	3	2	1
6	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	4	3	2	1
7	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	1	2	3	4
8	Mám potíže se zácpou.	1	2	3	4
9	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	1	2	3	4
10	Unavím se i bez příčiny.	1	2	3	4
11	Mám v hlavě jasno jako obvykle.	4	3	2	1
12	Snadno zvládnú totéž co dříve.	4	3	2	1
13	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	1	2	3	4
14	Jsem plný(á) naděje do budoucna.	4	3	2	1
15	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	1	2	3	4
16	Snadno se rozhoduji.	4	3	2	1
17	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).	4	3	2	1
18	Žiji plným životem.	4	3	2	1
19	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a).	1	2	3	4
20	Těší mne stejné věci jako dříve.	4	3	2	1

Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	47	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
							80	100	

APO-CITALOPRAM

citaloprami hydrobromidum

hrubé skóre

SDS index

SDS index	Závažnost onemocnění
méně než 50	Normální, nejví známký deprese.
50 - 60	Přítomny známký minimální nebo lehké deprese.
60 - 69	Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese.
70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese.

ŠKÁLA ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI VE STÁŘÍ TESTOVACÍ SEŠIT – FORMA C

Jméno, příjmení:

Věk:

Rodinný stav:

Vzdělání:

Jste (odpověď podtrhněte):

- sám, sama
- s manželem, manželkou,
druhem, družkou
- s dcerou, synem
nebo jejich rodinami
- s jinými příbuznými
(se sestrou, bratrem apod.)
- v domově důchodců
- jinde (uved'te kde):

Váš zdravotní stav (podtrhněte):

- zdravý, zdravá
- malé zdravotní potíže
- větší zdravotní potíže
- vážně chorý, chorá

Bližší údaje o zdravotním stavu:

Dimenze škály	HS	Vážené skóre		Pozn.
		Staniny	Percentil	
Sebehodnocení				
Postoj k životní etapě				
Uspokojení z činnosti				
Celková spokojenost				

Předkládám Vám několik tvrzení, výroků, které si prosím pozorně přečtete a postupně na ně odpovězte. Křížek ve sloupci **ANO** znamená, že s výrokem souhlasíte, nebo se na Vás vztahuje. Křížek ve sloupci **NE** znamená, že s výrokem nesouhlasíte, nebo pokud se na Vás nevztahuje. Nevynechejte prosím ani jedno tvrzení, odpovězte na všechny a nad odpovědi zbytečně nepřemýšlejte.

č.	Otázka	ANO	NE
1	Můj současný každodenní život je právě tak zajímavý jako předtím.		
2	Tohle jsou nejlepší léta mého života.		
3	Mám pocit, že se nikdo nestará o to, co se mnou bude.		
4	Ještě jsem stále dost podnikavý(á).		
5	Když se srovnávám s jinými lidmi mého věku, velmi často se cítím nanic.		
6	Dny jsou příliš krátké pro vše, co chci ještě udělat.		
7	Svět je čím dál tím horší, ne lepší.		
8	Když se srovnávám s jinými lidmi svého věku, cítím se ještě dost výkonný(á).		
9	Jsem hrdý(á) na to, čeho jsem v životě dosáhl(a).		
10	Většina věcí, které dělám, jsou nudné a monotónní.		
11	Můj život by mohl být šťastnější, než většinou je.		
12	Necítím se dobře, když nic nedělám.		
13	Mám takovou radost ze života, že si přeji, aby to ještě dlouho trvalo.		
14	V porovnání s jinými lidmi mého věku vypadám stále ještě velmi dobře		
15	Pro blízkou budoucnost už mám všelijaké plány.		
16	Někdy mám pocit, že ostatní na mě shlíží z vrchu.		
17	Přede mnou je ještě množství užitečných úkolů.		
18	Někdy se cítím starý(á) a nějak unavený(á).		
19	Často nevím, co si počít se svým životem.		
20	Jsem teď právě tak šťastný(á), jako dříve.		

č.	Otázka	ANO	NE
21	Cítím se stále ještě svěží a plný(á) životní energie a elánu.		
22	V porovnání s jinými lidmi svého věku mám splnit ještě mnoho důležitých úkolů.		
23	Jsem odkázaný(á) na pomoc jiných lidí.		
24	Je mi v podstatě jedno, jak zabíjím čas.		
25	Už pro mě nemá smysl dělat plány do budoucích let.		
26	V nejbližší době ještě očekávám pěkné a zajímavé věci.		
27	Vím, že moje pomoc bude ještě potřebná.		
28	Někdy mám pocit, že můj život není příliš užitečný.		
29	Vlastně nevím, co bych měl(a) dělat.		
30	Myslím, že mám před sebou ještě pěkný kus života.		
31	Život je jen řadou zklamání.		
32	Pozoruji s velkým zájmem, co se kolem mě děje.		
33	Díky zkušenostem, které jsem v průběhu života nasbíral(a), převyšuji často mladší lidi.		
34	Nyní prožívám nejsmutnější období svého života.		
35	Ještě i nyní mám mnoho úkolů.		
36	Teď je zrovna tak krásně, jako za mlada.		
37	Mám mnohem méně elánu než kdysi.		
38	Život má pro mě čím dál menší smysl, význam.		
39	Odvážil(a) bych se na právě tak důležité úkoly, i když jiné, jako za mlada.		
40	Ať už byl život jakýkoli, přece jen je krásný.		

ŠKÁLA ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI VE STÁŘÍ – FORMA C, Vyhodnocení

Škálu sytí 3 dimenze a to Pozitivní sebehodnocení, Optimistický postoj k životní etapě a Uspokojení z každodenních činností. Tyto tři pak tvoří součtem dohromady Celkovou spokojenost.

Pozitivní sebehodnocení

Otázky číslo: 4, 6, 8, 12, 14, 15, 17, 22, 26, 27, 32, 33, 35, 39 signifikantní, pokud proband označil jako odpověď ANO. Otázka číslo 24 se počítá, pokud dotazovaný jako odpověď označil NE.

Optimistický postoj k životní etapě

Otázky číslo: 3, 5, 7, 10, 11, 16, 18, 19, 23, 25, 28, 29, 31, 34, 38 se přičítají této dimenzi, pokud účastník výzkumu uvedl jako odpověď NE. Výjimkou je otázka číslo 40, u které je „dobrou“ odpovědí ANO.

Uspokojení z každodenních činností

Pokud dotazovaný uvedl na otázku 37 odpověď NE, skóruje v této dimenzi. Ostatní položky jsou významné pro dimenzi, pokud odpoví naopak ANO a to u otázek číslo 1, 2, 9, 13, 20, 21, 30, 36.

Korelace

Užité zkratky:

GDS	Škála deprese pro geriatrické pacienty
Zung	Zungova sebesuzovací stupnice deprese
ŠŽS	Škála životní spokojenosti ve stáří
ŠŽS Sebehodnocení	Pozitivní sebehodnocení
ŠŽS Postoj	Optimistický postoj k životní etapě
ŠŽS Činnost	Uspokojení z každodenních činností
ŠŽS Spokojenost	Celková spokojenost

Senioři v páru obecně (muži, ženy, domácnost, Domov pro seniory): n = 60

	GDS	Zung	ŠŽS Sebehodnocení	ŠŽS Postoj	ŠŽS Činnost	ŠŽS Spokojenost
GDS	1					
Zung	0,78	1				
ŠŽS Sebehodnocení	-0,48	-0,41	1			
ŠŽS Postoj	-0,77	-0,55	0,53	1		
ŠŽS Činnost	-0,56	-0,61	0,64	0,52	1	
ŠŽS Spokojenost	-0,72	-0,61	0,87	0,83	0,82	1

Tab. 1

Senioři žijící o samotě obecně (muži, ženy, domácnost, Domov pro seniory): n = 60

	GDS	ZUNG	ŠŽS Sebehodnocení	ŠŽS Postoj	ŠŽS Činnost	ŠŽS Spokojenost
GDS	1					
Zung	0,51	1				
ŠŽS Sebehodnocení	-0,45	-0,33	1			
ŠŽS Postoj	-0,59	-0,47	0,58	1		
ŠŽS Činnost	-0,53	-0,65	0,64	0,47	1	
ŠŽS Spokojenost	-0,62	-0,55	0,89	0,84	0,79	1

Tab. 2

Senioři žijící v domácnostech (v páru, o samotě): n = 60

	GDS	ZUNG	ŠŽS Sebehodnocení	ŠŽS Postoj	ŠŽS Činnost	ŠŽS Spokojenost
GDS	1					
Zung	0,57	1				
ŠŽS Sebehodnocení	-0,54	-0,38	1			
ŠŽS Postoj	-0,68	-0,44	0,61	1		
ŠŽS Činnost	-0,54	-0,71	0,64	0,44	1	
ŠŽS Spokojenost	-0,70	-0,58	0,89	0,84	0,79	1

Tab. 3

Senioři v Domovech pro seniory (páry, o samotě): n = 60

	GDS	ZUNG	ŠŽS Sebehodnocení	ŠŽS Postoj	ŠŽS Činnost	ŠŽS Spokojenost
GDS	1					
Zung	0,72	1				
ŠŽS Sebehodnocení	-0,46	-0,40	1			
ŠŽS Postoj	-0,69	-0,58	0,54	1		
ŠŽS Činnost	-0,61	-0,62	0,52	0,58	1	
ŠŽS Spokojenost	-0,70	-0,63	0,83	0,88	0,79	1

Tab. 4